

El ser humano al centro



Envejecimiento 2050

Propuestas para planificar un Chile longevo

Síntesis del proceso Delphi y recomendaciones de política pública 2026–2030

Núcleo Envejecimiento 2050



Universidad
Finis Terrae

Facultad de
Medicina y Salud

Centro Transdisciplinar
en Longevidad Funcional -
Vitalia Finis

Centro de Políticas
Públicas en Salud

Autores

Sebastián Zamorano Vidal. Centro de Políticas Públicas en Salud, Facultad de Medicina y Salud, Universidad Finis Terrae.

Juan Carlos Caro Cassali. Centro de Políticas Públicas en Salud, Facultad de Medicina y Salud, Universidad Finis Terrae.

Daniela Matamala Grabau. Vitalia Finis, Centro Transdisciplinar en Longevidad Funcional, Universidad Finis Terrae.

Juan Carlos Molina Yons. Vitalia Finis, Centro Transdisciplinar en Longevidad Funcional, Universidad Finis Terrae.

Panel de expertas y expertos

El proceso Delphi convocó a un panel de alto nivel de los ámbitos público, académico, clínico, gremial y de la sociedad civil. Se reconoce a continuación a sus integrantes, en orden alfabético.

Anamaría Arriagada. Presidenta del Colegio Médico de Chile (2024-2027).

Claudia Asmad Palomo. Ex Directora Nacional del SENAMA (2022-2026).

Óscar Castillo Valenzuela. Director de la Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad Finis Terrae.

Aixa Contreras Mejías. Directora de la Escuela de Enfermería, Universidad Finis Terrae.

Jerónimo Deichler Porcella. Jefe del Departamento de Personas Mayores, Municipalidad de Providencia.

Nicolás Duhalde Correa. Director de Salud de Huechuraba.

Claudia Durán-Aniotz. Directora de BrainLat, Universidad Adolfo Ibáñez.

Margarita Estefan. Presidenta Nacional de la Agrupación de Médicos Mayores del Colegio Médico de Chile.

Carolina Estremadoyro Baraona. Académica de la Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad Finis Terrae.

Paula Forttes Valdivia. Directora del Área de Envejecimiento y Cuidados, Flacso Chile; Directora General de TelemedCare Chile; especialista del Programa Ciudades Inclusivas de la Unión Europea.

Catalina Marshall. Investigadora de la Escuela de Arquitectura, Universidad Finis Terrae.

Helia Molina Milman. Ex Ministra de Salud (2014).

Patricia Moya Rivera. Académica de la Escuela de Odontología, Universidad Finis Terrae.

Rosa Neira Wlach. Telemedcare.

Marco Antonio Núñez Lozano. Ex Presidente de la Cámara de Diputados (2015-2016).

Enrique Paris Mancilla. Ex Ministro de Salud (2020-2022).

Sebastián Pavlovic Jeldres. Ex Superintendente de Salud (2014-2015).

David Sandoval Plaza. Ex senador y coautor de la Ley N° 21.822.

Sandra Sanhueza. Directora de la Escuela de Kinesiología, Universidad Finis Terrae.

Nicolás Starck Aguilera. Ingeniero Comercial, asesor legislativo durante la tramitación de la Ley N° 21.822 y académico de la Universidad Finis Terrae.

Germán Tapia Curimil. Kinesiólogo, doctor en Ciencias del Ejercicio.

Caterina Tiscornia González. Coordinadora de Línea Clínica Adulto y de Investigación, Escuela de Nutrición y Dietética, Facultad de Medicina y Salud, Universidad Finis Terrae.

Patricio Torres Castillo. Secretario General de la Red Ríes-Gaudium.

Pamela Valenzuela Ormero. Médica geriatra, Hospital El Carmen.

Cómo citar este documento

Zamorano Vidal S, Caro Cassali JC, Matamala Grabau D, Molina Yons JC. Propuestas para planificar un Chile longevo: síntesis del proceso Delphi y recomendaciones de política pública 2026-2030. Núcleo Envejecimiento 2050, Universidad Finis Terrae; 2026.

Edición y contacto

Publicado por la Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile. Para consultas, contactar a szamorano@uft.cl.

Contenidos

Prólogo	5
Resumen ejecutivo.....	6
1. Diagnóstico demográfico	8
2. Marco conceptual y normativo.....	10
3. Metodología	17
4. Propuestas	20
Salud · propuestas 1 a 3.....	23
Mercado de trabajo · propuestas 4 a 6.....	33
Educación · propuestas 7 y 8	41
Transversales · propuestas 9 y 10.....	45
5. Implementación y seguimiento	50
6. Matriz de decisiones	52
7. Conclusiones.....	54
Referencias	55

Prólogo

Durante un siglo la medicina midió su éxito en años agregados. Hoy sabemos que esa métrica es insuficiente: lo que define una vida larga no es su duración, sino la capacidad de seguir haciendo aquello que a cada persona le da sentido. Un país que suma años sin sumar función no está envejeciendo bien, está postergando una deuda.

Chile llegó a la longevidad antes que sus instituciones. En poco más de dos décadas alcanzamos una estructura demográfica que a Europa le tomó un siglo construir, y lo hicimos sin el tiempo que ese siglo otorga para formar especialistas, adaptar ciudades, ajustar la protección social y aprender a cuidar. Esa es la urgencia real de este documento: no el número de personas mayores, sino la distancia entre la velocidad del cambio demográfico y la velocidad del cambio institucional.

La longevidad no es un asunto del sector salud. Es una transformación del cuerpo, del trabajo, del barrio, de la familia y del propósito con que cada persona organiza su vida. Se juega en el músculo que sostiene la marcha, en la vereda que permite caminarla, en el empleo que reconoce la experiencia, en la red que acompaña, en el acceso digital que hoy media el ejercicio de los derechos y en la razón para levantarse cada mañana. Separar esas dimensiones ha sido el error histórico de las políticas de vejez, ya que ninguna de ellas funciona sin las otras.

Este documento propone entonces un cambio de pregunta. No cómo atender a quienes ya son mayores, sino cómo construir un país en que vivir noventa años sea una buena noticia para quien los vive y para la sociedad que lo acompaña. Esa pregunta se responde desde la mediana edad, se responde en el territorio y se responde con todos los sectores a la vez.

Que la longevidad exija pensar juntas todas esas dimensiones explica también la forma en que se construyó este documento. La Facultad de Medicina y Salud de la Universidad Finis Terrae articuló para ello sus capacidades: el Centro de Políticas Públicas en Salud coordinó el proceso, y en el panel confluyeron Vitalia Finis, Centro Transdisciplinar en Longevidad Funcional, junto a las Escuelas de Medicina, Enfermería, Kinesiología, Nutrición y Dietética y Odontología. Esa convergencia refleja la mirada transdisciplinaria que la longevidad exige y expresa el propósito de la Facultad: formar e investigar de manera articulada y centrada en la persona, con impacto en los desafíos sanitarios y sociales del país.

Desde la identidad católica de la Universidad Finis Terrae, situar al ser humano al centro no es una consigna, sino la expresión de la dignidad de la persona y del servicio al bien común: el criterio con que se decide qué investigar y para qué; la longevidad, como oportunidad de vivir más y mejor, es precisamente uno de esos desafíos. A esa base interna se sumó un grupo de expertas y expertos invitados de otras instituciones, cuya trayectoria dio al panel densidad técnica y pluralidad de perspectivas. A todas y todos ellos, nuestro reconocimiento: este documento es resultado de su deliberación. Lo que sigue son diez maneras concretas de empezar.

Dr. Ernesto Vega Asún

Decano de la Facultad de Medicina y Salud
Universidad Finis Terrae

Resumen ejecutivo

Chile duplicó su proporción de personas de 65 años y más en cerca de 26 años, una de las transiciones demográficas más rápidas del mundo, comparable a la de Japón (Kinsella y He, 2009; Naciones Unidas, 2024). Este documento recoge el trabajo del Núcleo Envejecimiento 2050, que reunió a un panel transdisciplinario de expertas y expertos en un proceso Delphi modificado de dos rondas para converger en las prioridades de política pública en salud, mercado de trabajo y educación.

Se evaluaron 38 enunciados, 16 en la primera ronda y 22 en la ronda final. Bajo el criterio de consenso del panel (mediana ≥ 4 y rango intercuartílico ≤ 1), los 38 enunciados alcanzaron consenso. El Delphi identificó ocho núcleos prioritarios, que se desarrollan en diez propuestas operativas trazables al proceso. Lo que este documento aporta es cómo se ejecutan las prioridades, en qué orden y con qué instrumentos, más allá de lo que las leyes N° 21.822 (Envejecimiento Digno, Activo y Saludable) y N° 21.805 (Chile Cuida) ya consagran.

El marco que ordena las propuestas fue el enunciado más priorizado de la ronda final, respaldado por la amplia mayoría del panel: **tratar el envejecimiento como una variable de planificación de toda la política pública y privada a lo largo del curso de vida, y no como la gestión de la vejez**. Ese desplazamiento tiene respaldo en la literatura: transitar hacia una sociedad longeva exige depender menos de políticas definidas por la edad y extender a los tramos mayores las políticas ya orientadas a necesidades y circunstancias diversas (Scott, 2021a). La longevidad no es, por tanto, un capítulo sectorial del desarrollo, sino una transformación estructural que interpela a la economía, el territorio, la tecnología, la organización de las familias y los proyectos de vida de las personas. Cada una de las diez propuestas que siguen indica:

- La decisión concreta que se solicita
- El organismo con competencia para adoptarla
- El instrumento jurídico que requiere
- El plazo en que la ventana normativa vigente la hace posible.

La matriz de decisiones, al final del documento, resume esas diez decisiones en una sola página para su consulta rápida.

Bajo ese marco, las diez propuestas se organizan en tres pilares que estructuran el documento: la salud, entendida como capacidad funcional a lo largo del curso de vida (propuestas 1 a 3); el mercado de trabajo y la protección social de una sociedad longeva (propuestas 4 a 6); y la educación como formación permanente y combate al edadismo (propuestas 7 y 8). A ellos se suman dos propuestas transversales, la planificación del envejecimiento en toda la política pública y la infraestructura de datos y evidencia (propuestas 9 y 10), que cruzan y ordenan los tres pilares.

Chile alcanzó en dos décadas una estructura demográfica que a Europa le tomó un siglo, y varias ventanas normativas para actuar están abiertas ahora. Tres propuestas coinciden con plazos legales ya en curso y deben iniciarse de inmediato: la certificación de cuidadores (Propuesta 5), que depende de los reglamentos de la Ley N° 21.805 en plazo; y la planificación del envejecimiento como variable transversal (Propuesta 9) junto con la gestión de la edad en el empleo (Propuesta 4), que se juegan en la Política Nacional que la Ley N° 21.822 obliga a dictar dentro de los seis meses de su vigencia. Iniciar por ellas no posterga a las demás: aprovecha ventanas que no se repetirán en el corto plazo.

Cuatro grupos, diez propuestas

El número identifica cada propuesta; no implica jerarquía

SALUD

- 1 Red progresiva de atención geronto-geriátrica anclada en la atención primaria.
- 2 Longevidad saludable a lo largo del curso de vida: funcionalidad, cognición y fragilidad.
- 3 Salud mental, soledad no deseada y bienestar emocional.

MERCADO DE TRABAJO

- 1 Red progresiva de atención geronto-geriátrica anclada en la atención primaria.
- 2 Longevidad saludable a lo largo del curso de vida: funcionalidad, cognición y fragilidad.
- 3 Salud mental, soledad no deseada y bienestar emocional.

EDUCACIÓN

- 1 Red progresiva de atención geronto-geriátrica anclada en la atención primaria.
- 2 Longevidad saludable a lo largo del curso de vida: funcionalidad, cognición y fragilidad.

TRANSVERSALES

- 1 Red progresiva de atención geronto-geriátrica anclada en la atención primaria.
- 2 Longevidad saludable a lo largo del curso de vida: funcionalidad, cognición y fragilidad.

1. Diagnóstico demográfico

El envejecimiento poblacional es un fenómeno global y nacional. En 2024, Naciones Unidas situó la esperanza de vida global al nacer en 73,3 años, mientras la población mundial de 60 años y más, que alcanzó 1.100 millones en 2023, llegaría a cerca de 1.400 millones hacia 2030 (Naciones Unidas, 2024). Chile se inscribe en esta tendencia con una intensidad superior al promedio mundial y regional.

La esperanza de vida al nacer en Chile pasó de 53 años en 1950 a 81,4 años en 2024, uno de los avances más significativos de América Latina (INE, 2024; Naciones Unidas, 2024). El Censo 2024 registró que la población de 60 años y más alcanzó el 19,8% del total nacional. La población de 65 años y más llegó al 14%, frente al 6,6% en 1992, el 8,1% en 2002 y el 11,4% en 2017 (INE, 2024). Sobre esa base, las proyecciones del INE sitúan a la población de 60 años y más en torno al 21% del total en 2026 (INE, proyecciones base Censo 2024, 2026).

El descenso de la fecundidad es un componente determinante de esta trayectoria y, además, un problema de política pública en sí mismo. La Tasa Global de Fecundidad fue de 1,03 hijos por mujer en 2024 y de 0,99 en 2025 según cifras provisionales, un mínimo histórico (INE, Estadísticas Vitales, 2025). Esta caída sostenida bajo el nivel de reemplazo tendrá un efecto directo sobre las pensiones, el mercado de trabajo y el sistema de cuidados: una población en edad de trabajar que comenzará a contraerse desde mediados de la próxima década deberá sostener a una población mayor que crece (INE, proyecciones base Censo 2024, 2026).

El calendario de esta transición tiene hitos precisos que conviene nombrar, porque delimitan el horizonte en que deben adoptarse las decisiones. Chile cruzó el nivel de reemplazo en 1999, último año en que la Tasa Global de Fecundidad alcanzó los 2,1 hijos por mujer, y no ha vuelto a recuperarlo desde entonces. Las Estimaciones y Proyecciones de Población base Censo 2024 sitúan a partir de 2028 el inicio de un período de crecimiento natural negativo, cuando las defunciones superen a los nacimientos; el propio informe ubica el cruce entre 2027 y 2028. Ese mismo año el índice de envejecimiento superaría el valor de 100, lo que significa que por primera vez habría en el país más personas de 65 años y más que menores de 15 (INE, 2026).

La trayectoria posterior está igualmente delimitada. La población total alcanzaría su máximo en 2035, en torno a 20,6 millones de personas, y a partir de 2036 iniciaría un descenso gradual hasta situarse en torno a los 17 millones en 2070. La población en edades potencialmente activas, de 15 a 64 años, comenzaría a descender en 2035 y al final del período sería menor que la de 1992. La población menor de 15 años pasaría de 16,3% del total en 2026 a 10,8% en 2035, 8,4% en 2050 y 7,2% en 2070, reduciéndose a menos de la mitad de su tamaño inicial. En el extremo opuesto, la población de 65 años y más alcanzaría el 42,6% del total hacia 2070, año en que el índice de envejecimiento llegaría a un valor cercano a 600 personas de 65 años y más por cada 100 menores de 15 (INE, 2026).

Un elemento adicional matiza la lectura de la fecundidad nacional. La proporción de nacidos vivos de madre extranjera pasó de 6,9% en 2017 a 19,7% en 2025, un aumento de 2,9 veces en ocho años, según las cifras provisionales de Estadísticas Vitales (INE, 2026). La natalidad observada se sostiene por tanto de manera creciente en la población migrante, de modo que la fecundidad de las mujeres

nacidas en Chile es todavía más baja que la cifra agregada. Ello tiene una consecuencia de política: los supuestos migratorios son un componente central de cualquier proyección demográfica del país, y su variación altera de forma directa el calendario de los hitos descritos. Conviene precisar la dirección de ese efecto, porque el dato admite lecturas opuestas y solo una es consistente con la evidencia: la población migrante es en promedio más joven y presenta mayor fecundidad que la nacida en Chile, de modo que su aporte demográfico modera la velocidad del envejecimiento y sostiene parte de la población en edad de trabajar. Una reducción de los flujos migratorios no atenúa la transición descrita en este capítulo, sino que la acelera y adelanta los hitos señalados. La política migratoria es, por tanto, una variable de la política de envejecimiento, cualquiera sea la orientación que se le dé.

A la transición demográfica se suma una transformación de los hogares de magnitud equivalente, que constituye uno de los fundamentos directos de la reorganización de los sistemas de protección y cuidados. El Censo 2024 registró que el promedio de personas por hogar bajó de 4,0 en 1992 a 2,8 en 2024, mientras los hogares unipersonales pasaron de 8,3% a 21,8% en el mismo período (11,4% en 2002; 17,7% en 2017). Los hogares conformados exclusivamente por personas de 65 años y más subieron de 4,3% a 11,6%, y los hogares con al menos una persona de 14 años o menos cayeron de 62% a 33,2% (INE, 2025). La evidencia comparada indica que vivir solo en la vejez es más frecuente entre mujeres que entre hombres y constituye una de las expresiones más visibles del envejecimiento societal en curso (Reher y Requena, 2018). El resultado es una red familiar de apoyo más pequeña, más femenina y ella misma envejecida, ya que quienes cuidan hoy a una persona de 85 años superan con frecuencia los 60. A ello se agrega la mayor participación laboral de las mujeres, que reduce la disponibilidad de cuidado no remunerado que el sistema supuso durante décadas. Este es el fundamento demográfico del Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados y la razón por la que la política de cuidados ya no puede diseñarse sobre el supuesto de una familia disponible. Ello no implica desplazar a la familia sino reconocer su transformación: sigue siendo el primer soporte de las personas mayores, pero es más pequeña, más femenina y ella misma envejecida, de modo que necesita ser sostenida por el sistema en lugar de ser presupuesta por él.

