



PLAN NACIONAL DE SALUD INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES Y SU PLAN DE ACCIÓN 2020-2030



**EN EL MARCO DE LA POLÍTICA DE ENVEJECIMIENTO POSITIVO, ACTIVO Y SALUDABLE 2012-2025
Y DEL PROGRAMA DE GOBIERNO, "ADULTO MEJOR"**

OFICINA DE SALUD INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES / DEPARTAMENTO CICLO VITAL
DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES / SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Mayo 2021





PLAN NACIONAL DE SALUD INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES Y SU PLAN DE ACCIÓN 2020-2030

**EN EL MARCO DE LA POLÍTICA DE ENVEJECIMIENTO POSITIVO, ACTIVO Y SALUDABLE 2012-2025
Y DEL PROGRAMA DE GOBIERNO, "ADULTO MEJOR"**

OFICINA DE SALUD INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES / DEPARTAMENTO CICLO VITAL
DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES / SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Mayo 2021

Ministerio de Salud
Subsecretaría de Salud Pública
División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE)
Departamento Ciclo Vital
Oficina de Salud Integral para Personas Mayores.

**Ministerio de Salud. "PLAN NACIONAL DE SALUD INTEGRAL
PARA PERSONAS MAYORES Y SU PLAN DE ACCIÓN 2020-2030"**

Resolución Exenta N° 499 del 31 de mayo del 2021.

Todos los derechos reservados.

EQUIPO DE TRABAJO

Responsables Técnicos Ministerio de Salud: Subsecretaría de Salud Pública

División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE)	
<p>Sylvia Santander Rigollet Médico Cirujano, PhD en Ciencias de la Educación, MSc Psicología de la Adolescencia Diplomada en Bioética Jefa División Prevención y Control de Enfermedades-DIPRECE.</p>	
División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) Departamento Ciclo Vital	
<p>Bárbara Leyton Cárdenas Enfermera, Mg en Salud Pública. Diplomada en Medicina basada en evidencia. Diplomada en Calidad y Acreditación en Salud Jefa del Departamento de Ciclo Vital-DIPRECE.</p>	
<p>René Guzmán Montes Editor general de la propuesta. Enfermero. Mg en Gestión en Salud. Encargado de Oficina Salud Integral para Personas Mayores</p>	<p>Luis Sarmiento Loayza Trabajador social, Mg en Ciencias Sociales, PhD en Sociología.</p>
<p>Patricio Herrera Villagra Médico cirujano, especialidad Geriatría.</p>	<p>Sergio Castro Henríquez Médico cirujano, especialidad Geriatría.</p>
<p>Jenny Velasco Peñafiel Médico cirujano, MBA Especialización en Salud.</p>	<p>Carla Bonatti Paredes Enfermera, Mg en Enfermería.</p>
<p>María José Gálvez Psicóloga, Mg Salud Pública.</p>	

División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) Otros profesionales de departamentos y unidades de la DIPRECE	
<p>Pablo Villalobos Dintrans Ingeniero comercial, Mg en Economía, PhD en Salud Pública. Profesional de Gestión, Administración y Coordinación, DIPRECE.</p>	<p>Catalina Izquierdo Mebus Coordinadora General de la propuesta. Administradora de Servicios. Mg en Administración de Salud. Profesional de Gestión, Administración y Coordinación, DIPRECE.</p>
<p>Katherina Hrzic Miranda Kinesióloga. Departamento de Rehabilitación y Discapacidad.</p>	<p>Jorge Neira Miranda Médico Ginecólogo Obstetra. Encargado del Programa Salud de la Mujer / Depto. de Ciclo Vital.</p>
<p>Constanza Aguilera Arriagada Médico Cirujano. Departamento Enfermedades no Transmisibles.</p>	<p>Matías Irrarázaval Domínguez Médico Psiquiatra. Jefe Departamento Salud Mental.</p>
<p>Carolina Mendoza Van der Molen Odontóloga. Jefa Departamento Salud Bucal.</p>	<p>Felipe Hasen Narváez Antropólogo. Programa de Salud Integral Adolescente y Jóvenes / Departamento de Ciclo Vital.</p>

Ximena Neculhueque Zapata Médico Fisiatra. Jefa del Departamento de Rehabilitación y Discapacidad.	Alejandro Gallegos Cárdenas Psicólogo. Profesional Departamento Ciclo Vital.
--	--

Otras Divisiones de la Subsecretaría de Salud Pública

División de Políticas Públicas Saludables y Promoción	
María Paz Grandón Sandoval Ingeniero Comercial, Jefa División de Políticas Públicas Saludables y Promoción.	
Pierinna Gallardo Inostroza Kinesióloga. Departamento de Políticas y Regulaciones Farmacéuticas, de Prestadores de Salud, y de Medicinas Complementarias.	Matías Portela Estinto Profesor de Educación Física. Departamento de Promoción de Salud y Participación Ciudadana.
Yilda Herrera Figueroa Nutricionista. Departamento de Alimentos y Nutrición.	Cristina Leyton Blanca Enfermera. Departamento de Alimentos y Nutrición.
Karin Froimovich Guendelman Socióloga. Departamento Gestión y Planificación Estratégica	

División de Planificación Sanitaria	
Johanna Acevedo Romo Enfermera Matrona. Jefa División de Planificación Sanitaria	
José Ignacio Alarcón Molina Sociólogo. Departamento de Epidemiología.	Rocío Martínez Gutiérrez Socióloga. Departamento de Epidemiología.
José Emilio Villarroel de la Sotta Geógrafo, Departamento de Epidemiología..	

Subsecretaría de Redes Asistenciales

División de Atención Primaria	
Adriana Tapia Cifuentes Médico Cirujano, Jefa División de Atención Primaria.	
Gisella Schaffer Leyton Odontóloga Jefe del Departamento Gestión Operacional.	Pamela Muñoz Abarca Nutricionista, Jefe del Departamento Gestión del Cuidado.
Nanet González Olate Kinesióloga. Departamento de Gestión del Cuidado.	María Fernanda Gallardo Kinesióloga. Departamento de Gestión del Cuidado.

División de Gestión de Redes Asistenciales	
José Luis Novoa Rodríguez Médico Cirujano, Jefe División de Gestión de Redes Asistenciales	
Orietta Candia Pérez Odontóloga. Jefa del departamento de GES y Redes Integradas.	Maria Alicia Ribes Langevin Enfermera Matrona. Departamento GES, Líneas Complejas y Líneas Programáticas. Referente línea de Personas Mayores.
Lenka Parada Guerrero Enfermera. Unidad de Rehabilitación. Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Integrados.	Soledad Bunger Betancourt Terapeuta Ocupacional. Departamento de Gestión de Procesos Clínicos integrados.
Felipe Salinas Gallegos Psicólogo. Departamento de GES y Redes Integradas.	Claudia Cayupán Altamirano Enfermera. Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Integrados.
Carmen Gloria Vergara Garcés Administradora Pública. Referente de gestión socio sanitaria y migración.	José Rosales Caniumil Odontólogo. División de Gestión de la Red Asistencial.

División de Gestión y Desarrollo de las Personas	
Claudia Godoy Cubillos Administradora Pública, Jefe División Gestión y Desarrollo de las Personas	
Olga Correa Flores Ingeniera. Jefa (S) Departamento de Estudio, Planificación y Control de Gestión.	Luis Echavarría Rocamora Médico Cirujano, Jefe de Departamento de Formación, Capacitación y Educación Continua.

Otras divisiones del MINSAL

División Jurídica	
Jorge Hübner Garretón Abogado Jefe División Jurídica	Yasmina Viera Bernal Abogada División Jurídica

Colaboradores externos al Ministerio de Salud		
Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)	Instituto Nacional de Geriatria (INGER)	Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile (SGGCH)
Representado por su Director Nacional Sr. Octavio Vergara Andueza	Representado por su Director Dr. Pablo Gallardo Schall	Representada por su Presidente Dr. Gerardo Fasce Pineda

CONTENIDOS

EQUIPO DE TRABAJO	3
GLOSARIO DE ABREVIATURAS	9
PRESENTACIÓN	11
INTRODUCCIÓN	13
ESTRUCTURA DEL DOCUMENTO	16
PARTE I: MARCO GLOBAL DEL ENVEJECIMIENTO	19
1. TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA Y ENVEJECIMIENTO A NIVEL MUNDIAL	20
2. LINEAMIENTOS Y ACCIONES A NIVEL MUNDIAL PARA ABORDAR EL ENVEJECIMIENTO	21
3. MARCO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD PARA LAS PERSONAS MAYORES	26
3.1. Marco Internacional	26
3.2. Marco Nacional	28
PARTE II: SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES EN CHILE	36
4. TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA EN CHILE	37
5. CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES EN CHILE	39
5.1. Distribución de las Personas Mayores	39
5.2. Brechas sociodemográficas en Personas Mayores	40
6. COBERTURA DE SEGUROS Y GASTO EN SALUD	42
6.1. Cobertura y distribución en seguros de salud	43
6.2. Gasto en salud	44
7. SITUACIÓN DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES EN CHILE	49
7.1. Factores de riesgo y protección	49
7.2. Funcionalidad y dependencia	56
7.3. Morbilidad	58
7.4. Mortalidad	80
8. PERSONAS MAYORES EN CHILE: CONCLUSIONES SOBRE LAS CONDICIONES DE VIDA Y SU SITUACIÓN DE SALUD	84
PARTE III: MARCO LEGAL Y ÉTICO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS MAYORES	87
9. MARCO LEGAL PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS MAYORES	88
9.1. Marco jurídico internacional	88
9.2. Marco jurídico nacional	91

10. ASPECTOS ÉTICOS EN EL TRABAJO CON PERSONAS MAYORES	94
10.1. Conflictos éticos más frecuentes en el trabajo con Personas Mayores	94
10.2. Problemas éticos en torno al final de la vida	96
PARTE IV: MODELOS DE ATENCIÓN Y OFERTA PROGRAMÁTICA EXISTENTE PARA PERSONAS MAYORES	98
11. MODELOS DE ATENCIÓN PARA EL TRABAJO CON PERSONAS MAYORES	99
11.1. Modelo de valoración y atención integral para Personas Mayores	99
11.2. Modelo de la longevidad	100
11.3. Modelo sociosanitario	101
12. SITUACIÓN ACTUAL: MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA	102
12.1. Estrategia de Cuidado Integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad	105
12.2. Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)	106
12.3. Redes de Atención en Salud (RASs)	108
13. OFERTA PROGRAMÁTICA ACTUAL DEL SECTOR SALUD Y SOCIAL PARA LAS PERSONAS MAYORES	109
13.1. Articulación de la red de atención sanitaria y social para las Personas Mayores	109
13.2. Descripción de las iniciativas actuales para las Personas Mayores	110
13.3. Chile y la Inmunización en Personas Mayores, una Política para la Prevención y Control de Enfermedades - Influenza y SARS-CoV-2	118
14. LA RED PARA LA ATENCIÓN DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES	123
14.1. Equipos interdisciplinarios a lo largo de la red de salud	123
14.2. Geriatría: la especialidad médica en Chile	124
14.3. Atención integral especializada a Personas Mayores	125
PARTE V: PLAN NACIONAL DE SALUD INTEGRAL PARA LAS PERSONAS MAYORES Y SU PLAN DE ACCIÓN 2020-2030	126
15. ALCANCES PRELIMINARES	127

16. CONCEPTOS TRANSVERSALES A LAS INICIATIVAS DEL PLAN NACIONAL DE SALUD INTEGRAL PARA LAS PERSONAS MAYORES	128
16.1. Funcionalidad: el mejor indicador de salud de las Personas Mayores	128
16.2. Integralidad en la Atención: Valoración Geriátrica Integral (VGI)	128
16.3. Fragmentación: Atención continuada en la red sanitaria y sociosanitaria	129
16.4. Fragilidad: Factor clave a prevenir e intervenir	129
17. INICIATIVAS DESTACADAS: IMPLEMENTANDO UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN PARA LAS PERSONAS MAYORES	130
17.1. Propuestas para el periodo 2018-2022	130
17.2. Iniciativas para desarrollar un nuevo paradigma en la atención de Personas Mayores en Chile	134
18. ENFOQUES INTEGRADORES DEL PLAN NACIONAL DE SALUD INTEGRAL PARA LAS PERSONAS MAYORES	148
18.1. Enfoque de derechos humanos y la atención en salud	148
18.2. Enfoque de determinantes sociales y equidad y su impacto en la funcionalidad.	148
18.3. Enfoque de curso de vida	150
18.4. Enfoque de género	151
18.5. Enfoque de interculturalidad	152
18.6. Enfoque de atención centrado en la persona y su funcionalidad	153
19. PLAN DE ACCIÓN 2020-2030	155
19.1. Justificación y descripción: Plan nacional de salud integral para las Personas Mayores	155
19.2. Definiciones Estratégicas: Plan nacional de salud integral para Personas Mayores	155
19.3. Detalles operativos del Plan de Acción	162
19.4. Carta Gantt	219
20. REFERENCIAS	233

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

- AATT:** Ayudas Técnicas.
- ABVD:** Actividades Básicas de la Vida Diaria.
- AIVD:** Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.
- ACV:** Ataque Cerebro Vascular.
- APS:** Atención Primaria de Salud.
- ASOFAMECH:** Asociación de Facultades de Medicina de Chile.
- AVAD:** Años de Vida Ajustados por Discapacidad.
- AVDs:** Años Vividos con Discapacidad.
- AVISA:** Años de Vida Saludables.
- AVP:** Años de Vida Perdidos.
- CAE:** Consultorios Adosados de Especialidades.
- CASEN:** Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional.
- CDT:** Centro diagnóstico y terapéutico.
- CESFAM:** Centro de Salud Familiar.
- CEPAL:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- CIDI:** Composite International Diagnostic Interview.
- CV:** Cardio Vascular.
- CVRS:** Calidad de Vida Relacionada con la Salud.
- DEIS:** Departamento de Estadísticas e Información en Salud.
- DM:** Diabetes Mellitus.
- DIGERA:** División de Gestión de Redes Asistenciales.
- DIPRECE:** División de Prevención y Control de Enfermedades.
- DIVAP:** División de Atención Primaria.
- DIGEDEP:** División de Gestión y Desarrollo de las Personas.
- ECNT:** Enfermedades Crónicas No Transmisibles.
- EE:** Eje Estratégico.
- EFAM:** Examen de Funcionalidad del Adulto Mayor.
- ELEAM:** Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores.
- EMPAM:** Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor.
- ERA:** Enfermedades Respiratorias del Adulto.
- ENS:** Estrategia Nacional de Salud.
- EPOC:** Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas.
- EDF:** Etapa de Destinación y Formación.
- EWGSOP:** European Working Group and Sarcopenia in Older People.
- EVS:** Elige Vivir Sano.
- FONASA:** Fondo Nacional de Salud.
- FR:** Factores de Riesgo.
- GES:** Garantías Explícitas en Salud.
- HTA:** Hipertensión Arterial.
- IAM:** Infarto Agudo al Miocardio.
- ICOPE:** Atención Integrada para las Personas Mayores.
- IMC:** Índice de Masa Corporal.
- IAM:** Infarto Agudo de Miocardio.
- INGER:** Instituto Nacional de Geriatría.
- ISP:** Instituto de Salud Pública.
- IC:** Interconsulta.

ISAPRE: Instituciones de Salud Previsional.
ITS: Infecciones de Transmisión Sexual.
LE: Línea Estratégica.
Mg/dL: Miligramos por Decilitro.
MIDESO: Ministerio de Desarrollo Social y Familia.
MINEDUC: Ministerio de Educación.
MINSAL: Ministerio de Salud.
MINTRAB: Ministerio del Trabajo y Previsión Social.
NAC: Neumonía Adquirida en la Comunidad.
NC: Nivel Central.
NED: Nutricional Enteral Domiciliaria.
OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.
ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible.
OEA: Organización de los Estados Americanos.
OMS: Organización Mundial de la Salud.
ONU: Organización de las Naciones Unidas.
OOTT: Orientaciones Técnicas.
PACAM: Programa de Alimentación Complementaria al Adulto Mayor.
PM: Persona Mayor.
PPV: Programa de Prestaciones Valoradas.
PSCV: Programa de Salud Cardiovascular.
RCV: Riesgo cardiovascular.
RAS: Redes de Atención en Salud.
RISS: Redes Integradas de Servicios de Salud.
REM: Registro Estadístico Mensual.
RET: Residencia Espejo Transitoria.
RPC: Registros Poblacionales de Cáncer.
SSMO: Servicio de Salud Metropolitano Oriente.
SENADI: Servicio Nacional de la Discapacidad.
SENAMA: Servicio Nacional del Adulto Mayor.
SEREMI: Secretaría Regional Ministerial.
SENCE: Servicio Nacional de Capacitación y Empleo.
SIAD: Sistema de Aprendizaje a Distancia.
SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
SIDRA: Sistemas de Información para las Redes Asistenciales.
TENS: Técnico en Enfermería de nivel superior.
TIC: Tecnologías de la Información y Comunicación.
TBC: Tuberculosis.
UGA: Unidades Geriátricas de Agudos.
UPC: Unidad de Paciente Crítico.
VGI: Valoración Geriátrica Integral.
VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
VDI: Visita Domiciliaria Integral.

PRESENTACIÓN

Chile muestra hoy una esperanza de vida similar a la de los países desarrollados del mundo, lo cual debe representar un orgullo para todos quienes formamos parte de este país. Este logro puede atribuirse al efecto de políticas sanitarias y sociales implementadas en las últimas décadas a nivel de Estado (1). En lo sanitario, podemos mencionar la alta tasa de inmunización de nuestra población por medio de la vacunación, el aumento de camas generales y de cuidados intensivos, el aseguramiento de garantías explícitas de salud mediante el programa GES, la implementación de infraestructura de atención primaria y hospitalaria, entre otros avances. En lo social, es posible mencionar políticas como el Sistema de Seguridades y Oportunidades, el sistema de protección de la gestación y la primera infancia Chile Crece Contigo, además de la incorporación al sistema previsional de un pilar solidario que ha permitido asegurar ingresos a las personas socioeconómicamente más vulnerable. Asimismo, es importante mencionar los cambios culturales que han promovido estilos de vida más saludables en la población, a lo cual ha contribuido de forma importante el Programa Elige Vivir Sano. De todo esto podemos estar orgullosos como país, ya que entre otros logros, nos han permitido aumentar la longevidad de nuestra población.

Sin embargo, lo anterior no agota nuestros desafíos. En nuestro país, las personas viven, en promedio, de forma no saludable los últimos 10 años de su vida. Por tanto, nos encontramos ad portas de un desafío diferente, de tipo cualitativo más que cuantitativo: dotar de mayor calidad de vida a la mayor cantidad de años que se encuentran viviendo nuestros compatriotas. Este desafío es ambicioso, por lo cual requiere de acciones mancomunadas de los distintos actores a nivel nacional.

Al respecto, ya se han dado pasos importantes. El país cuenta con una Política Nacional de Envejecimiento Positivo y Saludable 2012-2025. Esta política tiene como objetivos el logro de la participación integral de las Personas Mayores, la mejora o mantención de su capacidad funcional y de su calidad de vida subjetiva. En el marco de esta política, el gobierno de Chile, en su gestión 2018-2022, generó el programa Adulto Mejor, el cual propone las siguientes acciones en el sector salud: Implementar progresivamente 11 Unidades Geriátricas de Agudos (UGA) en hospitales regionales, aumentar el número de geriatras en un 50% y la formación de equipos de salud especializados en geriatría y gerontología e incorporar Alzheimer y otras demencias al Plan Auge.

En el marco de esta Política de Envejecimiento Positivo y el Plan Adulto Mejor, el Ministerio de Salud ha sido convocado a desarrollar un rol relevante. Mejorar o mantener la capacidad funcional de las Personas Mayores requiere de realizar esfuerzos por mejorar la salud integral de este grupo etario. De este modo, la respuesta de salud debe ser igualmente integral, coordinando los recursos existentes, y los que se necesita generar, bajo una visión de largo alcance, que comprometa acciones sectoriales e intersectoriales. En este contexto, el Ministerio de Salud ha dado respuesta mediante el diseño de un Plan Nacional de Salud Integral para las Personas Mayores y su Plan de Acción 2020-2030. Este plan está alineado a las recomendaciones e iniciativas internacionales, tales como: puesta en práctica de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (Organización de Naciones Unidas), y la recientemente lanzada Década para el envejecimiento saludable 2020-2030, en adelante Plan Nacional (Organización Mundial de la Salud), en donde Chile tiene un papel protagónico.

Este Plan se propone generar un entorno propicio para que las Personas Mayores desarrollen sus vidas en forma saludable, incluyéndose en la sociedad a través de su aporte activo, logrando metas personales propias de su etapa de vida, incorporándose como gestores de las iniciativas destinadas a mejorar su propia calidad de vida. Generar este entorno propicio pasa también por generar cambios a

nivel estructural, impactando los determinantes sociales de la salud, mejorando la calidad de vida a lo largo del ciclo vital de nuestros ciudadanos, todo lo cual implica trabajar al interior del sector salud, con el intersector, y por supuesto, generando instancias de colaboración a nivel de Estado, sociedad civil y mundo privado. El Plan que tengo el agrado de presentar, propone acciones para el logro de estos ambiciosos objetivos.

Es de esperar que al finalizar la segunda década del siglo XXI y como consecuencia de nuestros esfuerzos conjuntos para avanzar en integrar la mirada sociosanitaria en el manejo del envejecimiento, las Personas Mayores podrán lograr una mejor salud y calidad de vida y vivir en un entorno que les permita mantenerse integradas socialmente y motivadas para alcanzar sus proyectos personales.



Dr. Enrique Paris Mancilla
Ministro de Salud



Pareja de 80 años terminando la maratón de Cork City en 2016.

INTRODUCCIÓN

El mundo se encuentra atravesando un proceso acelerado de envejecimiento, y Chile, no está exento de esta tendencia. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre el 2015 y el 2050 el porcentaje de personas de 60 años y más pasará del 12% al 22% de la población total (2), mientras que en el mismo período, en nuestro país las Personas Mayores habrán pasado de representar el 15% al 32% (3). La vertiginosidad del envejecimiento de la población mundial es una tendencia igualmente inédita; como ejemplo podemos mencionar que países como Francia tuvieron cerca de 100 años para adaptarse a un aumento del 10% de su población mayor, mientras que otros como Brasil, China e India deberán hacerlo en algo más de 20 años (2).

El envejecimiento poblacional de nuestro país es el resultado de importantes logros, principalmente atribuibles al desarrollo socioeconómico y la mejoría del sistema sanitario (4). Por ejemplo, Chile pasó de tener una esperanza de vida al nacer de 73 años en 1990 a una de 80 años el 2020 (3). Sin embargo, el envejecimiento poblacional significa también un importante desafío: preservar las capacidades intrínsecas de las personas y de adaptar las condiciones del entorno para la inclusión social de aquellos que han visto mermadas estas capacidades.

La mayor edad se asocia a una pérdida progresiva de la reserva fisiológica de los seres humanos (5), la cual puede llevar eventualmente a limitaciones funcionales. Sin embargo, existe amplia evidencia sobre la posibilidad de revertir este declive mediante una vida saludable y activa (6). De hecho, encuestas a nivel poblacional estiman que en Chile cerca de un 80% de las personas de 60 años y más son funcionalmente independientes (7,8), esto es, la mayor parte mantienen un nivel de capacidad funcional que les permite una participación activa en la sociedad. Pero, independiente del nivel de funcionalidad de las Personas Mayores, vale la pena preguntarse, si está su entorno en condiciones de permitirles mantener y/o mejorar su capacidad funcional, y si existen las oportunidades suficientes para que las Personas Mayores con capacidad funcional mermada puedan mejorar su calidad de vida y ser incluidos en la sociedad a la que desde décadas han aportado.

El desafío de las sociedades que han logrado mejorar su esperanza de vida y reducir su mortalidad es el de dotar de mayor salud a los años de longevidad logrados. La pregunta es, de los años de longevidad que el país ha logrado, ¿cuántos son vividos con buena salud? De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Chile presenta una expectativa de vida total de 80 años, mientras que la expectativa de vida saludable alcanza los 70 años, es decir, los últimos 10 años de vida son vividos con algún grado de morbilidad o discapacidad (9).

Dotar de mayor salud a los años de longevidad logrados ha sido abordado en el país mediante una serie de iniciativas orientadas a las Personas Mayores. En esta línea, es posible mencionar la implementación del Programa de Alimentación del Adulto Mayor (PACAM) en el año 1999; la creación en el año 2002 del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA); la creación de la Ley de Garantías Explícitas de Salud en el año 2004 (GES), que incluye garantías explícitas de prestaciones de salud para Personas Mayores en ayudas técnicas y enfermedades de mayor prevalencia; la implementación del Examen de Medicina Preventiva del adulto mayor (EMPAM) el 2008; la formulación de la Estrategia Nacional de Salud el 2010, que incluye objetivos estratégicos para la prevención y promoción de la salud en la población de personas de 65 años y más; la generación del Programa Elige Vivir Sano el 2011, el cual incentiva el desarrollo de estilos de vida saludable en la población general; el diseño y primera etapa de ejecución de la Política Integral de Envejecimiento Positivo (2012 - 2025); y la formulación del programa Adulto Mejor en el año 2018, el cual intenta retomar las acciones planificadas en la Política Integral de Envejecimiento Positivo.

Es la Política Integral de Envejecimiento Positivo la que enmarca las acciones presentes y futuras para mejorar la calidad de vida de las Personas Mayores en Chile. Esta política propone el concepto de envejecimiento positivo como una integración de los conceptos anteriores que han buscado consagrar a las Personas Mayores como sujetos de derecho en lugar de sujeto de beneficios. El envejecimiento exitoso, propio de la década del 90, fue un concepto que puso énfasis en identificar e intervenir sobre aquellos aspectos propios del comportamiento de las personas y las características de su entorno que marcaban la diferencia entre un envejecimiento bien logrado y otro de tipo normal (con enfermedades crónicas y deterioro de la capacidad funcional) (10). Este concepto ponía un énfasis importante en las acciones individuales y condiciones del entorno próximo de las personas. Uno de sus méritos fue relevar la importancia de todo el ciclo vital para el logro de un envejecimiento exitoso.

Un segundo concepto fue el de **envejecimiento saludable**, el cual proviene del campo de la biomedicina y pone énfasis en la importancia de las acciones individuales de las personas para mantener sus condiciones de salud e independencia funcional (11). Hasta aquí los conceptos que abordaban el envejecimiento ponían el acento en la dimensión biomédica del envejecimiento y en la acción individual de las personas en los resultados de salud.

A modo de compensar este énfasis en la acción, la Organización Mundial de la Salud propone, a fines de la década del 90, el concepto de **envejecimiento activo** (12). Este concepto intentó ampliar la definición de salud más allá del campo biomédico, considerando aspectos del entorno próximo, y menos próximo, que influyen de forma relevante en la forma en cómo las personas envejecen. El concepto de envejecimiento saludable se orientó a optimizar las oportunidades de salud, participación de las personas y seguridad social de las personas, y se aplica tanto a los individuos como a las sociedades. El logro práctico de este enfoque es que las personas puedan desarrollar su potencial de bienestar físico, social y psicológico a lo largo de su vida, pudiendo participar así de forma activa en su sociedad.

El concepto de **envejecimiento positivo**, en tanto, representa una integración de todos los conceptos anteriores. Reconoce que la dimensión biomédica de la salud juega un rol importante en la percepción de calidad de vida de las Personas Mayores (13), así como las acciones individuales de autocuidado en la mantención de la capacidad funcional. Pero asimismo, el concepto de envejecimiento positivo pone énfasis en la importancia de las dimensiones psicológica y social del bienestar subjetivo, además del entorno inmediato y estructural de las Personas Mayores para el logro de este bienestar. El envejecimiento positivo se propone crear un futuro dinámico que sea atractivo de experimentarse para las Personas Mayores y las sociedades, más allá de limitarse a solucionar problemas. Al poner foco en las acciones de los individuos y las características de las estructuras sociales en las cuales desarrollan sus vidas, el envejecimiento positivo permite impulsar un enfoque preventivo promocional de salud, pero también propiciar la construcción de ciudades amigables que puedan incluir a las Personas Mayores como agentes de su construcción y cambio. El envejecimiento positivo a nivel individual comienza con la gestación y termina con el buen morir, mientras que para las sociedades comienza con el aumento de la esperanza de vida y reducción de la natalidad, pero no tiene un término claro.

La Política Integral de Envejecimiento Positivo propone tres objetivos estratégicos: la mantención o mejoría de la funcionalidad de las Personas Mayores; su participación social integral; y la mejoría de su bienestar subjetivo. La Política se retomó durante el año 2018 mediante el Programa Adulto Mejor.

El programa Adulto Mejor, retoma las acciones de la Política Integral de Envejecimiento Positivo (iniciada el 2012), se enmarcan los esfuerzos sectoriales de salud, y para su diseño y operacionalización, se genera el Plan Nacional de Salud Integral para Personas Mayores 2020-2030, iniciativa que contribuye al cumplimiento de los cuatro objetivos que contiene la política. Dentro de los principales propósitos del Plan, está mejorar la capacidad funcional de las Personas Mayores, para lo cual, se dispone de una estrategia conceptual y de gestión. Esto se alinea con las actuales definiciones de la OMS, organismo que plantea que el mejor indicador para evaluar la salud de las Personas Mayores es su capacidad funcional (14).

En lo conceptual, el Plan Nacional se orienta de acuerdo a ciertos **enfoques**: enfoque de derecho, determinantes sociales y equidad, curso de vida, género, interculturalidad y atención centrada en la persona y la funcionalidad. La política Integral de Envejecimiento Positivo, que da marco a este Plan Nacional, reconoce a las Personas Mayores como sujetos de derecho y no como sujetos de beneficios de la política pública. Desde el enfoque de derechos se espera avanzar hacia la participación de las propias Personas Mayores en el diseño de las políticas y programas que les atañen, los cuales deben tener un estándar de calidad exigible en términos de efectividad, oportunidad y eficiencia. El enfoque de determinantes sociales y equidad, por su parte, plantea que los recursos de salud no se encuentran distribuidos de igual forma en la sociedad, existiendo grupos que presentan mayor dificultad de acceso a estos recursos y/o acceso a recursos de salud de menor calidad, entre estos grupos tienden a encontrarse las Personas Mayores, especialmente aquellas con vulnerabilidad socioeconómica.

El enfoque de curso de vida permite entender que la capacidad funcional y de salud general que presentan las Personas Mayores, es en gran parte resultado de estilos de vida, hábitos y enfermedades de etapas anteriores del ciclo vital. En este contexto, un modelo promocional y preventivo del curso de vida se orienta a generar estilos de vida saludables y entornos nutricios desde las etapas tempranas del ciclo vital a las avanzadas. La interculturalidad orienta a poner énfasis en las diferencias culturales que presentan las Personas Mayores en distintos sentidos; primero con otros grupos etarios, aquí son importantes los medios de comunicación que se utilizan, el nivel de digitalización, hábitos de socialización y valores que son parte de las Personas Mayores. En una sociedad donde ha aumentado de forma importante la población migrante, es importante las diferencias culturales que se pueden dar en las Personas Mayores de distintos países de origen, así como los estilos de vida de las personas migrantes que impactarán en su forma de envejecer. El enfoque de atención centrada en la persona nos recuerda que los conceptos, los recursos, las estrategias, planes y políticas, deben tener siempre el bienestar de las Personas Mayores en el centro, para lo cual necesitan adaptarse a sus necesidades y particularidades y no las Personas Mayores adaptarse a las instituciones y distribución de recursos de salud existentes. El enfoque de atención centrado en la persona y su funcionalidad permite impulsar fuertemente el rol de los servicios de salud para adaptar los planes y políticas a las características de las Personas Mayores que allí habitan, promoviendo además espacios de participación y evaluación de éstas para el rediseño permanente de las estrategias y programas. Este enfoque plantea además un desafío a las instituciones a nivel técnico, esto porque poner el centro en la persona implica respetar en todo momento su autonomía. El foco en la funcionalidad implica que todas las acciones del Plan buscan, a fin de cuentas, la mejora y mantención de la capacidad funcional, como principal indicador para medir la salud de este grupo de la población.

El Plan Nacional se desarrolla a través de seis Líneas Estratégicas que se agrupan en: Líneas Estratégicas de desarrollo de servicios integrales, y Líneas Estratégicas soporte. En cuanto al desarrollo de servicios integrales, las líneas propuestas son: Educación promoción y prevención y Provisión de servicios; mientras que las Líneas Estratégicas de soporte son: Fortalecimiento de la

red integrada de atención a Personas Mayores, Fortalecimiento de los sistemas de información y Rectoría, regulación y fiscalización. Finalmente, se incluye una línea estratégica de Financiamiento, la cual es transversal a todas las intervenciones que se realizarán en el marco de esta propuesta.

A modo de transformar las Líneas Estratégicas recién mencionadas en acciones con pertinencia territorial, el Plan considera tres **estrategias de intervención**, esto es, la manera en la que se operacionalizan las distintas iniciativas del Plan. Éstas son:

- * Generación, sistematización y difusión de información.
- * Gestión y articulación de la red de salud.
- * Abogacía, trabajo intersectorial y participación.

En relación a la estrategia de “Generación, sistematización y difusión de información” es clave para contar con diagnósticos confiables sobre la situación basal de salud de Personas Mayores, que permita proponer metas desafiantes, pero susceptibles de abordar a partir de los recursos existentes en el país. La “Gestión y articulación de la red de salud” propone acciones que buscan modificar la manera en la que actualmente se desarrollan iniciativas y programas destinados a las Personas Mayores, con el fin de incrementar su eficacia, eficiencia y/o calidad. Finalmente, la estrategia de intervención de “Abogacía, trabajo intersectorial y participación” es sumamente clave al abordar los determinantes sociales de la salud que impactan en los resultados de salud y en la capacidad funcional de las Personas Mayores. Además, esta estrategia permite sumar actores clave para el desarrollo a largo plazo del Plan Nacional, incluyendo otras instituciones públicas, así como la academia y la sociedad civil.

Todas las Líneas Estratégicas (seis), las estrategias de intervención y objetivos articulados, fomentan el cuidado continuo, integrado e integral de la persona mayor, y la gobernanza del sistema, además de facilitar la gestión y articulación de la red.

Este documento se desarrolla en dos partes, la primera de ellas establece el marco conceptual, los antecedentes empíricos y el marco normativo en que se fundamentan las acciones propuestas en el Plan. La segunda parte de este documento desarrolla el Plan de Acción, en el cual se agrupan las iniciativas propuestas en las Líneas Estratégicas, áreas y objetivos, así como las principales acciones para el período de gestión 2020-2030.

Estructura del Documento

El Plan Nacional de Salud Integral de Personas Mayores se enmarca en la Política Integral de Envejecimiento Positivo. Esta política asume tres objetivos estratégicos, el primero de ellos es mejorar o mantener la funcionalidad de las Personas Mayores, el segundo es el de mejorar la participación social y el tercero es mejorar el bienestar subjetivo de este grupo etario. Dos de estos objetivos son asumidos como fines de este Plan Nacional, estos son el bienestar subjetivo y la participación social. Estos objetivos se asumen como fines por su carácter multidimensional e intersectorial, desde esta perspectiva el Ministerio de Salud contribuye al logro de estos objetivos desde sus recursos particulares, pero su cumplimiento cabal se encuentra fuera del límite de acción sectorial de salud por sí solo. En cambio, el mantenimiento o mejoramiento de la funcionalidad en las Personas Mayores, es un desafío de salud, de hecho la OMS ha propuesto la funcionalidad como el mejor indicador de salud en Personas Mayores (14). De esta manera, el Plan Nacional de Salud Integral de Personas Mayores asume el mejoramiento de la funcionalidad como su propósito, es

decir, como un objetivo que puede ser alcanzado a través de un Plan Nacional Integral de Salud de largo plazo con Líneas Estratégicas y estrategias de intervención.

Pero la salud de las Personas Mayores es más que su funcionalidad, de acuerdo a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (15), es la condición de salud (trastorno o enfermedad) la base de las funciones y estructuras corporales, de las limitaciones en las actividades y la consecuente restricción en la participación. De este modo, un Plan Nacional debe abordar el importante desafío de lograr en la población un buen estado de salud, que permita a las personas mantener su funcionamiento, manteniendo sus actividades y participación en la sociedad sin dependencia de otros. De hecho, el estado de salud es la dimensión más relevada por las propias personas en la percepción de su calidad de vida, y de aquí que se haya acuñado el concepto de Calidad de Vida Relacionada con Salud (CVRS) (16).

Mantener una buena condición de salud en la población es un objetivo que debe abordarse desde etapas tempranas de la vida, pero que es necesario reforzar especialmente en los primeros años de la adultez mayor. Su logro, permite a la sociedad dotar de mayor calidad de vida relacionada con salud a los años de longevidad conseguidos mediante su desarrollo socioeconómico, sin embargo, esta calidad de vida relacionada con salud en la última etapa de la vida se encuentra desigualmente distribuida en la sociedad, por aspectos como el nivel socioeconómico, el género, la condición de migrante, la propia edad y por supuesto la condición de salud, todos elementos que marcan la heterogeneidad al interior de este grupo etario.

De este modo, se hace necesario abordar estos elementos que limitan e impactan negativamente en la salud, y por tanto en la calidad de vida de las Personas Mayores. En algunos casos hablamos de aspectos o variables que son propias de los denominados Determinantes sociales de la salud (17), los cuales no pueden resolverse únicamente con recursos del sistema sanitario, aunque sí se debe impulsar desde salud un trabajo intersectorial que permita abordarlos. En otros casos hablamos de elementos que es posible abordar desde el sistema sanitario, todo lo cual hace necesario una planificación estratégica que se propone en este Plan Nacional de Salud Integral de Personas Mayores y su Plan de Acción.

Para superar las limitaciones que impiden que las Personas Mayores en general gocen de buena calidad de vida en la última etapa de su vida, así como aquellos aspectos que dificultan la calidad de vida de grupos particulares de Personas Mayores, se cuenta con una serie de recursos de distinto tipo. A nivel de conocimiento, existe una amplia evidencia sobre enfoques conceptuales y metodologías que permiten fundamentar intervenciones efectivas en el mantenimiento de la funcionalidad, la prevención de enfermedades y control de estas. A nivel de normativa, existe una serie de instrumentos nacionales e internacionales que permiten garantizar derechos de las Personas Mayores a nivel civil-político y social, económico y cultural. Asimismo, a nivel de oferta pública, se cuenta con diversos programas e iniciativas intersectoriales para Personas Mayores con algún componente de salud, los cuales han acumulado experiencia y recursos con fines a mejorar la calidad de vida de las Personas Mayores. Este plan pretende coordinar estos distintos recursos con miras a su propósito: mejorar o mantener la capacidad funcional de las Personas Mayores. Este propósito debiese contribuir al fin de la Política Integral de Envejecimiento activo de mejorar el bienestar subjetivo de las Personas Mayores y su participación social.

Pero, este Plan Nacional no aborda sólo los recursos existentes, sino que también las dificultades. Las dificultades pueden distinguirse a nivel de las propias condiciones de vida de las Personas

Mayores, por una parte, y del sistema de salud por otra parte. A nivel de las condiciones de vida de las Personas Mayores las dificultades importantes son: bajo nivel socioeconómico, migración, diferencias de género, estado de salud física, mental y funcionalidad (especialmente de las personas de 80 años y más), participación social y maltrato. A nivel del sistema sanitario las dificultades son: bajo gasto en prevención y promoción, desarticulación de la oferta existente, falta de infraestructura y recurso profesional y técnico especializado en salud integral de Personas Mayores, limitada cobertura a especialidades de salud, calidad disímil de la oferta de servicios de cuidado a largo plazo, falta de una normativa que asegure estándares mínimos de calidad en servicios para Personas Mayores, especialmente servicios de cuidados domiciliarios de larga duración similar a la de establecimientos de larga estadía, que tiene su regulación propia, pero además de sistemas de información sin capacidad interoperativa, con calidad heterogénea de información y orientados a la gestión más que a la producción de información para el diseño de política pública.

El desafío del Plan Nacional de Salud Integral para Personas Mayores es un esfuerzo por articular la oferta y recursos existentes para superar los problemas de distinta índole que merman la calidad de vida con que se viven los años de longevidad ganados por nuestro país. De este modo, el documento se distingue en dos partes; la primera es el Plan Nacional propiamente tal, donde se describe y analizan recursos y dificultades a abordar por el Plan; y la segunda parte consta de un Plan de Acción, el cual se orienta a mostrar el camino para transformar en acciones los diagnósticos y análisis sobre Personas Mayores y sistema de salud en Chile.

Lo primero es comenzar por un condicionante de todo plan, estrategia o política diseñada para encarar los desafíos del envejecimiento, cual es el envejecimiento mismo de la población mundial, regional y nacional. Pero el envejecimiento se entiende aquí como condición necesaria, pero no suficiente para una merma en la Calidad de Vida Relacionada con Salud de las Personas Mayores, sino que debe asociarse con otras condiciones de índoles epidemiológicas, sociales, culturales y económicas. La primera parte del documento desarrolla las condiciones necesarias y suficientes para que se dé un envejecimiento con calidad de vida.

PARTE I:

MARCO GLOBAL DEL ENVEJECIMIENTO



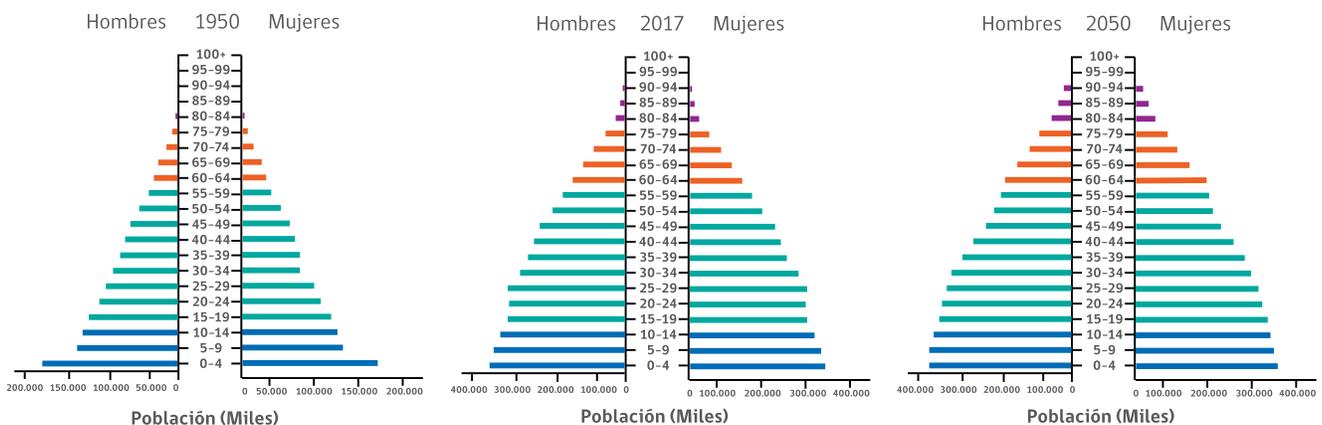
1. TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA Y ENVEJECIMIENTO A NIVEL MUNDIAL

El envejecimiento de la población corresponde a un fenómeno global. La transición demográfica, concepto que busca entender cómo las poblaciones en una sociedad dada tienden a experimentar cambios que marcan la evolución de la mortalidad y la fecundidad hacia niveles menores (18-20), nos muestra que históricamente este fenómeno comienza a mitad del siglo XX a nivel mundial. Sus primeras etapas se caracterizan por una baja de la tasa de mortalidad, acompañada por una aún sostenida tasa de natalidad. Con ello, se presencia un aumento de la población de mayores edades. En el año 2017 la población mayor de 60 años era de 962 millones de personas en todo el mundo, registrando un aumento del 100% respecto del año 1980. Se espera que esta transición demográfica continúe en los próximos años: de acuerdo a las proyecciones poblacionales de la Organización de Naciones Unidas (ONU) se estima que para el año 2050 se duplicará nuevamente la cifra poblacional de Personas Mayores, superando los 2 billones de personas (21).

La ONU, a través de su División de Población, ha estimado que en los próximos doce años las Personas Mayores de 60 años superarán a los niños menores de 10 años, y que, para el año 2050, existirá más población sobre 60 años, que adolescentes y jóvenes a nivel mundial. Al mismo tiempo, se estima que la población de mayores de 80 años se triplicará para el año 2050 (21).

Si bien, todos los grupos poblacionales han ido evolucionando desde el año 1950, las Personas Mayores de 60 años son quienes presentan los cambios demográficos más significativos (Figura 1). Como evidencia de esta transición, la población mundial presentará una estructura estacionaria, mostrando una reducción tanto en su natalidad como en su mortalidad (21).

Figura 1. Distribución de la población mundial por edad y sexo (1950, 2017 y 2050).



Fuente: (21).

Al respecto, los países con mayor nivel de desarrollo económico son los que han experimentado un mayor aumento de la proporción de Personas Mayores de 60 años. Sin embargo, sólo Japón tiene un porcentaje de Personas Mayores superior al 30% de su población total, estimándose que para el año 2050, diversos países habrán alcanzado una distribución similar, entre ellos Chile (22). Por su parte, regiones como Latinoamérica y Asia presentarán las curvas de crecimiento más aceleradas.

Según datos del Banco Mundial, en el año 2016 la esperanza de vida al nacer a nivel mundial alcanzaba los 72 años, siendo Japón el país con mayor esperanza de vida (83,9 años) y Sierra Leona el con menor esperanza de vida (51,8 años). Resulta interesante notar que, en el año 1960, la esperanza de vida a nivel mundial era de 52,6 años; ese año la esperanza de vida al nacer era de 67,2 años en Japón y 30,3 años en Sierra Leona.

A nivel latinoamericano la transición demográfica sigue la tendencia observada a nivel mundial. En la región, la expectativa de vida al nacer en el año 1950 era cercana a los 50 años y hoy se aproxima a los 80 años. De acuerdo a las proyecciones de la ONU, la reducción de la mortalidad y natalidad, entre otros factores, harían que la expectativa de vida en la región aumente en unos seis o siete años más para el año 2050 (23).

Al analizar la distribución de Personas Mayores por sexo en la región, se observa que ésta se compone principalmente por mujeres, que en la actualidad representan un poco más del 55% del total de los mayores de 60 años. Se espera que la distribución de hombres y mujeres se mantenga constante en los próximos 30 años (45% y 55% respectivamente), mientras que el grupo de las personas de 80 años y más, incrementará su peso relativo en los años siguientes. Mientras en el año 2017, las personas de 80 y más constituían menos del 15% del total de los mayores de 60 años, la cifra llegará a 22% en el año 2050 (21).

Es importante notar que el grupo etario de 80 años y más muestra una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y dependencia funcional, además de mayores niveles de aislamiento social, de percepción de falta de apoyo social y mayores niveles de depresión y ansiedad (24). En este contexto, el crecimiento de este grupo etario supone un mayor desafío para las políticas de protección social y salud.

2. LINEAMIENTOS Y ACCIONES A NIVEL MUNDIAL PARA ABORDAR EL ENVEJECIMIENTO

Considerando la situación descrita anteriormente, diversas organizaciones internacionales y países han comenzado a trabajar en propuestas y estrategias para abordar el envejecimiento global. En general, existe coincidencia respecto de la necesidad de realizar un trabajo intersectorial que permita abordar de mejor manera los desafíos que presenta el envejecimiento poblacional. La influencia de factores sociales, económicos y educacionales en la salud de las Personas Mayores hace necesario que cualquier aproximación integral a este tema, deba realizarse con un enfoque amplio desde la seguridad social, lo que plantea enormes desafíos para estos sistemas a futuro (25). Los objetivos globales están centrados en combatir la pobreza, generar seguridad alimentaria, promover estilos de vida saludable, educación equitativa, equidad de género, promoción del empleo y la seguridad económica, disminuir las inequidades y avanzar hacia la existencia de ciudades y sociedades cada vez más inclusivas, seguras y pacíficas (26).

Si bien las propuestas y perspectivas son variadas, los principales lineamientos a nivel mundial planteados por algunas organizaciones internacionales para abordar el envejecimiento incluyen:

1. *“Envejecimiento activo: requiere elaborar y poner en práctica estrategias que permitan a las Personas Mayores llegar a edades avanzadas en condiciones que les permitan disfrutar su vida, considerando un enfoque de curso de vida. Lo anterior también requiere tomar en cuenta la alta heterogeneidad existente entre personas de estas edades, proponiendo el autocuidado y los estilos de vida saludable como estrategia clave para mejorar la experiencia de la vejez”* (26-29).

- II.** Cambio en la percepción social del envejecimiento y las Personas Mayores: es imprescindible modificar la manera en que la sociedad en su conjunto entiende a las personas que envejecen, validando sus capacidades de aprendizaje, crecimiento personal y toma de decisiones, superando los estereotipos y actitudes negativas y reforzando elementos críticos como los niveles de alfabetización cuando se requiera o la eliminación de limitantes para la movilidad de las Personas Mayores en la vía pública (22).
- III.** Entornos adecuados para las Personas Mayores: en línea con lo anterior, se plantea la necesidad de no sólo mejorar la percepción de la sociedad hacia este grupo, sino de realizar cambios concretos y tangibles al respecto. Esto considera que las acciones individuales (autocuidado) no bastan para permitir a las Personas Mayores vivir una vida plena, pues el entorno físico también debe adecuarse para que ellos puedan desarrollarse sin dificultades como miembros activos de la sociedad (26-29).
- IV.** Adecuación de los sistemas de salud: Estos sistemas deben ser capaces de adaptarse para responder de mejor manera a las necesidades de las poblaciones, considerando tanto el cambio demográfico como la transición epidemiológica. Lo anterior, también incluye la necesidad de repensar la manera en que se proveen servicios a este grupo, por ejemplo, a la utilidad de tener una mayor disponibilidad de servicios domiciliarios (27,29,30).

Instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), han avanzado el último tiempo en conceptualizar los desafíos del envejecimiento desde la perspectiva del sector salud, proponiendo diversas tareas para los países y sus sistemas de atención. En el año 2015, la OMS elabora el Reporte Mundial de la Salud y el Envejecimiento (22), el cual propone, fundamentalmente, instalar cuatro estrategias:

- I.** Adaptar los sistemas de salud a las poblaciones de edad que estos atienden actualmente;
- II.** Crear sistemas de cuidados a largo plazo;
- III.** Crear entornos amigables con las Personas Mayores;
- IV.** Mejorar la medición, el monitoreo y la comprensión sobre el envejecimiento y las Personas Mayores.

A nivel regional, el tema también ha cobrado interés, con cada vez más países enfrentando de manera directa las consecuencias de la transición demográfica y el envejecimiento poblacional. De esta manera, ha surgido la necesidad de desarrollar estrategias regionales, que promuevan el compromiso de todos los países para entender y trabajar sobre este fenómeno. En esta línea, es importante destacar la realización de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores, coordinada por la Organización de los Estados Americanos (OEA) en el año 2015. El objetivo de esta instancia fue promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las Personas Mayores, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad. Chile, como país firmante, también se compromete a trabajar en el tema, particularmente en temas relacionados con la protección a los derechos de este grupo de la población.

A continuación, en la Tabla 1, pueden distinguirse las estrategias de la OMS para abordar el envejecimiento de acuerdo con su evolución temporal.

Tabla 1. Estrategias para abordar el envejecimiento OMS (línea de tiempo)

2008	2015	2018
<p>Considerar la heterogeneidad de experiencias en la vejez.</p> <p>Ocuparse de inequidades que profundizan las diferencias propias de esta diversidad.</p> <p>Evitar los preconceptos discriminatorios basados en la edad de las personas.</p> <p>Empoderar a las Personas Mayores en el proceso de cambios sociales y culturales que los afectan.</p> <p>Énfasis en los entornos que habitan las Personas Mayores.</p> <p>Considerar individualidades en el envejecimiento y sus necesidades derivadas.</p>	<p>Optimizar las trayectorias de capacidad intrínseca: mejorar la historia natural del proceso individual de envejecimiento, para que las personas acumulen menos discapacidad y mantengan el mayor nivel de independencia posible.</p> <p>Adaptación de las intervenciones sanitarias a las personas según sus niveles de discapacidad: diferenciar la forma en que las prestaciones son planificadas y ejecutadas, dependiendo de si estarán orientadas a personas con capacidades conservadas, moderada o severamente limitadas.</p> <p>Plan de atención integrada y centrada en las Personas Mayores: implementación de un sistema de gestión especializado, apoyo al autocuidado y un refuerzo de las capacidades para envejecimiento en el propio hogar.</p> <p>Adaptación de los sistemas de salud: generar cambios que favorezcan la participación y acceso de las Personas Mayores en términos de: infraestructura, lógica de los equipos y recursos humanos, difusión y capacitación de sistemas informáticos orientados a la ciber salud (e-health).</p>	<p>Establecer plataformas que favorezcan la innovación, el cambio organizado y la promoción de iniciativas exitosas. Desarrollar políticas y estrategias nacionales para generar las condiciones para que las personas vivan más y de forma más saludable.</p> <p>Mejorar la obtención de datos sobre envejecimiento para dar coherencia estratégica a los planes y poder monitorizar sus efectos.</p> <p>Promover la investigación en diversos niveles para identificar problemas y soluciones para los futuros problemas de las Personas Mayores.</p> <p>Alinear el funcionamiento de los componentes de los sistemas sanitarios para adaptarse a las necesidades de las personas que envejecen.</p> <p>Establecer los fundamentos y estándares para los sistemas de cuidados a largo plazo.</p> <p>Proveer de los recursos humanos necesarios para un manejo sanitario integral.</p> <p>Adherir a las iniciativas internacionales conducentes a combatir la discriminación por edad.</p> <p>Definir detalladamente los recursos económicos que serán necesarios para la implementación de los planes nacionales para el envejecimiento saludable.</p> <p>Fortalecer la red local y global de ciudades y comunidades amigables para las Personas Mayores.</p>

Fuente: Elaboración propia en base a (22),(31).

La Tabla 2 permite observar las estrategias para la implementación de políticas orientadas a Personas Mayores de acuerdo con recomendaciones OMS.

Tabla 2. Estrategias de la implementación de políticas públicas orientadas al envejecimiento saludable

ESTRATEGIA	DEFINICIÓN
Promover la participación económica y laboral de las Personas Mayores	Retrasar las edades de jubilación ha suscitado un amplio debate entre los países miembros de la OCDE, se ha sugerido que mantener a las personas activas laboralmente genera condiciones para financiar programas sociales enmarcados en las estrategias de envejecimiento saludable. Paralelamente se ha descrito que retrasar el retiro parece no afectar la expectativa de vida.
Promoción de estilos de vida saludable	Existe un amplio consenso de que nunca es demasiado pronto ni demasiado tarde para producir cambios conductuales positivos. A este nivel se consideran la actividad física regular, adecuada nutrición y control del uso y abuso de sustancias.
Adaptación de los sistemas de salud a las necesidades de la vejez	La creciente relevancia de las enfermedades crónicas no transmisibles entre la población más envejecida, hace necesario un seguimiento más regular de las Personas Mayores con enfermedades crónicas, una mejoría de los servicios preventivos (evitar y retardar la discapacidad) y un especial énfasis en la salud mental y la promoción de mejores estrategias de autocuidado.
Enfrentamiento de los factores ambientales que afectan al envejecimiento saludable	Teniendo en cuenta la asimétrica distribución de ciertos factores de riesgo, a este nivel se demanda un enfoque que, por ejemplo, se haga cargo de modificar las malas conductas alimentarias y la falta de ejercicio físico que afecta particularmente a los estratos socioeconómicos más bajos.

Fuente: Elaboración propia en base a (29).

De acuerdo con las recomendaciones de la OMS, también se derivan ejes transversales que debiesen incorporar los hacedores de política para el diseño e implementación de servicios sociales orientados a las personas mayores, estos pueden encontrarse en la Tabla 3.

Tabla 3. Ejes transversales de servicios sociales enfocados en las personas que envejecen (2014)

EJES TRANSVERSALES	DEFINICIÓN
Potenciar los efectos redistributivos e integradores de otras políticas públicas	Apunta a disminuir las desigualdades que podrían estar involucradas en modificar la expresión de la capacidad funcional de las Personas Mayores. Así mismo, contribuir a la lucha contra las desigualdades sociales y promover la cohesión social.
Mantenimiento de las Personas Mayores en su domicilio por el mayor tiempo posible	Reconoce implícitamente la necesidad de contar con centros de diversas complejidades donde derivar a las Personas Mayores cuando la vida independiente se torna insostenible en el tiempo. Así también, la permanencia de las Personas Mayores en su propio domicilio ha requerido la implementación de diversas estrategias de apoyo que varían en las diversas regiones del mundo. Es posible contar entre estas metodologías con sistemas de atención en el hogar, que pueden incluir prestaciones tan variadas como aseo, alimentación, acompañamiento, lavandería, dispositivos de tele-asistencia, entre otros.
Programas de envejecimiento activo	Existe mucha variabilidad propia de la idiosincrasia de cada país, se han desarrollado programas para la ocupación del tiempo libre, educación, cultura, turismo social y deporte.
Seguridad económica	Definido como la capacidad de disponer de forma independiente de recursos económicos regulares para asegurar una adecuada calidad de vida (32). Este factor depende de forma estrecha de la biografía individual y familiar, así como del contexto generacional. En América Latina, por ejemplo, sobre el 30% de las personas en edad de jubilar siguen trabajando activamente y la proporción de pensionados entre las Personas Mayores es relativamente baja. Así, se han planteado estrategias que van desde garantizar el acceso a ciertos montos mínimos de dinero de forma regular hasta compatibilizar la existencia de una pensión con trabajo remunerado, tanto por los beneficios económicos para la persona que los percibe como para la mantención de los niveles de actividad, sociabilidad y participación.

Fuente: Elaboración propia en base a (30).

3. MARCO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD PARA LAS PERSONAS MAYORES

3.1 Marco Internacional

Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

En septiembre del 2015, Chile, como parte de 193 países miembros de la Organización de Naciones Unidas (ONU), suscribió y comprometió el cumplimiento de un nuevo programa de desarrollo sostenible. Este programa, conocido como la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, es un plan de acción en favor de las personas, el planeta y la prosperidad, que además tiene por objeto fortalecer la paz universal dentro de un concepto más amplio de la libertad. Este plan es y será implementado por todos los países y partes interesadas mediante una alianza de colaboración.

Los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (Figura 2) y las 169 metas que se anunciaron demuestran lo ambiciosa de la agenda universal firmada por los países. Con ellos se pretende profundizar los compromisos adquiridos previamente mediante los Objetivos de Desarrollo del Milenio y lograr lo que con ellos no se consiguió. Los objetivos y las metas promueven la acción, durante los próximos 15 años, en esferas críticas para la humanidad y el planeta.

Figura 2. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)



Fuente: (33).

Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud

En la línea de lo que proponen los Objetivos de Desarrollo Sustentable, anteriormente mencionados, en especial el objetivo número 3, que busca generar buena salud y bienestar en todas las etapas del ciclo vital, es que se necesita con urgencia una acción pública integral con respecto al envejecimiento de la población. Para ello serán necesarios cambios fundamentales, no solo en lo que hacemos, sino en la forma misma en que concebimos el envejecimiento.

Es por lo anterior, que, en el año 2015, la Organización Mundial de la Salud (OMS), presenta en el “Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud” un marco de acción para promover el envejecimiento saludable en torno a un nuevo concepto de capacidad funcional. En particular, el informe enfatiza la necesidad de alejar a los sistemas de salud del modelo curativo y acercarlos a la prestación de cuidados integrales, centrados en las Personas Mayores (22).

El enfoque de la Organización Mundial de la Salud de cuidados integrados para Personas Mayores (ICOPE)

En respuesta a la necesidad de emprender transformaciones en los niveles de servicios y de sistemas para promover el envejecimiento saludable, en el año 2018, la OMS lanzó el abordaje de cuidados integrados para las Personas Mayores (ICOPE, por sus siglas en inglés) bajo el principio de que la salud y el bienestar de las Personas Mayores expresadas por su capacidad funcional, puede ser maximizada cuando los sectores de salud y social se integran para responder a las necesidades de las Personas Mayores. La propuesta ofrece un conjunto de herramientas para conducir la implementación de los cambios en los sistemas de salud, tanto en el nivel macro de los sistemas, como a nivel meso, en la organización de servicios. El objetivo final es desarrollar modelos de cuidado basados en la comunidad, con altos niveles de coordinación, y centrados en las personas (34).

Ciudades amigables para Personas Mayores

El año 2007 la OMS presenta la iniciativa de ciudades globales amigables. El proyecto surge para dar respuesta a dos de las tendencias que se han manifestado con más fuerza a lo largo del mundo durante el siglo XXI: envejecimiento poblacional y urbanización. Con cada vez más gente viviendo en las ciudades, la aparición de mega urbes y un porcentaje de Personas Mayores creciente, se hace patente la necesidad de avanzar hacia ciudades que permitan un buen vivir a quienes las habitan. La iniciativa se basa en el marco para envejecimiento activo de la misma organización, entendido como el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

Las ciudades amigables deben considerar una serie de áreas a intervenir para adaptarlas a las necesidades de la población como: transporte, vivienda, participación social, respeto e inclusión social, participación civil y empleo, comunicación en información, apoyo comunitario y servicios de salud, y espacios exteriores y edificios (35).

En una ciudad amigable con los mayores, las políticas, los servicios, los entornos y las estructuras proveen sostén y facilitan el envejecimiento activo de las personas, mediante el reconocimiento de capacidades y recursos existentes entre las Personas Mayores; el respeto por sus decisiones y elecciones de estilo de vida; la protección de las personas más vulnerables; y la promoción de su inclusión en todas las áreas de la vida comunitaria y de su aporte a las mismas (35).

Actualmente, la red de ciudades amigables incluye 847 ciudades y comunidades en 41 países, lo que implica una cobertura de más de 230 millones de personas a nivel mundial (36).

En Chile, esta iniciativa surge como una respuesta a la necesidad de generar condiciones para un envejecer activo que promueva la participación ciudadana y la integración social. Esta iniciativa busca brindar oportunidades de participación, seguridad y bienestar a fin de mejorar la salud y la calidad de vida de las personas a medida que envejecen (37).

3.2 Marco Nacional

El escenario sociodemográfico de envejecimiento en el mundo, la región, y que permea rápidamente a Chile, junto con los lineamientos internacionales para abordar este fenómeno, posicionan la importancia de hacerle frente a este hecho en el país. El actual Gobierno del Sr. Presidente Sebastián Piñera, preocupado de la salud y calidad de vida de las Personas Mayores, inicia las primeras acciones en pro de este grupo etario en su primer gobierno, el año 2012, con lo cual el tema toma uno de los primeros lugares en la agenda política.

A continuación, se revisa la historia y los diversos antecedentes que posicionan las acciones por un envejecimiento positivo.

La historia del desafío de afrontar la salud de las Personas Mayores en la esfera pública en Chile se inicia a partir del año 1995, con la introducción y operacionalización del paradigma de la funcionalidad en el sistema de salud chileno.

Este proceso comienza en 1995, cuando el Ministerio de Salud (MINSAL) decide instalar la mirada preventiva en la vejez, a través de la construcción y posterior instalación de un Control Sano para el Adulto Mayor. Para llevar a cabo lo anterior, el MINSAL crea el Programa de Salud del Adulto Mayor y convoca al Instituto Nacional de Geriátrica (INGER) a apoyar esta tarea, además de solicitar la complementación de la atención cerrada que existía en el INGER, con una atención ambulatoria.

Consecuencia de esto, en el año 2002, el Congreso Nacional aprueba la Ley 19.828 que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor SENAMA.

La Figura 3 expone los principales hitos en la historia de las políticas públicas respecto a Personas Mayores en Chile:

Figura 3. Historia de las políticas públicas relacionadas con la salud de las Personas Mayores en Chile



Fuente: Elaboración propia.

Política Integral de Envejecimiento Positivo 2012-2025

Todas las acciones que actualmente se están desarrollando en salud, y en otros sectores, por un envejecimiento saludable, tienen su origen en la Política Integral de Envejecimiento Positivo 2012-2025.

En el año 2012, durante el primer Gobierno del Sr. Presidente Sebastián Piñera (2010-2014), el Servicio Nacional de Adulto Mayor (SENAMA) redacta e implementa la "Política Integral de Envejecimiento Positivo" 2012-2025, que se constituye como una respuesta intersectorial a las necesidades de las Personas Mayores, dado que se ha producido un aumento de Personas Mayores en condición de dependencia. Junto con ello, busca potenciar los conceptos de Envejecimiento Activo y Positivo en población y políticas públicas, generando acciones para mantener la autonomía y prevenir la dependencia de las Personas Mayores, integrando aspectos sociales y sanitarios involucrados en el envejecimiento poblacional de Chile.

Esta política fue desarrollada por un equipo de trabajo intersectorial, coordinado por el SENAMA integrado por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Ministerio de Salud, la Comisión Especial de Adulto Mayor de la Cámara de Diputados, el Comité Consultivo de las Personas Mayores de SENAMA, el Comité Ejecutivo de SENAMA, Oficina Central y las Coordinaciones Regionales de SENAMA, organizaciones sociales de Personas Mayores, organizaciones profesionales y fundaciones relacionadas a las Personas Mayores, entre otros, reuniendo a una gran parte de los actores públicos involucrados en las temáticas de envejecimiento (23).

La Política Integral de Envejecimiento Positivo propone tres objetivos generales (23):

- I. Proteger la salud funcional de las Personas Mayores: busca que éstas sean autovalentes, pero sin desconocer la importancia del apoyo para que se desarrollen.
- II. Mejorar la integración de las Personas Mayores en los distintos ámbitos de la sociedad: su fin es construir una sociedad para todos, donde las Personas Mayores mejoren su integración y participación en el ámbito social, económico, cultural y espacial.
- III. Incrementar los niveles de bienestar subjetivo de las Personas Mayores: este 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.

Además, propone trece objetivos específicos, que se vinculan al sector salud (23). A continuación en la Tabla 4 se precisan los objetivos específicos de la política:

Tabla 4. Objetivos específicos de la Política Integral de Envejecimiento Positivo

Nº	EJE	OBJETIVO ESPECÍFICO
1	Saludable	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	Saludable	Aumentar la prevalencia de factores protectores para la salud de las Personas Mayores.
3	Saludable	Aumentar el número de profesionales y técnicos con conocimientos específicos sobre Personas Mayores.
4	Activo	Aumentar las oportunidades que tienen las Personas Mayores para participar en actividades sociales, recreativas y productivas.
5	Activo	Mejorar el nivel educacional y formación laboral de las Personas Mayores.
6	Activo	Proteger la seguridad económica de las Personas Mayores.
7	Activo	Adecuar viviendas, medios de transporte y ciudades para las Personas Mayores.
8	Positivo	Disminuir la prevalencia de maltrato activo o pasivo contra las Personas Mayores.
9	Positivo	Aumentar el acceso a la justicia que tienen las Personas Mayores como titulares de derechos.
10	Positivo	Mejorar la cobertura y calidad de los servicios estatales de atención de consultas y difusión de información relacionada con las Personas Mayores
11	Positivo	Potenciar una identidad social y cultural positiva de las Personas Mayores.
12	Positivo	Aumentar el número de investigaciones en temas relacionados al envejecimiento y vejez.
13	Positivo	Evaluar y optimizar periódicamente la contribución de la política al bienestar subjetivo de las Personas Mayores.

Fuente: Elaboración propia en base a (23).

A partir de estos objetivos, se establecieron las líneas bases y metas asociadas a cada objetivo específico para los que se definen metas a alcanzar al año 2025, de acuerdo con lo presentado a continuación en la Tabla 5:

Tabla 5. Objetivos específicos y metas

ÁREA	OBJETIVO ESPECÍFICO	META	LÍNEA BASE	2015	2020	2025
Salud y Cuidados	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	1.1. Todos los establecimientos de la Red Asistencial de Salud operan con un Modelo de Cuidado Integral para las Personas Mayores	No disponible	50% estable	100% estable	100% estable
		1.2. Todas las comunas cuentan con servicios estatales de cuidado sociosanitario y atención de la demencia	No disponible	80 comunas	214 comunas	346 comunas
Vida activa y saludable	2. Aumentar la prevalencia de factores protectores para la salud en las Personas Mayores	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%	69% de las personas mayores	71% de las personas mayores	73% de las personas mayores	76% de las personas mayores
Especialistas	3. Aumentar el número de profesionales y técnicos con conocimientos específicos sobre Personas Mayores	3.1. Se han formado 10.000 profesionales y técnicos en atención, cuidado y estudio de Personas Mayores	No disponible	2.308 personas	6.154 personas	10.000 personas
Bienestar subjetivo	13. Evaluar y optimizar periódicamente la contribución de la política al bienestar subjetivo de las Personas Mayores	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	Existen evaluaciones aisladas	Evaluación ex ante y monitoreo de la implementación	Evaluación de impacto positivo	Evaluación de impacto positivo

Fuente: Elaboración propia.

Por último, cabe destacar que el actual Gobierno del Sr. Presidente Sebastián Piñera, a través del programa Adulto Mejor que lidera la Primera Dama de la Nación Sra. Cecilia Morel, retoma las acciones de esta política y las operacionaliza en diversas iniciativas.

Estrategia Nacional de Salud 2011-2020

De manera paralela a la Política Integral de Envejecimiento Positivo 2012-2025, y el actual Plan de Gobierno, el sector salud diseña e implementa el año 2010 la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 que es un instrumento creado con el fin de dar respuesta a los objetivos sanitarios propuestos para los diez años siguientes, a saber:

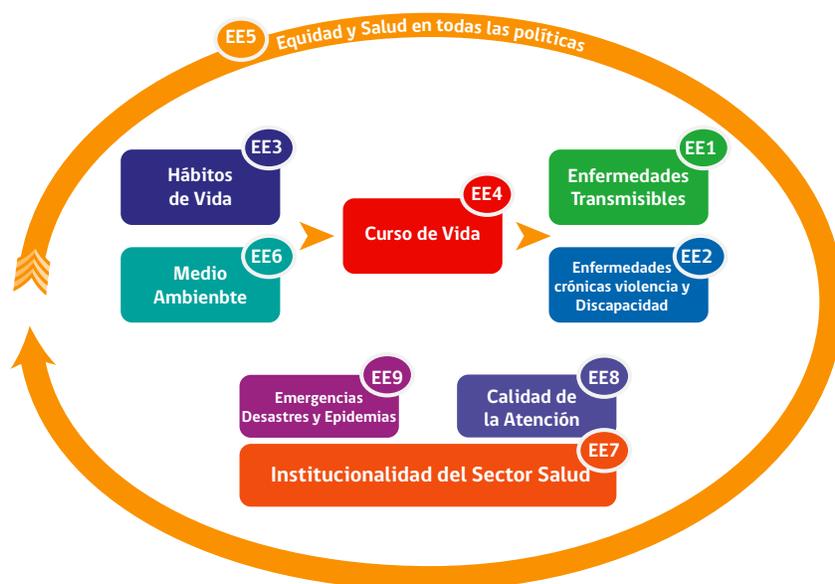
- I. Mejorar la salud de la población
- II. Disminuir las inequidades
- III. Aumentar la satisfacción de la población
- IV. Asegurar la calidad de las prestaciones de salud

La instalación de estos cuatro grandes objetivos sanitarios, con mirada de curso de vida, considera las necesidades de las Personas Mayores en los resultados esperados, debiendo considerar cada uno de estos objetivos en la planificación estratégica nacional y regional.