La velocidad del envejecimiento poblacional es una característica distintiva del caso chileno. Mientras Francia tardó 115 años y Suecia 85 en duplicar la proporción de población de 65 años y más (de 7% a 14%), Chile lo hizo en aproximadamente 26 años, en un rango comparable al de Japón (Kinsella y He, 2009; Naciones Unidas, 2024). Las transiciones rápidas restringen el tiempo disponible para la maduración institucional, la formación de recursos humanos especializados y la consolidación de los sistemas de protección social. Hacia 2050, la población centenaria en Chile, muy reducida en las décadas pasadas, se multiplicará varias veces.

Según las proyecciones del INE con base en el Censo 2024, la población de 60 años y más pasará del 21% en 2026 al 26,4% en 2035 y al 36,5% en 2050, y llegaría al 50,7% en 2070 (INE, proyecciones base Censo 2024, 2026). Esta convergencia demográfica con las economías de la OCDE no se acompaña de una convergencia equivalente en cobertura de cuidados, gasto sanitario per cápita ni gasto en políticas activas de empleo (OCDE, 2023; BID, 2018). La feminización del envejecimiento agrega complejidad, ya que la proporción de mujeres en el grupo de mayor edad seguirá siendo más alta que la de hombres. La ventana preventiva relevante se concentra hoy en la mediana edad, dado

que quienes tendrán 80 años o más en 2050 son, en general, las personas que hoy tienen 56 años o más, y conviene precisar que todas las cifras proyectadas de esta sección corresponden al escenario medio del INE, cuya variación en los supuestos de fecundidad y migración desplaza los hitos descritos. Esa mayor sobrevivencia femenina no equivale a mejor salud: un estudio construido con la Encuesta Nacional de Salud de 2009 y 2016, mediante el método de Sullivan, estimó que en 2016 las mujeres mayores esperaban vivir el 61,1% de sus años restantes sin discapacidad frente al 71,9% de los hombres, y que su esperanza de vida con discapacidad leve más que duplicaba la masculina, con 6,0 años frente a 2,8 (Moreno, Lera y Albala, 2020). La evidencia converge desde distintas fuentes: las mujeres representan cerca de dos tercios de las personas mayores con dependencia, presentan mayor prevalencia de dependencia funcional que los hombres y viven una proporción menor de sus años restantes con dentición funcional (Danke et al., 2026).

El desafío para Chile no consiste en gestionar la vejez, sino en planificar un país longevo. Hacia 2050 una de cada tres personas será mayor, con efectos en lo educativo, laboral, familiar y urbano. Difícilmente existen finanzas públicas capaces de compensar una trayectoria de vida deficiente en un segmento tan amplio de la población. La literatura sobre gasto sanitario advierte que, sin transformaciones oportunas, el aumento de la demanda por cuidados de larga duración, las hospitalizaciones evitables y la atención de cuadros crónicos descompensados puede tornarse fiscalmente insostenible (OCDE, 2023). Por ello la política del envejecimiento y de la longevidad saludable debe construirse desde la mediana edad y a lo largo de toda la vida, y no restringirse a los mayores de 60 años.

2. Marco conceptual y normativo

“El envejecimiento es un tema que desafía a toda nuestra institucionalidad.”

Sebastián Pavlovic Jeldres, ex Superintendente de Salud (2014-2015)

Esta mirada es coherente con el enfoque de la Organización Mundial de la Salud, que define el envejecimiento saludable como el desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez (Beard et al., 2016), y que exige para ello un enfoque de todo el gobierno y de curso de vida, ordenado en cuatro áreas de acción: entornos amigables con la edad, combate al edadismo, atención integrada y cuidados de larga duración (OMS, 2015; OMS, 2020). Chile ya participa de este movimiento con una escala poco conocida: 209 de sus 346 comunas integran la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores de la OMS, la mayor adhesión de América del Sur, apoyada desde 2020 por el programa Comunas Amigables de SENAMA (OMS, 2007; SENAMA, 2025). El desafío pendiente es pasar de la adhesión a medidas concretas y de bajo costo relativo en el entorno construido, como veredas en buen estado, cruces seguros para personas con movilidad reducida y mobiliario urbano de descanso, incorporables a nivel reglamentario y de planes reguladores.

“La ventana de decisión tiene fechas: el crecimiento natural se vuelve negativo en 2028 y la población comienza a decrecer en 2036. Quienes serán mayores en 2050 están hoy en la mediana edad; cada año sin ajustes reduce el margen de maniobra fiscal y organizativo.”

Dr. Sebastián Zamorano Vidal, Coordinador del Centro de Políticas Públicas en Salud, Universidad Finis Terrae

La OMS aporta además una lectura del éxito del envejecimiento que este documento adopta: no basta medir cuántos años se vive, sino cuántos de esos años se viven sin enfermedad grave ni dependencia. Al respecto, la OMS estima la esperanza de vida saludable en Chile en torno a los 67 años, lo que implica una brecha de más de una década vivida con alguna condición crónica, dolor, limitación funcional o dependencia. Para dimensionarla con rigor, la comparación exige homogeneidad de fuente y de año: en la serie de la OMS correspondiente a 2021, la esperanza de vida al nacer en Chile fue de 78,9 años y la esperanza de vida saludable de 67,7, lo que sitúa la brecha en torno a 11 años (OMS, 2024). La esperanza de vida de 81,4 años que consigna el INE para 2024 proviene de otra serie y de otro año, por lo que no debe restarse directamente de la cifra anterior. Cabe advertir además que 2021 fue un año de exceso de mortalidad por la pandemia, que deprimió la esperanza de vida total, y que la OMS rehízo esta serie con la metodología del Estudio de Carga Global de Enfermedad 2021, de modo que no es comparable con sus publicaciones previas. Con independencia de su magnitud exacta, la brecha existe, es de más de una década y, según la Organización Panamericana de la Salud, se ha ampliado de forma sostenida en las Américas entre 1990 y 2018 (OPS, 2021). Conviene detenerse en lo que significa esa brecha, porque no es una cifra abstracta: son el período en que se concentra la demanda de cuidados. Ahí ocurren la dependencia funcional, el gasto en cuidados de larga duración, la carga que asumen las familias, la ocupación de camas hospitalarias por personas sin destino de cuidados y la presión sobre los establecimientos

residenciales. Todo lo que este documento propone sobre la red geronto-geriátrica, sobre el sistema de cuidados y sobre el tramo residencial ocurre dentro de esa brecha. Reducirla no es un objetivo sanitario más entre otros: es una de las principales palancas de sostenibilidad del sistema, porque en la medida en que la esperanza de vida total no aumente en igual proporción, cada año que se agrega a la esperanza de vida saludable reduce el período de dependencia. De ahí que el país deba conducirse por la esperanza de vida saludable, y no solo por la esperanza de vida total, e incorporarla a los objetivos sanitarios con desagregación territorial y socioeconómica. Al mismo tiempo, no se pueden eludir los desafíos para cerrar las brechas de inequidad ni la dependencia de las personas mayores actuales, ya que hay segmentos que llegan a la vejez con necesidades concretas en salud, educación y trabajo que requieren políticas de compensación, con brechas territoriales y socioeconómicas de varios años en la esperanza de vida, expresión de los determinantes sociales de la salud (Marmot, 2005; Bilal et al., 2019).

Los años que se viven, y los que se viven con salud

Chile, serie homogénea OMS 2021: la diferencia es la brecha a cerrar



La comparación usa una sola fuente y un mismo año (OMS 2021) para que la resta sea válida. Cerrar esa brecha, y no solo sumar años, es el objetivo de la longevidad saludable.

El momento es oportuno, pero exige precisión sobre la vigencia de cada norma. La Ley N° 21.822, que promueve el Envejecimiento Digno, Activo y Saludable, fue publicada el 1 de junio de 2026 y entra en vigor doce meses después, el 1 de junio de 2027; mandata dictar la nueva Política Nacional dentro de los seis meses siguientes. A su vez, la Ley N° 21.805 (Chile Cuida), que crea el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados como cuarto pilar de la protección social, fijó seis meses desde su publicación para dictar sus reglamentos. En agosto de 2026 el Congreso amplió ese plazo a doce meses, hasta febrero de 2027, mediante el proyecto que modifica la Ley N° 21.805 (Boletín N° 18.431-31), lo que mantiene abierta la ventana que este documento propone aprovechar con observaciones reglamentarias concretas. Ambas leyes dialogan con la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (OEA, 2015), ratificada por Chile. Estas propuestas buscan articularse con ese proceso y no sustituirlo; más bien, enriquecerlo y contribuir a su adecuada implementación y operación. De ahí la insistencia en instrumentos exigibles y verificables, y no solo en declaraciones de intención.

Hay, adicionalmente, una decisión estructural que un país longevo no puede seguir postergando: la edad en que se adquiere el derecho a la jubilación por vejez. Fue fijada bajo condiciones de esperanza

de vida muy distintas a las actuales y su revisión no admite atajos. Este documento no propone una cifra; propone cómo tomar esa decisión: mediante un proceso técnico e intergeneracional, informado por la evidencia demográfica y actuarial, que considere sus efectos sobre el financiamiento de la seguridad social, la salud laboral y la equidad entre ocupaciones con desgastes físicos muy distintos. La variable que debe informar esa deliberación no es solo la esperanza de vida total, sino la esperanza de vida saludable y su distribución: extender la vida laboral sobre la base de años que se viven con enfermedad o limitación funcional trasladaría el costo a quienes tienen menor esperanza de vida saludable, que son con frecuencia quienes ejercen las ocupaciones de mayor desgaste. Por eso reducir la brecha entre ambas esperanzas de vida, y seguirla de forma desagregada, es condición previa y no consecuencia de cualquier ajuste en las edades previsionales. Tratar este tema en el marco de este documento, y no como una propuesta operativa, responde a que excede el mandato del panel, pero omitirlo sería eludir el problema de fondo. Conviene ser explícito en un punto: la evidencia demográfica reunida en este documento describe la magnitud del cambio, pero no respalda por sí sola una dirección determinada de ajuste. Cualquier uso de estas cifras para justificar una modificación específica de las edades, en el sentido que sea, excede lo que el panel deliberó y lo que la evidencia aquí presentada permite sostener.

El envejecimiento no es solo un desafío sanitario, sino también económico, y ahí está el verdadero giro. La OCDE estima que, sin mejoras de productividad, el crecimiento del PIB per cápita se desacelerará cerca de un 40% en sus países por efecto del envejecimiento, y que un aumento del 10% en el gasto en prevención se asocia a una reducción del 0,9% en la proporción de personas con enfermedades crónicas a cinco años (OCDE, 2025b). Lejos de ser solo un costo, la longevidad saludable es una inversión: el Foro Económico Mundial calcula que tres intervenciones de bajo costo, adaptar los hogares para prevenir caídas, promover la actividad física y ampliar el acceso a audífonos, podrían ahorrar más de 5,8 billones de dólares en salud y generar 645 mil millones en productividad hacia 2040 (Foro Económico Mundial y Mercer, 2026). El cambio de paradigma consiste en dejar de mirar a las personas mayores a través de su balance económico, sea como carga o como activo, y reconocerlas como titulares de derechos cuya autonomía el país tiene la obligación de sostener. Que una sociedad longeva sana sea además económicamente más sostenible es una consecuencia y no la razón, y en alinear las políticas de salud, educación y trabajo en torno a la prevención y al curso de vida. La disyuntiva es concreta: si esos años adicionales se viven con salud, el país gana una fuerza laboral experimentada que alivia la presión sobre las pensiones y los cuidados; si se viven con enfermedad crónica no controlada, el resultado es más gasto, más cuidadoras familiares que dejan su empleo y una economía que financia años de dependencia. Envejecer no debería ser sinónimo de declive ni de carga fiscal: puede ser una etapa productiva, distinta pero no menor. La literatura económica precisa además dónde se concentra ese valor. Un análisis publicado en *Nature Aging* muestra que comprimir la morbilidad, es decir, mejorar la salud de los años vividos, resulta económicamente más valioso que seguir extendiendo la esperanza de vida, y que actuar sobre los procesos del envejecimiento ofrece retornos superiores a los de erradicar enfermedades específicas (Scott, Ellison y Sinclair, 2021). En paralelo, una economía de la longevidad supone un cambio en la composición sectorial de la actividad, con expansión de la salud y la educación, nuevos productos financieros y mercados vinculados a la vivienda adaptable, las tecnologías de apoyo y los servicios especializados (Scott, 2021b). Chile tiene aquí un espacio de desarrollo que hoy no está formulado

como política: la demanda de una población que vivirá más años es también una oportunidad de innovación, de inversión público-privada y de empleo calificado.

Marco conceptual: tres pilares

Estas propuestas se apoyan en tres ideas que ordenan y dan sustento teórico a todo el documento:

- **Modelo de capacidad funcional.** El documento adopta el modelo de envejecimiento saludable de la OMS, que desplaza el foco desde la ausencia de enfermedad hacia la capacidad funcional: el conjunto de atributos que permiten a una persona ser y hacer lo que valora (Beard et al., 2016). Esa capacidad resulta de la interacción entre la capacidad intrínseca de la persona y los entornos en que vive, y se construye a lo largo de todo el curso de vida, no solo en la vejez (Kuh, 2007). De ahí la distinción entre la esperanza de vida total, hoy de 81,4 años, y la esperanza de vida saludable, en torno a los 67 años: una brecha de más de una década vivida con enfermedad, dolor o dependencia que la política debe cerrar actuando desde la mediana edad, y que en la serie homogénea de la OMS se sitúa en torno a los 11 años. Ese modelo amplía también el contenido de la prevención. Junto a los factores de riesgo biomédicos, la evidencia obliga a incorporar una prevención social que actúe tempranamente sobre la soledad no deseada, el aislamiento, el edadismo, la exclusión digital y la pérdida de propósito, condiciones que inciden de manera directa sobre la autonomía y que hoy quedan fuera de los instrumentos de tamizaje. El propósito vital es el caso más nítido: un metaanálisis con 488.765 participantes seguidos hasta 32 años confirma su asociación con la mortalidad (Sutin et al., 2026) y la evidencia previa la extiende a los eventos cardiovasculares (Cohen, Bavishi y Rozanski, 2016). Preparar el proyecto vital para las décadas adicionales de vida, incluida la transición a la jubilación, es en consecuencia un componente preventivo y no una actividad recreativa.
- **Determinantes sociales y corporización de la desigualdad.** La desigualdad no es solo un contexto externo: se inscribe en el cuerpo. Como plantea la epidemióloga Nancy Krieger, las personas incorporan biológicamente el mundo en que viven, de modo que las condiciones sociales se expresan en patrones de salud, enfermedad y muerte (Krieger, 2005). La evidencia comparada lo confirma para Santiago: el estudio SALURBAL, sobre seis grandes ciudades latinoamericanas, midió diferencias en la esperanza de vida entre territorios de la capital de hasta 9 años en los hombres y cerca de 18 en las mujeres (Bilal et al., 2019). Por eso las brechas de longevidad saludable entre territorios y niveles socioeconómicos no son un dato secundario, sino un problema central que ordena las prioridades (Marmot, 2005). La evidencia chilena permite dimensionar esa brecha con datos individuales y no solo ecológicos. Un análisis de cinco olas de la Encuesta de Protección Social entre 2004 y 2016, con modelos de tablas de vida multiestado, estimó que a los 60 años los hombres de posición socioeconómica alta esperaban vivir 4,9 años más que los de posición baja, y 5,2 años más libres de discapacidad; en las mujeres, la diferencia en años libres de discapacidad entre la posición alta y la baja alcanzaba 6,1 años (Moreno, Lera, Moreno y Albala, 2021). A ello se agrega una dimensión que este documento no había considerado: a los 60 años una persona mapuche esperaba vivir 18,9 años, de los cuales 9,4 libres de discapacidad, frente a 26,4 y 14,0 años respectivamente en la población no indígena (Sandoval, Alvear y Albala, 2024). La desigualdad en longevidad saludable no es solo de ingreso y territorio: también es de pueblo de origen. La salud bucal ofrece una de las demostraciones más nítidas de esta inscripción, porque el diente perdido no se recupera y deja un registro acumulado

de la trayectoria social de una persona. Un análisis de la Comisión Lancet sobre Salud Bucal, con 117.397 personas de 20 años y más en 40 países de ingreso alto, medio y bajo, encontró que el quintil de menor riqueza presenta la mayor prevalencia de edentulismo en todos los regímenes de bienestar examinados. La magnitud de esa desigualdad varía según el régimen: los países de orientación liberal exhiben las brechas absolutas más amplias, mientras el régimen socialdemócrata registra las menores entre los países de ingreso alto, con una diferencia de 4,0 puntos porcentuales entre el quintil superior y el inferior (Celeste et al., 2025). El diseño de la protección social, en consecuencia, no solo distribuye recursos: modula cuán profundamente la desigualdad queda inscrita en el cuerpo.

“Chile es un país profundamente inequitativo, y esa inequidad se inscribe en los cuerpos: se envejece de manera distinta según dónde y cómo se ha vivido.”

Dra. Helia Molina Milman, ex Ministra de Salud (2014)

- **Marco ético: justicia, oportunidad y cuidado.** Las decisiones sobre la longevidad son también decisiones éticas. El documento se orienta por la teoría de la justicia como equidad de John Rawls y su extensión al campo de la salud desarrollada por Norman Daniels. Para Rawls, las desigualdades solo se justifican si benefician a quienes están en peor situación y si se garantiza a todos una igualdad equitativa de oportunidades (Rawls, 1971). Daniels lleva ese marco a la salud: la atención sanitaria y, más ampliamente, los determinantes sociales de la salud son moralmente especiales porque protegen el funcionamiento normal de las personas y, con él, el rango de oportunidades que cada una puede alcanzar a lo largo de su vida; por eso las desigualdades en salud son injustas cuando esos determinantes no se distribuyen equitativamente (Daniels, 2008). En una sociedad que envejece, este marco tiene una consecuencia directa: cerrar las brechas de longevidad saludable entre territorios y niveles socioeconómicos no es un objetivo secundario, sino una exigencia de justicia, porque de la salud en la segunda mitad de la vida depende el abanico de oportunidades que se mantiene abierto en la vejez. Daniels añade además un criterio para las decisiones difíciles de priorización, cuando no es posible satisfacer todas las necesidades a la vez: la legitimidad no proviene solo del resultado, sino de un proceso deliberativo, transparente y sujeto a rendición de cuentas por su razonabilidad (accountability for reasonableness). A esta perspectiva de justicia el documento suma, de manera complementaria, la ética del cuidado de Carol Gilligan y Joan Tronto, que reconoce la interdependencia como una condición de la vida humana y no como una excepción, y entiende el cuidado como una práctica social y política que exige atención, responsabilidad, competencia y capacidad de respuesta (Gilligan, 1982; Tronto, 1993). En términos prácticos, este marco exige distribuir con equidad, priorizar a quienes llegan a la vejez en peor situación, decidir mediante procesos justos y transparentes, y contrastar cada medida con quienes la vivirán antes de adoptarla o escalarla.

La ventana preventiva a lo largo del curso de vida

Hasta los 40	Formación de hábitos y acumulación de capacidad funcional
40 a 45 años	Comienza operativamente la política de longevidad
45 a 64 años	Prevención cardiovascular y cognitiva, funcionalidad, nutrición
60 años y más	Capacidad funcional, autonomía y cuidados

Quienes tendrán 80 años o más en 2050 tienen hoy 56 o más:
la ventana operativa relevante es 2026-2035.

El marco normativo vigente

La planificación hacia 2050 se enmarca en un contexto normativo renovado durante 2026, que conviene distinguir con rigor: hay leyes publicadas pero aún no vigentes, reglamentos pendientes y una Política Nacional futura. La Ley N° 21.805 (Chile Cuida), ya publicada, crea el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC) y reconoce el derecho al cuidado como cuarto pilar de la protección social, junto a la salud, la educación y la seguridad social, con el derecho a cuidar, a ser cuidado y a autocuidarse. El SNAC, coordinado por los Ministerios de Desarrollo Social y Familia y de la Mujer y la Equidad de Género, coordina bajo una gobernanza única la Red Local de Apoyos y Cuidados, los Centros Diurnos del Adulto Mayor, los Centros Comunitarios de Cuidados y los apoyos domiciliarios. La Red Local operaba en 215 comunas en 2025, con cobertura de 37.500 días y expansión anunciada a 250 comunas durante 2026, y los Centros Comunitarios llegaban a 66 en funcionamiento, con proyección a 100. El presupuesto del sistema se proyecta multiplicar por 2,1 entre 2023 y 2030. La Credencial de Persona Cuidadora reconocía a inicios de 2026 a más de 248 mil personas, en su mayoría mujeres. El indicador más directo de la brecha que este sistema debe cerrar es que cerca de una de cada cinco personas mayores en situación de dependencia no recibe apoyo de terceros para sus actividades de la vida diaria. No se trata de una brecha de calidad ni de financiamiento, sino de ausencia completa de respuesta. La ley entró en vigor el 16 de febrero de 2026 e incorpora expresamente, junto a los cuidados en el hogar, los servicios de cuidados residenciales de larga duración. Su oferta programática inicial es más amplia que la habitualmente citada: además de los dispositivos anteriores comprende el Subsidio ELEAM (Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores), los Condominios de Viviendas Tuteladas, las residencias para personas con discapacidad, el programa Tránsito a la Vida Independiente, las ayudas técnicas, el pago a personas cuidadoras y el programa De 4 a 7 del Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género. La gobernanza se organiza en un Comité Interministerial para los Apoyos y Cuidados presidido por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, una Secretaría de Apoyos y Cuidados dependiente de la Subsecretaría de Servicios Sociales como órgano rector técnico, y Consejos Regionales de la Sociedad Civil (Ley N° 21.805, 2026).

La Ley N° 21.822, de Envejecimiento Digno, Activo y Saludable, fue publicada el 1 de junio de 2026 y entra en vigor el 1 de junio de 2027, con la obligación de dictar la nueva Política Nacional dentro de los seis meses siguientes. Establece un catálogo de derechos de las personas mayores, contempla medidas contra el edadismo y la discriminación por edad, crea un contrato especial para el trabajador adulto mayor, fortalece institucionalmente a SENAMA con direcciones regionales y constituye el Comité Interministerial de Desarrollo Social y Familia para las Personas Mayores, que reúne a los ministerios sectoriales bajo una coordinación única. Ambas leyes dialogan con la Convención Interamericana (OEA, 2015) y con el Decenio del Envejecimiento Saludable 2021-2030 de la OMS. Las propuestas de este documento no buscan repetir lo que la ley ya consagra, sino asegurar su implementación efectiva durante 2026-2030 y atender los vacíos que persisten. Cada propuesta se formula como un aporte adicional y verificable respecto de lo que las normas vigentes ya establecen.

Ley N° 21.805 · Chile Cuida (SNAC)

Cuarto pilar de la protección social · vigente desde el 16 de febrero de 2026

215 → 250

comunad con Red Local de Apoyos y Cuidados (2026 → 2026)

37.500

diadas acompañadas (persona cuidada y cuidadora)

248 mil

personas con Credencial de Persona Cuidadora

× 2,1

presupuesto proyectado 2023-2030

Oferta programática

Red Local · Centros Diurnos y Comunitarios · Apoyos Domiciliarios · Subsidio ELEAM · Viviendas Tuteladas · Ayudas Técnicas · Pago a Personas Cuidadoras

Gobernanza

Comité Interministerial presidido por Desarrollo Social y Familia · Secretaría de Apoyos y Cuidados como órgano rector técnico · Consejos Regionales de la Sociedad Civil

Ley N° 21.822 . Envejecimiento Digno, Activo y Saludable

Publicada el 1 de junio de 2026 · vigencia el 1 de junio de 2027

Catálogo de derechos

Salud sin discriminación, autonomía, vida libre de violencia, trabajo digno, conectividad digital, acceso preferente a la justicia

Institucionalidad reforzada

SENAMA con direcciones regionales; Comité Interministerial para las Personas Mayores como coordinación sectorial

Trabajo y no discriminación

Contrato del trabajador adulto mayor con adaptación de funciones; prohibición de la discriminación por edad

Política Nacional participativa

Debe dictarse dentro de los seis meses posteriores a la vigencia, con participación de las personas mayores

Las propuestas de este documento se articulan con la implementación de la ley, sin duplicarla.

Fuente: Ley N° 21.822 (Diario Oficial, 1 de junio de 2026); Biblioteca del Congreso Nacional y SENAMA.

Condiciones para la planificación a 2050

La trayectoria del país hacia 2050 requiere una coordinación intersectorial sostenida sobre cinco condiciones técnicas de fondo:

- **Anticipación temporal.** La ventana operativa más relevante es 2026-2035. Las cohortes que constituirán la población de 80 años y más en 2050 se encuentran hoy en el tramo de 50 a 59 años, y las intervenciones preventivas y formativas requieren de 15 a 25 años para materializar sus impactos.
- **Articulación intersectorial.** El fenómeno demanda coordinación permanente entre Salud, Trabajo y Previsión Social, Desarrollo Social y Familia, Educación, Vivienda, Deporte, Cultura y Hacienda, con liderazgo político de alto nivel, presupuesto sectorizado y gobernanza explícita. La nueva Política Nacional y el Comité Interministerial para las Personas Mayores son la oportunidad inmediata para coordinar este conjunto.
- **Perspectiva de curso de vida.** La política de envejecimiento no se restringe a los mayores de 60 años. Comienza operativamente hacia los 40 a 45 años con prevención cardiovascular y cognitiva, salud mental, mantención de la funcionalidad y formación continua. La focalización exclusiva en personas mayores fija un horizonte de impacto técnicamente insuficiente.
- **Sistema de cuidados como infraestructura social.** La Ley Chile Cuida institucionaliza el SNAC como cuarto pilar de la protección social. Su consolidación combina provisión, financiamiento, regulación, formación de capital humano y coordinación territorial. La implementación 2026-2030 es crítica.

- **Enfoque de derechos.** La longevidad debe abordarse desde los derechos indivisibles de las personas mayores, sin recortes por edad, en línea con la Convención Interamericana (OEA, 2015) y con la exigencia de justicia que ordena distribuir equitativamente los determinantes sociales de la salud y priorizar a quienes llegan a la vejez en peor situación (Rawls, 1971; Daniels, 2008).

3. Metodología

Estas propuestas son el resultado de un proceso deliberativo estructurado. El Núcleo Envejecimiento 2050 convocó a un panel transdisciplinario de expertas y expertos de los ámbitos clínico, académico, de la salud pública, municipal, gremial y de la política, y condujo un Delphi modificado que combinó tres sesiones presenciales y dos rondas de votación anónima en línea, entre mayo y julio de 2026. El Delphi modificado combina la convergencia iterativa propia del método, en que cada ronda entrega retroalimentación al grupo, con un componente cualitativo de análisis del material deliberativo. Las sesiones presenciales se registraron y transcribieron, y su contenido se analizó mediante análisis temático, en la tradición de Braun y Clarke (2006): las transcripciones se codificaron línea a línea, los códigos se agruparon en temas, y estos se revisaron y refinaron en sucesivas rondas hasta converger en un conjunto acotado de prioridades. A diferencia de una encuesta, que parte de categorías predefinidas, aquí los temas emergieron del propio discurso del panel y solo después se sometieron a votación estructurada, lo que ancla las propuestas en la deliberación y no en un cuestionario impuesto. La votación en línea no reemplaza ese análisis, sino que lo complementa, ordenando el grado de acuerdo y la urgencia relativa de cada tema.

El proceso se inició con una sesión exploratoria (25 de mayo de 2026), en la que se levantaron los problemas y prioridades en salud, trabajo y educación. A partir de las categorías surgidas de esa sesión se construyeron los enunciados del primer formulario en línea (Ronda 1), con 16 enunciados en tres ejes. Cada tema se evaluó desde tres enfoques complementarios. El primero fue el grado de acuerdo, medido en una escala de Likert de cinco puntos (de muy en desacuerdo a muy de acuerdo), que permitió identificar el nivel de consenso del panel sobre la pertinencia de cada tema. El segundo fue la priorización forzada: dentro de cada ámbito, cada integrante debía elegir los dos temas más urgentes, un mecanismo que obligó a discriminar entre enunciados con los que se podía estar igualmente de acuerdo y que reveló la jerarquía real de urgencias. El tercero fue el horizonte temporal: para cada tema, el panel indicó si su implementación debía priorizarse en el corto plazo (2026-2027) o en el mediano plazo (2028-2030), lo que ordenó la secuencia de las decisiones dentro de la ventana 2026-2030. La combinación de los tres enfoques (acuerdo, urgencia y temporalidad) constituyó el insumo estructurado que, junto con el material cualitativo de las sesiones, alimentó la construcción posterior de las propuestas. Sus resultados se devolvieron al panel en la segunda sesión presencial (15 de junio de 2026), donde se deliberaron los temas con mayor dispersión, surgieron nuevos temas emergentes y se identificó la necesidad de incorporar enunciados de carácter transversal, relevantes por el efecto de propuestas que exceden a un solo ministerio. Ello alimentó el segundo formulario en línea (Ronda final), con 22 enunciados reformulados, nuevos y de carácter transversal. Finalmente, la tercera sesión presencial (20 de julio de 2026) sintetizó las dos rondas y discutió las propuestas y sus rutas de implementación, insumo directo de este documento. La síntesis final no fue una reducción por conteo de votos, sino un proceso de agrupación cualitativa: los enunciados que alcanzaron consenso, junto con el material transcrito de las tres sesiones, se codificaron y agruparon por afinidad temática y por instrumento de política pública, y de esa agregación surgieron las diez propuestas operativas. Cada propuesta reúne uno o más enunciados afines y traza su origen hasta los núcleos priorizados por el panel, como muestra la tabla de trazabilidad más adelante.

Hito	Fecha	Descripción
Sesión 1 (presencial)	25 may 2026	Sesión exploratoria: levantamiento de problemas y prioridades en los tres ámbitos. El material se transcribió y categorizó mediante análisis cualitativo.
Formulario en línea, Ronda 1	Junio 2026	Votación anónima de 16 enunciados. Preguntas de acuerdo (1 a 5), priorización y horizonte temporal.
Sesión 2 (presencial)	15 jun 2026	Devolución del mapa de acuerdo, deliberación de los temas con mayor dispersión e identificación de enunciados transversales.
Formulario en línea, Ronda final	Julio 2026	Votación anónima de 22 enunciados reformulados, nuevos y de carácter transversal.
Sesión 3 (presencial)	20 jul 2026	Síntesis de las dos rondas y discusión de las propuestas y sus rutas de implementación.
Documento final	31 ago 2026	Entrega del documento a la comunidad.

Consenso y prioridad: dos medidas distintas. El criterio de consenso fue mediana igual o superior a 4 y rango intercuartílico (RIC) igual o inferior a 1. La mediana indica dónde se sitúa el panel (4 = de acuerdo; 5 = muy de acuerdo) y un RIC bajo indica ausencia de dispersión en el 50% central de las respuestas. Bajo este criterio, los 38 enunciados evaluados alcanzaron consenso: el panel estuvo de acuerdo con todos ellos. La priorización es una medida distinta y exigente: cada integrante debía destacar solo un subconjunto de enunciados como sus prioridades máximas, de modo que la priorización expresa cuáles temas concentraron la urgencia relativa del panel, y una menor priorización no indica desacuerdo. Cada ficha reporta primero el consenso y luego la prioridad, en ese orden. Ese resultado debe leerse con cautela metodológica. Un consenso del 100% sugiere que los enunciados, contruidos a partir de las categorías emergentes de la deliberación previa, estaban formulados en términos que el panel difícilmente rechazaría, de modo que el instrumento midió acuerdo pero no discriminó entre alternativas. Por esa razón la medida que efectivamente ordena este documento no es el consenso sino la priorización, que sí obligó a cada integrante a elegir.

Trazabilidad: de los núcleos del panel a las diez propuestas

Las propuestas de este documento son trazables hasta el proceso Delphi. Sus títulos sintetizan de forma más breve y conceptual los enunciados que el panel votó, sin alterar su contenido. La tabla siguiente muestra la correspondencia entre los ocho núcleos priorizados, las diez propuestas numeradas y el ámbito en que se presentan. Conviene precisar el estatus de esa correspondencia: los enunciados fueron votados por el panel en las dos rondas, mientras que las propuestas fueron elaboradas por el equipo del Núcleo a partir de los resultados del Delphi, de la deliberación de la tercera sesión presencial y de la evidencia disponible. Las propuestas, por tanto, no fueron sometidas a votación, y su respaldo proviene de la trazabilidad con los núcleos priorizados y no de un pronunciamiento directo del panel sobre cada una.

Núcleo priorizado por el panel	Propuesta(s)	Ámbito
Planificación transversal del envejecimiento	Propuesta 9	Transversal
Atención de salud integral y geronto-geriátrica	Propuesta 1	Salud

Núcleo priorizado por el panel	Propuesta(s)	Ámbito
Longevidad saludable y salud mental en el curso de vida	Propuestas 2 y 3	Salud
Trabajo y gestión de la edad	Propuestas 4 y 6	Mercado de trabajo
Cuidados	Propuesta 5	Mercado de trabajo
Formación y competencias en envejecimiento	Propuesta 8	Educación
Alfabetización en longevidad y edadismo	Propuesta 7	Educación
Datos, evidencia y comunicación	Propuesta 10	Transversal

Cómo leer cada propuesta. Cada una se presenta con seis secciones: sus Antecedentes (diagnóstico y evidencia), la Propuesta y qué agrega sobre la oferta vigente, la Evidencia internacional, el Tipo de decisión requerida, la Ruta de implementación (que abre con la brecha que la propuesta resuelve y detalla qué ya existe, quién tiene la competencia, el instrumento jurídico, el financiamiento, el riesgo, el criterio de escalamiento y el indicador de seguimiento). Dentro del instrumento jurídico, cada propuesta identifica además su primer acto exigible: el acto administrativo concreto con que comienza y el vehículo de calendario ya existente al que se ancla, sea una orientación programática anual, un reglamento en plazo, la Política Nacional o la formulación presupuestaria. El propósito es que ninguna propuesta dependa de una decisión sin fecha: el país ya tiene un calendario de decisiones, y estas propuestas se insertan en él en lugar de esperar uno propio.

Tipos de decisión. Para precisar qué se le pide a la autoridad, cada propuesta se clasifica según el instrumento de política pública que requiere, siguiendo la práctica del diseño de políticas basado en instrumentos (Howlett, 2019):

- **Implementación normativa.** La habilitación legal ya existe; la decisión consiste en dictar reglamentos, orientaciones o normas técnicas y en fiscalizar su cumplimiento.
- **Fortalecimiento de una política existente.** El programa o sistema ya opera; la decisión agrega cobertura, calidad o articulación verificables sobre la oferta vigente.
- **Piloto evaluable.** La evidencia o la capacidad de implementación son inciertas; la decisión es probar a escala acotada, con teoría de cambio, comparación y regla de continuidad definidas antes de comenzar.
- **Agenda de evidencia.** La decisión de fondo requiere información que hoy no existe; el primer paso exigible es producirla con plazos y responsables, y decidir sobre esa base.

Alcance. Los resultados expresan la deliberación de este panel y no pretenden representar estadísticamente a la población nacional. Este documento reúne las recomendaciones finales del Núcleo y queda sujeto a la evaluación técnica, jurídica y presupuestaria de los organismos competentes. Las metas numéricas y los indicadores finos no se fijan aquí: se definirán con esos organismos en la evaluación ex ante de cada propuesta, que es el momento técnico correcto para hacerlo.