Esta estrategia apunta al bienestar de toda la población del país. Sin embargo, algunos temas y metas se enfocan en determinadas poblaciones, ya sea segmentada por edad, sexo, situación epidemiológica, situación biopsicosocial, entre otros. Por ejemplo, el Objetivo Estratégico 4, con el tema 4.8 “Salud del adulto mayor”, cuyo objetivo apunta a “Mejorar el estado de salud funcional de las Personas Mayores”, y su principal meta es la de “disminuir en un 10% la media de puntaje de discapacidad en población de 65 a 80 años”.

A su vez, la Estrategia Nacional de Salud se compone de nueve Ejes Estratégicos que apuntan a los siguientes temas (Figura 4):

Figura 4. Ejes Estratégicos de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020



Fuente: (24).

La atención de salud de las Personas Mayores está priorizada en el Eje Estratégico (EE) N° 4: “Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del curso de vida”. Sin embargo, todos los Ejes Estratégicos de la Estrategia Nacional de Salud están directamente relacionados con las Personas Mayores. En la Tabla 6 se exponen los objetivos de impacto del Eje Estratégico N° 4 y sus indicadores asociados.

Tabla 6. Indicadores del Eje Estratégico N° 4 Curso de Vida, relacionados a las Personas Mayores

OBJETIVO DE IMPACTO	INDICADOR	FUENTE	META
Mejorar el estado funcional de las Personas Mayores.	Media de puntaje de discapacidad en población de 65 a 80 años.	Encuesta Nacional de Salud.	Disminuir en 10% la media de puntaje de discapacidad en población de 65 a 80 años.
RESULTADOS ESPERADOS (RE): (dos resultados esperados con dos indicadores cada uno)			
Incrementar la evaluación funcional de las Personas Mayores y aumentar la cobertura de atención	Porcentaje de Personas Mayores, inscritas con EMPAM realizado durante el último año.	REM (numerador) Fondo Nacional de Salud (denominador: población inscrita en APS)	Realizar el examen EMPAM al menos al 60% de las Personas Mayores
	Porcentaje de Personas Mayores con resultado de evaluación funcional: Autovalentes con riesgo y/o con riesgo de dependencia, con control de seguimiento efectuado dentro de los primeros 6 meses de realizado en EMPAM.	REM	Realizar el examen EMPAM al menos al 60% de las Personas Mayores
Efectuar atención integral de la Persona Mayor	Porcentaje de controles de salud con valoración geriátrica integral (VGI) según según norma técnica para la atención integral de salud del adulto mayor vigente.	REM	Lograr que el 50% de los controles de salud con Valoración Geriátrica Integral (VGI) cumpla las normas técnicas del programa de las Personas Mayores
	Porcentaje de interconsultas resueltas para la atención de Personas Mayores, autovalentes con riesgo de dependencia de acuerdo a la VGI.	REM	Resolver el 80% de las interconsultas para la atención de Personas Mayores con riesgo de dependencia

Fuente: Elaboración propia en base a (24).

Sistema Elige Vivir Sano

El sistema Elige Vivir Sano (EVS) es otra de las iniciativas de Gobierno, del primer periodo del Sr. Presidente Sebastián Piñera Echeñique, encabezada por la Primera Dama Cecilia Morel Montes, para abordar los factores de riesgos y los estilos de vida nocivos que influyen negativamente en la salud y la calidad de vida de las personas. Este sistema busca instalar hábitos de vida saludables y disminuir los factores y conductas de riesgo asociados a las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT). EVS toma las recomendaciones de la OMS referidas al peligro de las enfermedades crónicas no transmisibles como la principal causa de muerte en el mundo y que se incrementarán especialmente en los países de Latinoamérica y el Caribe. EVS cuenta con cuatro compromisos de acción:

- I. Come sano (fomentar la alimentación saludable): Énfasis en la educación, sensibilización y exposición a entornos saludables que faciliten la selección de alimentos nutritivos, sanos e inoocuos, de manera de generar cambios culturales de largo alcance y así mejorar la calidad de vida de las personas y reducir los índices de obesidad y enfermedades no transmisibles.
- II. Mueve tu cuerpo (potenciar la actividad física): Dado el poco tiempo disponible y la escasez de recursos necesarios, se fomenta el uso de los espacios públicos para hacer actividad física; el salir a caminar a la calle, trotar, andar en bicicleta, patinar, etc. Se promueve el uso de materiales/utensilios domésticos y el uso de escaleras en lugares de trabajo.
- III. Vive al aire (promover el contacto con la naturaleza, el respeto al medio ambiente y la vida al aire libre): El contexto familiar y del hogar es el principal ambiente que expone a los individuos a hábitos respecto de la alimentación sana, de la actividad física, del autocuidado como de la prevención del alcohol y drogas. Así, se fomenta la vida familiar como espacio de aprendizaje y sensibilización, y como forma de extender el alcance de cualquier iniciativa y política pública.
- IV. Disfruta a tu familia (difundir los beneficios de realizar actividades en familia): Pone en el centro el contacto con la naturaleza como elemento fundamental para tener un estilo de vida saludable en la medida que es un entorno propicio para la actividad física, la vida familiar y es donde se cultivan los alimentos saludables.

Considerando el enfoque de curso de vida y que las acciones que se realicen en las etapas previas a la vejez inciden en esta etapa de la vida, EVS ha comenzado un proceso de articulación con el programa Adulto Mejor, promoviendo así la generación de iniciativas que rescaten el conocimiento y saberes a nivel intergeneracional, desde Personas Mayores hacia niños y jóvenes del país.

Programa Adulto Mejor: Plan de Gobierno 2018-2022

El Programa Adulto Mejor, encabezado por la Primera Dama de la Nación, Sra. Cecilia Morel Montes, es una iniciativa del actual Gobierno que se constituye como otra de las respuestas al fenómeno del envejecimiento y a la prioridad que este Gobierno le ha dado al tema. Este programa retoma las acciones de la Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile (iniciada el 2012). Este programa trabaja de manera multisectorial en conjunto con variados ministerios, servicios e instituciones del sector público, así como con alianzas público-privadas.

El actual Plan de Gobierno tiene como objetivo la promoción de una vida activa, participativa y saludable, en donde se contemplan las siguientes acciones para el sector salud (figura 5):

Implementar progresivamente 11 Unidades Geriátricas de Agudos (UGA) en hospitales regionales. Aumentar el número de geriatras en un 50% y la formación de equipos de salud especializados en geriatría y gerontología, e incorporar Alzheimer y otras demencias a las Garantías Explícitas en salud.

Es por lo anterior que, el presente Plan Nacional de Salud Integral para Personas Mayores y su plan de acción 2020-2030, contribuye al cumplimiento de las acciones vinculadas al programa Adulto Mejor, sumando otras iniciativas relacionadas con la salud integral de las Personas Mayores.

Figura 5. Plan Adulto Mejor: Compromisos de Gobierno 2018-2022

PLAN ADULTO MEJOR 2018 -2022

**Objetivo y acciones
vinculadas al
sector salud** →

- * Promoción de una vida activa, participativa y saludable**
- Implementar progresivamente 11 **Unidades Geriátricas de Agudos (UGA)** en hospitales regionales.
- **Aumentar el número de geriatras** en un 50% y la **formación de equipos** de salud especializados en geriatría y gerontología.
- Incorporar **Alzheimer y otras demencias a las GES.**

Fuente: Elaboración propia en base a (35).

PARTE II:

**SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y DE SALUD
DE LAS PERSONAS MAYORES EN CHILE**

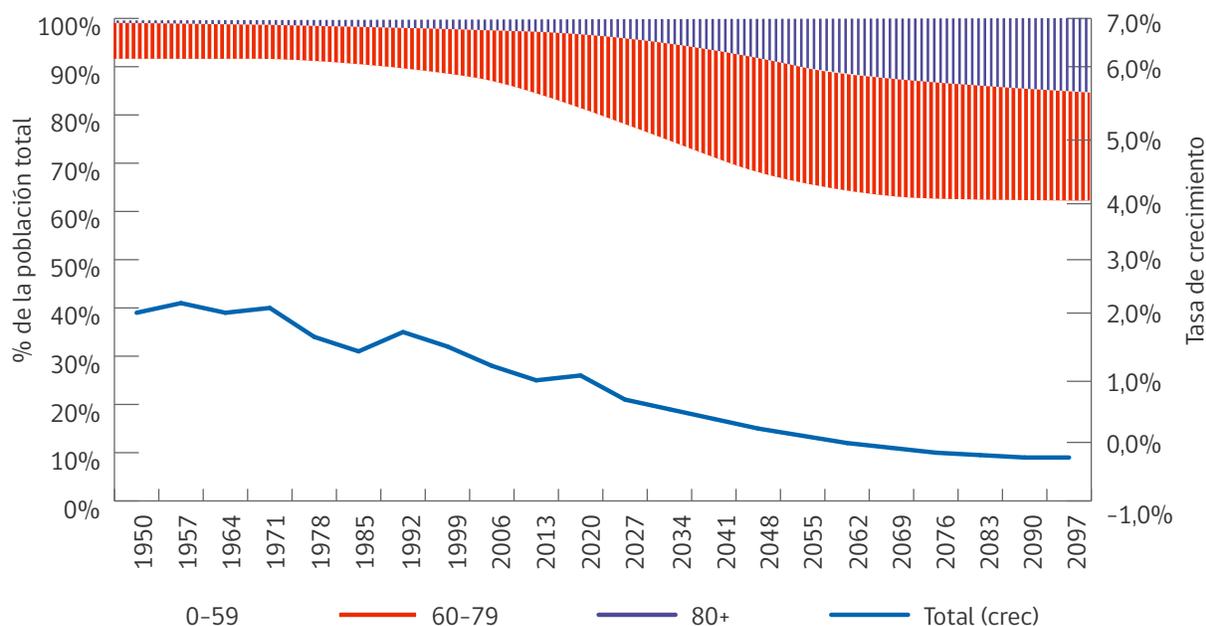


4. TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA EN CHILE

El envejecimiento de la población constituye un fenómeno consolidado en el mundo y Chile no es la excepción, pues se encuentra en pleno proceso de transición demográfica, caracterizado por una etapa de envejecimiento poblacional, un aumento de la población de más edad y, al mismo tiempo, una disminución de la población joven. El fenómeno, explicado por la disminución conjunta de las tasas de fertilidad y natalidad en el país, tiene como principal motor la caída en las tasas de mortalidad infantil, que han llevado a un aumento sostenido de la esperanza de vida al nacer durante los últimos 50 años: la esperanza de vida ha aumentado en más de 20 años en el periodo 1960-2016, pasando desde 57,3 años a principios del periodo a 79,5 en la actualidad (38).

Tal como muestra la Figura 6, la población chilena ha ido experimentando una disminución en su tasa de crecimiento desde mediados del siglo XX, pero no fue hasta principios de este siglo que la población de Personas Mayores comenzó a aumentar de manera importante. Este aumento significativo de este grupo poblacional es además relevante no sólo porque esta población crecerá en su número y proporción en los próximos años sino, además, porque parte de este crecimiento se explica por el aumento en la población de las personas “más viejas entre las viejas”. En concreto, el porcentaje de la población de mayores de 80 años que, actualmente corresponde al 2%, se duplicará en diez años, llegando al 10% en el año 2055 (39).

Figura 6. Tasa de crecimiento y distribución etaria de la población. Chile (1950-2100)



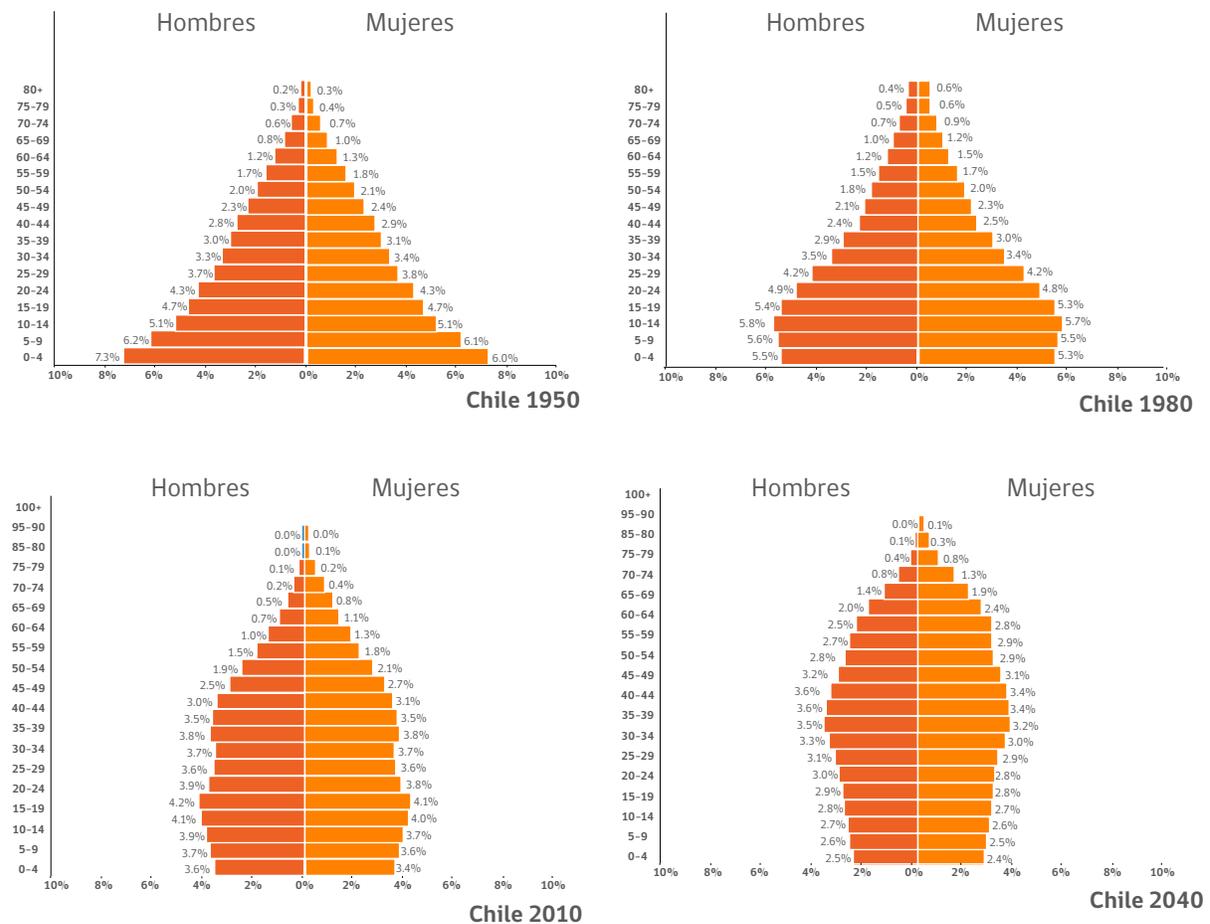
Fuente: Elaboración propia en base a (40).

Este cambio en la estructura de la población también puede ser observado a través de la evolución de las pirámides poblacionales del país. Tal como muestra la Figura 7, la distribución de la población en el país ha experimentado importantes cambios en la última década, muchos de los cuales seguirán profundizándose en el futuro.

La estructura de la población en 1950 (figura superior izquierda) muestra la clásica forma de pirámide, con una amplia base compuesta de población joven y un escaso porcentaje de personas en edades avanzadas. Treinta años después, la pirámide de 1980 (figura superior derecha) muestra los efectos de la disminución de la tasa de fertilidad, con una pirámide abultada no en su base (niño), sino en torno a población joven.

La situación actual, descrita por la pirámide del año 2010 (figura inferior izquierda), muestra como la población en los distintos grupos de edad, comienza a equipararse en términos de su peso en el total de la población. Junto con esto, se observa un aumento en el porcentaje de Personas Mayores. Finalmente, la proyección de la pirámide del año 2040 (figura inferior derecha) muestra una inversión respecto de la situación inicial, con una población de niños y jóvenes que es menor a la población adulta, la pirámide mostrando su punto más ancho en torno a los 50 años, y un claro aumento de la población mayor de 60 años, pero principalmente de aquellos mayores de 80 años.

Figura 7. Pirámides poblacionales. Chile: 1950, 1980, 2010 y 2040



Fuente: (21).

5. CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES EN CHILE

5.1 Distribución de la población de Personas Mayores

Según el censo 2017, la población de Personas Mayores en Chile, de 65 años y más, asciende a 2.003.256, correspondiendo a un 11,4 % de la población total. La Tabla 7 muestra la distribución regional de la población de 65 años y más. Se observa que las regiones más envejecidas -considerando el porcentaje de población mayor de 65 años respecto de la población total en la región- son Valparaíso y Ñuble, con más de un 13% de Personas Mayores de 65 años. Por otra parte, las más jóvenes son Antofagasta, Tarapacá, Aysén y Atacama, todas con menos de un 10% de Personas Mayores de 65 años en la región.

Tabla 7. Distribución de Personas Mayores en Chile (2017)

REGIÓN	Población total (A)	Población total 65 años y más (B)	% de la población total de 65 años y más (B/A)	Hombres de 65 años y más (C)	Mujeres de 65 años y más (D)	Distribución porcentual por sexo		
						Ambos sexos (B/2.003.256)	Hombres (C/B)	Mujeres (D/B)
	Ambos sexos							
Total	17574.003	2.003.256	11,40%	863.975	1.139.281	100,0%	43,1%	56,9%
Arica y Parinacota	226.068	24.577	10,87%	10.961	13.616	1,2%	44,6%	55,4%
Tarapacá	330.558	24.971	7,55%	11.424	13.547	1,2%	45,7%	54,3%
Antofagasta	607.534	45.441	7,48%	19.740	25.701	2,3%	43,4%	56,6%
Atacama	286.168	28.110	9,82%	12.942	15.168	1,4%	46,0%	54,0%
Coquimbo	757.586	89.543	11,82%	39.919	49.624	4,5%	44,6%	55,4%
Valparaíso	1.815.902	247.113	13,61%	105.354	141.759	12,3%	42,6%	57,4%
RM	7.112.808	767.377	10,79%	314.553	452.824	38,3%	41,0%	59,0%
O'Higgins	914.555	108.926	11,91%	50.582	58.344	5,4%	46,4%	53,6%
Maule	1.044.950	128.570	12,30%	59.514	69.056	6,4%	46,3%	53,7%
Ñuble	480.609	65.116	13,55%	29.470	35.646	3,3%	45,3%	54,7%
Biobío	1.556.805	183.145	11,76%	79.569	103.576	9,1%	43,4%	56,6%
La Araucanía	957.224	120.381	12,58%	53.607	66.774	6,0%	44,5%	55,5%
Los Ríos	384.837	48.428	12,58%	21.574	26.854	2,4%	44,5%	55,5%
Los Lagos	828.708	92.888	11,21%	41.487	51.401	4,6%	44,7%	55,3%
Aysén	103.158	9.290	9,01%	4.506	4.784	0,5%	48,5%	51,5%
Magallanes	166.533	19.380	11,64%	8.773	10.607	1,0%	45,3%	54,7%

Fuente: Elaboración propia en base a (41).

En cuanto a la distribución por rango etario y sexo (Tabla 8), al igual que en la población total de Personas Mayores, la población de mujeres es mayor a la de los hombres, representado 56,9% versus 43,1% respectivamente. Esta diferencia se acentúa en edades más avanzadas: para el grupo de mayores de 80 años, las mujeres representan más del 60% del total de personas.

Tabla 8. Distribución de Personas Mayores en Chile, por rango etario y sexo (2017)

RANGO ETARIO	POBLACIÓN			PORCENTAJE (%)		
	Total (A)	Hombres (B)	Mujeres (C)	Total (A/2.850.171)	Hombres (B/A)	Mujeres (C/A)
60 a 64 años	846.915	399.562	447.353	29,7%	47,2	52,8
65 a 69 años	653.002	303.259	349.743	22,9%	46,4%	53,6%
70 a 74 años	515.909	232.909	283.000	18,1%	45,1%	54,9%
75 a 79 años	363.589	155.526	208.063	12,8%	42,8%	57,2%
80 años y más	470.756	172.281	298.475	16,5%	36,6%	63,4%
Total	2.850.171	1.263.537	1.586.634	100,0%	44,3%	55,7%

Fuente: Elaboración propia en base a (41).

En relación con el área de residencia en la cual se concentra la población de 65 años y más, destaca que un 85% de este grupo reside en áreas urbanas. Se observa también que este porcentaje es menor para la población mayor de 65 años que para aquellos con menos de 65 años (85% versus 88%).

Respecto a la pertenencia a pueblos indígenas u originarios, el 9,2% de las Personas Mayores se reconoce como parte de un pueblo originario reconocido en Chile, cifra levemente inferior a la población menor de 65 años, en donde el 11,7% refiere pertenecer a algún pueblo originario.

Sobre la población migrante, de acuerdo a las proyecciones del CENSO 2017, para el año 2018, de un total de 18.751.405 residentes en Chile, 1.251.225 serían personas extranjeras, lo que corresponde a 6,7% de la población (42). Si se analiza este grupo, por población mayor y menor de 65 años, encontramos que el porcentaje de Personas Mayores en el grupo de migrantes, actualmente, es bajo. Del total de la población de 65 años y más (2.165.195 personas), 34.761 son migrantes (1,6%). Mientras que del total de la población menor de 65 años (16.586.210 personas), 1.216.464 son migrantes (7,3%). A su vez, si analizamos la población migrante total (1.251.225 personas) 97,2% es menor de 65 años y solo 2,8% es de 65 años y más, lo que indica que el fenómeno migratorio es eminentemente joven. Sin embargo, es importante considerar las personas migrantes que se quedarán de forma permanente en el país, y su ingreso progresivo al segmento de Personas Mayores.

Finalmente, en términos de participación social, la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN 2017) (21), muestra que un 36,7% de las Personas Mayores declara participar de alguna organización social. En términos de edad, no hay un claro patrón que vincule participación con mayor o menor edad; el máximo de participación se encuentra en el grupo de los 70 a 74 años. En general, este grupo participa principalmente en juntas de vecinos, organizaciones religiosas y agrupaciones de Personas Mayores.

5.2. Brechas sociodemográficas en Personas Mayores

En base a los datos de la última Encuesta de CASEN del año 2017(7), se observa que el total de personas en situación de pobreza por ingresos en Chile corresponde a 1.528.284. De éstas, 1.115.445 personas (73%) son pobres no extremos y 412.839 personas (27%) son pobres extremos. De las cifras anteriormente mencionadas, un 4% del total corresponde a Personas Mayores en situación de pobreza, cifra ligeramente superior en el grupo de los hombres (43).

Además de la pobreza medida por ingresos, se utiliza la pobreza multidimensional como otro parámetro que considera cinco dimensiones: educación, salud, trabajo y seguridad social, vivienda-entorno y redes y cohesión social (44). Al mirar la pobreza bajo este concepto más amplio (Tabla 9), el porcentaje de pobres a nivel país alcanza el 20,7% y consecuentemente el porcentaje de Personas Mayores pobres también se eleva al 19,6%, cifra también mayor para hombres que para mujeres.

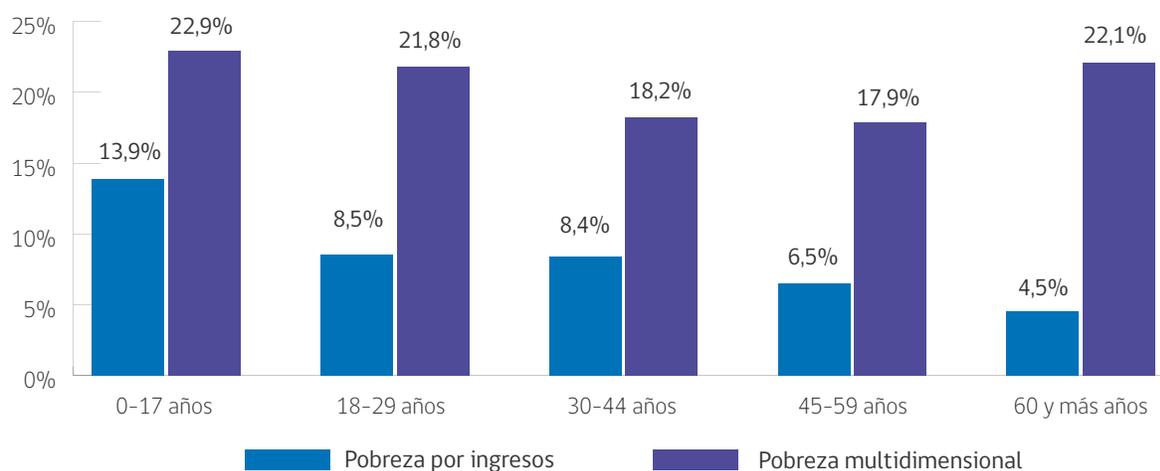
Tabla 9. Porcentaje de Personas Mayores en situación de pobreza en Chile, por sexo y edad (2017)

	POBREZA			POBREZA MULTIDIMENSIONAL		
	Total de personas (todas las edades) bajo situación de pobreza por ingresos: 937.670			Total de personas (todas las edades) bajo situación de pobreza multidimensional: 2.940.275		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
65 a 69 años	5.6%	4.1%	4.8%	24.8%	19.8%	22.05%
70 a 74 años	3.6%	3.4%	3.5%	20.1%	16.5%	18.10%
75 a 79 años	3.8%	3.9%	3.9%	19.7%	13.8%	16.29%
80 años y más	3.9%	3.5%	3.7%	18.1%	15.8%	16.62%
Total de Personas Mayores	4,4%	3,8%	4,0%	22,2%	17,6%	19,6%

Fuente: Elaboración propia en base a (45).

Al respecto, comparado con otros grupos de la población, se observa que las Personas Mayores, junto a los menores de 17 años, son los que presentan mayor prevalencia de pobreza multidimensional, y a su vez, el grupo etario de mayores de 65 años es el que presenta menor pobreza por ingreso (Figura 8). Lo anterior refleja la importante brecha entre pobreza multidimensional y pobreza por ingreso, fenómenos particularmente importantes en el grupo de Personas Mayores.

Figura 8. Pobreza y pobreza multidimensional por tramos de edad. Chile (2017)



Fuente: Elaboración propia en base a (45).

En relación con la participación laboral, entre los 55 y 74 años, existen brechas tanto a nivel de género y nivel educacional, en comparación a los demás grupos etarios. Por un lado, casi la mitad de las personas entre 55 y 74 años está trabajando (48%). Entre los 55 y 59 años, un 67% trabaja, habiendo más de 30 puntos porcentuales de diferencia entre los hombres (donde un 85% trabaja) y las mujeres (donde un 51% trabaja).

Para el grupo de Personas Mayores, la tasa de participación laboral de los hombres se reduce a 50% en el tramo entre 65 y 69 años y a 30% entre los 70 y 74 años. En paralelo, entre las mujeres, la reducción en la participación laboral se produce en la misma magnitud (15 puntos porcentuales), en el tramo de edad entre 60 y 64 años respecto del tramo entre 55 y 59 años, y en el tramo entre 65 y 69 años respecto de 60 y 64 años. Tanto en hombres como en mujeres, contar con mayor educación se asocia con mayor participación laboral, pero las diferencias por nivel educacional son más grandes en las mujeres que en los hombres (46).

En cuanto a calidad de vida, la relación entre trabajo y bienestar da cuenta que el 68% de las personas entre 55-74 años se declara "satisfecho o muy satisfecho" con su vida. Las personas que continúan trabajando están más satisfechas con sus vidas, mientras que los retirados son los más insatisfechos (46). La mayoría de los trabajadores entre 55 y 74 años trabaja jornadas completas bastante intensivas. Los empleados trabajan más horas de lunes a viernes que los por cuenta propia, siendo estos últimos quienes trabajan más los sábados y domingos. Los hombres trabajan más horas en promedio que las mujeres, todos los días de la semana (46).

Respecto a las preferencias laborales de los que han trabajado alguna vez, la mayoría de las personas que trabajó alguna vez prefiere un trabajo independiente, incluso quienes trabajan como asalariados. También una mayoría preferiría trabajar solo, antes que, en una organización, tanto pequeña como grande. El 55% de la muestra total prefiere un trabajo independiente o por cuenta propia; 23% prefiere un trabajo dependiente; 22% "le da lo mismo" o no sabe. La mitad de los retirados disponibles para trabajar, prefiere trabajo independiente (46). En este sentido, sería interesante indagar cuáles son los aspectos que valoran de un trabajo independiente, con los cuales no cuenta un trabajo asalariado, constatar cómo estos se relacionan, de manera indirecta o indirecta, con un envejecimiento saludable.

Es interesante considerar estos resultados en el contexto de un envejecimiento saludable en el ámbito laboral, lo que va de la mano con el cambio de imagen negativa sobre las Personas Mayores en esta área.

6. COBERTURA DE SEGUROS Y GASTO EN SALUD

Finalmente, junto con el perfil sociodemográfico de las Personas Mayores en el país, es importante tener información respecto de la dimensión financiera de la salud en Personas Mayores. Esta mirada es relevante por diversas razones. En primer lugar, los sistemas de salud asumen explícitamente como uno de sus objetivos no sólo mantener y mejorar el nivel de salud de la población, sino además brindarles protección financiera ante eventos adversos que afectan su estado de salud (47-48). Por otra parte, existe una creciente preocupación en varios países del mundo respecto del constante aumento de los gastos en salud, y la consecuente amenaza a su sostenibilidad financiera (49-51). Al respecto, los datos presentados en este documento son relevantes, ya que se espera un aumento importante de la población de Personas Mayores en Chile en los próximos años; diversos estudios

muestran que, efectivamente, este grupo de la población tiene un mayor uso del sistema de salud, y genera un mayor gasto en salud (52,53).

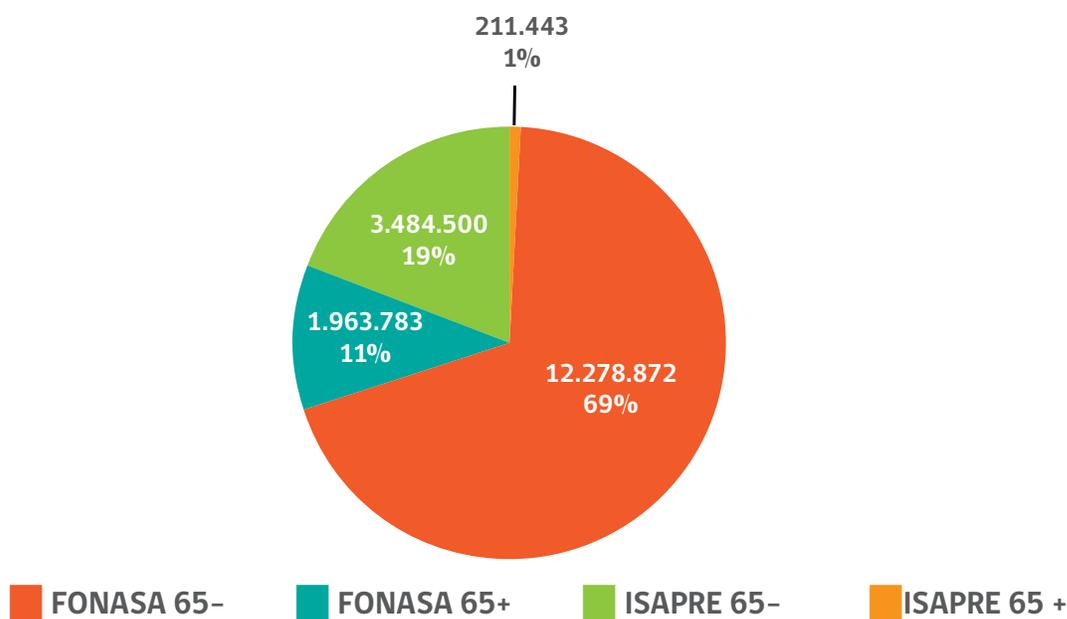
A continuación se presentan estadísticas respecto de los beneficiarios y gasto en salud de las Personas Mayores para los dos principales esquemas de aseguramiento existentes en el país: el seguro público (Fondo Nacional de Salud, FONASA) y los seguros privados (Instituciones de Salud Previsional, ISAPRE).

6.1. Cobertura y distribución en seguros de salud

Respecto a acceso al sistema de salud, la cobertura de salud es prácticamente universal en el país, independiente de la edad. Donde sí se observan diferencias es respecto del tipo de seguro de salud que otorga esta cobertura: de acuerdo a las cifras de las encuesta CASEN 2017, las Personas Mayores se encuentran principalmente cubiertas por el seguro público (FONASA) en un 84,5% del total, porcentaje que se incrementa con la edad. Un 7,2% está en las aseguradoras privadas (ISAPRE) y un 0,9% reporta no contar con un seguro de salud. Se observa que la cobertura proporcional de FONASA respecto a otros esquemas aumenta con la edad.

En primer lugar, en términos de distribución de los beneficiarios, la Figura 9 muestra que del total de beneficiarios de ambos sistemas, el 79,4% se encuentran en FONASA y 20,6% en ISAPRE (datos de diciembre 2018). La distribución de Personas Mayores en ambos sistemas también es desigual: si bien la mayor parte de la población es beneficiaria de FONASA, al mirar al grupo de personas de 65 años y más, el 90% de éstos son beneficiarios del sistema público. En consecuencia, la proporción que las Personas Mayores representan en la cartera de beneficiarios (porcentaje de personas de 65 años y más sobre el total de beneficiarios del seguro) también es mayor en FONASA (13,8%) que en ISAPRE (5,7%).

Figura 9. Distribución de beneficiarios de los seguros de salud por grupo de edad, Chile.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de FONASA y Superintendencia de Salud, diciembre 2018.

Si bien las Personas Mayores se encuentran mayoritariamente concentradas en FONASA, los seguros privados no son ajenos al cambio demográfico: aun cuando la proporción de personas de 65 años y más es pequeña en ISAPRE, éstos han ido aumentando en el tiempo, tanto en términos absolutos como relativos. Mientras este grupo era de un poco más de 100.000 personas en 2007 (3,5% de la cartera de beneficiarios), esta cifra se ha duplicado en 10 años, alcanzando los 211.443 en 2018 (5,7% de la cartera de beneficiarios). Esto representa un crecimiento anual promedio de 6,6% en los últimos 10 años.

6.2. Gasto en salud

Gasto a nivel del sistema

¿Qué implicancias tienen las tendencias de distribución en el gasto, anteriormente descritos, en salud del país? Al respecto, la Tabla 10 presenta las principales estadísticas de ambos esquemas considerando la distribución de edad de la población. Se observa en primer lugar que el gasto total (precio*cantidad) es mayor en el sistema público que en el privado, explicado principalmente por la diferencia en el número de beneficiarios de FONASA (cantidad). Sin embargo, al mirar el “precio” (gasto per cápita), este es mucho mayor en el sistema privado.

Tabla 10. Gasto en salud por seguro de salud y grupo de edad, Chile (diciembre 2018)

Indicador	Grupo de edad	FONASA	ISAPRE	Total
Gasto total en salud	65-	5.975.061.001.500	2.494.233.418.894	8.469.294.420.394
	65+	2.258.437.323.739	483.198.758.969	2.741.636.082.708
	Total	8.233.498.325.239	2.977.432.177.863	11.210.930.503.102
Gasto total per cápita en salud	65-	486.613	715.808	537.277
	65+	1.150.044	2.285.244	1.260.391
	Total	578.087	805.595	624.961

Fuente: Elaboración propia en base a datos de FONASA y Superintendencia de Salud.

Por otra parte, si bien el gasto total del sistema en Personas Mayores es menor que el del resto de la población (de nuevo explicado por la cantidad de beneficiarios en ambos grupos), el gasto per cápita es mucho más alto en Personas Mayores, para ambos esquemas de aseguramiento.

Lo anterior implica que las diferencias de gasto se agudizan al analizar la población de Personas Mayores. La Tabla 11 muestra esta información. En el caso de FONASA, el grupo de Personas Mayores, que representa cerca del 14% de los beneficiarios explica el 27,4% del gasto del sistema (razón de 2), mientras que para las ISAPRE, el 5,7% de los beneficiarios explican el 16,2% del gasto (razón de 2,8).

Tabla 11. Gasto en Personas Mayores por esquema de aseguramiento, Chile (diciembre 2018)

Indicador	FONASA	ISAPRE	Total
% del total de beneficiarios 65+	13,8	5,7	12,3
% del gasto total en personas 65+	27,4	16,2	24,5
Ratio gasto per cápita 65+/ 65-	2,4	3,2	2,4

Fuente: Elaboración propia en base a datos de FONASA y Superintendencia de Salud.

Estos números se explican por el “efecto precio” en dos dimensiones. En primer lugar, el gasto per cápita es mayor (2,6 veces) para Personas Mayores que para los menores de 65 años. Por otra parte, el gasto per cápita es mayor en el sistema privado que en el público (1,4 veces). Lo anterior implica que el gasto per cápita en Personas Mayores es el doble en el sistema privado que en FONASA y tres veces el gasto per cápita en personas menores de 65 años (en el sistema privado).

En resumen, desde la perspectiva del gasto, tenemos que:

- * El gasto en Personas Mayores es, en promedio, mayor que el de los menores de 65 años
- * El gasto en Personas Mayores es proporcionalmente mayor en ISAPRE que en FONASA
- * Las Personas Mayores están en su mayoría aseguradas por FONASA
- * El cambio demográfico hace que la población de Personas Mayores aumente en ambos esquemas; de hecho, el número de Personas Mayores se ha duplicado en los últimos 10 años en el sistema privado.

Todo lo anterior implica un aumento esperado de los gastos en salud en el país en los próximos años. Si en 2018 el 12% de los beneficiarios (Personas Mayores) produjo el 25% del gasto, ¿qué se puede esperar a futuro en un contexto de acelerado envejecimiento poblacional?

Uno de los aspectos en los que ambos sistemas se diferencian, tiene que ver con el gasto en medicina preventiva (versus curativa). Como muestra la Tabla 12, el gasto preventivo representa cerca del 20% del gasto de sistema público, mientras que alcanza sólo el 4,6% en el sistema privado. Al contrario de los resultados al mirar el gasto total, al considerar solamente el gasto preventivo, la relación de gasto per cápita entre FONASA e ISAPRE se invierte: en este caso, el gasto per cápita del sistema público es inmensamente superior al del sistema privado. En términos de gasto por grupo de edad esta diferencia se agudiza: mientras los beneficiarios FONASA mayores de 65 años tienen un gasto preventivo per cápita 1,6 veces mayor que los menores de 65, la situación es la inversa para los beneficiarios de ISAPRE, en donde el gasto per cápita preventivo en Personas Mayores es 0,75 veces el del grupo de menores de 65 años.

Tabla 12. Gasto en salud preventivo por sistema de aseguramiento y grupo de edad, Chile (diciembre 2018)

Indicador	Grupo de edad	FONASA	ISAPRE	Total
Gasto preventivo en salud	65-	1.271.860.260.326	1.231.897.980	1.273.092.158.306
	65+	327.664.772.470	56.021.967	327.720.794.437
	Total	1.599.525.032.796	1.287.919.947	1.600.812.952.743
Gasto preventivo per cápita en salud	65-	103.581	354	80.763
	65+	166.854	265	150.661
	Total	112.305	348	89.238

Fuente: Elaboración propia en base a datos de FONASA y Superintendencia de Salud.

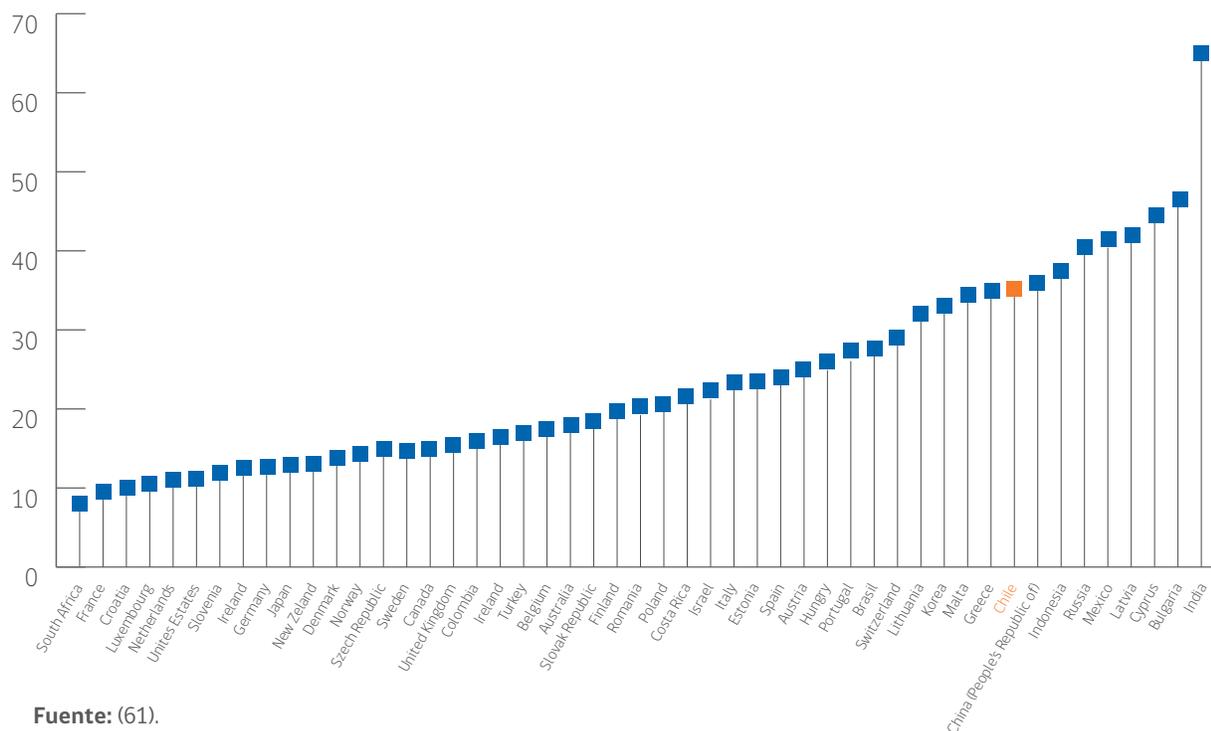
Respecto de estas cifras, se requieren varias aclaraciones. En primer lugar, la manera en que los datos de gasto se clasifican entre preventivo y curativo entre ambos sistemas difiere. En segundo lugar, si bien las cifras muestran una correlación negativa entre gasto preventivo y gasto total a nivel de esquema de aseguramiento, esta relación no es necesariamente causal. De hecho, existe un amplio debate respecto de la capacidad de las estrategias preventivas para disminuir costos en salud; si bien las estrategias de prevención han sido generalmente validadas para mejorar la salud de las poblaciones (54), existe evidencia mixta respecto de su capacidad para reducir costos en salud. Por ejemplo, dada su capacidad para incrementar la esperanza de vida, las estrategias preventivas podrían en el largo plazo, incrementar los costos de los sistemas de salud (55). Finalmente, la mayoría de las recomendaciones respecto de contención de costos en salud se (56) enfocan en adoptar estrategias costo-eficientes (tanto en prevención como en tratamiento) (55-57); muchas intervenciones preventivas han probado ser altamente costo-eficientes y efectivas para reducir enfermedades prevenibles (56,58).

Gasto de bolsillo

Respecto a las coberturas en salud, en Chile existen esquemas de previsión que cubren a 97% de la población (58), sin embargo, el “gasto de bolsillo”¹, es decir, el gasto en salud que realizan las personas y que no es cubierto por dichos esquemas previsionales, es de 32%. Esta cifra es una de las más altas entre los países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), que promedia 20% (58).

1- La Organización Mundial de la Salud define el gasto de bolsillo como los pagos que realizan los individuos al momento en que utilizan un servicio y que no son cubiertos por el esquema previsional (seguro u otro esquema), lo cual excluye cualquier prepago en forma de impuestos, reembolsos o primas por contribuyentes dentro de un seguro específico.

Figura 10. Gasto de bolsillo en salud (% del gasto total en salud), países OCDE (año 2018 o último disponible)



Fuente: (61).

Estudios han revelado que, en nuestro país, el principal destino del gasto en salud de los hogares es el ítem medicamentos (38%), seguido de consultas médicas (19,8%), exámenes de laboratorio y de rayos (11,8%) y servicios dentales (9,3%). Aún más importante, es que la proporción destinada a medicamentos es más alta en los hogares de menores recursos y en aquellos con mayor presencia de Personas Mayores. En la Tabla 13 se resume el gasto de bolsillo en salud como proporción del gasto del hogar y per cápita mensual según rango etario, reflejando que éste aumenta considerablemente en la población mayor, y como ya se mencionó anteriormente este gasto de bolsillo está dado principalmente por el gasto en medicamentos (60,62-63).

Tabla 13. Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto del hogar y gasto en salud per cápita mensual según edad en pesos de 2012.

Promedio etario	Gasto de bolsillo/ Gasto del hogar	Gasto de bolsillo per cápita
15-25 años	3,7	\$9.716
26-35 años	4,5*	\$16.222*
36-45 años	4,9*	\$16.739*
46-60 años	5,7*	\$20.618*
61-74 años	7,9*	\$32.331*
75 años o más	9,9*	\$38.513*

Fuente: (60).

Nota: El asterisco indica diferencias estadísticamente significativas (95% de confianza) con respecto al primer tramo de cada columna.

Respecto de los principales ítems de gasto y la población de Personas Mayores, la Tabla 14 muestra la información sobre la distribución de este gasto de bolsillo para distintos ítems. Es interesante tener en cuenta que las cifras del gasto de bolsillo combinan la información anteriormente presentada sobre gasto en salud, con la interacción con los seguros de salud (protección financiera). La tabla muestra que en muchos ítems no existen diferencias significativas en la forma en que los hogares con y sin Personas Mayores distribuyen su gasto de bolsillo. Sin embargo, un ítem muestra una clara correlación positiva entre porcentaje del gasto y edad: los medicamentos. Esto es importante porque, además, es el ítem más importante dentro del gasto total de bolsillo en los hogares chilenos.

Tabla 14. Distribución del gasto de bolsillo en salud por ítem y grupo de edad

ÍTEM DE GASTO EN SALUD	Porcentaje de Personas Mayores			
	0-24	25- 49	50 -74	75 y más
Medicamentos	36,2%	36,4%	40,7%*	47,3%*
Consultas médicas	20,9%	20,1%	16,4%*	16,5%*
Servicios de laboratorio y rayos	11,3%	12,8%	14,0%	11,8%
Servicios dentales	10,4%	8,2%	7,3%*	5,6%*
Artículos ópticos	7,6%	8,6%	8,0%	8,2%
Servicios de hospitalización	5,7%	5,0%	4,5%	3,5%*
Otros productos no desglosados	3,2%	2,1%*	2,9%	1,9%*
Servicios quirúrgicos y procedimientos médicos ambulatorios	2,4%	3,1%	3,8%	2,7%
Insumos médicos	2,0%	2,8%	1,7%	1,7%
Artículos ortopédicos y terapéuticos	0,3%	0,7%	0,6%	0,2%
Servicios de emergencia móvil	0,1%	0,3%	0,3%	0,5%*
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: (60).

Nota: El asterisco indica diferencias estadísticamente significativas (95% de confianza) con respecto al primer tramo de cada columna.

Al analizar en específico el gasto en salud en el ítem medicamentos, un estudio reciente para Chile (64) encuentra que el gasto de bolsillo en medicamentos sí presenta diferencias entre hogares con y sin presencia de Personas Mayores. En estos últimos, el gasto -definido como gasto total, gasto per cápita o como fracción del gasto en medicamentos y del gasto total de hogares- es significativamente mayor en hogares con Personas Mayores.

Los datos aquí presentados son importantes para entender otra dimensión sobre la que este plan requiere actuar: protección financiera. Además, enfatizan la necesidad de entender al grupo de las Personas Mayores como uno de vital importancia para entender las dinámicas del gasto del sistema de salud. Las cifras muestran que el país está actualmente invirtiendo recursos importantes en la salud de este grupo y, que podrían existir espacios para aplicar estrategias de mejora de eficiencia en el gasto que permitan la contención de los gastos de salud.

7. SITUACIÓN DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES EN CHILE

Luego de conocer los aspectos más relevantes de la situación sociodemográfica de las Personas Mayores en Chile, es importante revisar el perfil epidemiológico actual de este grupo. Los contenidos que a continuación se exponen, son la fuente para el diseño e implementación del Plan Nacional de Salud Integral para las Personas Mayores, intervenciones que buscan aumentar los niveles de salud y calidad de vida para este grupo de la población en nuestro país.

El capítulo muestra cambios experimentados durante el envejecimiento, factores protectores y de riesgo en la población de Personas Mayores, así como morbilidad y mortalidad, puntos relevantes durante esta etapa del curso de vida. Estas condiciones deben ser consideradas en la discusión sobre envejecimiento y salud, ya que su presencia es clave para explicar factores fundamentales para la mantención de la funcionalidad y calidad de vida en edades avanzadas.

El envejecimiento supone cambios biológicos, mentales y sociales, siendo las principales causas de morbilidad y mortalidad un resultado de procesos que se desarrollan durante todo el curso de vida y, por tanto, en su mayoría prevenibles. Es por ello fundamental abordar la salud y bienestar de toda la población desde la primera infancia para así, a través de un enfoque preventivo y promotor de la salud, vivir un envejecimiento con la mejor calidad de vida posible.

El Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud (22) describe que, desde la dimensión biológica, el envejecimiento se asocia a daños moleculares y celulares que, con el tiempo, tienen la potencialidad de reducir las reservas fisiológicas. Esto a su vez se asocia con un aumento del riesgo a desarrollar enfermedades y a una disminución de la capacidad física, mental y en el funcionamiento de la persona mayor. El envejecimiento también se relaciona con un mayor riesgo de comorbilidad, es decir, de padecer más de una enfermedad crónica al mismo tiempo.

Los cambios que ocurren durante el envejecimiento, como en todas las etapas del curso de vida, no son lineales ni uniformes y varían considerablemente entre individuos de la misma edad cronológica. A su vez, están fuertemente influenciados por el entorno y comportamiento de la persona (22). Sin embargo, el envejecimiento como proceso fisiológico, implica mayor vulnerabilidad por la limitación de adaptabilidad del organismo al medio. En lo psicosocial, la etapa del envejecimiento también conlleva cambios importantes, las Personas Mayores dejan de ejercer algunos roles sociales, reducen la cantidad de roles realizados, comienzan una etapa de desapego de personas y funciones. Estos cambios, en el contexto de una sociedad que da gran importancia a la producción, genera impactos insoslayables en el autoconcepto de las Personas Mayores.

7.1. Factores de riesgo y protección

A edad avanzada, factores protectores como la práctica de actividad física y una buena nutrición pueden influir en gran medida en las capacidades físicas y mentales de las Personas Mayores, presentando así beneficios en la salud y calidad de vida en general (22).

Por otro lado, el aumento de las enfermedades no transmisibles (ENTs), causantes de la mayoría de los problemas de salud presentes en las Personas Mayores, se debe principalmente a cuatro importantes factores de riesgo que son compartidos por varias de las ENTs más frecuentes: consumo de tabaco, inactividad física, uso nocivo de alcohol y dieta inapropiada (65).

Estas ENTs representan la mayor carga de morbilidad y las principales causas de muerte en la vejez, por lo cual es esencial abordar los factores de riesgo a través de estrategias promotoras de hábitos de vida saludable desde la primera infancia y a lo largo de todo el curso de vida para así vivir el envejecimiento desde el mejor estado de salud posible, manteniendo la funcionalidad, bienestar y calidad de vida.

De acuerdo con los resultados de la última Encuesta Nacional de Salud (ENS 2016-2017), las Personas Mayores, comparadas con los otros grupos etarios, presentan una tasa más alta de prevalencia de factores de riesgo y enfermedades no transmisibles, según se ilustra en la Tabla 15.

Tabla 15. Prevalencia de factores de riesgo para la salud y enfermedades no transmisibles (%). Comparación entre grupos de edades.

FACTOR DE RIESGO		
	POBLACIÓN GENERAL	PERSONAS MAYORES
No realiza actividad física ni deportiva según recomendaciones OMS	81,3%	94,0%
Estado nutricional alterado	73,9%	78,3%
Población fumadora	33,3%	12,8%
Consumo riesgoso de alcohol	11,7%	4,8%
Consume 5 medicamentos de forma simultánea	12,8%	36,9%
ENFERMEDADES CRÓNICAS NO COMUNICABLES		
	POBLACIÓN GENERAL	PERSONAS MAYORES
Hipertensión arterial	27,6%	73,3%
Autoreporte de infarto al miocardio	3,3%	10%
Ataque cerebro vascular	2,6%	8,2%
Riesgo cardiovascular moderado	26,0%	25,5%
Riesgo cardiovascular alto	16,2%	65,6%
Síndrome metabólico	40,1%	60,8%
Diabetes Mellitus tipo2	12,3%	30,6%
Obesidad	34,4%	35,6%
Enfermedad obstructiva pulmonar (no logra control adecuado) (DEIS)	12,9%	74,3%
Percepción de salud mental como mala o muy mala	13,6%	22,6%
Dentición no funcional	27,0%	81,7%

Fuente: Elaboración propia en base a (66).

A continuación, se describen los principales factores protectores y de riesgo para la salud en Personas Mayores.

Actividad física, sedentarismo e inactividad física

La actividad física se define como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que produzca un gasto energético mayor al existente en reposo, incluyéndose aquellas realizadas como parte de momentos de juego, formas de transporte activo, tareas domésticas y actividades recreativas, entre otras (67).

La práctica de actividad física otorga múltiples beneficios en la vejez. Estudios reportan que aumenta la longevidad, mejora la capacidad física y cognitiva, previene y reduce los riesgos de enfermedades y mejora la respuesta social. Asimismo, practicar regularmente actividad física durante el envejecimiento previene las condiciones que desencadenan la discapacidad, tales como las caídas (68), fractura de cadera (69), enfermedades cardiovasculares (70), y diabetes tipo 2 (71).

A su vez, la actividad física es un factor promotor de calidad de vida y bienestar (22) y es el factor que más se asocia con una buena capacidad funcional hasta el final de la vida (72). La práctica regular de actividad física se ha convertido en un objetivo de política pública mundial puesto que las enfermedades no transmisibles asociadas a la inactividad física son el mayor problema de salud pública en la mayoría de los países del mundo, particularmente para las Personas Mayores. A su vez, la inactividad física es el cuarto factor de riesgo de mortalidad a nivel mundial, siendo responsable del 6% de las muertes en todo el mundo (73) y uno de los predictores más fuertes de discapacidad física durante la vejez (74).

Se define como conducta o hábito sedentario a cualquier actividad realizada por el individuo en posición sentada o inclinada con un gasto energético inferior a 1,5 equivalentes metabólicos (METs) mientras está despierto (75). Por otro lado, inactividad física se define como la ausencia de actividad física suficiente para cumplir con las recomendaciones de actividad física (76). La evidencia indica que conductas sedentarias se asocian con metabolismo anormal de la glucosa y morbilidad cardiometabólica, así como mortalidad en general (77).

De acuerdo con información entregada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2018, al menos un 60% de la población mundial no realizaba la actividad física necesaria para obtener beneficios para la salud. Esto se debe, en parte, a la insuficiente participación en la actividad física durante el tiempo de ocio y a un aumento de los comportamientos sedentarios durante las actividades laborales y domésticas. El aumento del uso de los medios de transporte "pasivos" también ha reducido la actividad física.

A su vez, un estudio que analizó la Encuesta Mundial de la Salud, el cual recolectó datos de alrededor de 70 países entre el año 2002 y 2004 y el Estudio sobre el Envejecimiento Global y Salud de los Adultos (SAGE) ambos dirigidos por la Organización Mundial de la Salud, señala que alrededor de un tercio de las personas de entre 70 y 79 años de edad y la mitad de las personas de 80 años o más no alcanzan a cumplir las recomendaciones de la OMS de actividad física para la salud en la vejez (78).

En Chile, el panorama es aún más severo. Acorde a los últimos resultados de la Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deporte (79), un 81,3% de la población mayor a 18 años no realiza actividad física ni deportiva según las recomendaciones de la OMS. Se señala a su vez que, a medida que aumenta la edad, la práctica de actividad física y deporte disminuye en mayor medida.

Tanto en los resultados de la IV Encuesta Calidad de Vida en la Vejez (80) como en la Encuesta Nacional de Actividad Física y Deporte, del Ministerio del Deporte (79), se aprecia que la práctica de actividad física en las Personas Mayores está determinada por el nivel socioeconómico y educacional, así como el sexo y edad, siendo las mujeres, las personas de más edad y las personas de menor nivel educacional la población que menos realiza actividad física.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENS 2016-2017), muestran que la falta de actividad física es un problema transversal en todas las edades (66). Los resultados muestran que un 86,7% de la población de 15 años es sedentaria, y para las Personas Mayores el porcentaje de sedentarismo es el más alto, con un 94%, sin embargo, esta proporción presentó una leve disminución en comparación a la Encuesta Nacional de Salud anterior (ENS 2009-2010).

Estado nutricional: malnutrición y nutrición balanceada

La malnutrición se define como consecuencia del exceso o desequilibrio del aporte de energía, proteínas u otros nutrientes, expresándose como malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) o malnutrición por déficit (desnutrición). Ésta forma parte de los grandes síndromes geriátricos y es un importante factor de fragilidad. Su presencia se asocia a aumento de la mortalidad y la discapacidad, mayor frecuencia de caídas y fracturas, deterioro cognitivo, y retraso en la cicatrización y recuperación postoperatoria (81).

De acuerdo con información emitida por el Ministerio de Salud, a través del informe sobre la vigilancia del estado nutricional de la población bajo control y de la lactancia materna en el sistema público de salud de Chile, 2017 (82), en las Personas Mayores la malnutrición por exceso alcanza a 52,75% y a medida que aumenta la edad aumenta el porcentaje de bajo peso, disminuyendo las prevalencias de malnutrición por exceso.

Los principales factores de riesgo de malnutrición en Personas Mayores son (82):

- * Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento: ausencia de piezas dentales que dificulta la masticación; reducción del sentido del gusto y olfato, reduciendo sensación placentera asociada a la ingesta; predominio de hormonas anorexígenas, entre otros.
- * Deterioro funcional: dificulta o impide la realización de tareas necesarias para alimentarse, como comprar y cocinar la comida o manejar cubiertos.
- * Deterioro cognitivo: impiden planificación y ejecución del proceso de alimentación. Dependiendo del grado de deterioro hay otros problemas asociados, como disfagia orofaríngea, que empeoran estado nutricional.
- * Multimorbilidad y polifarmacia.
- * Depresión: subyace en muchos de los casos de malnutrición geriátrica, por lo que es imprescindible evaluarla en todos los casos.
- * Factores sociales, pobreza, aislamiento social: ingresos económicos insuficientes para mantener una dieta completa, soledad que deteriora el importante componente social que trae consigo el acto de alimentarse, entre otros.

Hábito tabáquico

El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. Ahora bien, las enfermedades cardiovasculares son la causa más común de mortalidad en fumadores jóvenes, pero el cáncer de pulmón es la causa más frecuente de mortalidad entre fumadores de 60 años y más, mientras que a

mayor edad, las muertes por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) igualan a las muertes por enfermedad cardiovascular en fumadores (83).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud (ENS 2016-2017), el 33,3% de la población de 15 años o más tienen hábito tabáquico, siendo 12,8% de 65 años o más de edad, cifra levemente superior a la de la ENS 2009-2010, con 12,3% (84). Se denominan productos del tabaco los que están hechos total o parcialmente con tabaco, sean para fumar, chupar, masticar o esnifar; todos contienen nicotina, un ingrediente psicoactivo muy adictivo².

Las consecuencias del tabaquismo en Personas Mayores son superiores debido a la duración de la lesión acumulada, siendo menos propensos que los fumadores jóvenes a dejar de fumar. Las tasas de enfermedad y mortalidad debidas al tabaquismo aumentan directamente proporcional al aumento de la edad y duración del tabaquismo, siendo el cáncer de pulmón la principal causa de mortalidad (83), cobrando el consumo de tabaco 7,2 millones de vidas al año a nivel mundial.

Consumo de drogas y alcohol

El potencial abuso de drogas psicoactivas en Personas Mayores es un problema público. A diferencia del abuso de drogas en jóvenes, que incluye sustancias como marihuana, cocaína, heroína, entre otros, las sustancias consumidas más frecuentemente por Personas Mayores suelen ser alcohol, nicotina y drogas prescritas (benzodiazepinas, sedantes, analgésicos opioides, estimulantes del sistema nervioso central, entre otros) (86).

Algunos de los factores de riesgo que aumentan la dependencia son mayor fragilidad, cambios de composición corporal y metabolismo de drogas, aumento de morbilidad y alta utilización de medicamentos. Por ejemplo, las benzodiazepinas son las drogas más frecuentemente prescritas para el tratamiento de la ansiedad, ahora bien, en Personas Mayores la vida media de estos agentes se prolonga y la dosis es acumulativa, razón por la cual se prefieren drogas de menor tiempo de acción (87).

En las últimas dos Encuestas Nacionales de Salud, el consumo riesgoso de alcohol en los últimos 12 meses se definió de acuerdo con los resultados del "Test de Identificación de Trastornos Debido al Consumo de Alcohol (AUDIT-C)". Según lo anterior, el consumo riesgoso de alcohol detectado en la ENS 2009-2010 era de 4,1% en las personas de 65 años y más, mientras que para los años 2016-2017 esto aumenta levemente a un 4,8% (84).

Al observar por sexo, los resultados de la ENS 2016-2017 arrojan que, en hombres el consumo riesgoso alcanza el 11,1% de las Personas Mayores, mientras que en las mujeres la cifra es cercana a cero. Cabe destacar, que este último indicador ha aumentado, ya que en la ENS 2009-2010, los hombres mayores de 65 años que consumían alcohol de forma riesgosa alcanzaban el 8,6% (84).

Según datos 2019 del DEIS, del total de ingresos por consumo perjudicial o dependencia de alcohol, un 27,3% corresponde a Personas Mayores de 60 años, donde un 16,1% son hombres y un 11,2% mujeres (84). En cuanto al total de ingresos por consumo perjudicial o dependencia como droga principal, el 10% corresponde a Personas Mayores de 60 años, de los cuales 3% son hombres y un 7% mujeres (84). Los ingresos totales durante el 2019 por policonsumo en Personas Mayores fue de un 4,2%, del cual 1,8% fueron hombres y 2,4% mujeres (84).

2- De acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (85).

Polifarmacia

El concepto de polifarmacia se ha definido como la administración simultánea de varios medicamentos a la misma persona (22). Si bien, no existe un consenso sobre cuántos fármacos pueden ser utilizados en forma simultánea, encontrándose en la literatura definiciones que van desde los dos a los nueve fármacos, suele ser cinco el de uso más habitualmente aceptado en la práctica clínica (88). Esto también considera la automedicación y el empleo de suplementos herbarios (88). Esta utilización de varios fármacos a la vez en una misma persona puede ser apropiada para las afecciones particulares que se tratan, pero se debe tener en consideración el alto riesgo de interacciones farmacológicas y efectos secundarios nocivos.

En la mayoría de las ocasiones la polifarmacia se desarrolla a través del tiempo, como consecuencia de una prescripción en cascada³ o, simplemente, por no indicar la suspensión de los medicamentos cuando ya no son necesarios. Por este motivo, los profesionales de la salud deben estar conscientes de los riesgos y evaluar en cada visita o consulta todos los medicamentos que utiliza la persona mayor para evitar que se presente la polifarmacia no justificada, considerando que algunas prescripciones en cascada pueden ser poco evidentes, especialmente con medicamentos cuyos efectos secundarios no son tan comunes (88).

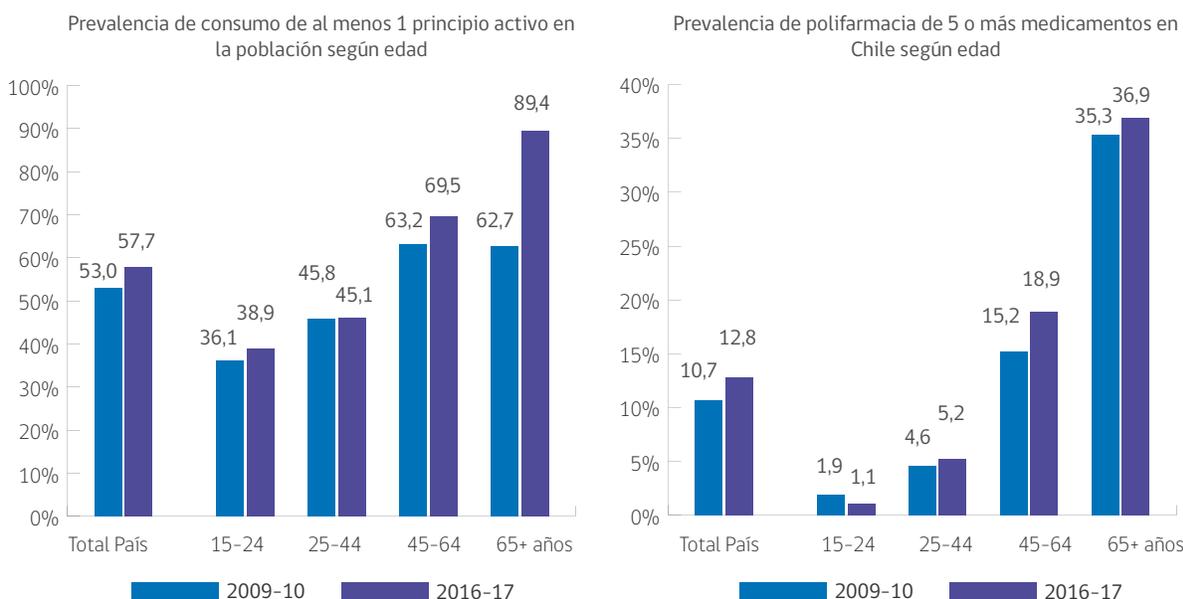
En relación con el consumo de medicamentos en la población chilena graficado en la Figura 11, la última Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017 revela que un 89,4% de las Personas Mayores de 65 años consume al menos un medicamento. En relación con el consumo simultáneo de cinco o más medicamentos, la encuesta revela que este consumo se ve aumentado en las Personas Mayores de 65 años respecto de los demás grupos etarios, siendo la polifarmacia aproximadamente tres veces más frecuente con un 36,9% de prevalencia. Este último dato concuerda con información documentada en estudios latinoamericanos que señalan una prevalencia de 36% de polifarmacia en la Persona Mayor (90).

Asimismo, desde el año 2009 se puede observar un aumento en el consumo de medicamentos de la población en general, especialmente en el consumo dado por la población mayor de 65 años de al menos un principio activo, registrando un aumento de la prevalencia de consumo de 82,7% en 2009-10 a 89,4% en 2016-2017.

Como se pudo observar en la página 47 de este documento, la polifarmacia tiene además un importante efecto en el gasto de bolsillo en salud de las Personas Mayores, y por tanto, en la economía de sus hogares.

3-La prescripción en cascada se origina cuando se prescribe un nuevo medicamento para tratar los síntomas derivados de los eventos adversos no reconocidos de un medicamento prescrito con anterioridad (89).

Figura 11. Prevalencia del consumo de medicamentos según Encuesta Nacional de Salud 2009-10 y 2016-17



Fuente: Elaborado por el Departamento de Epidemiología del MINSAL en base a (66, 91).

Violencia y maltrato

El maltrato de la persona mayor se define como *"un acto único y reiterado, u omisión, que causa daño o aflicción y que se produce en cualquier relación donde exista una expectativa de confianza"* (92, pp. 19-20).

El maltrato se puede dar en distintas dimensiones, pudiendo ser físico, psíquico y/o patrimonial. El maltrato en Personas Mayores es particularmente complejo, ya que en muchos casos este grupo puede estar física y emocionalmente más vulnerable, lo que facilita el ejercicio de la violencia hacia ellos. Además de la edad, otros factores de riesgo asociados al maltrato son el sexo, y la presencia de enfermedades y discapacidades (93).

Al respecto, el DEIS del Ministerio de Salud de Chile, lleva un registro anual de todos los casos sospechosos de maltrato a Personas Mayores, que son pesquisados a través de la aplicación del EMPAM en establecimientos de atención primaria de salud (94).

Los datos de fines del año 2015 (Tabla 16) muestran que el grupo de personas de entre 65 y 69 años es el que presentó el mayor porcentaje de sospecha de maltrato; también se observa un claro patrón respecto del sexo como factor de riesgo: el porcentaje de mujeres con sospecha de maltrato es casi el doble que el de hombres.

Tabla 16. Personas mayores con sospecha de maltrato por grupo de edad (2015)

Grupo de edad	Número de casos			% del total en cada grupo*		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
65-69 años	244	731	975	0,30%	0,56%	0,46%
70-74 años	292	696	988	0,32%	0,52%	0,44%
75-79 años	219	550	796	0,31%	0,53%	0,45%
80 y más años	303	623	926	0,37%	0,44%	0,42%
Total	1058	2600	3658	0,33%	0,51%	0,44%

Fuente: Elaboración propia en base a (94).

* Respecto del total de población en control con EMPAM.

7.2. Funcionalidad y dependencia

Se entiende como funcionalidad al término general para las funciones corporales, las estructuras corporales, la actividad y la participación, que denota los aspectos positivos de la interacción entre una persona (con una afección de salud) y los factores contextuales de esa persona (factores ambientales y personales) (22).

Los registros estadísticos mensuales (REM) del año 2016, muestran que, del total de Personas Mayores en control, cerca del 85% se considera como no dependiente, de los cuales casi la mitad (42,5% del total) son autovalentes sin riesgo (Tabla 17) (95).

Tabla 17. Personas mayores por condición de funcionalidad EFAM e Índice de Barthel (2016)

Condición de funcionalidad	Población en control	% población mayor (65 años y más) *a	% población en control	% total dependientes
Autovalente sin riesgo	354.460	19,08	42,50	N/A
Autovalente con riesgo	234.591	12,63	28,13	N/A
En riesgo de dependencia	127.278	6,85	15,26	N/A
Total no dependientes (EFAM)	716.329	38,57	85,89	N/A
Dependiente leve	67.524	3,64	8,10	57,43
Dependiente moderado	18.345	0,99	2,20	15,59
Dependiente grave	14.268	0,77	1,71	12,12
Dependiente total	17.492	0,94	2,10	14,86
Total dependientes (Barthel)	117.699	6,34	14,11	100,00
Total población en control	834.028	44,90	100,00	N/A

Fuente: Elaboración propia en base a (95)

Notas: Porcentajes respecto de la población en control.

*a Población de 65 años y más en el año 2016, de acuerdo a datos de (41).

La dependencia surge cuando la capacidad funcional ha disminuido a un punto en el que la persona ya no es capaz de llevar a cabo las tareas básicas de la vida diaria sin ayuda (22). Si bien la tabla anterior muestra estimaciones de dependencia, estas sólo se aplican para la población en control en el sistema público de salud.

Finalmente, la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) permite realizar una estimación de los dependientes en el país, utilizando la metodología propuesta por el estudio de SENAMA (96)⁴. De acuerdo con los resultados obtenidos de la encuesta aplicada el año 2017, se observa que la prevalencia de la dependencia es mayor en mujeres, específicamente 13,49% para hombres y de 20,54% en mujeres, es decir, las mujeres tienen una prevalencia de 7,5% mayor a los hombres (Tabla 18).