Limitaciones. El proceso tiene limitaciones que conviene declarar aquí y no al cierre del documento. La principal es de composición: el panel fue transdisciplinario y de alto nivel, pero no incorporó a personas mayores ni a personas cuidadoras en representación de su propia experiencia, de modo

que las prioridades expresan la mirada de quienes diseñan y ejecutan la política pública y no la de quienes la reciben. Por ello se recomienda una instancia posterior de validación con organizaciones de personas mayores, personas cuidadoras y representantes de distintos territorios y niveles socioeconómicos, cuya realización queda sujeta a la disponibilidad de recursos y a los acuerdos institucionales correspondientes.

Se suman tres limitaciones metodológicas. El tamaño del panel es el propio de un Delphi y no el de una encuesta poblacional, por lo que sus resultados no admiten inferencia estadística. La priorización expresa la convergencia deliberativa del panel y no una medición cuantitativa, por lo que se reporta en términos de acuerdo y jerarquía relativa, y no como proporciones poblacionales. Por último, el consenso mide acuerdo del panel, no evidencia de efectividad: esta última se reporta por separado en la sección de evidencia internacional de cada ficha.

4. Propuestas

El trabajo del Núcleo partió de tres ámbitos: la salud, el mercado de trabajo y la educación. Los desafíos de la longevidad no se resuelven dentro de cada ámbito por separado, pero cada uno concentra decisiones propias. Dos de las diez propuestas, sin embargo, no pertenecen a un solo ámbito: la propuesta 9, que ordena toda la planificación pública y privada, y la propuesta 10, que provee los datos y la evidencia comunes, cruzan los tres ámbitos y los ordenan. Por eso se presentan agrupadas aparte, como propuestas transversales, y conservan su número original para no perder la trazabilidad con el proceso Delphi. Las diez propuestas se presentan numeradas, agrupadas y ordenadas para la lectura; el número identifica, no jerarquiza. Quien lea este documento con el propósito de adoptar una decisión puede entrar directamente por la matriz de decisiones de la sección 6, que resume para cada propuesta qué se pide y qué instrumento requiere, y volver desde ahí a la ficha correspondiente. Las secciones anteriores fundamentan las propuestas; la matriz permite actuar sobre ellas.

Principios: qué cambia respecto de una lista de programas

- Se fortalecen las políticas existentes antes de crear estructuras paralelas.
- Las innovaciones comienzan como pilotos evaluables cuando la evidencia o la capacidad de implementación son inciertas.
- Cada propuesta identifica su instrumento, su responsable institucional y su ruta de implementación; el costeo fino corresponde a la evaluación ex ante de los organismos competentes.
- La expansión se condiciona a la factibilidad, la equidad, la capacidad real de respuesta y el financiamiento permanente. A ello se agrega un criterio de diseño que un horizonte a 2050 vuelve indispensable: las propuestas deben ser defendibles ante administraciones de distinta orientación política. Una recomendación que solo resulte aceptable para un signo de gobierno tiene, por construcción, una vida útil de cuatro años, y el problema que este documento aborda excede varios períodos presidenciales. Por esa razón cada propuesta se formula sobre instrumentos, competencias y evidencia verificable, y no sobre preferencias ideológicas. Dos advertencias

adicionales sobre la lectura de este conjunto. Varias propuestas se financian desde la misma fuente, en particular el per cápita basal de la atención primaria, de modo que compiten entre sí y su implementación simultánea no es realista sin priorización explícita. Y ninguna de estas medidas es neutra: la revisión de las asimetrías normativas por edad, la formalización del sector residencial y la incorporación de una pauta obligatoria de revisión ex ante afectan intereses establecidos, y su viabilidad depende de anticipar esas resistencias y no de suponer que la corrección técnica basta para producir la decisión.



01

Salud

Reorientar la salud, la autonomía y la participación hacia todo el curso de vida

1

Red geronto-geriátrica en la atención primaria

Una ruta progresiva de atención integrada, con evaluación y destino definido en cada paso.

2

Longevidad saludable en el curso de vida

Funcionalidad, cognición y fragilidad desde los 45 años, con nutrición y salud bucal.

2

Salud mental y conexión social

Soledad no deseada y bienestar emocional con oferta efectiva tras la detección.

Prevención - Atención - Comunidad

SALUD • PROPUESTA 1**Red progresiva de atención geronto-geriátrica anclada en la atención primaria**

“La respuesta a la longevidad se juega en el territorio: es en la comuna donde la persona mayor encuentra, o no, una red que la sostenga.”

Nicolás Duhalde Correa, Director de Salud de Huechuraba

LA PROPUESTA

Un modelo chileno de atención integrada para la persona mayor, anclado en la atención primaria y basado en la ruta ICOPE de la OMS.

TIPO DE DECISIÓN

Piloto evaluable

ORGANISMO

Ministerio de Salud (Redes Asistenciales)

Antecedentes. El sistema de salud atiende a las personas mayores de forma dispersa y con débil coordinación entre niveles, concentrada en el hospital y con escasez de especialistas. Esta apreciación tiene respaldo empírico reciente: un análisis comparado de los planes de beneficios que operan en Chile documenta que la multiplicidad de esquemas de cobertura, con criterios de elegibilidad, mecanismos de actualización y rutas de acceso distintos, puede dificultar el acceso equitativo a los servicios; una misma persona mayor con un diagnóstico oncológico, por ejemplo, puede tener derechos simultáneos en el plan de su asegurador, en las Garantías Explícitas en Salud, en la Ley Ricarte Soto y en el fondo de drogas oncológicas de alto costo, cada uno con su propia puerta de entrada y su propia navegación (Contreras-Montiel et al., 2026).

Existe además un tramo de la red que hoy no está resuelto y que expresa con nitidez la desarticulación entre el sistema de salud y el de protección social: el de las personas con alta médica que permanecen hospitalizadas porque no tienen dónde continuar sus cuidados. La Subsecretaría de Redes Asistenciales informó 1.056 personas en esa condición en junio de 2026, distribuidas en 137 establecimientos, cifra que había sido de 996 en marzo del mismo año; el 71% corresponde a personas de 60 años y más y cerca de un tercio se encuentra judicializado. El fenómeno consume camas de alta complejidad para una función que no es clínica y que la red no ofrece por otra vía.

El Estado dispone de un instrumento para ello, el programa Camas Sociosanitarias de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, pero su evaluación ex ante para la formulación presupuestaria 2026 fue calificada como objetada técnicamente por la Dirección de Presupuestos. Ese mismo documento consigna la magnitud del cuello de botella: para 2026 el programa estima en 10% la derivación efectiva hacia dispositivos de larga estadía y en cero la tasa de disponibilidad efectiva de cupos extrahospitalarios por cada cien pacientes identificados. La Dirección de Presupuestos solicita expresamente evaluar la vinculación del programa con el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados, e incorporar principios de corresponsabilidad y enfoque de derechos (DIPRES, 2025). Esa vinculación es precisamente lo que esta propuesta permite ordenar: la ruta progresiva de atención debe incluir el egreso hospitalario como un paso con destino definido, y no como un punto en que la responsabilidad se diluye entre sectores. Ese destino debe respetar la preferencia de la persona sobre dónde vivir, que es un derecho reconocido por la Convención Interamericana y no una variable de gestión de

camas: la institucionalización es una alternativa entre otras y no la respuesta por defecto al déficit de apoyos domiciliarios.

En ese contexto, la oferta para las personas mayores se organiza en prestaciones y programas que no siempre aseguran continuidad, seguimiento ni contrarreferencia, y la detección adicional solo es útil si existe capacidad financiada para responder. El piloto debe definir los roles, un registro interoperable, el apoyo a las personas cuidadoras y la capacidad de respuesta financiada en cada paso de la ruta; la detección temprana sin una oferta que la respalde no mejora los resultados y puede saturar la derivación. La articulación con el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, a través de SENAMA y del SNAC, es parte del diseño y no un complemento: la continuidad sociosanitaria exige una lógica intersectorial y transdisciplinaria.

Propuesta. Desarrollar un modelo chileno de atención integrada de la persona mayor, anclado en la atención primaria, que tome como referencia internacional la ruta ICOPE de la OMS en su segunda edición (2025) y la adapte a la red nacional mediante un piloto integrado con el EMPAM, la ECICEP, los programas de prevención y de abordaje de las demencias, la rehabilitación, la atención domiciliaria y la especialidad, sin crear una ruta paralela ni adoptar el instrumento sin adaptación local.

Qué agrega: Una ruta con evaluación básica, evaluación en profundidad cuando corresponda, plan personalizado, e implementación y monitoreo; roles definidos; registro interoperable; continuidad sociosanitaria con el SNAC; apoyo a las personas cuidadoras y evaluación antes del escalamiento, con un orden de prelación explícito entre los tamizajes que el piloto incorpore, dado que la capacidad de la atención primaria no permite aplicarlos todos de manera simultánea, y con revisión sistemática de la medicación como componente de la evaluación.

Evidencia internacional. La ruta ICOPE de la OMS, en su segunda edición (2025), estructura cuatro pasos: evaluación básica, evaluación en profundidad cuando corresponde, plan personalizado, e implementación y monitoreo (OMS, 2025). Su factibilidad está probada a escala regional y nacional en Francia (programa INSPIRE ICOPE-CARE). Se trata, con todo, de una referencia y no de un molde: el valor de la propuesta está en construir un modelo propio, coherente con la cultura, la red y los programas chilenos. En el nivel especializado, la evaluación geriátrica integral aumenta la probabilidad de seguir viviendo en el propio hogar y reduce la institucionalización, con 29 ensayos y 13.766 pacientes de nueve países (Ellis et al., 2017). En el eje cognitivo, el piloto debe mantenerse atento a la evidencia emergente sobre biomarcadores sanguíneos de deterioro cognitivo, que a futuro podría apoyar la detección temprana, siempre sujeta a validación local antes de cualquier uso masivo.

Tipo de decisión requerida: Piloto evaluable

Ruta de implementación

Brecha que se resuelve	La oferta existe, pero está dispersa entre programas y planes de cobertura con puertas de entrada distintas; falta una ruta única centrada en la capacidad funcional, con continuidad, contrarreferencia y capacidad de respuesta financiada (Contreras-Montiel et al., 2026).
------------------------	--

Qué ya existe	El EMPAM, la ECICEP, el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, el Plan Nacional de Demencia, las unidades de memoria, la atención domiciliaria y el Plan Nacional de Salud Integral para Personas Mayores (MINSAL, 2021); Chile ya tiene una experiencia previa acotada: entre 2021 y 2022, el Centro Gerópolis de la Universidad de Valparaíso, en convenio con SENAMA y con apoyo de la OPS, coordinó un pilotaje del curso de formación ICOPE para equipos de atención primaria en cuatro comunas de la Región de Valparaíso (Gerópolis UV, 2022). Fue una capacitación de alcance local que no llegó a escalar a una implementación nacional sostenida; precisamente por eso, retomar y ampliar esa base es una oportunidad concreta y no un punto de partida desde cero.
Quién tiene la competencia	Ministerio de Salud (Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria) y Servicios de Salud; coordinación con el Ministerio de Desarrollo Social y Familia (SENAMA y SNAC) para la continuidad sociosanitaria.
Instrumento jurídico	Norma técnica y orientación programática del Ministerio de Salud, con resolución de los Servicios de Salud. No requiere ley. Primer acto exigible: que la Subsecretaría de Redes Asistenciales incorpore la ruta en las orientaciones programáticas del año siguiente, y que los Servicios de Salud del piloto la formalicen por resolución en el mismo ciclo.
Financiamiento	Per cápita basal de la atención primaria y programas de reforzamiento; costo por beneficiario a estimar mediante evaluación ex ante (DIPRES).
Riesgo o balance	Crear una ruta paralela o adoptar un instrumento internacional sin adaptación; se evita integrando con el EMPAM y la ECICEP, adaptando los umbrales y materiales al contexto local y evaluando la preparación del servicio.
Criterio de escalamiento	Piloto territorial en los Servicios de Salud con mayor brecha, con evaluación de resultados funcionales antes de escalar.
Indicador de seguimiento	Cobertura del tamizaje de capacidad intrínseca, reducción de las hospitalizaciones y derivaciones evitables, y número de personas con alta médica que permanecen hospitalizadas por falta de destino de cuidados, con su tiempo de permanencia. Medición mensual con los REM y la gestión de camas, contra los doce meses previos al piloto.

Ruta de atención integrada en cuatro pasos

Referencia: ICOPE 2ª edición, OMS 2025

1

Evaluación básica

Tamizaje de la capacidad intrínseca en la comunidad y en la atención primaria

2

Evaluación básica

Tamizaje de la capacidad intrínseca en la comunidad y en la atención primaria

3

Evaluación básica

Tamizaje de la capacidad intrínseca en la comunidad y en la atención primaria

4

Evaluación básica

Tamizaje de la capacidad intrínseca en la comunidad y en la atención primaria

Consenso y prioridad del panel. Fue el enunciado de salud más priorizado, situado por la mayoría del panel entre sus prioridades máximas de la ronda final (modelos integrales de atención a las personas mayores).

SALUD • PROPUESTA 2

Longevidad saludable a lo largo del curso de vida: funcionalidad, cognición y fragilidad

“La salud es la función; el músculo es el motor de la función.”

Dr. Juan Carlos Molina Yons, Vitalia Finis, Universidad Finis Terrae

LA PROPUESTA

Reforzar el Examen de Medicina Preventiva y crear un chequeo para los 45 a 64 años centrado en funcionalidad, cognición y factores modificables.

TIPO DE DECISIÓN

Fortalecer política existente

ORGANISMO

Ministerio de Salud (Salud Pública)

Antecedentes. Los objetivos sanitarios tratan a las personas mayores de forma genérica y la salud de quienes hoy están en la mediana edad, y serán mayores en 2050, permanece invisibilizada. Esta propuesta aborda ese vacío desde el curso de vida: el Examen de Medicina Preventiva (EMP) ya cubre entre los 15 y los 64 años y el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) desde los 65, por lo que la brecha no es crear un examen desde los 45, sino mejorar el acceso, la continuidad y la respuesta, e incorporar una mirada coherente de los factores modificables. La ventana de la mediana edad está respaldada por evidencia de primer nivel: cerca del 45% de los casos de demencia son potencialmente prevenibles actuando sobre catorce factores modificables a lo largo de la vida (Livingston et al., 2024), y una salud cardiovascular ideal a los cincuenta años se asocia a menor incidencia de demencia veinticinco años después (Sabia et al., 2019). Conviene explicitar aquí la salud cerebral y cognitiva como una dimensión propia de la funcionalidad: buena parte de esos factores de riesgo modificables también protege la cognición, de modo que la prevención cardiovascular, la actividad física, la nutrición y la salud auditiva forman parte de una misma estrategia para llegar a la vejez con mejor función física y cognitiva. Esta mirada orienta la detección temprana del deterioro hacia sus determinantes y no solo hacia sus síntomas.

La dimensión nutricional de la funcionalidad requiere un tratamiento explícito, ya que es determinante de la capacidad intrínseca y hoy queda subsumida en categorías generales. La malnutrición en personas mayores dispone de criterios diagnósticos internacionales consensuados que combinan indicadores fenotípicos, como la pérdida de peso involuntaria, el índice de masa corporal bajo y la masa muscular reducida, con indicadores etiológicos, como la ingesta disminuida y la carga inflamatoria (Cederholm et al., 2019; Jensen et al., 2025). La sarcopenia cuenta a su vez con una definición operativa europea que sitúa la baja fuerza muscular como característica central y que la reconoce como una enfermedad del músculo que se acumula a lo largo de la vida, y no como una consecuencia inevitable de la edad (Cruz-Jentoft et al., 2019). Ambas condiciones son pesquisables con instrumentos breves aplicables en atención primaria y responden a intervención oportuna con nutrición y ejercicio, lo que las sitúa de lleno en la lógica preventiva de esta propuesta. A ambas se suma la obesidad sarcopénica, la coexistencia de exceso de adiposidad con masa y función muscular disminuidas, que cuenta desde 2022 con definición y criterios diagnósticos consensuados por las

sociedades europeas de nutrición clínica y de estudio de la obesidad (Donini et al., 2022). Su pertinencia para Chile es directa, dado el perfil nutricional de la población que envejece, y omitirla llevaría a subestimar el riesgo funcional precisamente en aquellas personas cuyo peso corporal no sugiere déficit.

La alimentación y el estado nutricional son, en definitiva, determinantes de la capacidad intrínseca y funcional en todas las etapas de la vida, y no un factor de riesgo más de una lista. La respuesta, sin embargo, no puede limitarse al tamizaje clínico, ya que la adquisición, la preparación y el consumo de alimentos en la vejez están condicionados por la salud bucodental, la disfagia, el deterioro cognitivo, la polifarmacia, la dependencia funcional, la soledad, la pobreza y la inseguridad alimentaria. Una indicación nutricional que ignore esas barreras no se traduce en ingesta efectiva. Por ello la estrategia debe articular evaluación nutricional, ejercicio de fuerza y acceso efectivo a una alimentación saludable, suficiente y culturalmente pertinente, con atención explícita a las desigualdades socioeconómicas y territoriales que determinan qué se puede comprar, preparar y comer.

Chile dispone además de un instrumento propio poco aprovechado. El Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor, vigente desde 1999 y articulado con el EMPAM en la atención primaria, entrega alimentos fortificados a la población beneficiaria de FONASA. Su problema no es de diseño sino de utilización efectiva: un análisis de los determinantes sociales del no retiro, construido sobre la encuesta CASEN, muestra que un 47% de la población beneficiaria no retira los productos, y que los factores con mayores efectos marginales son el tramo de 70 a 75 años, el nivel educacional, la residencia urbana, la condición de persona migrante, la residencia en la zona austral y la no participación en organizaciones sociales (Alvear-Vega y Vargas-Garrido, 2022). Un estudio previo con la CASEN 2015 había estimado una magnitud equivalente de no retiro (Ceroni, Alvear y Pino, 2019). El último de esos factores enlaza esta propuesta con la de conexión social: quien está aislado no retira, de modo que la adherencia nutricional y la participación comunitaria son parte del mismo problema. Fortalecer la adherencia efectiva al PACAM es por tanto una medida de bajo costo marginal y alto retorno funcional, coherente con el criterio de fortalecer lo existente antes de crear oferta nueva.