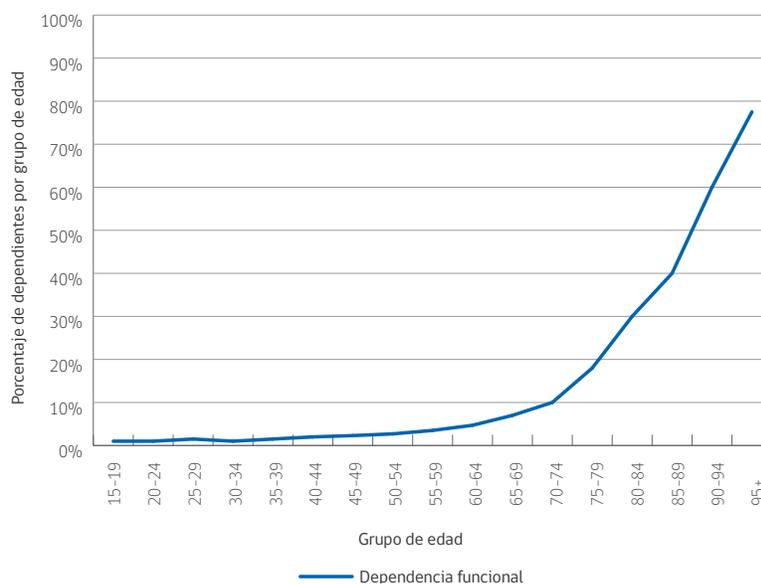
Tabla 18. Personas Mayores por condición de dependencia y sexo (2017)

CONDICIÓN DE DEPENDENCIA	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Sin dependencia	89,2%	83,1%	85,5%
Dependientes	13,49%	20,54%	17,54%
* Dependencia leve	4,11%	5,94%	5,16%
* Dependencia moderada	5,02%	7,90%	6,68%
* Dependencia severa	4,36%	6,70%	5,70%

Fuente: Elaborada propia en base a (7).

Adicionalmente, es importante destacar que tanto la prevalencia como la severidad de la dependencia aumentan con la edad (Figura 12), lo que implica que, en Chile, más del 60% de los dependientes son Personas Mayores (97).

Figura 12. Prevalencia de la dependencia en mayores de 15 años por grupo de edad. Chile (2015)



Fuente: (97).

4-La encuesta utiliza las mismas preguntas y categorías que el estudio de SENAMA (2011), pero no considera personas con demencia, clasificadas como dependientes severos en el Estudio Nacional de la Dependencia.

7.3. Morbilidad

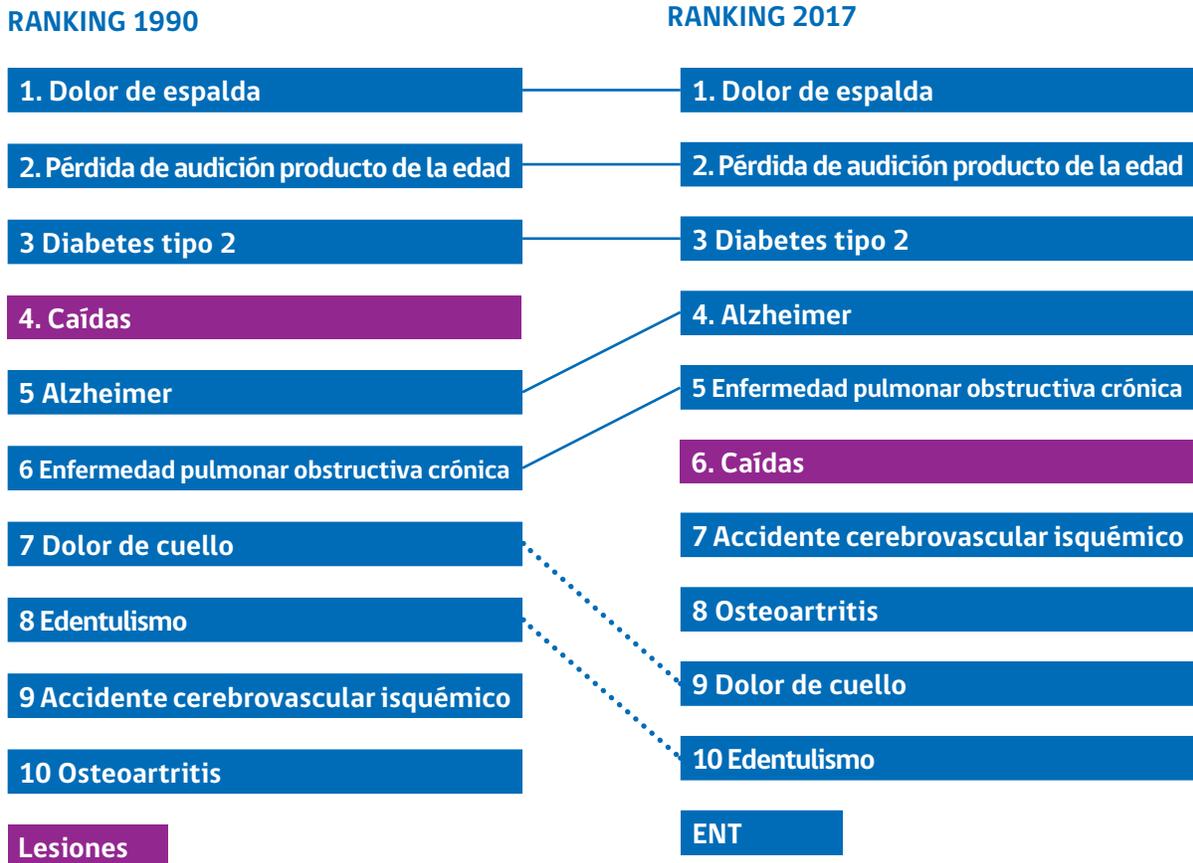
Nuestro país en las últimas décadas muestra un importante aumento de la morbimortalidad asociada a Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ENTs), las que representan la principal causa de años de vida saludables perdidos (AVISA), con un 84%. Las enfermedades cardiovasculares corresponden a la primera causa de mortalidad en Chile (97).

Los cambios fisiológicos que se producen con el paso de los años aumentan el riesgo de padecer condiciones crónicas. Después de los 60 años, las grandes cargas de la discapacidad y la muerte sobrevienen debido a la pérdida de audición, visión y movilidad relacionada con la edad y a las enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías, los ataques cerebrovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer y la demencia. La carga asociada con estas afecciones en las Personas Mayores generalmente es mucho mayor en los países de ingresos bajos y medianos (22).

Al analizar la carga de enfermedad en el país se observa que, en general las principales causas de años de vida con discapacidad⁵ en la población de Personas Mayores se han mantenido relativamente en los últimos años. El estudio de carga global de enfermedad afirma que, para los mayores de 70 años en Chile, las principales causas de pérdida de salud siguen siendo desórdenes musculoesqueléticos, sensoriales, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades neurológicas (98). La Figura 13 muestra que, al analizar condiciones específicas como dolor de espalda, pérdida de audición y diabetes, estas siguen figurando como las principales determinantes de la pérdida de salud en la población de Personas Mayores en el país. También se observa que condiciones como el Alzheimer y las Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas (EPOC) han ido aumentando su importancia como causas de años vividos con un estado de salud no óptimo.

5-La información presentada considera solo Años Vividos con Discapacidad (AVDs). En general, se utiliza como medida los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), cálculo que además de los AVDs incluye los Años de Vida Perdidos (AVPs) por muertes prematuras: AVAD=AVPs+AVDs.

Figura 13. Principales causas de años vividos con discapacidad en Personas Mayores de 70 años y más en Chile (1990-2017)



Fuente: Elaboración propia en base a (98).

Multimorbilidad

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la multimorbilidad se define como la coexistencia de dos o más condiciones crónicas, incluidas: ENTs de larga duración, tal como enfermedad cardiovascular o cáncer; condición mental de larga duración, como trastorno del ánimo o demencia y/o enfermedad infecciosa de larga duración, como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Hepatitis C (98). Ahora bien, para el sistema de salud chileno entenderemos como multimorbilidad la coexistencia de 2 o más condiciones crónicas, que pueden incluir enfermedades no transmisibles de larga duración o condición mental de larga duración, entre otras (99).

Se estima que en Chile aproximadamente 11 millones de adultos de 15 o más años viven con dos o más enfermedades crónicas simultáneas que requiere atención médica y control crónico de por vida, de los cuales se cree 2,4 millones viven con cinco o más de esas condiciones simultáneamente (100).

El envejecimiento se asocia a multimorbilidad y polifarmacia, dificultando la adherencia, aumentando el riesgo de interacciones entre medicamentos, propiciando la aparición de efectos adversos y generando un aumento en los costos económicos asociados a la terapia (22). De este

modo, la presencia de multimorbilidad en las Personas Mayores acompañada o no de la aparición de otras dolencias o malestares, lleva en ocasiones a la prescripción excesiva de un elevado número de fármacos por parte del médico o a una automedicación por el propio usuario.

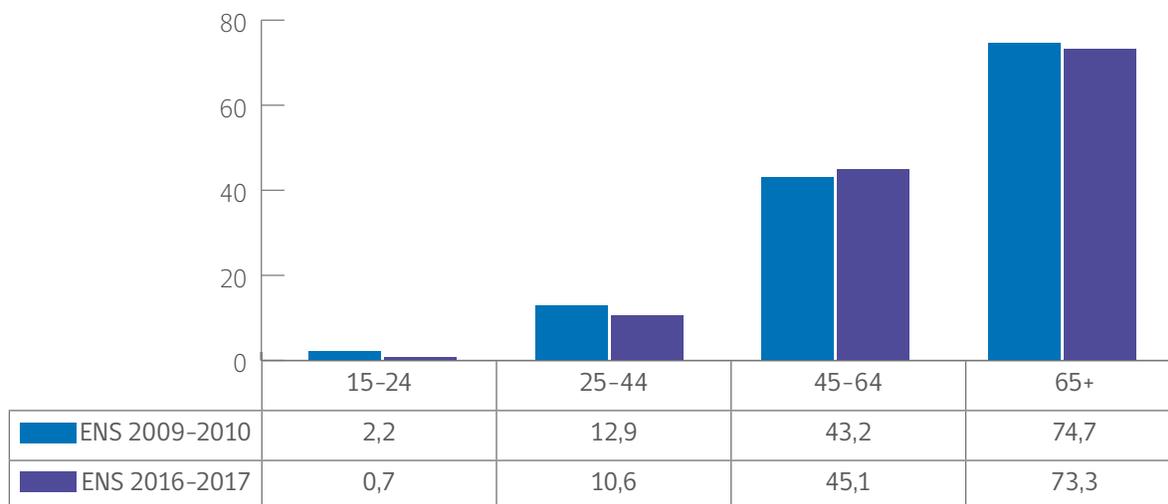
A continuación, se desarrolla una serie de enfermedades crónicas presentes en la población general. De acuerdo con los datos reportados por la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, algunas de ellas presentan una alta prevalencia en la población de Personas Mayores.

Hipertensión arterial

A diciembre de 2018, en Chile existían 1.878.390 personas en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) con diagnóstico de hipertensión arterial (79,9% del total), de las cuales 1.172.124 son mujeres (62,4%) y 706.266 son hombres (37,6%) (95).

En la ENS 2009-2010, como se observa en la Figura 14, la proporción de las Personas Mayores que reportó ser hipertensa, estar en tratamiento médico por hipertensión, o tener una presión arterial mayor a 140/90 mmHg era del 74,7%. Posteriormente, en los resultados de la ENS 2016-2017, esta proporción se reduce levemente a un 73,3% (84).

Figura 14. Sospecha de Hipertensión Arterial (HTA) por grupos de edad. Encuestas nacionales de salud 2009-2010 y 2016-2017



Fuente: Elaboración propia en base a (84).

Enfermedad y riesgo cardiovascular

La enfermedad cardiovascular es la causa más frecuente de muerte en Personas Mayores de 65 años, así como de morbilidad y discapacidad. Las patologías cardiovasculares como hipertensión, enfermedad cerebrovascular, enfermedad coronaria, arritmias y falla cardíaca aumentan en incidencia a mayor edad. A continuación, se detallan algunas de estas patologías (101).

* **Infarto Agudo al Miocardio (IAM)**

El infarto agudo al miocardio corresponde a la segunda causa de muerte en nuestro país. Para el periodo 2013-2017, el total de defunciones por Infarto agudo al miocardio es de 30.858 personas, representando el 6,0% del total de muertes, es decir, 34 personas por cada 100.000 habitantes, precedida solo por la enfermedad cerebrovascular (95).

En la ENS (2009-2010) la prevalencia fue de un 9,7% para IAM (91). En tanto, en la ENS (2016-2017), la prevalencia fue de un 10% (66). En el análisis de estos datos, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones por grupos de edad (IC 95%).

* **Ataque Cerebro Vascular (ACV)**

La enfermedad cerebrovascular es uno de los motivos más frecuentes de asistencia neurológica urgente y constituye un grave problema de salud pública. A nivel mundial, según la OMS es la segunda causa de muerte, ahora bien, en Chile constituye la primera causa de mortalidad (102). Para el periodo 2013-2017, la enfermedad cerebrovascular representó el 8,3% de las defunciones del periodo, con un total de 42.813 fallecidos, lo que significa 48 muertes por cada 100.000 habitantes (95).

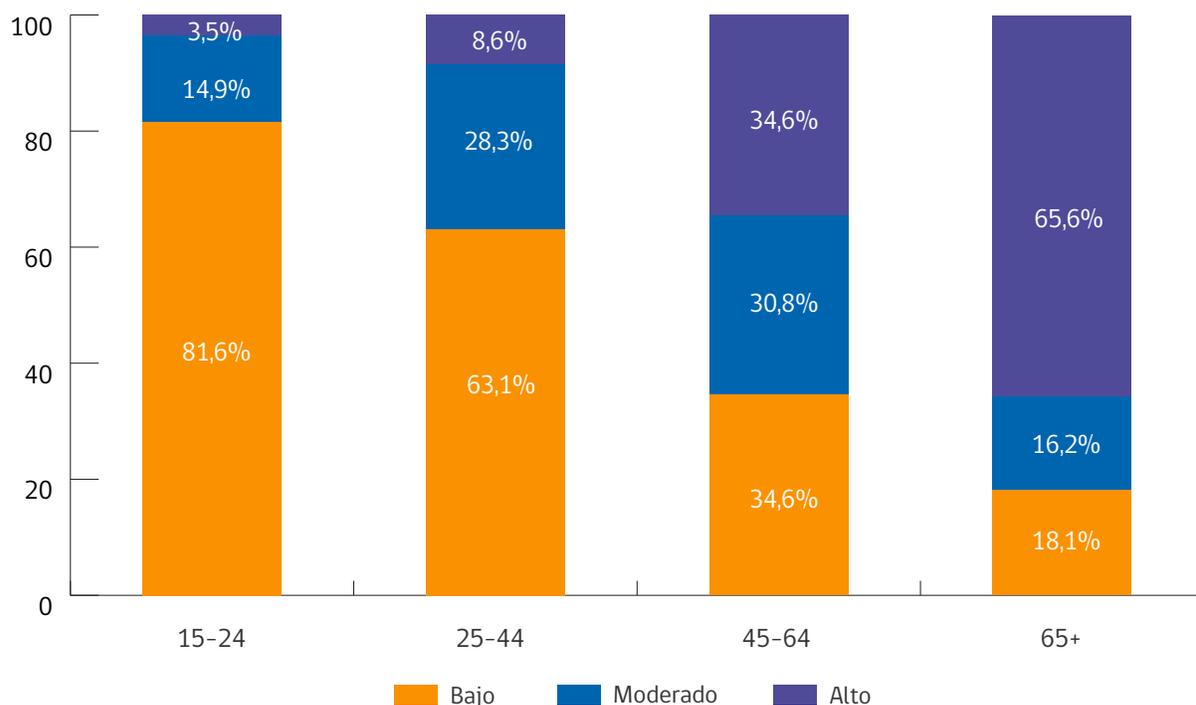
Al igual que el IAM, una de las fuentes de información sobre ACV es la Encuesta Nacional de Salud (ENS). En base a lo anterior, para la ENS (2009-2010) la prevalencia de ACV fue de un 8,1% (91). En la ENS (2016-2017) la prevalencia de ACV fue de un 8,2% (84), mostrando un leve aumento. En el análisis de estos datos, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones por grupos de edad (IC 95%). A nivel de atención primaria de salud, 92.821 personas presentaban antecedente de ataque cerebrovascular, de los cuales 66.159 personas eran Personas Mayores (71,2%), cifra notablemente superior en comparación a otros grupos etarios (91).

* **Riesgo cardiovascular (RCV)**

El RCV absoluto o global se define como la probabilidad de una persona de tener una enfermedad CV en un plazo definido, entre 5 y 10 años. Está determinado por el efecto combinado de los factores de riesgo (FR), que habitualmente coexisten y actúan en forma multiplicativa. Un individuo con una elevación en múltiples FR, apenas sobre lo considerado normal, puede tener un RCV global superior a otro con una elevación considerable en solo un factor de riesgo. Los objetivos de esta evaluación consisten en identificar a personas de alto riesgo que requieren intervenciones terapéuticas intensivas e inmediatas, así como a las de riesgo moderado en quienes un tratamiento más enérgico puede evitar un evento CV en el futuro; evitar el uso excesivo de fármacos en pacientes de bajo riesgo; motivar oportunamente a los pacientes a cambiar su estilo de vida y optimizar el uso de los recursos disponibles (103).

En la ENS 2016-2017, se estimó el riesgo cardiovascular por medio de la ecuación de Framingham⁶, aplicado a las Personas Mayores de 20 años con más de ocho horas de ayuno. Según esta estimación, el 25% de la población total presenta un riesgo alto y un 48,5% un riesgo bajo (66). Al observar por grupo etario, la Figura 15 permite ver que, en las Personas Mayores, el riesgo alto es mucho mayor que en los otros grupos, con un 65,6% de la población en esta categoría.

6-Ecuación que permite la estimación del riesgo cardiovascular a través de la medición de factores predictores establecidos (edad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, hábito tabáquico, colesterol total y lipoproteínas de baja densidad, LDL).

Figura 15. Porcentaje de personas en Chile con riesgo cardiovascular, según grupo de edad (2016)

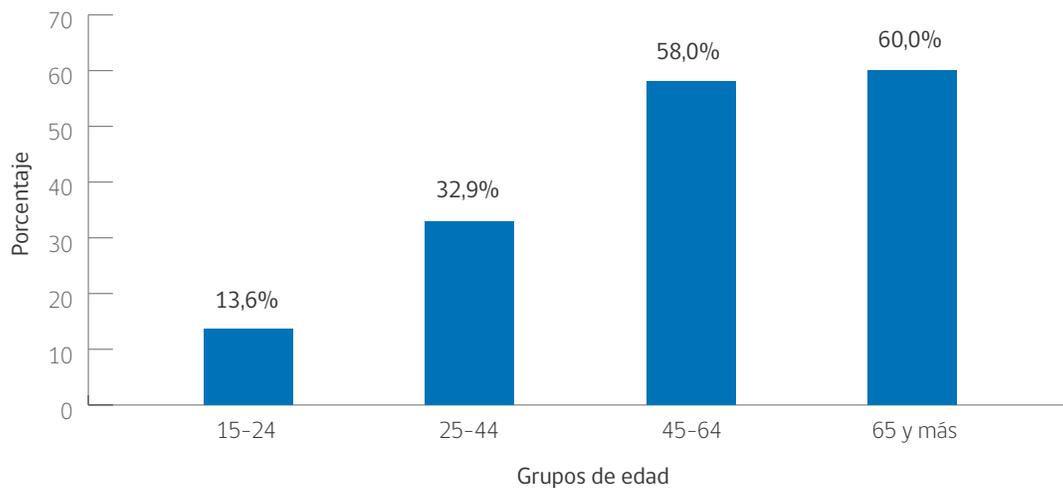
Fuente: Elaboración propia en base a (66).

Lo anterior se asocia directamente con la prevalencia de principales factores de riesgo cardiovascular, como son dislipidemia, diabetes mellitus, presión arterial elevada, tabaquismo, circunferencia de cintura, sedentarismo, sobrepeso y obesidad y consumo de alcohol, expuestos previamente.

Síndrome metabólico

El síndrome metabólico es un conjunto de alteraciones físicas y metabólicas que duplica el riesgo cardiovascular y quintuplica el riesgo de desarrollar diabetes mellitus. Además, aumenta el riesgo de hígado graso y litiasis biliar, entre otros (104). Esta condición incluye obesidad abdominal, presión arterial elevada, hiperglicemia, hipertrigliceridemia y concentraciones bajas de colesterol HDL.

Según la ENS 2016-2017, el 40,1% de la población total presenta esta condición. En este escenario, el grupo de Personas Mayores supera esta prevalencia nacional, con un 60,8% (Figura 16), siendo el grupo con la mayor proporción, seguidos por las personas de 45 a 64 años quienes presentaron diferencias significativas con los grupos de menor edad (66).

Figura 16. Prevalencia de síndrome metabólicos, según grupo de edad (2016).

Fuente: Elaboración propia en base a (66).

Diabetes mellitus tipo 2

Esta condición crónica es un factor de riesgo mayor e independiente para las enfermedades cardiovasculares (105). Las complicaciones macrovasculares como enfermedad coronaria, ataque cerebrovascular y enfermedad arterial periférica son responsables de casi el 70% de las defunciones en personas con esta condición (106).

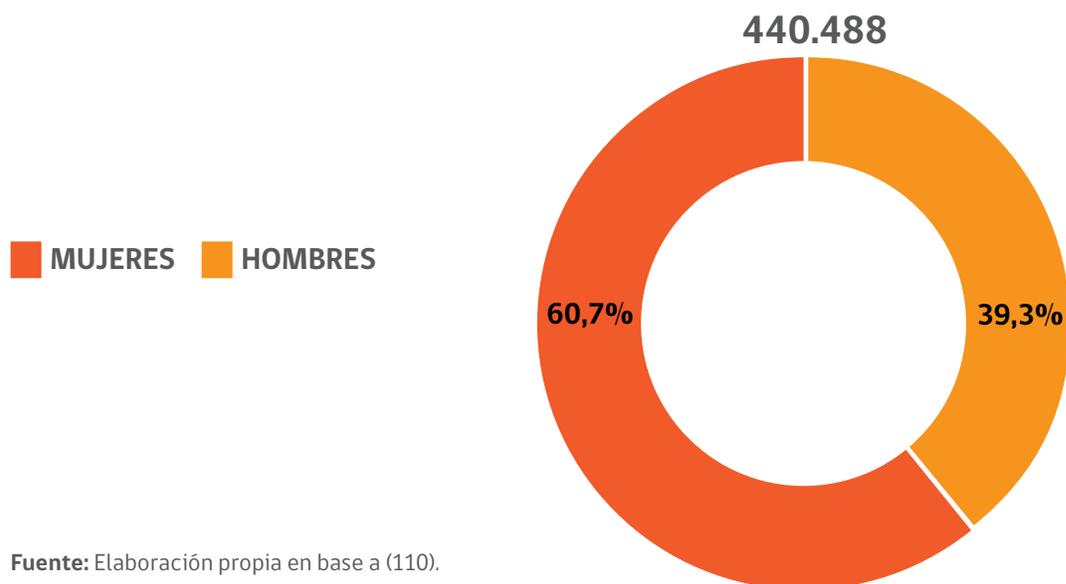
Así también, la retinopatía diabética es la causa más frecuente de nuevos casos de ceguera en adultos de 20 a 74 años en países desarrollados. El glaucoma, las cataratas y otros trastornos oculares ocurren antes y con mayor frecuencia en las personas con diabetes (107).

La prevalencia de diabetes tipo 2 aumenta a mayor edad, encontrándose dentro de los factores más importantes: déficit de insulina con edad, aumento de insulinorresistencia con edad provocado por cambio en composición corporal y sarcopenia. Así también, las Personas Mayores están más expuestas a complicaciones de diabetes, tienen mayor riesgo de infarto agudo al miocardio y enfermedad renal crónica terminal, así como mayor número de hospitalizaciones por hipoglicemia respecto a personas más jóvenes (108).

En la ENS 2016-2017 se midió la sospecha de diabetes mellitus a través de la medición de glicemia en ayuno con resultados mayores a 126 mg/dL, dando como resultado un 12,6% de la población chilena. En el grupo de las Personas Mayores esta cifra es de 30,6 %, siendo el grupo etario con la mayor proporción de sospecha. Además, se ha presentado un incremento desde la encuesta anterior, donde esta cifra era 25,7% (66).

De acuerdo con los registros asociados a la población bajo control en el programa de salud cardiovascular de la atención primaria de salud (109), 889.352 personas tienen diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, de las cuales 348.890 son hombres (39,3%), y 540.462 son mujeres (60,7%). Del total, 440.488 son Personas Mayores, es decir, el 49,5% del total y su distribución entre hombres y mujeres (Figura 17) es similar al total de la población que posee esta condición.

Figura 17. Personas Mayores con Diabetes Mellitus en el Sistema de Salud Público Chileno, según sexo (diciembre 2018)



Fuente: Elaboración propia en base a (110).

Obesidad

De acuerdo con los resultados de la ENS 2016-2017, el 31,2% de las personas de 15 años y más son obesas, 3,2% obesas mórbidas, y 39,8% tienen sobrepeso. Respecto a las Personas Mayores, 76,8% tienen sobrepeso y obesidad.

El envejecimiento se asocia con importantes cambios en la composición corporal y metabolismo. Entre los 20 y 70 años, hay un descenso progresivo de la masa no grasa (principalmente músculo), cercana al 40%, y aumento de la masa grasa con la edad. Después de los 70 años, la masa grasa y no grasa descienden en paralelo. Así, las principales complicaciones médicas de la obesidad en las Personas Mayores se concentran en el síndrome metabólico, siendo este un reconocido factor de riesgo para infarto agudo al miocardio y ACV (111).

La obesidad también es un importante factor de riesgo para fragilidad y sarcopenia, dado que aumenta niveles de marcadores inflamatorios. Así, se han encontrado indicadores de fragilidad en personas con IMC elevado, como son lentitud, debilidad y baja actividad (112).

Así también, la fragilidad se asocia con un mayor índice de circunferencia de cintura (113).

El cambio de composición corporal de las Personas Mayores exige la evaluación de este grupo etario con distintos parámetros. Tal como se muestra en la Tabla 19, se han definido umbrales de índice de masa corporal, específicamente para el grupo de Personas Mayores, lo cual permite definir su estado nutricional.

Tabla 19. Umbrales para definir estado nutricional de Personas Mayores en Chile según IMC

ESTADO DE NUTRICION	INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)
Enflaquecido /a	Menor de 23,0 kg/m ²
Normal	23 a 27,9 kg/m ²
Sobrepeso	28 a 31,9 kg/m ²
Obeso	32 o más kg/m ²

Fuente: Elaboración propia en base a (114). Nota: Se recomienda el uso de estos valores para la evaluación nutricional de las Personas Mayores, dadas las características anteriormente planteadas.

Por otro lado, la Tabla 20 muestra la distribución según Índice de Masa Corporal (IMC) y estado nutricional de las Personas Mayores, según resultados de la última ENS (2016-2017). Es relevante destacar, que solo el 21,7% presentó un estado normal, y en conjunto el 76,8% presentó un IMC compatible con malnutrición por exceso (66).

Tabla 20. Estado nutricional de las personas mayores (PM) en Chile según IMC

IMC	ESTADO NUTRICIONAL	PORCENTAJE (%)
< 18,5	Enflaquecido	1,5%
18,5 - 24,9	Normal	21,7%
25-29,9	Sobrepeso	41,2%
30-39,9	Obesidad	34,5%
≥ 40	Obesidad Mórbida	1,1%

Fuente: Elaboración propia en base a (66). Nota: la información en la ENS (2016-2017) no considera aún los rangos de IMC específicos para Personas Mayores enunciados anteriormente.

Neoplasias

La existencia de Registros Poblacionales de Cáncer (RPC) ha permitido realizar la estimación de la incidencia de los tumores malignos, pudiendo evaluar que el grupo de Personas Mayores son los que presentan la más alta incidencia de cáncer en Chile. Esta incidencia para las Personas Mayores según localización se observa en la Tabla 21 para los hombres y en la Tabla 22 para las mujeres (115).

Tabla 21. Incidencia estimada de cáncer para Chile en hombres mayores según localización del cáncer y grupo de edad. **Chile 2003-2010.** Tasa de incidencia ajustada a la edad por 100.000 hombres.

	65-69	70-74	75-79	80 y más
Cavidad oral y faringe	11,5	12,9	16,2	22,5
Colon	45,4	82,6	125,1	158,2
Encéfalo y sistema nervioso	17,8	12,2	21,6	22,2
Esófago	39,3	60,9	83,7	122,5
Estómago	181,2	262,8	303,1	391,3
Hígado	21,8	46,1	45,6	60,5
Laringe	8,6	21,9	21,5	15,5
Leucemia	12,6	25,5	33,3	52,8
Linfoma de Hodgkin	1,0	2,2	2,5	1,8
Linfoma no Hodgkin	21,5	31,9	52,5	32,5
Melanoma de piel (*)	10,0	13,8	24,2	28,2
Mieloma múltiple	17,1	29,8	24,9	21,6
Páncreas	23,7	43,8	55,1	53,0
Piel no melanoma	72,4	100,8	167,7	193,3
Próstata (*)	371,4	591,5	814,8	913,3
Recto y ano	40,0	40,7	58,0	60,0
Riñones	33,1	66,5	57,1	58,4
Testículos (*)	2,1	0,7	2,2	7,4
Tiroides	0,8	4,2	4,7	3,4
Tráquea-bronquio-pulmón	100,7	167,2	193,8	205,3
Vejiga urinaria	23,4	49,1	71,9	92,6
Vesícula y vías biliares	39,1	65,1	61,1	139,7
TODAS	1192,8	1826,6	2247,5	2865,3
TODAS excepto piel no mel.	1037,3	1590,3	2000,6	2557,0

Fuente: Elaboración propia en base a (115)

Tabla 22. Incidencia estimada de cáncer para Chile en mujeres mayores según localización del cáncer y grupo de edad. **Chile 2003-2010.** Tasa de incidencia ajustada a la edad por 100.000 hombres.

	65-69	70-74	75-79	80 y más
Cavidad oral y faringe	2,9	5,9	5,4	15,0
Colon	48,5	56,8	87,7	162,5
Cuello uterino (*)	33,2	45,4	58,2	69,7
Cuerpo uterino	30,8	16,4	15,0	16,2
Encéfalo y sistema nervioso	11,3	12,5	7,1	13,6
Esófago	14,2	24,1	38,5	70,1
Estómago	57,0	92,6	123,8	182,3
Hígado	13,7	21,1	37,8	38,5
Laringe	1,4	3,2	2,7	0,0
Leucemia	11,3	13,2	17,2	32,3
Linfoma de Hodgkin	3,5	1,5	3,8	0,0
Linfoma no Hodgkin	27,3	20,4	43,9	41,6
Mama	137,1	175,1	173,1	226,6
Melanoma de piel	8,3	7,2	12,0	22,5
Mieloma múltiple	16,8	17,2	21,7	22,7
Ovario	31,1	26,6	27,1	20,5
Páncreas	21,7	25,0	66,3	60,9
Piel no melanoma	43,1	59,9	95,2	287,1
Recto y ano	21,8	29,4	38,8	42,6
Riñones	23,1	25,4	33,6	41,9
Tiroides	24,0	7,5	6,6	0,0
Tráquea-bronquios-pulmón	43,3	82,6	82,2	101,6
Vejiga urinaria	10,7	16,7	21,3	36,8
Vesícula y vías biliares	82,2	93,1	130,2	144,1
TODAS	780,8	1036,4	1411,6	1722,5
TODAS excepto piel no mel.	750,4	936,4	1249,7	1576,5

Fuente: Elaboración propia en base a (115)

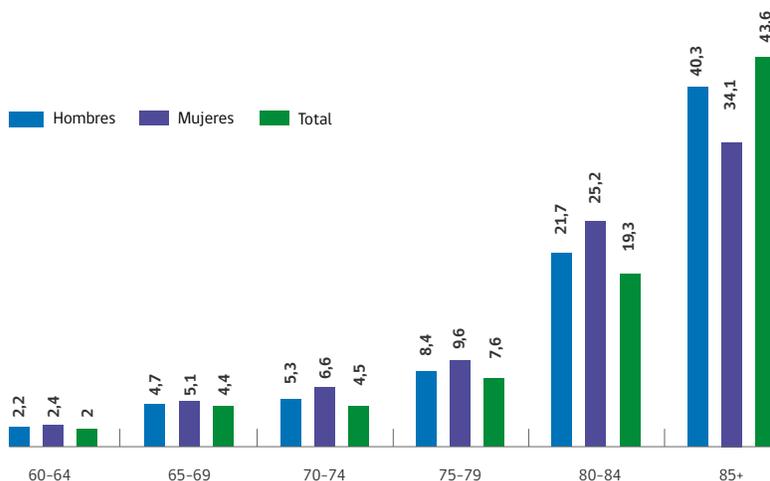
Entre los hombres, la mayor incidencia estimada es la de cánceres de estómago, próstata y tráquea, bronquio y pulmón. Por otro lado, las más bajas son para el cáncer de testículo, y cavidad oral y faringe. Para las mujeres, las mayores incidencias estimadas son para el cáncer de vesícula y el cáncer gástrico, y las más bajas para los Linfomas Hodgkin y al igual que en los hombres, los cánceres de la cavidad oral y la faringe. Tanto para hombres como para mujeres, todas las incidencias aumentan con el avance de la edad.

Enfermedades mentales y del comportamiento

La salud mental es parte importante de la salud integral de las Personas Mayores, tiene relación estrecha con la funcionalidad física y la morbilidad Deterioro cognitivo (116), y es importante su evaluación en términos de evaluación geriátrica integral. En este apartado se revisará la prevalencia de algunas patologías de salud mental en la población de Personas Mayores.

En el Estudio Nacional de Dependencia, realizado por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) en el año 2009, en las Personas Mayores se estimó una prevalencia de **deterioro cognitivo** del 8,5% en este grupo de población, siendo mayor en mujeres que en hombres (9,1% y 7,4% respectivamente) (96). Sin embargo, esta diferencia por sexo se invierte en el grupo de mayores de 85 años. Además, según se observa en la Figura 18, la prevalencia de deterioro cognitivo aumenta con la edad, superando el 40% en las personas de 80 años y más.

Figura 18. Prevalencia de deterioro cognitivo en las Personas Mayores de 60 años, según grupo de edad (2009)



Fuente: Elaboración propia en base a (96).

Otro aspecto relevante del estudio del SENAMA, es su estimación de un riesgo de deterioro cognitivo, el cuál es trece veces mayor en los sujetos con los niveles más bajos de escolaridad (8).

En cuanto al Alzheimer y otras demencias, se estima actualmente en Chile, que el 1,1% de la población total país presenta algún tipo de demencia. Cabe señalar que la mayor prevalencia de demencia en Chile se ubica en niveles socioculturales bajos y en población rural, transformándose éstos elementos, en determinantes sociales de la enfermedad (117).

En la Tabla 23 se muestran las prevalencias de demencia total, según sexo, grupo etario y área de residencia (118), observándose que las prevalencias aumentan a mayores edades en todas las categorías descritas. Además de las diferencias entre los grupos de edad, también se aprecian diferencias entre los grupos de sexo, siendo mayor para las mujeres que para hombres. En la categoría área de residencia, se observa que las personas que residen en áreas rurales presentan mayores prevalencias que las personas residentes en áreas urbanas (118).

Tabla 23. Prevalencia de demencia en Personas Mayores por sexo, grupo etario y área de residencia (2014)

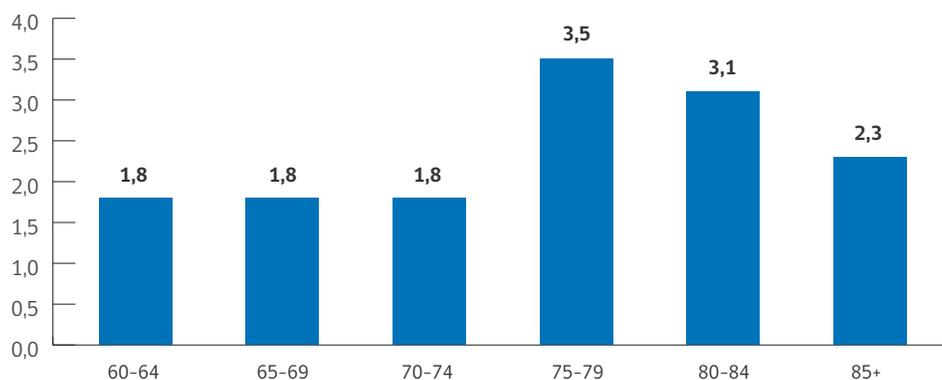
Porcentaje (%)	65 a 69 años	70 a 74 años	75 a 79 años	80 a 84 años	85 años y más
Hombres	5,9%	3,6%	6%	18,2%	24,4%
Mujeres	3,1%	3,8%	10,1%	20%	36,5%
Urbano	3,9%	3%	8,4%	17,2%	29%
Rural	5,1%	6,9%	10,6%	29,7%	50,4%
Total	4,1%	3,7%	8,8%	19,4%	32,6%

Fuente: Elaboración propia en base a (118).

En Chile en el 2019, de acuerdo con los registros del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) ingresaron 7.492 casos por demencia incluyendo Alzheimer, de los cuales 3.630 fueron por demencia leve, 2.677 moderada y 1.185 avanzada. Respecto a la dispersión por sexo, los mayores ingresos en mujeres fueron por demencia moderada con un 92%, y un 89,6% de los hombres ingresó por demencia leve.

En cuanto a la Enfermedad de Parkinson, el Estudio Nacional de Dependencia del año 2009, estimó para Chile, una incidencia de la **Enfermedad de Parkinson** entre 1,8% a 3,5% según el grupo etario (Figura 19).

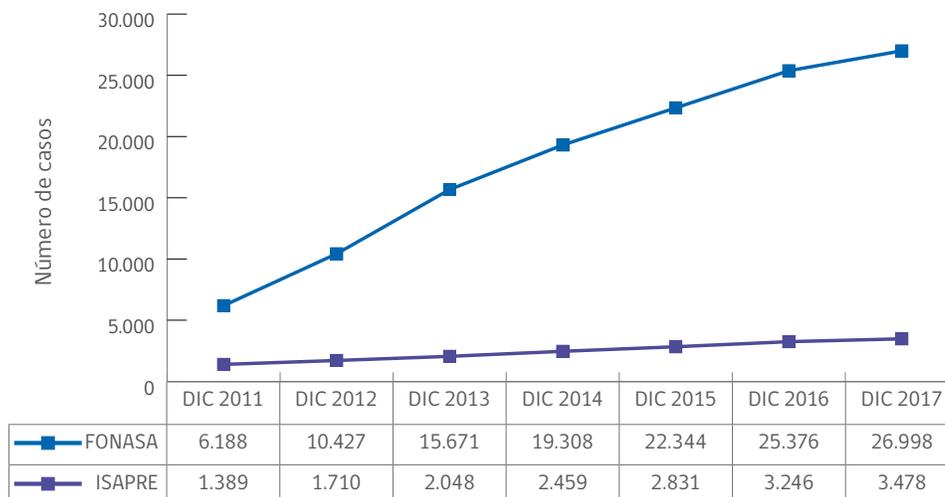
Figura 19. Incidencia de Parkinson en Personas Mayores de 60 años (2009)



Fuente: Elaboración propia en base a (96).

Por su parte, los resultados entregados por la Encuesta Calidad de Vida en la Vejez UC-Caja Los Andes, del año 2016, muestran que un 1,6% de los encuestados reporta diagnóstico de Enfermedad de Parkinson cuando se les consulta sobre problemas de salud durante el último año (76). Para el año 2012, las Personas Mayores, contribuían con el 79% de los casos en control por Programa de Parkinson (119). La Figura 20 muestra que los casos han aumentado de manera significativa en los últimos años, con una importante carga para el esquema público de aseguramiento (FONASA), respecto de los registrados en aseguradores privados de salud.

Figura 20. Casos GES Parkinson. Chile (2011-2017)



Fuente: Elaboración propia en base a (120).

Los Trastornos del sueño tienen también un rol importante en la calidad de vida de las Personas Mayores. En la persona mayor, diversos factores pueden contribuir a las alteraciones del sueño, tales como cambios asociados al envejecimiento, factores psicosociales como jubilación, enfermedades, muerte de un familiar, alteraciones del ritmo cardíaco, entre otros. El insomnio es el trastorno del sueño más prevalente en la práctica médica, y se entiende como cualquier dificultad para iniciar o consolidar el sueño. Así también, los trastornos del sueño y las alteraciones del comportamiento afectan a casi la mitad de las personas con demencia (81).

Respecto de esta condición, los resultados de la ENS 2016-2017 muestran que la proporción de personas en cada grupo etario que reporta no tener problemas de sueño disminuye con la edad, llegando al 50% en Personas Mayores de 65 años.

Además, la ENS 2016-2017 consideró la frecuencia de consumo de medicamentos para dormir en el último mes. Al respecto, un 85,2% de las Personas Mayores no consumió medicamentos para dormir en el último mes, un 3,1% lo hizo menos de una vez por semana, y un 11,7% una o más veces. La depresión constituye uno de los síndromes geriátricos más frecuentes e incapacitantes. Altera en gran medida la calidad de vida del que la padece y se asocia a grandes costos sociales y de salud. Las cifras de prevalencia de depresión en Personas Mayores son variables, dependiendo de las circunstancias en que se encuentren: en la comunidad, residencias o bien hospitalizados (81).

Tras la aplicación del instrumento "Composite International Diagnostic Interview" (CIDI) en la ENS 2016-2017, el 6,2% de las personas de 65 a 74 años, y el 3,2% de los mayores de 75 años, presentan depresión (121). Si bien no son el grupo etario con mayor prevalencia (6,2% total país), destaca que sus valores son similares a los de la población joven.

Además, las Personas Mayores frágiles son hasta cuatro veces más propensas a desarrollar depresión respecto a los no frágiles. La relación es bidireccional: un tercio de las personas con fragilidad tienen depresión, y una proporción similar de personas con depresión tienen fragilidad (122). Lo anterior alerta sobre la importancia de evitar que las Personas Mayores se vuelvan frágiles, aumentando y fortaleciendo los mecanismos de prevención de esta.

En Chile durante el año 2019 se registraron 73.948 ingresos por trastornos afectivos, del cual un 22,8% corresponde a Personas Mayores entre 60 a 80 años de edad (66). En cuanto a la depresión leve, un 59% corresponde a Personas Mayores seguidas por la depresión refractaria con un 55,6%, y en tercer lugar por la depresión moderada con un 50,2%. Respecto a la dispersión por sexo, en hombres el mayor registro se aprecia en la depresión refractaria con un 33% del total de los casos, seguido por la depresión leve con un 31%, depresión moderada con un 27,4% y la depresión grave con psicosis con un 25% (66). En cuanto a las mujeres, el mayor ingreso fue por depresión leve con un 28%, seguido por la moderada 22,8% y la depresión refractaria con un 22,4% (66).

El intento de suicidio es un antecedente de gran importancia acerca de la salud mental en las Personas Mayores. En Chile, como en el resto del mundo, las personas que presentan mayores tasas corresponden al grupo etario de mayores de 80 años. En Estados Unidos, por ejemplo, se reporta una muerte por cada 100 o 200 intentos entre las personas de 15 a 24 años, mientras que entre las personas de 65 años y más se reporta un suicidio por cada cuatro intentos.

En Chile, de acuerdo con datos reportados por el DEIS en el 2019, ingresaron 3.052 casos por ideación suicida, de los cuales 248 eran Personas Mayores de 60 años (66). Respecto a los intentos

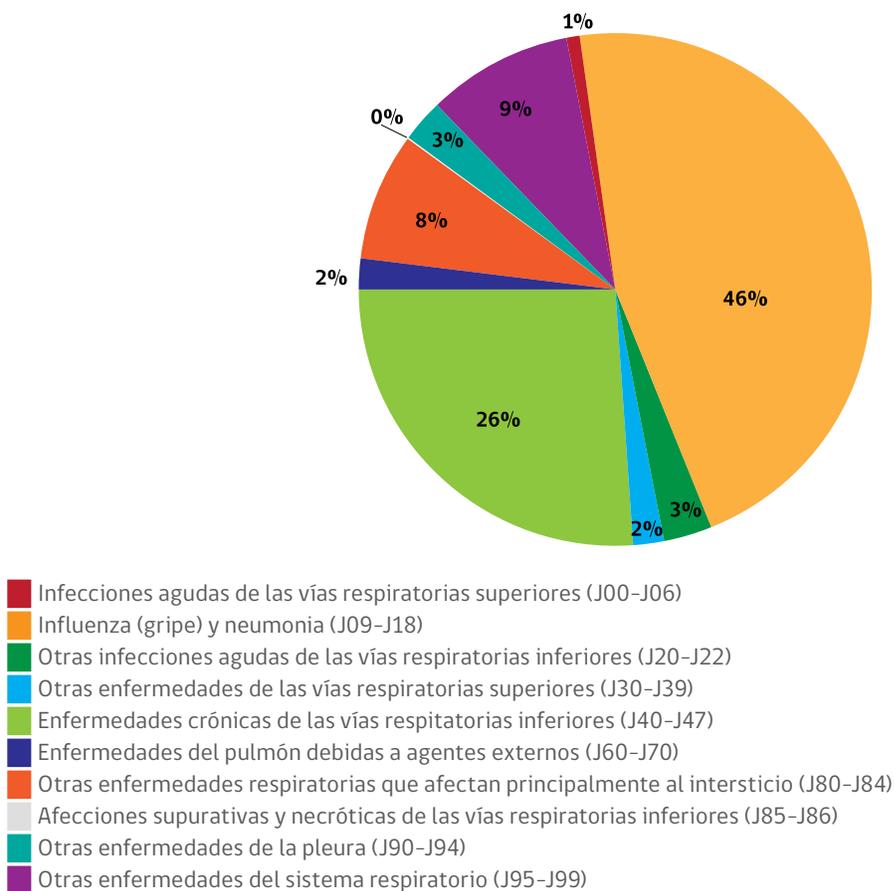
de suicidio, se registraron 2.092 casos, de los cuales 118 fueron Personas Mayores de 60 años. Según diferencias por sexo, del total de ingresos por ideación suicida, un 7,8% corresponde a mujeres, y un 8,7% a hombres (66). En cuanto al intento de suicidio, un 5,7% fueron hombres, y un 5,5% mujeres mayores de 60 años (66). Respecto al total de ingresos por depresión con alto riesgo suicida, el 10,2% eran hombres y un 10,05% a mujeres mayores de 60 años (66).

Otro trastorno mental que tiende a darse en Personas Mayores son los trastornos ansiosos (24). En el año 2019 según información del DEIS, ingresaron 23.291 Personas Mayores de 60 años por este motivo, donde un 39,1% fue por trastornos de ansiedad generalizada, un 35% por trastornos de estrés post traumático y un 21% por trastorno de pánico con agorafobia. En cuanto a diferencias por sexo, el mayor número de ingresos en hombres fue por trastornos de estrés post traumático con un 18,7%, y en el caso de las mujeres fue por trastorno de ansiedad generalizada con un 20,4%.

Enfermedades del sistema respiratorio

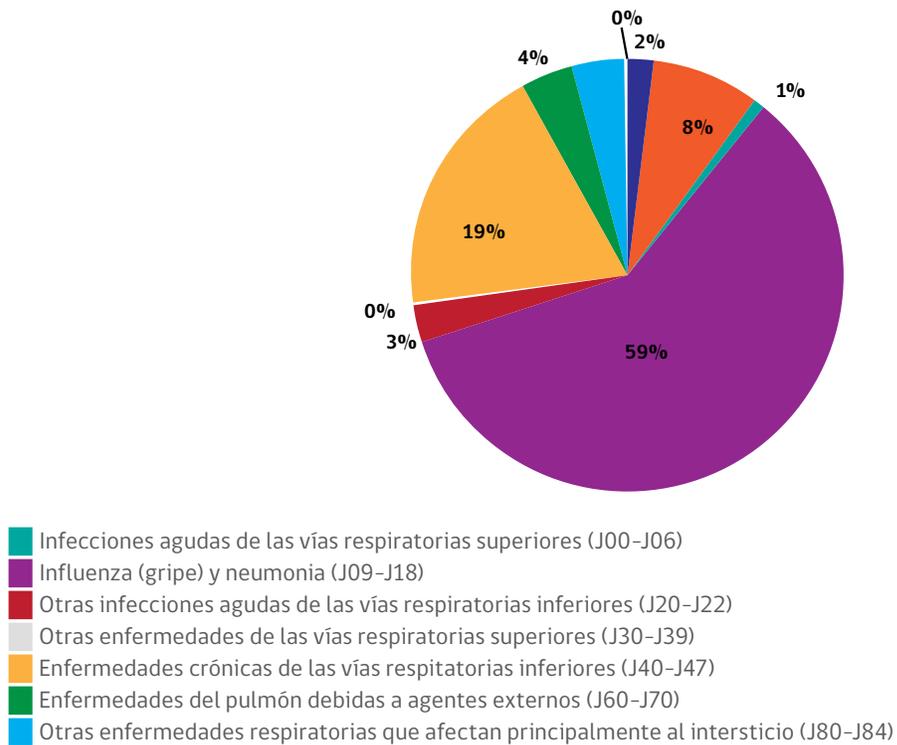
Las enfermedades respiratorias tienen especial relevancia en las Personas Mayores. Como se mencionó anteriormente, son una causa importante de morbilidad. Las Figuras 21 y 22, entregan la información respecto a los egresos hospitalarios en el año 2015, en los grupos de 65 a 79 años, y mayores de 80 años respectivamente (123).

Figura 21. Egresos hospitalarios por enfermedades respiratorias en personas de 65 a 79 años (2015)



Fuente: Elaboración propia en base a (123).

Figura 22. Egresos hospitalarios por enfermedades respiratorias en personas de 80 años y más (2015)



Fuente: Elaboración propia en base a (123).

* Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y Asma

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad global, con más de 174 millones de personas diagnosticadas a nivel mundial. Históricamente se le ha considerado como una condición que afecta a las Personas Mayores, de mayor prevalencia en hombres fumadores, pero que en los últimos años ha aumentado en mujeres y no fumadores (124). La edad se considera un factor de riesgo en esta patología, dado que refleja directamente la exposición acumulativa de factores de riesgo conocidos (125).

A diciembre de 2018, 99.880 personas eran controladas por EPOC, de las cuales 75.115 personas lograron control adecuado (75,2%), de las cuales 55.805 son Personas Mayores. No logran control adecuado 12.899 personas (12,9%), de las cuales 9.587 son Personas Mayores (95).

Según registros del Departamento de Información y Estadística en Salud (DEIS), 2.839 Personas Mayores eran oxígeno dependientes (el 71% de los usuarios con este requerimiento a nivel nacional) y el 44,8% de los pacientes en el programa de rehabilitación pulmonar, el año 2012, eran personas de 65 años y más. De los egresos hospitalarios en el año 2010, el 19,2% fueron por cuadros respiratorios crónicos descompensados o sobre infectados (95).

* Neumonía adquirida en la comunidad (NAC)

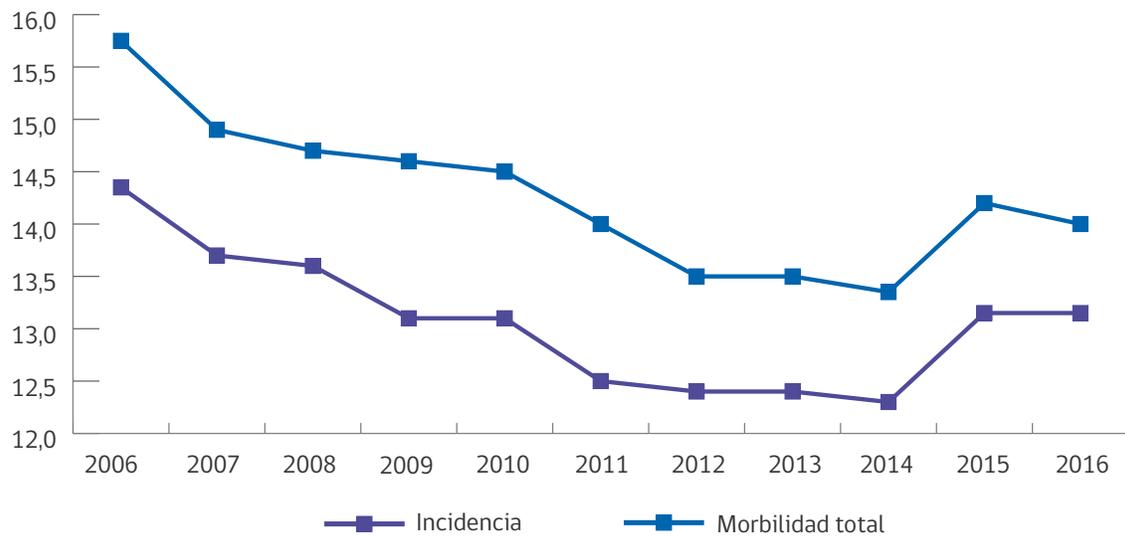
La Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) es una infección frecuente, con morbimortalidad importante, que afecta con mayor frecuencia a las Personas Mayores (6 por 1000 en personas entre 18 y 39 años v/s 34 por 1000 en Personas Mayores de 75 años); este grupo es altamente susceptible debido a condiciones propias del envejecimiento que limitan la capacidad de defensa frente a diferentes microorganismos (95).

La tasa de mortalidad observada en Chile por esta causa durante el año 2010, según registros DEIS, es de 23,3 por 100.000 en la población general, y de 222,9 por 100.000 para los mayores de 65 años. Esta información no se encuentra desagregada según sexo. En ese mismo año, fue el 56,8% de las causas de patología respiratoria en los egresos hospitalarios de personas de 65 años y más.

* Tuberculosis pulmonar (TBC)

La tuberculosis presenta una trayectoria en declive en Chile desde el año 2006. Según el informe de situación de la tuberculosis en Chile del año 2016, la incidencia y la morbilidad total por esta enfermedad han disminuido en la última década, aunque se observa una reversión en esta tendencia a partir del año 2014 (Figura 23).

Figura 23. Morbilidad total e incidencia de TBC. Chile (2004-2014)



Fuente: Elaboración propia en base a (126).

Según este mismo informe del año 2014, la incidencia de tuberculosis en Personas Mayores de 65 años y más era de 25 casos por 100.000 habitantes siendo la más alta de todos los grupos etarios, representando el 20,5% de los casos del país. Para 2016, esta participación aumentó al 22% de los casos.

En hombres, la incidencia es mayor que en mujeres, observándose una tasa de 35,1 versus 17,5 respectivamente. Por otro lado, en el mismo informe, se reporta que la mayor reducción de la enfermedad se ha dado en hombres de 65 años y más (9,3% de reducción entre 2010 y 2014). Sin embargo, para el año 2016 las tasas han aumentado (Tabla 24).

Tabla 24. Incidencia de tuberculosis en Personas Mayores según sexo. Tasas por 100.000 habitantes. Chile (2014)

SEXO	2014	2016
Hombres	35,1	40,3
Mujeres	17,5	19,3

Fuente: Elaboración propia en base a (126-127).

Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

El primer caso de VIH/SIDA en Chile se diagnosticó el año 1984, a partir de lo cual se decidió vigilar y notificar la infección por VIH y su manifestación avanzada, el SIDA. Desde el primer caso reportado hasta el año 2018 las tasas de casos notificados tanto en etapa SIDA como de VIH, han ido en aumento. En los últimos años, del total de casos de VIH/SIDA notificados en Chile entre 2014 y 2018, el 64% se notificó en etapa VIH y el 36% lo fue en etapa SIDA (128).

Los resultados de la aplicación del modelo Spectrum que realiza estimaciones y proyecciones de la epidemia en los distintos países, muestra que en Chile se estima un total de 67.000 (58.000-76.000) personas viviendo con VIH al año 2017, con una prevalencia en el grupo de 15 a 49 años de 0,6% (0,5% - 0,6%) y una incidencia de 0,33 por mil habitantes (128).

Como la infección por VIH se confirma sólo por el Instituto de Salud Pública (ISP), su base de datos es un buen referente para conocer los nuevos diagnósticos que se están realizando en el país, pero con la desventaja de no disponer de la etapa de enfermedad en que se realiza el diagnóstico.

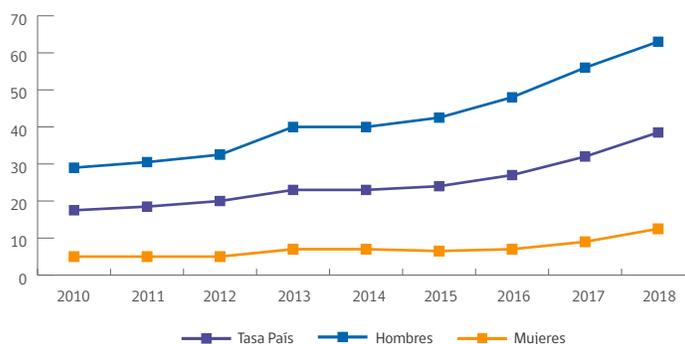
La tendencia al aumento de las confirmaciones entre el periodo 2010-2018, establece un incremento sostenido de los nuevos diagnósticos de VIH (confirmaciones del ISP), donde la tasa del 2018 (37,5 por 100 mil hab.) duplicó a la del 2010 (17,5 casos por 100 mil habitantes) (129).

Esto puede responder a dos razones fundamentales: por un lado, el aumento del número de nuevas infecciones y por otro lado el mayor acceso al examen, que se promueve activamente y que posibilita incrementar los diagnósticos, lo que se ve reflejado en el aumento del número de muestras procesadas en el país, desde 889.637 en el 2011 a 1.317.295 exámenes el año 2017, representando un aumento de un 48,07% (129).

La infección por VIH en Chile afecta principalmente a hombres, superando ampliamente en número de casos a las mujeres, tanto en etapa SIDA como VIH. La principal vía de transmisión es la vía sexual, la que dio cuenta del 97% de los casos confirmados en el año 2018, de los cuales un 61 % correspondió a hombres que declararon práctica de riesgo el sexo con otros hombres (129).

Con respecto al periodo 2010-2018, sobre el 82% de los nuevos diagnósticos confirmados por el ISP son hombres. En la Figura 24, se observa una curva ascendente de casos en hombre y mujeres, donde la tasa de hombres supera en cinco veces a la de mujeres el año 2018. Cabe destacar que el aumento porcentual de casos entre 2017 y 2018 fue superior en mujeres (46,2%) que en hombres (13,8%) (128).

Figura 24. Tasas de nuevos diagnósticos de VIH según sexo y total. Chile (2010-2018)



Fuente: Elaboración propia en base a (130). Nota: Datos en validación. Tasa por cien mil habitantes. Información actualizada al 26/03/2019.

Al analizar la tasa de incidencia por edad (Tabla 25), las mayores tasas se concentran entre los 20 a 39 años en hombres y mujeres, con un aumento sostenido en los últimos 5 años. Destaca que a medida que aumenta la edad van disminuyendo las tasas, sin embargo, el grupo de 70 a 74 años duplicó la tasa en el periodo 2016-2018.

Tabla 25. Casos y tasas de nuevos diagnósticos de VIH según sexo y grupos de edad. Chile (2014-2018)

GRUPOS DE EDAD	2014		2015		2016		2017		2018	
	Casos	Tasa								
00 - 04 años	11	0,9	11	0,9	10	0,8	13	1,0	12	1,0
05 - 09 años	2	0,2	4	0,3	4	0,3	7	0,6	7	0,6
10 - 14 años	5	0,4	3	0,2	0	0,0	2	0,2	4	0,3
15 - 19 años	165	12,3	176	13,3	230	17,7	243	19,0	234	18,6
20 - 24 años	842	56,9	922	63,1	952	66,2	1091	77,2	1223	88,0
25 - 29 años	821	55,7	902	60,2	1142	75,3	1400	91,8	1668	109,5
30 - 34 años	684	51,8	686	50,5	831	59,5	969	67,6	1275	86,8
35 - 39 años	416	33,6	456	36,6	533	42,4	696	54,6	902	69,2
40 - 44 años	351	28,2	355	28,5	424	34,1	481	38,6	546	43,8
45 - 49 años	300	23,8	298	23,7	272	21,7	317	25,4	387	31,0
50 - 54 años	225	18,7	207	17,0	250	20,2	257	20,6	293	23,4
55 - 59 años	105	10,4	142	13,5	127	11,7	168	14,9	183	15,9
60 - 64 años	75	9,5	71	8,6	89	10,4	76	8,5	110	11,8
65 - 69 años	44	7,1	47	7,3	36	5,4	56	8,1	51	7,1
70 - 74 años	15	3,2	16	3,3	18	3,5	27	5,1	40	7,3
75 - 79 años	17	5,1	9	2,6	7	2,0	9	2,4	9	2,3
80 y más años	2	0,5	2	0,5	2	0,5	4	1,0	4	0,9
Chile	4080	22,9	4307	23,9	4927	27,1	5816	31,7	6948	37,5

Fuente: Elaboración propia en base a (130). Nota: Datos en validación. Tasa por cien mil habitantes. Información actualizada al 26/03/2019.

La evidencia científica ha demostrado que las personas con VIH tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles, comparado con población general y éstas se pueden manifestar hasta diez años antes. La causa es multifactorial y tienen directa relación con la replicación viral, el estado de inmunodeficiencia, las alteraciones metabólicas producto de la terapia antirretroviral y los factores de riesgos clásicos de la población, lo que lleva a un estado inflamatorio persistente y una inmunosenescencia más precoz y acelerada. Por lo tanto, favorecer el diagnóstico precoz de la infección y la mantención de conductas sexuales seguras son recomendaciones para las Personas Mayores (131). En la Tabla 26 podemos encontrar las prestaciones sanitarias otorgadas actualmente en los centros de atención primaria del país, de acuerdo con la matriz a lo largo del curso de vida en VIH/SIDA e ITS.

Tabla 26. Prestaciones sanitarias en APS en VIH/SIDA e ITS en Personas Mayores

Población	Nivel	Objetivo de Impacto Estrategia Nacional de Salud	Objetivo Sanitaria	Actividad
Personas Mayores	Prevención	Disminuir la mortalidad por VH/SIDA	Facilitar el examen para el diagnóstico de VIH en las personas de 65 años y más, que consultan por morbilidad o que lo soliciten espontáneamente	Realizar examen VIH a personas de 65 años y más que lo requieran o por morbilidad
Personas Mayores	Prevención	Disminuir la mortalidad por VH/SIDA	Aumentar el número de personas de 65 años y más informadas sobre prevención del VIH/SIDA/ITS	Entrega de consejería de prevención del VIH/SIDA e ITS en control con o sin entrega de preservativos

Fuente: Elaboración propia en base a (132).

Salud bucal

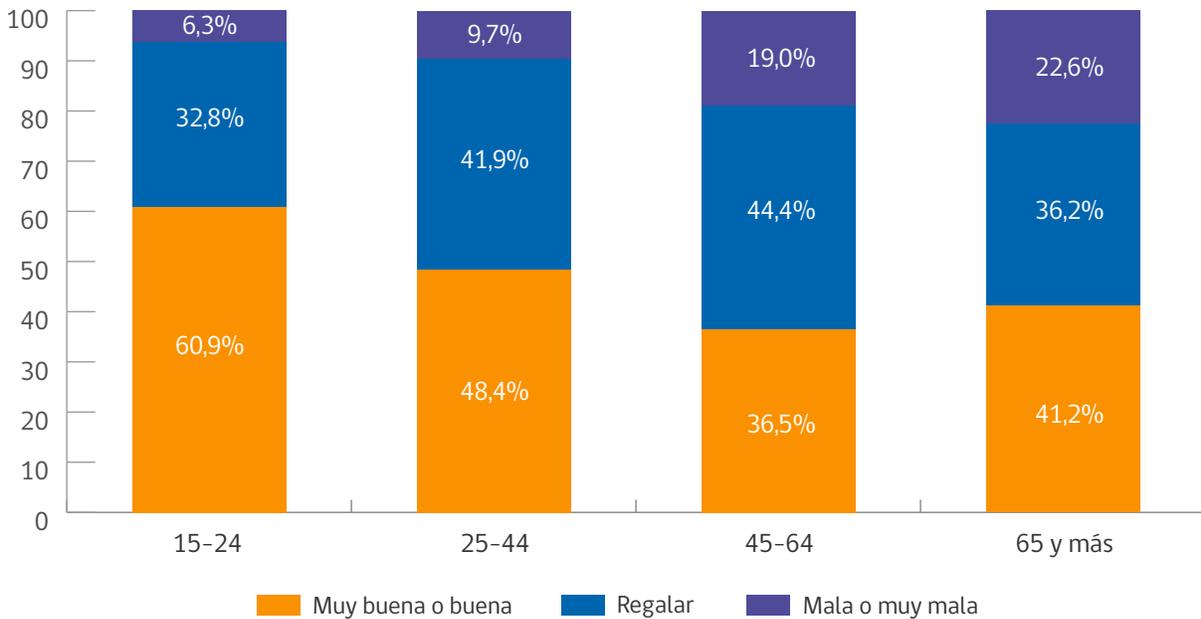
En la segunda presentación de resultados de la ENS 2016-2017, se observó que, entre todos los grupos etarios, las Personas Mayores tienen la proporción más elevada de percepción de su salud bucal como mala o muy mala (Figura 25). Sin embargo, un 41,2% reportó percibir su salud bucal como muy buena o buena, lo que supera en esa categoría al grupo que los precede (54). Por otro lado, en la misma encuesta, un 61,3% de las Personas Mayores reportó que su última visita al odontólogo(a) fue hace más de un año atrás; a lo que se suma a un 3,1% que no lo ha visitado nunca (66).

A diferencia de la ENS 2009-2010, en la encuesta realizada los años 2016 y 2017 se realizaron exámenes clínicos de salud bucal. A través de esta valoración se pudo conocer que un 57,2% de las Personas Mayores tienen caries cavitadas en su boca. Esta cifra es similar a los otros grupos etarios, ya que, entre los adultos de 45 a 64 años, un 59,6% presentaba caries y entre aquellos de 25 a 44, un 57,1% (66).

Si bien las caries son un problema importante y similar entre todas las edades, la presencia de dentición no funcional, es decir, tener menos de 20 dientes en boca, es mucho mayor en las Personas Mayores, alcanzando el 77,5% del grupo. Lo anterior tiene relación con que un 65,8% de estas personas usa una prótesis dental removible.

Según la Encuesta de Calidad de Vida y Salud del año 2015, un 23,7% de las Personas Mayores considera que el estado de sus dientes y encías afecta su calidad de vida siempre o casi siempre. Además, un 18,8% considera que esto les afecta algunas veces (133).

Figura 25. Percepción de salud bucal según edad. ENS 2016-2017 (ambos sexos)



Fuente: Elaboración propia en base a (66).

Otras condiciones

* Patologías músculo-esqueléticas

Las patologías músculo-esqueléticas son problemas frecuentes de Personas Mayores. Con la edad, el tejido músculo-esquelético muestra aumento de fragilidad ósea, pérdida de resistencia de cartílago, reducción de elasticidad ligamentaria, pérdida de fuerza muscular y redistribución grasa, reduciendo la capacidad de los tejidos de cumplir sus funciones normales, aumentando las tasas de mortalidad (134).

La Encuesta Nacional de Salud ha medido la prevalencia de síntomas músculo-esqueléticos de origen no traumático determinando la intensidad en una escala de 1 a 10 durante la última semana (donde el valor 1 es el menor dolor y el 10 el mayor). Se ha considerado dolor intenso valores mayores o iguales a 4. En la ENS 2009-2010, un 40,6% de las Personas Mayores afirmaba tener dolor en la última semana, en comparación a la prevalencia nacional de 34,2% (84). Posteriormente, en la ENS 2016-2017, la prevalencia nacional disminuyó a 28,6%, siendo de 36,8% para las personas de 65 años y más. Además, un 34,2% presentaba dolor intenso. Las prevalencias son similares a las del grupo etario que los antecede directamente (60-64 años) (84).

A continuación, se describen algunas de las patologías más frecuentemente encontradas en Personas Mayores.

Sarcopenia

La sarcopenia corresponde a un síndrome geriátrico que se caracteriza por pérdida de masa y fuerza muscular esquelética progresiva y generalizada, que condiciona a la discapacidad, empeoramiento de calidad de vida, entre otros (81). Es una condición de muchas causas y desenlaces variables, pudiendo presentarse también en personas jóvenes, al igual que la demencia y osteoporosis (135). La edad promedio de presentación de este síndrome se estima en 70,5 años para hombres y 71,6 años para mujeres. La prevalencia varía según la definición utilizada, pero en el caso de la utilizada por European Working Group and Sarcopenia in Older People (EWGSOP) varía de un 1 a 29% de Personas Mayores a nivel poblacional (136).

Este síndrome se asocia con disminución de la calidad de vida, produciendo consecuencias graves para la salud, como son fragilidad, discapacidad, morbilidad y mortalidad (137). Al igual que otros síndromes, las estrategias preventivas y de manejo del síndrome son muy importantes, donde una identificación temprana de este y tratamiento adecuado disminuyen discapacidad y riesgo de hospitalización, entre otros (138).

Osteoporosis

La osteoporosis es una patología frecuente, a menudo silente, e implica un riesgo aumentado de fracturas con un mínimo trauma. A nivel global se estima que aproximadamente la mitad de las mujeres mayores de 50 años y 1 de cada 5 hombres sufrirán una fractura osteoporótica a lo largo de su vida (139). Esta patología se define como un deterioro de la masa ósea y su microarquitectura, incrementando su fragilidad y predisponiendo a fracturas óseas (81). Los criterios diagnósticos reconocen la importancia de la baja densidad mineral ósea en la patogenia de fracturas por fragilidad, como son las fracturas de cadera y de columna (140).

Osteoartritis (artrosis)

Este síndrome es una de las principales causas de discapacidad, que se vuelve más frecuente dado el envejecimiento de la población y aumento de prevalencia de obesidad en esta. Se estima que

a nivel mundial aproximadamente 250 millones de personas padecen de esta (141). El lugar más comunmente afectado es la rodilla, seguido de la mano y cadera (142).

Para la artrosis, la prevalencia según auto reporte es de un 5,7%. Según registros del Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS) del año 2012, del total de la población en control en el programa de artrosis de rodilla y cadera, el 68,1% eran Personas Mayores, siendo las mujeres mayores quienes presentan esta patología con mayor frecuencia (mujeres: 73,2%; hombres: 26,8%). Por otro lado, en la ENS de 2016-2017, se considera el auto reporte de otros problemas musculoesqueléticos como la artrosis de rodilla y de cadera. Respecto a la artrosis de cadera, un 20,4% de la población mayor reportó padecer esta enfermedad. Para la artrosis de cadera la prevalencia auto reportada es de 3,5%. En la Encuesta Calidad de Vida en la Vejez UC-Caja Los Andes del año 2016, un 31,7% de las personas encuestadas reporta diagnóstico de Artritis que incluye osteoartritis y reumatismo (80).

Fractura de cadera

Las fracturas son frecuentes en las Personas Mayores, y son resultado principalmente de caídas y osteoporosis, siendo las caídas de bajo impacto, incluso a nivel, la causa más frecuente de daño en Personas Mayores (134). Epidemiológicamente aumentan exponencialmente en función de la edad y son causas principales de morbilidad y mortalidad (140). La comorbilidad de estos pacientes suele ser alta, debiendo investigarse la causa de base que ha producido la fractura si ha sido provocada por una caída. Así también, la fractura de cadera es una complicación frecuente y grave de la osteoporosis. En Chile, la edad promedio de incidencia de esta patología es 75 años, describiéndose una relación entre mujeres y varones como 3:1 (143). De acuerdo con lo anterior, resulta esencial la prevención de osteoporosis y disminución del riesgo de caídas con medidas preventivas.

Trastornos sensoriales

En la Encuesta Nacional de Salud (ENS), se indaga sobre los trastornos sensoriales de visión y audición. La Tabla 27 presenta la prevalencia de las problemáticas estudiadas para el grupo de Personas Mayores, particularmente en las dos últimas ENS. Es relevante destacar que ha aumentado la tenencia de lentes, y que ha disminuido el reporte de problemas de audición.

Tabla 27. Prevalencia de trastornos sensoriales en Personas Mayores. ENS 2009-2010 y 2016-2017

	2009-2010	2016-2017
Tenencia de lentes	79,8%	82,1%
Auto reporte de cataratas	23,9%	27,5%
Auto reporte de glaucomas	7,7%	7,4%
Presenta al menos 1 de los problemas de audición	52,4%	45,1%

Fuente: Elaboración propia en base a (144, 145).

De acuerdo con los resultados del II Estudio Nacional de la Discapacidad del año 2015, un 77,2% y un 78,5% de la población mayor, con y sin discapacidad respectivamente, utilizan ayudas técnicas y servicios de apoyo para la vista (146).

Para el caso de la movilidad un 36,6% y un 7,2% de las Personas Mayores, con y sin situación discapacidad respectivamente, utilizan ayudas técnicas y servicios de apoyo para movilidad y cuidado personal según situación de discapacidad.

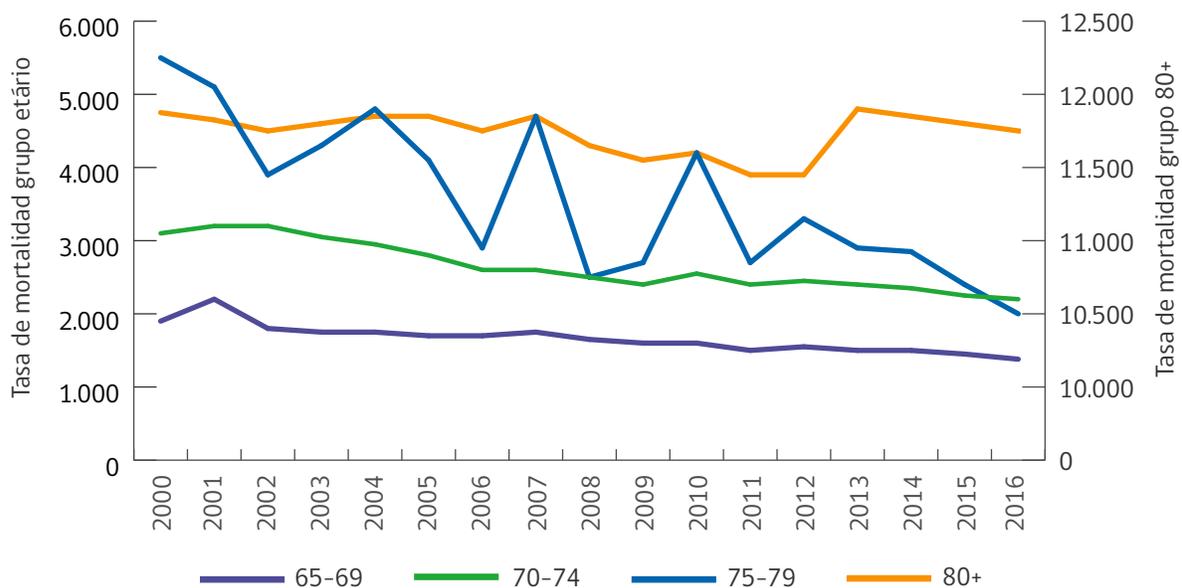
En trastornos de audición y comunicación, un 15,2% de las Personas Mayores, en situación de discapacidad, usan ayudas técnicas y servicios de apoyo, para el caso de las personas sin situación de discapacidad un 3,8% (146).

7.4. Mortalidad

Basado en la información disponible en el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud, se observa que en el año 2016, la tasa de mortalidad en la población general fue de 571,8 por 100.000 habitantes, siendo esta tasa de 602,8 para los hombres y de 535,9 para las mujeres (147).

En lo que respecta a la población de Personas Mayores, la tasa de mortalidad para el año 2016 fue de 2.935,3 por 100.000 habitantes, diferenciándose en hombres con 3.231,7 por 100.000 habitantes y en mujeres con 2.694,3 por 100.000 habitantes. Al mismo tiempo, la tasa de mortalidad en mayores de 80 años sube a 10.484,9 por 100.000 habitantes (147). Como se observa en la Figura 26, las tasas de mortalidad por edad para las Personas Mayores presentan leves reducciones entre los años 2000 y 2016, especialmente en el grupo de 80 y más años.

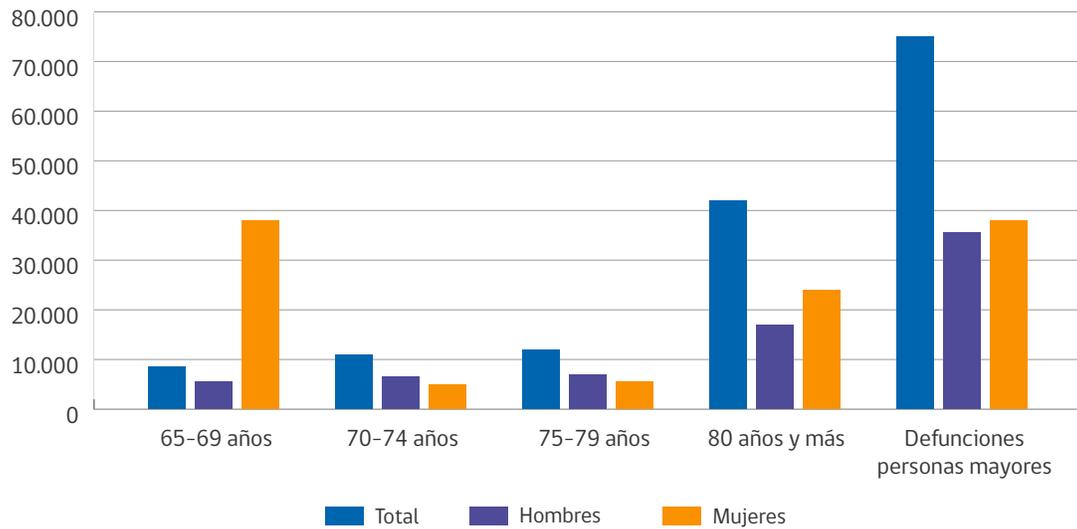
Figura 26. Mortalidad general en Chile en Personas Mayores, por grupo de edad (2000-2016)



Fuente: Elaboración propia en base a (147).

Respecto del total de defunciones, el grupo de personas de 65 años y más, registró 74.613 muertes durante el año 2016. La Figura 27 muestra la distribución del total de defunciones en Personas Mayores por sexo y grupo de edad. En primer lugar, se observa que casi un 56,3% del total de defunciones corresponde a personas de 80 años y más, confirmando la tendencia que las personas en el país están viviendo hasta edades más avanzadas. Por otra parte, se ve que, para cada grupo de edad, el porcentaje del total de muertes que corresponde a hombres es mayor que el porcentaje de muertes en mujeres, excepto en el grupo de 80 y más años, lo que muestra que en el país las mujeres viven, en promedio, hasta edades más avanzadas. Considerando ambos factores, la distribución de defunciones en la población de Personas Mayores es prácticamente igualitaria (50-50) entre mujeres y hombres.

Figura 27. Distribución de las defunciones en personas mayores, por grupo de edad y sexo. Chile (año 2016)



Fuente: Elaboración propia en base a (147).

Al analizar la distribución regional de las tasas de mortalidad, se observa que en el grupo de 65 a 79 años, estas son mayores en las regiones de Magallanes y Antofagasta, mientras que para el grupo de 80 años y más, nuevamente la tasa de mortalidad es mayor en la región de Magallanes, junto con las regiones de Los Ríos y Maule.

Tabla 28. Tasas de mortalidad (defunciones por cada 100.000 habitantes) específicas por edad para Personas Mayores en Chile, según sexo, grupo de edad y región (año 2016)

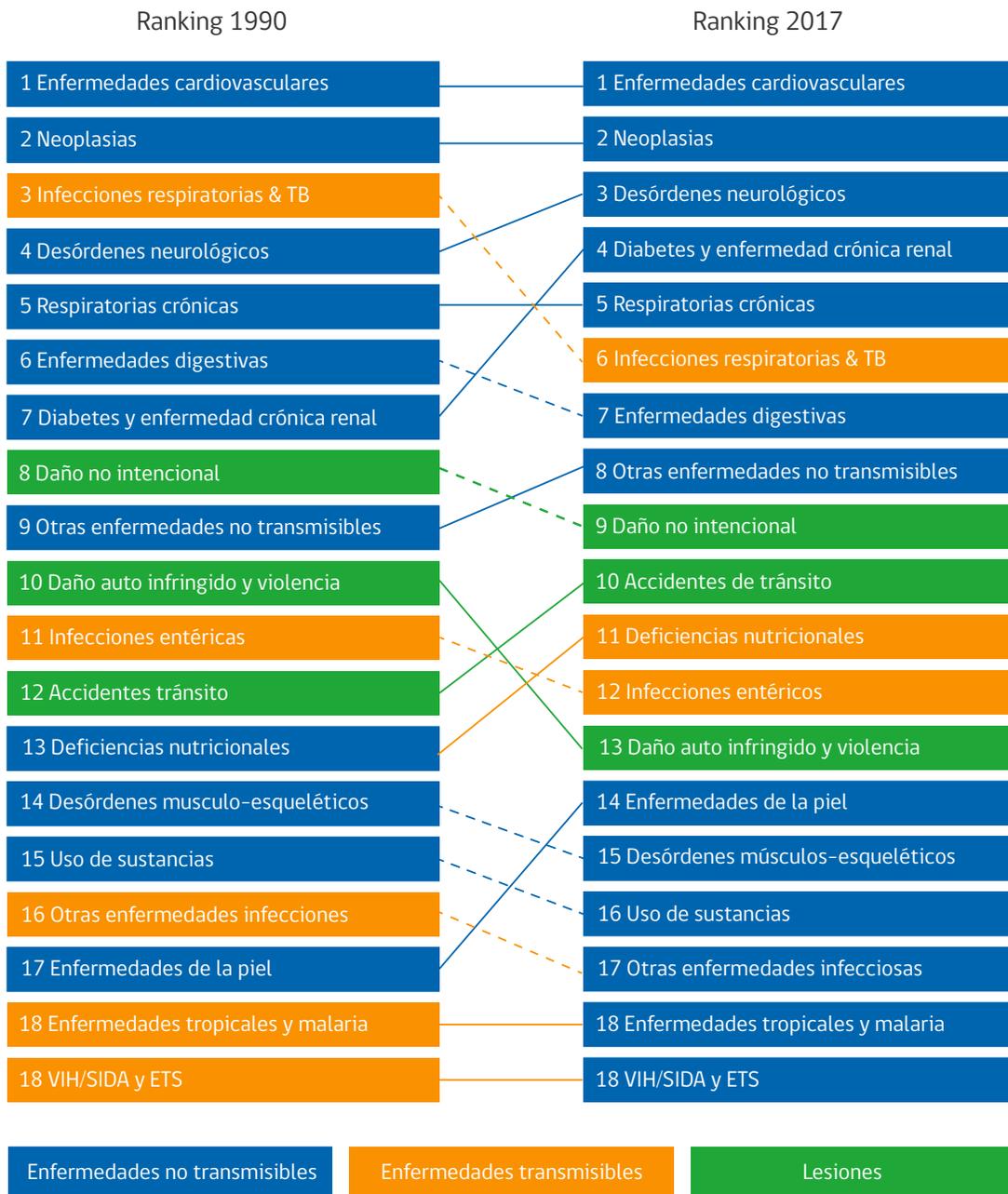
	65-79 años			80 y más años		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total país	2,133,7	2,677,1	1,680,9	10484.90	12368.50	9464.80
Arica y Parinacota	2,192,0	2,621,0	1,805,4	9170.40	10010.90	8633.30
Tarapacá	2,176,6	2,470,7	1,896,9	10692.90	11561.70	10192.00
Antofagasta	2,463,1	2,744,1	2,205,2	10935.50	12512.40	10055.60
Atacama	2,215,9	2,744,7	1,685,7	9700.70	11437.30	8534.40
Coquimbo	1,874,4	2,306,8	1,500,5	9447.10	11322.10	8316.00
Valparaíso	2,184,3	2,813,0	1,685,8	10777.50	12816.60	9706.80
Metropolitana	2,004,1	2,573,9	1,556,2	10409.10	12523.10	9417.60
O'Higgins	2,126,5	2,548,3	1,741,7	10746.80	12265.40	9728.50
Maule	2,349,7	2,840,3	1,901,6	11241.90	13237.40	9960.20
Biobío	2,197,0	2,701,7	1,766,7	10177.10	11536.00	9353.50
La Araucanía	2,328,5	2,918,6	1,823,4	10737.40	12501.40	9725.10
Los Ríos	2,268,1	3,039,2	1,607,8	11521.90	14202.70	9890.50
Los Lagos	2,253,5	2,772,5	1,803,0	10434.70	12647.80	9140.30
Aysén	2,074,7	2,766,4	1,369,1	8055.90	9333.30	7039.50
Magallanes	2,722,1	3,454,5	2,051,9	11677.70	12769.80	11126.20

Fuente: Elaboración propia en base a (148).

En términos de la evolución de las causas de muerte a lo largo de los años, los datos del estudio mundial de carga de enfermedad muestran un claro aumento de enfermedades no transmisibles como principal causa de muerte en el país, evidenciando el cambio epidemiológico que ha acompañado a la transición demográfica (98).

Entre los cambios más interesantes mostrados en la Figura 28, destacan el importante aumento de los desórdenes neurológicos (principalmente la enfermedad de Alzheimer) como una causa cada vez más frecuente de mortalidad en la población mayor, así como un aumento de diabetes y enfermedades del riñón como causantes de muerte.

Figura 28. Ranking de causa de muerte (muertes por 100.000) en Personas Mayores de 70 años y más (ambos sexos) en Chile en 1990 y 2017

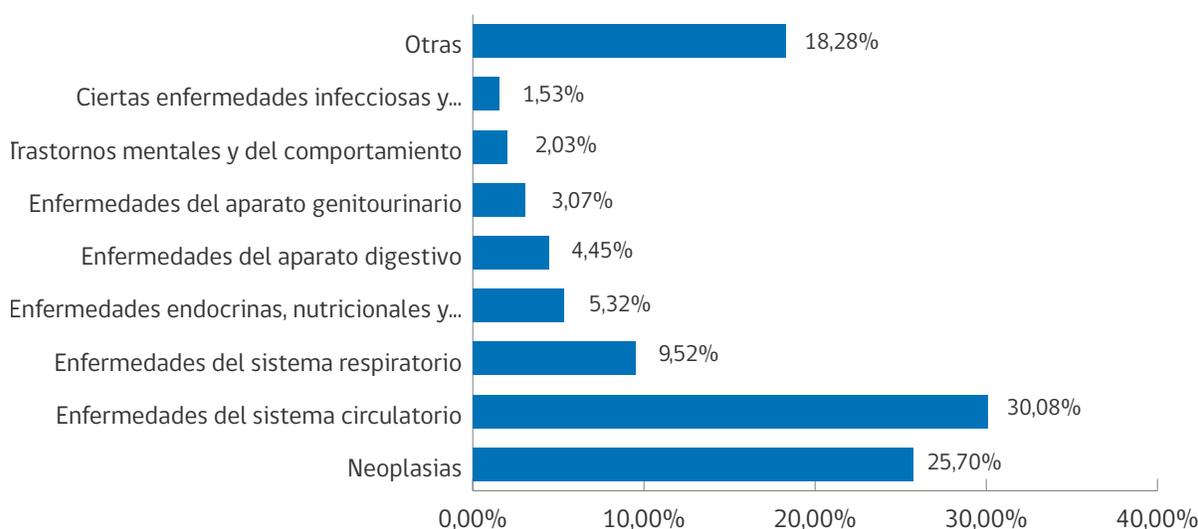


Fuente: Elaboración propia en base a (98).

Los datos sobre defunciones en Chile que posee el Ministerio de Salud muestran que en la actualidad, las principales causas de muerte en el grupo de Personas Mayores corresponden a enfermedades del sistema circulatorio y neoplasias. Ambos grupos de enfermedades combinados contienen casi el 56% del total de las defunciones en este grupo (147).

La Figura 29 muestra la distribución de las 74.613 muertes registradas en este grupo etario en el año 2016. Dentro de las enfermedades del sistema circulatorio, las principales causas de muerte corresponden a enfermedades cerebrovasculares, enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades hipertensivas; en términos de mortalidad, las principales neoplasias en el país son tumores de tráquea, bronquios y pulmón, estómago, y próstata. Otras importantes causas de muerte son diabetes mellitus, y enfermedades respiratorias, como neumonía y bronquitis.

Figura 29. Principales grupos de causa de muerte en Personas Mayores en Chile (2016)



Fuente: Elaboración propia en base a (147).

8. PERSONAS MAYORES EN CHILE: CONCLUSIONES SOBRE LAS CONDICIONES DE VIDA Y SU SITUACIÓN DE SALUD

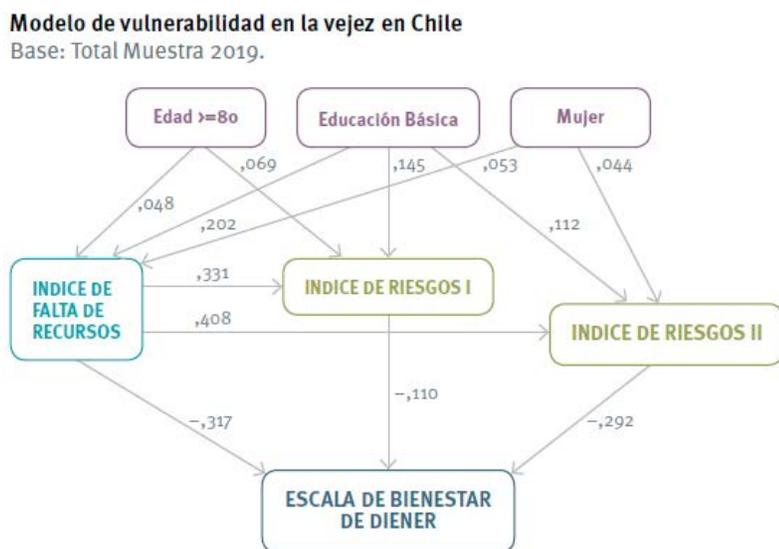
En esta primera parte se revisó la condición de las Personas Mayores en una serie de ámbitos, los cuales incluyen aspectos sociales, económicos y epidemiológicos. También se revisaron aspectos demográficos asociados con el envejecimiento de la población, específicamente algunos indicadores como mortalidad, esperanza de vida, edad media de la población, entre otras. De acuerdo con indicadores demográficos, es claro que el país envejece de forma acelerada, pero este envejecimiento no es suficiente para que el envejecimiento poblacional se asuma como problema. Las condiciones que vuelven problemática la vejez son de tipo epidemiológico, social, económico y cultural. De acuerdo con la revisión realizada hasta aquí se pudo observar que el país se encuentra transitando, desde ya algunas décadas, hacia un cambio epidemiológico con mayor relevancia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ENT). La información presentada sobre la prevalencia de enfermedades, muestra que existe una tasa importante de Personas Mayores con ENT de tipo coronaria, respiratoria, metabólica, así como enfermedades de riesgo de enfermedades crónicas en relación a la población general.

De acuerdo con las cifras revisadas, es importante destacar que un importante número de Personas Mayores son funcionalmente independientes, sin embargo, presentan ya algún tipo de morbilidad y se encuentran en riesgo de sumar enfermedades CNT. Cabe señalar que un porcentaje importante de las Personas Mayores presentan independencia funcional, aunque también se observa una prevalencia importante de factores de riesgo y morbilidad que amenazan la capacidad funcional de las Personas Mayores. Entre las enfermedades de mayor prevalencia se cuentan las de tipo coronaria, respiratorias, metabólicas y neoplasias.

Sumado a lo anterior, a nivel social, se suman otras condicionantes que complejizan el abordaje del envejecimiento en Chile, destaca la prevalencia de pobreza multidimensional, la prevalencia de maltrato, a nivel económico el importante gasto de bolsillo en salud, especialmente en lo referido a consumo de medicamentos. Estas condiciones quitan calidad de vida a los años de longevidad obtenidas por la sociedad, y deben abordarse en forma integral.

La Quinta Encuesta Calidad de Vida en la Vejez 2019 (148), plantea un modelo para comprender los determinantes del bienestar subjetivo de las Personas Mayores en Chile, basado en el modelo de bienestar de Diener (149). La siguiente figura presenta el modelo, en el cual se observan los determinantes del bienestar con sus respectivos coeficientes de relación. A nivel general se encontraron tres determinantes, el primero de tipo demográfico, que es tener 80 años y más, el segundo de tipo social, que es tener baja educación y un tercero que es ser mujer. Con ser mujer se asocia una mayor prevalencia de enfermedades mentales, la baja educación es un indicador asociado con el nivel socioeconómico, y la mayor edad de las personas tiende a relacionarse con mayor morbilidad y dependencia. A la inversa, el modelo indica que a menor edad, a mayor educación, y tener sexo masculino, las personas cuentan con mayores recursos, que les permiten disminuir dos tipos de riesgos: el primero de mala autopercepción de salud, pérdida de autonomía y experimentar maltrato; el segundo riesgo es de aislamiento, síntomas depresivos, soledad, ansiedad y sentimiento de discriminación por ser persona mayor.

Figura 30. Modelo de bienestar de Personas Mayores V Encuesta de Calidad de Vida



Nota: los números representan coeficientes beta estandarizados de las regresiones expuestas en el Anexo Regresiones de Vulnerabilidad. Se omitieron los coeficientes no estadísticamente significativos al nivel de confianza del 95%.

Fuente: (148)

Este modelo se encuentra en consonancia con lo que se plantea en este documento, en el grupo de Personas Mayores, la edad es condición necesaria, pero no suficiente para tener mala calidad de vida o bajo nivel de bienestar.

Considerando toda la información antes mencionada, el propósito de este Plan Nacional es el de articular recursos—incluyendo actores e iniciativas—para abordar de forma integral e integrada las condiciones que quitan calidad de vida a la adultez mayor. Para enfrentar este desafío, actualmente se cuenta con modelos conceptuales y técnicos validados a nivel internacional, los cuales han permitido ir diseñando una amplia oferta de programas a nivel nacional. Todos estos recursos, es decir, recursos conceptuales, metodológicos y de oferta de programas e iniciativas, permite proponerse un Plan de Salud Integral de Personas Mayores que vaya más allá del aumento de la longevidad mediante aumento de cobertura o el diseño de programas parcelados, ir más allá significa en este caso proponer sumar calidad de vida a la longevidad, así como articular de forma orgánica la oferta existente. Con esto no se quiere decir que no se deba aumentar cobertura en programas e iniciativas particulares, ni tampoco dejar de diseñar nuevos programas. El desafío es dar un sentido de largo plazo a la oferta nueva y existente, el sentido está dado por mejorar la calidad de vida de la última etapa de vida de las personas en el país.

PARTE III:

**MARCO LEGAL Y ÉTICO
PARA LA ATENCIÓN
DE PERSONAS MAYORES**



9. MARCO LEGAL PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS MAYORES

La preocupación e interés de la comunidad internacional y del Estado de Chile, a lo largo de los años ha ido construyendo un marco jurídico con el fin de visibilizar y proteger a la población mayor, como un aspecto específico de regulación dentro del sistema de derechos humanos.

Las Personas Mayores se presentan como un grupo de la población cuyos derechos humanos están altamente expuestos a vulneración o violación, por lo que existe la exigencia de dotar al Estado de Chile de normas que permitan una efectiva protección y salvaguarda de esta población.

9.1. Marco jurídico internacional

El marco jurídico internacional ha generado propósitos específicos protectores de las Personas Mayores tanto a nivel global como regional. Aquellos estatutos referidos a poblaciones específicas, tales como, mujeres o pueblos indígenas u originarios, también se aplican a las Personas Mayores de dichas categorías.

Para efectos de nuestra adscripción, el marco jurídico internacional se divide en el “Sistema Universal” y en el “Sistema Regional o Interamericano”. El sistema Universal es aquel que emana de las Naciones Unidas a través de sus tratados y declaraciones, de los compromisos adoptados por el Estado de Chile en dicha esferas. El Sistema Regional o Interamericano dice relación con aquellos tratados o pactos y compromisos internacionales que asume Chile dentro del sistema de la Organización de Estados Americanos (OEA). En este punto destacan, además de los pactos interamericanos, los documentos emanados desde la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y los fallos de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, los cuales fijan el sentido y alcance de las normas de derechos humanos y pueden considerarse como un precedente o un marco de referencia interpretativo para los demás Estados miembros. También hay que tener en vista los Acuerdos de Solución Amistosa que firma el Estado de Chile, los cuales son obligatorios.

Cabe destacar finalmente la existencia del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo aprobado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) de las Naciones Unidas, como parte del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo⁷. Estos compromisos se encuentran vigentes y el país los ha adherido plenamente, lo que implica una obligación adquirida por el Estado de Chile.

Compromisos internacionales de Chile en materia de envejecimiento

La OMS comenzó a preocuparse de los diversos problemas de la vejez en la década de los 50. “Las actividades emprendidas por la OMS corresponden a varios campos de la sanidad relacionados directamente con la vejez, tales como la organización de servicios de asistencia médica, la enseñanza y formación profesional en asistencia geriátrica, y la protección sanitaria, la salud mental, la nutrición, la vivienda y la rehabilitación de las personas de edad avanzada” (150).

Desde la fecha, diversos compromisos internacionales con foco en las Personas Mayores y sus derechos han sido propuestos por variados organismos internacionales. A continuación, en la Tabla 29, se presenten los principales hitos en materias de envejecimiento y Personas Mayores.

⁷-Los instrumentos fueron desarrollados en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles 2015-2030. Se originan en la Asamblea General de Naciones Unidas, en su vigésimo primer período extraordinario de sesiones, en 1999 y fueron renovados en 2014.

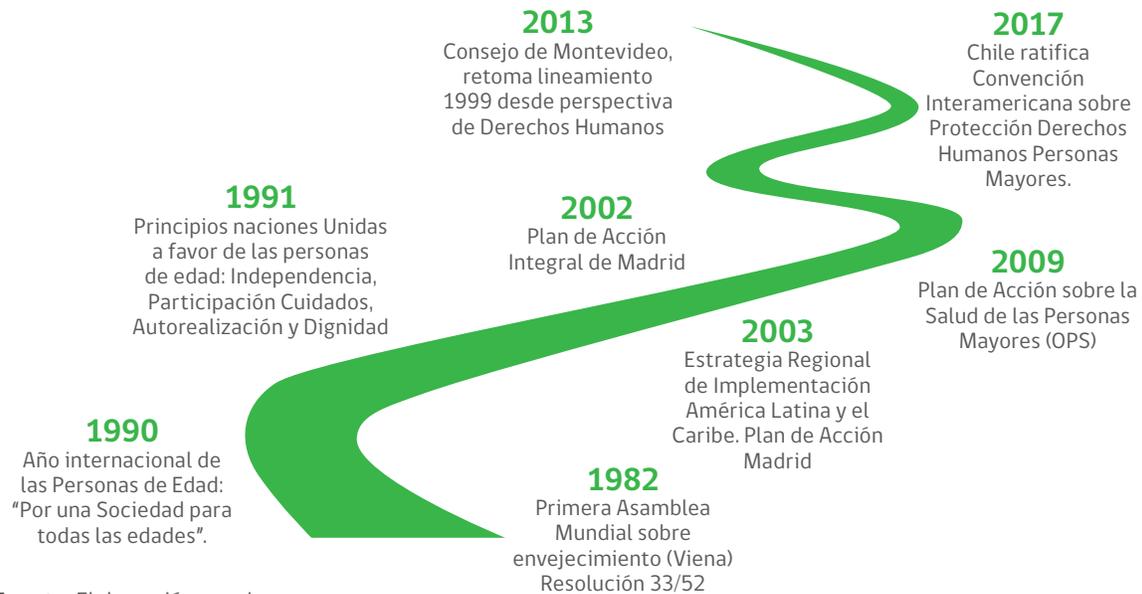
Tabla 29. Hitos y compromisos internacionales en materia de envejecimiento

FECHA	HITO	PRINCIPALES ACUERDOS Y RECOMENDACIONES
1982	Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, convocada por Naciones Unidas en la ciudad de Viena	Se adopta el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento.
1990	Se decreta el Año Internacional de las Personas de Edad, iniciativa convocada por Comisión Económica para América Latina (CEPAL)	Promover el entendimiento y la promulgación de los principios, bajo el lema central: "Por una Sociedad para Todas las Edades"
1991	Promulgación de los principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad (Resolución 46/91)	Se alienta a los gobiernos a que introduzcan lo antes posible los siguientes principios en sus programas nacionales: Independencia, Participación, Cuidados, Autorrealización y Dignidad.
1992	Décimo aniversario de la adopción del Plan de Acción Internacional de Viena. Convocado por Organización de Naciones Unidas	Objetivos globales sobre el envejecimiento para el año 2001.
2002	Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento (Madrid)	Se adopta el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento
2003	Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento	Propuesta para cumplimiento del Plan de acción en la región
2007	Declaración de Brasilia	Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe
2009	Plan de Acción sobre la salud de las Personas Mayores, incluido el envejecimiento activo y saludable. Convocado por Organización Panamericana de Salud	Se insta a los Estados Miembros de la OPS y a los organismos de cooperación internacional a que se centren en mejorar las políticas públicas que afectan la salud de las Personas Mayores.
2013	Consenso de Montevideo	Manifestación a nivel latinoamericano del Programa de Acción aprobado en la Quinta Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo de Naciones Unidas celebrada en El Cairo en 1994

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, en la Figura 31, se muestra un resumen de los compromisos internacionales asumidos por Chile en materia de Personas Mayores.

Figura 31. Resumen de los compromisos internacionales en materia de Personas Mayores



Fuente: Elaboración propia.

Pactos internacionales de derechos humanos ratificados por Chile

El artículo 5 inciso final de la Constitución Política de la República de nuestro país, establece que "El ejercicio de la soberanía reconoce como limitación el respeto a los derechos esenciales que emanan de la naturaleza humana. Es deber de los órganos del Estado respetar y promover tales derechos, garantizados por esta Constitución, así como por los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes". De esta manera, para cumplir con el marco jurídico, es relevante considerar los instrumentos internacionales de los órganos a los que nuestro país se ha adscrito. La comunidad internacional, tanto en el Sistema Universal de Derechos Humanos como en el Sistema Regional o Americano de Derechos Humanos ha adoptado diversos instrumentos, que han sido ratificados por Chile. Destacan entre ellos, principalmente (151):

1. La Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes promulgada mediante Decreto Supremo N°808 de 1988 del Ministerio de Relaciones Exteriores.
2. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos promulgado mediante Decreto Supremo N°778 de 1989 del Ministerio de Relaciones Exteriores.
3. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales promulgado mediante Decreto Supremo N°326 de 1989 del Ministerio de Relaciones Exteriores.
4. Convención Americana Sobre Derechos Humanos, "Pacto De San José De Costa Rica" promulgada mediante Decreto Supremo N°. 873 de 1990 del Ministerio de Relaciones Exteriores.
5. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, promulgada mediante Decreto Supremo N° 162 de 1 de septiembre de 2017, del Ministerio de Relaciones Exteriores, cuyo objetivo es promover, proteger y asegurar el reconocimiento y pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad.

La Convención Interamericana de Derechos Humanos de las Personas Mayores asegura y garantiza 26 derechos específicos protegidos de las Personas Mayores⁸. Se puede concluir que hay una larga historia de estudio, trabajo con expertos y acuerdos, que apuntan a una preocupación internacional por velar por el bienestar de las Personas Mayores a nivel mundial, en las diferentes realidades de los países. Todo esto a raíz del envejecimiento poblacional mundial.

En la Figura 32 se resumen los pactos internacionales de derechos humanos ratificados por Chile desde el año 1988 hasta el año 2017.

Figura 32. Resumen pactos internacionales de derechos humanos ratificados por Chile



Fuente: Elaboración propia.

9.2. Marco jurídico nacional

En el marco de antecedentes jurídicos expuestos anteriormente comienzan a producirse cambios en las políticas destinadas a las Personas Mayores en Chile, desde prácticas asistenciales a un reconocimiento de derechos. Nuestro país, progresivamente ha velado por otorgar más garantías sociales, económicas, de salud, culturales, de transporte, entre otros, a las Personas Mayores.

Las tablas 30 y 31 presentan algunos de estos documentos legales.

Tabla 30. Principales leyes que impactan a las Personas Mayores

LEY	DESCRIPCIÓN
Sistema de Pensiones de Vejez, de Invalidez y Sobrevivencia del DL 3500 de 1980 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social	Establece el derecho a los afiliados al sistema el tener una pensión de vejez una vez cumplidos los 65 años, para los hombres, y los 60 años para las mujeres.
Artículo N°12 de la ley N°19.829 que creó el SENAMA, que crea Comités regionales para el Adulto mayor. Estos están regulados en el DS N° 95 de 2005, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que aprueba reglamento de los Comités Regionales para el adulto mayor.	Constituyen órganos asesores del Intendente en la promoción y aplicación a nivel regional de los planes y programas que beneficien a las Personas Mayores. Actualmente se insertan dentro del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA).

8-Estos derechos incluyen derechos de tipo civil y político (como nacionalidad y libertad de circulación, igualdad y no discriminación por razón de edad, independencia y autonomía, reunión y asociación, entre otros), así como derechos económicos, sociales y culturales (derecho a la seguridad social, a la salud, vivienda, recreación esparcimiento y deportes, la educación, entre otros).

Ley N° 19.828 que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor (2002)	Crea y establece la organización del Servicio y funciones de esta figura institucional.
Ley N° 20.066 que establece ley de violencia intrafamiliar (2005)	Prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar, así como otorgar protección a las víctimas de la misma, poniendo especial énfasis en la protección de las mujeres, las Personas Mayores y los niños.
Ley N° 19.966 que establece un Régimen de Garantías en Salud (2005)	Establece un conjunto de garantías en los ámbitos de acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud. Dentro de este conjunto, se incorporan una serie de prestaciones específicas para las Personas Mayores.
Ley N° 20.427, de violencia intrafamiliar, y otros cuerpos legales (2010)	Modificó la Ley N° 20.066, de violencia intrafamiliar, y otros cuerpos legales para incluir expresamente el maltrato del adulto mayor en la Legislación Nacional.
Ley N° 20.609 que establece medidas contra la discriminación (2012)	Establece un mecanismo judicial que permite restablecer eficazmente el imperio del derecho toda vez que se cometa un acto de discriminación arbitraria y establece el criterio de edad, como una categoría sospechosa de discriminación.
Ley N° 20.584 que regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud (2012)	Regula los derechos de las personas a una atención de salud consagrando entre los derechos en la atención en salud el de autonomía en salud y el derecho a la información.
Ley N° 21.013, Tipifica un nuevo delito de maltrato y aumenta la protección de personas en situación especial (2017)	Modifica diversos cuerpos legales, entre ellos el Código Penal, con la finalidad de sancionar penalmente el maltrato corporal relevante de personas menores de 18 años, adultos mayores, y personas con discapacidad. También introduce un tipo penal adicional, referido al sometimiento a trato degradante de las personas antes expresadas.
Decreto Supremo N°14 de 2010 del Ministerio de Salud, que aprueba reglamento de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM)	Regula el funcionamiento de los establecimientos de larga estadía para Personas Mayores, desde el punto de vista sanitario, fijando sus requisitos para su autorización, operación y fijando mecanismos de control y sanción por parte de la Autoridad Sanitaria.
Ley N° 21.168 que modifica la ley N° 20.584 a fin de crear el derecho a atención preferente en salud para Personas Mayores y con discapacidad	La iniciativa de atención preferente y oportuna consistirá, al momento del ingreso de la persona mayor, en facilitar el acceso para atención en consultas de salud, atención de especialistas, prescripción y dispensación de medicamentos y toma de exámenes.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 31. Normas relacionadas con las Personas Mayores en Chile

TIPO	LEY
Comunitarias y de participación social	Decreto Supremo N° 94 de 2003 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que aprueba Reglamento del Registro de Asociaciones de Adultos Mayores Decreto Supremo Exento N° 3787 de 2004 del Ministerio de Justicia, que aprueba el texto del acta y estatuto tipo al cual podrán ceñirse las corporaciones del adulto mayor.
Protección Social	Ley N° 20.255 que Establece Reforma Previsional, la cual crea un sistema de pensiones solidarias de vejez e invalidez, complementario del sistema de pensiones a que se refiere el decreto ley N° 3.500, de 1980, del Ministerio del Trabajo. Ley N° 20.506, que otorga un bono a los cónyuges que cumplan cincuenta años de matrimonio. Ley N° 20.531 que exime, total o parcialmente, de la obligación de cotizar para salud a los pensionados que indica.
Vivienda	Ley N° 20.732, que rebaja el impuesto territorial correspondiente a propiedades de adultos mayores vulnerables económicamente. Decreto Supremo N° 106 de 2004 del Ministerio de Vivienda y Urbanismo, que dispone beneficios que indica para adultos mayores deudores de los SERVIU Decreto Supremo N° 49 de 2011 del Ministerio de Planificación, Reglamento que regula el Programa de Viviendas Protegidas para Adultos Mayor.
Institucionalidad y organización gubernamental en torno a las Personas Mayores	Decreto Supremo N° 92 de 2003 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que aprueba Reglamento del Comité Consultivo del Adulto Mayor. Decreto Supremo N° 93 de 2003 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que aprueba Reglamento del Registro de Prestadores de Servicios Remunerados o no a Adultos Mayores. Decreto Supremo N° 115 de 2003 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que aprueba Reglamento del Fondo Nacional del Adulto Mayor Decreto Supremo N° 125 de 2004 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, instituye día del adulto mayor.

Fuente: Elaboración propia en base a (152).

10. ASPECTOS ÉTICOS EN EL TRABAJO CON PERSONAS MAYORES

La consideración de los aspectos éticos involucrados en el trabajo con las Personas Mayores debe hacerse a la luz de lo enunciado en el proemio de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada por la Naciones Unidas en 1948: “Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana” y a la luz de todo lo contenido en esa Declaración. Por su parte, los cuatro principios básicos de la Bioética: beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia, ayudan a visibilizar las dimensiones éticas en la toma de decisiones, y se encuentran subordinados al contenido objetivo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

El Modelo de Atención a las Personas Mayores incorpora el Enfoque de Derechos Humanos y considera a las Personas Mayores como sujetos de derechos, más que de beneficencia. Se incorpora el Modelo de Atención Centrada en la Persona y los cuidados integrados personalizados (153).

La Ratificación de la Convención Interamericana de Protección de los derechos de las Personas Mayores (Decreto 162, Octubre 2017) hace alusión a que la República de Chile declara que el enfoque biográfico o de curso de vida será entendido como el continuo de la vida de la persona, desde el inicio de su existencia hasta la última etapa de su vida, que, condicionada por diversos factores, como el familiar, social, económico, ambiental y/o cultural, configuran su situación vital, siendo el Estado el encargado de desarrollar este enfoque en sus políticas públicas, planes y programas, con especial énfasis en la vejez.

El enfoque de curso de vida nos contextualiza respecto a las decisiones de una persona en relación con su historia de vida, obligándonos a conocer su biografía para mejor comprender y respetar sus elecciones personales.

10.1. Conflictos éticos más frecuentes en el trabajo con Personas Mayores

Los conflictos éticos más frecuentes asociados al trabajo con PM se deben abordar en el marco de los principios de la bioética aplicados a los actos médicos, como son: justicia, no-maleficencia, autonomía y beneficencia (Tabla 32), (154).

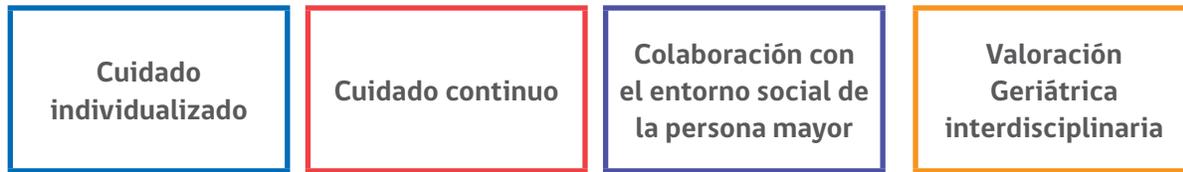
Tabla 32. Criterios prácticos para los conflictos éticos más frecuentes

JUSTICIA	NO MALEFICENCIA	AUTONOMÍA	BENEFICENCIA
Ageismo (prejuicios hacia la vejez) Distribución de recursos sociosanitarios existentes Restricción de derechos en algunos tratamientos institucionales	Abusos y maltratos a las Personas Mayores Ensañamiento terapéutico: medidas desproporcionadas Eutanasia y suicidio asistido Cuidados paliativos: alimentación artificial, sedación	Información, veracidad y consentimiento Intimidación, privacidad y confidencialidad Voluntades anticipadas, testamento vital Valoración de las competencias de la persona mayor Ingresos y tratamientos involuntarios	Decisiones de institucionalización y sus límites Tutela y cautela

Fuente: Elaboración propia en base a (153).

Para la toma de decisiones en situaciones complejas, se debe apelar a los siguientes criterios orientadores del trabajo en Geriatría y Gerontología (Figura 33):

Figura 33. Criterios orientadores del trabajo en Geriatría y Gerontología



Fuente: Elaboración propia.

En situaciones de conflicto, cuando la persona mayor no es quien puede tomar sus propias decisiones, o cuando exista un dilema ético, se recomienda utilizar el enfoque de curso de vida para conocer, comprender y valorar a la persona mayor en su dimensión personal, biográfica y comunitaria. Para lo anterior se sugiere:

- I. La comunicación para una mejor identificación del problema: pedir a la familia la jerarquización de situaciones, definiciones comunes del problema y apelar a la continuidad de la persona mayor, es decir, intentar concebir qué es lo que hubiera decidido la persona.
- II. La clarificación y el análisis de la situación con y desde la perspectiva de la persona mayor.
- III. La identificación de diversas soluciones y el consenso con todos los afectados por la decisión, considerando los valores de la persona mayor e historia de vida.

En contextos de atención masiva podría evaluarse la utilización de instrumentos más impersonales como:

- Formularios de consentimiento informado
- Directrices anticipadas
- Tutor designado por la persona mayor

Para facilitar el análisis, la discusión y la comunicación en la toma de decisiones en Geriatría y Gerontología se han propuesto ciertas definiciones operacionales que pueden ser de utilidad (155):

- I. Capacidad: aptitud para gestionar y realizar los actos necesario que sean decisivos para los intereses de la persona mayor.
- II. Competencia: término por el que se reconoce que las Personas Mayores tienen la capacidad cognitiva suficiente para la toma de decisiones y ejecución de determinadas acciones legales.
- III. Consentimiento informado: decisión terapéutica tomada válidamente por una persona mayor con capacidad y basada en la información sobre riesgos, beneficios y tratamientos alternativos, derivada del diálogo con un profesional de la salud. Es importante mencionar que también existe el consentimiento negativo o denegación de tratamiento.
- IV. Directrices anticipadas: declaraciones que permiten a las personas articular valores y establecer preferencias terapéuticas que deberán ser respetadas en el futuro, si pierden su capacidad (aún en Chile sin legislación vigente).

Autonomía y competencia en las Personas Mayores

Determinar la competencia legal y moral de una persona mayor es una de las tareas más difíciles. En principio una persona competente tiene derecho a determinar qué es bueno para él, según su proyecto de vida, al recibir una información adecuada. Esta determinación se torna más desafiante en ciertas situaciones donde las acciones del personal de salud pueden marcar una diferencia entre la vida y la muerte de dicha persona. Estas situaciones son:

- I. Situación de urgencia.
- II. Riesgo para terceros o para la salud pública.
- III. "Privilegio terapéutico": facultad del médico para administrar la información y la forma en que entrega diagnósticos y "malas noticias".
- IV. Incapacidad para decidir sobre la propia vida.

Es importante reconocer que la toma de decisiones para actos legales, como compraventa de propiedades, es distinta que para establecer opciones de tratamiento, y/o proporcionalidad de los mismos, incluso en personas con deterioro cognitivo. Vale destacar que la legislación chilena considera la posibilidad de interdicción de contenido patrimonial, procedimiento que tiene por objetivo quitar el derecho de la administración de sus bienes a una persona, porque no cuenta con las facultades mentales mínimas, designando a un tutor para ejercer dicha acción. La persona que es declarada interdicta pierde la administración de sus bienes y sus actos no tienen valor legal.

10.2. Problemas éticos en torno al final de la vida

Los conflictos más frecuentes a nivel global se han relacionado con (154):

- I. La tecnología médica actual es capaz de realizar intervenciones que prolongan artificialmente la vida de las personas; el dilema ético se relaciona con la calidad de los últimos años de vida.
- II. El papel de los medios de comunicación mostrando la eutanasia como una solución al sufrimiento, sin tomar en cuenta los cuidados paliativos.

Respecto del tema del "buen morir", la mayoría de los países han promulgado leyes de derechos de los pacientes que establecen diversas formas de participación de las personas para gestionar el final de sus vidas. Independiente de esto, los enfermos siguen recibiendo prestaciones excesivas e inútiles que sólo prolongan en pocos días la vida y el sufrimiento, con enormes costos económicos. Es lo que hoy conocemos como "obstinación terapéutica", "ensañamiento terapéutico" o "distanasia", a la cual se llega con frecuencia a pesar de las mejores intenciones de médicos y familiares. Es una paradoja, ya que se intenta respetar o defender la vida y sólo se logra aumentar el sufrimiento y prolongar la agonía (156).

El uso proporcionado de los medios terapéuticos se relaciona en general con su adecuada valoración, la que debe tener en cuenta el tipo de terapia, el grado de dificultad y el riesgo asociado, los gastos necesarios y su posibilidad de aplicación, el resultado que se puede esperar de acuerdo a las condiciones del paciente y de sus fuerzas físicas y psíquicas. Se busca evitar el sufrimiento innecesario a través de ciertos parámetros (157).

- I. A falta de otros medicamentos, es lícito recurrir con el consentimiento del paciente y/o de su representante legal (según las reglas generales del derecho civil)⁹, a los medios puestos a disposición de la medicina más avanzada, aunque se encuentren en fase de experimentación (con mayor exposición al riesgo y eventuales eventos adversos).
- II. Es lícito interrumpir la aplicación de tales medios cuando los resultados obtenidos no cumplen las expectativas que se tenían de su aplicación.
- III. Siempre es lícito conformarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer. No se puede imponer a las personas la obligación de recurrir a un tipo de cuidado que se encuentre disponible y no esté ausente de peligro o sea demasiado oneroso.
- IV. Ante la inminencia de la muerte, no obstante los medios utilizados, es lícito en conciencia renunciar a tratamientos que procurarían una prolongación precaria y penosa de la vida, en la medida que se mantengan los cuidados normales debidos a un paciente en similares casos.

La muerte tiene que ser respetada. Los enfermos necesitan vivir su proceso final y que se les permita morir en paz. Esto significa morir sin dolor, acompañado por quienes más les quieren, con la posibilidad de expresar amor, de recibir amor y de reconciliarse consigo mismo, con los demás y con Dios si son creyentes. Como tal, el final de la vida, el proceso de morir a través de una enfermedad terminal, tiene que ser enfrentado y aceptado primero por los enfermos y sus familiares y, después, por los médicos, quienes deben respetar sus creencias, sentimientos y expresiones de voluntad (156).

9-De acuerdo a la legislación chilena, sólo las PM declaradas judicialmente interdictas, tendrían representante legal, y solamente en caso que un juez lo haya establecido en una sentencia.
Eventualmente, una persona podría tener un representante convencional, si, en uso de sus facultades ha entregado un mandato parcial o total sobre la administración de sus asuntos (los que generalmente son de orden económico). Esto no es exactamente el criterio aplicado en salud, pues la interdicción por sentencia judicial sigue siendo excepcional, y amparados por la ley 20.584 se permite la decisión o el consentimiento a "la persona a cuyo cuidado se encuentra".

PARTE IV:

**MODELOS DE ATENCIÓN
Y OFERTA PROGRAMÁTICA EXISTENTE
PARA PERSONAS MAYORES**



11. MODELOS DE ATENCIÓN PARA EL TRABAJO CON PERSONAS MAYORES

Para el desarrollo del Plan Nacional de Salud Integral para las Personas Mayores, se revisaron diversos modelos de atención existentes en la literatura. Después de esta revisión, se identifican tres modelos, que desde una mirada conceptual, poseen ámbitos sobre los cuales se trabajaron las intervenciones propuestas. Por un lado, el Modelo de Valoración Geriátrica Integral como un componente transversal a cualquier nivel de atención, por otro el Modelo de Longevidad en donde la mirada preventiva y promocional busca retrasar las repercusiones del envejecimiento; y por último el abordaje holístico de la salud de las personas mayores, a través de un Modelo Integral centrado en la persona.

Finalmente, se presenta brevemente el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, modelo que desde la reforma de salud del año 2005 se promueve para el Sistema de Salud Chileno. Además, se mencionan algunas acciones realizadas en los últimos años para intervenir sobre uno de los principales desafíos de los modelos de salud en la Región de América Latina: superar la fragmentación. Para esto, se profundiza en conceptos como Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y Redes de Atención en Salud (RASs), iniciativas que buscan abordar esta problemática.

11.1. Modelo de valoración y atención integral para personas mayores

La Valoración Geriátrica Integral (VGI) corresponde a un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario cuyo propósito es reconocer y cuantificar las discapacidades y problemas biomédicos, funcionales, psicológicos y sociales de la persona mayor, con el fin de elaborar un plan exhaustivo de cuidados y seguimiento a largo plazo (158). Pese a que esta definición posee más de 30 años, se mantiene vigente hasta hoy y es utilizada como fuente en gran parte de la evidencia internacional revisada para el desarrollo del Plan Nacional de Salud Integral para las Personas Mayores.

Lo anterior, se complementa con la evaluación de la funcionalidad como un indicador de salud para medir el resultado final de todos los programas sanitarios dirigidos a las personas mayores, y que tienen como fin último la mantención de la autonomía y la autovalencia. De este modo, se espera que las personas lleguen en las mejores condiciones de salud al denominado “Envejecimiento Activo”, que es lo que preconiza la Organización Mundial de la Salud como objetivo sanitario para la población mayor (159).

Esta VGI se aplica en todos los servicios asistenciales a los cuales concurre la persona mayor, desde el nivel primario hasta las salas de agudos. La mayor o menor “profundidad” de la valoración geriátrica va a depender de la gravedad del cuadro clínico en curso, y si se está en un plano promocional, de prevención, de tratamiento o de rehabilitación de aquellos cuadros médicos en cuestión.

Es importante señalar que el objetivo de la valoración geriátrica no es evaluar, solamente, las dimensiones cuádruples (biomédica, funcional, social y mental) desde un enfoque exclusivamente clínico. Este modelo será efectivamente integral cuando se ofrezca a la persona mayor un plan real de intervención multidimensional (Figura 34).

Figura 34. Valoración Geriátrica Integral por dimensiones

Fuente: Elaboración propia.

Para la correcta aplicación de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) y su respectivo plan de intervención, se deben considerar los aspectos descritos en la Tabla 33.

Tabla 33. Principios y características del Modelo de Valoración Geriátrica Integral (VGI)

PRINCIPIOS	CARACTERÍSTICAS
Interdisciplinaridad	Equipos de salud especializados o capacitados, conformados por profesionales de salud de las distintas disciplinas y de otras áreas. Cada profesional da cuenta de los problemas detectados y de sus ofertas de intervención para la resolución de los mismos.
Niveles Asistenciales en Red	El cuidado continuo es otro paradigma de la Medicina Geriátrica compartido con el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario. La atención de salud debe estar coordinada dentro de la red asistencial. Solo así se ofrecerá un cuidado integral y continuo a las Personas Mayores.

Fuente: Elaboración propia en base a (158).

11.2. Modelo de la longevidad

Otro modelo analizado para la elaboración del Plan Nacional de Salud Integral para las Personas Mayores es el modelo de la longevidad. Este plantea intervenciones dirigidas al individuo para fomentar los tres niveles de prevención en la segunda mitad de la vida, mantener un estado vital óptimo el mayor tiempo posible, retrasar el envejecimiento y reparar estructuras dañadas, en un compendio de medicina preventiva y proactiva (160). Este modelo se centra en tres paradigmas básicos (Tabla 34): Morbilidad compartida, envejecimiento retardado y envejecimiento detenido o reversible.

Tabla 34. Paradigmas y características del Modelo de Longevidad

PARADIGMA	CARACTERÍSTICAS
Morbilidad compartida	Detener los padecimientos crónicos de la vejez, mediante la intervención sobre los procesos subyacentes más que sobre las enfermedades en sí mismas. Así, la morbilidad comprimida pretende extender la esperanza de vida promedio pero no aumentar la frontera vital. Desde este paradigma, una mayor proporción de la población alcanzará edades avanzadas con un buen funcionamiento, presentando después un rápido final.
Envejecimiento retardado	Enlentecer los procesos fundamentales del envejecimiento con el propósito de conseguir una esperanza de vida y una frontera vital por encima del rango conocido (expansión vital).
Envejecimiento detenido o reversible	Restauración continua de la vitalidad, revirtiendo los procesos de envejecimiento desde la edad adulta, mediante la eliminación del daño causado por los procesos metabólicos básicos (ej. estrés oxidativo). Este paradigma también tiene su foco en alargar la frontera vital, pero mientras los paradigmas anteriores tienen en cuenta los aspectos psicosociales y clínicos de la disminución de factores de riesgo y promoción de hábitos saludables en individuos concretos, el paradigma del envejecimiento reversible se apoya en la extrapolación de los hallazgos de experimentos en animales a los seres humanos y aboga por el desarrollo de nuevas tecnologías sanitarias para descartar la senescencia a través de la bioingeniería. Muchos de los datos existentes acerca de la aplicación clínica de este paradigma son controvertidos.

Fuente: Elaboración propia con información extraída de (160).

11.3. Modelo sociosanitario

La Organización Mundial de la Salud en el año 2017 plantea el Modelo de Atención Integrada para Personas Mayores (153), tomando en cuenta que el rápido incremento de la Población Mayor trae consigo un impacto en todos los aspectos de la sociedad y los sistemas de salud. Además, la Agenda 2030 para Sustentabilidad y Desarrollo declara que nadie puede ser dejado a “la deriva”, y en este sentido los países tienen la obligación de entregar respuestas a las Personas Mayores con necesidades de largo plazo, para evitar el empobrecimiento por acceso a la salud.

A nivel interamericano, con la Ratificación de la Convención Interamericana de Protección de los Derechos de las Personas Mayores aparecen las siguientes definiciones de cuidados sociosanitarios:

- I. “Persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo”: Aquella que reside temporal o permanentemente en un establecimiento regulado sea público, privado o mixto, en el que recibe servicios socio-sanitarios integrales de calidad, incluidas las residencias de larga estada, que brindan estos servicios de atención por tiempo prolongado a la persona mayor, con dependencia moderada o severa que no pueda recibir cuidados en su domicilio.
- II. “Servicios socio-sanitarios integrados”: Beneficios y prestaciones institucionales para

responder a las necesidades de tipo sanitario y social de la persona mayor, con el objetivo de garantizar su dignidad y bienestar y promover su independencia y autonomía (152).

Dentro de las propuestas planteadas por la OMS para dar una respuesta a los cuidados socio-sanitarios, está la geriatrización de los sistemas de salud. En este contexto, podemos entender geriatrización como la progresiva utilización de recursos sanitarios y asistenciales por el grupo de mayor edad, entendiéndose también como la instalación de los conceptos del “Modelo Geriátrico” en todos los servicios asistenciales y especialidades, cuyo objetivo es una atención de calidad, integral y humanizada de las Personas Mayores (161).

Para Chile, la implementación de un modelo sociosanitario es una necesidad imperativa. La actual propuesta de Gobierno trae consigo una serie de acciones que abordan este desafío, las cuales serán desarrolladas en el Plan de Acción definido para el Plan Nacional de Salud Integral para las Personas Mayores 2020-2030.

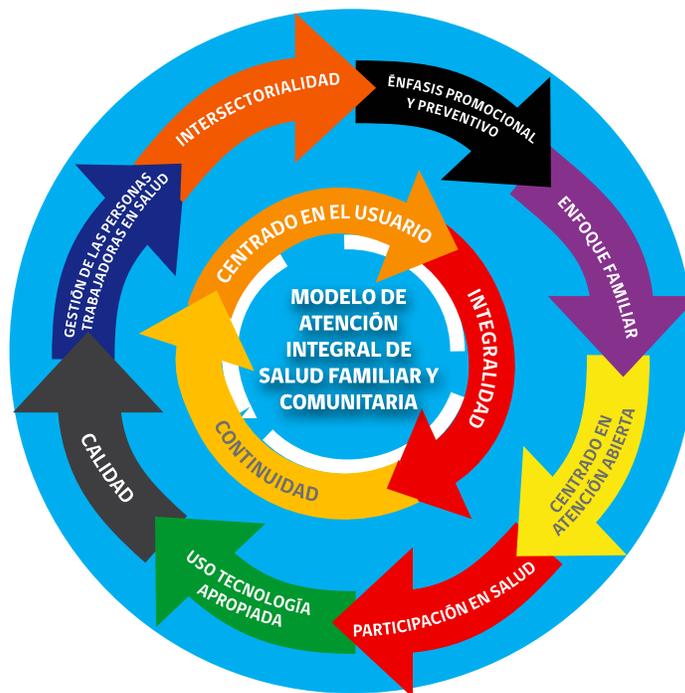
12. SITUACIÓN ACTUAL: MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

A partir de la Reforma de Salud del año 2005, se impulsó el desarrollo de este modelo, al cual posteriormente se precisó su definición, poniendo en el centro al usuario y la operacionalización del modelo biopsicosocial. El Modelo se ha definido de la siguiente forma:

“Un modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer - incluido el Intersector, y la existencia de sistemas de salud indígena” (99).

Es un modelo, que en lo esencial busca: i) Acercar la atención de salud a la población beneficiaria; ii) Alcanzar aumento creciente de las acciones de promoción y prevención; iii) Incorporar mecanismos eficientes y efectivos de participación en el cuidado de la salud; iv) Entregar atención de calidad y altamente resolutive (uso de tecnología adecuada y evidencia científica); v) Integrar y coordinar efectivamente la atención de salud en la red asistencial y con la comunidad.

Este modelo define una serie de principios descritos en la Figura 35, los cuales deben ser transversales a las intervenciones realizadas, en cualquier nivel de atención.

Figura 35. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario

Fuente: (99).

Para cada principio se desarrollan las características y se formulan preguntas de reflexión que ayudaron en el proceso de diseño y formulación de las acciones que serán planteadas en el plan de acción que ofrece este plan nacional. Cabe señalar, que la propuesta de Atención de Salud Integral para las Personas Mayores desarrollada en el presente Plan Nacional está basada en este modelo de atención. Si bien desde lo declarativo, están presentes los conceptos más relevantes para una atención geriátrica integral, es necesario promover acciones que efectivamente den cumplimiento a los principios rectores del modelo en la atención de las Personas Mayores en Chile.

Tabla 35. Principios y características del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario

PRINCIPIOS	CARACTERÍSTICAS
Centrado en las personas	<p>Establecer un modelo de relación entre el equipo de salud y las Personas Mayores, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud. Pone énfasis en los derechos y deberes de las personas, tanto del equipo de salud como de las Personas Mayores usuarias. Asimismo, se enfoca en las necesidades de las personas y sus familias y en cómo ellas las definan y prioricen.</p> <p>Preguntas para reflexión, ¿Qué necesita la Persona Mayor?, ¿Qué le ha resultado exitoso en el cuidado de su salud?, ¿Qué ha probado y no le ha resultado?, ¿A qué atribuye lo que le pasa? Es decir, se trata de considerar la autopercepción de la Persona Mayor para el diseño de políticas, haciéndolo partícipe de su cuidado.</p>

Énfasis en lo promocional y preventivo	Mantener una actitud anticipatoria y proactiva por parte del equipo de salud en el cuidado de la población a cargo, tanto a nivel individual como poblacional. Se requiere de una acción coordinada desde el domicilio o comunidad hasta la red asistencial, en todos sus niveles de atención. En este foco es importante preguntarse ¿se está efectivamente anticipando al daño? ¿Logramos que toda atención sea una oportunidad de promoción del envejecimiento saludable y prevención?, ¿tienen las Personas Mayores su examen de medicina preventiva vigente? y si lo tienen, ¿hay un seguimiento del plan de intervención?
Enfoque de salud familiar	Incorporar o fortalecer factores protectores de la salud y detectar e intervenir precozmente situaciones de riesgo al interior de las familias. Aumentar la efectividad de las acciones en salud a través de la adecuada participación de la familia en el manejo terapéutico de las Personas Mayores. Identificar condiciones o “problemas de salud” de la familia como unidad de cuidados e intervenir oportunamente.
Integralidad	Mirar holísticamente a las Personas Mayores, es decir, biopsicosocial, espiritual, cultural y emocionalmente. La integralidad debe concluir necesariamente con la evaluación de los aspectos funcionales de cada una de las dimensiones que forman parte de esta mirada En relación a este principio es importante preguntarnos ¿Cuál es la dimensión que ordena la atención de las Personas Mayores en el centro de salud?
Énfasis en lo ambulatorio	Priorizar los procesos de atención abierta para las Personas Mayores, resguardando la seguridad del cuidado a través de sistemas eficientes de referencia y contrareferencia. Este principio considera los cuidados domiciliarios como un ámbito en el que las familias requieren de apoyo para su realización, especialmente aquellas personas que ejercen el rol de cuidadores.
Participación	Mantener una comunidad saludable, que mejora sus resultados en salud como producto de la acción conjunta entre el sistema de salud y otros sectores con una comunidad activa. Algunas preguntas de reflexión de este principio: ¿los equipos conocen las instancias de participación social existentes en el área de referencia?, ¿se cuenta con el catastro de Personas Mayores que participan en estas instancias?, ¿Qué acciones se realizan para favorecer la participación social de las Personas Mayores?
Intersectorialidad	Lograr la acción conjunta, coordinada y sistemática del sistema de salud con otras instituciones y sectores, generando sinergias y como consecuencia, mejores resultados en salud para las Personas Mayores. Algunas preguntas a hacerse en este enfoque son, ¿Se trabaja en coordinación con el intersector?, ¿Cuál es el aporte de salud a la intersectorialidad?
Calidad	Entregar los servicios de atención de salud de acuerdo a las normativas técnicas establecidas y los atributos valorados por las Personas Mayores usuarias de la Red.
Continuidad de la Atención	Asumir la responsabilidad de la colaboración en el cuidado de las Personas Mayores en distintos niveles asistenciales. Preguntas de reflexión ¿Existe una buena comunicación entre los dispositivos asistenciales, en sus distintos niveles? ¿Se cuenta con un mecanismo eficiente de referencia y contrareferencia? ¿Qué estrategias y acciones se han implementado para asegurar la continuidad del cuidado? ¿Se incorpora a la familia en la continuidad del cuidado de las Personas Mayores?

Fuente: Elaboración propia en base a (99).

12.1. Estrategia de Cuidado Integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad

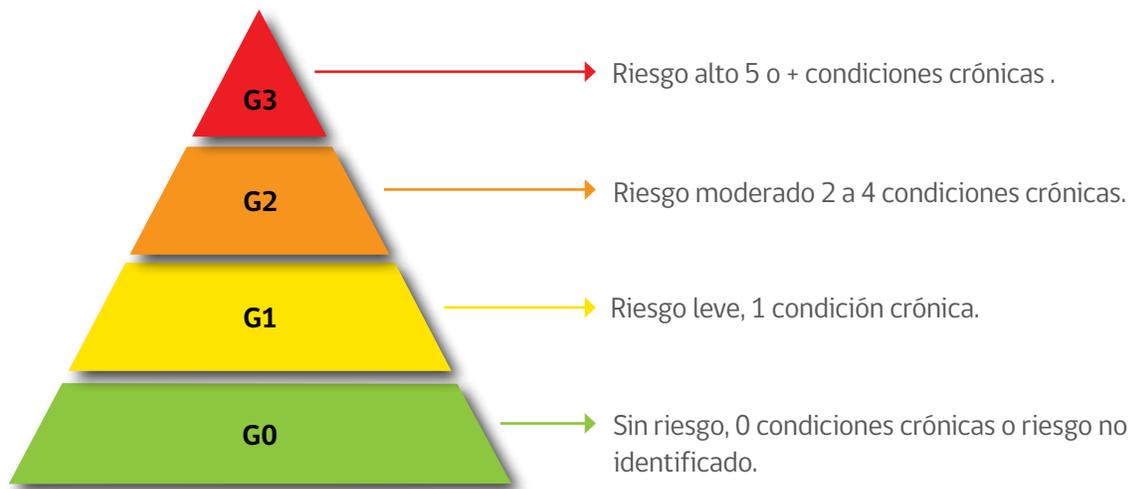
La Estrategia de Cuidado Integral centrado en las personas en contexto de multimorbilidad, se enmarca en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, y aspira a que las personas cuenten con cuidados integrales, integrados, continuos, centrados en ellas con capacidad de innovación que incorpore las necesidades del entorno, garantizando la calidad de la atención y la eficiencia. Todo ello en el marco de responder a las necesidades que genera el fenómeno de la cronicidad en las personas, sus cuidadores, el equipo de salud y la población en general.

Esta Estrategia busca tener impacto en (99):

- a) Los ciudadanos, como personas con potenciales condiciones crónicas, que participarán en la prevención de la cronicidad y la promoción de su propia salud, evitando el desarrollo de nuevas condiciones crónicas o al menos reduciendo su impacto en su salud y calidad de vida, con un uso más eficiente de los recursos del sistema
- b) Las personas en situación de cronicidad, pasando de un sistema reactivo a un sistema proactivo para ofrecer una atención más integrada, continua y más adaptada a sus necesidades, con un rol y una responsabilidad mayor en la gestión de su propia salud
- c) El equipo de salud, con una mayor optimización del tiempo dedicando el tiempo a las labores de mayor valor añadido

La Estrategia se basa en dos grandes pilares: estratificación de la población y proceso de atención. Éstas se operacionalizan mediante cuatro Líneas Estratégicas: i) promoción y prevención; ii) responsabilidad y autonomía de las personas; iii) continuidad de los cuidados y; iv) intervenciones eficientes adaptadas a las necesidades. A través de esta estrategia la atención de salud define distintos objetivos y servicios de acuerdo con las necesidades de las personas, de acuerdo a su grupo de riesgo, según indica Figura 36:

Figura 36. Estratificación de personas con condiciones crónicas



Fuente: (99).

Lo anterior, permite definir distintos niveles de atención de las personas, en función de sus necesidades de uso de los servicios asistenciales, con el fin de entregar un manejo más eficaz a su condición crónica y propiciar un uso más eficiente de la red de salud (99).

12.2 Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)

En el año 2010, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) establece que, uno de los principales desafíos de los modelos de salud en la Región de América Latina consiste en superar la fragmentación presente en los sistemas de salud, lo que se refleja en los siguientes aspectos:

- I. Segmentación institucional del sistema de salud.
- II. Predominio de programas focalizados en enfermedades.
- III. Riesgos y poblaciones específicas (programas verticales) que no están integrados al sistema de salud; separación extrema de los servicios de salud pública de los servicios de atención a las personas; modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria.
- IV. Debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria.
- IVI. Problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2015, propone un necesario cambio de paradigma en los modelos de atención señalando que: "A menos que se adopte un enfoque centrado en las personas y servicios integrados, el cuidado de la salud será cada vez más fragmentado, ineficiente e insostenible. Sin mejoras en la prestación de los servicios, las personas no podrán acceder a los servicios de salud de alta calidad que satisfagan sus necesidades y expectativas" (22).

En relación a lo anteriormente expuesto, el concepto de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), es impulsado por la OMS y la OPS, definiéndola como "una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve". Su propósito es contribuir al desarrollo de sistemas de salud basados en la APS con posterior integración a las redes de atención secundarias y terciarias, con prestaciones de salud más accesibles, equitativas, eficientes y oportunas que a su vez permitan la continuidad de la atención, entendida como "el grado en que una serie de eventos discretos del cuidado de la salud son experimentados por las personas como coherentes y conectados entre sí en el tiempo, y son congruentes con sus necesidades y preferencias en salud (162).

La metodología de trabajo en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) propone cuatro ámbitos de abordaje, para avanzar hacia modelos de atención integrados y centrados en los usuarios: Modelo Asistencial, Gobernanza y Estrategias, Organización y gestión y Asignación de recursos e incentivos. Para el adecuado funcionamiento de las RISS se recomiendan 14 atributos (Tabla 36) esenciales que se agrupan en los cuatro ámbitos de abordaje anteriormente mencionados detallados a continuación (162):

Tabla 36. Ámbitos de abordaje funcionamiento de las Redes Integradas de Servicios de Salud

Ámbito 1: Modelo Asistencial
1. Población y territorio a cargo definido y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud.
2. Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública.
3. Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.
4. Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, de preferencia en entornos extra hospitalarios.
5. Existencia de mecanismos de coordinación asistencial en todo el continuo de servicios de salud.
6. Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales, de género, y los niveles de diversidad de la población.
Ámbito 2. Gobernanza y Estrategia
7. Un sistema de gobernanza único para toda la red.
8. Participación social amplia.
9. Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.
Ámbito 3. Organización y Gestión
10. Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.
11. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.
12. Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.
13. Gestión basada en resultados.

Fuente: Elaboración propia en base a (162).