La brecha operativa es de acceso y de continuidad: la disponibilidad de horas del EMP es limitada y la cobertura efectiva, baja. La literatura de determinantes sociales recomienda enfrentar este tipo de brechas con universalismo proporcional: mantener la oferta universal e intensificarla en proporción a la necesidad (Marmot, 2010). En términos operativos, ello significa reforzar primero las comunas y centros con menor cobertura efectiva, con horarios compatibles con el trabajo y coordinación con las mutualidades para la población trabajadora formal, en lugar de establecer preferencias por condición laboral.

Propuesta. Fortalecer el Examen de Medicina Preventiva vigente y evaluar un módulo focalizado para los 45 a 64 años, centrado en la funcionalidad, la cognición y los factores modificables de la longevidad saludable, con intervenciones efectivas y continuidad; articularlo desde los 65 años con el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor.

Qué agrega: Revisión del contenido y el desempeño del EMP y el EMPAM; un módulo de 45 a 64 años evaluado antes de su adopción nacional; rutas sobre actividad física, nutrición, riesgo cardiometabólico, salud auditiva, salud bucodental y bienestar mental; acceso compatible con el trabajo, la ruralidad y los cuidados; y evaluación del entorno domiciliario y del riesgo de caídas como parte de la valoración funcional, con derivación a la oferta de adaptación de la vivienda cuando corresponda. Se incorpora también tamizaje nutricional con instrumento validado, pesquisa de malnutrición y sarcopenia con criterios internacionales adaptados al contexto local, derivación a intervención nutricional y de ejercicio multicomponente, y seguimiento de la adherencia efectiva al PACAM y no solo de su cobertura nominal. La funcionalidad se mide en dimensiones concretas, como la dentición funcional. Un estudio chileno construido sobre la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 estimó que a los 60 a 64 años los hombres viven 5,3 de sus 19,7 años restantes con dentición funcional, y las mujeres 3,9 de 23,2, es decir un 26,9% y un 16,9% respectivamente. La pérdida es más temprana y más severa en las mujeres y en las personas con menor nivel educacional, y el deterioro de la función precede largamente al edentulismo (Danke et al., 2026). Esa capacidad de la salud bucal para revelar la desigualdad social explica que la literatura la haya propuesto como señal de alerta temprana, en la formulación que pregunta si las disparidades bucales son el canario en la mina de la salud poblacional (Watt et al., 2018). Lo que ese planteamiento propone para la infancia, la esperanza de vida con dentición funcional lo mide en la vejez. Los propios autores proponen la esperanza de vida con dentición funcional como indicador poblacional para monitorear la salud bucal, orientar la política y fijar metas verificables de retención dentaria. Este documento adopta ese uso e incorpora la meta explícita de retención dentaria a la ruta de salud bucodental, que hoy se sigue solo por cobertura de atención.

Evidencia internacional. El ensayo FINGER demostró que una intervención multidominio sobre nutrición, ejercicio, entrenamiento cognitivo y riesgo vascular mejora la función cognitiva en población de 60 a 77 años (Ngandu et al., 2015). La fragilidad es un estado identificable y modificable, no una condición fija de la vejez: las intervenciones multicomponente que combinan ejercicio de fuerza con soporte nutricional mejoran la funcionalidad y frenan su progresión, según guías clínicas GRADE (Fried et al., 2001; Dent et al., 2019; Sadjapong et al., 2020). El NHS Health Check británico, que invita cada cinco años a la población de 40 a 74 años, es el referente internacional del chequeo de mediana edad (NHS England, 2024). La malnutrición y la sarcopenia cuentan con criterios diagnósticos internacionales que las hacen pesquisables de forma estandarizada en la atención primaria (Cederholm et al., 2019; Cruz-Jentoft et al., 2019). En el plano del entorno, una revisión Cochrane con 22 estudios y 8.463 personas mayores residentes en la comunidad concluyó que las intervenciones de reducción de peligros de caída en el hogar probablemente reducen la tasa de caídas en torno a un 26% (Clemson et al., 2023), lo que otorga certeza metodológica a una de las tres intervenciones de bajo costo identificadas por el Foro Económico Mundial y conecta la prevención clínica con la adaptación de la vivienda.

Tipo de decisión requerida: Fortalecimiento de una política existente

Ruta de implementación

Brecha que se resuelve	El EMP y el EMPAM ya existen, pero con cobertura efectiva baja, sin un módulo coherente de longevidad saludable para los 45 a 64 años y sin metas de funcionalidad en los objetivos sanitarios.
------------------------	---

Qué ya existe	El Examen de Medicina Preventiva, garantizado por el régimen GES entre los 15 y los 64 años, y el EMPAM desde los 65; la oferta programática de actividad física, alimentación saludable y salud bucodental de la red.
Quién tiene la competencia	Ministerio de Salud (Subsecretaría de Salud Pública, objetivos sanitarios; Subsecretaría de Redes Asistenciales, atención primaria); mutualidades de la Ley N° 16.744, supervisadas por la Superintendencia de Seguridad Social, para la población trabajadora.
Instrumento jurídico	Actualización de las normas técnicas y orientaciones del EMP y el EMPAM y de sus registros estadísticos mensuales (REM); módulo de 45 a 64 años evaluado antes de su adopción nacional. Primer acto exigible: incorporar el módulo y sus variables en la actualización anual de las normas técnicas del EMP y el EMPAM y en los registros estadísticos mensuales correspondientes.
Financiamiento	Per cápita basal y programas de reforzamiento de la atención primaria; el módulo de 45 a 64 años se somete a evaluación ex ante (DIPRES) antes de comprometer gasto permanente.
Riesgo o balance	Ampliar la oferta sin resolver el acceso; se mitiga con extensión horaria vespertina y de sábado, refuerzo proporcional en las comunas con menor cobertura y coordinación con las mutualidades.
Criterio de escalamiento	Evaluar el módulo de 45 a 64 años antes de su adopción nacional.
Indicador de seguimiento	Cobertura efectiva del EMP por comuna y tramo de edad, y adopción de metas de funcionalidad en los objetivos sanitarios. Medición anual con los REM, desagregada por territorio y nivel socioeconómico.

Consenso y prioridad del panel. En la priorización, la prevención, la nutrición y el movimiento concitaron prioridad destacada en la primera ronda, y la salud funcional y cognitiva se mantuvo entre las prioridades de la ronda final.

SALUD • PROPUESTA 3

Salud mental, soledad no deseada y bienestar emocional

“El gran desafío no es solo sumar años, sino darles propósito; sin un para qué, la soledad no deseada se instala.”

Paula Fortes Valdivia, Directora del Área de Envejecimiento y Cuidados, Flacso Chile

LA PROPUESTA

Un piloto que distinga soledad, aislamiento y trastornos de salud mental, y conecte la pesquisa con apoyo comunitario o atención psicológica.

TIPO DE DECISIÓN

Piloto evaluable

ORGANISMO

Ministerio de Salud (Salud Mental y APS)

Antecedentes. La soledad no deseada, en la conceptualización del gerontólogo español Javier Yanguas, autor de Pasos hacia la nueva vejez, no equivale al aislamiento: es la discrepancia entre las relaciones que una persona tiene y las que desea (Yanguas, 2021). Distinguir la soledad subjetiva, el aislamiento objetivo y los trastornos de salud mental es esencial, porque requieren respuestas distintas y un tamizaje sin oferta puede medicalizar el problema. La misma literatura subraya el papel protector del propósito vital: tener razones para levantarse cada día se asocia a menor mortalidad en personas mayores que viven en comunidad (Boyle et al., 2009; Yanguas et al., 2018; Yanguas, 2021), lo que orienta las respuestas hacia la participación con sentido y no solo hacia la compañía. La evidencia sobre este punto es hoy considerablemente más sólida que hace una década: un metaanálisis con 488.765 participantes seguidos hasta 32 años confirma la asociación entre propósito vital y mortalidad (Sutin et al., 2026) y un metaanálisis previo la extiende a los eventos cardiovasculares (Cohen, Bavishi y Rozanski, 2016). Ello justifica que el piloto incorpore el proyecto vital, y no solo el acompañamiento, entre los componentes de la respuesta.

Chile cuenta desde 2021 con la Ley N° 21.331, que reconoce y protege los derechos de las personas en la atención de salud mental: consentimiento libre e informado, información, no discriminación y condiciones para la hospitalización. Ese marco de derechos, sin embargo, no establece programas específicos para la soledad ni para la conexión social de las personas mayores, y la oferta vigente, los programas de salud mental de la atención primaria y dispositivos como el Fono Mayor de SENAMA, no incluye una ruta que distinga la soledad del aislamiento y de los trastornos clínicos. El piloto propuesto operacionaliza la ley en ese vacío, sin duplicar la oferta existente. La respuesta territorial exige instrumentos validados, un mapeo de los activos comunitarios y rutas clínicas separadas para la depresión, la ansiedad y el riesgo suicida; la navegación debe confirmar el acceso efectivo, y no solo derivar.

Propuesta. Implementar y evaluar un piloto que distinga la soledad, el aislamiento social y los trastornos de salud mental, y que conecte la pesquisa con navegación, apoyo comunitario o atención clínica efectiva, en el marco de derechos de la Ley N° 21.331.

Qué agrega: Instrumentos validados o adaptados; mapeo de activos y barreras; navegación con confirmación de acceso; rutas clínicas separadas cuando exista depresión, ansiedad o riesgo suicida; evaluación de la aceptabilidad, la equidad, la seguridad y los efectos no deseados.

Evidencia internacional. El aislamiento y la soledad se asocian a un mayor riesgo de muerte, comparable a factores de riesgo clásicos, según metaanálisis con más de tres millones de personas (Holt-Lunstad et al., 2010; 2015). Las Academias Nacionales de Estados Unidos recomiendan que el sistema de salud pesquise el aislamiento y lo conecte con intervenciones comunitarias, que es el diseño de este piloto (NASEM, 2020). La prescripción social, adoptada a escala nacional por el servicio de salud británico, muestra efectos positivos en bienestar y en la reducción de consultas reiteradas, aunque con certeza aún limitada, lo que exige evaluación local (Bickerdike et al., 2017). La OMS instaló el tema en la agenda global con su Comisión sobre Conexión Social (2025). Este balance, efectos prometedores y certeza aún limitada, es lo que justifica un piloto evaluable y no un escalamiento inmediato.

Tipo de decisión requerida: Piloto evaluable

Ruta de implementación

Brecha que se resuelve	La soledad, el aislamiento y los trastornos de salud mental se tratan hoy como un mismo problema o no se pesquisan; falta una ruta que los distinga y que conecte la pesquisa con una respuesta efectiva, en el marco de derechos de la Ley N° 21.331.
Qué ya existe	Los programas de salud mental de la atención primaria, el marco de derechos de la Ley N° 21.331, el Fono Mayor de SENAMA y la red comunitaria y de organizaciones de personas mayores.
Quién tiene la competencia	Ministerio de Salud (salud mental y atención primaria), Ministerio de Desarrollo Social y Familia (SENAMA y SNAC) y municipios.
Instrumento jurídico	Orientación técnica de salud mental y convenios municipales para la prescripción social. Primer acto exigible: dictar la orientación técnica y suscribir los primeros convenios municipales dentro del ciclo de programación anual de la atención primaria.
Financiamiento	Programas de salud mental existentes y red comunitaria; costo a estimar mediante evaluación ex ante (DIPRES).
Riesgo o balance	Medicalizar la soledad o generar derivaciones sin respuesta; se mitiga con rutas separadas y confirmación de acceso.
Criterio de escalamiento	Piloto en comunas que cuenten con un piso mínimo de capacidad instalada (programa de salud mental en la atención primaria y red comunitaria activa), con evaluación de aceptabilidad, equidad y seguridad antes de escalar.
Indicador de seguimiento	Prevalencia de soledad no deseada en las comunas con piloto y acceso efectivo tras la derivación. Medición semestral con instrumento validado en las comunas del piloto, contra la medición inicial.

Consenso y prioridad del panel. En la priorización, la salud mental fue situada entre las prioridades de la ronda final; la soledad no deseada fue destacada además en la primera ronda.



02

Mercado de Trabajo

Adecuar las instituciones y la protección social a una sociedad longeva

Propuestas de este ámbito

4

Gestión de la edad y empleabilidad

Trabajo con propósito, sin asimetrías normativas por edad.

5

Cuidadores como agentes de apoyo vital

Dos rutas: dignificar el cuidado no remunerado y profesionalizar el remunerado.

6

Emprendimiento y acceso al crédito

Personas mayores como sujetos económicos, con protección frente al abuso.

Inclusión y protección social

MERCADO DE TRABAJO · PROPUESTA 4

Gestión de la edad y empleabilidad protegida con propósito después de los 60

LA PROPUESTA

Implementar y evaluar el contrato del trabajador adulto mayor de la Ley 21.822, con gestión de la edad y adaptación de funciones.

TIPO DE DECISIÓN

Implementación normativa

ORGANISMO

Ministerio del Trabajo y Previsión Social

Antecedentes. Una parte relevante de las personas mayores que siguen trabajando lo hace en la informalidad, sin cotización ni protección social. El derecho al trabajo sin discriminación por edad es reconocido por la Convención Interamericana (OEA, 2015). La Ley N° 21.822 ya crea un contrato del trabajador adulto mayor con adaptación de funciones y flexibilidad, de modo que la tarea no es crear un instrumento, sino reglamentarlo, orientarlo, fiscalizarlo y evaluarlo, evitando la precarización.

La normativa vigente contiene, además, una asimetría difícil de conciliar con el nuevo marco de derechos: la Ley N° 21.830 fija desde mayo de 2026 un ingreso mínimo mensual de \$553.553 para los trabajadores de 18 a 65 años, pero de \$412.938, un 25% inferior, para los mayores de 65, el mismo monto que rige para los menores de 18 (Ley N° 21.830, 2026). La diferencia se justificó históricamente como incentivo a la contratación, pero en un país longevo, y con la Ley N° 21.822 prohibiendo la discriminación por edad, esa estructura salarial requiere revisión técnica, punto que el propio Senado dejó planteado al aprobar el reajuste. Como toda modificación en materia de remuneraciones, esa revisión es de iniciativa exclusiva del Presidente de la República (artículo 65 de la Constitución), por lo que aquí se plantea como un informe técnico que el Ejecutivo puede tomar, y no como una reforma que el Congreso pueda iniciar por sí solo. Esta propuesta incorpora esa revisión al seguimiento del contrato del trabajador mayor.

El instrumento existe, pero requiere reglas de uso: criterios de adaptación razonable, movilidad interna, formación continua y vigilancia de la salud ocupacional del trabajador mayor. La fiscalización debe evitar que la flexibilidad se convierta en precarización o en una vía para rebajar las remuneraciones. El cambio de fondo, sin embargo, es más ambicioso: no se trata solo de proteger al trabajador mayor, sino de rediseñar el trabajo para una vida más larga, adaptando los empleos, los horarios y las trayectorias profesionales para que quien lo desee pueda seguir aportando después de los 65. Ese rediseño convierte la experiencia acumulada en un activo y desplaza la lógica de una edad de retiro fija hacia trayectorias flexibles y con propósito.

Propuesta. Implementar y evaluar el contrato del trabajador adulto mayor creado por la Ley N° 21.822, junto con orientaciones de gestión de la edad, adaptación de funciones, formación y salud ocupacional, de modo que trabajar después de los 60 sea una opción con propósito y calidad, y no una necesidad precarizada.

Qué agrega: Orientaciones claras para empleadores y trabajadores; mecanismos de adaptación razonable y movilidad; capacitación; seguimiento de la calidad del empleo; evaluación del uso, las remuneraciones, la seguridad y los efectos distributivos, incluida la revisión de las asimetrías normativas por edad.

Evidencia internacional. La OCDE documenta que mover las prácticas salariales desde la antigüedad hacia la productividad, remover las barreras por edad y orientar a las empresas mejora la retención y la salud de los trabajadores mayores (OCDE, 2019). Su Employment Outlook 2025 sostiene que incentivar la permanencia no basta sin empleo de calidad, formación continua y combate a la discriminación, y que los incentivos a la contratación son más eficaces cuando se combinan con formación y con normas que sancionan la discriminación por edad (OCDE, 2025a). Finlandia, con su Programa Nacional de Trabajadores de Edad, es un referente comparado.

Tipo de decisión requerida: Implementación normativa

Ruta de implementación

Brecha que se resuelve	El contrato del trabajador adulto mayor ya existe en la Ley N° 21.822; faltan su reglamento, las orientaciones de uso, la fiscalización que impida la precarización y la revisión de las asimetrías normativas por edad, incluido el ingreso mínimo diferenciado.
Qué ya existe	La Ley N° 21.822 y su contrato del trabajador adulto mayor; el marco de seguridad y salud laboral; la fiscalización de la Dirección del Trabajo; la Ley N° 21.830 de ingreso mínimo.
Quién tiene la competencia	Ministerio del Trabajo y Previsión Social, Dirección del Trabajo, Superintendencia de Seguridad Social y SENCE; el Congreso Nacional para la revisión del ingreso mínimo diferenciado.
Instrumento jurídico	Reglamento y orientaciones del contrato del trabajador mayor de la Ley N° 21.822; fiscalización de la Dirección del Trabajo; informe técnico al Congreso sobre el ingreso mínimo de los mayores de 65 años. Primer acto exigible: dictar el reglamento del contrato del trabajador adulto mayor antes de la entrada en vigor de la Ley N° 21.822 en junio de 2027, e ingresar el informe técnico sobre el ingreso mínimo diferenciado a la comisión parlamentaria competente.
Financiamiento	Costo privado para las empresas; costo público acotado, de fiscalización y orientación.
Riesgo o balance	Uso del contrato para rebajar condiciones, y riesgo de segmentación, ya que crear una categoría contractual diferenciada por edad puede desplazar a los trabajadores mayores hacia ella y reducir su acceso al contrato general; se mitiga con fiscalización, evaluación de remuneraciones y seguridad, y seguimiento de la composición contractual por edad.
Criterio de escalamiento	Evaluar el uso y los efectos distributivos antes de ampliar incentivos.
Indicador de seguimiento	Calidad del empleo de las personas mayores, uso del contrato especial y evolución de la informalidad laboral. Medición trimestral (ENE) y anual (Dirección del Trabajo y SUSESO), contra el año previo al reglamento.