12.3. Redes de Atención en Salud (RASs)

De acuerdo a lo señalado por la OPS, el concepto de Red implica integración, y las define como organizaciones poliárquicas de conjuntos de servicios de salud, vinculados entre sí por una misión única, por objetivos comunes y por una acción cooperativa e interdependiente, que permiten ofertar una atención continua e integral a determinada población, con base en la atención primaria de salud, en el lugar apropiado, al costo adecuado, con la calidad necesaria, de forma humanizada y con equidad y con responsabilidades sanitaria y económica y generando valor para la población (163). Son tres los elementos constitutivos de las redes de atención en salud:

Tabla 37. Elementos constitutivos de las Redes de Atención en Salud

Población	El primer elemento de las RASs, donde enfoca su responsabilidad sanitaria y la atención de salud es la población. Esta vive en territorios sanitarios singulares, se organiza socialmente en familias y es registrada en subpoblaciones por riesgos sociosanitarios. Así, la población total de responsabilidad de una RAS debe ser totalmente conocida y registrada en sistemas de información potentes. En la concepción de RASs, la APS tiene la responsabilidad de articularse con la población adscrita y que el equipo de salud tenga una relación íntima con esta, estratificada en subpoblaciones y organizada, socialmente, en familias.
Estructura operacional de las redes	Se encuentra constituida por nodos o puntos de red donde se brinda atención y continuidad de cuidados, comunicándose entre sí por las conexiones materiales e inmateriales.
Modelos de atención de salud	La red de salud responde a las condiciones agudas y a la agudización de las condiciones crónicas en las unidades de emergencia ambulatoria y hospitalaria; generando un seguimiento continuo y proactivo de los portadores de condiciones crónicas bajo la coordinación del equipo de atención primaria de salud, y con el apoyo de los servicios de atención secundaria y terciaria de la red de atención, actuando de forma equilibrada, sobre los determinantes sociales de salud, factores de riesgos biopsicosociales y las condiciones de salud y sus secuelas.

Fuente: Elaboración propia en base a (163).

De acuerdo a los lineamientos de la OPS en el año 2013, la estructura operacional está compuesta por cinco componentes (163):

Atención Primaria de Salud. Constituye el centro de comunicación de las redes de atención de salud y es donde se coordinan los flujos y los contraflujos del sistema de atención de salud. Tiene un nivel de baja complejidad que presta atención al 85% de las problemáticas de salud de la población; motivo por el cual sus tecnologías están enfocadas en acciones para el cambio de comportamiento y estilos de vida. Actualmente el sistema de atención primaria en Chile tiene una resolutivez de un 92,4 %¹⁰. La Atención Primaria de Salud, al ser un sistema eminentemente promocional y preventivo, es además el centro del sistema de salud comunitario familiar.

10-Dato obtenido de la División de Atención Primaria, basado en el reporte IAAPS 2014, (índice de actividad de atención primaria).

- I. Puntos de Atención Secundarios y Terciarios. Son donde se ofertan determinados servicios especializados en la Red, que se diferencian debido a que puntos de atención terciaria son más densos tecnológicamente, razón por la cual tienden a ser más concentrados espacialmente. No existen relaciones de principalidad o subordinación entre ambos nodos.
- II. Los Sistemas de Apoyo. Son los lugares institucionales de las redes en donde se prestan servicios comunes a todos los centros de atención de salud.
- III. Los sistemas logísticos. Tecnologías de información que garantizan una organización racional de los flujos de informaciones, permitiendo un sistema eficaz de referencia y contra referencia, acceso a la información para la atención de las personas. Consiste en comunicar los diferentes centros de atención de salud y los sistemas de apoyo. Los principales sistemas logísticos son: tarjeta de identificación de personas usuarias, la historia clínica (ficha clínica), los sistemas de acceso regulado a la atención de salud y los sistemas de transporte en salud.
- I.V El sistema de gobernanza. Se relaciona con el ordenamiento organizativo uni o pluri-institucional que permite la gestión de todos los componentes de la red y tiene como dimensiones fundamentales el diseño institucional, el sistema de gestión y el sistema de financiamiento. También hace mención a la relación entre gobierno y sociedad civil que ocurre a partir de la interlocución entre grupos, sectores sociales, políticos y gobierno.

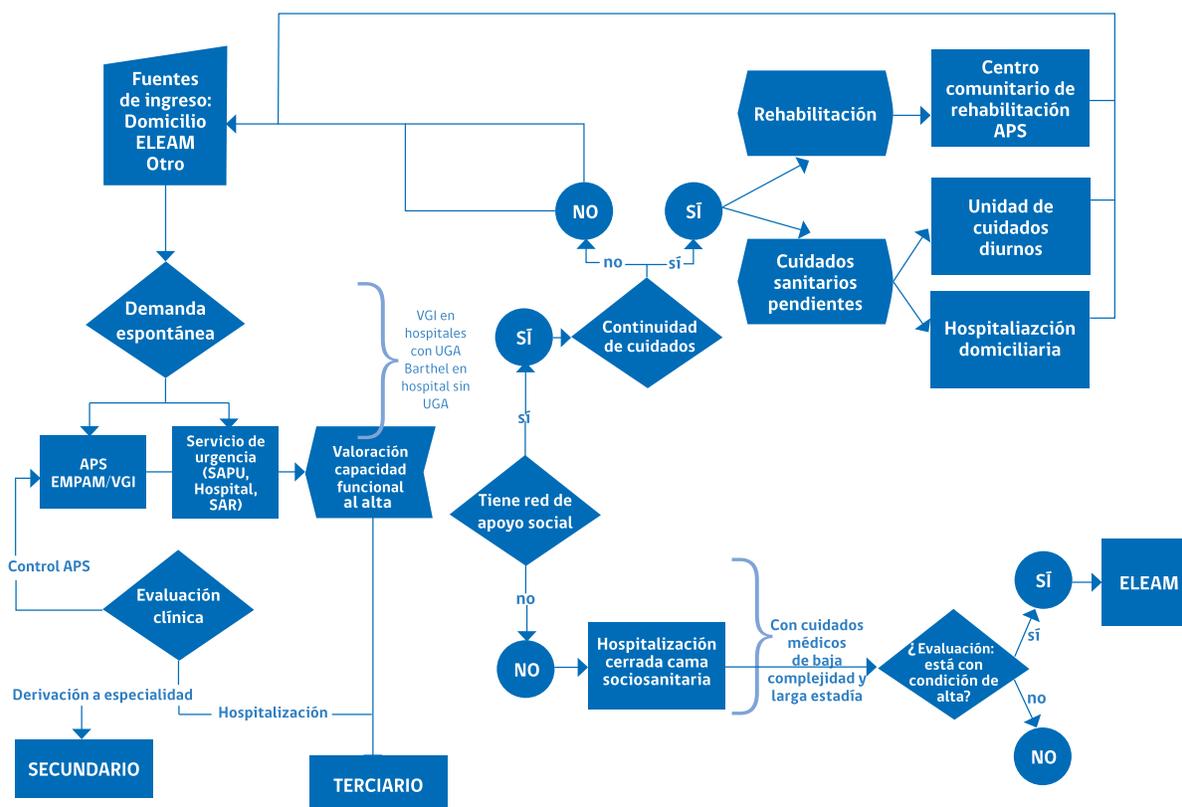
13. OFERTA PROGRAMÁTICA ACTUAL DEL SECTOR SALUD Y SOCIAL PARA LAS PERSONAS MAYORES

13.1. Articulación de la red de atención sanitaria y social para las Personas Mayores

En el modelo de gestión actual, la atención primaria de salud (APS), se encarga de la mantención de la salud de la población mayor y de articular y derivar en caso de que el problema no pueda ser resuelto en este nivel. El proceso de atención en la red debiera tomar en cuenta dos factores: la presencia de red social (lo que obliga a una comunicación permanente con el sector social) y la presencia de cuidados sanitarios pendientes (que define el nivel de atención al que se hará la derivación).

La Figura 37 muestra estos flujos y la necesidad de articular servicios de salud y sociosanitarios. En primer lugar, es interesante destacar que el esquema incluye todos los niveles de atención - primario (Atención Primaria de Salud (APS), secundario (Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) y Centros de Diagnóstico de Referencia de Salud (CRS), y terciario (hospitales), lo que le entrega una primera dimensión de "integralidad", a través de mecanismos de referencia y contra referencia.

Figura 37. Articulación de la red de atención sanitaria y social para las Personas Mayores



Fuente: Elaboración propia.

Una segunda dimensión de integralidad tiene que ver con la inclusión de dispositivos sanitarios y sociales en el mismo esquema, reflejando la relevancia del trabajo intersectorial para dar respuesta a las necesidades (heterogéneas) de las Personas Mayores. En esta línea, es clave contar con un instrumento para realizar una valoración geriátrica integral que define la necesidad y el dispositivo adecuado para dar respuesta, ya sea en el sector sanitario o social, a ésta.

Por último, es importante señalar que la oferta de servicios, tanto sociales como sanitarios, puede ser distinta para cada territorio, lo cual debe ser considerado por los equipos al momento de las derivaciones correspondientes. El esquema planteado busca establecer una red que permita un continuo de cuidados, especialmente importante para las Personas Mayores, en donde se coordinan prestaciones tradicionales de salud y cuidados, reconociendo explícitamente la necesidad de incluir un foco de funcionalidad en la atención de salud (164).

13.2. Descripción de las iniciativas actuales para las Personas Mayores

En esta sección se define la oferta programática que se encuentra actualmente disponible para las Personas Mayores en nuestro país, y que en su conjunto, tiene como objetivo común el contribuir a un envejecimiento saludable.

Servicios Asistenciales para la atención centrada en la Persona Mayor

A continuación, se describe la oferta de programas e iniciativas orientadas a Personas Mayores vigentes al 2020 en el país. Esta oferta se ha generado de forma progresiva en el país, abarcando la heterogeneidad de Personas Mayores, a modo de resolver problemas particulares que han ido apareciendo, y responde asimismo a distintas estrategias nacionales de salud asumidas a nivel país. La Tabla 38 presenta la cobertura actual y recursos asignados.

Tabla 38. Resumen programas públicos para Personas Mayores desde el sector salud

Programa	Año inicio	Propósito	Beneficiarios 2019	Ley de Presupuestos 2020 (MM\$)
Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI).	1978	Prevenir morbilidad, discapacidad y muertes secundarias a enfermedades inmunoprevenibles de la población chilena, a lo largo del ciclo vital (Decreto Exento N°6 de 2010), esto alineado con el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década. ¹¹	7.733.780	\$70.487 millones
Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM).	1999	Mantener el óptimo estado nutricional de micronutrientes por parte de adultos mayores a través del acceso a alimentos sanos, seguros y especializados.	484.525	\$24.563 millones
Atención Domiciliaria Personas con Dependencia Severa.	2006	Otorgar a las personas con dependencia severa, cuidadores y familia, una atención integral en su domicilio en el ámbito físico, emocional y social, mejorando su calidad de vida, potenciando así su recuperación y autonomía.	7.451	\$639 millones
Camas Socio-sanitarias.	2015	Favorecer la reinserción familiar y a la comunidad de los pacientes sociosanitarios que tras un periodo de tiempo determinado se encuentran en condiciones de egreso del establecimiento hospitalario.	315	\$1.049* millones
Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.	2015	Prolongar la autovalencia de la persona mayor de 60 y más años a través de una intervención promocional y preventiva.	143.361	\$12.526* millones
Plan Nacional de Demencia.	2017	Mejorar la calidad de vida de personas con demencia y su cuidador/familiar, mediante el acceso a una atención socio sanitaria integral y continua.	11.263	\$2.108 millones

Fuente: (165).

* Corresponde a gasto efectivo de 2019.

11-El tema de inmunización para influenza en contexto pandemia (año 2020) se desarrollará en la sección 13.3 del presente documento.

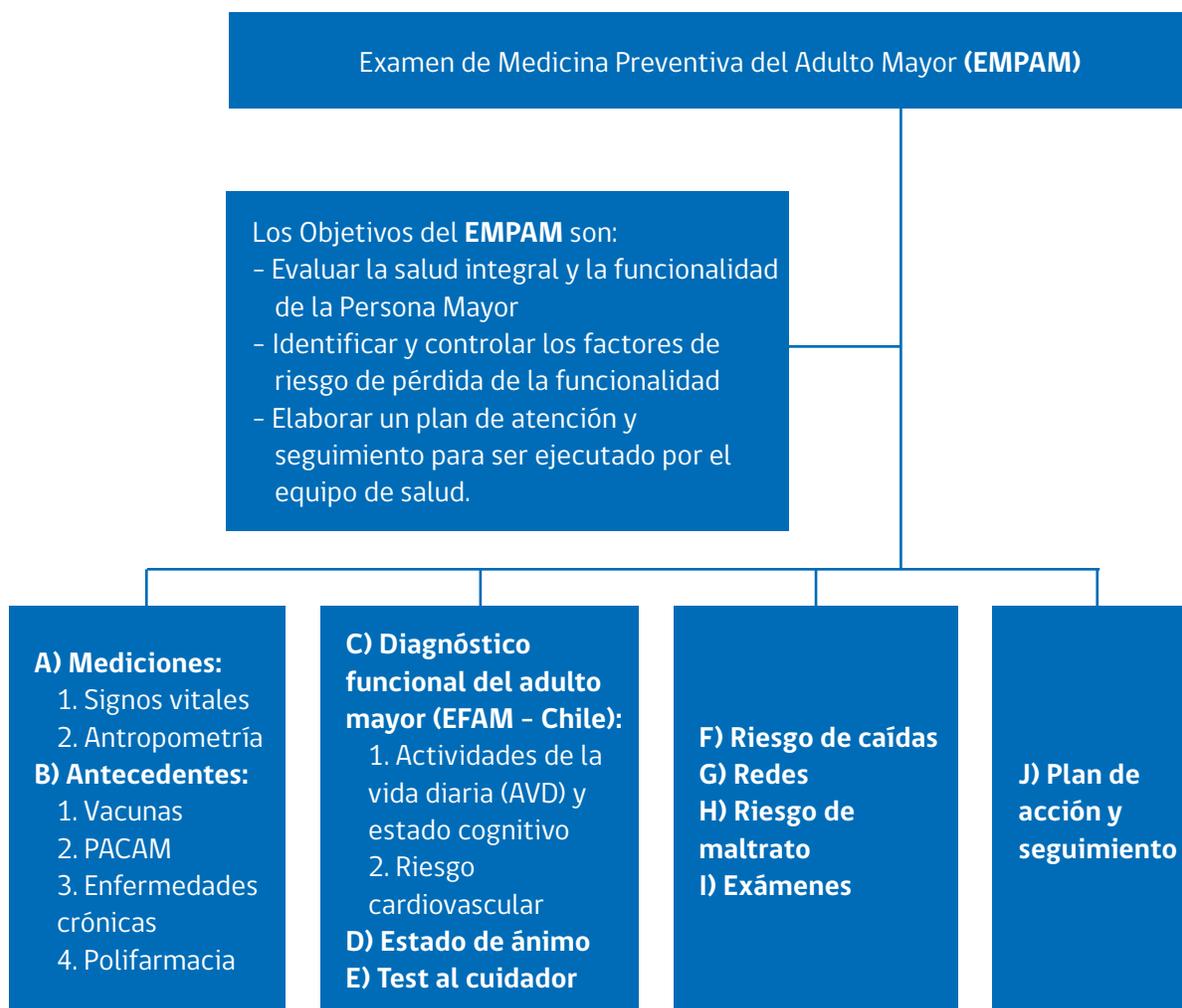
Otras prestaciones del sector salud para las Personas Mayores

* Examen Médico Preventivo del Adulto Mayor (EMPAM)

La puerta de entrada para la atención de salud de las Personas Mayores, se inicia en la Atención Primaria, con el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), el cual está dirigido a toda la población beneficiaria mayor de 65 años. Esta actividad constituye una oportunidad para promocionar el envejecimiento positivo, prevenir y pesquisar la fragilidad, detectar factores de riesgo, detectar pérdida de funcionalidad, derivar al médico y/o a otros profesionales de acuerdo a los problemas pesquizado.

El resultado de esta valoración permite clasificar a la Persona Mayor en las categorías de: autovalente sin riesgo, autovalente con riesgo (riesgo de limitación funcional), riesgo de dependencia (autovalente con riesgo de discapacidad/dependencia) y dependiente. Posteriormente se realiza educación preventiva y de control en las diversas áreas de salud deficitarias, tanto a la persona mayor como a su cuidador o entorno directo.

Figura 38. Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM)



Fuente: Elaboración propia en base a (166).

* Educación o consejería individual preventiva

La consejería en salud es la atención sistemática, individual o grupal, que reconoce al usuario el papel de protagonista o conductor de la adopción de conductas saludables, actuando el profesional como facilitador del proceso de toma de conciencia, decisión y actuación de la persona (99). En este contexto, este tipo de intervenciones se pueden realizar en los distintos niveles de prevención:

- Prevención Primaria: busca evitar que surjan los problemas de salud a través de la modificación de conductas de riesgo, para evitar enfermedades, a través de educación preventiva individual y consejería¹².
- Prevención Secundaria: busca la detección temprana de la enfermedad para impedir o limitar la aparición de sus manifestaciones con sus tratamientos asociados¹³.
- Prevención Terciaria: busca activar el máximo potencial del individuo cuando la enfermedad ha producido daños irreversibles, ejemplo cuidados continuos y rehabilitación¹⁴.

* Educación preventiva grupal

La educación grupal es una de las funciones básicas de la Atención Primaria de Salud (APS). El objetivo de esta instancia es enseñar a fomentar la salud, prevenir enfermedades y recuperar la salud a fin de tener una buena calidad de vida familiar o social. Los profesionales que imparten los contenidos preventivos deben tener las competencias técnicas requeridas para ello.

Esta instancia tiene como población objetivo a todas las personas de 65 años y más, de ambos sexos y beneficiaria del sistema de salud. Dependiendo de la temática, esta intervención es realizada por algún miembro del equipo interdisciplinario, con una duración de una hora por sesión y con una periodicidad a libre demanda. Tiene la opción de una o más consultas de seguimiento si es requerida.

* Visita domiciliaria integral (VDI)

La VDI es una actividad que busca acercar a las personas a los recursos que su comunidad ofrece y fomentar la participación comunitaria. La VDI permite realizar intervenciones de salud en el contexto de vida de las Personas Mayores, por lo tanto, una distinción básica será realizar acciones que complementen aquellas realizadas en el centro de salud y no una repetición de las mismas (99). La población objetivo son personas de 65 años y más.

Esta intervención tiene su foco fundamentalmente en: i) Personas Mayores con condición de riesgo de fragilidad; ii) Personas Mayores dependientes, con el objetivo de apoyar y velar por la calidad de los cuidados, entregar información al cuidador y la familia en general. La actividad a realizar en el hogar incluye: Evaluación del estado de la piel, higiene, alimentación, movilización, recreación socialización, toma de fármacos, hidratación, continencia urinaria y fecal, entorno familiar, redes de apoyo y fundamental la educación al paciente y su cuidador/a.

12- Incluye: consumo de tabaco y otras drogas; consumo de alcohol; ITS/VIH/SIDA; enfermedades transmisibles y no transmisibles; accidentes; adherencia a la actividad física; participación y adherencia a grupos de personas mayores de la comunidad; enfermedades prevenibles por vacunas.

13- Incluye: adherencia a control de crónicos; consulta oportuna de morbilidad; educación sobre adherencia al tratamiento; profilaxis pre o pos contagio de enfermedades transmisibles; prevención de la polifarmacia; educación preventiva sobre morbilidades y comorbilidades; prevención de la dependencia; adherencia actividades de rehabilitación.

14- Incluye: cuidados continuos para mantener o mejorar la calidad de vida de la persona mayor; tratar y controlar las patologías agudas y crónicas para evitar las comorbilidades; monitorear la polifarmacia para evitar interacción farmacológica y reacciones adversas a medicamentos (RAM); realizar rehabilitación para mantener y/o recuperar la dependencia.

* **Atención domiciliaria**

La visita domiciliaria es una actividad que los equipos de salud realizan desde hace varias décadas y su espíritu se ha ido modificando conforme a la transición de un modelo paternalista biomédico hacia el modelo biopsicosocial.

Es importante destacar, desde la perspectiva sistémica, que todas las intervenciones sobre las familias tienen la potencialidad de producir cambios (intencionados o no intencionados) en el sistema familiar y por lo tanto no son inocuas. Por esta razón es tan importante contar con el consentimiento de la familia destinataria para evitar efectos perjudiciales (iatrogenia).

Esta instancia tiene como población objetivo a todas las personas de 65 años y más, de ambos sexos y beneficiaria del sistema de salud público. La intervención puede ser realizada por un médico, enfermera, terapeuta ocupacional, kinesiólogo u otro profesional o técnico del equipo según las necesidades del usuario.

* **Hospitalización domiciliaria**

Modalidad asistencial alternativa en donde la persona mayor recibe los mismos cuidados que en una hospitalización en un centro asistencial, tanto en calidad, cantidad y seguridad, hasta que este salga de su etapa aguda y recupere su salud. La diferencia entre hospitalización domiciliaria y atención domiciliaria, está dada por el nivel de complejidad de las intervenciones que requiere la persona mayor en su domicilio.

Para la correcta ejecución de la hospitalización domiciliaria es importante señalar que debe existir una buena coordinación y flujos expeditos entre los diversos niveles de atención involucrados. Lo anterior con especial énfasis en:

- Continuidad de la atención hospitalaria en Personas Mayores con condiciones agudas de baja complejidad
- Personas Mayores dependientes con continuidad de cuidados básicos y complejos
- Personas Mayores dependientes con continuidad de atención en rehabilitación
- Cuidados paliativos en Personas Mayores
- Procedimiento de enfermería preventivo, curativo, paliativo y buen morir.
- Compromiso de gestión hospitalaria: Hospital Amigo

* **Programas de salud bucal para Personas Mayores**

La salud bucal es parte fundamental del bienestar de las personas durante todo el curso de vida. La política de salud bucal se ha centrado en la prevención de las enfermedades bucales desde temprana edad, entendiendo que las patologías bucales son crónicas y se manifiestan desde la niñez.

En las Personas Mayores, las principales medidas de prevención se relacionan con tener hábitos de alimentación saludable (bajo consumo de azúcares), evitar el consumo de tabaco, disminuir el consumo de alcohol, mantener hábitos adecuados de higiene bucal y realizar periódicamente el autoexamen bucal. Por su parte, la atención odontológica se focaliza en el manejo de las urgencias odontológicas ambulatorias y en el tratamiento restaurador y rehabilitador a través de programas desarrollados en los centros de salud. Las prestaciones se realizan a través de distintos programas actualmente en implementación: Programa Más Sonrisas para Chile¹⁶; Atención de morbilidad odontológica en extensión

15-Iniciado en 2014, busca aumentar la cobertura de atención odontológica para mujeres de grupos socioeconómicos vulnerables. (95).

16-Busca facilitar el acceso a la atención odontológica de los hombres y mujeres mayores de 20 años, en horarios y lugares compatibles con las actividades laborales. (95).

horaria¹⁷; Programa Hombres de Escasos Recursos (HER)¹⁶; Atención odontológica integral del adulto de 60 años¹⁸; Urgencias Odontológicas Ambulatorias¹⁹; Rehabilitación con prótesis implantosoportadas.

* Garantías explícitas en salud (GES) para las Personas Mayores

Las Garantías Explícitas en Salud (GES) son un conjunto de 85 condiciones de salud con garantías de acceso, calidad, protección financiera y oportunidad, para las personas afiliadas a las instituciones de salud tanto pública como privada. Dentro de las 85 patologías actualmente existen 60 de uso para Personas Mayores (ver detalle en Tabla 39). Recientemente fue incorporado el Alzheimer y otras demencias al Plan de Garantías Explícitas en Salud más conocido como AUGE. Entre las garantía de oportunidad se estipula que todo beneficiario con sospecha de esta condición tendrá acceso a confirmación diagnóstica 60 días después de la sospecha y tratamiento, en un plazo máximo de 60 días después de confirmar la enfermedad.

Tabla 39. Garantías Explícitas en Salud (GES) con foco en Personas Mayores

N° patología según decreto GES	PROBLEMA DE SALUD GES	¿Aplica a Personas Mayores?
1	Enfermedad renal crónica etapa 4 y 5	Sí
2	Cardiopatías congénitas operables en personas menores de 15 años	No
3	Cáncer cervicouterino	No
4	Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado	Sí
5	Infarto agudo de miocardio (IAM)	Sí
6	Diabetes Mellitus (DM) tipo 1	Sí
7	Diabetes Mellitus (DM) tipo 2	Sí
8	Cáncer de mama en personas de 15 años y más	Sí
9	Disrafias espinales	No
10	Tratamiento quirúrgico de escoliosis en personas menores de 25 años	No
11	Tratamiento quirúrgico de cataratas	Sí
12	Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera con limitación funcional severa	Exclusivo
13	Fisura labiopalatina	No
14	Cáncer en personas menores de 15 años	No
15	Esquizofrenia	Sí
16	Cáncer de testículo en personas de 15 años y más	Sí
17	Linfoma en personas de 15 años y más	Sí
18	Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH SIDA	Sí
19	Infección respiratoria aguda (IRA) de manejo ambulatorio en personas menores de 5 años	No

17-Implementado en 2015, dirigido a hombres de 20 años y más beneficiarios del subsistema Seguridades y Oportunidades. Entrega atención odontológica integral incluyendo: examen bucal, diagnóstico, refuerzo educativo, prevención específica y rehabilitación. (95).

18-Su objetivo es mejorar la accesibilidad, oportunidad, calidad y satisfacción usuaria de los adultos de 60 años, realizando prestaciones odontológicas orientadas a disminuir el daño en salud bucal y a rehabilitar protésicamente la pérdida de dientes. (95).

19-Atención de urgencia para patologías bucales que son de aparición súbita, que provocan dolor agudo y requieren de un tratamiento inmediato e impostergradable.

20	Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más	Exclusivo
21	Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años o más	Sí
22	Epilepsia no refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años	No
23	Salud oral integral para niños y niñas de 6 años	No
24	Prevención de parto prematuro	No
25	Trastornos de generación del impulso y conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso	Sí
26	Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años	No
27	Cáncer gástrico	Sí
28	Cáncer de próstata en personas de 15 años y más	Sí
29	Vicios de refracción en personas de 65 años y más	Exclusivo
30	Estrabismo en personas menores de 9 años	No
31	Retinopatía Diabética	Sí
32	Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático	Sí
33	Hemofilia	Sí
34	Depresión en personas de 15 y más años	Sí
35	Tratamiento de la Hiperplasia benigna de próstata en personas sintomáticas	Sí
36	Órtesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más)	Exclusivo
37	Ataque cerebrovascular (ACV) isquémico en personas de 15 años y más	Sí
38	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio	Sí
39	Asma bronquial moderada y grave en personas menores de 15 años	No
40	Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido	No
41	Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada	Sí
42	Hemorragia Subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales	Sí
43	Tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años y más	Sí
44	Tratamiento quirúrgico de Hernia del Núcleo Pulposo Lumbar	Sí
45	Leucemia en personas de 15 años y más	Sí
46	Urgencia odontológica ambulatoria	Sí
47	Salud oral integral del adulto de 60 años	Exclusivo
48	Politraumatizado grave	Sí
49	Traumatismo craneoencefálico moderado o grave	Sí
50	Trauma ocular grave	Sí
51	Fibrosis quística	Sí
52	Artritis reumatoidea	Sí
53	Consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años	No

54	Analgesia del parto	No
55	Gran quemado	Sí
56	Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono	Exclusivo
57	Retinopatía del prematuro	No
58	Displasia broncopulmonar del prematuro	No
59	Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro	No
60	Epilepsia no refractaria en personas de 15 años y más	Sí
61	Asma bronquial en personas de 15 años y más	Sí
62	Enfermedad de Parkinson	Sí
63	Artritis idiopática juvenil	No
64	Prevención secundaria enfermedad renal crónica terminal	Sí
65	Displasia luxante de caderas	No
66	Salud oral integral de la embarazada	No
67	Esclerosis múltiple remitente recurrente	Sí
68	Hepatitis crónica por virus hepatitis B	Sí
69	Hepatitis C	Sí
70	Cáncer colorectal en personas de 15 años y más	Sí
71	Cáncer de ovario epitelial	Sí
72	Cáncer vesical en personas de 15 años y más	Sí
73	Osteosarcoma en personas de 15 años y más	Sí
74	Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de las válvula aórtica en personas de 15 años y más	Sí
75	Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más	Sí
76	Hipotiroidismo en personas de 15 años y más	Sí
77	Tratamiento de hipoacusia moderada, severa y profunda en personas menores de 4 años	No
78	Lupus eritematoso sistémico	Sí
79	Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de las válvulas mitral y tricúspide en personas de 15 años y más	Sí
80	Tratamiento de erradicación del Helicobacter pylori	Sí
81	Cáncer de pulmón en personas de 15 años y más	Sí
82	Cáncer de tiroides diferenciado y medular en personas de 15 años y más	Sí
83	Cáncer renal en personas de 15 años y más	Sí
84	Mieloma múltiple en personas de 15 años y más	Sí
85	Alzheimer y otras demencias	Sí

Fuente: <https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/index>

13.3. Chile y la Inmunización en Personas Mayores, una Política para la Prevención y Control de Enfermedades – Influenza y SARS-CoV-2

De acuerdo a lo establecido en el DFL N°1 de 2005, al MINSAL le compete ejercer la función de garantizar el acceso libre e igualitario a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma. En este contexto, dentro del MINSAL, la Subsecretaría de Salud Pública tiene a su cargo las materias relativas a promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a poblaciones o grupos de personas.

Chile se ha caracterizado por poseer campañas de inmunización con altos niveles de cobertura y eficacia, especialmente en niños y niñas, donde las coberturas durante el primer año de vida superan el 90% (95). No obstante, las Personas Mayores han registrado, comparativamente, menores coberturas de vacunación. A modo de ejemplo, las coberturas de la vacuna de influenza las que se ubicaron entre el 50 y 60% en la última década (95). Es por esto que este grupo ha concentrado los mayores esfuerzos de difusión, de abogacía y concientización de la importancia de vacunación, a través de marketing social, campañas televisivas a nivel nacional e internacional en periodos de marzo y abril de cada año en curso, vacunación en ELEAM, entre otras iniciativas. Durante el año 2019 y 2020, Chile rompe esta tendencia aumentando las coberturas a 68,3% durante el 2019 y alcanzando 84,9% en el 2020, en Personas Mayores de 65 años. Esto gracias al esfuerzo realizado a través del Plan Integral de Salud para Personas Mayores, el apoyo intersectorial con SENAMA y el Programa Nacional de Inmunizaciones que lidera técnicamente la campañas de vacunación.

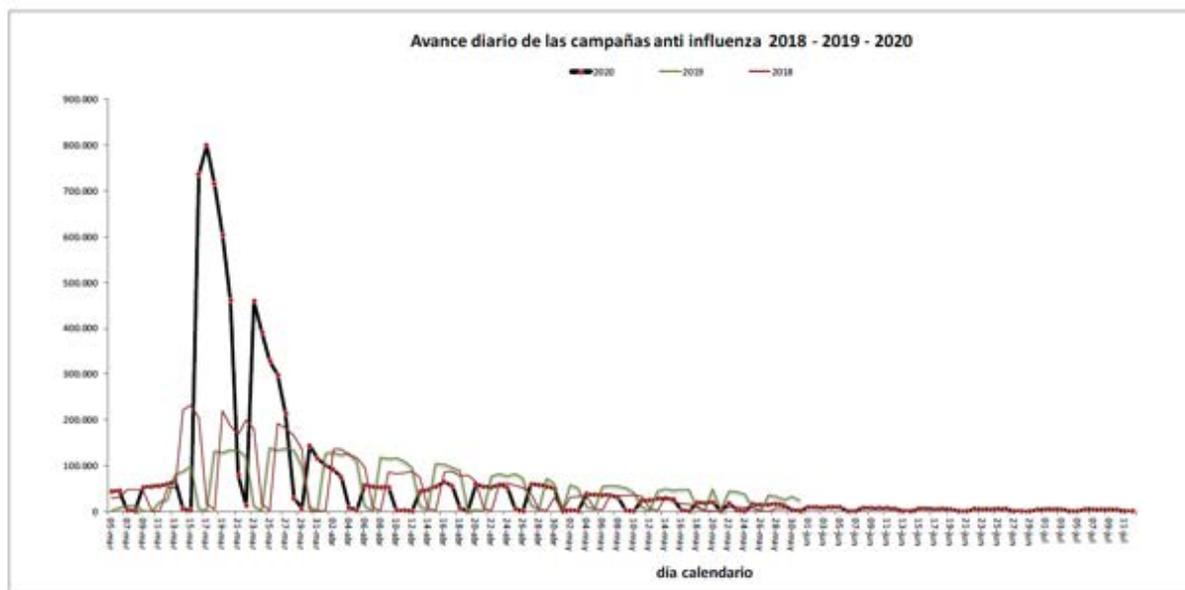
Tabla 40. Inmunización de Influenza en Personas Mayores de 65 años en Chile

Año	Dosis Administradas	Población Objetivo	Coberturas 65 +	Cobertura población general
2016	1.036.973	1.928.868	54%	79%
2017	1.146.404	2.004.302	57%	81%
2018	1.357.131	2.083.595	65%	85%
2019	1.480.408	2.166.648	68%	89%
2020	2.003.283	2.358.616	85%	99%

Fuente: (167)

Durante el año 2020, se observa un peak histórico de vacunación en esta campaña, superando las 700.000 mil dosis entre el 15 y 21 de marzo (168).

Figura 39. Evolución diaria y acumulada de la Campaña 2020 comparada con las campañas 2018 y 2019.



Fuente: Informe campaña influenza 2020, emitido el 21 de enero 2021.

Vacunación en Personas Mayores contra el SARS-COV2

Tras el brote de COVID-19 que se produjo en Wuhan, China, hubo una rápida propagación a escala comunitaria, regional e internacional de SARS-Cov-2, con un aumento exponencial del número de casos y muertes por COVID-19. El 30 de enero del 2020, el Director General de la OMS declaró la situación como una emergencia de salud pública de importancia internacional de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (169).

En Chile, el 5 de febrero 2020, se declaró alerta sanitaria en todo el territorio, para enfrentar la amenaza a la salud pública producida por la propagación a nivel mundial del "Nuevo Coronavirus 2019" (170). El 3 de marzo 2020 se reportó el primer caso de COVID-19 en Chile (171).

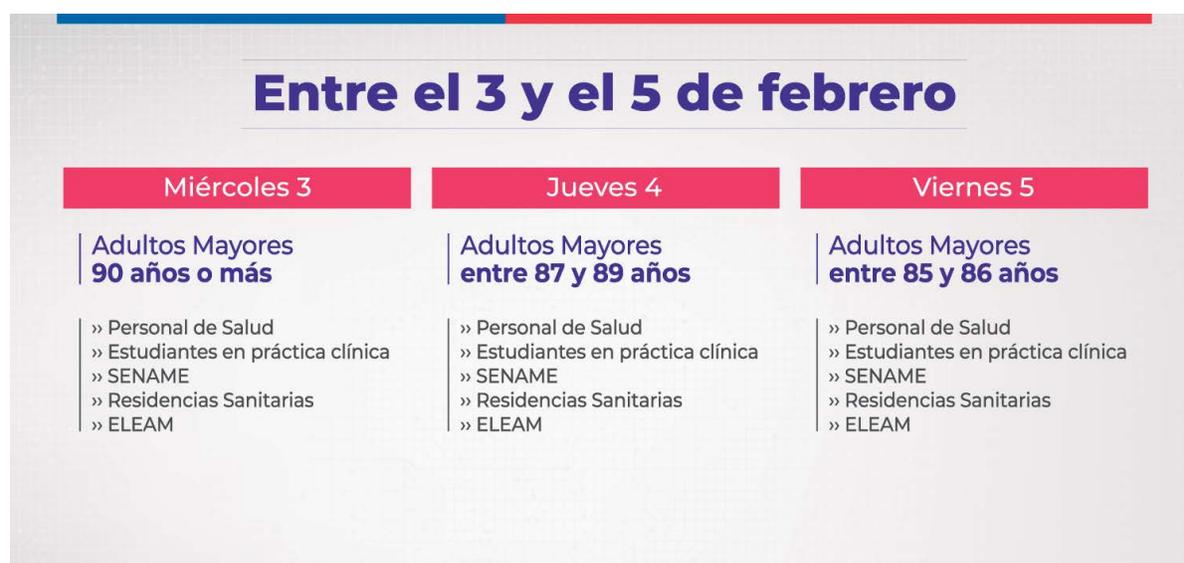
La experiencia recogida a nivel internacional, en aquellos países donde existieron los primeros casos de COVID-19 y sus efectos, demostró que son las Personas Mayores las cuales se enferman más gravemente por COVID 19. Actualmente existe tasa de letalidad del 2,2% en población general y del 11,4% en la población de Personas Mayores en Chile por este virus (95).

Es por esto que, ante la pandemia producida por el virus SARS-CoV-2, el gobierno ha generado una serie de acciones de prevención, especialmente con grupos de población de mayor vulnerabilidad ante el contagio con el virus, como son las Personas Mayores. Así, el Presidente Sr. Sebastián Piñera en conjunto con su equipo asesor y el Ministerio de Salud, realizaron negociaciones internacionales para asegurar la disponibilidad de vacunas para nuestro país, priorizando en primera instancia a las Personas Mayores, en especial aquellas que viven en ELEM. La estrategia de vacunación contempló la adquisición de distintas vacunas aprobadas por el Instituto de Salud Pública de Chile para su uso en contexto de emergencia. Estas son la vacuna Coronavac, del laboratorio Sinovac Life Science, y la vacuna BNT162b2 del laboratorio Pfizer-BioNTech (171).

En Chile, la vacunación comenzó el día 24 de diciembre de 2020, proceso caracterizado por la implementación de un calendario que avanza progresivamente desde la priorización de grupos objetivo hasta la población sana. Entre los grupos priorizados por el MINSAL, se ha contemplado todo el personal de salud clínico/administrativo en atención intrahospitalaria/extrahospitalaria y servicios de urgencias abiertos/cerrados; los estudiantes de carreras de salud en práctica clínica; los residentes y funcionarios de instituciones cerradas; funcionarios de residencias sanitarias; personal que desarrolla funciones críticas en la administración del Estado; personas de 60 y más años, además de personas de 18 a 59 años con comorbilidades de acuerdo a la aprobación de cada vacuna (171).

Las vacunación de las Personas Mayores en el país inicia el 3 de febrero de 2021, comenzando por las Personas Mayores de 90 años e incrementando la cobertura sucesivamente conforme avanzaban los días (Figura 40).

Figura 40. Calendario de Vacunación COVID-19, 3 y 5 de febrero de 2020

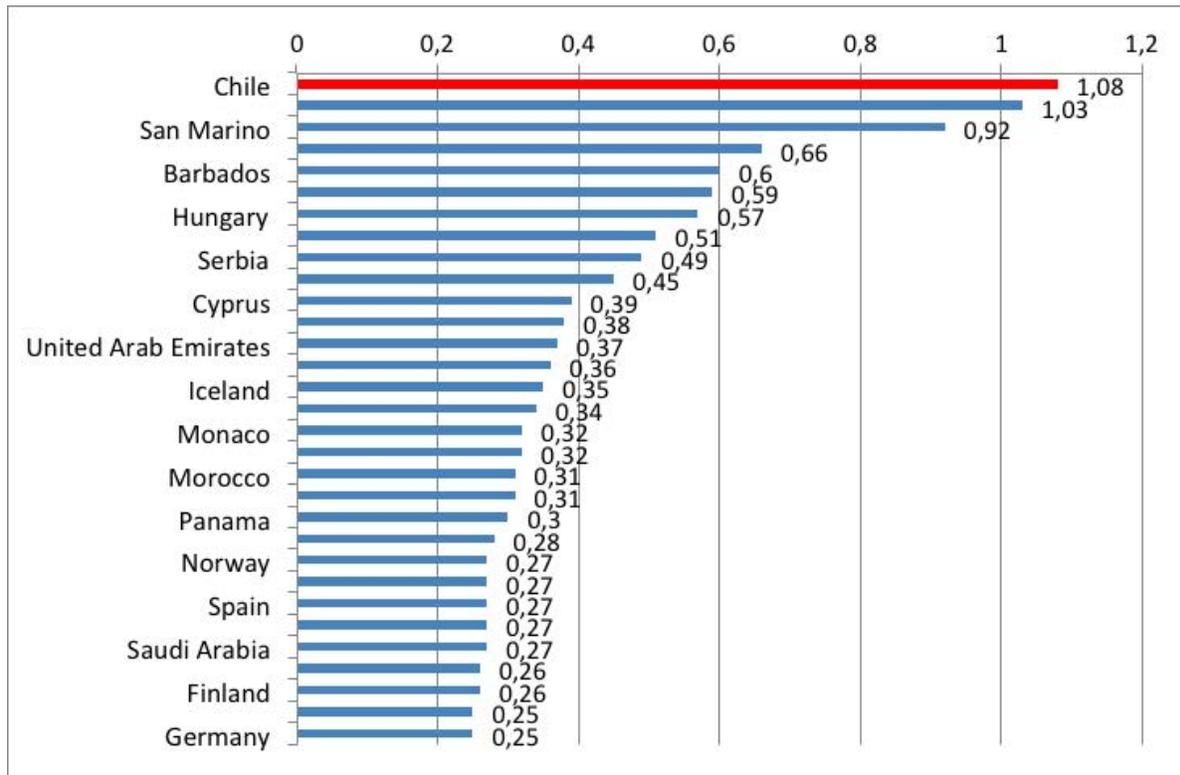


Fuente: (173)

Durante la segunda semana de marzo de 2021, se habían administrado un total de 4.050.042 (primera dosis) y 575.374 (segunda dosis) (169). En Personas Mayores, esta cobertura alcanzaba a 2.619.830 (1ª dosis) y 275.597 (2ª dosis), incluyendo la inmunización de 26.864 Personas Mayores institucionalizadas en ELEAM.

Chile, ha permanecido como uno de los países que más han inmunizado personas en el mundo (Figura 41).

Figura 41. Número diario de dosis de vacunas COVID-19 administradas por 110 personas (datos al 09 de marzo 2021).



Fuente: (174)

Oferta del sector social: programas y beneficios

Finalmente, es crucial considerar que una parte importante de la oferta de servicios destinada a las personas mayores se encuentra alojada en el Ministerio de Desarrollo Social, principalmente a través de programas e iniciativas del Servicios Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). A continuación, se detallan algunas de estas.

Tabla 41. Resumen programas públicos para Personas Mayores desde el sector social

Programa	Año inicio	Propósito	Beneficiarios 2019	Ley de Presupuestos 2020(\$miles)
Buen Trato al Adulto Mayor	2012	Adultos mayores se encuentran informados y protegidos socialmente frente a situaciones de maltrato.	16.618	155.997
Centros Diurnos del Adulto Mayor	2013	Adultos mayores con dependencia leve y moderada, y en situación de vulnerabilidad social conservan o mejoran su nivel de funcionalidad manteniéndose en su entorno familiar y social.	3.915	4.183.007
Condominio de Viviendas Tuteladas para Adultos Mayores	2010	Personas mayores autovalentes en situación de vulnerabilidad, acceden a una solución habitacional y a servicios de apoyo y/o cuidado	992	970.490
Cuidados Domiciliarios	2013	Mujeres y hombres de 60 años y más, vulnerables socioeconómicamente, con dependencia moderada y severa y que no cuentan con un cuidador principal, ven facilitada la realización de sus actividades de la vida diaria	785	1.250.874
Envejecimiento Activo	2013	Adultos mayores autovalentes participan de actividades que promuevan el envejecer activamente	35.111	409.624
Escuela de Formación para Dirigentes Mayores	2007	Adultos mayores organizados conocedores de sus derechos, de políticas y oferta pública integrantes de organizaciones participativas	9.429	160.574
Escuela para Funcionarios Públicos	2009	Profesionales y/o técnicos que se desempeñan en la oferta pública dirigida a personas mayores adquieren competencias técnicas y teóricas sobre temas de vejez y envejecimiento	216	61.467
Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores	2010	Personas mayores en situación de vulnerabilidad, reciben servicios de apoyo y cuidados de larga duración de calidad y acordes a su nivel de dependencia	696	9.500.758
Fondo Nacional del Adulto Mayor	2003	Adultos mayores se integran a espacios de participación social y/o protección favoreciendo su autonomía y calidad de vida	4.743	4.996.573
Fondo Subsidio ELEAM	2013	Mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores dependientes y vulnerables que residen en ELEAM sin fines de lucro	6.059	7.957.000
Turismo Social para el Adulto Mayor	2009	Personas adultas mayores acceden a espacios de recreación y esparcimiento social	6.910	355.939
Voluntariado País de Mayores	2016	Adultos Mayores jubilados/as o pensionados/as, que se encuentran inactivas (ni ocupadas ni desocupadas) ejercen labores sociales de voluntariado, aumentando su autoimagen y autovaloración	230	156.785

Fuente: Elaborado en base a (44).

14. LA RED PARA LA ATENCIÓN DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES

14.1. Equipos interdisciplinarios a lo largo de la red de salud

El Informe Mundial de Envejecimiento OMS en su estrategia global y plan de acción propone adaptar los sistemas de salud a las poblaciones de edad que atienden. Se proponen tres enfoques claves:

- Crear servicios que proporcionen atención integrada y centrada en las personas mayores, y garantizar su acceso.
- Orientar los sistemas en torno a la capacidad intrínseca
- Garantizar que se cuente con personal sanitario sostenible y debidamente capacitado.

En esta línea, el Plan considera la necesidad de contar con equipos multidisciplinarios que logren, en conjunto y coordinadamente, brindar atenciones de salud que permitan responder de manera adecuada a las demandas de las personas mayores en Chile. Con respecto a la formación en temas de geriatría y gerontología, la especialización de los equipos considera: Valoración Geriátrica Integral (VGI), cuidados paliativos no oncológicos, rehabilitación y dolor, psicogeriatría, oncogeriatría y ortogeriatría. Para el nivel terciario se realizará capacitación en fragilidad geriátrica, odontogeriatría, farmacología clínica y problemas frecuentes de las personas mayores hospitalizadas. Los anteriormente mencionados, se abordarán a través del programa de educación a distancia del sector público de salud, de tal forma que podamos llegar con mayor fuerza a todos los profesionales de la red pública de salud.

Para lograr este objetivo, se requiere del trabajo de distintos profesionales de la salud, con una formación que apunte a entender las necesidades específicas de la población de personas mayores. Hasta el año 2018, de acuerdo con la información de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas (DIGEDEP) del Ministerio de Salud (175), se sabe que en Chile el total de profesionales de salud existentes son:

Tabla 42. Catastro de profesionales de salud en Chile (2018)

PROFESIÓN	TOTAL PAÍS
Total de médicos	50.724
Médicos generales	24.891
Médicos especialistas	25.833
Geriatras	128
Asistentes Sociales	1.569
Enfermeros	11.112
Fonoaudiólogos	187
Kinesiólogos	1.746
Matronas	2.783
Nutricionistas	357
Psicólogo	1.103
Químicos Farmacéuticos	655
Tecnólogo Médico	2.600
Terapeuta Ocupacional	450

Fuente: (175, 176).

El Plan nacional propuesto, considera la necesidad de ofrecer capacitación en geriatría y gerontología, a estos profesionales como parte del capital humano con el que la red integral de salud requiere contar para poder brindar un servicio adecuado y de calidad a las personas mayores.

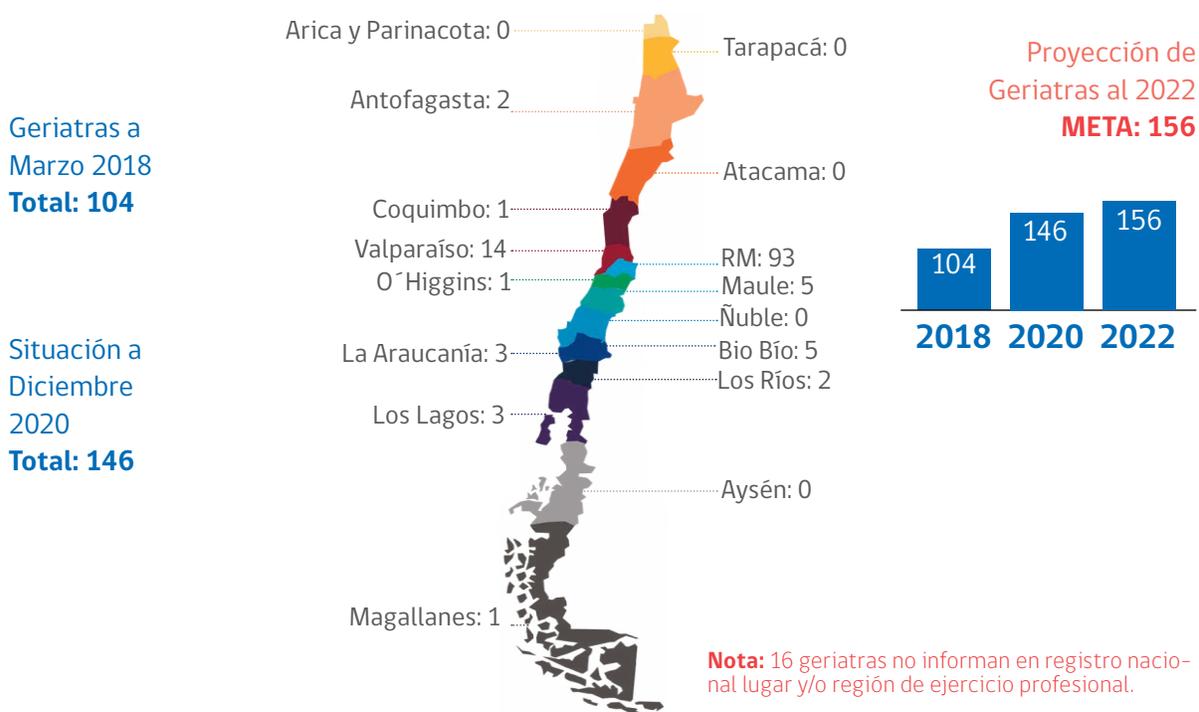
14.2. Geriatría: la especialidad médica en Chile

De acuerdo con lo sugerido por la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, la proporción de geriatras por personas mayores autovalentes debería ser de 1 por cada 5.000 personas mayores, y en situaciones de dependencia severa 1 geriatra por cada 2.500 personas mayores (177). Al comienzo del Gobierno del Sr. Presidente Sebastián Piñera, el catastro de geriatras en Chile era de 104 especialistas inscritos como prestadores individuales en la Superintendencia de Salud, existiendo a esa fecha una relación de 1 geriatra por cada 19.260 personas mayores de 65 años y más.

Posteriormente, al 31 de diciembre del 2020, el catastro de geriatras en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud de la Superintendencia de Salud, era de 146 especialistas (178). Analizando el escenario actual de los médicos que se encuentran en formación para ser geriatras (en cualquiera de sus modalidades) se espera contar al año 2022 con al menos 156 especialistas.

En la Figura 42 se muestra la distribución por región, de acuerdo con lo registrado en la Superintendencia de Salud, al 31 de diciembre de 2020. Sin embargo, se tiene información no oficial respecto a algunas regiones en las cuales efectivamente existen geriatras ejerciendo (por ejemplo en las regiones de Aysén y Coquimbo). Al mismo tiempo, la figura muestra la proyección para el 2022, relacionada con el aumento de geriatras a lo largo del territorio nacional. En este punto, una de las premisas a considerar es que, además del aumento de especialistas, es relevante generar políticas que permitan atraer a estos nuevos geriatras a trabajar a la red de salud pública.

Figura 42. Distribución actual de los Geriatras en Chile y la proyección al 2022.



Fuente: Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud, Superintendencia de Salud, MINSAL, 31 Diciembre del 2020

14.3. Atención integral especializada a Personas Mayores

El Instituto Nacional de Geriátría (INGER) dispone de casi la totalidad de los niveles asistenciales hospitalarios (UGA, Unidad de Recuperación Funcional, Cuidados Paliativos-Fin de Vida, Ortogeriatría y Psicogeriatría), en el área ambulatoria (consulta de especialidad de geriatría, Hospital de Día, monográficos como polifarmacia, prequirúrgico, depresión mayor, hipoacusia, incontinencias, fragilidad-sarcopenia, entre otros), policlínico de cuidados paliativos y neuropsicogeriatría. Esto permite la recuperación funcional de la Persona Mayor manteniendo su autonomía y mejorando su calidad de vida.

Actualmente el INGER, funciona como centro de referencia nacional para la atención especializada de Personas Mayores, y su programa de articulación con otros dispositivos asistenciales de la red ofrece una experiencia de coordinación permanente que busca entregar una atención continua, estableciendo flujos más expeditos de atención, comunicación e información.

Dentro del modelo de atención propuesto para el nivel terciario, se sitúan las Unidades Geriátricas de Agudos (UGA), unidad clínica en donde se considera un abordaje no solo orientado a la recuperación de la condición aguda de la persona mayor frágil, sino también a la rehabilitación inicial de aquellas discapacidades secundarias al proceso agudo en curso. La recuperación de la máxima funcionalidad posible, como uno de los objetivos terapéuticos, favorecerá la reinserción familiar y comunitaria de la persona mayor, además de la disminución de los días de hospitalización y su probable re-ingreso (179).

Durante el mes de diciembre del año 2018 el Ministerio de Salud, a través de la Resolución Exenta N° 1992, publica la Orientación Técnica de Atención Integral para Personas Mayores Frágiles en Unidades Geriátricas de Agudos (UGA) en donde se definen las directrices técnicas que propone el Ministerio de Salud para el funcionamiento de estas unidades.

Al mismo tiempo, durante el primer semestre del año 2019, ya fueron inauguradas tres UGAs: Hospital de La Florida (Santiago) (7 camas), Hospital de Coquimbo (9 camas) y Hospital El Carmen de Maipú (24 camas) (Santiago), y se espera seguir determinando las brechas existentes (recursos humanos, infraestructura y equipamiento), en aquellas zonas que serán priorizadas a lo largo de Chile para la implementación de las Unidades. El buen funcionamiento de las UGA dependerá igualmente de una mejora en la coordinación entre los niveles del sistema de salud a modo de asegurar continuidad de cuidados de las Personas Mayores.

PARTE V:

**PLAN NACIONAL DE SALUD INTEGRAL
PARA LAS PERSONAS MAYORES
Y SU PLAN DE ACCIÓN 2020-2030**



15. ALCANCES PRELIMINARES

Al analizar la oferta programática, separándola en aquella orientada a personas mayores con capacidad funcional independiente y aquella orientada a personas dependientes o institucionalizadas por necesidades socio-sanitarias, destaca que el presupuesto orientado a personas dependientes es considerablemente más alto que el diseñado para personas independientes. Se observa aquí una tendencia que tiende a repetirse en distintos ámbitos, cual es que el gasto en reparación o rehabilitación es más alto que el gasto preventivo. Con esto no se quiere plantear que no sea necesaria la inversión en iniciativas y programas de apoyo a la dependencia funcional, pero sí para hacer hincapié en la necesidad de implementar acciones a largo plazo que permitan tener un mayor porcentaje de personas mayores activas, satisfechos con su vida y participando integralmente en la sociedad. Para esto es importante coordinar la oferta nueva y existente con un enfoque promocional y preventivo, capaz además de entregar lineamientos basados en evidencia para el diseño e implementación de modelos de atención socio-sanitarios para la dependencia.

Esta tarea es abordada mediante el Plan Nacional, para lo cual se cuenta, con modelos conceptuales, normativa, metodologías de intervención y una amplia oferta programática ya existente. En términos de modelos conceptuales, existe un trabajo validado a nivel internacional que entrega orientaciones para la implementación de estrategias de promoción y prevención, así como lineamientos para la implementación de servicios de cuidado de largo plazo desde una perspectiva de derechos. El enfoque de atención centrado en la persona representa una guía, pero también un desafío metodológico, este es el de mantener la autonomía de las personas mayores sobre sus propias vida más allá del nivel de dependencia física y/o cognitiva que puedan tener. Asimismo, existe una extensa normativa internacional y nacional, expresada en una serie de instrumentos, que entregan orientación para la implementación de programas, planes y políticas nacionales. Sin embargo, Chile tiene también un desafío en esta materia, cuál es el de generar una normativa de protección de las personas mayores que establezca mínimos de calidad en la oferta de iniciativas y servicios que sean exigibles y cuenten con financiamiento asegurado, que permita avanzar en la implementación del enfoque de derechos.

A nivel de oferta, es necesario destacar la amplitud de esta, la cual constituye un recurso que se ha generado de forma acumulativa, que posee experiencia sobre intervención en territorios, y que debe ser articulada en función de los objetivos de la Política Integral de Envejecimiento Positivo y el Plan aquí propuesto.

A continuación, se presenta el Plan de Acción de este Plan Nacional, el cual operacionaliza en líneas de acción, objetivos y metas específicas, el modelo de gobernanza de los recursos conceptuales, normativos y técnicos que supone este Plan Nacional de Salud Integral de Personas Mayores.

16. CONCEPTOS TRANSVERSALES A LAS INICIATIVAS DEL PLAN NACIONAL DE SALUD INTEGRAL PARA LAS PERSONAS MAYORES

16.1. Funcionalidad: el mejor indicador de salud de las Personas Mayores

Durante el año 2010, se introduce en Chile el concepto de envejecimiento positivo. Esta idea busca integrar los conceptos de envejecimiento saludable y activo, y se define como la “creación dinámica de un futuro atractivo para las personas y las sociedades, y opera simultáneamente como proceso biográfico a nivel individual y a nivel social. Para las personas 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” (4).

Es en este contexto que adquiere gran relevancia el desarrollo de un modelo de salud que ofrezca a las Personas Mayores un futuro atractivo, en donde se fomente su funcionalidad y autovalencia desde un abordaje multidimensional. Una persona mayor autovalente es aquella cuyas características físicas, funcionales, mentales y sociales están de acuerdo con su edad cronológica, es capaz de realizar actividades funcionales esenciales de autocuidado, tales como: comer, vestirse, desplazarse, bañarse y las actividades necesarias para adaptarse a su medio ambiente: leer, usar el teléfono, manejar su medicación, el dinero, viajar y hacer sus trámites (96).

Como ya lo hemos mencionado, la fragilidad es un predictor de dependencia en las Personas Mayores y esto por consecuencia, obliga al Estado a asumir un alto gasto sanitario en intervenciones curativas en todos sus grados de complejidad. Si el énfasis al momento de diseñar las acciones sanitarias se pone en fomentar la autonomía y en la prevención temprana de la dependencia, ofreceremos una mejor calidad de vida a este grupo y al mismo tiempo, podríamos disminuir la utilización de dispositivos con mayor complejidad y más costosos, por parte de esta población.

16.2. Integralidad en la Atención: Valoración Geriátrica Integral (VGI)

El Modelo de atención integral en salud para las Personas Mayores en Chile debe contener como una de sus premisas más relevantes la integralidad en cada una de sus intervenciones. Las necesidades de las personas son múltiples, y en especial en las Personas Mayores, a quienes un modelo que enfatiza la valoración de los aspectos biomédicos, dejando en segundo plano la evaluación de las necesidades sociales, emocionales y funcionales, puede volverlas más vulnerables. La intervención sobre la condición aguda de la persona mayor, o el control permanente de sus condiciones crónicas, es fundamental sin duda, sin embargo, la valoración multidimensional de sus necesidades y el abordaje interdisciplinar es un cambio imperativo que propone introducir este Modelo en todos los niveles asistenciales.

En este contexto, la Valoración Geriátrica Integral, se aplica en todos los niveles asistenciales a los cuales concurre la persona mayor, desde el nivel primario hasta las salas de agudos. La mayor o menor “profundidad” de la valoración geriátrica integral va a depender de la mayor o menor gravedad del cuadro clínico en curso, y si se está en un plano promocional, de prevención, de tratamiento o de rehabilitación de aquellos cuadros médicos en cuestión.

Es importante señalar que el objetivo de la valoración geriátrica no es evaluar las dimensiones cuádruples desde un enfoque exclusivamente clínico y diagnóstico. Este modelo será efectivamente integral cuando se ofrezca a la Persona Mayor un plan real de intervención multidimensional.

16.3. Fragmentación: Atención continuada en la red sanitaria y sociosanitaria

La fragmentación de los sistemas de salud es un desafío transversal a todos los países de América Latina y el Caribe, en donde Chile no es la excepción. Esta problemática, corresponde a un factor crítico a intervenir; a través de la evaluación y optimización de los mecanismos de referencia y contrareferencia, no tan solo entre los niveles asistenciales, sino también con entidades de otros sectores.

En el contexto del envejecimiento poblacional y las formas más efectivas de abordar la fragmentación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve los cuidados integrados como una estrategia fundamental para la adaptación de los sistemas y servicios sanitarios en función de las necesidades de la población de Personas Mayores. La OMS define cuidados integrados como: "Servicios de salud gestionados y dispensados de manera que las personas reciban servicios asistenciales en un continuo que englobe la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad, así como la rehabilitación y los cuidados paliativos, todo ello de forma coordinada entre los distintos niveles y centros asistenciales del sector de la salud y más allá de él" (153).

En cualquier proceso de transición, desde o hacia un dispositivo sanitario o social, debe coordinarse propiciando la llegada de la persona mayor y el traspaso de información de forma expedita y oportuna. La correcta entrega de cuidados transicionales hacia las Personas Mayores implica gestiones, tanto clínicas como administrativas, que deben definirse e incorporarse como parte del plan individual de tratamiento para cada caso.

Finalmente, es importante destacar que lograr una atención continuada, requiere de un fuerte compromiso y trabajo intersectorial. En este contexto, como Ministerio de Salud, se buscará desarrollar acciones conjuntas, coordinadas y sistemáticas con otras instituciones y sectores, generando sinergias para obtener mejores resultados en salud para las Personas Mayores.

En Chile, la construcción de un modelo sociosanitario es un desafío pendiente. Bajo esta premisa, el Plan Nacional de Salud Integral para las Personas Mayores (2020-2030), reconoce esta necesidad y promueve la construcción de servicios socio-sanitarios integrados, no solo generando nuevos dispositivos, sino también acciones que optimicen concretamente la comunicación, coordinación y permanente trabajo conjunto.

16.4. Fragilidad: Factor clave a prevenir e intervenir

Durante el proceso de envejecimiento se producen cambios fisiológicos asociados a la edad que conducen a un progresivo riesgo de pérdida de la autonomía. Una persona frágil es aquella que ve afectada su autonomía por factores físicos, ambientales, psicológicos, sociales y/o económicos.

Actualmente no existe un patrón de referencia que defina de forma única la fragilidad, debido a la multidimensionalidad de los factores, sin embargo, cualquiera sea la definición o criterio, se explica por una menor reserva fisiológica (homeostenosis) y mayor riesgo de pérdida de la homeostasis, pudiéndose utilizar como referencia la presencia de alguno de los siguientes hechos (161):

- * Edad elevada (mayores de 75-80 años).
- * Soledad.
- * Deterioro adquirido recientemente en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

- * Presencia de síndromes geriátricos.
- * Pluripatología (multiplicidad de problemas complejos que interactúan y pueden manifestarse de forma atípica o inespecífica).
- * Riesgo de institucionalización prematura o inadecuada.
- * Sarcopenia.

Si consideramos la fragilidad como un factor que se asocia directamente a la pérdida de funcionalidad y a condiciones de dependencia en las Personas Mayores, y en consecuencia a una utilización mayor de recursos sanitarios y sociales, parece razonable plantear que la prevención de la fragilidad en la población mayor con factores de riesgo sea una acción prioritaria, además de la identificación de estos grupos de personas frágiles y diseñar para ellas un plan de intervención individualizado, que ponga énfasis en lo ambulatorio y centrado en procesos de atención continua. Lo anterior, puede resultar beneficioso al mediano y largo plazo para el sistema sanitario, desde una perspectiva de costo-efectividad.

17. INICIATIVAS DESTACADAS: IMPLEMENTANDO UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN PARA LAS PERSONAS MAYORES

Las iniciativas presentadas en el plan de acción buscan generar un impacto real en la vida de las Personas Mayores y sus familias. El Plan Nacional de Salud Integral para las Personas Mayores, busca implementar un modelo en donde la persona es entendida de manera integral y los servicios a los que accede se coordinan desde distintos sectores del estado y la sociedad, para dar respuesta a sus necesidades.

En esta línea, este capítulo presenta dos grandes grupos de iniciativas. En primer lugar, las iniciativas de gobierno para el periodo 2018-2022, acciones que destacan por su importancia en hacerse cargo, en el corto plazo, de algunos problemas apremiantes que enfrentan las Personas Mayores. Luego otras iniciativas planteadas para desarrollar un nuevo paradigma en la atención de Personas Mayores en Chile, ejemplos de la forma en que se pretende -en el mediano y largo plazo- abordar las necesidades de salud y el bienestar subjetivo para este grupo de la población.

17.1. Propuestas para el periodo 2018-2022

El Sr. Presidente Sebastián Piñera, desde su primer mandato de gobierno, tomó una importante decisión política: abordar el envejecimiento de la población chilena visualizando el desafío que este cambio demográfico y epidemiológico implica para la salud del país en las próximas décadas. Dentro de su programa de gobierno 2018-2022, se plantean propuestas que buscan mejorar la calidad de vida de las Personas Mayores en Chile. En concreto, el plan "Adulto Mejor" es una iniciativa que apuntan a promover un envejecimiento positivo: Saludable, Seguro, Participativo e Institucional.

En este contexto, el Sr. Presidente Sebastian Piñera decide avanzar en una propuesta concreta para la política de Envejecimiento Activo, Positivo y Saludable 2012-2021, formalizándose en el Ministerio de Salud, la cual alimenta la elaboración y publicación del Plan Nacional de Salud Integral para las Personas Mayores y sus Líneas Estratégicas de acción 2020-2030.

Dentro de los objetivos se encuentran:

- a) 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.

- b) Aumentar la prevalencia de factores protectores para la salud en las Personas Mayores.
- c) Aumentar el número de profesionales y técnicos con conocimientos específicos sobre Personas Mayores.

Al respecto, en el actual periodo de gobierno 2018-2022 se contempla la implementación de las siguientes iniciativas:

Auge Mayor: facilitar el acceso, oportunidad y calidad de la atención en salud

De acuerdo con lo planteado en el Plan de Gobierno 2018-2022, esta iniciativa busca facilitar el acceso, oportunidad y calidad de la atención en salud, así como la entrega de medicamentos a Personas Mayores a lo largo de la red pública, tomando en cuenta las barreras de acceso en salud, dándole una respuesta a sus necesidades. El día 22 de julio del 2019, el Sr. Presidente Sebastián Piñera promulga la ley que establece la atención preferente en salud para Personas Mayores y con discapacidad, mejorando la oportunidad de acceso a las prestaciones de salud en tres ámbitos: consulta de salud, solicitud de medicamentos y toma de exámenes o procedimientos médicos más complejos. El Ministerio de Salud, dictó el decreto N° 2 del 2020, que aprueba reglamento que regula el derecho a la atención preferente dispuesto en la Ley N° 20.584 que permitirá la correcta implementación, de este derecho en la red asistencial a lo largo del país. El reglamento de la Ley dispone la adopción de medidas generales de buen trato y accesibilidad, y medidas específicas para establecer mecanismos de atención diferenciada y prioritaria para los sujetos de atención preferente.

Por otra parte, el decreto N° 22 de 2019, del Ministerio de Salud, incorpora el Alzheimer y otras demencias al Régimen de Garantías Explícitas en Salud. Esta iniciativa beneficia a más de 200.000 personas con demencia que viven en Chile, entre las garantías de acceso se estipula que todo beneficiario con sospecha de esta condición tendrá acceso a confirmación diagnóstica 60 días después de la sospecha y tratamiento, en un plazo máximo de 60 días después de confirmar la enfermedad.

Se complementa con lo anterior el Plan Nacional de Demencias, programa que brinda acceso, oportunidad y calidad de atención para diagnóstico y prestaciones tanto farmacológicas como no farmacológicas a las Personas Mayores que viven con demencia y a sus familias. Cabe señalar que, a diciembre 2020, el Plan Nacional de Demencias se encontraba operando en 10 comunas de Chile.

Implementar progresivamente Unidades Geriátricas de Agudos en hospitales

Durante el periodo de gobierno se buscará implementar progresivamente 11 Unidades Geriátricas de Agudos en hospitales de alta complejidad de todo el país, que presenten altos índices de envejecimiento, y donde las capacidades técnicas lo permitan. Esta iniciativa tiene como objetivo brindar una atención integral, oportuna, segura y continua a las Personas Mayores frágiles durante su proceso de hospitalización.

Para el logro de este objetivo se requiere la disponibilidad de un geriatra en el dispositivo terciario, además de un equipo profesional interdisciplinario capacitado en el trabajo con Personas Mayores, así como una infraestructura acorde para la rehabilitación precoz y un trabajo coordinado con el entorno de apoyo familiar y la red sociosanitaria.

Aumentar el número de geriatras en un 50%, además de la capacitación a los distintos profesionales y técnicos del equipo de salud

Finalmente, en la política de Envejecimiento Activo, Positivo y Saludable del programa de gobierno propone aumentar el número de geriatras en un 50% y la formación de equipos de salud especializados en geriatría y gerontología.

Para aumentar el número de geriatras en Chile, y relevar la importancia de esta especialidad médica, trabajaremos con las distintas casas de estudio, públicas y privadas, para que se hagan parte de este gran desafío. A través de acuerdos de colaboración, incentivaremos a las instituciones de educación superior a que puedan orientar su capacidad formadora hacia la salud de las Personas Mayores, tanto con un incremento en la formación de Geriatras en aquellas Universidades que imparten la especialidad, como la apertura de nuevos programas de formación en aquellas casas de estudios que hasta ahora no lo poseen.

Al mismo tiempo, y con el objetivo de formar recurso humano especializado en la atención de Personas Mayores, se proponen capacitaciones a profesionales de equipos de salud. Esta iniciativa pretende ofrecer una sólida base en el área a profesionales que trabajan con Personas Mayores, entregándoles conocimientos y certificación, con una mirada sociosanitaria, la cual considera a profesionales de las áreas de la salud y de servicios sociales.

La línea formativa propuesta, da cuenta de modelos internacionales exitosos, sigue las recomendaciones propuestas en el Informe Mundial de Envejecimiento emitido el año 2015 por la Organización Mundial de la Salud, ofrece conocimientos básicos para el trabajo en geriatría y gerontología, junto a la articulación de equipos interdisciplinarios, desde una perspectiva de derechos humanos. Dentro de las acciones asociadas a mejorar la formación de los equipos, se están convocando a las distintas universidades del país para que consideren incorporar dentro de sus mallas curriculares, en pregrado y postgrado, temáticas relacionadas con geriatría y gerontología, en especial en aquellas carreras relacionadas con la atención social y sanitaria de Personas Mayores.

Dentro de las temáticas relacionadas que se quieren relevar podemos encontrar; cuidados paliativos no oncológicos, rehabilitación y dolor, psicogeriatría, oncogeriatría y ortogeriatría. Específicamente para el nivel terciario se realizarán capacitaciones en fragilidad geriátrica, odontogeriatría, farmacología clínica y problemas frecuentes de las Personas Mayores hospitalizadas.

Como un ejemplo de lo anteriormente mencionado, el año 2018 se capacitaron en la Atención Primaria de Salud (APS) a 70 médicos en Etapa de Destinación y Formación (EDF) a través del curso de "Manejo de Situaciones Complejas en la Atención Geriátrica Ambulatoria" impartido por la Pontificia Universidad Católica de Chile, cuyo objetivo es preparar a los profesionales para atender problemas frecuentes en geriatría como la demencia, las caídas, la depresión, los trastornos del sueño, delirium o incontinencia.

Otra instancia de formación ofrecida para los equipos de salud que trabajan con Personas Mayores es el curso llamado "Vivifrail"; esta es una capacitación que le permitirá a los profesionales adquirir competencias para promover en la población mayor la práctica de ejercicio físico para mejorar la fuerza, la capacidad de caminar y el equilibrio, mientras se evita la fragilidad y disminuye el riesgo de caídas.