Consenso y prioridad del panel. Los planes de gestión de la edad y el empleo protegido y flexible figuraron entre las prioridades del panel en la ronda final.

MERCADO DE TRABAJO · PROPUESTA 5

Cuidadores como agentes de apoyo vital

LA PROPUESTA

Dos rutas diferenciadas para las personas cuidadoras: una de derechos y otra de reconocimiento y apoyo, dentro de la Ley 21.805.

TIPO DE DECISION

Fortalecer política existente

ORGANISMO

Desarrollo Social y Familia (SNAC)

Antecedentes. Dignificar el cuidado fue el tema más priorizado de la primera ronda. El Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC), creado por la Ley N° 21.805, es la pieza donde esta propuesta se juega: reconoce el derecho a cuidar, a ser cuidado y a autocuidarse como cuarto pilar de la protección social, articula la Red Local de Apoyos y Cuidados, presente en 215 comunas en 2025 y en expansión a 250 durante 2026, y entrega la Credencial de Persona Cuidadora, que a inicios de 2026 reconocía a más de 248 mil personas, en su mayoría mujeres. Sus reglamentos, cuyo plazo de dictación fue ampliado a doce meses (hasta febrero de 2027), definirán si el sistema distingue con precisión los instrumentos: la credencial identifica, la certificación de competencias habilita y la relación laboral protege; confundirlos debilita los tres.

La ruta del cuidado no remunerado se centra en el respiro, la salud mental, el autocuidado y la continuidad educativa y laboral, sin condicionar los derechos a la certificación. La ruta del trabajo remunerado se apoya en los perfiles ocupacionales que ChileValora ya dispone, el reconocimiento de aprendizajes previos, la formación articulada y las condiciones contractuales adecuadas. Invertir en cuidados es, además, una decisión económica y de equidad de género: cuando la dependencia no se previene ni se apoya, son las mujeres de la familia quienes reducen o abandonan su empleo para cuidar. Profesionalizar y financiar el cuidado no solo dignifica a quienes cuidan, sino que libera participación laboral y sostiene la economía, y conviene sostener esa afirmación en cifras y no solo en principios: las mujeres representan cerca de dos tercios de las personas mayores en situación de dependencia, constituyen la amplia mayoría de quienes ejercen el cuidado no remunerado y son también mayoría en el trabajo remunerado de cuidados, que es el peor pagado del sector. Una misma persona puede atravesar los tres roles a lo largo de su vida. La corresponsabilidad no es aquí una consigna sino la constatación de que el sistema descansa hoy sobre un solo grupo de la población. Este es el punto en que la política de cuidados deja de ser un programa social y pasa a ser infraestructura del desarrollo. Las estimaciones de CEPAL y OIT, construidas con el Simulador de Inversión en Políticas de Cuidados para 23 países de la región, indican que alcanzar los estándares internacionales de servicios de cuidado infantil y de vejez hacia 2035 requeriría ampliar la inversión a razón de 0,4% del PIB anual, hasta llegar a cerca de 4,7% del PIB. Esa inversión generaría del orden de 31 millones de empleos, equivalentes al 12% de la fuerza laboral proyectada a ese año, además de mayores ingresos y recaudación fiscal (CEPAL y OIT, 2025). El cuidado sostiene la productividad, la participación laboral femenina y la cohesión social, de modo que tratarlo como gasto y no como inversión es antes un error de contabilidad pública que un error de política social. Según la evaluación de la Dirección de Presupuestos, a fines de 2023 existían en Chile 839 establecimientos con resolución sanitaria, de los cuales el 96% eran operados por entidades privadas, con y sin fines de lucro, y solo el 4% por entidades públicas, veinte de ellas administradas directamente por SENAMA (DIPRES, 2024). El Subsidio ELEM y los ELEM de SENAMA concentran cerca del 62% del

presupuesto de la oferta de cuidados. A esta cobertura formal se suma una porción relevante de residencias que operan sin resolución sanitaria, mientras la cantidad de plazas disponibles resulta muy inferior a las cerca de 280 mil personas mayores con dependencia severa estimadas en el país. El diagnóstico chileno no es solo de cantidad, sino de pertinencia normativa: la regulación vigente, todavía anclada en un reglamento antiguo, fija exigencias de infraestructura y dotación que no se ajustan a la realidad de los establecimientos más pequeños ni de los rurales, lo que en la práctica empuja a muchos a la informalidad en lugar de habilitarlos. El país necesita, por tanto, no solo más ELEM, sino más ELEM acordes a las necesidades y a la realidad territorial de Chile, con estándares exigentes pero graduables según tamaño y contexto, de modo que la calidad y la formalización avancen juntas y no una a costa de la otra. La brecha no se cierra solo con plazas nuevas: exige definir en los reglamentos quién habilita, quién fiscaliza, con qué estándar de dotación y formación, y cómo se financia una plaza residencial dentro del sistema.

Propuesta. Incorporar en la Política y el Plan Nacional de Apoyos y Cuidados, dentro del plazo reglamentario de la Ley N° 21.805, dos rutas explícitas y diferenciadas: una de derechos para las personas cuidadoras no remuneradas y otra de profesionalización para quienes realizan trabajo remunerado de cuidados, cada una con prestaciones, responsables y plazos definidos.

Qué agrega: Para el cuidado no remunerado: respiro, salud mental, autocuidado, formación voluntaria y apoyo a la continuidad educativa y laboral, sin condicionar los derechos a la certificación. Para el trabajo remunerado: perfiles actualizados, reconocimiento de aprendizajes, formación articulada, supervisión, estándares de calidad y condiciones contractuales adecuadas.

Evidencia internacional. La OCDE documenta que la fuerza laboral de cuidados de larga duración, en su mayoría mujeres, recibe cerca de un 35% menos de remuneración que ocupaciones comparables, con formación limitada y alta rotación, y que profesionalizar el cuidado con formación certificada y mejores condiciones aumenta la retención y la calidad, según la experiencia escandinava, neerlandesa y japonesa (OCDE, 2020a). La incorporación de tecnología y una mejor asignación de tareas elevan la productividad del sector y la calidad del cuidado (OCDE, 2020a).

Tipo de decisión requerida: Fortalecimiento de una política existente

Ruta de implementación

Brecha que se resuelve	La Ley N° 21.805 ya distingue el cuidado no remunerado del trabajo remunerado, pero sus reglamentos aún no fijan las dos rutas con prestaciones, responsables y plazos; el riesgo es que la credencial, la certificación y la relación laboral se confundan.
Qué ya existe	La Ley N° 21.805 y el SNAC; la Credencial de Persona Cuidadora; los perfiles ocupacionales de ChileValora; la Red Local de Apoyos y Cuidados.
Quién tiene la competencia	Ministerios de Desarrollo Social y Familia y de la Mujer y la Equidad de Género (SNAC), Ministerio del Trabajo y Previsión Social, SENCE y ChileValora.
Instrumento jurídico	Reglamentos de la Ley N° 21.805 (plazo ampliado a doce meses, hasta febrero de 2027); actualización de perfiles de ChileValora; oferta de respiro y formación voluntaria. Primer acto exigible: incorporar las dos rutas diferenciadas en la Política y el Plan Nacional de Apoyos y Cuidados y en los reglamentos de la Ley N° 21.805.
Financiamiento	Con cargo al SNAC, cuyo presupuesto se proyecta multiplicar por 2,1 entre 2023 y 2030.

Riesgo o balance	Condicionar los derechos del cuidado no remunerado a la certificación; se evita separando ambas rutas.
Criterio de escalamiento	Comenzar con las personas ya reconocidas por la credencial y ampliar progresivamente.
Indicador de seguimiento	Cobertura de respiro y formación en el cuidado no remunerado, personas certificadas con reconocimiento de aprendizajes en el remunerado, y proporción de plazas residenciales formalizadas y fiscalizadas sobre el total en operación. Medición anual con los registros del SNAC, el catastro de larga estadía y ChileValora, contra la fecha de los reglamentos.

Consenso y prioridad del panel. La dignificación del cuidado fue el enunciado más priorizado de la primera ronda; la certificación de las personas cuidadoras figuró también entre las prioridades del panel.

MERCADO DE TRABAJO · PROPUESTA 6

Emprendimiento con propósito y personas mayores como sujetos de crédito

LA PROPUESTA

Dimensionar con datos de la CMF y la banca pública las barreras de crédito que afectan a las personas mayores emprendedoras.

TIPO DE DECISIÓN

Agenda de evidencia

ORGANISMO

Ministerio de Economía, Fomento y Turismo

Antecedentes. El emprendimiento de las personas mayores fue priorizado como vía de participación y autonomía económica, y el Delphi planteó reconocerlas como sujetos de crédito. El problema de fondo es real y conocido: la literatura internacional documenta la exclusión financiera por edad y el abuso financiero hacia personas mayores como fenómenos extendidos, y la evidencia nacional disponible es todavía insuficiente para dimensionarlos con precisión, no para descartarlos. Por eso el primer paso exigible es medir: establecer, con datos de la CMF y de la banca pública, dónde existe una barrera atribuible a la edad y no al riesgo, y dónde operan prácticas comerciales abusivas, para intervenir con fundamento y proteger a las personas, en lugar de presumir que el mercado funciona bien.

El emprendimiento puede ser una opción valiosa, pero no debe trasladar el riesgo a las personas ni sustituir el empleo y la protección social. Solo con evidencia se justifica adaptar la asesoría, la formalización y la protección financiera, y evaluar la necesidad de garantías. Detrás de la corrección de barreras hay una oportunidad de fondo: la economía de la longevidad. Las personas mayores son consumidoras, emprendedoras, mentoras y transmisoras de experiencia; reconocerlas como agentes económicos, y no solo como beneficiarias, cambia la regla del juego y abre un espacio de crecimiento. La ambición es pasar de proteger a habilitar la participación económica de una población que vivirá, y podrá aportar, más años.

Propuesta. Dimensionar con datos de la Comisión para el Mercado Financiero y de la banca pública las barreras de acceso al crédito y las prácticas comerciales que afectan a las personas mayores; sobre esa base, adaptar los instrumentos de apoyo productivo y de educación financiera, y establecer resguardos explícitos contra el abuso financiero.

Qué agrega: Diagnóstico con datos de la CMF, la banca pública y los programas productivos; inventario de Sercotec, Corfo, FOSIS y FOGAPE; revisión de sesgos y barreras verificables; adaptación de la asesoría, la formalización, los canales y la protección financiera; resguardos contra el abuso y el sobreendeudamiento; evaluación antes de crear subsidios o garantías.

Evidencia internacional. El emprendimiento senior se inscribe en un fenómeno económico mayor, la economía plateada: el conjunto de la actividad que generan el consumo y las necesidades de las personas de 50 años y más. Un estudio de la Comisión Europea estimó ese mercado en 3,7 billones de euros en 2015 en Europa, con una proyección a 5,7 billones hacia 2025 y el sostén de cerca de 78 millones de empleos (Comisión Europea, 2018). Que una parte de las personas mayores no solo consume, sino que emprenda y produzca en ese mercado, amplía su autonomía económica y aprovecha una experiencia y unas redes que hoy se desperdician. La OCDE y la Comisión Europea

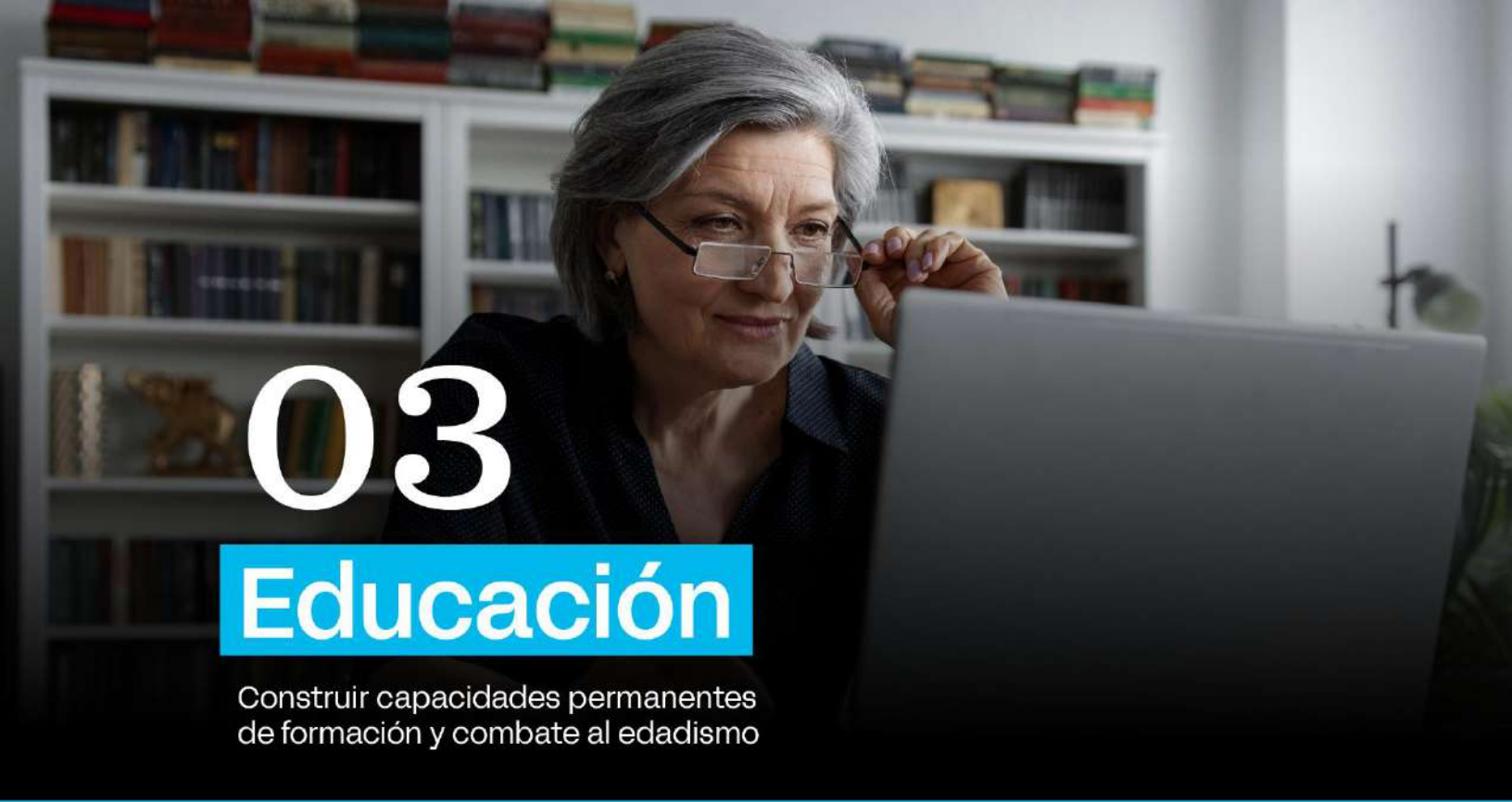
identifican a las personas mayores como un grupo sub-representado en el emprendimiento, con barreras de financiamiento, competencias y redes, y señalan que estos programas funcionan cuando combinan financiamiento adaptado, desarrollo de competencias y redes dentro de un marco de política explícito, acompañado de educación financiera, y no como intervenciones aisladas (OCDE/Comisión Europea, 2023). La Recomendación del Consejo de la OCDE sobre alfabetización financiera insta a proteger específicamente a los consumidores financieros de mayor edad (OCDE, 2020b).

Tipo de decisión requerida: Agenda de evidencia

Ruta de implementación

Brecha que se resuelve	No existe hoy una medición sistemática de las barreras de acceso al crédito ni de las prácticas comerciales que afectan a las personas mayores; sin ese diagnóstico, cualquier subsidio o garantía se diseña a ciegas y la protección contra el abuso queda incompleta.
Qué ya existe	Los instrumentos de Sercotec, Corfo, FOSIS y FOGAPE; los registros de la CMF y de la banca pública; la normativa de protección al consumidor financiero.
Quién tiene la competencia	Ministerio de Economía, Fomento y Turismo (Sercotec, Corfo), Ministerio de Desarrollo Social y Familia (FOSIS), Ministerio de Hacienda y Comisión para el Mercado Financiero; SERNAC en protección al consumidor.
Instrumento jurídico	Diagnóstico regulatorio y de datos con la CMF y la banca pública; adaptación de instrumentos existentes por resolución; medidas de protección financiera y contra el abuso. Primer acto exigible: solicitud formal de información a la Comisión para el Mercado Financiero y a la banca pública, con plazo de respuesta definido y publicación del diagnóstico resultante.
Financiamiento	Reasignación de programas existentes; cualquier garantía o subsidio requiere evaluación previa de adicionalidad.
Riesgo o balance	Sobreendeudamiento y traslado de riesgo; se mitiga con educación financiera, resguardos contra el abuso y evaluación antes de crear garantías.
Criterio de escalamiento	Del diagnóstico a un piloto acotado, con evaluación antes de escalar.
Indicador de seguimiento	Barreras por edad verificadas y corregidas, y resultados de los instrumentos productivos adaptados. Medición anual con registros de la CMF, la banca pública y el fomento productivo, contra el diagnóstico inicial.

Consenso y prioridad del panel. En la priorización, el emprendimiento y la participación económica de las personas mayores figuraron entre las prioridades de la ronda final.



03

Educación

Construir capacidades permanentes de formación y combate al edadismo

Propuestas de este ámbito

7

Alfabetización en longevidad

Contenidos por etapa del curso de vida y combate al edadismo.

8

Formación multidisciplinar

Un marco nacional de competencias para toda la fuerza laboral.

Formar y cambiar la mirada

EDUCACIÓN • PROPUESTA 7

Alfabetización para la nueva longevidad a lo largo del curso de vida y combate al edadismo

“El edadismo es un problema cultural y generacional: cambiar la mirada sobre la vejez es tan necesario como cambiar las leyes.”

Dr. Marco Antonio Núñez Lozano, ex Presidente de la Cámara de Diputados (2015-2016)

LA PROPUESTA

Un programa nacional de alfabetización en longevidad con módulos por etapa del curso de vida y combate al edadismo.

TIPO DE DECISION

Piloto evaluable

ORGANISMO

SENAMA y Desarrollo Social y Familia

Antecedentes. El edadismo, la discriminación por edad, es un determinante social de la salud: una revisión sistemática de 422 estudios en 45 países halló efectos adversos sobre la salud en el 96% de ellos (Chang et al., 2020; OMS, 2021). La alfabetización en longevidad debe darse a lo largo del curso de vida, en la escuela, la universidad, la vida laboral y la transición a la jubilación, y no solo en la vejez.

El diseño por etapas del curso de vida permite contenidos pertinentes para cada contexto, e incorpora la educación financiera y previsional, los derechos, la prevención de fraudes y la salud. Las campañas generales pueden aumentar la visibilidad sin cambiar las competencias ni las prácticas; por eso la evaluación mide el aprendizaje, las actitudes y las conductas, antes y después, y la cobertura se expande solo cuando los módulos demuestran efecto. La alfabetización para la nueva longevidad no puede omitir su dimensión digital. La exclusión digital se asocia de manera prospectiva con la dependencia funcional en personas mayores, según un análisis de cinco cohortes longitudinales de países de altos y medianos ingresos, entre ellas el MHAS mexicano y las demás cohortes armonizadas que este documento propone integrar en la Propuesta 10 (Lu, Yao y Jin, 2022). En un país que digitaliza sus servicios públicos y financieros con rapidez, la exclusión digital opera al mismo tiempo como barrera de acceso a derechos y como factor de aislamiento, de modo que la inclusión digital y la garantía de acceso multicanal forman parte del contenido preventivo de esta propuesta y no de un módulo accesorio.

Propuesta. Implementar un programa nacional de alfabetización en longevidad con módulos por etapa del curso de vida, en la escuela, la educación superior, los lugares de trabajo y la transición a la jubilación, que combine contenidos con contacto intergeneracional estructurado, y evaluarlo por el aprendizaje, las actitudes y las conductas.

Qué agrega: Contenidos adaptados a distintas etapas y contextos; contacto intergeneracional estructurado como componente central, y no solo campañas; formación de facilitadores; accesibilidad; medición previa y posterior de conocimientos, actitudes y conductas; conexión con la oferta comunitaria y con la propuesta sobre conexión social y salud mental; y alfabetización alimentaria y nutricional en las distintas etapas de la vida, que comprenda preparación de alimentos, lectura del

etiquetado, prevención de fraudes y de suplementos sin respaldo, y acceso a una alimentación saludable y asequible.

Evidencia internacional. La evidencia sobre qué funciona es inusualmente sólida para una intervención social. Un metaanálisis de 63 estudios con más de 6.100 participantes mostró que las intervenciones educativas y de contacto intergeneracional reducen el edadismo de forma significativa, y que su combinación logra los mayores efectos (Burnes et al., 2019). La OMS confirma que legislación, intervención educativa y contacto intergeneracional estructurado son las tres estrategias con evidencia (OMS, 2021). El modelo Experience Corps, con personas mayores voluntarias en escuelas de Baltimore, mejoró a la vez la lectura de los niños y la salud de las personas mayores participantes, mostrando que el diseño intergeneracional beneficia a ambas generaciones (Fried et al., 2004). A ello se suma que seguir aprendiendo a lo largo de la vida es en sí mismo un factor protector frente al deterioro cognitivo (Livingston et al., 2024).

Tipo de decisión requerida: Piloto evaluable

Ruta de implementación

Brecha que se resuelve	No existe un programa nacional que trabaje el edadismo y la alfabetización en longevidad con contenidos por etapa del curso de vida y evaluación de resultados; la oferta actual es dispersa y de cobertura ocasional.
Qué ya existe	La alfabetización digital existente, las medidas contra el edadismo de la Ley N° 21.822, la oferta de SENAMA y las redes de mutualidades y municipios.
Quién tiene la competencia	SENAMA y el Ministerio de Desarrollo Social y Familia; Ministerio de Educación para los contenidos escolares; municipios, mutualidades y áreas de recursos humanos para los demás contextos.
Instrumento jurídico	Programa nacional por convenio; contenidos incorporados por etapa del curso de vida. Primer acto exigible: suscribir el convenio entre SENAMA y el Ministerio de Educación que defina las dos etapas del curso de vida con que parte el programa, e ingresarlo a evaluación ex ante en la formulación presupuestaria siguiente.
Financiamiento	Programas de SENAMA y de educación; costo a estimar mediante evaluación ex ante (DIPRES).
Riesgo o balance	Campañas que aumentan la visibilidad sin cambiar las prácticas; se mitiga midiendo el aprendizaje antes y después y priorizando el contacto intergeneracional estructurado.
Criterio de escalamiento	Comenzar por dos etapas del curso de vida y evaluar antes de ampliar.
Indicador de seguimiento	Cambios medidos en conocimientos, actitudes y conductas por etapa del curso de vida. Medición pre y post con instrumento validado en cada cohorte.

Consenso y prioridad del panel. La prevención del edadismo concitó alta prioridad en la primera ronda y la alfabetización en longevidad se mantuvo entre las prioridades de la ronda final.

EDUCACIÓN • PROPUESTA 8

Formación multidisciplinar en envejecimiento en todas las mallas

LA PROPUESTA

Un marco nacional de competencias en envejecimiento, graduado por disciplina, para las mallas de formación.

TIPO DE DECISION

Fortalecer política existente

ORGANISMO

Ministerio de Educación y CNA

Antecedentes. La escasez de competencias en geronto-geriatría restringe la calidad de la atención y frena el giro hacia un cuidado centrado en la funcionalidad. El diagnóstico internacional es categórico: ningún sistema de salud responde al envejecimiento sin transformar la formación de toda su fuerza laboral, y no solo de los especialistas, con un enfoque interprofesional (Institute of Medicine, 2008). La OMS agrega que la formación es también una de las tres estrategias con evidencia para reducir el edadismo, incluido el de los propios equipos de salud (OMS, 2021). Esa escasez, además, no está cuantificada: el país no dispone de un catastro de dotación de profesionales con formación certificada en personas mayores por establecimiento ni por Servicio de Salud, de modo que la brecha se afirma pero no se mide, y sin medición no puede priorizarse territorialmente ni evaluarse el efecto de las medidas formativas.

En Chile, la acreditación obligatoria de pregrado se concentra en las pedagogías, la medicina y la odontología, por lo que un curso idéntico impuesto a todas las carreras carece de vía legal y desconoce la autonomía universitaria. La alternativa con sustento es un lenguaje común de competencias con adopción diferenciada: el marco define qué debe saber y hacer cada nivel de responsabilidad, y cada institución lo incorpora por la vía que le es propia, desde los perfiles de egreso del pregrado hasta los postítulos, los postgrados y la educación continua, en las carreras de la salud y en disciplinas afines como arquitectura, derecho, economía y diseño, cuya pertinencia para un país longevo respalda la literatura internacional (Institute of Medicine, 2008; OMS, 2021).

Propuesta. Definir un marco nacional de competencias en envejecimiento, graduadas por disciplina y nivel de responsabilidad, con rutas diferenciadas de adopción en los colegios profesionales, la formación inicial universitaria, los postítulos y postgrados, la educación continua y la acreditación solo donde la ley lo permite.

Qué agrega: Un marco nacional cocreado con las universidades, los colegios profesionales y las sociedades científicas; competencias sobre derechos, edadismo, funcionalidad, evaluación nutricional, malnutrición, sarcopenia y alimentación asistida, comunicación, cuidados, coordinación y trabajo interprofesional; niveles básico, aplicado y avanzado; adopción mediante perfiles de egreso, estándares sectoriales, educación continua y compras o convenios públicos, en carreras de la salud y en las demás disciplinas pertinentes.

Evidencia internacional. El informe Retooling for an Aging America advirtió que la respuesta al envejecimiento exige transformar la formación de toda la fuerza laboral de salud con un enfoque interprofesional (Institute of Medicine, 2008). La evaluación geriátrica integral, cuyo beneficio está demostrado con evidencia de alta certeza, es por definición multidisciplinar (Ellis et al., 2017). La formación de toda la fuerza laboral es la condición que habilita las demás propuestas de salud: sin

capital humano formado, la red geronto-geriátrica y la línea de longevidad saludable no pueden desplegarse a escala. La evidencia nacional lo confirma: en 2019 había en Chile 128 geriatras registrados, uno por cada 15.650 personas de 65 años y más, frente al estándar de uno por cada 5.000, concentrados en la Región Metropolitana. Sus autores concluyen que cerrar esa brecha de especialistas no es una meta viable ni el eje adecuado de la política, y recomiendan ampliar la formación de capital humano para la atención de personas mayores en su conjunto (Villalobos y Guzmán, 2021), que es la vía que esta propuesta adopta.

Tipo de decisión requerida: Fortalecimiento de una política existente

Ruta de implementación

Brecha que se resuelve	No existe un lenguaje común de competencias en envejecimiento entre las profesiones, y la acreditación obligatoria solo alcanza a algunas carreras; falta un marco nacional con rutas de adopción realistas para el resto.
Qué ya existe	La acreditación de pregrado obligatoria en medicina, odontología y pedagogías; la formación de especialistas; la oferta de postítulos, postgrados y educación continua.
Quién tiene la competencia	Ministerio de Educación y Comisión Nacional de Acreditación en lo acreditable; las universidades en sus perfiles de egreso; el Ministerio de Salud y los colegios profesionales en los estándares sectoriales.
Instrumento jurídico	Marco nacional de competencias cocreado; incorporación como criterio de acreditación solo donde la ley lo permite; perfiles de egreso, educación continua y convenios. Primer acto exigible: constituir la mesa de cocreación del marco con universidades, colegios profesionales y sociedades científicas, con plazo de entrega definido en el acta de constitución.
Financiamiento	Costo asumido por las instituciones formadoras en sus procesos regulares; costo público acotado.
Riesgo o balance	Tensión con la autonomía universitaria; se mitiga con la vía de las competencias y no de los contenidos.
Criterio de escalamiento	Comenzar por las carreras de la salud y extender luego a las disciplinas afines.
Indicador de seguimiento	Carreras con competencias en envejecimiento incorporadas, y dotación de profesionales con formación certificada en personas mayores por Servicio de Salud y por centro de atención primaria, desagregada por territorio para priorizar las brechas mayores. Medición anual con el catastro de dotación, cuyo primer levantamiento forma parte de esta propuesta.

Consenso y prioridad del panel. La formación para todas las profesiones pertinentes figuró entre las principales prioridades de la ronda final, y la formación especializada ya había sido destacada en la primera ronda.



04

Transversales

Ordenar la planificación y la evidencia que sirven a los tres ámbitos a la vez

Propuestas de este ámbito

9

El envejecimiento como variable de toda la planificación pública y privada

Una pauta común de revisión ex ante para que ninguna política ignore la longevidad.

10

Datos, evidencia y comunicación para una nueva longevidad

La infraestructura de información que mide, enlaza y comunica para las diez propuestas.

Integración y visibilidad

TRANSVERSAL · PROPUESTA 9**El envejecimiento como variable de toda la planificación pública y privada**

“El mérito de la Ley 21.822 es sustraer la política sobre la vejez del arbitrio del gobierno de turno.”

David Sandoval Plaza, ex senador y autor de la Ley N° 21.822

LA PROPUESTA

Una pauta común y obligatoria de revisión ex ante del impacto demográfico en toda la planificación pública, vía Ley 21.822.

TIPO DE DECISION

Implementación normativa

ORGANISMO

SENAMA y Comité Interministerial

Antecedentes. La política pública, la infraestructura urbana, el sistema educativo y el mercado laboral se diseñaron para un país joven que ya no existe. Chile cuenta ahora con un marco legal integral, pero la transversalización del envejecimiento puede quedar en una declaración si no se traduce en criterios de gestión, presupuesto y rendición de cuentas. La propia Ley N° 21.822 confirma el carácter intersectorial del desafío: constituye el Comité Interministerial de Desarrollo Social y Familia para las Personas Mayores, que reúne a los ministerios sectoriales bajo una coordinación única, con SENAMA como soporte técnico.

La OMS plantea que el envejecimiento saludable exige un enfoque de todo el gobierno y de curso de vida, con liderazgo político de alto nivel y gobernanza explícita (OMS, 2020). En la práctica, la transversalización se juega en instrumentos concretos: los compromisos de gestión de los servicios, los convenios de desempeño, la evaluación ex ante de los programas y la trazabilidad presupuestaria. La experiencia chilena en coordinación intersectorial muestra, además, que una mesa que solo coordina tiende a diluirse: para que la transversalización se sostenga, la pauta de revisión debe ser vinculante y tener consecuencias sobre la aprobación y el financiamiento de los programas, y el Comité Interministerial requiere un mandato explícito que le permita exigir su cumplimiento, no solo convocar a los sectores. Sin una pauta común obligatoria y una autoridad con capacidad de exigirla, el enfoque de curso de vida queda a merced de la voluntad de cada sector.

Propuesta. Usar la implementación de la Ley N° 21.822 y la Política Nacional de Envejecimiento para incorporar una pauta común y obligatoria de revisión ex ante de impacto demográfico, derechos, equidad y sostenibilidad en las decisiones públicas relevantes, comenzando por los programas que evalúa el Ministerio de Desarrollo Social y Familia y por los compromisos de gestión de los servicios públicos.

Qué agrega: Una pauta común y acotada para las políticas o programas con efectos relevantes sobre la longevidad; responsabilidades explícitas; participación accesible; trazabilidad entre la recomendación, la decisión, el presupuesto y la evaluación.

La pauta debe incorporar de manera explícita dos dimensiones que hoy carecen de responsable institucional definido en la política de envejecimiento. La dimensión territorial, que comprende vivienda adaptable, movilidad, accesibilidad, ruralidad, conectividad, espacios públicos y servicios de

proximidad, y que es donde la longevidad se experimenta en la vida cotidiana. A ello se suma la dimensión digital, que comprende la inclusión digital, la teleasistencia, la salud digital, las tecnologías de apoyo y la garantía de acceso multicanal a los servicios públicos, de modo que la digitalización del Estado no se convierta en una nueva barrera de acceso a derechos.

Evidencia internacional. La experiencia comparada más clara es la Ley de Bienestar de las Generaciones Futuras de Gales (2015), que obliga a los organismos públicos a evaluar el efecto de sus decisiones sobre el bienestar de largo plazo, con un comisionado independiente que vela por su cumplimiento (Well-being of Future Generations Act, 2015): un diseño directamente adaptable a la revisión de impacto demográfico que aquí se propone. El Decenio del Envejecimiento Saludable de la OMS (2020) y la Convención Interamericana (OEA, 2015) aportan el mandato de coordinación de todo el gobierno y el marco de derechos. Singapur ofrece el caso más cercano al chileno por velocidad de transición y por instrumento. Tras duplicar su proporción de población de 65 años y más en diecinueve años, lanzó Age Well SG, un programa nacional conducido de manera conjunta por los ministerios de Salud, Desarrollo Nacional y Transporte, con 3.500 millones de dólares singapurenses comprometidos para la década, que interviene de forma simultánea el transporte, la vivienda, el envejecimiento activo y los servicios de cuidado. Incluye visitas domiciliarias preventivas que han alcanzado a más de 480 mil personas mayores y una tipología de vivienda pública que combina diseño amigable con servicios de cuidado en el mismo conjunto habitacional (Gobierno de Singapur, 2024). Es transversalización con presupuesto, carteras responsables y metas verificables, que es exactamente lo que la pauta aquí propuesta busca instalar.

Tipo de decisión requerida: Implementación normativa

Ruta de implementación

Brecha que se resuelve	El marco legal integral ya existe; falta el instrumento de gestión que obligue a cada sector a considerar el envejecimiento en sus decisiones y que permita trazar la recomendación hasta el presupuesto y la evaluación.
Qué ya existe	SENAMA fortalecido por la Ley N° 21.822, el Comité Interministerial para las Personas Mayores, el mandato de una Política Nacional y los compromisos de gestión de los servicios públicos.
Quién tiene la competencia	SENAMA y el Comité Interministerial de Desarrollo Social y Familia para las Personas Mayores; la Secretaría General de la Presidencia para los instrumentos de gestión; el Congreso Nacional para lo que requiera ley.
Instrumento jurídico	La Política Nacional se dicta por decreto supremo dentro de los seis meses posteriores a la vigencia de la Ley N° 21.822; la pauta de revisión ex ante, por resolución y convenios de desempeño. Primer acto exigible: incorporar la pauta en la Política Nacional de Envejecimiento, que debe dictarse dentro de los seis meses posteriores a la entrada en vigor de la Ley N° 21.822, y en los convenios de desempeño del período siguiente. Debe evaluarse si la obligatoriedad transversal para servicios de distintos ministerios admite establecerse por vía administrativa o requiere norma de rango legal, ya que los convenios de desempeño obligan solo a quien los suscribe.
Financiamiento	Vía Ley de Presupuestos; el gasto permanente exige respaldo legal y evaluación fiscal.
Riesgo o balance	Sobrecarga normativa sin capacidad de implementación; se mitiga con una cartera acotada de normas prioritizadas.