Finalmente, a través de la coordinación intersectorial con el SENAMA, se espera entregar capacitación y certificación a cuidadores formales e informales, estableciendo un registro de prestadores de

servicios de cuidados para Personas Mayores, entendiendo que los cuidadores representan un grupo de vital importancia en la provisión de servicios a personas con necesidades de cuidados en el país. La capacitación en su línea base quiere dar cuenta de la oferta de servicios sociosanitarios, estrategias para mejorar los cuidados prolongados en Personas Mayores, pensando también en los cuidados domiciliarios y para Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM).

Como ejemplo de los anteriormente mencionado, se trabajó junto al SENAMA en el documento “Yo me cuido y te cuido”, Manual para el cuidador de personas con dependencia. Al mismo tiempo se desarrolló junto al Servicio Nacional de Capacitación y Empleo (SENCE) y el SENAMA un plan formativo para la capacitación de “Cuidadores Primarios”, personas que puedan adquirir competencias para prestar servicios de cuidados básicos integrales a Personas Mayores de acuerdo con las necesidades de las personas, las indicaciones del profesional de la salud y los aspectos normativos vigentes.

Durante la crisis sanitaria producto del COVID-19 se realizó un acompañamiento permanente a los ELEAM del país orientado principalmente, a entregar recomendaciones para la prevención y manejo de casos sospechosos, probables y confirmados tanto de las Personas Mayores institucionalizadas como del personal de trato directo, situación que permitió evidenciar el bajo nivel de conocimientos y precarias condiciones laborales en que se encuentran las cuidadoras(es) que asumen el cuidado de Personas Mayores con algún grado de dependencia. Por esta razón se formó una mesa de trabajo liderada desde el gabinete de la Primera Dama a través de Proyectos de Compromiso País, asumiendo la formación de cuidadores como una tarea pendiente y necesaria de abordar en un corto plazo. En este contexto, se está trabajando en generar un programa de formación de cuidadoras (es), modular, certificado, progresivo, reconociendo los aprendizajes previos y con una modalidad b-learning, de manera que permita conciliar los estudios y el trabajo.

Política Nacional de Medicamentos

Como ya se profundizó en capítulos anteriores de este documento, la compra de medicamentos es el ítem más importante en el gasto de bolsillo para la población (38%) en Chile. Si miramos específicamente en Personas Mayores, podemos observar que este gasto es aún más importante en hogares en los que vive este grupo de la población.

La Política Nacional de Medicamentos es una iniciativa que contempla 30 medidas que buscan mejorar la disponibilidad de medicamentos, disminuir el gasto de bolsillo de las familias y asegurar la calidad de los productos farmacéuticos que se comercializan en el país. Dentro de las medidas específicas de esta política, que consideran a las Personas Mayores están:

- * Entrega de medicamentos a domicilio para personas con dependencia severa y que se controlan en centros de atención primaria de salud.
- * Entrega directa de medicamentos a Personas Mayores residentes de los ELEAM.
- * Entrega de medicamentos para Personas Mayores en centros diurnos.
- * Programa para mejorar la adherencia de tratamiento del adulto mayor a través de talleres donde se les enseñe a organizar un pastillero.

17.2. Iniciativas para desarrollar un nuevo paradigma en la atención de Personas Mayores en Chile

Este segundo grupo de iniciativas representan, ejemplos concretos, de la manera en que las propuestas de este Plan Nacional de Salud Integral para las Personas Mayores, busca generar un cambio en el paradigma de la atención de salud para las Personas Mayores en Chile.

Las acciones que a continuación se exponen, están basadas en conceptos claves que fueron desarrollados previamente en este documento, ilustrando la manera en que la teoría se pone en práctica bajo el alero de este Plan Nacional.

a- Fortalecer el Rol del Instituto Nacional de Geriátría (INGER) como referente en la atención de Personas Mayores en Chile

El Instituto Nacional de Geriátría se crea en el año 1976 como centro geriátrico y en 1984 el Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO) le da el carácter de Centro Especializado de atención de salud para la población de Personas Mayores. En 1997 se le reconoce como establecimiento de especialidad y formador de recursos humanos, recibiendo el nombre de Instituto Nacional de Geriátría (INGER). En la actualidad, es la única institución pública a nivel nacional destinada a la atención de geriátría aguda, con un modelo de atención integral e interdisciplinario, que ofrece una amplia cartera de prestaciones a las Personas Mayores y se articula con los otros niveles asistenciales de la zona metropolitana oriente. Dentro de su visión, el INGER busca ser la institución que lidere la implementación del modelo de atención geriátrico integral en la red pública de salud, a través de la actividad asistencial y docente.

Se debe resaltar que aunque hay experiencia internacional de un modelo Geriátrico sanitario a partir de un Modelo más bien Comunitario, en nuestro país se ha planteado que la adecuación sanitaria progresiva, debe partir desde el nivel terciario con las UGAs, como un polo de demostración del modelo de atención continua, con referencia a la APS local.

Actualmente el INGER, funciona como centro de referencia nacional para la atención especializada de Personas Mayores, y su programa de articulación con otros dispositivos asistenciales de la red ofrece una experiencia de coordinación permanente que busca entregar una atención continua, estableciendo flujos más expeditos de atención, comunicación e información.

En este contexto, se consideran dos componentes estratégicos para este Plan Nacional de Salud Integral relacionados al INGER.

En primer lugar, fortalecer el rol de la institución en aspectos relacionados con:

- * Capacidad en la entrega de servicios asistenciales altamente especializados
- * Capacidad como centro de referencia nacional en formación de capital humano especializado en el trabajo con Personas Mayores.
- * Constituirse en el centro de referencia nacional en investigación, contribuyendo al mejoramiento continuo del conocimiento local en materias de vejez y envejecimiento.
- * Constituirse en el centro de referencia nacional de innovación aplicada, al generar evidencia local y poner en práctica la evidencia internacional.

En segundo lugar, se propone la implementación de centros de referencia macro-zonales (células INGER), que puedan acercar a los territorios el modelo de atención geriátrica integral propuesto por el INGER. Lo anterior permitiría beneficiar a más de 1.200.000 Personas Mayores de 65 años y más que residen fuera de la Región Metropolitana (41).

Para el desarrollo de esta iniciativa se proponen las siguientes acciones:

- * Conformar una mesa técnica compuesta por referentes INGER, de UGAs implementadas y Sociedad chilena de Geriátrica-Gerontología y representantes de sociedades científicas pertinentes.
- * Determinar presupuesto de implementación de la estrategia UGA en zonas priorizadas.
- * Elaborar un documento que desarrolle el Modelo de Atención de Salud Integrado en Red para Personas Mayores, basado en la experiencia del INGER.

Los criterios sugeridos para la priorización de los lugares en donde implementar las Células macro-zonales INGER son:

- * Zonas con porcentajes de Personas Mayores sobre la media nacional (11,4%).
- * Debe existir una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA): equipos interdisciplinarios sensibilizados y especializados en la atención de Personas Mayores.
- * Al menos cuatro geriatras trabajando en la red pública
- * Presencia de oferta programática MINSAL-SENAMA
- * Becas de geriatría y/o posibilidad de apertura.

Las células macro-zonales INGER deben estar insertas en la atención secundaria (CDT) de los hospitales que sean priorizados, en función de los criterios anteriormente mencionados.

Los roles esperados que cumplan las células macro-zonales INGER son:

- * Desarrollar progresivamente los niveles asistenciales propios de la especialidad
 - Unidades de recuperación funcional: post ACV, caídas y alivio del dolor y cuidados paliativos (no oncológicos).
 - Atención ambulatoria especializada en:
 - Policlínico de polifarmacia
 - Policlínico de neuropsicogeriatría
 - Policlínico de trastornos deglutorios
 - Policlínico de trastornos de la audición
 - Policlínico de Odontogeriatría
 - Policlínico de Ortogeriatría
- * Coordinación permanente con INGER central
 - Acompañamiento en la implementación progresiva de los niveles asistenciales de la especialidad
 - Resolución de casos complejos: APS, nivel secundario y terciario
 - Fomentar en la macro-zona la formación de capital humano especializado en el trabajo con Personas Mayores
 - Desarrollo e implementación de flujogramas y protocolos específicos de atención y articulación, considerando cada realidad local.
 - Telegeriatría en zonas aisladas de la macro-zona.

- * Favorecer la gestión de casos y atención continua de las Personas Mayores en la red sanitaria y social de la macro-zona.
 - Colaborar en el diseño de flujos eficientes de referencia y contrareferencia, trabajando estrechamente con la red de atención primaria existente.
 - Llevar un registro de aquellos casos que presenten mayor carga de enfermedad y re-hospitalizaciones frecuentes (labor conjunta con la UGA), realizando en ellos un seguimiento más cercano.

- * Implementar un comité intersectorial con SENAMA que se reúna de forma periódica.
 - Diagnóstico permanente de las brechas existentes en la macro-zona sobre oferta servicios sociosanitarios.
 - Gestionar coordinadamente los casos que presenten componentes sociosanitarios: ingreso a dispositivos sociales (centros diurnos, ELEAM).
 - Desarrollar un plan de formación cruzada: equipos sociales en temas geriátricos y equipos de salud en temas gerontológicos.
 - Participación activa en el levantamiento de fondos regionales para el desarrollo de proyectos asociados al envejecimiento y la vejez.

- * Coordinación permanente con instituciones de educación superior
 - Conocimiento específico y actualizado de la oferta formativa existente en la macro-zona en temática de Envejecimiento y Vejez.
 - Diálogo permanente con las casas de estudios presentes en la macro-zona para transmitir las necesidades formativas detectadas en los equipos interdisciplinarios.
 - Favorecer el desarrollo de jornadas y seminarios para relevar la temática del envejecimiento.

- * Difundir el Modelo de Atención Geriátrica Integral de la persona mayor y su entorno de apoyo en otros dispositivos de la red asistencial de la macro-zona
 - Desarrollo de jornadas y seminarios entre dispositivos de salud existentes en la red asistencial de la macro-zona para difundir el Modelo.
 - Acompañar técnicamente proyectos locales que estén en la línea del Modelo.

- * Apoyo permanente a los Servicios de Salud y referentes de las SEREMI para el monitoreo de la implementación del Plan Nacional de Salud Integral para las Personas Mayores 2020-2030.

b- Ley N° 21.168: Implementación del Reglamento de Atención Preferente para Personas Mayores y Personas con Discapacidad en la Red Asistencial

A raíz de la modificación de la ley N° 20.584, introducida por la ley N° 21.168 (publicada en el diario oficial el 27 de julio del 2019), se estipula que tendrán derecho a ser atendidos de forma preferente y oportuna, por cualquier prestador de acciones de salud, los siguientes sujetos:

- a) Toda persona mayor de 60 años.
- b) Toda persona con discapacidad, de acuerdo con lo establecido en el artículo 5 de la ley N° 20.422.

Se estipula la atención preferente tanto para la asignación de consultas de salud, incluyendo la atención en servicios de urgencia, la prescripción y dispensación de medicamentos, como en la

toma de exámenes y procedimientos complejos. Será obligación del prestador de salud disponer en un lugar visible el texto del derecho de atención preferente.

En julio de 2020 fue publicado el Reglamento que “Regula el Derecho a la Atención Preferente” da cumplimiento a la ley N° 21.168 que modifica la ley N° 20.584 sobre derechos y deberes de los pacientes. A través de este documento, se operacionalizan algunas definiciones y procesos contemplados en la Ley, estableciendo la manera concreta en la que esta disposición debe ser llevada a la práctica en la red de salud.

c- Estrategias para la atención de urgencia: Carnet de Fragilidad

La espera por atención en los servicios de urgencia se puede prolongar por muchas horas, problemática que, específicamente en las Personas Mayores, puede desencadenar una descompensación de sus patologías de base o el agravamiento de la condición aguda por la cual consulta. Como se mencionó anteriormente, la ley de atención preferente para Personas Mayores y personas con discapacidad, ofrece un marco legal que se debe normar e implementar en todos los niveles de atención. En el futuro, dentro de las medidas específicas para asegurar una mejor atención a las Personas Mayores, junto con una atención preferente en las distintas áreas que considera la ley, se podría generar una valoración específica que considere una tipificación clínica de la persona mayor consultante. Esto permitiría detectar, especialmente en las personas más frágiles, aquellas que requieren de un manejo diferencial por su condición de salud.

Para una correcta valoración de las Personas Mayores que cursan una condición aguda, es necesario incluir la fragilidad como un criterio más de priorización (triage) en los servicios de urgencia. Para esto, se propone la creación de un perfil de fragilidad (u otro nombre que se puede definir cuándo se estudie la factibilidad de la medida), considerando las múltiples dimensiones que deben valorarse en las Personas Mayores. El registro de este perfil se realizará en la atención primaria de salud (APS) y esta información quedará contenida en el “carnet de fragilidad de la persona mayor”, u otra iniciativa similar que apunte a la identificación precoz de la fragilidad en Personas Mayores. El perfil de fragilidad estará asociado a criterios previamente establecidos a un puntaje y una categoría.

El propósito de esta iniciativa, busca que el profesional que realice el triage considere la condición particular de la persona mayor como un componente de complejidad adicional, al momento de definir la gravedad de la condición aguda en curso y por ende la categorización asignada. Inicialmente la información será proporcionada por la persona mayor al profesional de la urgencia, sin embargo se espera que progresivamente se implementen sistemas de información que puedan trabajar de forma interconectada.

Al mismo tiempo, a través del carnet de fragilidad se podrían identificar otras condiciones como la dependencia o cuidados de fin de vida, de modo que se permita ajustar el manejo agudo de acuerdo a una proporcionalidad definida por la tipificación clínica de la persona mayor consultando.

Todo lo anterior nos debería permitir agregar información relevante a los procesos de priorización en servicios de urgencia, ofreciendo una atención preferencial a las Personas Mayores, en especial a las más frágiles, considerando sus particularidades y evitando las complicaciones de salud asociadas a una atención inapropiada, y que hoy solo se enfoca que el curso agudo de la enfermedad.

Para el desarrollo de esta iniciativa se proponen las siguientes acciones:

- * Convocar a una mesa técnica con las distintas divisiones involucradas para definir los contenidos del Carnet de fragilidad y los flujos de información.
- * Generar plan de trabajo conjunto con otras divisiones del MINSAL para la definición operacional de esta iniciativa, en el contexto de la ley de atención preferente.
- * Evaluar la factibilidad técnica a lo largo de Chile para la implementación de esta iniciativa, priorizando aquellas regiones más envejecidas.
- * Determinar los costos asociados a la creación e implementación del carnet de fragilidad.

d- Campaña comunicacional por el buen uso de la red asistencial en las Personas Mayores y publicación de los tiempos de espera en todos los servicios de urgencia del País

En función de las problemáticas de salud y su complejidad, que la persona mayor necesita resolver, será fundamental el correcto uso de la red asistencial para que la atención pueda ser oportuna y de calidad. Para la población, las “urgencias son urgencias” y se deben resolver en los servicios de urgencias; aunque siendo la proximidad el criterio mayormente utilizado para la elección del dispositivo, no es poco frecuente que las personas acudan a los centros de mayor complejidad buscando una “mejor atención especializada” como criterio de urgencia, provocando en consecuencia una mayor congestión en estos centros referenciales.

La campaña comunicacional por el buen uso de la red asistencial en Personas Mayores, busca introducir progresivamente, conocimientos en la población de Personas Mayores, que les permita conocer en detalle la oferta de servicios de urgencia existente en su zona de referencia, entender las lógicas de priorización (triage) y los tiempos promedio de espera asociados a cada categoría, de forma tal que este grupo de la población tenga más información al momento de acudir a un servicio de urgencias.

Para el desarrollo de esta iniciativa se proponen los siguientes acciones:

- * Convocar a una mesa técnica con las distintas divisiones involucradas para definir los contenidos de la campaña
- * Evaluar la factibilidad técnica a lo largo de Chile para la implementación de esta iniciativa, priorizando aquellas regiones más envejecidas.
- * Determinar los costos asociados a la creación e implementación de la campaña.

e- Proceso de reformulación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM): Hacia el diseño de un Control de Salud Integral para las Personas Mayores

El examen de medicina preventivo del adulto mayor (EMPAM), es un examen periódico de monitoreo y evaluación de la salud y en especial, de la funcionalidad de las Personas Mayores de 65 años y más. En este contexto, el mejor indicador del estado de salud de la persona mayor es la funcionalidad y la autonomía, es decir la capacidad de las personas de controlar su vida, de tomar sus propias decisiones y de desarrollar por sí mismos las distintas actividades de la vida diaria.

El EMPAM sitúa a la medición de la funcionalidad como su nodo central y medirlo periódicamente nos entrega información valiosísima para generar acciones preventivas, promocionales, curativas o de rehabilitación según cada caso.

Actualmente se plantean tres claros desafíos relacionados con esta herramienta de monitoreo y evaluación:

- * Mejorar las coberturas que de acuerdo a los datos validados por el DEIS, el año 2016, sólo el 44,9% de las Personas Mayores inscritas en FONASA se realizaban el examen (95).
- * Analizar la capacidad actual del EMPAM como un instrumento preventivo, considerando su eventual reestructuración, construyendo una instancia que ofrezca a las Personas Mayores una evaluación integral y multidimensional.
- * Diseñar y ejecutar un plan de intervención individualizado, según las necesidades detectadas en la aplicación del EMPAM, que defina objetivos terapéuticos que puedan ser medidos y monitorizados oportunamente.

Para concretar la modificación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) se proponen las siguientes etapas:

- * Revisar evidencia disponible respecto del estado del arte del EMPAM, su capacidad como instrumento para evaluación integral de salud de las Personas Mayores y la disponibilidad de nuevas herramientas que permitan este tipo de evaluación, con foco en la funcionalidad de las personas.
- * Convocar a una mesa técnica con las distintas divisiones involucradas para definir un plan de trabajo respecto de la modificación del instrumento.
- * Evaluar la factibilidad técnica a lo largo de Chile para la implementación, priorizando aquellas regiones más envejecidas.
- * Elaboración del nuevo "EMPAM Modificado en APS" (orientación técnica).
- * Programa de socialización y capacitación de los equipos APS en la nueva modalidad.

f- Salud digital: mejorando el acceso a la atención de salud para las Personas Mayores

La escasez de geriatras en Chile y el aumento progresivo de estos especialistas, iniciativa que se está abordando en el actual programa de gobierno, obliga a la generación, en paralelo, de acciones que den respuesta hoy a la necesidad de atención especializada y oportuna para este grupo de población.

En este contexto, una iniciativa de telemedicina permitiría disminuir los tiempos de espera de la persona mayor, así como mejorar el diagnóstico y el tratamiento de distintas patologías asociadas al envejecimiento, que requieren de un análisis rápido y especializado para su abordaje.

La célula de Geriátría del Hospital digital, iniciativa de telemedicina que busca ofrecer orientación especializada para la atención de Personas Mayores, se ha mantenido activa durante todo el periodo de Pandemia, abriendo sus prestaciones de manera sincrónica a todos los ELEAM, Residencia Transitoria SENAMA (RET) y Residencias sanitarias MINSAL del país, donde existe un número importante de Personas Mayores.

Mediante la plataforma telefónica de Hospital digital, se reciben llamadas desde los ELEAM de todo el país, donde se entrega atención médica remota sincrónica a residentes de los distintos ELEAM de Chile, con opción a interconsulta (IC) a geriatría, diabetes, nefrología y dermatología de Hospital Digital.

La tabla 43 y 44 muestran las prestaciones de Salud Digital efectuadas por tipo de establecimiento y por indicación entregada durante el año 2020.

Tabla 43. Prestaciones de Salud Digital efectuadas por tipo de establecimiento, 2020

TIPO ESTABLECIMIENTO	Número
ELEAM	620
RESIDENCIA SANITARIA	59
RET	33
Total general	712

Fuente: MINSAL (31 de octubre del 2020)

Tabla 44. Prestaciones de Salud Digital efectuadas por tipo de indicación entregada, 2020

INDICACION	Número
Control por médico Hospital Digital	139
Control Presencial	113
Domicilio	270
IC dermatología	11
IC Geriatría	33
Información Administrativa	1
Medidas generales	4
Test Covid	8
Urgencia	133
Total general	712

Fuente: MINSAL (31 de octubre del 2020)

Célula de Geriatría

En una primera etapa de implementación de esta herramienta virtual-asistencial se propone trabajar en:

- * Definición de criterios de inclusión y exclusión para el acceso a la plataforma de salud digital, determinando además los criterios mínimos necesarios de información en formulario de referencia.
- * Creación de los flujos de ingreso y derivación de Personas Mayores a la plataforma de telemedicina, desde y hacia los distintos dispositivos asistenciales: APS, UGA o atención cerrada, atención secundaria, dispositivos sociosanitarios.
- * Incorporar al sector social (MIDESO-SENAMA) en la generación de flujos y articulación de redes.
- * Definición de temáticas más relevantes para su análisis diagnóstico y resolución. Por ejemplo, funcionalidad y polifarmacia en Personas Mayores.

Luego, en una segunda fase se contempla:

- * Bajada de información a todos los niveles asistenciales y sociosanitarios.
- * Piloteo de la plataforma digital en algunas regiones del país.
- * Medición del impacto en la salud de las Personas Mayores atendida bajo esta modalidad.

Este procedimiento virtual agiliza significativamente los flujos de atención, favoreciendo la detección y tratamiento precoz de condiciones de salud que pueden generar un importante deterioro en la calidad de vida las Personas Mayores en Chile.

Rehabilitación a distancia y consultorías en rehabilitación entre los distintos niveles de atención

De acuerdo a lo establecido en el Protocolo de rehabilitación en personas COVID-19 grave y crítico desde la etapa aguda a la post aguda, desde la red de Rehabilitación, es un desafío generar puentes mucho más expeditos para el tránsito de los usuarios por la red, ya que la continuidad de este proceso tiene un gran impacto en los resultados a corto, mediano y largo plazo. Por lo anteriormente expresado, la plataforma digital fortalece el trabajo en red y facilita el desarrollo de la rehabilitación a distancia. A través de la plataforma del Hospital Digital se busca potenciar la rehabilitación a distancia y las consultorías en rehabilitación entre los distintos niveles de atención, mediante la cual, los equipos de rehabilitación del nivel terciario o secundario, tienen la tarea de brindar asistencia técnica a su contraparte en la Atención Primaria de acuerdo a los requerimientos de la red.

Esta estrategia permite dar continuidad al proceso de rehabilitación de manera de garantizar el tratamiento y control, además de la educación al paciente, su familia y/o cuidador, en un contexto de aislamiento por cuarentena o imposibilidad de asistencia por parte del usuario (182).

La estrategia presta los siguientes servicios:

- * Control o seguimiento de rehabilitación
- * Atención de rehabilitación vía remota o Tele rehabilitación
- * Educación remota a usuario y/o cuidador

Iniciativa de Salud Digital para los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) dependientes del SENAMA.

En el contexto del trabajo intersectorial y articulado que este Plan Nacional propone impulsar, se implementa la iniciativa de Salud Digital para los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) dependientes del SENAMA. Esta estrategia funciona a través de la implementación de una plataforma, que cuenta con una ficha clínica y conexión por videoconferencia a través de zoom que permite a los profesionales y/o técnicos del ELEAM realizar videollamadas sincrónicas (simultáneas) a médicos generales del Hospital Digital, quienes podrán prestar servicios ante la demanda espontánea en consultas de morbilidad.

Objetivo general:

- * Entregar prestaciones de salud sincrónicas a residentes de los ELEAM del SENAMA, a través de médicos que pertenecen a la estrategia de Hospital digital rural.

Objetivos específicos:

- * Mejorar el acceso y aumentar la cobertura de atención médica de morbilidades los ELEAM
- * Identificar en tiempo real la problemática de salud del paciente.
- * Disminuir los tiempos de espera en atención médica.
- * Entregar tratamiento oportuno a los pacientes y apoyo a los TENS y profesionales de los ELEAM.

g- Implementar el Programa de Salud Oral “Ríe Mayor”

Inicialmente esta medida proponía incorporar prótesis fija y extender la cobertura AUGE entre los 60 y 70 años. Para dar respuesta a lo anteriormente mencionado, se han desarrollado iniciativas tendientes a aumentar el acceso a tratamiento rehabilitador con prótesis implantoasistidas para personas desdentadas del maxilar inferior, junto con aumentar la cobertura de atención odontológica a través de estrategias implementadas en Atención Primaria de Salud.

Durante el primer semestre del año 2019, se formó una comisión de trabajo entre el FONASA y el MINSAL para actualizar las canastas odontológicas de rehabilitación para las prestaciones valoradas (PPV), reconociendo que existen limitaciones relacionadas con los criterios de inclusión y prestaciones incluidas. De acuerdo con el diagnóstico realizado, se detecta que:

- * Los criterios de inclusión de la mayoría de las canastas incluyen la edad como requisito. Sin embargo, la información epidemiológica muestra que la necesidad de atención se extiende a grupos actualmente no priorizados, como las personas mayores. Además, estos criterios de edad no se condicen necesariamente con las necesidades de atención en el nivel secundario que se manifiestan en las listas de esperas de atención de especialidad.
- * Las canastas no han considerado la incorporación de nuevas tecnologías en la odontología actual.
- * Se requiere aumentar cobertura de atención odontológica de especialidad para personas mayores, contribuyendo con las políticas de envejecimiento saludable priorizadas en el plan de gobierno.

Para la canasta “Prótesis Implantoasistida en Personas de 60 a 75 años”, vigente actualmente y que da respuesta al programa Ríe Mayor, se propone modificar el rango etario para incorporar a las personas de 61 años y más, complementando la atención odontológica integral garantizada que reciben las personas de 60 años. La canasta incorpora exámenes de laboratorio e imagenología, implantes dentales mandibulares, prótesis removible superior e inferior, analgesia, antibioterapia y kit de higiene bucal. A su vez, la implementación de esta iniciativa permitirá eliminar el límite de edad en las prestaciones de salud oral, como una manera de cumplir estándares internacionales y propiciar la salud oral de las personas mayores, aspecto fundamental para su calidad de vida.

Por último, es importante mencionar que el programa odontológico integral incorpora en su componente de atención odontológica en domicilio, la atención odontológica a personas con dependencia severa ingresadas al programa, en coordinación con la red de salud y la red intersectorial de servicios.

g- Acciones intersectoriales: hacia la construcción de un modelo sociosanitario para Chile

Como ya hemos mencionado anteriormente, la implementación progresiva de un modelo sociosanitario para Chile es una necesidad imperativa de abordar con acciones concretas. Las necesidades integrales de las personas mayores desde este enfoque requieren de coordinaciones y acuerdos entre los distintos sectores, en especial con el Ministerio de Desarrollo Social.

A continuación, se presentan una serie de acciones propuestas que van en esta línea:

*** Diseño de un Modelo Sociosanitario para las Personas Mayores en Chile**

La construcción de un Modelo Sociosanitario para Chile nace como una iniciativa que busca dar una respuesta oportuna a las necesidades de atención y cuidado que tienen las personas mayores en Chile. En este contexto, actores de los Ministerios de Salud y el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, fueron convocados por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) para trabajar, asesorados por el Laboratorio de Gobierno, en el diseño de un modelo socio sanitario integral que articule los beneficios y prestaciones existentes en el sistema público, dependiente de diversas instituciones, aumentando el acceso y uso de las prestaciones para responder de manera adecuada a las necesidades de tipo sanitarias y sociales de la persona mayor, con el objetivo de garantizar su dignidad y promover su independencia y autonomía.

Para concretar esta iniciativa:

Convocatoria del SENAMA para conformar una mesa técnica intersectorial, que trabajará en las dependencias del Laboratorio de Gobierno, y se reunirá una vez por semana en sesiones de 4 horas.

Metodología de trabajo propuesta por Laboratorio de Gobierno considera cuatro ciclos:

Ciclo 1: Entendimiento del problema en profundidad

Ciclo 2: Propuesta de soluciones testeadas

Ciclo 3: Primer conjunto de soluciones de mayor resolución testeadas

Ciclo 4: Segundo conjunto de soluciones de mayor resolución testeadas.

* Intervenciones territoriales de salud en dispositivos de la red sociosanitaria

El trabajo intersectorial es una línea que no puede quedar solo en una declaración de intenciones. Es por esto que la generación de alianzas estratégicas entre los sectores se debe plasmar en acciones concretas. Es así como este Gobierno, a través del Ministerio de Salud, propone fortalecer la mirada intersectorial y la coordinación entre la APS y los dispositivos de cuidados en la red sociosanitaria, considerando distintas acciones dependiendo del tipo de centro: ELEAM, centros diurnos comunitarios, funcionales o referenciales, entre otros.

Los establecimientos de larga estadía para adultos mayores (ELEAM) son dispositivos de cuidados enfocados a personas mayores con dependencia o en situación de vulnerabilidad, que funcionan a lo largo de todo el país. El Decreto Supremo N°14 (181) del Ministerio de Salud, en su artículo 2°, define el Establecimiento de larga Estadía o ELEAM, como “aquel en que residen personas de 60 años o más que, por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados que allí reciben” (184). Por lo anterior dichos cuidados tienen por objeto la prevención y mantención de su salud, la mantención y estimulación de su funcionalidad y el reforzamiento de sus capacidades remanentes (182).

Los centros de día o centros diurnos se conciben como espacios para personas mayores que en el día necesitan cuidados especializados, están destinados a la atención de personas mayores en situación de dependencia, leve o moderada, que si bien cuentan con redes de apoyo suficiente para permitir su permanencia en el hogar, necesitan de espacios de relación con otros que fomenten su autonomía e independencia. Por lo tanto, se constituye en un recurso social de carácter intermedio con características socio terapéuticas y de apoyo familiar (182).

Los centros diurnos ocupan una posición intermedia en la batería de dispositivos dirigidos a brindar servicios de cuidado profesionales a las personas mayores, debido a que están “entre” los cuidados domiciliarios, la institucionalización en establecimientos de larga estadía y los servicios otorgados a través de la atención primaria de salud (182).

La subvención a los centros de día comunitarios, realizada por el SENAMA, dispositivos destinados a personas mayores con un grado leve de dependencia, se configuran a partir de una batería de talleres a los que la persona mayor puede acceder. Los talleres se agrupan en tres áreas: personal, social y comunitaria (182). En este tipo de centros, el Ministerio de Salud propone como iniciativa la movilización de equipos interdisciplinarios desde la Atención Primaria de Salud (APS) hacia los centros de día, para realizar una serie de intervenciones específicas. Esta acción permitirá mejorar el acceso, la oportunidad y las coberturas de prestaciones realizadas en la atención primaria, para las personas mayores usuarias de estos dispositivos sociales. Al mismo tiempo, esta iniciativa permitirá fomentar la coordinación territorial de los dispositivos sanitarios y sociales en función de las necesidades de las personas mayores de área geográfica asociada.

Los equipos de APS realizarán talleres a los equipos de los Centros de día a modo que se logre visualizar la oferta disponible en el nivel de atención primario.

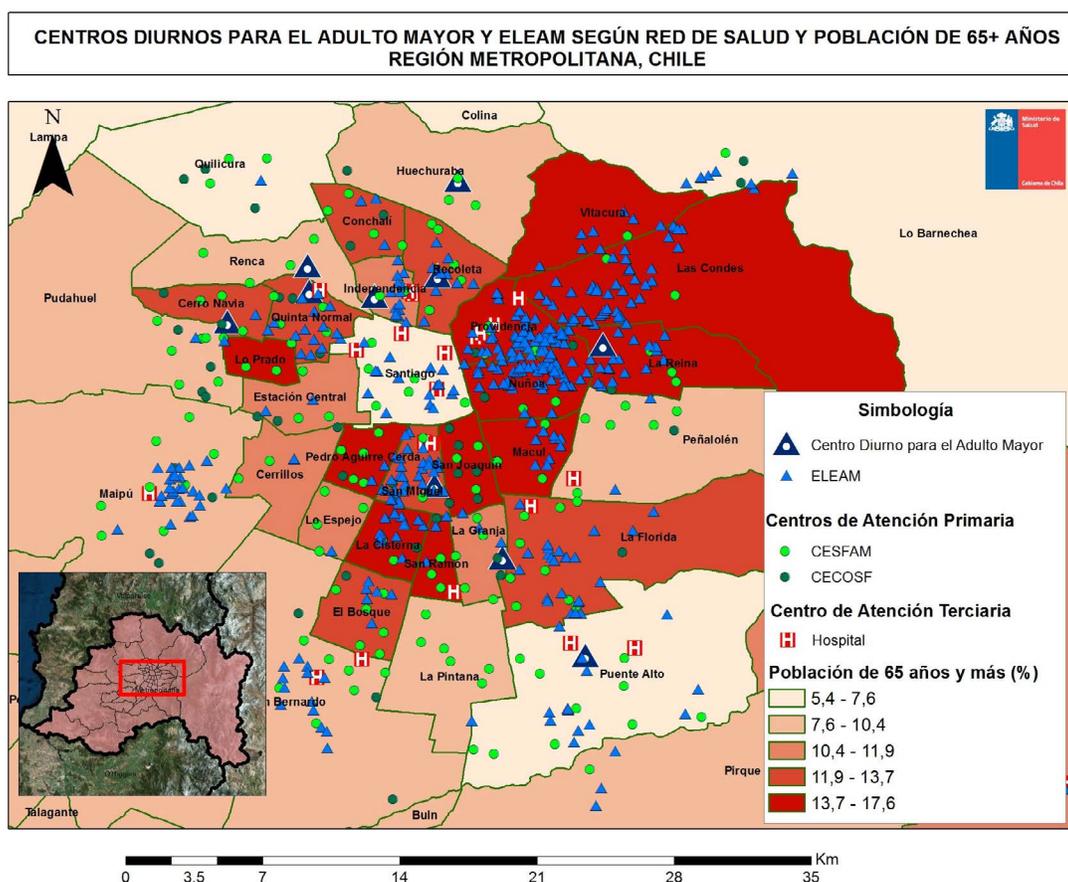
El Centro de día debe verificar que cada usuario beneficiario de FONASA se encuentre debidamente inscrito en el CESFAM del territorio. De no estar inscrito se debe tramitar este procedimiento a modo de poder acceder a la cartera disponible en el CESFAM. Las acciones que se realicen en este nivel podrán coordinarse con los recursos de Hospital Digital.

Los centros de día referenciales SENAMA operan a nivel comunal y están destinados a personas mayores con dependencia leve o moderada. Cada dispositivo atiende aproximadamente 90 beneficiarios que asisten en distintas modalidades (jornadas parciales o completas). Los servicios ofrecidos son de carácter grupal e individual. Estos centros están enfocados a convertirse en referentes técnicos para este tipo de dispositivos (183).

Para poder concretar estos operativos se plantea:

- Convocar a una mesa técnica con las distintas divisiones involucradas para definir los contenidos de la propuesta sobre intervenciones de salud en centros de la red sociosanitaria.
- Generar plan de trabajo conjunto con otras divisiones del MINSAL y MIDESO para la definición operacional de esta iniciativa. Dentro de este plan de trabajo, se propone abordar al menos:
 - Realizar un catastro de las personas mayores usuarias de los centros de día comunitarios.
 - Definir una cartera de prestaciones factible de realizar por los equipos APS en los distintos centros de día que corresponden a su área geográfica de referencia. Se proponen una serie de intervenciones orientadas fundamentalmente a la promoción y prevención, dado que la infraestructura de los centros de día podría impedir la realización de acciones diagnósticas o curativas que requieran de una autorización sanitaria previa. Sin perjuicio de lo anterior, se estipulan algunas intervenciones de carácter diagnóstico que podrían ejecutarse, dependiendo de cada realidad local, tanto de los centros de día, como de los centros de atención primaria priorizados.
 - Evaluar la factibilidad técnica a lo largo de Chile para la implementación, priorizando aquellas regiones más envejecidas, entre MINSAL y MIDESO.
 - Analizar variables geográficas que permitan identificar lugares de alta concentración de personas mayores, así como capacidad actual del sistema para proveer servicios sociales (existencia de centros de día) y prestaciones de salud (establecimientos de atención primaria y hospitales) (Figura 43). Esta información permitirá relacionar todos los criterios anteriormente mencionados, y así identificar lugares donde existe mayor concentración de población mayor y, al mismo tiempo, factibilidad de dispositivos y equipos que permitan generar los operativos con una mirada costo-efectiva.
 - Desarrollar talleres de formación para mejorar las competencias de los equipos sociosanitarios presentes en los dispositivos de cuidados.

Figura 43. Mapa de centros de salud, centros SENAMA y población por edad



Fuente: Elaboración propia.

* Bono Examen Preventivo de Salud Adulto Mayor (Personas Mayores de 65 años y más)

Entre los desafíos que postula el programa de gobierno del Sr. Presidente Sebastián Piñera, está fortalecer el ingreso ético familiar de la ley 20.595 que crea el ingreso Ético Familiar que establece bonos y transferencias condicionadas para las familias de pobreza extrema, y crea subsidio al empleo de la mujer para atender necesidades de las familias ajustadas al curso de vida de sus integrantes, en lo que se ha denominado "ingreso ético familiar 2.0". Dentro de las medidas contempladas, está incentivar la corresponsabilidad ciudadana respecto de la prevención y autocuidado en salud de las Personas Mayores, implementando una nueva transferencia monetaria condicionada: "*Bono de salud del Adulto Mayor*", asociado al cumplimiento anual de Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM). La bonificación se paga una vez al año y el valor propuesto es de \$18.000. Este beneficio no es postulable, activándose la emisión del pago a partir de la verificación del cumplimiento de la condicionante asociada: la realización del EMPAM.

Objetivos de la medida:

- * Fomentar la corresponsabilidad y el autocuidado de la salud en la población de Personas Mayores de 65 años y más
- * Aumentar cobertura del EMPAM en la población inscrita y validada de Personas Mayores.

Dentro de las gestiones intersectoriales que se realizarán al respecto:

- * Coordinación técnica entre el Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Salud para dar una respuesta eficiente al aumento de la demanda que la entrega de este beneficio generará en la red de atención primaria de salud.
- * Generación conjunta de estrategias para que los registros y flujos de información sean oportunos.
- * Elaboración de estrategias conjuntas de comunicación, para la correcta difusión del beneficio entre la población de Personas Mayores.

*** Mesa técnica de Salud Mental en Personas Mayores (SENAMA-MINSAL)**

En este trabajo conjunto, se plantea una construcción colectiva en la temática de salud mental en Personas Mayores, para lo cual se conforma una mesa técnica con representación de actores de distintos servicios públicos, academia y fundaciones, todos ellos relacionados al abordaje integral de la salud mental. En el desarrollo de la mesa se facilitarán espacios de discusión y reflexión acerca de la salud mental de este grupo etario, principalmente analizando aquellas iniciativas ya existentes, las mejoras que éstas requieran y las nuevas que deberían incorporarse.

La modalidad de la mesa técnica hace referencia a un espacio donde el conocimiento, experiencia, y aprendizaje se analiza y construye colectivamente, entregando los contenidos mínimos para la construcción de una estrategia de salud mental con un marco sociosanitario.

Objetivo de la mesa técnica:

- Diseñar un plan de trabajo intersectorial (SENAMA-MINSAL), que permita abordar la salud mental en Personas Mayores, con la colaboración y articulación de actores claves involucrados en la temática.

Objetivos específicos:

- Reflexionar en torno a la salud mental de las Personas Mayores de nuestro país.
- Analizar las problemáticas de salud mental que presentan las Personas Mayores actualmente.
- Diseñar un plan de trabajo para el abordaje de la salud mental de las Personas Mayores de Chile.

A lo largo del trabajo, se establece que los ámbitos principales a considerar para iniciar la discusión respecto a la salud mental en Personas Mayores son:

- Prevención y promoción de la salud mental en Personas Mayores
- Articulación intersectorial con actores claves del ámbito de la salud mental
- Capacitación a Personas Mayores, técnicos y profesionales y comunidad en general en temáticas de salud mental
- Investigación en temáticas de salud mental en personal mayores.

18. ENFOQUES INTEGRADORES DEL PLAN NACIONAL DE SALUD INTEGRAL PARA LAS PERSONAS MAYORES

Las iniciativas contenidas en este documento consideran enfoques integradores y vinculantes con las Líneas Estratégicas propuestas en el Plan de Acción, las cuales orientan la manera de enfrentar un abordaje integral e integrado con los distintos actores de la red de salud y actores sociales identificados. Estos enfoques no son excluyentes, son transversales y complementarios y aportan a esta mirada integradora, por lo que, deben ser incorporados de manera permanente como herramienta de ayuda y al mismo tiempo, como condición fundamental para una mejor calidad de la atención de salud. Esto, en concordancia con las recomendaciones de organismos internacionales y expertos nacionales.

18.1. Enfoque de derechos humanos y la atención en salud

Considera el reconocimiento del pleno ejercicio de los derechos de las personas a lo largo de su curso de vida, permitiendo la toma de decisiones de manera libre e informada en aspectos que les atañen directamente. Concibe a las personas como sujetos activos, participativos, creativos, con capacidad para modificar su propio medio personal y social, para participar en la búsqueda y solución de sus necesidades. En este contexto, los equipos de salud deben considerar el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales de las personas mayores y deben garantizar el ejercicio de éstos, al mejor nivel posible de salud.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos en su artículo N°3, numeral 1 señala que todo individuo tiene derecho a la vida, libertad y seguridad de su persona. Mientras que en su artículo N°25, establece que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, vestuario, vivienda, asistencia médica y los servicios sociales necesarios... []” (184).

De esta forma, los derechos humanos, reconocen que el acceso igualitario a las oportunidades y la entrega de garantías en salud permiten a la ciudadanía el empoderamiento y la exigencia al respeto de sus derechos, entregando garantías básicas iguales para todas las personas, equidad en apoyo a grupos vulnerables, de reparación frente a derechos vulnerados, y garantía del debido proceso para las decisiones administrativas y judiciales que afecten a los diversos grupos de la sociedad.

En este contexto, el Plan Nacional de Salud Integral de Personas Mayores tiene como objetivo central, promover el envejecimiento positivo, prevenir y controlar la morbimortalidad asociadas a enfermedades crónicas, transmisibles y accidentes, a través de acciones de promoción, prevención, tratamiento, y rehabilitación en los diferentes niveles de la red asistencial, trabajo intersectorial y sociedad civil. Para cumplir con este objetivo, es necesario asegurar que todas las personas, independientemente de su etnia, sexo, localización geográfica o nivel socioeconómico, tengan las mismas oportunidades para acceder a servicios que garanticen calidad en la atención.

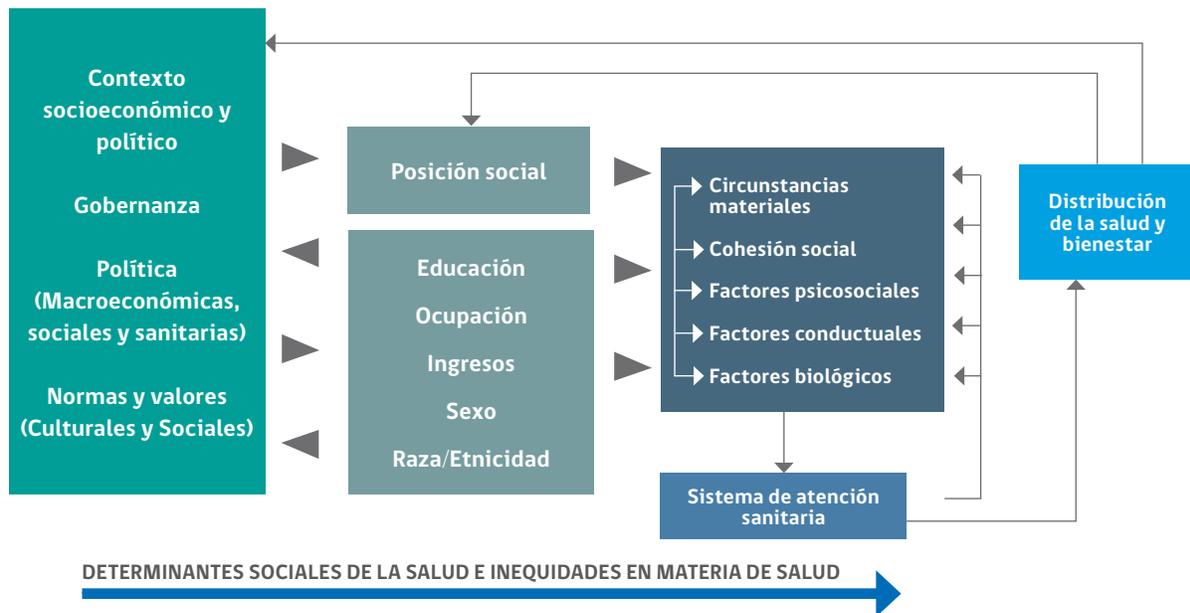
18.2. Enfoque de determinantes sociales y equidad y su impacto en la funcionalidad

Este enfoque considera que la salud de las personas está determinada en gran parte por las condiciones sociales en que estas viven y trabajan, mediadas por los procesos de estratificación social y postulando que las desventajas comienzan antes del nacimiento y se acumulan en el curso de vida de las personas.

En definitiva, la OMS, identifica tres elementos centrales del modelo de determinantes sociales (185):

1. Por un lado, el contexto social y político, que abarca múltiples elementos estructurales, culturales y funcionales de un sistema social, difíciles de cuantificar a niveles individuales.
2. Determinantes estructurales, que definen la posición socioeconómica de una persona o grupo;
3. Determinantes intermedios, que provienen de la estratificación social y determinan las diferencias en la exposición y vulnerabilidad de las personas. Dentro de este marco, el sistema de atención de salud es un factor más, pero no la principal fuerza que determina la salud de los individuos.

Figura 44. Modelo de Determinantes Sociales de la Salud



Fuente: (186).

Estos determinantes interactúan con las disposiciones genéticas presentes en cada sujeto, influenciándose mutuamente. Dentro de estas condiciones se encuentran las determinantes estructurales asociadas a políticas públicas, socioeconómicas, culturales y medioambientales, como por ejemplo, pertenecer a pueblos originarios, la cultura, el género, el nivel de ingreso, la escolaridad y otras condiciones como la vivienda, las condiciones laborales, la extrema ruralidad, condiciones ambientales, dispersión geográfica y el acceso restringido a servicios sanitarios y sociales tales como la calidad de recursos básicos como el agua y diversos servicios sanitarios que pueden desencadenar la exposición a factores de riesgo con un impacto directo sobre la salud y calidad de vida de las personas (187).

En el contexto del envejecimiento, si bien éste responde a la acumulación de una amplia variedad de daños físicos y biológicos a lo largo de curso de vida, inevitablemente se asocia también a una serie de determinantes mencionadas en el párrafo anterior (185). Por lo tanto, es importante que, al desarrollar una respuesta de salud pública al envejecimiento, no solo se consideren los enfoques que mejoran las pérdidas asociadas con la edad avanzada, sino también aquellos que pueden reforzar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial desde un abordaje integral del ciclo de vida.

Esta conjugación de factores biológicos y sociales, permite afirmar que no existe un solo estereotipo de persona mayor y envejecimiento, existiendo marcadas diferencias entre quienes logran mantener buenas capacidades físicas y mentales, mientras otras experimentan disminuciones significativas en estas capacidades en ciclos de la vida muchos más tempranos (22), debiéndose entre otros factores, al impacto acumulativo de ciertas inequidades de salud a lo largo del ciclo de vida, haciéndose necesario que las políticas y programas se diseñen con el objetivo de reducir estas inequidades.

Un factor relevante son las circunstancias sociales y económicas, las cuales tienen un impacto directo sobre la salud durante todo el curso de vida, afectando de manera diferenciada a toda la escala social. A medida que dicha escala desciende en el nivel de ingresos y en el nivel educacional, la salud de las personas empeora progresivamente (22).

Es importante considerar que las desigualdades sociales en torno al envejecimiento implican inequidades en prácticas de vida saludables, sistemas de salud no adaptados a las necesidades de las poblaciones de edad avanzada, entornos urbanos no amigables, baja cobertura de salud, alta prevalencia de enfermedades no transmisibles, crónicas y discapacidad, cuidadores no capacitados, provocando que al menos una de cada diez personas mayores es víctima de alguna forma de maltrato (22).

Reconociendo lo anterior, surge la intersectorialidad como respuesta, planteando un accionar conjunto y articulado de las diversas entidades públicas, privadas y de la sociedad civil.

Para intervenir y subsanar las desigualdades, surge el concepto de equidad en salud, que se define como “la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidos social, económica, demográfica o geográficamente” (177). Esto se traduce en el acceso, financiamiento y/o la distribución equitativa de servicios de calidad, según las necesidades sanitarias de grupos específicos. De esta forma, la equidad en salud es un valor ligado a los derechos humanos y la justicia social.

La respuesta sanitaria de Chile, respecto a la disminución de inequidades y mejoras a la calidad de vida de la población, es la Estrategia Nacional de Salud formulada para la década 2011-2020, y cuyos objetivos sanitarios tienen continuidad con la década pasada, incorporándose ahora el objetivo de calidad. Estos son: mejorar la salud de la población, disminuir las inequidades en salud, aumentar la satisfacción de la población y asegurar la calidad de las prestaciones de salud (24).

18.3. Enfoque de curso de vida

El enfoque de curso de vida releva la perspectiva de trayectoria de vida y contexto social, siendo utilizado ampliamente para estudiar e intervenir los factores biológicos, psicológicos y sociales que se presentan en el proceso salud-enfermedad durante la gestación, niñez, adolescencia, adultez (etapa laboral) y vejez, y que pueden influir en la probabilidad que emerjan enfermedades, principalmente crónicas y mentales, y afecten el nivel de salud de las etapas posteriores de la vida (188).

Diversos determinantes de salud interactúan a lo largo del curso de vida, reconociendo que el desarrollo humano y los resultados en salud, dependen de la interacción de diferentes factores, de experiencias acumulativas y situaciones presentes de cada individuo, influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural (189). Es así como, intervenciones durante la etapa de la niñez y adolescencia, tendrán efecto en el adulto y en las personas mayores, además de poder afectar a las siguientes generaciones. Por ejemplo, mejorar y promover los estilos de vida saludables en la adolescencia,

previniendo y/o disminuyendo el consumo de tabaco y mejorando hábitos de alimentación, permitiría disminuir la prevalencia de algunos tipos de cáncer durante la etapa adulta de la vida, entendiendo que invertir en atenciones oportunas en cada generación, repercutirá en las siguientes, y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en un período anterior.

Por tanto, los enfoques de curso de vida y determinantes sociales, son integradores en el contexto de la propuesta de objetivos y Líneas Estratégicas de este Plan Nacional de Salud Integral de Personas Mayores, buscando potenciar acciones de promoción y prevención, a través del curso de vida, proponiendo estrategias innovadoras, acciones intersectoriales, y descentralización y participación de la sociedad civil, que permitan una prevención específica de acuerdo a factores de riesgo, con intervenciones realizadas a una edad más temprana, basado en el reconocimiento internacional (190) que indica que el inicio temprano de la promoción de la salud en el curso de vida, asegura mayores beneficios en etapas avanzadas del mismo y efectos acumulativos positivos durante el envejecimiento, entendiendo la salud como un continuo integrado, y no como etapas de vida desconectadas.

En este contexto, la estrategia de promoción de la salud se tornó fundamental dentro de este enfoque. De acuerdo con la Carta de Ottawa del año 1986 (191), la Promoción de la Salud “consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. Ello implica la generación de ambientes saludables en todos los ámbitos de la vida de las personas y la puesta en práctica, también, de conductas saludables que permitan a las comunidades alcanzar niveles óptimos de salud, anticipándose al daño y evitando la sobrecarga de la red asistencial.

De esta forma, en el Ministerio de Salud de Chile, la promoción de la salud se entiende como un proceso, cuyo objeto consiste en fortalecer las habilidades y capacidades de las personas para emprender una acción, y la capacidad de los grupos o las comunidades para actuar colectivamente con el fin de ejercer control sobre los determinantes de la salud. Esta estrategia, se transforma, por tanto, en una piedra angular de la atención primaria de salud, cuyo fundamento se materializa en la eficiencia con que reduce la carga de morbilidad y mitiga el impacto social y económico de las enfermedades, dándose un amplio consenso en cuanto a la relación existente entre promoción de la salud, desarrollo humano y económico.

El abordaje de la salud de las personas mayores, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar y Comunitario, debe estar centrado en la promoción del envejecimiento saludable o activo, la prevención de la morbimortalidad, el control de enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles y mantención de la funcionalidad, con miras a prevenir discapacidad y dependencia, esto último es base fundamental para construir una vida satisfactoria en la vejez.

18.4. Enfoque de género

El enfoque de género es una herramienta que permite visibilizar las diferencias culturales entre mujeres y hombres, con independencia de las características biológicas propias de cada sexo, en forma crítica y transformadora (192). En este contexto, las inequidades de género en el ámbito de la salud se refieren a las desigualdades innecesarias y prevenibles en el estado y atención de salud de hombres y mujeres, las cuales, en su calidad de determinante social, impactan también en los problemas de salud de la población de personas mayores. Es por esto, que las acciones de salud deben considerar este enfoque en cada acción de salud, reconociendo las percepciones femeninas y masculinas en torno a la salud y la enfermedad, los riesgos y las construcciones de las necesidades de salud diferenciadas. Este enfoque, está implícito tanto en el enfoque de derechos como en el de

determinantes sociales, y tiene como finalidad alcanzar la igualdad por medio de una distribución justa de los beneficios, el poder, los recursos y las responsabilidades en ambos sexos (192).

Por tanto, pensar el envejecimiento desde un enfoque de género, contribuye a un acercamiento sobre los procesos de envejecer de mujeres y hombres, además de desmitificar la idea de la vejez como una condición asexuada y sin género (193), permitiendo romper con las estructuras rígidas de las categorías etarias que han configurado el envejecimiento sin sus historias y cursos de vida, contextos y épocas que influyeron en la calidad de vida de las personas mayores (194).

En las últimas décadas, ha existido, además, una tendencia al aumento de la esperanza de vida, especialmente en entornos de ingresos altos, es decir, el aumento de la supervivencia en la vejez (195). En Chile, según el Informe Salud en las Américas 2017 de la OPS (196), la esperanza de vida al nacer es de 80 años para los hombres y 85 años para las mujeres. Es posible que hayan contribuido a este aumento la mejor asistencia sanitaria, las iniciativas de salud pública y las diferencias en la vida que las personas llevaron en etapas anteriores, sin embargo, la tasa de estos incrementos no es la misma en todo el mundo, pues la esperanza de vida en la vejez aumenta a un ritmo mucho más rápido en los países de ingresos altos que en los países de menores recursos, aunque esto varía entre países específicos y entre hombres y mujeres (22).

Finalmente, la vejez como una categoría etaria sin género y con un sinfín de otras particularidades culturales, esconde la multiplicidad de vivencias que configuran el ser una persona mayor en nuestra sociedad. Tener presente los perfiles heterogéneos de la vejez significa adentrarse en una mejor comprensión del envejecimiento, entendiendo que las problemáticas que enfrenten las personas mayores serán distintas y tendrán consecuencias disímiles, siendo necesario afrontarlas y conceptualizarlas según esta idea diferenciadora de la vejez a partir del género.

18.5. Enfoque de interculturalidad

Un factor importante relacionado con los determinantes sociales es la interculturalidad, que permite comprender las interrelaciones equitativas, respetuosas de las diferencias políticas, económicas, sociales, culturales, etarias, lingüísticas y de género. Su relación con salud releva el reconocimiento y respeto de la singularidad y de la diversidad de las características de cada pueblo originario o cultura, proponiendo construir un ambiente donde estas diferencias puedan cohabitar y aportar a la mejora de la situación de salud de una población (189).

En cuanto a la articulación de la interculturalidad con el concepto de salud-enfermedad, tal como se ha ido estableciendo en los lineamientos del Ministerio de Salud de Chile, ya desde el año 2006, integrar la mirada intercultural a los programas de salud, resulta fundamental para la implementación de estrategias que consideren la visión de mundo de los distintos usuarios y sus realidades culturales (197). En este sentido, es necesario reconocer que las acciones de la Atención Primaria de Salud se desarrollan en contextos culturales diferenciados que se encuentran en constante interacción.

Chile se constituye como un espacio pluriétnico, marcado por la coexistencia de distintos pueblos originarios, enriquecido además por el fenómeno migratorio que ha presenciado en los últimos 20 años. La migración internacional que es considerada, además, como un determinante social que afecta de manera directa la vulnerabilidad en torno al derecho a la salud. Factor no menor, si consideramos que la migración internacional en Chile ha aumentado desde un 0,81 % en 1992 (CENSO) a un 4,3 % en 2017 (41), aportando visiones particulares de entender el mundo y actuar

frente a él, situación que en el ámbito de la salud-enfermedad, se manifiesta en la coexistencia de diversas formas de abordar el tema. Es decir, cuando estamos frente a una determinada cultura, nos encontramos inevitablemente frente a diversas creencias, conocimientos, percepciones y prácticas terapéuticas, validadas socialmente por quienes la sustentan (198). La pertenencia a un pueblo originario es por tanto un factor que interactúa a lo largo de todo el curso de vida, reconociendo que el desarrollo humano y los resultados en salud, dependen de la interacción de diferentes factores, de experiencias acumulativas y situaciones presentes de cada individuo, influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural (187, 199). Es así como, intervenciones durante la etapa de la niñez y adolescencia, tendrán efecto en el adulto y en las personas mayores, además de afectar a las siguientes generaciones, entendiendo la especificidad que cada etapa de la vida presenta dentro de la cosmovisión y etiología propia de cada pueblo originario.

Además, es necesario considerar que los pueblos originarios, poseen una identidad étnica dinámica, que se encuentra en constante cambio y construcción, viviendo un proceso de reactualización, en tanto diversos procesos sociales globales impactan y redefinen la vida de hombres y mujeres a lo largo de su ciclo de vida, existiendo en la actualidad múltiples posibilidades identitarias.

Por tanto, el ciclo vital no se puede entender como un proceso lineal y estático, sino más bien como una categoría dinámica, que adquiere características particulares de acuerdo con la cosmovisión propia de cada cultura, lo que implica una construcción singular de los sujetos dependiendo del medio social en que éstos se desarrollen. De esta manera, nos enfrentamos al hecho que existen diferentes conceptualizaciones respecto al ciclo de vida de las personas, y cada cual adquiere sentido y significado en la cultura particular en la que se manifieste (200), así, cada cultura construye sus propias normas y expectativas para los distintos momentos del ciclo vital.

De igual forma, si partimos de la base que el rol de las personas mayores está condicionado por la cultura, en la manera como se vive y valora esta etapa de la vida, tenemos que en el pueblo mapuche se es viejo “cuando ya no se hace lo que antes se hacía. Cuando el adulto mayor ya no puede realizar, entre otras cosas, tareas o actividades para la mantención de la familia” (201) desde ahí asume un rol distinto vinculado a la promoción y protección del patrimonio cultural, pasando a ser respetados y valorados al interior de sus comunidades, algunos/as se les asigna la calidad de kimche (sabio/a), debiendo dedicarse a traspasar los elementos culturales a los más jóvenes, encabezando cada celebración tradicional. Se puede enunciar que los roles sociales de la vejez en grupos étnicos están determinados por una cultura donde se valora la ancianidad como una etapa importante en la vida de un hombre o mujer. No obstante, los cambios que se están produciendo al interior de los grupos étnicos, producto de los procesos de modernización y globalización, están marcando nuevos tipos de relaciones sociales y de construcción de las diferencias generacionales, todos elementos que se deben tener en cuenta al momento de diseñar políticas para las personas mayores.

18.6. Enfoque de atención centrado en la persona y su funcionalidad

Una de las modificaciones importantes propuestas para este Plan, tiene que ver con un cambio de enfoque en los servicios y atención ofrecida a las personas mayores. Esta iniciativa propone un enfoque de atención centrado en la persona y con especial énfasis en la mantención de su funcionalidad.

Por una parte, este enfoque se construye desde la base que, entre las personas mayores, a pesar de compartir muchos aspectos comunes y, para efectos prácticos, ser parte de un mismo grupo etario, existe una enorme heterogeneidad (22). Estas diferencias entre personas mayores son especialmente

patentes respecto de sus necesidades de salud. En general, existe una imagen de la persona mayor que se asocia directamente a una mayor morbilidad y utilización de servicios de salud (202-203). Sin embargo, al interior de este grupo, existen diversas realidades, desde personas mayores con múltiples enfermedades hasta otras que gozan de un excelente estado de salud. Un Plan enfocado a esta población necesita tomar en cuenta esta diversidad y ofrecer soluciones adecuadas a las necesidades particulares de cada persona, lo anterior plasmado en planes individualizados de intervención.

Por otra parte, se propone un cambio de enfoque desde uno centrado en la edad y la morbilidad, hacia uno que releva la funcionalidad de la persona como una dimensión que ofrece mucha información sobre la salud de la persona mayor. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la capacidad funcional se entiende como los "atributos relacionados con la salud que permiten a las personas ser y hacer lo que tienen razones para valorar. La capacidad funcional se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características medioambientales pertinentes y las interacciones entre el individuo y estas características." (22). Este cambio de paradigma es crucial ya que en lugar de asumir la existencia de un estándar para definir si una persona está "sana" o "enferma", considera como estándar las posibilidades que la propia persona establece, de acuerdo con su decisión sobre cómo vivir su vida. Adicionalmente, reconoce que las limitaciones al funcionamiento de un individuo, si bien tienen un origen relacionado a una condición de salud (capacidad intrínseca), interactúan con el entorno para definir la capacidad funcional individual de cada sujeto.

19. PLAN DE ACCIÓN 2020-2030

19.1. Justificación y descripción: Plan Nacional de Salud Integral para Personas Mayores

La realidad demográfica del envejecimiento en Chile confronta la necesidad de poner énfasis en la promoción y prevención, integrando el abordaje de los determinantes sociales, los factores de riesgo y los factores protectores, pues este cambio demográfico nos obliga a generar una respuesta integral e integrada a los problemas de salud pública de una población de Personas Mayores, que cada vez está más presente en la sociedad.

Este diagnóstico, justifica la necesidad de diseñar e implementar un Plan Nacional de Salud Integral para Personas Mayores en Chile, que, junto con recoger las recomendaciones internacionales, representa adecuadamente la realidad local, desde un enfoque de intersectorialidad y determinantes sociales, en base a la pertinencia cultural y geográfica de nuestro país. Asimismo, los elementos relacionados con el financiamiento, la abogacía, los sistemas de registro y monitoreo resultan ser elementos esenciales para la puesta en marcha del Plan. De esta forma, a través del trabajo realizado por profesionales de la Subsecretaría de Salud Pública y la Subsecretaría de Redes Asistenciales, es que se establecieron las definiciones y acuerdos de la visión, misión y áreas temáticas que a continuación se detallan, proponiendo que para el periodo 2020-2030 se realicen acciones claves que permitan implementar estrategias de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos para las Personas Mayores en la Red.

19.2. Definiciones Estratégicas: Plan Nacional de Salud Integral para Personas Mayores

Misión: Entregar servicios integrales de salud a las Personas Mayores del país, asegurando su acceso, calidad y sostenibilidad en el tiempo, a través de un Plan Nacional de Salud Integral para las Personas Mayores en Chile que define objetivos, metas y acciones en distintas áreas, y propicia un trabajo colaborativo y coordinado entre el Ministerio de Salud y otros actores de la sociedad.

Visión: Las Personas Mayores en Chile cuentan con un sistema de servicios integrales e integrados de salud, teniendo en cuenta sus necesidades y ofreciendo respuestas que promueven un envejecimiento activo, positivo y saludable, contribuyendo a la mejora en el nivel de calidad de vida de este grupo de personas. Lo anterior, desde un enfoque de derechos, de equidad en salud, determinantes sociales, curso de vida, género e interculturalidad.

Población objetivo: Todas las personas de 65 años y más, y beneficiarios indirectos tales como cuidadores, la comunidad y los equipos de salud.

Objetivo general: Mejorar el bienestar de las Personas Mayores, a través de un sistema de salud integral que les permita mantener y mejorar su estado de salud y funcionalidad, accediendo a prestaciones acorde a sus necesidades, mediante un trabajo intersectorial coordinado, niveles asistenciales articulados e integrados, y con participación de la sociedad en su conjunto.

Líneas estratégicas: Este plan de acción cuenta con **seis** Líneas Estratégicas priorizadas sobre las que se definen los objetivos del Plan Nacional.

Línea estratégica 1 – Educación, promoción y prevención: Esta línea agrupa iniciativas que apuntan a fomentar el empoderamiento de las Personas Mayores como agentes principales de su propia salud, a la vez que reconoce explícitamente la importancia del entorno como un factor clave que influye en la condición de salud de las Personas Mayores, así como la prevención como una estrategia clave para mantener y mejorar su estado de salud.

Línea estratégica 2 – Provisión de servicios: Esta línea presenta iniciativas que buscan mejorar el acceso y calidad a servicios de salud por parte de las Personas Mayores del país, bajo el entendido que estos servicios requieren ciertas adaptaciones para cubrir de mejor manera las necesidades de esta población.

Línea estratégica 3 – Fortalecimiento de la red integrada de atención a Personas Mayores: El fortalecimiento de la red integrada de atención a Personas Mayores es una estrategia transversal que reconoce la necesidad de contar con una cantidad y calidad adecuada de profesionales de la salud, así como infraestructura y equipamiento que permitan implementar las acciones descritas en las Líneas Estratégicas específicas descritas anteriormente. Las acciones pretenden dotar a la red de salud de herramientas para entender y dar respuesta a las necesidades de las Personas Mayores.

Línea estratégica 4 – Fortalecimiento de los sistemas de información: El fortalecimiento de sistemas de información se reconoce como clave para poder cuantificar y entender las necesidades de salud de las Personas Mayores en el país, con el fin de relevar sus problemas y diseñar soluciones adecuadas, basadas en evidencia.

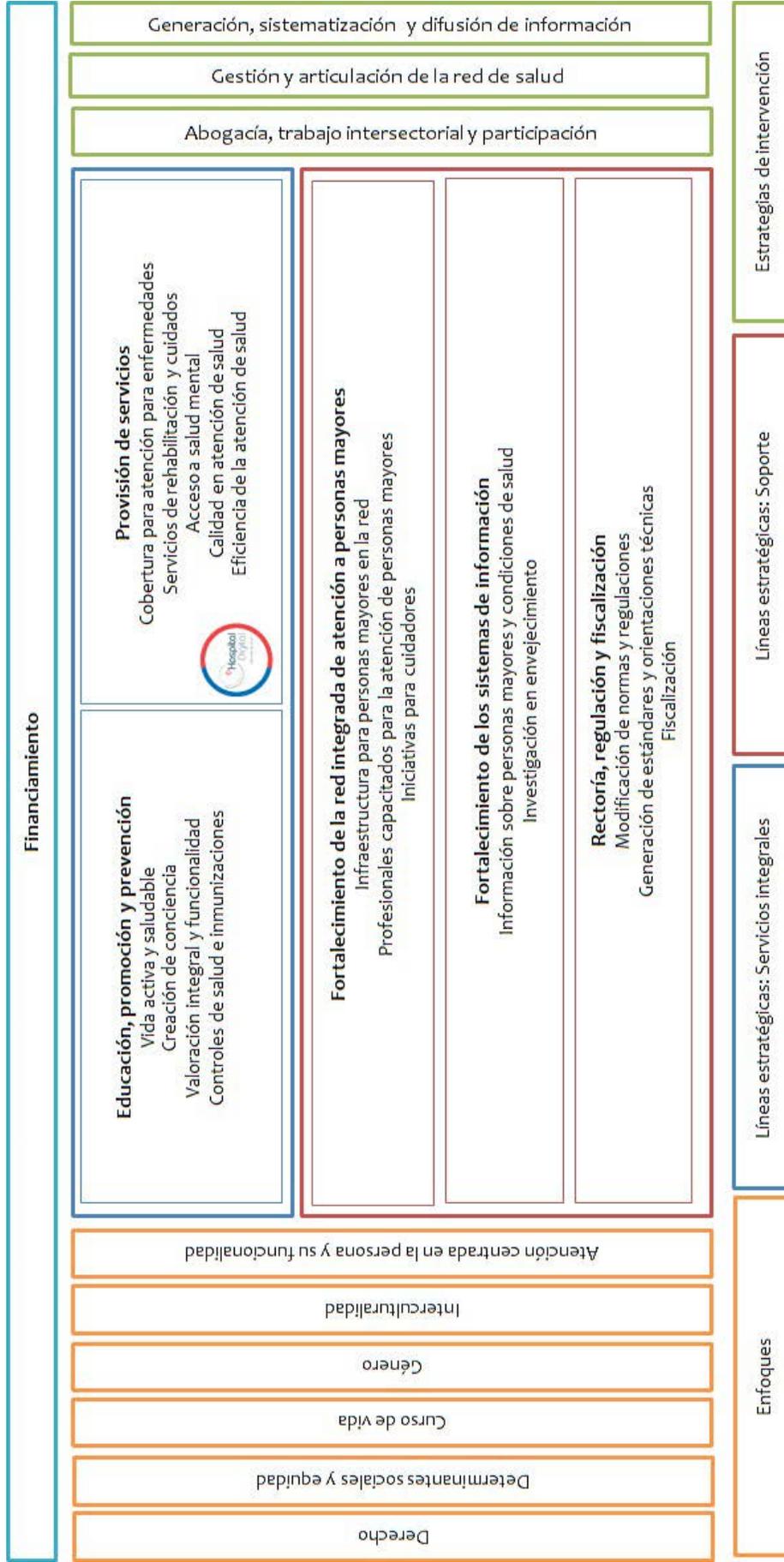
Línea estratégica 5 – Rectoría, regulación y fiscalización: Las acciones de rectoría, regulación y fiscalización permiten dotar al Plan de un marco que asegure su correcta implementación, junto con incrementar la sostenibilidad de éstas y otras iniciativas destinadas a las Personas Mayores a lo largo del tiempo.

La implementación y sustentabilidad de las acciones planteadas en el Plan requieren financiamiento para su ejecución. Actualmente, el sistema de salud destina importantes recursos para la atención y cuidado de las Personas Mayores en el país. El Plan se basa en la implementación de actuales iniciativas de continuidad presupuestaria, proponiendo ajustes para la ejecución de nuevas acciones a futuro, una mejor coordinación en la actual oferta de servicios de salud para las Personas Mayores y un mayor enfoque preventivo, que aumente la eficiencia del gasto.

Línea estratégica 6 – Financiamiento: Las acciones de esta línea transversal contemplan iniciativas destinadas a disminuir las brechas de financiamiento de las distintas áreas del plan, presentar proyectos de expansión de inversión, mejora de infraestructura y recursos humanos, transferencia técnica, formación de especialidad, entre otros.

La estructura de la propuesta se basa en acciones concretas donde se indican, los objetivos, las metas, los plazos de cumplimiento y los indicadores de proceso y resultado de cada una de las áreas anteriormente mencionadas. Estos indicadores permitirán entregar información fundamental para reconocer los avances, obstáculos y medidas de corrección que se deberán considerar a la hora de cumplir con los objetivos planteados en el Plan Nacional. La Figura 45 corresponde a una matriz que pretende resumir en una imagen el plan de acción que se ha propuesto y cómo cada una de las Líneas Estratégicas se relaciona entre sí, también explicita ciertos enfoques que orientan el diseño y la implementación del Plan, de acuerdo a lo señalado anteriormente.

Figura 45. Matriz del Plan de Acción



Fuente: Adaptación a partir de la Figura N° 22 del Plan Nacional de Cáncer y (204).

Objetivos específicos por línea estratégica

Línea estratégica 1

1. Promover una vida activa y saludable en las Personas Mayores, mediante iniciativas y programas de salud del Ministerio de Salud y el intersector para la consecución de un envejecimiento positivo a nivel país.
2. Promover una imagen positiva del envejecimiento y del aporte general de las Personas Mayores a la sociedad, mediante campañas comunicacionales y el impulso de componentes promocionales y educativos en la oferta programática de MINSAL y el intersector que permita un cambio cultural sobre el envejecimiento.
3. Implementar estrategias para la incorporación de la valoración geriátrica integral en los distintos niveles del sistema de salud que atienden Personas Mayores en el país, que permita identificar niveles de capacidad funcional y necesidades singulares para el diseño de planes de intervención individualizados.
4. Incrementar el acceso a controles de salud e inmunizaciones, como estrategia de prevención de enfermedades de alta prevalencia y riesgo para las Personas Mayores.

Línea estratégica 2

5. Mejorar la cobertura de atención para enfermedades en las Personas Mayores, con el fin que puedan acceder a tratamiento en caso de verse afectados por condiciones de salud, especialmente enfermedades crónicas.
6. Incrementar el acceso a servicios de rehabilitación y cuidados, enfocados principalmente a mantener y mejorar la funcionalidad en Personas Mayores y a brindarles una mejor calidad de vida.
7. Mejorar el acceso a la salud mental para las Personas Mayores, incrementando el porcentaje de personas que acceden tanto a diagnóstico como tratamiento.
8. Mejorar la calidad de la atención en salud para las Personas Mayores, brindándoles servicios ajustados a su condición y priorizando su atención.
9. Mejorar la eficiencia de la atención de salud, con el fin de que la red de salud se transforme en una solución y no se constituya en una barrera para el correcto y oportuno acceso a los servicios que requiere este grupo.

Línea estratégica 3

10. Generar infraestructura para Personas Mayores en la red para aumentar la conectividad de la red sociosanitaria, a fin de ofrecer un continuo de servicios integrales, reconociendo las diversas necesidades de las Personas Mayores.
11. Aumentar la disponibilidad de profesionales capacitados para atención de Personas Mayores, incrementando la formación y capacitación de los diversos profesionales de la salud que trabajan con este grupo de la población en el sector público.
12. Mejorar la oferta de iniciativas para cuidadores, para brindarles herramientas que les permitan realizar sus labores de mejor forma y resguardando su propia salud, bajo el entendido que éstos son una parte importante de cualquier sistema sociosanitario.

Línea estratégica 4

13. Incrementar la disponibilidad y calidad de la información sobre la situación de salud

de las Personas Mayores, a fin de contar con un diagnóstico situacional y actualización periódica de esta información.

14. Aumentar la investigación en envejecimiento para apoyar la toma de decisiones en políticas de salud.

Línea estratégica 5

15. Generar un marco regulatorio que apoye las acciones enfocadas en las Personas Mayores, para asegurar su correcta aplicación y sostenibilidad en el tiempo.

Línea estratégica 6

16. Asegurar el financiamiento permanente del modelo de gobernanza y la oferta programática del Plan Nacional con el fin de dar continuidad mejorando de forma sustentable la calidad de vida relacionada con salud de las Personas Mayores.

Por último, se presenta el detalle de cada una de las Líneas Estratégicas con las iniciativas y objetivos que se propusieron para el periodo 2020-2030 en la Tabla 45.

Tabla 45. Síntesis de Líneas Estratégicas, áreas y objetivos del Plan de Acción

ÁREA	OBJETIVOS
LE1: Educación, promoción y prevención	
1. Vida activa y saludable	Aumentar la prevalencia de factores protectores para la salud de PM a nivel individual. Mejorar el acceso a actividades de promoción de la salud.
2. Creación de conciencia	Incrementar entornos amigables para las Personas Mayores del país. Aumentar conocimiento respecto a los cambios asociados al envejecimiento. Disminuir estigma y discriminación en PM a nivel social.
3. Valoración integral y funcionalidad	Aumentar la cobertura del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM). Aumentar cobertura de planes de tratamiento integral individualizados. Mejorar el estado funcional de las Personas Mayores.
4. Controles de salud e inmunizaciones	Disminuir la prevalencia de condiciones de salud seleccionadas. Disminución en prevalencia de enfermedades neumocócicas e influenza.
LE2: Provisión de Servicios	
1. Cobertura para atención de enfermedades	Disminuir mortalidad asociada a condiciones de salud seleccionadas. Aumentar cobertura de prestaciones de salud oral para Personas Mayores.
2. Servicios de rehabilitación y cuidados	Aumentar la cobertura de servicios sociosanitarios a Personas Mayores en situación de dependencia. Aumentar cobertura de cuidados paliativos no oncológicos. Mejorar acceso a rehabilitación para el manejo del dolor crónico en Personas Mayores.
3. Acceso a salud mental	Aumentar acceso a tratamiento a personas con trastornos mentales. Aumentar acceso a diagnóstico y tratamiento en Alzheimer y otras demencias.
4. Calidad en atención de salud	Disminución de los tiempos de espera para Personas Mayores. Mejorar la percepción usuaria de Personas Mayores en los servicios de salud.
5. Eficiencia de la atención de salud	Disminuir listas de espera en Personas Mayores. Aumentar resolutiveidad en la atención integral de la persona mayor.
LE3: Fortalecimiento de la red integrada de atención a Personas Mayores	
1. Infraestructura para Personas Mayores en la red	Aumentar cobertura de atención especializada para Personas Mayores en nivel hospitalario a lo largo de todo el país. Aumentar dispositivos de cuidados en el país con equipos sociosanitarios coordinados.

2. Profesionales capacitados para atención de Personas Mayores	Incrementar la densidad de geriatras en el país. Incrementar la densidad de fisiatras en el país. Reconocer a gerontólogos e incrementar su disponibilidad en el país. Incrementar formación en geriatría y gerontología en estudiantes de medicina y otras carreras de pregrado afines. Aumentar el número de profesionales de la red de salud con conocimientos específicos geriatría y gerontología.
3. Iniciativas para cuidadores	Disminuir la sobrecarga en cuidadores que atienden a Personas Mayores. Mejorar los conocimientos y capacidades de cuidadores.
LE4: Fortalecimiento de los sistemas de información	
1. Información sobre Personas Mayores y condiciones de salud	Incrementar información sistematizadas respecto de condiciones de salud de mayor prevalencia en Personas Mayores. Identificar Personas Mayores vulnerables y en situación de dependencia para brindarles servicios. Mejorar información sobre los cuidadores en Chile. Incrementar información respecto de cuidados de largo plazo.
2. Investigación en envejecimiento	Aumentar la investigación en temas relacionados al envejecimiento y las Personas Mayores.
LE5: Rectoría, regulación y fiscalización	
1. Modificación de normas y regulaciones.	
2. Generación de estándares y orientaciones técnicas.	
3. Fiscalización.	
LE6: Financiamiento	
1. Presentación al proceso presupuestario	Incrementar el porcentaje de acciones comprometidas del Plan que cuentan con financiamiento.
TOTAL	38 objetivos

Fuente: Elaboración propia.

19.3. Detalles operativos del Plan de Acción Línea estratégica 1: Educación, promoción y prevención

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
Aumentar la prevalencia de factores protectores para la salud de PM a nivel individual: Mejorar el acceso a actividades de promoción de la salud.	1. Generación, sistematización y difusión de información	a. Guías de alimentación saludable para PM	<ul style="list-style-type: none"> * Generación de guías de alimentación saludable y actividad física. * Difusión de las guías 	<p>Indicador: Contar con guías de alimentación saludable y actividad física</p> <p>Meta: Guías de alimentación saludable y actividad física elaboradas y publicadas en la web a marzo 2020; revisión y actualización trienal de las guías (marzo 2022, 2025, 2028).</p>	Aumento de los niveles de presencia de factores de protección relacionados a alimentación saludable
		b. Capacitación a funcionarios APS sobre PACAM reformulado	<ul style="list-style-type: none"> * Elaborar documento con la propuesta de reformulación del PACAM. * Diseñar las bases técnicas para la campaña comunicacional del PACAM. * Difusión de la campaña comunicacional para dar a conocer las nuevas características y aumentar retiro del PACAM. 	<p>Indicador: Contar con un documento propuesta de reformulación PACAM.</p> <p>Meta: Documento propuesta de reformulación del PACAM entregado a las autoridades a diciembre 2021.</p> <p>Indicador: Campaña sobre el nuevo PACAM ejecutada/campaña sobre el nuevo PACAM planificada.</p> <p>Meta: 100% a diciembre 2022 (posterior a la reformulación).</p> <p>Indicador: Capacitación a SEREMIs sobre PACAM ejecutadas/total de capacitaciones a la SEREMIs sobre PACAM planificadas.</p> <p>Meta: 100% a diciembre 2022.</p> <p>Indicador: Establecimientos de APS capacitados/ Total de establecimientos APS.</p> <p>Meta: 75% a diciembre 2022.</p> <p>Indicador: (Proporción de personas bajo control > 70 años que reciben PACAM (año vigente)(MENOS) proporción de personas bajo control > de 70 años que reciben PACAM (año anterior).</p> <p>Meta: 10% (respecto del año anterior) a diciembre 2020.</p> <p>Indicador: Personas que reciben PACAM/ Población objetivo del programa.</p> <p>Meta: 58% a diciembre 2021; 63% a diciembre 2025, 65% a diciembre 2030.</p>	

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Aumentar la prevalencia de factores protectores para la salud de PM a nivel individual: Mejorar el acceso a actividades de promoción de la salud.</p>	<p>1. Generación, sistematización y difusión de información</p> <p>2. Abogacía, trabajo intersectorial y participación</p>	<p>c. Consejerías antitabaco en APS</p> <p>a. Planes trienales de promoción de salud</p>	<p>* Generar instancias de consejería y sensibilización.</p> <p>* Registrar el número de usuarios que acceden a las consejerías.</p> <p>* Entrega OOTT para planes trienales de promoción de salud con foco en PM, incluyendo acciones tales como: abogacía con actores locales, promoción de alimentación saludable y actividad física para Personas Mayores; acompañamiento desde el nivel central; difusión de los beneficios de la actividad física (LE9).</p>	<p>Indicador: (Nº de consejerías breves antitabaco realizadas a usuarios de 65 y más años / (Nº total de ingresos agudos a usuarios de 65 y más años (MÁS) Nº consultas de morbilidad a usuarios de 65 y más años (MÁS) Consultas de atenciones agudas a usuarios de 65 y más años)* 100</p> <p>Meta: 100% a diciembre de cada año (desde 2020)</p> <p>Indicador: Planificaciones locales en promoción de la salud 2019/2021 aprobadas por SEREMI y NC.</p> <p>Meta: Al año 2021 contar con el desarrollo de la temática actividad física en el 100 % las planificaciones a diciembre 2021; Actualización de planes a diciembre 2024; diciembre 2027, diciembre 2030.</p>	<p>Aumento de los niveles de factores de protección relacionados a alimentación saludable</p>

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
Mejorar el acceso a actividades de promoción de la salud.	1. Generación, sistematización y difusión de información.	<p>a. Catastro de oferta programática MINSAL a nivel nacional.</p> <p>b. Apoyo a capacitaciones comunitarias sobre Programas de Promoción de Salud Integral con población de Personas Mayores.</p>	<p>* Elaboración de informe donde se establezca el mapa con la oferta programática a nivel nacional (APS, Servicios de Salud y SEREMIs).</p> <p>* Gestionar la capacitación a la comunidad para desarrollar los Programas de Promoción de Salud Integral con población de Personas Mayores.</p>	<p>Indicador: Contar con informe con catastro de oferta programática de actividades de promoción de la salud MINSAL. Meta: Informe elaborado a noviembre 2020.</p> <p>Indicador: Capacitaciones sobre Programas de Promoción de Salud Integral realizadas/ planificadas. Meta: 100% a diciembre de cada año (desde 2020). Indicador: Comunas con comunidades capacitadas sobre Programas de Promoción de Salud Integral/ total comunas. Meta: 100% a diciembre de cada año (desde 2020).</p>	Aumentar el número PM que participan en actividades de promoción de la salud.
	2. Abogacía, trabajo intersectorial y participación.	<p>c. Catastro de organizaciones y servicios sociales de y para Personas Mayores.</p> <p>a. Acciones intersectoriales para la promoción de actividad física y fomento del envejecimiento positivo.</p>	<p>* Levantar información sobre las organizaciones sociales para Personas Mayores.</p> <p>* Levantar información sobre los servicios locales para las Personas Mayores.</p> <p>* Elaboración de informe sobre las organizaciones sociales y servicios locales para Personas Mayores.</p> <p>* Incorporar recomendaciones de actividad física en las diversas intervenciones de salud, incluyendo revisión de marcos legales para el trabajo intersectorial que promueva la actividad física.</p> <p>* Reuniones intersector para levantamiento de oferta programática a nivel local.</p> <p>* Difundir acceso a exámenes de medicina preventiva en la red intersector.</p> <p>* Realización y difusión de planes de trabajo intersectorial para el fomento del envejecimiento positivo.</p> <p>* Coordinar consejos consultivos con agrupaciones de Personas Mayores.</p>	<p>Indicador: Informe con catastro de organizaciones sociales y servicios locales para Personas Mayores Meta: Catastro elaborado a junio 2021.</p> <p>Indicador: Reuniones intersector para incorporación de iniciativas sobre actividad física realizadas/ planificadas. Meta: 100% a diciembre de cada año (desde 2020). Indicador: Reuniones intersector para levantamiento de actividades de promoción a nivel local realizadas/ planificadas Meta: 100% a diciembre de cada año (desde 2020) Indicador: Comunas con planes de trabajo intersectorial con el 30% de servicios locales para PM/ total de comunas del programa MAS. Meta: 100% (200 comunas) a enero 2020.</p>	

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
Incrementar entornos amigables para las Personas Mayores del país	1. Generación, sistematización y difusión de información.	a. Diagnóstico de entornos comunales.	* Elaboración del informe diagnóstico de entornos comunales para Personas Mayores.	<p>Indicador: Informe estado de la situación de ciudades amigables para el país (comunales que ingresan, comunales en proceso, distribución nacional, entre otras).</p> <p>Meta: Documento actualizado anualmente. A contar de septiembre 2021.</p>	Aumento en el número de municipios adheridos a "Ciudades Amigables" OMS/OPS.
	2. Abogacía, trabajo intersectorial y participación.	a. Acciones intersectoriales para promover ciudades amigables.	<p>* Reuniones con SENAMA para presentación y discusión del informe diagnóstico del estado de situación de ciudades amigables en el país.</p> <p>* Elaborar propuesta de estrategia para la incorporación de nuevas comunales al Programa Ciudades Amigables.</p>	<p>Indicador: Municipios que reciben propuesta de estrategia para ingreso a programa Ciudades Amigable/Total de comunales que no han ingresado al programa.</p> <p>Meta: 100% comunales que aún no ingresan a programa ciudades amigable a diciembre de cada año. A partir del año 2022.</p> <p>Indicador: 100% a diciembre 2020.</p>	

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Aumentar conocimiento respecto a los cambios asociados al envejecimiento.</p>	<p>1. Generación, sistematización y difusión de información.</p>	<p>a. Elaboración de material informativo sobre autocuidado y envejecimiento.</p> <p>b. Capacitación a monitores comunitarios como agentes de promoción del autocuidado en Personas Mayores.</p> <p>c. Campaña de comunicación social sobre buenas prácticas en el cuidado de las PM.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Elaboración de cuaderno de autocuidado para Personas Mayores. * Capacitar a monitores comunitarios como agentes de promoción del autocuidado en Personas Mayores. * Educación en cambios psicosociales asociados al envejecimiento para fomentar su comprensión. * Elaboración y ejecución de un diagnóstico participativo en autocuidado y estilos de vida saludables, para la planificación de una capacitación de líderes comunitarios. * Elaboración de campaña con contenidos de promoción de envejecimiento saludable y buenas prácticas de cuidados de las Personas Mayores. 	<p>Indicador: Agenda de salud PM para APS. Meta: Publicada a febrero 2021; Revisión y actualización a diciembre 2025.</p> <p>Indicador: N° de comunas con líderes comunitarios capacitados como agentes de promoción del autocuidado en Personas Mayores/ Total comunas programa MAS. Meta: 100% a diciembre de cada año.</p> <p>Indicador: N° de campañas sobre buenas prácticas en el cuidado de las PM realizadas/ N° de campañas planificadas. Meta: 100% a diciembre 2022.</p>	<p>Personas Mayores mejoran conocimientos respecto a cambios asociados al envejecimiento.</p>

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Disminuir estigma y discriminación en PM a nivel nacional.</p>	<p>1. Generación, sistematización y difusión de información.</p>	<p>a. Documentos sobre buenas prácticas y experiencias vinculadas al desarrollo de PM.</p> <p>b. Programas de comunicación social con contenidos de promoción de envejecimiento saludable y buenas prácticas de cuidados de las Personas Mayores.</p>	<p>* Elaborar documento sobre buenas prácticas y experiencias vinculadas a la atención en salud de las Personas Mayores.</p> <p>* Elaborar documento con temáticas identificadas para la campaña de sensibilización y comunicación social.</p> <p>* Diseñar bases técnicas para la campaña comunicacional.</p> <p>* Diseñar y realizar campaña comunicacional.</p> <p>* Elaborar y diseñar banner para incorporarlo en la web MINSAL.</p> <p>* Solicitar y tramitar resolución exenta para el cambio del nombre Programa Nacional del Adulto Mayor por Programa Nacional de Salud Integral para las Personas Mayores.</p>	<p>1.a. Indicador: Documento "Buenas prácticas y experiencias vinculadas a la atención de salud de las Personas Mayores" elaborado.</p> <p>Meta: Documento elaborado a diciembre 2021.</p> <p>1.b. Indicador: Contar con documento sobre temáticas identificadas para campañas de sensibilización.</p> <p>Meta: Documento elaborado a diciembre 2022.</p> <p>Indicador: Campaña "Promoción de envejecimiento saludable y buenas prácticas de cuidados de las PM" ejecutada.</p> <p>Meta: 100% a diciembre 2023.</p> <p>Indicador: Contar con un documento en web MINSAL con nuevas expresiones para referirse a las PM.</p> <p>Meta: Documento publicado en web DIPRECE a enero 2020.</p> <p>Indicador: Contar con una Resolución Exenta para cambio del nombre del Programa de Adulto Mayor.</p> <p>Meta: Resolución Exenta Tramitada a mayo 2020.</p>	<p>Descenso en el número de Personas Mayores que declaran sentirse discriminadas</p>

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Disminuir estigma y discriminación en PM a nivel nacional.</p>	<p>1. Generación, sistematización y difusión de información.</p>	<p>c. Encuesta para medición de percepción del trato/ estigma/ discriminación en PM en la sociedad.</p>	<p>1.c. * Diseñar bases técnicas de la encuesta sobre percepción del trato/ estigma/ discriminación en Personas Mayores. * Aplicar encuesta en los servicios de salud</p>	<p>1.c. Indicador: Diseñar instrumento y estrategia para percepción de estigma en PM en servicios de salud. Meta: Elaborado a junio 2023. Indicador: Aplicar encuesta sobre percepción del trato (línea base)/ estigma/ discriminación en PM en los Servicios de Salud/ Total de Servicios de Salud. Meta: 100% a junio 2025.</p>	<p>Descenso en el número de Personas Mayores que declaran sentirse discriminadas.</p>
	<p>2. Abogacía, trabajo intersectorial y participación.</p>	<p>a. Conformar mesa de trabajo MINSAL (DIPRECE/DIPOL)- MINEDUC para incorporar contenidos sobre imagen positiva del envejecimiento en centros educativos.</p>	<p>2.a. Conformar mesa de trabajo MINSAL (DIPRECE/DIPOL)- MINEDUC para incorporar contenidos sobre imagen positiva del envejecimiento en centros educativos.</p>	<p>2.a. Indicador: Revisión y elaboración de informe asociado a experiencias y aprendizajes de otros países relacionados a la temática: insumo para la mesa. Meta: (Mesa constituida a mayo 2021). Informe elaborado a mayo 2021. Indicador: Sistematización de avances, acuerdos y logros de la mesa intersectorial. Meta: Informe diciembre 2021.</p>	

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Aumentar la cobertura del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM)</p>	<p>1. Generación, sistematización y difusión de información.</p>	<p>a. Elaboración plan de cierre de brechas de cobertura de EMPAM.</p>	<p>1.a. * Levantar información respecto a la brecha de coberturas del EMPAM. * Identificación de las brechas de cobertura del EMPAM y las causas asociadas. * Elaborar documento con las brechas actuales de cobertura del EMPAM. * Elaborar documento con propuesta de un cierre de brechas para incrementar la cobertura del EMPAM.</p>	<p>1.a Indicador: Contar con documento "Propuestas tabla de contenidos para informe diagnóstico (estado del arte del EMPAM)". Meta: Documento elaborado a noviembre 2022.</p>	
	<p>2. Abogacía, trabajo intersectorial y participación.</p>	<p>a. Propuesta para realización de EMPAM en lugares de trabajo para Personas Mayores laboralmente activas.</p> <p>b. Aplicación de EMPAM en dispositivos de la red socio-sanitaria.</p>	<p>2.a. * Conformar mesa de trabajo con intersectorial con MINTRAB/ MIDESO para identificación de empresas con mayor proporción de Personas Mayores. * Elaborar documento con la propuesta de la realización de EMPAM en lugares de trabajo para Personas Mayores. * Realizar operativos de EMPAM en lugares de trabajo priorizados.</p> <p>2.b. * Conformar mesa de trabajo con intersectorial con MIDESO/SENAMA para definir criterios de priorización para la aplicación del EMPAM en ELEAM y centros diurnos.</p>	<p>2.a. Indicador: Contar con documento "Propuesta para realización de EMPAM en lugares de trabajo para Personas Mayores laboralmente activas". Meta: (Mesa constituida a marzo 2022). Documento elaborado a agosto 2022. Indicador: (N° de EMPAM realizados en lugares de trabajo priorizados /N° total de EMPAM proyectados en lugares priorizados)*100 Meta: 80% a Agosto 2023.</p> <p>2.b. Indicador: Contar con informe: Sistematización de avances, acuerdos y logros de la mesa intersectorial. Meta: (Mesa constituida a mayo 2023). Informe elaborado a diciembre 2023.</p>	<p>Aumento de la cobertura con respecto al año anterior.</p>

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
Aumentar la cobertura del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM)	2. Abogacía, trabajo intersectorial y participación.	c. Bono EMPAM.	<ul style="list-style-type: none"> * Coordinación técnica MINSAL – MIDESO para la implementación y difusión de la iniciativa bono EMPAM en la población * Elaboración de estrategias conjuntas de comunicación. * Monitorear implementación del bono EMPAM, 	<p>Indicador: Contar con informe: Estrategias para la implementación y difusión de la iniciativa bono EMPAM.</p> <p>Meta: Mesa constituida a enero 2020. Informe elaborado a diciembre 2023.</p> <p>Indicador: Beneficiarios bono EMPAM/ Población objetivo a cubrir.</p> <p>Meta: 25% a diciembre 2021; 50% a diciembre 2023.</p>	Aumento de la cobertura con respecto al año anterior.

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Aumentar cobertura de planes de tratamiento integral individualizados</p>	<p>1. Generación, sistematización y difusión de información.</p>	<p>a. Documentos de diagnóstico sobre equipos interdisciplinarios que trabajan con Personas Mayores en la red de salud.</p>	<p>* Elaborar documento diagnóstico con el perfil de competencias de los profesionales que trabajan con Personas Mayores. * Realizar diagnóstico de brechas sobre equipos multidisciplinarios que trabajan con Personas Mayores en la red de salud. * Elaborar documento con el análisis de brechas de los equipos multidisciplinarios que trabajan con Personas Mayores en la red pública.</p>	<p>Indicador: Contar con documento "Perfil de competencias de profesionales que trabajan con PM (estándares del equipo interdisciplinario)". Meta: Documento elaborado a octubre 2023.</p> <p>Indicador: Contar con documento "Análisis de brechas de equipos interdisciplinarios para la atención de PM en la red pública". Meta: Documento elaborado a diciembre 2025.</p>	<p>Aumento en las PM en condición de fragilidad geriátrica que acceden a plan de tratamiento individualizado.</p>
	<p>b. Capacitación a los equipos interdisciplinarios respecto de problemas asociados al envejecimiento.</p>	<p>* Capacitación a los equipos interdisciplinarios respecto a: i) Síndrome Caída frecuente (Trastornos de la Marcha); ii) Síndrome de Dismovilidad; iii) Síndrome de Trastornos visuales; iv) Síndrome de Trastornos auditivos; v) Síndrome de Incontinencia; vi) Síndrome de Malnutrición y PACAM; vii) Síndrome de Polifarmacia; viii) Úlceras por presión; ix) Trastornos cognitivos (Demencias, Alzheimer); x) Trastornos del ánimo y riesgo de suicidio xi) Salud oral y consecuencias de su falta en la calidad de vida de las PM.</p>	<p>Indicador: CEFAM que cuentan con equipos interdisciplinarios con profesionales capacitados en atención de PMS/ total CEFAM en el país. Meta: 30% a diciembre 2022; 50% a diciembre 2025; 75% a diciembre 2028; 100% diciembre 2030.</p>		

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Aumentar cobertura de planes de tratamiento integral individualizados</p>	<p>2. Gestión y articulación de la red de salud.</p>	<p>a. Control de seguimiento de EFAM dentro de 6 meses.</p>	<p>* Realizar control de seguimiento con EFAM a personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y con riesgo de dependencia dentro de los primeros 6 meses realizado control de Salud (EMPAM).</p>	<p>Indicador: (Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año vigente) (MENOS) (Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año anterior)) /Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año anterior)) * 100. Meta: 30% más respecto del año anterior a enero de cada año.</p> <p>Indicador: (Nº de personas de 65 años y más con riesgo y/o riesgo de dependencia con control de seguimiento con EFAM efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizado el control de Salud (EMPAM)/ Nº de personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia con Control de Salud (EMPAM) vigente)) * 100. Meta: 80% a enero de cada año.</p>	<p>Aumento en las PM en condición de fragilidad geriátrica que acceden a plan de tratamiento individualizado.</p>

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Mejorar el estado funcional de las Personas Mayores</p>	<p>1. Gestión y articulación de la red de salud</p>	<p>a. Diseñar un sistema informático que permita conocer la trazabilidad de la AATT entregadas en las Personas Mayores</p>	<p>* Diseñar un sistema informático que permita conocer la trazabilidad de la AATT entregadas en las Personas Mayores.</p>	<p>Indicador: Contar con propuesta diseño sistema informático que permita el seguimiento en la entrega de ayudas técnicas. Meta: Propuesta elaborada a enero 2022.</p>	
		<p>b. Propuesta de mejora de evaluación de funcionalidad en PM (Evaluación Funcional de Personas Mayores)</p>	<p>* Evaluar y monitorizar la aplicación del Índice de Barthel (evaluación funcional) en el ingreso y egreso hospitalario. * Evaluar mecanismos de valoración en salas de rehabilitación para aunar criterios de funcionalidad.</p>	<p>Indicador: Contar con documento "Propuestas para las modificaciones en el registro REM: "Sección d.5: variación de resultado de aplicación del índice de Barthel y población bajo control". Meta: Documento elaborado a abril 2022. Indicador: Contar con documento "Propuestas para la evaluación de funcionalidad en salas de rehabilitación en PM". Meta: Documento elaborado a junio 2023.</p>	<p>Aumento en el número de personas mayores que mantienen o mejoran su nivel funcional.</p>
		<p>c. Ampliar oferta y cobertura para PM en APS.</p>	<p>* Crear Nuevas Unidades de Atención Primaria Otorrinolaringológicas (UAPORRINO) para el manejo de complicaciones asociadas a la disfagia en PM. * Derivación a Programas Más posterior a aplicación de EMPAM que arroje clasificación de acuerdo a criterios del Programa.</p>	<p>Indicador: N° de UAPORRINO con programación de acciones de rehabilitación por fonaudiólogos para Personas Mayores/N° total de UAPORRINO en el país. Meta: 90% a agosto 2021; 95% a agosto 2025. Indicador: (N° de personas de 65 años y más ingresadas al programa con condición autovalente + autovalente con riesgo + en riesgo de dependencia) / (población AM en control con condición autovalente + autovalente con riesgo + riesgo de dependencia) *100. Meta: 60% a diciembre 2020; 70% a diciembre 2025; 75% a diciembre 2030.</p>	

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Mejorar el estado funcional de las Personas Mayores</p>	<p>2. Generación, sistematización y difusión de información</p>	<p>a. Estudio de brechas de cobertura para programa rehabilitación en Unidad de Paciente Crítico (UPC).</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Elaborar estudio de brecha de cobertura para programa rehabilitación en UPC. * Elaborar plan de cierre de brechas * Implementación del Plan de cierre de brechas. 	<p>Indicador: Contar con estudio “Brechas de cobertura de rehabilitación en el contexto de cama indiferenciada”.</p> <p>Meta: Estudio realizado a diciembre del 2021.</p>	<p>Aumento en el número de personas mayores que mantienen o mejoran su nivel funcional.</p>
	<p>3. Abogacía, trabajo intersectorial y participación</p>	<p>a. Coordinación con intersector para entregas de AATT a nivel país.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Mejorar la coordinación de entregas de AATT a través de reuniones con otras instituciones (intra e intersectoriales) para evitar duplicidad en la entrega. 	<p>Indicador: Reuniones intersector para coordinación de un programa de ayudas técnicas estatal ejecutadas/ planificadas</p> <p>Meta: 100% a diciembre de cada año.</p> <p>Indicador: AATT entregadas que cuentan con beneficiarios identificados en sistema e institución que entregó la AATT/ AATT entregadas</p> <p>Meta: 100% a diciembre de cada año (desde año 2023).</p>	

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Disminuir la prevalencia de condiciones de salud seleccionadas(*)</p> <p>(*) Tuberculosis, ITS, VIH/ SIDA, enfermedad renal crónica, enfermedad respiratoria crónica</p>	<p>1. Gestión y articulación de la red de salud.</p>	<p>a. Pesquisa precoz de Tuberculosis (TBC) en personas de 65 años y más.</p>	<p>* Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis en población mayor de 65 años.</p>	<p>Indicador: ((Nº de baciloscopias realizadas a población 65 años y más/ Nº de consultas de morbilidad en población mayor de 65 años) *100) en periodo t/ ((Nº de baciloscopias realizadas a población mayor de 65 años / Nº de consultas de morbilidad en población mayor de 65 años) *100) en periodo t-1. Meta: 20% a enero 2020; 25% a enero 2025; 30% a enero 2030.</p>	
		<p>b. Aumentar cobertura de examen VIH en PM.</p>	<p>* Realizar examen VIH a personas de 65 años y más por morbilidad o que lo requieran.</p>	<p>Indicador: (Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más (año vigente) (MENOS) Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más (año anterior) /Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más, (año anterior) * 100. Meta: 5% a enero de cada año.</p>	<p>Descenso en prevalencia de condiciones de salud seleccionadas en PM.</p>
		<p>c. Control para enfermedad renal crónica.</p>	<p>* Aplicar el "Formulario de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" a las personas de 65 años y más en control de salud cardiovascular.</p>	<p>Indicador: (Nº de personas de 65 años y más bajo control en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / Nº total de personas de 65 años y más bajo control en PSCV al corte) *100 Meta: 100% a diciembre de cada año.</p>	

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Disminuir la prevalencia de condiciones de salud seleccionadas(*)</p> <p>(*) Tuberculosis, ITS, VIH/ SIDA, enfermedad renal crónica, enfermedad respiratoria crónica</p>	<p>1. Gestión y articulación de la red de salud.</p>	<p>d. Control para enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>* Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica</p> <p>* Realizar controles de acuerdo a criterios APS</p>	<p>Indicador: (Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año vigente) (MENOS) Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año anterior) / Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año anterior) *100.</p> <p>Meta: 10% a diciembre de cada año.</p> <p>Indicador: (población bajo control de 65 años y más asmática controlada (año vigente) (MENOS) población bajo control de 65 y más años asmática controlada año (anterior) / población bajo control de 65 y más años asmática controlada (año anterior).</p> <p>Meta: 25% a diciembre de cada año.</p> <p>Indicador: (Población bajo control EPOC de 65 y más años que logran control adecuado (año vigente) (MENOS) Población bajo control de 65 y más años EPOC que logran control adecuado (año anterior) / Población bajo control de 65 y más años EPOC que logran control adecuado (año anterior).</p> <p>Meta: 25% a diciembre de cada año.</p> <p>Indicador: (Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año vigente) (MENOS) Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior) / Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior)) *100.</p> <p>Meta: 25% a diciembre de cada año.</p>	<p>Descenso en prevalencia de condiciones de salud seleccionadas en PM.</p>

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Disminuir la prevalencia de condiciones de salud seleccionadas(*)</p> <p>(*) Tuberculosis, ITS, VIH/ SIDA, enfermedad renal crónica, enfermedad respiratoria crónica</p>	<p>1. Gestión y articulación de la red de salud.</p> <p>2. Generación, sistematización y difusión de información.</p>	<p>e. Control de salud en mujeres.</p>	<p>* Control preventivo de salud integral ginecológica. * Solicitar mamografía a mujeres de 65 a 69 años.</p>	<p>Indicador: (Nº de mujeres adultas mayores con control ginecológico preventivo anual / Nº total de mujeres adultas mayores inscritas y validadas)*100. Meta: Aumento 5% a diciembre 2020.</p> <p>Indicador: (Nº de mujeres de 65 a 69 años con mamografía vigente en los últimos 3 años/ Nº de mujeres de 65 a 69 años inscritas validadas) * 100. Meta: 70% a diciembre 2020; 75% a diciembre 2025; 80% a diciembre 2030.</p>	<p>Descenso en prevalencia de condiciones de salud seleccionadas en PM.</p>
	<p>a. Consejerías en prevención de VIH/SIDA en control de PM.</p>	<p>* Entrega de consejería de prevención del VIH/SIDA e ITS en control con o sin entrega de preservativos.</p>	<p>Indicador: (Número total de personas de 65 y más años que reciben consejería para la prevención de VIH/SIDA e ITS / Nº total de personas de 65 y más años que se realizan un test de VIH) * 100 Meta: 40% a diciembre 2020 ; 45% a diciembre 2025; 50% a diciembre 2030.</p>		

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Disminución en prevalencia de enfermedades neumocócicas e influenza</p>	<p>1. Gestión y articulación de la red de salud.</p>	<p>a. Administración de vacunas (neumocócica e influenza) a población en riesgo.</p>	<p>* Administrar una dosis de vacuna Neumocócica, a los usuarios de 65 años de edad según población inscrita y validada.</p> <p>* Administrar una dosis de vacuna Influenza, a los usuarios de 65 años y más de edad inscrita y validada.</p>	<p>Indicador: (Nº de personas de 65 años y más que reciben una dosis de vacuna antineumocócica /Nº Total de personas de 65 años) *100.</p> <p>Meta: 35% a diciembre de 2021, 45 % a diciembre de 2022, 55% a diciembre 2023, 65% a diciembre 2024.</p> <p>Indicador: (Nº de personas de 65 años y más vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza/Nº Total de personas de 65 años y más) *100.</p> <p>Meta: 65% a diciembre de 2021, 75 % a diciembre de 2022, 85% a diciembre 2023, 95% a diciembre 2024.</p>	<p>Aumento en la cobertura de inmunización: antineumocócica y anti-influenza en PM. Disminución en prevalencia de enfermedades respiratorias.</p>
		<p>b. Talleres para líderes comunitarios sobre enfermedades respiratorias.</p>	<p>* Realizar talleres previo a la campaña de vacunación (marzo-abril) de cada año.</p> <p>* Evaluación del taller en las Personas Mayores.</p>	<p>Indicador: Líderes comunitarios que asisten al taller sobre enfermedades respiratorias / total líderes comunitarios inscritos en comunas donde se realiza el taller.</p> <p>Meta: 50% a junio de cada año.</p> <p>Indicador: Personas que evalúan positivamente taller sobre enfermedades respiratorias / participantes del taller.</p> <p>Meta: 75% a junio de cada año.</p>	

Línea estratégica 2: Provisión de servicios.

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Disminuir mortalidad asociada a condiciones de salud seleccionadas (*)</p> <p>(*) Enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes, enfermedades respiratorias, enfermedad renal crónica</p>	<p>1. Gestión y articulación de la red de salud.</p>	<p>a. Sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrita la persona egresada del hospital con el diagnóstico de ACV o de Accidente Cerebrovascular (ACV) o Infarto Agudo al Miocardio (IAM).</p>	<p>* Revisar sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrita la persona egresada del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM, en base a modelo de gestión vigente.</p> <p>* Horas protegidas para controles de personas egresadas del hospital con ACV o IAM.</p>	<p>Indicador: (Nº de pacientes de 65 años y más egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7 días hábiles post-alta /Nº total de egresos hospitalarios de personas de 65 años y más con ACV o IAM) *100.</p> <p>Meta: 100% a enero de cada año.</p>	<p>Disminución en la tasa de mortalidad por enfermedades seleccionadas en PM.</p>
		<p>b. Mejorar tratamiento de hipertensión para PM.</p>	<p>* Mejorar cobertura de personas hipertensas de 65 años y más bajo control.</p>	<p>Indicador: Cobertura hipertensos (año vigente) (Menos) Cobertura Hipertensos (año anterior) / Cobertura Hipertensos (año anterior) *100.</p> <p>Meta: 20% a enero 2020.</p> <p>Indicador: (Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de Metas de compensación (año anterior)).</p> <p>* Cálculo proporción de compensación de metas Nº de hipertensos con presión arterial <140/90 mmHg en personas de 65 a 79 años y presión arterial <150/90 mmHg en personas de 80 y más años/ Nº de hipertensos de 65 y más años bajo control en PSCV.</p> <p>Meta: 15% a enero de cada año.</p>	

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Disminuir mortalidad asociada a condiciones de salud seleccionadas (*)</p> <p>(*) Enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes, enfermedades respiratorias, enfermedad renal crónica</p>	<p>1. Gestión y articulación de la red de salud.</p>	<p>c. Mejorar tratamiento de diabetes mellitus para PM.</p>	<p>* Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas (Disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos).</p> <p>* Pacientes diabéticos en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) cuentan con un examen de Fondo de ojo vigente.</p>	<p>Indicador: (Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ Nº total de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV en los últimos 6 meses) *100.</p> <p>Meta: 80% a enero de cada año.</p> <p>Indicador: (Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente / (Nº total de personas de 65 años en PSCV por diabetes)) *100</p> <p>Meta: 80% a enero de cada año.</p>	<p>Disminución en la tasa de mortalidad por enfermedades seleccionadas en PM.</p>
		<p>d. Atención kinésica según derivación médica por Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) de manejo ambulatorio.</p>	<p>* Acceder a atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por NAC de manejo ambulatorio en mayores de 65 años.</p>	<p>Indicador: (Nº de casos en personas de 65 años y más con tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación/ Nº de casos en personas de 65 años y más con tratamiento kinésico) *100.</p> <p>Meta: 15% a enero de cada año.</p>	
	<p>e. Reducir la progresión de enfermedad renal crónica.</p>		<p>* Optimizar el tratamiento farmacológico de los pacientes de 65 o más años con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 en el PSCV.</p>	<p>Indicador: (Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 y tratamiento con IECA o ARA II los últimos 12 meses / Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con albuminuria moderada o severa (RAC \geq30mg/g) o ERC etapa 3b-5 al corte) * 100.</p> <p>Meta: 100% a diciembre de cada año.</p>	

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Aumentar cobertura de prestaciones de salud Oral para Personas Mayores.</p>	<p>1. Gestión y articulación de la red de salud.</p>	<p>a. Programa Ríe Mayor</p> <p>b. Visitas odontológicas a dependientes severos.</p> <p>c. Aumento de coberturas en programas de salud oral.</p>	<p>* Diagnóstico y diseño del Programa Ríe Mayor. * Implementación del Programa Ríe Mayor.</p> <p>* Realizar visitas odontológicas domiciliarias para Personas Mayores con dependencia severa.</p> <p>* Considerar personas con trastornos mentales que deben ser atendidos en Odontología general y Especialidades Odontológicas. * En PPV Atención odontológica recuperativa adulto de 15 a 59 años, aumentar criterio de inclusión de edad. * Atención odontológica rehabilitación prótesis fija adulto de 15 a 59 años, aumentar criterio de inclusión de edad. * Incorporar atención Odontológica integral (incluida Periodoncia) en pacientes con enfermedades crónicas.</p>	<p>Indicador: Propuesta diagnóstico e implementación Ríe Mayor elaborada Fecha: Documento elaborado a enero 2020.</p> <p>Indicador: (PM desdentadas totales del maxilar inferior de 61 años y más rehabilitadas/total de PM desdentadas totales del maxilar inferior de 61 años y más) *100 Meta: 2% del total* a diciembre 2021; 5% del total* a diciembre 2025; 10 del total* a diciembre 2028; 15% a diciembre 2030. *Total: De acuerdo a estudios preliminares, 108.483 Personas Mayores de 61 años y más cumplirían requisitos clínicos para recibir tratamiento "Ríe Mayor."</p> <p>Indicador: Dependientes severos con visitas odontológicas domiciliarias/ total dependientes severos. Meta: 50% a diciembre 2021; 60% a diciembre 2025; 65% a diciembre 2028; 70% a diciembre 2030.</p> <p>Indicador: Contar con documento "Propuesta aumento de coberturas en programas de salud oral". Meta: Documento elaborado a enero 2020.</p> <p>Indicador: (Nº total de consultas de morbilidad odontológica en adultos mayor/ N° de adultos mayores inscritos y validados en el establecimiento) *100. Meta: 30% a diciembre de cada año.</p>	<p>Aumento en el número de PM con acceso a prestaciones de salud oral.</p>

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Aumentar la cobertura de servicios sociosanitarios a Personas Mayores con condición de dependencia</p>	<p>1. Gestión y articulación de la red de salud.</p>	<p>a. Propuesta de estrategia para abordaje de personas con dependencia en APS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Propuesta de estrategia Sector salud (FONASA/MINSAL/ servicios de salud)/ SEREMIS) para abordaje de PM con alto riesgo biopsicosocial para su reinserción social. * Aumentar resolutiveidad de Personas Mayores con vulnerabilidad sociosanitaria. 	<p>Indicador: Contar con documento "Propuesta de estrategia para abordaje de personas con dependencia en APS".</p> <p>Meta: Documento elaborado a noviembre 2022.</p>	
	<p>2. Abogacía, trabajo intersectorial y participación.</p>	<p>b. Ampliar cobertura de programas a personas con dependencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Ampliar realización de visita nutricional domiciliaria desde APS para personas con indicación de NED (nutricional enteral domiciliaria). 	<p>Indicador: Nº de personas del Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa con indicación de NED y evaluación nutricional en domicilio/ Nº personas del Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa con NED.</p> <p>Meta: 100% a diciembre de cada año.</p>	<p>Aumento en el número de PM con condición de dependencia que se benefician de programas relacionados.</p>
		<p>a. Catastro de oferta del sector público de Centros (ELEAM) para ingreso de PM con alto riesgo biopsicosocial al alta médica hospitalaria (MIDESO; SENADIS; FONASA; SENAMA).</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Realizar catastro de listado de ELEAM disponibles, con dirección y datos básicos. * Actualizar catastro de camas sociosanitarias en la Red y su ocupación disponibles en red de salud. 	<p>Indicador: Contar con "Catastro de oferta del sector público de Centros (ELEAM y camas sociosanitaria) para ingreso de PM con alto riesgo biopsicosocial al alta médica hospitalaria".</p> <p>Meta: Catastro elaborado a diciembre 2022.</p>	

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Aumentar la cobertura de servicios socio-sanitarios a Personas Mayores con condición de dependencia</p>	<p>2. Abogacía, trabajo intersectorial y participación.</p>	<p>b. Listado consolidado nacional de PM que requieren institucionalización.</p>	<p>* Consolidar listado de personas a nivel nacional sin red de apoyo y con problemas de salud agudos que requieren camas socio-sanitarias. * Consolidar listado de personas a nivel nacional sin red de apoyo y sin problemas de salud agudos y que requieren una solución residencial con algún grado de cuidado.</p>	<p>Indicador: Listado nacional consolidado de PM que requieren institucionalizarse, actualizado periódicamente. Meta: Listado actualizado a agosto de cada año (desde año 2022).</p>	<p>Aumento en el número de PM con condición de dependencia que se benefician de programas relacionados.</p>

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Aumentar cobertura de cuidados paliativos no oncológicos.</p>	<p>1. Generación, sistematización y difusión de información.</p>	<p>a. Estimación de brecha de profesionales de rehabilitación según nivel de atención para demanda de cuidados paliativos no oncológicos en población de Personas Mayores.</p>	<p>* Estimar la brecha de demanda de profesionales de rehabilitación según nivel de atención para demanda de cuidados paliativos no oncológicos en población de Personas Mayores.</p>	<p>Indicador: Contar con documento "Estimación brechas de demanda por cuidados paliativos no oncológicos". Meta: Documento elaborado a diciembre 2020.</p>	<p>Aumento en el número de PM que acceden a cuidados paliativos no oncológicos.</p>
	<p>2. Gestión y articulación de la red de salud.</p>	<p>a. Elaboración de canastas de cuidados paliativos no oncológicos para Personas Mayores con condiciones de salud en etapa terminal.</p>	<p>* Elaboración de canastas de cuidados paliativos no oncológicos para Personas Mayores con condiciones de salud en etapa terminal en todos los niveles de la red.</p>	<p>Indicador: Canasta de cuidados paliativos no oncológicos para Personas Mayores con condiciones de salud en etapa terminal elaborada. Fecha: Canasta elaborada a diciembre 2021.</p>	
		<p>b. Incorporación al GES la propuesta de cuidados paliativos no oncológicos.</p>	<p>* Solicitar la incorporación de cuidados paliativos no oncológicos al decreto GES.</p>	<p>Indicador: Propuesta de Grupo de prestaciones (GPP) de cuidados paliativos no oncológicos en Personas Mayores con condiciones de salud en etapa terminal actualizada. Fecha: Propuesta de GPP actualizada a diciembre 2021.</p>	
	<p>c. Lista de espera cuidados paliativos no oncológicos consolidada.</p>		<p>* Recopilar información sobre listas de espera de cuidados paliativos a nivel local. * Generar sistema para consolidación y manejo de información sobre listas de espera a nivel central.</p>	<p>Indicador: Servicios de salud cuya lista de espera de cuidados paliativos se encuentra actualizada en el sistema centralizado/ total servicios de salud. Meta: 75% a diciembre 2023; 100% a diciembre 2024.</p>	

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Mejorar acceso a rehabilitación para el manejo del dolor crónico en Personas Mayores.</p>	<p>1. Generación, sistematización y difusión de información.</p>	<p>a. Realizar capacitación continua entre los niveles de atención (consultorías, jornadas de transferencia de conocimientos).</p> <p>b. Revisar tiempos de espera en consultas de Personas Mayores.</p>	<p>* Realizar capacitación continua entre los niveles de atención sobre el manejo del dolor.</p> <p>* Disminuir tiempos de espera de Consulta de Nueva Especialidad (CNE), intervención quirúrgica, salud mental y odontológica.</p>	<p>Indicador: Centros de salud con capacitación sobre manejo de dolor/ total centros de salud. Meta: 40% a diciembre 2020; 50% a diciembre 2025; 60% a diciembre 2030.</p> <p>Indicador: Documento con análisis de listas de espera de PM con dolor crónico elaborado. Fecha: Documento elaborado a diciembre 2020.</p> <p>Indicador: Disminución de la listas de espera por dolor crónico en población mayor de 65 años y más/ total de la población en listas de espera por dolor crónico. Meta: 10% a abril 2025 (base enero 2020); 15% a abril 2030 (base enero 2020).</p>	<p>Aumento en el número de PM con dolor crónico que acceden a servicios de Rehabilitación en la red.</p>
<p>2. Gestión y articulación de la red de salud.</p>		<p>a. Propuesta a nivel de especialidad para manejar a las Personas Mayores con trastornos temporomandibulares y dolor orofacial crónico.</p>	<p>* Elaborar documento "Propuesta a nivel de especialidad para manejar los pacientes con Trastornos temporomandibulares y dolor orofacial crónico".</p>	<p>Indicador: Contar con documento "Propuesta a nivel de especialidad para manejar los pacientes con trastornos temporomandibulares y dolor orofacial crónico". Meta: Documento elaborado a enero 2020.</p>	

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Aumentar el acceso a tratamiento de personas con trastornos mentales.</p>	<p>1. Gestión y articulación de la red de salud.</p>	<p>a. Consultoría de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas.</p>	<p>* Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas en población de personas de 65 años y más.</p>	<p>Indicador: (Nº de personas de 65 años y más con consultoría de salud mental (año vigente) / Nº de personas de 65 años y más ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente) (MENOS) Nº de personas de 65 años y más con consultoría de salud mental (año anterior) / Nº de personas de 65 años y más ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))* 100 (población de 65 años y más). Meta: 10% a enero 2020; 15% a enero 2025.</p>	
		<p>b. Controles de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas.</p>	<p>* Realizar controles de salud mental a personas egresadas por alta terapéutica.</p>	<p>Indicador: Nº de personas egresadas por alta terapéutica (año vigente) / Nº de personas bajo control en el programa por trastornos mentales (año vigente)*100. Meta: 20% a enero 2020; 25% a enero 2028.</p> <p>Indicador: (Nº de controles de Salud Mental totales realizados (año vigente) / Nº de personas bajo control en el programa por trastornos mentales (año vigente)). Meta: 8-12 controles a enero de cada año.</p>	<p>Aumento en el número de PM que acceden a tratamiento de salud mental.</p>
	<p>c. Aplicación instrumento GHQ.</p>		<p>* Aplicar pauta de monitoreo de resultados de situación de salud mental.</p>	<p>Indicador: (Nº de personas con instrumento monitoreo GHQ aplicado al ingreso y egreso (año vigente))/(Nº de personas ingresadas y egresadas a programa salud mental (año vigente))*100. Meta: 100% a enero de cada año.</p>	

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Aumentar acceso a diagnóstico y tratamiento en Alzheimer y otras demencias.</p>	<p>1. Gestión y articulación de la red de salud</p>	<p>a. Implementación de GES Alzheimer y otras demencias.</p>	<p>* Capacitación de equipos de la red.</p>	<p>Indicador: (Nº de garantías retrasadas por pandemia*/ total garantías retrasadas) *100 Meta: 100% a diciembre 2022. Comentario: El decreto supremo N°11 del 30 de marzo 2020 suspende garantía de oportunidad (GO) de algunas garantías explícitas en salud, debido a la Pandemia por COVID-19. Luego, el 02 de mayo de 2020, se publica el decreto supremo N°17, que deroga decreto N° 11, de 2020, del Ministerio de Salud, reactivando las garantías explícitas de salud. El decreto 13 de 29 de marzo de 2021, volvió a suspender la GO de GES. De acuerdo a datos extraídos desde el Sistema de Gestión de Garantías Explícitas en Salud (SIGGES), a noviembre 2020, se registraron un total de 602 garantías de oportunidad retrasadas (1% del total de las GES retrasadas en el país a esta fecha), de las cuales en 524 de ellas no se cumplió la garantía de oportunidad para acceder al diagnóstico diferencial que debe realizar el médico especialista. Indicador: Número de servicios de salud con instrumento de monitoreo elaborado para la implementación del GES de Alzheimer y otras demencias / total de servicios de salud. Meta: 100% a enero 2022.</p>	<p>Aumento en el número de PM y cuidadores que acceden a diagnóstico y tratamiento en Alzheimer y otras demencias.</p>

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Disminución de los tiempos de espera para Personas Mayores.</p>	<p>1. Gestión y articulación de la red de salud.</p>	<p>a. Implementación de protocolos locales para la ejecución del Reglamento asociado a la Ley de atención Preferente de PM y personas con discapacidad.</p> <p>b. Carnet de fragilidad.</p>	<p>* Monitorear y supervisar la elaboración e implementación de protocolos locales para el Reglamento de la Ley de Atención Preferente.</p> <p>* Diseño y análisis de factibilidad para la implementación del carnet de fragilidad en APS.</p>	<p>Indicador: Número de establecimientos que desarrollan protocolo local de atención preferente, para la implementación del Reglamento asociado a la Ley 21.168 en periodo t/ Centros de salud fiscalizados por la Superintendencia de Salud en periodo t.</p> <p>Meta: 100% a diciembre de cada año.</p> <p>Indicador: Documento "Propuesta carnet de fragilidad".</p> <p>Meta: Elaborado a octubre 2023 (primer borrador); Marzo 2024 (borrador final).</p> <p>Indicador: Carnet de fragilidad implementado (existencia de carnet físico entregable) en la red.</p> <p>Meta: Mayo 2025.</p> <p>Indicador: Personas Mayores con carnet de fragilidad/ Personas Mayores evaluadas en APS que cumplan con criterio para recibir carnet.</p> <p>Meta: 50% a diciembre 2025; 100% desde diciembre 2026.</p>	<p>Disminución en tiempo promedio de atención de PM.</p>
	<p>2. Generación, sistematización y difusión de información.</p>	<p>a. Elaboración de bajada comunicacional para la atención preferente de las Personas Mayores en la red de salud.</p>	<p>* Elaboración de bajada comunicacional para la atención preferente de las Personas Mayores en la red de salud.</p>	<p>Indicador: Resolución de la bajada comunicacional del reglamento de atención preferente publicada.</p> <p>Meta: Marzo 2021.</p> <p>Indicador: N° de centros de salud e instituciones relacionadas en el país con afiche de atención preferente publicado en área visible/ N° de Centros de salud e instituciones relacionadas en el país.</p> <p>Meta: 100% a diciembre 2022.</p>	

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Disminución de los tiempos de espera para Personas Mayores.</p>	<p>2. Generación, sistematización y difusión de información.</p>	<p>b. Elaboración de OOTT asociada a la atención preferente de PM y PcD en los APS.</p>	<p>* Elaboración de OOTT para la atención de PM y PcD en la APS en el contexto de la Ley 21.168</p>	<p>Indicador: Elaboración de OOTT para la atención de PM y PcD en la APS en el contexto de la Ley 21.168. Meta: Documento elaborado a marzo 2022.</p>	
		<p>c. Campaña comunicacional para el buen uso de la red asistencial.</p>	<p>* Elaboración de contenidos de la campaña. * Difusión de la campaña a lo largo de la red</p>	<p>Indicador: Elaboración de los contenidos asociados a la campaña del buen uso de la red asistencial de PM. Meta: Documento elaborado a marzo 2022. Indicador: N° de centros de salud que difunde la campaña del buen uso de la red asistencial / N° de centros de salud del país en todos sus niveles. Meta: 50% a junio 2023; 75% a junio 2028.</p>	<p>Disminución en tiempo promedio de atención de PM.</p>
	<p>3. Abogacía, trabajo intersectorial y participación.</p>	<p>a. Convenio con Ministerio de Desarrollo Social para compartir bases de datos.</p>	<p>* Firma de convenio con MIDESO para la transferencia de bases de datos con el MINSAL con el fin de coordinar intervenciones socio-sanitarias.</p>	<p>Indicador: Contar con convenio para traspaso y consolidación de bases de datos entre Ministerio de Desarrollo Social y Familia y Ministerio de Salud. Meta: Convenio firmado a abril 2021.</p>	

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Mejorar la percepción usuaria de Personas Mayores en los servicios de salud.</p>	<p>1. Generación, sistematización y difusión de información.</p>	<p>a. Capacitar a funcionarios de Servicios de Salud y municipales en buen trato a las Personas Mayores.</p>	<p>* Capacitar a funcionarios de Servicios de Salud y municipales en buen trato a las Personas Mayores.</p>	<p>Indicador: Regiones (SEREMIs) con capacitación sobre buen trato a las PM/ total regiones. Meta: 50% a octubre 2022; 70% a octubre 2025; 100% a octubre 2030. Indicador: Equipos sociosanitarios con capacitación en buen trato/ total equipos sociosanitarios. Meta: 50% a octubre 2022; 70% a octubre 2025; 100% a octubre 2030</p>	<p>Aumento en el número de PM que reportan estar satisfechos con su atención de salud.</p>
		<p>b. Sistema de evaluación y monitoreo de la satisfacción usuaria en la atención de salud para la persona mayor.</p>	<p>* Diseño de sistema de evaluación y monitoreo de la satisfacción usuaria en la atención de salud para la persona mayor, a través de la validación de criterios y estándares definidos internacionalmente. Implementar en forma progresiva el sistema de evaluación y monitoreo de calidad de la atención de salud en las redes asistenciales.</p>	<p>Indicador: Contar con un sistema de evaluación y monitoreo de la satisfacción usuaria en salud para las Personas Mayores. Meta: Sistema de evaluación y monitoreo 100% implementado a diciembre 2025.</p>	

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Disminuir listas de espera Personas Mayores.</p>	<p>1. Generación, sistematización y difusión de información.</p>	<p>a. Diagnóstico listas de espera.</p>	<p>* Elaboración documento diagnóstico listas de espera en PM.</p>	<p>Indicador: Contar con documento "Estudio de cumplimiento de garantías GES en Personas Mayores". Meta: Documento elaborado a diciembre de 2021; actualización diciembre 2023; diciembre 2025; diciembre 2028.</p>	<p>Disminución en listas de espera en Personas Mayores en condiciones prioritizadas (*)</p>
	<p>2. Gestión y articulación de la red de salud.</p>	<p>a. Creación de modelo para atención de Ortogeriatría en Chile.</p>	<p>* Conformación mesa de expertos para creación del modelo de atención de Ortogeriatría en Chile. * Elaboración propuesta Modelo de reducción de listas de espera.</p>	<p>Indicador: Mesa constituida a agosto 2021. Contar con documento "Modelo de atención de Ortogeriatría en Chile. Propuesta de Modelo para la reducción de listas de espera." Meta: Documento estructura y objetivos elaborado a diciembre 2021; borrador intermedio abril 2022; borrador final diciembre 2022.</p>	<p>(*): Enfermedades crónicas no transmisibles (incluyendo demencia), salud oral, Artrosis de Cadera).</p>

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Aumentar resolutividad en la atención integral de la persona mayor.</p>	<p>1. Generación, sistematización y difusión de información</p>	<p>a. Consultas integrales de salud para Personas Mayores</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Flujoograma tipo de modelo de red * Actualización del sistema de referencia y contra referencia entre los distintos niveles de atención de la red * Establecimientos de salud programan controles integrales para Personas Mayores con más de una condición crónica 	<p>Indicador: Contar con documento "Programación en red"</p> <p>Meta: Documento elaborado a marzo 2020</p> <p>Indicador: Establecimientos de atención primaria de salud que realizan controles programados de consulta integral multimorbilidad en periodo t/ total establecimientos de atención primaria de salud en periodo t</p> <p>Meta: 20% a diciembre 2021; 50% a diciembre 2025; 80% a diciembre 2030</p>	<p>Aumento progresivo de controles programados de consulta integral multimorbilidad e interconsultas de hospital digital</p>
	<p>2. Gestión y articulación de la red de salud</p>	<p>a. Implementar plataforma de salud digital para PM</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Definir criterios clínicos de derivación * Definir mecanismos de referencia y contrareferencia * Georreferenciar salas de rehabilitación integral y conocer cartera de prestaciones; con enfoque en derivación de pacientes con sarcopenia entre otros * Definir necesidades de recursos humanos 	<p>Indicador: Célula de geriatría en salud digital implementada</p> <p>Fecha: Célula implementada a octubre 2023</p>	

Línea estratégica 3: Fortalecimiento de la red integrada de atención a Personas Mayores.

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Aumentar cobertura de atención especializada para Personas Mayores en nivel hospitalario a lo largo de todo el país.</p>	<p>1. Gestión y articulación de la red de salud</p>	<p>a. Implementación progresiva de Unidades Geriátricas de Agudos (UGA) a lo largo del país.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Determinar brechas en términos de recursos humanos, infraestructura y equipamiento para implementación de las UGAs en las zonas prioritizadas. * Elaborar un plan de cierre de brechas para la implementación de UGAs en hospitales de alta complejidad. 	<p>Indicador: Contar con documento "Identificación de brechas para la implementación de UGAs en hospitales de alta complejidad".</p> <p>Meta: Documento elaborado a diciembre 2021</p> <p>Indicador: Hospitales de alta complejidad con UGAs periodo t/ total hospitales de alta complejidad en periodo t.</p> <p>Meta: 4 UGAs inauguradas a lo largo de Chile a diciembre 2021. 11 UGAs a lo largo de Chile a diciembre 2022.</p> <p>Indicador: Regiones que cuentan con UGA/ Total de regiones del país.</p> <p>Meta: 25% a diciembre 2020; 60% a diciembre 2022; 100% a diciembre 2025.</p>	<p>Aumentar el número de regiones que cuentan con cobertura geriátrica especializada.</p>
		<p>b. Fortalecimiento del INGER en cuanto a la entrega de servicios especializados, investigación e innovación. Implementación de células INGER macrozonales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Convocar a una mesa técnica conformada por referentes del INGER, MINSAL y SS Oriente. * Elaborar un documento que desarrolle el Modelo de Atención de Salud Integrado en Red para Personas Mayores, basado en la experiencia del INGER. * Determinar los costos asociados al fortalecimiento del INGER, y la creación e implementación de estas iniciativas en zonas prioritizadas. 	<p>Indicador: Elaboración Documento "Modelo de Atención de Salud Integrado en Red para Personas Mayores", basado en la experiencia del INGER</p> <p>Meta: Publicación documento a diciembre 2022.</p> <p>Indicador: Elaboración Documento "Estudio preinversional para el fortalecimiento del INGER, y la creación e implementación de estas iniciativas en zonas prioritizadas por macrozona para la implementación de células INGER"</p> <p>Meta: Publicación documento a diciembre 2023.</p> <p>Indicador: Células INGER implementadas.</p> <p>Meta: Una célula INGER implementada por año a partir de 2024, hasta completar un total de cuatro células INGER implementadas en diciembre 2027.</p>	

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Aumentar cobertura de atención especializada para Personas Mayores en nivel hospitalario a lo largo de todo el país.</p>	<p>2. Generación, sistematización y difusión de información.</p>	<p>a. Capacitación para equipos interdisciplinarios sobre UGA.</p>	<p>* Realizar "Jornada anual UGA", entre hospitales de alta complejidad con Unidades Geriátricas de Agudos implementadas: publicación de resultados y buenas prácticas.</p> <p>* Jornada de capacitación sobre el Modelo de atención geriátrica integral para los equipos interdisciplinarios encargados de las UGA.</p> <p>* Equipo interdisciplinario UGA capacita de forma continua en temáticas relacionadas a la atención especializada de Personas Mayores a otras unidades de la institución (capacitación interna) y a otras instituciones sociosanitarias de su área de referencia (APS, ELEM, etc.) (capacitación externa).</p>	<p>Indicador: Realización de Jornada anual UGA.</p> <p>Meta: Jornada realizada a diciembre de cada año a partir del 2021.</p> <p>Indicador: Realización de Jornada de capacitación sobre el modelo de atención geriátrica integral.</p> <p>Meta: Jornada realizada a diciembre 2022.</p> <p>Indicador: Nº de UGA que realiza 3 o más capacitaciones internas en un año calendario / Nº de Hospitales de alta complejidad que tienen UGA al 30 de junio del año en curso</p> <p>Meta: 50% a diciembre 2021; 75% a diciembre 2022; 100% de diciembre 2023 en adelante.</p>	<p>Aumentar el número de regiones que cuentan con cobertura geriátrica especializada.</p>
		<p>b. Elaboración de modelo de red con articulación de UGAs en los diferentes niveles de atención.</p>	<p>* Elaboración de OOTT para el funcionamiento del Modelo de Atención en red con articulación de UGAs.</p>	<p>Indicador: Contar con documento "Orientaciones técnicas para el Modelo de atención en red con articulación de UGAs"</p> <p>Meta: Documento publicado a diciembre 2022.</p> <p>Indicador: Número de personas con control clínico post alta de UGA en APS dentro de 90 días/Número de personas egresadas de UGA.</p> <p>Meta: 80% a diciembre cada año (a partir de diciembre 2023).</p>	

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Aumentar dispositivos de cuidados en el país con equipos socio-sanitarios coordinados.</p>	<p>1. Gestión y articulación de la red de salud.</p>	<p>a. Prestación de servicios de salud a través de equipos de atención primaria de salud (APS) extramuro en dispositivos socio-sanitarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Geolocalizar dispositivos socio-sanitarios susceptibles de recibir prestaciones de salud desde APS sectorial. * Geolocalizar centros de APS con capacidad para otorgar prestaciones de salud a dispositivos socio-sanitarios del sector. * Generar y costear canasta de prestaciones extramuros a ser implementada por equipos de APS en dispositivos socio-sanitarios. * Definir modelo para realizar prestaciones extramuro por equipos de APS en dispositivos socio-sanitarios, considerando la norma sanitaria vigente. * Realizar prestaciones sanitarias definidas a beneficiarios en dispositivos socio-sanitarios. 	<p>Indicador: Documento "Propuesta de provisión de servicios APS en dispositivos socio-sanitarios de acuerdo a geolocalización, factibilidad técnica, normativa y modelo".</p> <p>Meta: Documento elaborado a noviembre 2022.</p> <p>Indicador: Dispositivos socio-sanitarios priorizados que reciben prestaciones de salud (APS)/ Total de dispositivos socio-sanitarios priorizados.</p> <p>Meta: 75% a junio 2022; 100% a junio 2025.</p>	<p>Aumentar el número de centros de día que cuentan con las intervenciones territoriales coordinadas de equipos APS.</p>
	<p>2. Abogacía, trabajo intersectorial y participación.</p>	<p>a. Incrementar cantidad de dispositivos socio-sanitarios a lo largo del país.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Geolocalizar dispositivos socio-sanitarios actuales. * Identificar potenciales lugares para apertura de nuevos dispositivos socio-sanitarios en regiones que aun no cuentan con uno, en conjunto con SENAMA (tomando como criterios: concentración de demanda por los centros y oferta de un centro de salud. Considerando criterios sociodemográficos y epidemiológicos asociados al envejecimiento, además de la oferta de centros de salud de atención primaria. * Plantear a directorio de ciudades amigables que Municipios insertos en iniciativa "Ciudades amigables" cuenten con dispositivos socio-sanitarios. * Abogacía con MIDESO para planificación de nuevos dispositivos socio-sanitarios. * Trabajo intersectorial con Ministerio de Transporte para facilitar traslado hacia y desde dispositivos socio-sanitarios. 	<p>Indicador: Documento "Propuesta de apertura de nuevos dispositivos socio-sanitarios 2022-2025" elaborada con SENAMA.</p> <p>Meta: Documento elaborado a diciembre 2022.</p>	

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Aumentar dispositivos de cuidados en el país con equipos socio-sanitarios coordinados.</p>	<p>2. Abogacía, trabajo intersectorial y participación.</p>	<p>b. Generar modelo de trabajo intersectorial territorial para definir flujogramas y roles de distintas instituciones en el funcionamiento de los dispositivos sociosanitarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Generar mesa de trabajo en conjunto con Salud, Desarrollo Social, Transporte, Deporte, entre otros. * Incorporar al sector social en la elaboración del documento "Modelo de atención Integral para las Personas Mayores". 	<p>Indicador: Elaboración de documento "Modelo de atención Integral e Integrado para las Personas Mayores"</p> <p>Meta: Documento publicado en diciembre 2022</p>	<p>Aumentar el número de centros de día que cuentan con las intervenciones territoriales coordinadas de equipos APS.</p>

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Incrementar la densidad de geriatras en el país.</p>	<p>1. Generación, sistematización y difusión de información.</p>	<p>a. Análisis de brechas de especialistas en Chile.</p>	<p>* Realizar estudio de brechas de RRHH (cantidad, distribución y competencias) para la atención geriátrica, para ser difundido a entidades formadoras.</p>	<p>Indicador: Estudio "Consideraciones para la estimación de brechas de especialidad médica de geriatría para la atención de Personas Mayores en Chile." elaborado. Meta: Documento elaborado a abril 2021.</p>	
	<p>2. Abogacía, trabajo intersectorial y participación.</p>	<p>b. Plan de cierre de brechas.</p>	<p>* Elaborar plan de cierre de brechas a partir del diagnóstico realizado.</p>	<p>Indicador: Documento con propuesta de estrategias para abordar las brechas de especialistas (plan de cierre de brechas) elaborado. Basado en estudio del indicador 1.a. Meta: Documento elaborado a junio 2022.</p>	<p>Aumento en la densidad de geriatras en el país.</p>
		<p>a. Realizar trabajo con centros formadores para incrementar el número de geriatras a formar.</p>	<p>* Abogar con los centros formadores para incrementar el número de geriatras a formar. * Visibilizar la existencia de polos de desarrollo académico y práctica clínica para los nuevos geriatras en formación, a través de la implementación de dispositivos específicos de atención para Personas Mayores en todos los niveles asistenciales (Unidades Geriátricas de Agudos, Hospitales de día, Unidades de recuperación funcional), con el fin de ampliar la disponibilidad de campos clínicos para profesionales con formación en geriatría. Avanzar en la oferta de horas de la especialidad de geriatría en el nivel secundario de atención, articulado con el nivel de atención cerrada y APS, de acuerdo al mapa de Red de cada territorio y documento de referencia y contrarreferencia.</p>	<p>Indicador: Instituciones de educación superior que acceden a reunirse para discutir sobre recomendaciones para el incremento de geriatras/ total instituciones de educación superior (con programas afines). Meta: 100% a diciembre 2022.</p> <p>Indicador: Instituciones de educación superior que incorporan recomendaciones para el incremento de geriatras / total instituciones de educación superior (con programas afines) notificados a Ministerio de Salud. Meta: 50% a diciembre 2023; 75% a diciembre 2025; 100% a diciembre 2028.</p>	

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Incrementar la densidad de geriatras en el país.</p>	<p>2. Abogacía, trabajo intersectorial y participación.</p>	<p>b. Validación de las mallas curriculares internacionales.</p> <p>c. Capacitar a los equipos de la red pública asistencial en Geriatría y Gerontología.</p>	<p>* Abogar con instituciones educacionales afines para la validación de las mallas curriculares para facilitar el ingreso de profesionales geriatras extranjeros a nuestro país.</p> <p>* Realizar plan de formación progresiva en Geriatría y/o Gerontología para profesionales que se desempeñan en los distintos niveles asistenciales.</p>	<p>Indicador: Reunión ASOFAMECH para socializar prioridades Presidenciales (Envejecimiento y Ley del Cáncer) respecto de la brechas y contenidos de los Programa de Formación.</p> <p>Meta: Una (1) reunión anual a enero 2022.</p> <p>Indicador: N° profesionales que cuentan con formación y certificación en Geriatría y/o Gerontología en los distintos niveles asistenciales/ total de profesionales que se desempeñan en los mismos niveles.</p> <p>Meta: 10% a diciembre 2025; 15% a diciembre 2030.</p>	<p>Aumento en la densidad de geriatras en el país.</p>

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Incrementar la densidad de Fisiatras en el país.</p>	<p>1. Generación, sistematización y difusión de información.</p>	<p>a. Análisis de brechas de especialistas.</p>	<p>* Análisis de brechas de especialistas en medicina física y rehabilitación "fisiatras".</p>	<p>Indicador: Contar con estudio "Brechas de fisiatras para la atención de PM en la red pública". Meta: Documento elaborado a enero 2022.</p>	<p>Aumento en la densidad de especialistas en medicina física y rehabilitación "fisiatras" en el país.</p>
		<p>b. Plan de cierre de brechas.</p>	<p>* Plan de cierre de brechas de especialistas en medicina física y rehabilitación "fisiatras".</p>	<p>Indicador: Contar con documento "Plan de cierre de brechas de especialistas en medicina física y rehabilitación (fisiatras)". Meta: Documento elaborado a julio 2022.</p>	

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Reconocer a gerontólogos e incrementar su disponibilidad en el país.</p>	<p>1. Generación, sistematización y difusión de información.</p>	<p>a. Análisis de brechas de equipos con profesionales gerontólogos.</p>	<p>* Realizar un estudio de brechas de equipos con profesionales gerontólogos.</p>	<p>Indicador: Contar con estudio "Brechas de gerontólogos para la atención de PM en la red pública". Meta: Estudio elaborado a abril 2023.</p>	
		<p>b. Plan de cierre de brechas de gerontólogos.</p>	<p>* Realizar plan de cierre de brechas de profesionales gerontólogos.</p>	<p>Indicador: Contar con documento con propuesta de plan de cierre de brechas de gerontólogos. Meta: Documento elaborado a diciembre 2023.</p>	
		<p>a. Abogacía con Superintendencia y Ministerio de Educación para dar reconocimiento/validación a postítulos de Gerontología.</p>	<p>* Abogar con la Superintendencia y Ministerio de Educación para dar reconocimiento/validación al postítulo de Gerontología.</p>	<p>Indicador: Conformación mesa de trabajo para reconocimiento postítulo en gerontología. Meta: Mesa constituida a junio 2022.</p>	<p>Reconocimiento y aumento en la densidad de gerontólogos en el país.</p>
	<p>2. Abogacía, trabajo intersectorial y participación.</p>	<p>b. Cooperación técnica con SENAMA en temas de formación de profesionales que trabajan con Personas Mayores.</p>	<p>* Cooperación técnica con SENAMA para la formación continua de profesionales sanitarios y sociales que trabajan con Personas Mayores. * Cooperación técnica con SENAMA para definir líneas formativas para gerontólogos desde una perspectiva social del envejecimiento.</p>	<p>Indicador: Contar con ampliación de convenio SENAMA/ MINSAL capacitación a funcionarios. Meta: Convenio firmado a enero 2022. Indicador: Conformación de mesas de trabajo con SENAMA para análisis de líneas formativas desde una perspectiva sociosanitaria. Meta: Mesa constituida a enero 2020. Indicador: Propuesta de trabajo para formación en gerontología con SENAMA elaborada Meta: Documento elaborado a diciembre 2022.</p>	

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
Incrementar formación en geriatría y gerontología en estudiantes de medicina y otras carreras de pregrado afines	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="610 1514 748 1692">1. Generación, sistematización y difusión de información. <li data-bbox="951 1503 1057 1692">2. Abogacía, trabajo intersectorial y participación. 	<p>a. Análisis de contenidos de mallas curriculares de las escuelas de medicina y propuesta de contenidos MINSAL.</p> <p>a. Abogacía con universidades que implementan carreras mencionadas para la incorporación de contenidos mínimos (mallas) ver pregrado.</p>	<p>* Conformación de mesa de trabajo con expertos en formación en envejecimiento.</p> <p>* Elaborar documento con recomendaciones para los planes de estudio de Medicina y otras carreras de pregrado afines, para que incorporen contenidos en salud integral de las Personas Mayores.</p> <p>* Abogacía con Universidades reconocidas por el Estado que incorporan recomendaciones de contenidos de salud integral de las Personas Mayores para los planes de estudio de pre y postgrado en medicina y otras carreras de pregrado afines.</p>	<p>Indicador: Mesa constituida a mayo 2022. Documento "Recomendaciones sobre la atención a PM para los planes de estudio de pre y postgrado en distintas carreras de la salud y afines" elaborado.</p> <p>Meta: Documento publicado a noviembre 2021.</p> <p>Indicador: Informe con sistematización de instituciones de educación superior que incorporan contenidos contenidos de salud integral de las Personas Mayores / total instituciones de educación superior que participan del proceso. Meta: 50% a mayo 2022; 60% a mayo 2025.</p>	<p>Aumento en el número de escuelas de medicina y otras carreras afines que tienen ramos de formación asociados a salud integral de las Personas Mayores.</p>

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Aumentar el número de profesionales de la red de salud con conocimientos específicos geriatría y gerontología.</p>	<p>1. Generación, sistematización y difusión de información.</p>	<p>a. Capacitación para equipos interdisciplinarios a través de plataforma online SIAD.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Realizar capacitación para equipo interdisciplinario de la red pública de atención de salud en geriatría y gerontología. * Cursos de formación en geriatría y gerontología, trabajo integrado en la red. * Instalación de capacitación a través de plataforma online SIAD: programa de formación continua para equipos interdisciplinarios de salud que atienden Personas Mayores en la red de atención de salud, en todos sus niveles de atención. * Curso en plataforma online SIAD. 	<p>Indicador: Contar con curso en plataforma online SIAD con temática asociada a Geriatría y Gerontología.</p> <p>Meta: Curso disponible en Plataforma SIAD a marzo 2022.</p> <p>Indicador: N° de profesionales capacitados en periodo t/ total de profesionales que trabajan con Personas Mayores y que se desempeñan en la red pública de salud.</p> <p>Meta: A contar de Diciembre 2022.</p>	<p>Aumento en el número de profesionales de los equipos de salud encargados de programas de Personas Mayores que realizan curso SIAD en Geriatría y Gerontología.</p>

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Disminuir la sobrecarga en cuidadores que atienden a Personas Mayores.</p>	<p>1. Generación, sistematización y difusión de información.</p>	<p>a. Catastro de programas de apoyo a cuidadores.</p>	<p>* Elaborar catastro de programas de apoyo a cuidadores.</p>	<p>Indicador: Contar con "Catastro de programas de apoyo a cuidadores". Meta: Catastro elaborado a noviembre 2021. Indicador: Cuidadores beneficiarios de programas de apoyo a dependientes/ total cuidadores Meta: 5% a junio 2020; 8% a junio 2025; 10% a junio 2030.</p>	
	<p>b. Diagnóstico de sobrecarga en cuidadores.</p>	<p>* Diagnóstico de sobrecarga de cuidadoras/es principales del Programa de Atención Domiciliaria de Dependientes severos. * Diagnóstico en cuidadores de Personas Mayores que asisten a centros de día. * Elaborar diagnóstico de sobrecarga en cuidadores del programa de dependencia severa.</p>	<p>Indicador: Cuidadores en programas de apoyo con escala Zarit aplicada/ total cuidadores en programa de apoyo. Meta: 75% a enero 2020; 80% a enero 2025; 85% a enero 2030.</p>	<p>Disminuir en número de cuidadores con sobrecarga.</p>	
<p>2. Abogacía, trabajo intersectorial y participación.</p>	<p>a. Profesionales de salud para los tratamientos de salud mental en cuidadores informales identificados con sobrecarga.</p>	<p>* Conformación de mesa de trabajo intersectorial (MINSAL-MIDESO) para definir los flujogramas de derivación de los cuidadores informales identificados con sobrecarga en escala Zarit de estrés del cuidador.</p>	<p>Indicador: Flujogramas de derivación de cuidadores informales identificados con sobrecarga en escala Zarit socializados con la red socio-sanitaria. Meta: Toda la red donde exista sistema nacional de cuidados a diciembre 2021.</p>		

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
Mejorar los conocimientos y capacidades de cuidadores.	1. Generación, sistematización y difusión de información.	<p>a. Curso de formación para cuidadores SENCE "Servicios de cuidados básicos integrales para Personas Mayores".</p> <p>b. Propuesta programa de capacitación para cuidadores de Personas Mayores institucionalizadas.</p>	<p>* Mesa de trabajo entre MINSAL e intersector (SENAMA, MIDESO, MINEDUC, MINTRAB, SENCE) para la elaboración de los contenidos del curso "Servicios de cuidados básicos integrales para Personas Mayores".</p> <p>* Diseñar curso de capacitación a cuidadores: Curso virtual nivel inicial para cuidadoras(es) de PM de establecimientos de larga estadía, en conjunto con: OPS, y Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile.</p> <p>* Implementar curso para cuidadores ELEAM.</p>	<p>Indicador: Curso de formación para cuidadores con código SENCE. Meta: Documento con Resolución SENCE a marzo 2021.</p> <p>Indicador: Curso virtual nivel inicial para cuidadoras(es) de PM de establecimientos de larga estadía diseñado e implementado en plataforma virtual OPS. Meta: Abril 2021.</p> <p>Indicador: ELEAM autorizado con al menos un cuidador capacitado/ ELEAM autorizado. Meta: 30% a diciembre 2022; 50% a diciembre 2023; 70% a diciembre 2026.</p>	<p>Aumentar el número de cuidadores con formación certificada en cuidadores.</p>
	2. Abogacía, trabajo intersectorial y participación.	<p>a. Alianzas intersectoriales entre MINSAL e intersector (SENAMA, MIDESO, MINEDUC, MINTRAB, SENCE) para certificación de cuidadores y aumentos de población capacitada en cuidado de PM.</p>	<p>* Coordinar Plan de capacitación a cuidadores formales e informales, a través de SEREMIS.</p> <p>* Apoyo a través de entrega de información de capacitación con Municipios.</p> <p>* Evaluar la posibilidad de certificar competencias del cuidador, con la posibilidad de asociarlo a profesión auxiliar de enfermería.</p> <p>* Fomentar el autocuidado en cuidadores.</p>	<p>Indicador: Cuidadores certificados y registrados/ total de cuidadores (dato CASEN). Meta: 0,5% a diciembre 2025; 1% a diciembre 2030.</p>	

Línea estratégica 4: Fortalecimiento de los sistemas de información

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Incrementar información sistemática respecto de condiciones de salud de mayor prevalencia en Personas Mayores.</p>	<p>1. Generación, sistematización y difusión de información.</p>	<p>a. Cambio en registros de información para Personas Mayores en el sector salud.</p>	<p>* Generar propuesta conjunta de condiciones e información actualmente no registrada en los sistemas del MINSAL, que debieran comenzar a registrarse.</p> <p>* Trabajo con unidades MINSAL (DEIS, Hospital Digital, TIC) para determinar conjunto mínimo de datos para la construcción de registro sociosanitario común para PM con enfoque de derechos, de género, considerando tanto las condiciones de salud como las necesidades de protección social, acorde al modelo sociosanitario planteado en el Plan.</p> <p>* Generación de cambios en sistemas de información MINSAL.</p>	<p>Indicador: Documento "Estrategias para cierre de brechas actuales de información respecto de Personas Mayores en salud".</p> <p>Meta: Documento elaborado a octubre 2021.</p> <p>Indicador: Modificaciones realizadas a los registros estadísticos mensuales/ cambios propuestos en documento asociado a indicador 1.a.</p> <p>Meta: 100% a contar del 2023</p>	<p>Aumentar número de condiciones seleccionadas con registros sistematizados en el sistema de información en salud (Registro Estadístico Mensual REM).</p>

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Identificar Personas Mayores vulnerables y en situación de dependencia para brindarles servicios.</p>	<p>1. Generación, sistematización y difusión de información.</p> <p>2. Abogacía, trabajo intersectorial y participación.</p>	<p>a. Geocalificación y registro de Personas Mayores en situación de dependencia.</p> <p>a. Homologación de definición de dependencia y medición de dependencia.</p>	<p>* Realizar identificación de información actualmente disponible sobre dependientes en los registros MINSAL-MIDESO.</p> <p>* Propuesta para levantar información sobre dependientes en registros MINSAL.</p> <p>* Geocalificación y registro de Personas Mayores en situación de dependencia.</p> <p>* Elaboración de diagnóstico situacional de Personas Mayores por región, elaborado conjuntamente por referentes del programa de Personas Mayores de cada servicio de salud y los SEREMI. *Realizar convenios con SENADIS y Registro Civil para cruce de información para identificación de PM con certificación de discapacidad.</p> <p>* Homologación de definición y medición de dependencia.</p> <p>* Validación de instrumento de valoración de la fragilidad en Personas Mayores usuarias de APS.</p>	<p>Indicador: Documento "Propuesta de estrategias para la identificación y registro de PM en situación de dependencia" elaborado. Fecha: Septiembre 2022.</p> <p>Indicador: Informe anual sobre el diagnóstico situacional de Personas Mayores por región. Meta: Informe elaborado a diciembre cada año (desde 2020).</p> <p>Indicador: Documento final elaborado por la Mesa intersectorial para trabajo de definición de dependencia. Fecha: Mayo 2022.</p> <p>Indicador: Reuniones intersectoriales para definición de dependencia realizadas/reuniones planificadas. Meta: 100% a diciembre de cada año.</p> <p>Indicador: Documento "Propuesta intersectorial para definir y medir la dependencia en Chile" elaborado. Fecha: Mayo 2023.</p> <p>Indicador: Instrumento de valoración de fragilidad validado para contexto APS en Chile. Fecha: Diciembre 2023.</p>	<p>Aumentar el número de PM en situación de dependencia identificados.</p>

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Identificar Personas Mayores vulnerables y en situación de dependencia para brindarles servicios.</p>	<p>3. Gestión y articulación de la red de salud.</p>	<p>a. Generar estrategia de acción para brindar servicios a PM en situación de dependencia.</p>	<p>* Generar estrategia de acción para brindar servicios a PM en situación de dependencia.</p>	<p>Indicador: Documento "Propuesta de estrategias para la entrega de servicios de salud a PM en situación de dependencia" elaborado. Fecha: Junio 2024.</p>	<p>Aumentar el número de PM en situación de dependencia identificados.</p>

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
Mejorar información sobre los cuidadores en Chile.	1. Generación, sistematización y difusión de información.	a. Catastro de cuidadores con certificación SENCE.	<ul style="list-style-type: none"> * Generación de perfiles de cuidadores. * Realización de cursos de capacitación. * Generación de registro para catastro de cuidadores. 	<p>Indicador: Registro Nacional de Cuidadores formales con certificación SENCE elaborado. Fecha: Abril 2024.</p> <p>Indicador: Cuidadores que acceden a la formación SENCE / total de cuidadores que postulan a cursos de capacitación SENCE.</p> <p>Meta: 100% a diciembre 2025.</p>	Generar un listado único nacional de cuidadores formales.

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
Incrementar información respecto de cuidados de largo plazo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Generación, sistematización y difusión de información. 	<ol style="list-style-type: none"> a. Registro anual de indicadores de cuidados de largo plazo (OECD). 	<ul style="list-style-type: none"> * Identificación de fuentes de información actuales y brechas. * Registrar información sobre indicadores de cuidados de largo plazo. 	<p>Indicador: Publicación de Documento "Propuesta para informar indicadores OECD en cuidados de largo plazo". Fecha: Julio 2023.</p> <p>Indicador: Indicadores de cuidados de largo plazo reportados a OCDE/ Indicadores de cuidados de largo plazo solicitados por OCDE Fecha: 15% a junio 2021; 50% a junio 2025; 80% a junio 2030.</p>	<p>Porcentaje de indicadores OCDE en cuidados de largo plazo reportados.</p>
	<ol style="list-style-type: none"> 2. Abogacía, trabajo intersectorial y participación. 	<ol style="list-style-type: none"> a. Definición de cuidados a largo plazo, rol del sector salud y articulación con el Sistema Nacional de Cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> * Conformar mesa de trabajo para trabajar sistema de cuidados y rol del sector salud. 	<p>Indicador: Documento "Cuidados de largo plazo: definiciones y el rol del sector salud" elaborado. Fecha: Julio 2022.</p>	

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Aumentar la investigación en temas relacionados al envejecimiento y las Personas Mayores.</p>	<p>1. Generación, sistematización y difusión de información.</p>	<p>a. Identificación de áreas prioritarias de investigación en envejecimiento y PM.</p> <p>b. Proyecto de investigación sobre recursos humanos para la atención de salud a Personas Mayores.</p>	<p>* Elaboración de documento con las áreas prioritarias de investigación en envejecimiento y PM.</p> <p>* Elaboración de línea de investigación en la oficina de salud PM DJPRECE en la planificación anual.</p>	<p>Indicador: Contar con documento sobre áreas prioritizadas de investigación en envejecimiento y PM. Meta: Documento elaborado a julio 2023.</p> <p>Indicador: Análisis encuestas a geriatras/ estado de los geriatras. Meta: Informe sistematización finalizado a abril 2021; actualización a abril 2023; actualización a abril 2025; actualización a abril 2027; actualización a abril 2029. Indicador: Documento sobre geriatras en Chile. Meta: Documento finalizado a enero 2020.</p> <p>Indicador: Documento sobre oferta y demanda de servicios de geriatría en Chile. Meta: Borrador elaborado a diciembre 2022; Documento final a junio 2023.</p>	<p>Cambio en el número de investigaciones en áreas prioritizadas de temas relacionados al envejecimiento y PM.</p>

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Aumentar la investigación en temas relacionados al envejecimiento y las Personas Mayores.</p>	<p>2. Abogacía, trabajo intersectorial y participación</p>	<p>a. Abogacía para generar contenidos priorizar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Realizar abogacía con ANID para incorporar las áreas prioritarias como criterio para la evaluación de fondos concursables en investigación. * Conformación de una mesa permanente de trabajo con ANID para trabajar: <ul style="list-style-type: none"> - incorporación de áreas prioritarias como criterio para evaluación de fondos concursables de investigación. - aumentar la cantidad de fondos de investigación en materias de envejecimiento. - aumentar acceso a Fondos de Investigación en Envejecimiento. * Creación de mesas de trabajo investigadoras más instauración en Políticas Públicas. * Incorporación de información producida a políticas públicas intersectoriales. 	<p>Indicador: Reuniones con ANID para discutir propuesta de temáticas priorizadas en investigación realizada/ reuniones con ANID para discutir propuesta de temáticas priorizadas en investigación planificadas. Meta: 100% a julio 2022.</p> <p>Indicador: Propuesta sobre priorización de investigación en envejecimiento y PM presentada a ANID. Meta: Propuesta enviada a diciembre 2022.</p>	<p>Cambio en el número de investigaciones en áreas priorizadas de temas relacionados al envejecimiento y PM.</p>

Línea estratégica 5: Rectoría, regulación y fiscalización

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
Modificación de normas y regulaciones	Generación, Sistematización y difusión de Información	1. Propuesta de Reformulación del Programa de Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> * Mejorar la formulación, aceptabilidad y cobertura del Programa de Alimentación Complementaria para Personas Mayores (PACAM). * Análisis de aceptabilidad del PACAM. * Propuesta de rediseño de los productos. * Monitoreo del nuevo producto: trazabilidad, aceptabilidad y retiro. 	<p>Indicador: Propuesta de Reformulación del PACAM Fecha: Enero 2022.</p>	<p>Determinación de estándar mínimo de calidad de en provisión de servicios sanitarios para Personas Mayores.</p>
		2. Modificación EMPAM.	<ul style="list-style-type: none"> * Transformación del EMPAM incorporando los componentes sugeridos en el ICOPE de OMS. * Incorporar a EMPAM Examen Oral para detección precoz de cáncer oral. * Incluir Screening de Suicidio en EMPAM. 	<p>Indicador: Publicación OOTT EMPAM modificado. Fecha: Diciembre 2023.</p>	
		3. Incluir en las mejoras del PS N°36 GES 2019 acceso a las prestaciones de entrenamiento de la AATT por kinesiólogo o terapeuta ocupacional.	<ul style="list-style-type: none"> * Incluir en las mejoras del PS N°36 GES 2019 acceso a las prestaciones de entrenamiento de la AATT por kinesiólogo o terapeuta ocupacional. 	<p>Indicador: Elaboración de estudio de verificación de costos para modificación de PS N° 36 GES acceso a las prestaciones de entrenamiento de la AATT por kinesiólogo o terapeuta ocupacional. Fecha: Diciembre 2028.</p>	

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Modificación de normas y regulaciones</p>	<p>Generación, Sistematización y difusión de Información</p>	<p>4. Generar canastas de prestaciones de manejo de dolor crónico en Personas Mayores en la APS en el contexto de cuidados paliativos no oncológicos.</p>	<p>Generar canastas de prestaciones de manejo de dolor crónico en Personas Mayores en APS.</p>	<p>Indicador: Canastas de prestaciones de manejo de dolor crónico en Personas Mayores en la APS elaborada. Fecha: Enero 2021.</p>	<p>Determinación de estándar de mínimo de calidad en la provisión de servicios sanitarios para Personas Mayores.</p>
		<p>5. Actualización del Decreto Supremo 14/10 que regula ELEAM.</p>	<p>Propuesta actualización Decreto Supremo 14.</p>	<p>Indicador: Envío de borrador de Decreto Supremo 14/10 actualizado a revisión por parte de Jurídica, posterior a consulta pública. Fecha: Marzo 2021.</p>	
		<p>6. Revisión de criterios de selección de beneficiarios y prestaciones de ELEAM en convenio con FONASA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Revisión de las canastas existentes en FONASA para el pago de prestaciones en los ELEAM. * Revisión de procesos para la derivación de Personas Mayores hacia camas sociosanitarias. * Adecuar los criterios de inclusión-exclusión para el acceso a los ELEAM de Personas Mayores. 	<p>Indicador: Reporte con revisión de procesos y servicios (canastas, derivación desde camas sociosanitarias, elegibilidad) de ELEAM. Fecha: Marzo 2022.</p>	
		<p>7. Homologación de definición y medición de dependencia MINSAL.</p>	<p>Homologación de definición y medición de dependencia.</p>	<p>Indicador: Normativa respecto de la definición de la dependencia en Chile (propuesta MINSAL) elaborada. Fecha: Marzo 2022.</p>	
		<p>8. Propuesta reglamento para el funcionamiento de dispositivos sociosanitarios.</p>	<p>Elaborar propuesta reglamento de dispositivos sociosanitarios, especialmente servicios de cuidado domiciliario.</p>	<p>Indicador: Propuesta de Reglamento para el funcionamiento de dispositivos sociosanitarios enviado a jurídica. Fecha: Diciembre 2022.</p>	

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
Generación de estándares y orientaciones técnicas.	Generación, Sistematización y difusión de Información	1. Orientación técnica (OOTT) de las ayudas técnicas entregadas a la Personas Mayores resguardando la calidad del producto y del proceso.	Definir especificaciones técnicas de las ayudas técnicas entregadas a la Personas Mayores resguardando la calidad del producto y del proceso.	Indicador: OOTT "Ayudas técnicas para Personas Mayores" elaboradas. Fecha: Diciembre 2021.	Disponer de un cuerpo de orientaciones técnicas que permita acompañar a los servicios socio-sanitarios para la implementación de estándares mínimos de calidad.
		2. OOTT de manejo del dolor en Personas Mayores.	Generar orientaciones técnicas de manejo del dolor en Personas Mayores.	Indicador: OOTT "Manejo del dolor en Personas Mayores" elaboradas. Fecha: Julio 2021.	
		3. Guía clínica modificación GES Salud Bucal mayores de 60 años.	Guía clínica modificación GES Salud Bucal mayores de 60 años.	Indicador: Guía GES para el problema de salud 47 "Salud oral integral para el adulto de 60 años: Edentulismo" elaborada. Fecha: Abril 2021.	
		4. OOTT para detección de maltrato en Personas Mayores.	OOTT para detección de maltrato en Personas Mayores.	Indicador: OOTT para detección de maltrato en Personas Mayores elaborada. Fecha: Noviembre 2021.	
		5. Guía teórico práctica de psicología del envejecimiento.	Guía teórico práctica elaborada.	Indicador: Guía teórico práctica de psicología del envejecimiento elaborada. Fecha: Diciembre 2021.	

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
<p>Generación de estándares y orientaciones técnicas.</p>	<p>Generación, Sistematización y difusión de Información</p>	<p>6. OOTT de modelo de trabajo interdisciplinario para equipos de salud en geriatría y gerontología.</p>	<p>OOTT de Modelo de trabajo interdisciplinario en geriatría y gerontología.</p>	<p>Indicador: OOTT "Modelo de trabajo interdisciplinario en geriatría y gerontología" publicado. Fecha: Diciembre 2021.</p>	<p>Disponer de un cuerpo de orientaciones técnicas que permita acompañar a los servicios sociosanitarios para la implementación de estándares mínimos de calidad.</p>
		<p>7. OOTT evaluación funcional en PM (EMPAM modificado).</p>	<p>Generación de Orientación Técnica evaluación funcional en PM (EMPAM modificado) con los aportes del equipo interdisciplinario.</p>	<p>Indicador: OOTT "Evaluación funcional de PM (EMPAM modificado)" publicadas. Fecha: Abril 2024.</p>	
		<p>8. OOTT de atención de Personas Mayores en Unidades de Pacientes Críticos.</p>	<p>Elaboración de OOTT de atención de Personas Mayores en UPC.</p>	<p>Indicador: OOTT "Atención de Personas Mayores en Unidades de Pacientes Críticos (UPC)" elaboradas. Fecha: Octubre 2022.</p>	
		<p>9. Reglamento para regulación de dispositivos sociosanitarios.</p>	<p>Elaboración Decreto para regulación de centros diurnos.</p>	<p>Indicador: Decreto Regulación para dispositivos sociosanitarios elaborado. Fecha: Diciembre 2021.</p>	
		<p>10. OOTT acompañamiento en el fin de la vida.</p>	<p>OOTT acompañamiento en el fin de la vida.</p>	<p>Indicador: OOTT "Acompañamiento en el fin de la vida" elaboradas. Fecha: Diciembre 2022.</p>	
		<p>11. Manual de recomendaciones farmacoterapéuticas para Personas Mayores.</p>	<p>Manual de recomendaciones farmacoterapéuticas para Personas Mayores.</p>	<p>Indicador: Manual de recomendaciones farmacoterapéuticas para Personas Mayores. Fecha: Diciembre 2021.</p>	

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
Generación de estándares y orientaciones técnicas.	Generación, Sistematización y difusión de Información	12. Manual de Enfermería: Rol de la Enfermería Gerontogeriatrica en el cuidado continuo de las Personas Mayores.	Manual de Enfermería: Rol de la Enfermería Gerontogeriatrica en el cuidado continuo de las Personas Mayores.	Indicador: Manual de Enfermería: Rol de la Enfermera Gerontogeriatrica en el cuidado continuo de las Personas Mayores envejecimiento. Fecha: Diciembre 2021.	Disponer de un cuerpo de orientaciones técnicas que permita acompañar a los servicios socio-sanitarios para la implementación de estándares mínimos de calidad.
		13. Orientación técnica (OOTT) de climaterio con perspectiva de envejecimiento.	Elaboración OOTT de Climaterio con perspectiva de envejecimiento.	Indicador: Actualización de OOTT de Climaterio con perspectiva de envejecimiento. Fecha: Julio 2023.	
		14. Actualización del Manual de Geriatria para médicos.	Actualización del Manual de Geriatria para médicos.	Indicador: Actualización del Manual de Geriatria para médicos. Fecha: Enero 2020.	
		15. Orientación técnica para la implementación del GES Alzheimer en la red de salud.	Elaborar OOTT para la implementación del GES Alzheimer en la red de salud.	Indicador: OOTT para la implementación del GES Alzheimer en la red de salud elaborada Fecha: Diciembre 2021.	

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
Fiscalización	Generación, Sistematización y difusión de Información	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoreo de cumplimiento del reglamento de atención preferente asociado a la ley 21.168. 	<p>Monitorear la fiscalización de la implementación de la Ley de Atención Preferente a Personas Mayores y Personas en Condición de Discapacidad.</p>	<p>Indicador: Centros de salud que cumplen reglamento de atención preferente asociado a la ley 21.168/ centros de salud fiscalizados. Meta: 100% a marzo de cada año.</p>	<p>Disponer de un sistema monitoreo para asegurar el cumplimiento de una fiscalización suficiente y oportuna para la observancia de las reglamentaciones y orientaciones técnicas en la provisión de servicios socio-sanitarios.</p>
		<ol style="list-style-type: none"> 2. Monitoreo de establecimientos en que residen PM según Decreto N°14. 	<ul style="list-style-type: none"> * Diagnóstico sobre ELEM con autorización sanitaria para dar cuenta de brechas de cumplimiento respecto al Reglamento DS 14/10. * Generar Plan de acompañamiento a ELEM sin autorización sanitaria para su obtención. * Generar plan de acompañamiento del Nivel Central a SEREMIS para mejorar proceso de fiscalización. * Coordinación intersectorial con SENAMA para ELEM sin autorización sanitaria. * Mejorar la gestión de información del proceso de fiscalización por parte de las SEREMIS y del Nivel Central. * Definir rol de MINSAL para que SEREMIS fiscalicen los ELEM. 	<p>Indicador: ELEM fiscalizados/ total ELEM registrados en MIDAS MINSAL. Meta: 100% a diciembre 2020.</p> <p>Indicador: ELEM que cumplen con normativa Decreto N°14/ total ELEM. Meta: 100% a diciembre 2021.</p> <p>Indicador: ELEM que han completado proceso de acompañamiento del Nivel Central / total ELEM que inician proceso de acompañamiento. Meta: 65% a diciembre 2021; 75% diciembre 2023; 85% diciembre 2025.</p> <p>Indicador: ELEM que obtienen permisos sanitarios/ ELEM que han completado proceso de acompañamiento. Meta: 50% a diciembre 2022; 80% a diciembre 2024; 100% a diciembre 2026.</p>	

Línea estratégica 6: Financiamiento

OBJETIVO	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	INICIATIVAS	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS	META
Incrementar el porcentaje de acciones comprometidas del Plan que cuentan con financiamiento.	1. Generación, Sistematización y difusión de Información	a. Revisión del presupuesto de continuidad	<ul style="list-style-type: none"> * Revisión de iniciativas en curso y metas asociadas en el Plan. * Identificación de iniciativas de continuidad y su presupuesto asociado. 	<p>Indicador: Documento con resumen de iniciativas en curso e iniciativas nuevas, identificando para cada una, presupuesto de continuidad y expansión justificado.</p> <p>Meta: Documento elaborado para la discusión presupuestaria anual del MINSAL (julio de cada año desde 2021).</p>	Dar continuidad a líneas de acción ya implementadas y solicitar nuevo financiamiento para nuevas acciones del Plan de Salud Integral de Personas Mayores.
		b. Identificación de brechas y generación de presupuesto de expansión.	<ul style="list-style-type: none"> * Identificación de iniciativas de continuidad que requieren expansión presupuestaria. * Identificación de nuevas iniciativas a desarrollar sin presupuesto asociado. 		
	2. Abogacía, trabajo intersectorial y participación.	a. Inclusión de presupuesto del Plan en presupuesto MINSAL.	<ul style="list-style-type: none"> * Elaboración de carta Gantt del año con presupuesto * Elaborar presentación para las autoridades. 		

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO	ACTIVIDAD/ INDICADOR	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
LE1 Educación, promoción y prevención	Disminuir estigma y discriminación en PM a nivel nacional	Documento "Buenas prácticas y experiencias vinculadas a la atención de salud de las Personas Mayores"	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	
		Nº de SEREMIs con jornadas de experiencias y/o buenas prácticas para el desarrollo de PM realizadas/												
		Documento sobre temáticas identificadas para campañas de sensibilización												
		Campaña "Promoción de envejecimiento saludable y buenas prácticas de cuidados de las PM" ejecutada.												
		Documento en web MINSAL con nuevas expresiones para referirse a las PM												
		Resolución Exenta para cambio del nombre del Programa de Adulto Mayor												
		Diseñar instrumento y estrategia para percepción de estigma en PM en servicios de salud												
		Aplicar encuesta sobre percepción del trato (línea base)/ estigma/ discriminación en PM en los Servicios de Salud												
		Revisión y elaboración de informe asociado a experiencias y aprendizajes de otros países relacionados a la temática												
		Documento "Propuestas tabla de contenidos para informe diagnóstico (estado del arte del EMPAM)"												
		Documento "Propuesta para realización de EMPAM en lugares de trabajo para Personas Mayores laboralmente activas"												
		Mesa intersectorial trabajo para articulación y validación de equipos de sociosanitarios que trabajan en dispositivos de la red sociosanitaria												
		Conformación mesa técnica MIDESO MINSAL para bono EMPAM												
Aumentar la cobertura del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM)														
Aumentar cobertura de planes de tratamiento integral individualizados														

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO	ACTIVIDAD/ INDICADOR	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
LE1: Educación, Promoción y prevención	Disminuir la prevalencia de condiciones de salud seleccionadas(*) (*) Tuberculosis, ITS, VIH/ SIDA, enfermedad renal crónica, enfermedad respiratoria crónica	Metas población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado	I	II	I									
		Metas N° de mujeres adultas mayores con control ginecológico preventivo anual												
		Metas N° de mujeres de 65 a 69 años con mamografía vigente en los últimos 3 años												
		Metas personas de 65 y más años que reciben consejería para la prevención de VIH/SIDA e ITS												
	Disminución en prevalencia de enfermedades neumocócicas e influenza	Metas N° de personas de 65 años y más que reciben una dosis de vacuna antineumocócica												
		Metas N° de personas de 65 años y más vacunadas con una dosis de vacuna Anti-Influenza												
		Metas cobertura en talleres para líderes comunitarios sobre enfermedades respiratorias												
		Metas satisfacción en talleres para líderes comunitarios sobre enfermedades respiratorias												

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO	ACTIVIDAD/ INDICADOR	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
			I	II	I	II								
LE3: Fortalecimiento de la red integrada de atención a Personas Mayores	Incrementar formación en geriatría y gerontología en estudiantes de medicina y otras carreras de pregrado afines	Conformación de mesa de trabajo con expertos en formación en envejecimiento												
		Metas Instituciones de educación superior que acceden a reunirse para la incorporación de contenidos mínimos asociados a geriatría y gerontología												
	Aumentar el número de profesionales de la red de salud con conocimientos específicos geriatría y gerontología	Curso en plataforma online SIAD con temática asociada a Geriatría y Gerontología												
		Metas N° de profesionales capacitados												
	Disminuir la sobrecarga en cuidadores que atienden a Personas Mayores	"Catastro de programas de apoyo a cuidadores"												
		Metas Cuidadores beneficiarios de programas de apoyo a dependientes												
		Metas Cuidadores en programas de apoyo con escala Zarit aplicada												
		Flujogramas de derivación de cuidadores informales identificados con sobrecarga en escala Zarit socializados con la red sociosanitaria												
	Mejorar los conocimientos y capacidades de cuidadores	Curso de formación para cuidadores con código SENCE.												
		Curso virtual nivel inicial para cuidadoras(es) de PM de establecimientos de larga estadía diseñado e implementado en plataforma virtual OPS												
		Metas ELEAM autorizado con al menos un cuidador capacitado												
		Metas Cuidadores certificados y registrados												

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO	ACTIVIDAD/ INDICADOR	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
LE6: Financiamiento	Incrementar el porcentaje de acciones comprometidas del Plan que cuentan con financiamiento	Documento con resumen de iniciativas en curso e iniciativas nuevas, identificando para cada una, presupuesto de continuidad y expansión justificado	I	II	I								

20. REFERENCIAS

1. Barrios Araya S, Masalán Apip MP, Cook MP. Educación en Salud: En la búsqueda de Metodologías Innovadoras. *Cienc Enferm*. 2011;17(1):57-69.
2. OMS | 10 datos sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 28 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
3. Perspectivas de la población mundial - División de población - Naciones Unidas [Internet]. [citado 28 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>
4. SENAMA. Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile 2012 - 2025 [Internet]. [citado 30 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://vifadultomayor.files.wordpress.com/2016/12/senamalibropoliticas_.pdf
5. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *J Gerontol Ser A*. 1 de marzo de 2001;56(3):M146-57.
6. Yu R, Tong C, Ho F, Woo J. Effects of a Multicomponent Frailty Prevention Program in Prefrail Community-Dwelling Older Persons: A Randomized Controlled Trial. *J Am Med Dir Assoc*. 1 de febrero de 2020;21(2):294.e1-294.e10.
7. SENAMA. Encuesta Casen 2017. Adultos Mayores: Síntesis de Resultados [Internet]. [citado 28 de septiembre de 2020]. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_Adulto_Mayores_casen_2017.pdf
8. SENAMA. Estudio Nacional de Dependencia de las Personas Mayores. 2009 [Internet]. [citado 28 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Dependencia-Personas-Mayores-2009.pdf>
9. Martin O, <https://www.facebook.com/pahowho>. PAHO/WHO Data - Visualización de indicadores | OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2017 [citado 28 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/data/index.php/es/?option=com_content&view=article&id=515:indicadoresviz&Itemid=347
10. Castillo, D. Envejecimiento Exitoso. [Rev. Med. Clin. Condes - 2009; 20(2) 167 - 174] [Internet]. [citado 5 de octubre de 2020]. Disponible en: http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/med_20_2/04envejecimiento.pdf
11. Calvo E. Envejecimiento Positivo. 2013;16.
12. WHO Active Ageing Framework [Internet]. [citado 30 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>
13. Salinas EUP, Farias EUA, González EUX, Claudia EU. Calidad de vida relacionada en salud: Concepto y evaluación en pacientes con ventilación mecánica no invasiva. :6.
14. OMS. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud [Internet]. [citado 20 de agosto de 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1
15. Weltgesundheitsorganisation - 2001 - International classification of functioning, disab.pdf [Internet]. [citado 16 de octubre de 2020]. Disponible en: https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif_2001.pdf
16. Comparación de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud en hombres y mujeres adultos mayores [Internet]. [citado 28 de septiembre de 2020]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000200015
17. OMS | Determinantes sociales de la salud [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 16 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/es/

18. La transición demográfica y las diferencias sociales de la fecundidad y la mortalidad infantil en Chile - Memoria Chilena [Internet]. Memoria Chilena: Portal. [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-8950.html>
19. Lee R. The Demographic Transition: Three Centuries of Fundamental Change. *J Econ Perspect.* diciembre de 2003;17(4):167-90.
20. Lee R. The Outlook for Population Growth. *Science.* 29 de julio de 2011;333(6042):569-73.
21. World Population Prospects - Population Division - United Nations [Internet]. [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://population.un.org/wpp/DataQuery/>
22. OMS | Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
23. Envejecimiento Positivo en Chile [Internet]. [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Envejecimiento_Positivo.pdf
24. Estrategia Nacional para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020 | Instituto de Salud Pública de Chile [Internet]. [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.ispch.cl/objetivossanitarios>
25. European Commission. Directorate General for Economic and Financial Affairs. The 2012 ageing report :economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010 60) : joint report prepared by the European Commission and the Economic Policy Committee. [Internet]. LU: Publications Office; 2012 [citado 9 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://data.europa.eu/doi/10.2765/19991>
26. WHO | The Global strategy and action plan on ageing and health [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/global-strategy/en/>
27. WHO | 10 Priorities for a Decade of Action on Healthy Ageing [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/10-priorities/en/>
28. Weltgesundheitsorganisation, editor. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health ; final report. Geneva: WHO; 2008. 246 p.
29. Oxley H. Policies for Healthy Ageing: An Overview. 16 de febrero de 2009 [citado 27 de octubre de 2020]; Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/policies-for-healthy-ageing_226757488706
30. III Informe Observatorio sobre adultos mayores [Internet]. [citado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://iberoamericamayores.org/wp-content/uploads/2018/10/iii-informe-del-observatorio-iberoamericano-sobre-mayores-2015.pdf>
31. OMS | Inactividad física: un problema de salud pública mundial [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/es/
32. Caribe CE para AL y el. Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe [Internet]. CEPAL; 2002 [citado 9 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/7166-envejecimiento-desarrollo-america-latina-caribe>
33. Objetivos de Desarrollo Sostenible | PNUD [Internet]. UNDP. [citado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
34. WHO | Integrated Care for Older People [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/health-systems/icope/en/>
35. Weltgesundheitsorganisation - 2007 - Global age-friendly cities a guide.pdf [Internet]. [citado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf

36. About the Global Network for Age-friendly Cities and Communities [Internet]. Age-Friendly World. [citado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/who-network/>
37. SENAMA. Ciudades Amigables [Internet]. [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.senama.gob.cl/ciudades-amigables>
38. Programa de Gobierno 2018-2022 Sebastián Piñera Echeñique. Construyamos Tiempos Mejores para Chile [Internet]. [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.sebastianpinera.cl/images/programa-SP.pdf>
39. Caribe CE para AL y el. América Latina y el Caribe: Estimaciones y proyecciones de población [Internet]. CEPAL; 2017 [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/temas/proyecciones-demograficas/estimaciones-proyecciones-poblacion-total-urbana-rural-economicamente-activa>
40. Villalobos Dintrans P. Demographic Transition and Public Policy: Chile 1850-2000. *Rev Análisis Económico*. abril de 2014;29(1):77-110.
41. Censo 2017 [Internet]. [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.censo2017.cl/microdatos/>
42. INE. 2018. Metodología, estimaciones y proyecciones de población en Chile 1992-2050: principales resultados. [Internet]. [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.censo2017.cl/descargas/proyecciones/metodologia-estimaciones-y-proyecciones-de-poblacion-chile-1992-2050.pdf>
43. WHO | WHO Global Network for Age-friendly Cities and Communities [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: http://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_cities_network/en/
44. SENAMA | Servicio Nacional del Adulto Mayor [Internet]. [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.senama.gob.cl/ciudades-amigables>
45. Observatorio Social [Internet]. Observatorio Social. [citado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl>
46. Trabajo y personas mayores en Chile: lineamientos para una política de inclusión laboral [Internet]. Instituto de Sociología. [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://sociologia.uc.cl/publicaciones/trabajo-y-personas-mayores-en-chile-lineamientos-para-una-politica-de-inclusion-laboral/>
47. WHO | The world health report 2000 - Health systems: improving performance [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/whr/2000/en/>
48. Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bull World Health Organ*. 1 de agosto de 2013;91(8):602-11.
49. Liaropoulos L, Goranitis I. Health care financing and the sustainability of health systems. *Int J Equity Health* [Internet]. 15 de septiembre de 2015 [citado 26 de octubre de 2020];14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4570753/>
50. Aging and Healthcare Costs - Oxford Research Encyclopedia of Economics and Finance [Internet]. [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://oxfordre.com/economics/view/10.1093/acrefore/9780190625979.001.0001/acrefore-9780190625979-e-24>
51. Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives | en | OECD [Internet]. [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.oecd.org/publications/fiscal-sustainability-of-health-systems-9789264233386-en.htm>
52. Anderson GF, Hussey PS. Population Aging: A Comparison Among Industrialized Countries. *Health Aff (Millwood)*. 1 de mayo de 2000;19(3):191-203.

53. Reinhardt UE. Does The Aging Of The Population Really Drive The Demand For Health Care? *Health Aff (Millwood)*. 1 de noviembre de 2003;22(6):27-39.
54. Rose G, Khaw K-T, Marmot M. *Rose's Strategy of Preventive Medicine* [Internet]. *Rose's Strategy of Preventive Medicine*. Oxford University Press; [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://oxford.universitypressscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780192630971.001.0001/acprof-9780192630971>
55. Grootjans-van Kampen I, Engelfriet PM, van Baal PHM. Disease prevention: saving lives or reducing health care costs? *PloS One*. 2014;9(8):e104469.
56. Goetzel RZ. Do Prevention Or Treatment Services Save Money? The Wrong Debate. *Health Aff (Millwood)*. 1 de enero de 2009;28(1):37-41.
57. Cohen JT, Neumann PJ, Weinstein MC. Does Preventive Care Save Money? *Health Economics and the Presidential Candidates*. *N Engl J Med*. 14 de febrero de 2008;358(7):661-3.
58. Owen L, Morgan A, Fischer A, Ellis S, Hoy A, Kelly MP. The cost-effectiveness of public health interventions. *J Public Health Oxf Engl*. marzo de 2012;34(1):37-45.
59. Pimentel KR. Informe de Desarrollo Social 2016. :204.
60. Radiografía del gasto de bolsillo en salud en Chile: una mirada desagregada - Centro de Estudios Públicos [Internet]. <https://www.cepchile.cl>. [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.cepchile.cl/cep/puntos-de-referencia/puntos-de-referencia-2010-2020/puntos-de-referencia-2018/radiografia-del-gasto-de-bolsillo-en-salud-en-chile-una-mirada-desagregada>
61. Health resources - Health spending - OECD Data [Internet]. theOECD. [citado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>
62. Villalobos Dintrans P. Out-of-pocket health expenditure differences in Chile: Insurance performance or selection? *Health Policy*. 1 de febrero de 2018;122(2):184-91.
63. Koch KJ, Cid Pedraza C, Schmid A. Out-of-pocket expenditure and financial protection in the Chilean health care system - A systematic review. *Health Policy Amst Neth*. mayo de 2017;121(5):481-94.
64. Gasto de bolsillo en salud: una mirada al gasto en medicamentos - Centro de Estudios Públicos [Internet]. <https://www.cepchile.cl>. [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.cepchile.cl/cep/puntos-de-referencia/puntos-de-referencia-2010-2020/puntos-de-referencia-2019/gasto-de-bolsillo-en-salud-una-mirada-al-gasto-en-medicamentos>
65. ENT | Principales ENT y sus factores de riesgo [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/ncds/introduction/es/>
66. MINSAL. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Segunda entrega de resultados [Internet]. [citado 6 de enero de 2021]. Disponible en: https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2018/02/2-Resultados-ENS_MINSAL_31_01_2018-ilovepdf-compressed.pdf
67. MINSAL. Recomendaciones de actividad física para personas con comorbilidad [Internet]. [citado 6 de enero de 2021]. Disponible en: http://familiarcomunitaria.cl/FyC/wp-content/uploads/2018/04/2017.11.13_Recomendaciones-Actividad-Fisica-FINAL-DM2.pdf
68. Sherrington C, Tiedemann A, Fairhall N, Close JCT, Lord SR. Exercise to prevent falls in older adults: an updated meta-analysis and best practice recommendations. *New South Wales Public Health Bull*. junio de 2011;22(3-4):78-83.
69. Lagerros YT, Hantikainen E, Michaëlsson K, Ye W, Adami H-O, Belloc R. Physical activity and the risk of hip fracture in the elderly: a prospective cohort study. *Eur J Epidemiol*. noviembre de 2017;32(11):983-91.
70. Liew J, Teo SP. Physical activity in older people with cardiac co-morbidities. *J Geriatr Cardiol JGC*. agosto de 2018;15(8):557-8.
71. Jayapaul-Philip B. Availability of the National Diabetes Prevention Program in United States Counties, March 2017. *Prev Chronic Dis* [Internet]. 2018 [citado 8 de enero de 2021];15. Disponible en: https://www.cdc.gov/pcd/issues/2018/18_0063.htm

72. Barrón V, Rodríguez A, Chavarría P. Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en adultos mayores activos de la ciudad de Chillán, Chile. *Rev Chil Nutr.* marzo de 2017;44(1):57-62.
73. WHO. Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks [Internet]. [citado 6 de enero de 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44203/9789241563871_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
74. Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Büla CJ, Hohmann C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Soc Sci Med* 1982. febrero de 1999;48(4):445-69.
75. Sedentary Behaviour Research Network. Letter to the editor: standardized use of the terms «sedentary» and «sedentary behaviours». *Appl Physiol Nutr Metab Physiol Appl Nutr Metab.* junio de 2012;37(3):540-2.
76. WHO. Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030 [Internet]. [citado 6 de enero de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf?ua=1>
77. Owen N, Healy GN, Matthews CE, Dunstan DW. Too Much Sitting: The Population-Health Science of Sedentary Behavior. *Exerc Sport Sci Rev.* julio de 2010;38(3):105-13.
78. OMS. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud [Internet]. [citado 6 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
79. Ministerio del Deporte. Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes 2015 en la Población de 18 años o más Ministerio del Deporte [Internet]. [citado 6 de enero de 2021]. Disponible en: <https://deportes.udem.cl/wp-content/uploads/2016/11/04-Encuesta-Nacional-de-H%C3%A1bitos-de-Actividad-F%C3%ADsica-y-Deportes-2015-en-la-Poblaci%C3%B3n-de-18-a%C3%B1os-o-m%C3%A1s-Ministerio-del-Deporte.pdf>
80. Chile y sus mayores: 10 años de la Encuesta Calidad de Vida en la Vejez [Internet]. [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: http://adultomayor.uc.cl/docs/Libro_CHILE_Y_SUS_MAYORES_2016.pdf
81. Gil Gregorio P, González García P, Gutiérrez Rodríguez J, Verdejo Bravo C, Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Manual del residente en geriatría [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología; 2011 [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.segg.es/download.asp?file=media/descargas/CentrosDia/ManualResidenteGeriatría-2.pdf>
82. Vigilancia del estado nutricional de la población bajo control y de la lactancia materna en el Sistema Público de Salud de Chile [Internet]. Biblioteca Ministerio de Salud. 2017 [citado 6 de enero de 2021]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/vigilancia-del-estado-nutricional-de-la-poblacion-bajo-control-y-de-la-lactancia-materna-en-el-sistema-publico-de-salud-de-chile/>
83. Burns D. Cigarette Smoking Among the Elderly: Disease Consequences and the Benefits of Cessation. *Am J Health Promot AJHP.* 1 de julio de 2000;14:357-61.
84. MINSAL. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 Primeros resultados [Internet]. [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf
85. OMS | Tabaquismo [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 6 de enero de 2021]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/tobacco/es/>
86. Simoni-Wastila L, Yang HK. Psychoactive drug abuse in older adults. *Am J Geriatr Pharmacother.* 1 de diciembre de 2006;4(4):380-94.
87. Marrant JC. Use and abuse of psychoactive drugs in the elderly. *Can Med Assoc J.* 1 de agosto de 1983;129(3):245-8.
88. Shah BM, Hajjar ER. Polypharmacy, Adverse Drug Reactions, and Geriatric Syndromes. *Clin Geriatr Med.* mayo de 2012;28(2):173-86.

89. Peralta-Pedrero ML, Valdivia-Ibarra FJ, Hernández-Manzano M, Medina-Beltrán GR, Cordeiro-Guillén MÁ, Baca-Zúñiga J, et al. Prescripción farmacológica en el adulto mayor. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* :12.
90. Carvalho MFC, Romano-Lieber NS, Bergsten-Mendes G, Secoli SR, Ribeiro E, Lebrão ML, et al. Polifarmacia entre idosos do Município de São Paulo - Estudo SABE. *Rev Bras Epidemiol.* diciembre de 2012;15(4):817-27.
91. Universidad Católica. Encuesta Nacional de Salud. 2019-2014 [Internet]. [citado 6 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
92. Los derechos de las personas mayores en el siglo XXI: situación, experiencias y desafíos | Repositorio Digital | Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Internet]. [citado 6 de enero de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/1465>
93. Maltrato a las Personas Mayores en Chile Haciendo visible lo invisible [Internet]. [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Maltrato-las-personas-mayores-Chile_Haciendo-visible-lo-invisible-2014.pdf
94. MINSAL. Población en Control de Adultos Mayores con Sospecha de Maltrato. 2016.
95. MINSAL. Sitio web Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS) [Internet]. [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://deis.minsal.cl/>
96. SENAMA. 2011. Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores [Internet]. [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Dependencia-Personas-Mayores-2009.pdf>
97. Villalobos Dintrans P. Panorama de la dependencia en Chile: avances y desafíos. *Rev Médica Chile.* 2019;147(1):83-90.
98. Institute for Health Metrics and Evaluation [Internet]. Institute for Health Metrics and Evaluation. [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.healthdata.org/institute-health-metrics-and-evaluation>
99. MINSAL. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria [Internet]. [citado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
100. Margozzini P, Passi Á. Encuesta Nacional de Salud, ENS 2016-2017: un aporte a la planificación sanitaria y políticas públicas en Chile. *ARS MEDICA Rev Cienc Médicas.* 4 de junio de 2018;43(1):30-4.
101. Lye M, Donnellan C. Heart disease in the elderly. *Heart.* 1 de noviembre de 2000;84(5):560-6.
102. Ustrell-Roig X, Serena-Leal J. Ictus. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cerebrovasculares. *Rev Esp Cardiol.* 1 de julio de 2007;60(7):753-69.
103. Consenso MINSAL Chile 2014 Enfoque De Riesgo Para La Prevención De Enfermedades Cardiovasculares [Internet]. EnfermeríaAPS. [citado 6 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.enfermeriaaps.com/portal/consenso-minsal-chile-2014-enfoque-de-riesgo-para-la-prevencion-de-enfermedades-cardiovasculares>
104. Consenso MINSAL Chile 2014 Enfoque De Riesgo Para La Prevención De Enfermedades Cardiovasculares [Internet]. EnfermeríaAPS. [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.enfermeriaaps.com/portal/consenso-minsal-chile-2014-enfoque-de-riesgo-para-la-prevencion-de-enfermedades-cardiovasculares>
105. MINSAL. Enfoque de riesgo para la prevención de enfermedades cardiovasculares: Consenso. Santiago; 2014.
106. Dyslipidemia [Internet]. American College of Cardiology. [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.acc.org/Clinical-Topics/Dyslipidemia>
107. Solomon SD, Chew E, Duh EJ, Sobrin L, Sun JK, VanderBeek BL, et al. Diabetic Retinopathy: A Position Statement by the American Diabetes Association. *Diabetes Care.* 1 de marzo de 2017;40(3):412-8.

108. Mordarska K, Godziejewska-Zawada M. Diabetes in the elderly. *Przegląd Menopauzalny Menopause Rev.* junio de 2017;16(2):38-43.
109. MINSAL. Población en Control, Programa de Salud Cardiovascular, por Región y Servicio de Salud. Santiago; 2002.
110. MINSAL. Orientación Técnica Programa de Salud Cardiovascular [Internet]. [citado 6 de enero de 2021]. Disponible en: http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/862/OT-PROGRAMA-DE-SALUD-CARDIOVASCULAR_05.pdf
111. Mathus-Vliegen EM. Obesity and the Elderly: *J Clin Gastroenterol.* agosto de 2012;46(7):533-44.
112. Blaum CS, Xue QL, Michelon E, Semba RD, Fried LP. The association between obesity and the frailty syndrome in older women: the Women's Health and Aging Studies. *J Am Geriatr Soc.* junio de 2005;53(6):927-34.
113. Crow RS, Lohman MC, Titus AJ, Cook SB, Bruce ML, Mackenzie TA, et al. Association of Obesity and Frailty in Older Adults: NHANES 1999-2004. *J Nutr Health Aging.* 2019;23(2):138-44.
114. MINSAL. Manual de Aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor [Internet]. [citado 8 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/ab1f81f43ef-0c2a6e04001011e011907.pdf>
115. MINSAL. Primer Informe de Registros Poblacionales de Cáncer en Chile. 2012.
116. Loayza LS, Valenzuela MT. Health-related quality of life in older people with functional independence or mild dependence. *Aging Ment Health* [Internet]. 9 de octubre de 2020 [citado 19 de octubre de 2020]; Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607863.2020.1830943>
117. Plan Nacional de Demencia 2017 [Internet]. [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/PLAN-DE-DEMENCIA.pdf>
118. Fuentes P, Albala C. An update on aging and dementia in Chile. *Dement Neuropsychol.* 2014;8(4):317-22.
119. Programa Nacional de Salud de Salud del Adulto Mayor. :239.
120. Estadísticas por tema [Internet]. Biblioteca digital. Superintendencia de Salud. Gobierno de Chile. [citado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-propertyvalue-3741.html>
121. MINSAL. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Presentación de resultados [Internet]. [citado 19 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/2-Resultados-ENS_MINSAL_31_01_2018.pdf
122. Soysal P, Veronese N, Thompson T, Kahl KG, Fernandes BS, Prina AM, et al. Relationship between depression and frailty in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev.* julio de 2017;36:78-87.
123. MINSAL. Egresos Hospitalarios Edad-Causa-Regiones año 2014. 2014.
124. Boudewijns EA, Babu GR, Salvi S, Sheikh A, van Schayck OC. Chronic obstructive pulmonary disease: a disease of old age? *J Glob Health* [Internet]. [citado 8 de enero de 2021];8(2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6162088/>
125. Vol. 64: SPECIAL ISSUE 4 - DICIEMBRE 2016 - COPD in the elderly | JOURNAL OF GERONTOLOGY AND GERIATRICS [Internet]. [citado 8 de enero de 2021]. Disponible en: <http://www.jgerontology-geriatrics.com/issue/view/5>
126. Tuberculosis Informe de Situación Chile 2014 [Internet]. [citado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/Informe_tbc_2014.pdf
127. MINSAL. Tuberculosis Informe Situación en Chile 2016. Santiago; 2016.
128. MINSAL. División de Planificación Sanitaria (DIPLAS). Evolución de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) Chile. Santiago; 2018.

129. MINSAL. Departamento de Epidemiología. Estimaciones VIH Spectrum. Santiago; 2017.
130. MINSAL. Departamento de Epidemiología. Formulario de notificación de VIH/SIDA. Santiago; 2019.
131. MINSAL. Guía Clínica AUGÉ: Síndrome de la Inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA. Santiago; 2013.
132. MINSAL. Matriz de Cuidados a lo largo del Curso de Vida. Santiago; 2019.
133. MINSAL. Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI) 2015 - 2016 [Internet]. [citado 8 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/02/PRESENTACION-ENCAVI-2016-11.02.2017.pdf>
134. Gheno R, Cepparo JM, Rosca CE, Cotten A. Musculoskeletal Disorders in the Elderly. *J Clin Imaging Sci* [Internet]. 28 de julio de 2012 [citado 26 de octubre de 2020];2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3424705/>
135. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing*. julio de 2010;39(4):412-23.
136. Marty E, Liu Y, Samuel A, Or O, Lane J. A review of sarcopenia: Enhancing awareness of an increasingly prevalent disease. *Bone*. diciembre de 2017;105:276-86.
137. Tsekoura M, Kastrinis A, Katsoulaki M, Billis E, Gliatis J. Sarcopenia and Its Impact on Quality of Life. *Adv Exp Med Biol*. 2017;987:213-8.
138. Morley JE. Frailty and sarcopenia in elderly. *Wien Klin Wochenschr*. diciembre de 2016;128(Suppl 7):439-45.
139. Barberán M. M, Campusano M. C, Trincado M. P, Oviedo G. S, Brantes G. S, Sapunar Z. J, et al. Recomendaciones para el uso correcto de densitometría ósea en la práctica clínica. Consenso de la Sociedad Chilena de Endocrinología y Diabetes. *Rev Médica Chile*. diciembre de 2018; 146(12):1471-80.
140. Compston JE, McClung MR, Leslie WD. Osteoporosis. *Lancet Lond Engl*. 26 de 2019;393(10169):364-76.
141. Hunter DJ, Bierma-Zeinstra S. Osteoarthritis. *Lancet Lond Engl*. 27 de abril de 2019;393(10182):1745-59.
142. Prieto-Alhambra D, Judge A, Javaid MK, Cooper C, Diez-Perez A, Arden NK. "Incidence and risk factors for clinically diagnosed knee, hip and hand osteoarthritis: influences of age, gender and osteoarthritis affecting other joints". *Ann Rheum Dis*. septiembre de 2014;73(9):1659-64.
143. Dinamarca-Montecinos JL, Améstica-Lazcano G, Rubio-Herrera R, Carrasco-Buvinic A, Vásquez A. Características epidemiológicas y clínicas de las fracturas de cadera en adultos mayores en un hospital público chileno. *Rev Médica Chile*. diciembre de 2015;143(12):1552-9.
144. MINSAL. Sábana de Datos Oficial de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Santiago; 2018.
145. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud. Sabana-de-datos-ENS-2016-2017-oficial. 2018.
146. Servicio Nacional de la Discapacidad. Estudio Nacional de Discapacidad [Internet]. [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.senadis.gob.cl/pag/355/1197/ii_estudio_nacional_de_discapacidad
147. MINSAL. Serie Defunciones 2000-2016. Santiago; 2016.
148. SENAMA. Quinta Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez 2019. Chile y Sus MayoresES_2019.pdf [Internet]. [citado 19 de octubre de 2020]. Disponible en: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/QUINTA_ENCUESTA_NACIONAL_DE_CALIDAD_DE_VIDA_EN_LA_VEJEZ_2019._CHILE_Y_SUS_MAYORES_2019.pdf
149. Diener E, Sapyta JJ, Suh E. Subjective Well-Being Is Essential to Well-Being. *Psychol Inq*. 1 de enero de 1998;9(1):33-7.
150. Planificación y organización de los servicios geriátricos [Internet]. [citado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38783/WHO_TRS_548_spa.pdf?sequence=1
151. Constitución Política de la República de Chile. :127.

152. Nacional B del C. Biblioteca del Congreso Nacional | Ley Chile [Internet]. www.bcn.cl/leychile. 2013 [citado 21 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
153. Organization WH. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity [Internet]. World Health Organization; 2017 [citado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258981>
154. Iturregui MG. Aspectos éticos en la atención de personas mayores. :21.
155. MINSAL. 2019. Manual de Geriátria para Médicos [Internet]. [citado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://familiarcomunitaria.cl/FyC/wp-content/uploads/2019/01/Manual-Geriatria.pdf>
156. Beca I JP, Ortiz P A, Solar P S. Derecho a morir: un debate actual. *Rev Médica Chile*. mayo de 2005;133(5):601-6.
157. Slachevsky Ch A, Abusleme L MT, Arenas Massa Á. Cuidados paliativos en personas con demencia severa: reflexiones y desafíos. *Rev Médica Chile*. enero de 2016;144(1):94-101.
158. Rubenstein L. Geriatric Assessment: An Overview of Its Impacts. *Clin Geriatr Med*. 1 de marzo de 1987;3:1-15.
159. Gómez Pavón J, Martín Lesende I, Baztán Cortés JJ, Regato Pajares P, Formiga Pérez F, Segura Benedito A, et al. Prevención de la dependencia en las personas mayores: Primera conferencia nacional de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Madrid, 15-16 de junio de 2007. *Rev Clínica Esp*. 1 de julio de 2008;208(7):361.e1-361.e39.
160. Salvador-Carulla L, Sanchez A, Cabo-Soler J, Gomez R, Alonso Trujillo F, Colomer R, et al. Longevidad. Tratado integral sobre la salud en la segunda mitad de la vida. 2004.
161. Llera FG, Martín JP del M, Torregrosa RP. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico [Internet]. Masson; 2008 [citado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=679151>
162. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas [Internet]. [citado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=307
163. LAS REDES DE ATENCIÓN DE SALUD [Internet]. [citado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3147/LAS-REDES-DE-ATENCION-DE-SALUD-web3%5B1%5D.pdf?sequence=1>
164. McNabney MK, Willging PR, Fried LP, Durso SC. The «continuum of care» for older adults: design and evaluation of an educational series. *J Am Geriatr Soc*. junio de 2009;57(6):1088-95.
165. Guia de Programas Sociales del Estado de Chile [Internet]. [citado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/>
166. Manual de Aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor [Internet]. [citado 27 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/ab1f81f43ef0c2a6e04001011e011907.pdf>
167. MINSAL. Decreto con Fuerza de Ley 1. 2005 [Internet]. [citado 4 de marzo de 2021]. Disponible en: https://nuevo.leychile.cl/servicios/Consulta/Exportar?radioExportar=Normas&exportar_formato=pdf&nombrearquivo=DFL-1_24-ABR-2006&exportar_con_notas_bcn=True&exportar_con_notas_originales=True&exportar_con_notas_al_pie=True&hddResultadoExportar=249177.2020-03-01.0.0%23
168. MINSAL. MINSAL. DEIS. Datos sobre Campaña de inmunización 2019 [Internet]. [citado 9 de marzo de 2021]. Disponible en: http://cognos.deis.cl/ibmcognos/cgi-bin/cognos.cgi?b_action=cognos-Viewer&ui.action=run&ui.object=%2fcontent%2ffolder%5b%40name%3d%27PUB%27%5d%2ffolder%5b%40name%3d%27REPORTES%27%5d%2ffolder%5b%40name%3d%27Inmunizacion%20Influenza%27%5d%2freport%5b%40name%3d%27Campa%27%5d%202019%20-%20Cobertura%27%5d&cv.toolbar=false&cv.header=false&ui.name=Campa%27%5d%202019%20-%20Cobertura&run.outputFormat=&run.prompt=false

169. MINSAL. Vacunación SARS-CoV-2 - SAS® Visual Analytics [Internet]. [citado 4 de marzo de 2021]. Disponible en: https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F9037e283-1278-422c-84c4-16e42a7026c8§ionIndex=0&sso_guest=true&reportViewOnly=true&reportContextBar=false&sas-welcome=false
170. Informes de situación de la COVID-19 | OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 9 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/informes-situacion-covid-19>
171. Nacional B del C. Decreta Alerta Sanitaria por el período que se señala y otorga facultades extraordinarias que indica por emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII) por Brote del nuevo Coronavirus (2019-NCOV) [Internet]. www.bcn.cl/leychile. 2020 [citado 9 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
172. MINSAL. 2020. Grupos objetivos para vacunación contra SARS-CoV-2 [Internet]. [citado 4 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/03/GRUPOS-OBJETIVOS-3-marzo-2021.pdf>
173. Calendario de vacunación masiva contra COVID-19 - Ministerio de Salud - Gobierno de Chile [Internet]. [citado 9 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/calendario-de-vacunacion-masiva-contra-covid-19/>
174. Coronavirus (COVID-19) Vaccinations - Statistics and Research [Internet]. Our World in Data. [citado 4 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>
175. MINSAL. Informe sobre brechas de personal de salud por servicio de salud [Internet]. [citado 8 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-P%C3%BAblico_Marzo2016.pdf
176. Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud - Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud [Internet]. Servicios. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. [citado 8 de enero de 2021]. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/servicios/669/w3-article-5587.html>
177. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alter. [Internet]. Issuu. [citado 17 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://issuu.com/sdssalud/docs/equidad_dss_conceptos_basicos
178. MINSAL. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes Plan de Acción 2012-2020 [Internet]. [citado 8 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/d263acb5826c2826e04001016401271e.pdf>
179. MINSAL. Orientación Técnica de Atención Integral para Personas Mayores Frágiles en Unidades Geriátricas de Agudos (UGA) 2018 [Internet]. [citado 8 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/Orientaci%C3%B3n-T%C3%A9cnica-de-Atenci%C3%B3n-Integral-para-Personas-Mayores-Fr%C3%A1giles-en-Unidades-Geri%C3%A1tricas-de-AgudosUGA.pdf>
180. Protocolo de Rehabilitación en personas COVID-19 grave y crítico. Desde la etapa aguda a la post-aguda [Internet]. [citado 9 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/Protocolo-de-Rehabilitaci%C3%B3n-en-personas-COVID-19-grave-y-cri%C3%81tico.-Desde-la-etapa-aguda-a-la-post-aguda..pdf>
181. MINSAL. 2014. Aprueba reglamento de establecimientos de larga estadía para adultos mayores [Internet]. [citado 4 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/DTO-14_05-AGO-2010_ELEAM.pdf
182. Ponce RR. Guía de Operaciones para Centros Diurnos Comunitarios. :52.
183. SENAMA. Guía de intervención sociosanitaria en centros diurnos referenciales del Servicio Nacional de Adulto Mayor., 2020.

184. La Declaración Universal de Derechos Humanos [Internet]. 2015 [citado 16 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
185. Health C on SD of. Subsanan las desigualdades en una generación : alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud : resumen analítico del informe final. Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health : final report : executive summary [Internet]. 2008 [citado 16 de noviembre de 2020]; Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69830>
186. OMS | Comisión sobre Determinantes sociales de la salud - Informe Final [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 8 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
187. Marmot M, Pellegrini Filho A, Vega J, Solar O, Fortune K. Action on social determinants of health in the Americas. *Rev Panam Salud Publica Pan Am J Public Health*. diciembre de 2013;34(6):379-84.
188. Kuh D, Ben-Shlomo Y, Lynch J, Hallqvist J, Power C. Life course epidemiology. *J Epidemiol Community Health*. 1 de octubre de 2003;57(10):778-83.
189. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes Plan de Acción 2012-2020 [Internet]. [citado 17 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/d263acb5826c2826e04001016401271e.pdf>
190. Organization PAH, Salud OP de la. Informe anual del Director 1996: Gente sana en entornos saludables. OPS Doc Of [Internet]. 1997 [citado 17 de noviembre de 2020]; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/35903>
191. Carta de Ottawa para la promoción de la salud [Internet]. [citado 17 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://files.sld.cu/upp/files/2015/04/carta-de-ottawa.pdf>
192. Capacitación en Derechos y Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe [Internet]. UNFPA América Latina y el Caribe. 2014 [citado 17 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/publicaciones/capacitaci%C3%B3n-en-derechos-y-salud-sexual-y-reproductiva-de-adolescentes-en-am%C3%A9rica>
193. Osorio P P. Construcción Social de la Vejez y Expectativas ante la Jubilación en Mujeres Chilenas. *Univers Talca*. 2007;22(2):194-212.
194. Vásquez-Bronfman A. Amor y sexualidad en las personas mayores: transgresiones y secretos. Gedisa; 2006. 299 p.
195. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet*. 3 de octubre de 2009;374(9696):1196-208.
196. Health in the Americas 2017 [Internet]. [citado 9 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?lang=es>.
197. Salud y Derechos de los Pueblos Indígenas en Chile. Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales de la OIT [Internet]. [citado 17 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/cartilla%20DERECHOS%20Y%20SALUD%20C169%20.pdf>
198. G. Davinson, I. Jélvez, S. Yáñez. Diagnóstico y propuesta de sistema de salud intercultural para Indígenas. Bases para una propuesta de un Seguro Indígena. 1997.
199. Health C on SD of. Subsanan las desigualdades en una generación : alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud : informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud [Internet]. Ginebra : Organización Mundial de la Salud; 2009 [citado 17 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44084>
200. Murga MT del V. Contrastes en la percepción de la edad. En: *Mujeres Mayores en el siglo XXI: de la invisibilidad al protagonismo*, 2002, ISBN 84-8446-054-1, págs 43-58 [Internet]. 2001 [citado 17 de noviembre de 2020]. p. 43-58. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3900543>

201. Espinoza B, Oyarce AM, Vidal A. Medicinas y Culturas en la Araucanía [Internet]. [citado 17 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.buscalibre.cl/libro-medicinas-y-culturas-en-la-araucania/9789561607941/p/51474231>
202. Thumala D, Kennedy BK, Calvo E, Gonzalez-Billault C, Zitko P, Lillo P, et al. Aging and Health Policies in Chile: New Agendas for Research. *Health Syst Reform*. 2 de octubre de 2017;3(4):253-60.
203. Castillo-Laborde C, Aguilera-Sanhueza X, Hirmas-Adaúy M, Matute I, Delgado-Becerra I, Ferrari MN-D, et al. Health Insurance Scheme Performance and Effects on Health and Health Inequalities in Chile. *MEDICC Rev*. julio de 2017;19:57-64.
204. Villalobos Dintrans P, Hasen F, Izquierdo C, Santander S. Nuevos retos para la planificación en salud: el Plan Nacional de Cáncer en Chile. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 14 de enero de 2020 [citado 17 de noviembre de 2020];44. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6956687/>