Criterio de escalamiento	Iniciar en los servicios con mayor población mayor usuaria y evaluar antes de ampliar.
Indicador de seguimiento	Proporción de servicios con la variable de envejecimiento incorporada y trazabilidad recomendación, decisión, presupuesto y evaluación. Medición anual en convenios de desempeño, contra el período previo a la pauta.

Consenso y prioridad del panel. Fue el enunciado más priorizado de todo el proceso, situado por la amplia mayoría del panel entre sus prioridades máximas de la ronda final.

TRANSVERSAL · PROPUESTA 10**Datos, evidencia y comunicación para una nueva longevidad****LA PROPUESTA**

En 18 meses, un inventario y plan de enlace de las grandes encuestas y registros sobre envejecimiento.

TIPO DE DECISION

Agenda de evidencia

ORGANISMO

Ministerio de Salud y Subsecretaría de Previsión

Antecedentes. No se puede planificar lo que no se mide. Chile cuenta con la Encuesta de Protección Social (EPS), longitudinal, laboral y previsional; la Encuesta Nacional de Salud (ENS), transversal; la Encuesta de Calidad de Vida del Adulto Mayor (ENCAVIDAM), aplicada sobre una submuestra de la EPS; y el estudio de Salud Cognitiva de las Personas Mayores (SCPMayores), armonizado con protocolos internacionales. Antes de crear una nueva cohorte conviene inventariar, vincular y evaluar lo existente; una cohorte describe trayectorias, pero por sí sola no demuestra causalidad.

El inventario no es un fin en sí mismo: es la primera etapa de una decisión con plazo. La región ya recorrió este camino con éxito: Brasil construyó el estudio ELSI y México el MHAS como cohortes armonizadas con la familia internacional de estudios longitudinales del envejecimiento, y ambas se convirtieron en la infraestructura de evidencia de sus políticas (Lima-Costa et al., 2018; Wong et al., 2017). Chile tiene la ventaja de poder construir sobre fuentes longitudinales ya existentes en lugar de partir de cero. La gobernanza de datos debe apoyarse en una base jurídica, la minimización y la evaluación de impacto cuando exista alto riesgo, y no solo en la anonimización de las publicaciones (Ley N° 21.719).

Propuesta. Ejecutar en 18 meses un inventario y un plan de enlace de la Encuesta de Protección Social, la Encuesta Nacional de Salud, la ENCAVIDAM, el estudio SCPMayores y los registros administrativos y, sobre esa base, decidir el diseño de un estudio longitudinal chileno del envejecimiento armonizado con la familia internacional de cohortes, comunicando públicamente sus resultados.

Qué agrega: Un inventario y un diccionario común; un mapa de vacíos; un plan de enlace seguro; preguntas evaluativas asociadas a los pilotos de este documento; una regla de decisión con plazo definido sobre el estudio longitudinal; gobernanza con base jurídica, minimización, seguridad y evaluación de impacto cuando exista alto riesgo; acceso seguro para la investigación; y una línea permanente de comunicación pública de resultados, dado que la incidencia de la evidencia en la agenda pública depende de su comunicación sistemática.

Evidencia internacional. Las grandes cohortes longitudinales del envejecimiento, el HRS estadounidense (Health and Retirement Study), el ELSA inglés (English Longitudinal Study of Ageing) y el SHARE europeo (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), son una infraestructura de conocimiento indispensable, y su armonización internacional multiplica su valor (Sonnega et al., 2014; Steptoe et al., 2013; Börsch-Supan et al., 2013). Brasil (ELSI) y México (MHAS) demostraron que la región puede sumarse a esa familia con estudios propios que hoy sostienen sus políticas de envejecimiento (Lima-Costa et al., 2018; Wong et al., 2017). El estudio SABE, coordinado por la OPS

e implementado en Santiago por la Universidad de Chile, es el antecedente regional y chileno (Albala et al., 2007). Dentro de esta agenda de evidencia conviene incorporar de manera progresiva datos biológicos y biomarcadores, en particular los asociados al envejecimiento y a la salud cerebral. Su integración con la información clínica, cognitiva, social, ambiental y territorial permitiría comprender mejor las trayectorias de riesgo y de resiliencia a lo largo de la vida, y evaluar en condiciones chilenas nuevas herramientas de detección temprana, siempre con resguardos de gobernanza, consentimiento y minimización de datos.

Tipo de decisión requerida: Agenda de evidencia

Ruta de implementación

Brecha que se resuelve	Las fuentes existen, pero no están inventariadas ni enlazadas, y no hay una regla de decisión sobre el estudio longitudinal que Chile necesita; la evidencia disponible tampoco se comunica de forma sistemática a la agenda pública.
Qué ya existe	La EPS, la ENS, la ENCAVIDAM, el estudio SCPMayores y los registros administrativos; la experiencia del estudio SABE.
Quién tiene la competencia	Ministerio de Salud y Subsecretaría de Previsión Social como titulares de las fuentes; universidades; SENAMA; todo en cumplimiento de la Ley N° 21.719 de protección de datos personales.
Instrumento jurídico	Convenio entre el Estado, las universidades y el sistema de salud; inventario, diccionario común y plan de enlace seguro con plazo de 18 meses y regla de decisión explícita. Primer acto exigible: suscribir el convenio de inventario, que fija la fecha de inicio del plazo de 18 meses.
Financiamiento	Fondos de investigación y presupuesto sectorial; el estudio longitudinal se somete a evaluación ex ante (DIPRES) con el inventario como insumo.
Riesgo o balance	Duplicar esfuerzos o vulnerar datos personales; se mitiga evaluando lo existente y aplicando la Ley N° 21.719.
Criterio de escalamiento	Del inventario a un piloto de enlace; la decisión sobre el estudio longitudinal se toma al cierre de los 18 meses.
Indicador de seguimiento	Fuentes inventariadas y enlazadas, decisión adoptada en plazo y resultados comunicados públicamente por territorio y nivel socioeconómico. Medición al cierre de cada etapa con el propio inventario, contra el estado inicial de las fuentes.

Consenso y prioridad del panel. Los datos y la evidencia figuraron entre las prioridades de la ronda final, junto con las métricas desagregadas.

5. Implementación y seguimiento

Con este documento queda instalado el Núcleo Envejecimiento 2050. La Ley N° 21.822 mandata elaborar una nueva Política Nacional de Envejecimiento de forma participativa y refuerza la institucionalidad del SENAMA con direcciones regionales, lo que abre una ventana concreta para que estas propuestas sean consideradas en ese proceso. Para que el esfuerzo tenga impacto, el panel recomienda dirigir cada recomendación a un tomador de decisión específico y asegurar la refrendación administrativa de los compromisos, evitando que se repita la experiencia de políticas sin efecto práctico.

Por dónde empezar. El orden de las propuestas no las jerarquiza, pero el calendario normativo sí define cuáles tienen una ventana que se cierra primero y, por tanto, deben iniciarse de inmediato. Tres propuestas coinciden con plazos legales ya en curso: la Propuesta 5, sobre cuidadores, cuyos dos rutas dependen de los reglamentos de la Ley N° 21.805 que se dictan dentro de su plazo; la Propuesta 9, sobre la planificación del envejecimiento como variable transversal, y la Propuesta 4, sobre gestión de la edad y el contrato del trabajador mayor, que se juegan en la Política Nacional que la Ley N° 21.822 obliga a dictar dentro de los seis meses siguientes a su vigencia. Iniciar por ellas no supone postergar las demás, sino aprovechar ventanas que no se repetirán en el corto plazo; las restantes avanzan en paralelo según la disponibilidad de cada sector.

Qué es un colaboratorio. El Núcleo no se convertirá en otra estructura: operará en la lógica de un colaboratorio. El término, acuñado en la literatura científica para designar un centro sin muros donde instituciones distintas investigan y actúan juntas sobre un problema común (Wulf, 1993), combina colaborar y laboratorio, y esa combinación es deliberada: un observatorio observa; un colaboratorio hace. El envejecimiento de Chile es un problema transversal que ninguna institución puede resolver por separado, y el Núcleo ya reúne en una misma mesa a los ámbitos público, académico, clínico, gremial y de la sociedad civil que ese problema convoca.

Ley N° 21.822 . Envejecimiento Digno, Activo y Saludable

Un observatorio observa; un colaboratorio hace (Wulf, 1993)



El Núcleo reconoce además dos ámbitos que este proceso Delphi no alcanzó a deliberar con la profundidad que ameritan y que quedan incorporados como agenda de la próxima ronda: la dimensión territorial de la longevidad, con foco en vivienda adaptable, movilidad, ruralidad, accesibilidad y servicios de proximidad, y la transformación digital, con foco en inclusión, teleasistencia, salud digital e inteligencia artificial aplicada al cuidado. Ambas aparecen de manera transversal en las diez propuestas, pero requieren enunciados propios sometidos a consenso antes de formularse como recomendaciones autónomas.

Cómo operará. El Núcleo sesionará cada tres meses, con la temática del envejecimiento hacia 2050 como agenda permanente. En cada sesión se dará seguimiento al estado de las diez propuestas, se revisará el avance de los hitos normativos (reglamentos de la Ley N° 21.805, vigencia de la Ley N° 21.822 y nueva Política Nacional) y se incorporará la voz de las personas mayores y de las personas cuidadoras, que el proceso Delphi no incluyó en calidad de tales. La mesa queda abierta a los organismos públicos y a las instituciones que quieran sumarse. Este documento es un insumo abierto para quienes toman decisiones: busca unir la necesidad con la oferta de propuestas de solución, con derechos, evidencia y responsabilidad ética.

6. Matriz de decisiones

Lo que este documento no fija, y quién debe fijarlo. La precisión de una recomendación tiene un límite institucional: más allá de cierto punto, fijar metas, costos y plazos propios convierte a un panel en formulador de programas, competencia que corresponde a los organismos del Estado. Este documento se detiene deliberadamente en esa frontera. Para que sea una división del trabajo y no un vacío, conviene explicitar qué queda pendiente, quién debe producirlo y cuándo.

Son tres elementos. La línea base de cada indicador, que debe construirse a partir de la fuente y la periodicidad que cada ficha ya declara, y que corresponde al organismo titular del dato antes del inicio de la propuesta respectiva. El tamaño de cada piloto, expresado en número de servicios, comunas o personas, que se define en la evaluación ex ante junto con el criterio de selección territorial que cada ficha establece. Queda pendiente el orden de magnitud del costo, que corresponde a la Dirección de Presupuestos en el proceso de formulación presupuestaria.

Mientras esos tres elementos no existan, las propuestas de este documento son ejecutables una a una, pero no comparables entre sí, y sin comparación no hay priorización posible. El Núcleo propone que se produzcan dentro del primer ciclo presupuestario posterior a la publicación de este documento, y pone la mesa del laboratorio a disposición para su seguimiento.

La matriz resume, para cada propuesta, la decisión que se pide y el tipo de instrumento que requiere. Es la agenda de trabajo del laboratorio y de los organismos con competencia; el orden de las propuestas identifica, no jerarquiza.

Propuesta	Decisión que se pide	Tipo de decisión
SALUD · Reorientar la salud, la autonomía y la participación hacia todo el curso de vida		
1. Red progresiva de atención geronto-geriátrica anclada en la atención primaria	Pilotar un modelo chileno de atención integrada de la persona mayor, anclado en la atención primaria y con la oferta vigente, evaluándolo antes de escalar.	<i>Piloto evaluable</i>
2. Longevidad saludable a lo largo del curso de vida: funcionalidad, cognición y fragilidad	Reforzar el acceso y la cobertura del Examen de Medicina Preventiva (EMP), y crear en él un chequeo específico para las personas de 45 a 64 años que revise los factores que más influyen en llegar sano a la vejez: actividad física, alimentación, riesgo cardiovascular, memoria, audición y salud mental.	<i>Fortalecimiento de una política existente</i>
3. Salud mental, soledad no deseada y bienestar emocional	Probar en algunas comunas una forma de pesquisar y atender la soledad no deseada, distinguiéndola del aislamiento y de las enfermedades de salud mental. La detección se haría en los centros de salud con preguntas estandarizadas, y según el caso derivaría a actividades comunitarias, a acompañamiento o a atención psicológica, confirmando que la persona efectivamente llegue a esa ayuda.	<i>Piloto evaluable</i>
MERCADO DE TRABAJO · Adecuar las instituciones y la protección social a una sociedad longeva		

Propuesta	Decisión que se pide	Tipo de decisión
4. Gestión de la edad y empleabilidad protegida con propósito después de los 60	Implementar y evaluar el contrato del trabajador adulto mayor y la gestión de la edad, con resguardos contra la precarización.	<i>Implementación normativa</i>
5. Cuidadores como agentes de apoyo vital	Incorporar en el Plan Nacional de Apoyos y Cuidados dos rutas: derechos del cuidado no remunerado y profesionalización del remunerado.	<i>Fortalecimiento de una política existente</i>
6. Emprendimiento con propósito y personas mayores como sujetos de crédito	Dimensionar las barreras de crédito de las personas mayores y adaptar los instrumentos, con resguardos contra el abuso financiero.	<i>Agenda de evidencia</i>
EDUCACIÓN · Construir capacidades permanentes de formación, información y evaluación		
7. Alfabetización para la nueva longevidad a lo largo del curso de vida y combate al edadismo	Implementar un programa nacional de alfabetización en longevidad y combate al edadismo, por etapa del curso de vida.	<i>Piloto evaluable</i>
8. Formación multidisciplinar en envejecimiento en todas las mallas	Definir un marco nacional de competencias en envejecimiento para toda la fuerza laboral de salud.	<i>Fortalecimiento de una política existente</i>
TRANSVERSAL · Ordenar la planificación y la evidencia que sirven a los tres ámbitos		
9. El envejecimiento como variable de toda la planificación pública y privada	Incorporar, vía Ley N° 21.822 y Política Nacional, una pauta común de revisión ex ante del envejecimiento en la planificación.	<i>Implementación normativa</i>
10. Datos, evidencia y comunicación para una nueva longevidad	Ejecutar en 18 meses el inventario y enlace seguro de las grandes encuestas y registros, con resultados públicos por territorio.	<i>Agenda de evidencia</i>

7. Conclusiones

Chile envejece más rápido de lo que cambian sus instituciones. Este documento sostiene que la longevidad no es un problema del sector salud, sino un desafío que atraviesa la salud, el mercado de trabajo y la educación, y que exige tres transformaciones coordinadas: reorientar la salud hacia la capacidad funcional y el curso de vida, adecuar las instituciones y la protección social a una sociedad longeva, y construir capacidades permanentes de formación, información y evaluación. Dos de esas propuestas, la planificación del envejecimiento como variable de toda decisión pública y privada y la infraestructura de datos y evidencia, no pertenecen a un solo ámbito sino que los cruzan y los ordenan, por lo que se presentan como transversales.

Las diez propuestas numeradas de este documento no son una lista de programas, sino cursos de acción priorizados que, en su mayoría, fortalecen lo que ya existe antes de crear estructuras nuevas, y que comienzan como pilotos evaluables cuando la evidencia o la capacidad de implementación son inciertas. Cada una identifica la brecha que resuelve, el tipo de decisión que requiere, el organismo con competencia, el instrumento jurídico y el indicador con que se medirá. Ese nivel de precisión es deliberado: es lo que distingue una recomendación ejecutable de una declaración de intenciones.

La Ley N° 21.822 entra en vigencia en junio de 2027 y su Política Nacional debe elaborarse de forma participativa; los reglamentos de la Ley Chile Cuida están en su plazo de dictación; y la Estrategia Nacional de Salud está en discusión. El giro económico refuerza la urgencia: la longevidad saludable es una inversión con retorno documentado, no un costo a administrar. Con la instalación del Núcleo Envejecimiento 2050, este documento no se cierra: se abre. Lo que aquí se propone es una hoja de ruta técnica, trazable y verificable, construida sobre la evidencia y sobre la deliberación de un panel diverso; pero una hoja de ruta solo cumple su propósito cuando alguien la recorre. El envejecimiento de Chile no admite ya diagnósticos: exige decisiones, y esas decisiones corresponden a las autoridades públicas que tienen el mandato y los instrumentos para tomarlas. Por eso el Núcleo quiere ser explícito en su vocación: queda a disposición de los ministerios, los servicios, el Congreso y los gobiernos regionales y locales para colaborar, con rigor académico y sin agenda propia, en el diseño, la evaluación y el seguimiento de las políticas que Chile necesita para su transición demográfica. Ser convocado a esa tarea no sería una distinción para la Universidad, sino la forma más concreta de servir al país que este trabajo persigue. Planificar un Chile longevo es una tarea de una generación, y recién comienza. Hacerlo bien, y a tiempo, es una responsabilidad que nos convoca a todos: al Estado, a la academia, a la sociedad civil y a las propias personas mayores, que no son el objeto de estas políticas, sino sus protagonistas. El tiempo de decidir es ahora.

Referencias

1. Albala, C., García, C. y Lera, L. (2007). Encuesta sobre salud, bienestar y envejecimiento (Estudio SABE Chile). INTA, Universidad de Chile / OPS.
2. Alvear-Vega, S. y Vargas-Garrido, H. (2022). Social determinants of the non-utilization of the supplementary feeding program (PACAM) aimed at older adults' nutritional support. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), 14580. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114580>
3. Banco Interamericano de Desarrollo (2018). Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe (Aranco, Stampini, Ibararán y Medellín). Nota técnica IDB. <https://publications.iadb.org>
4. Beard, J. R. et al. (2016). The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *The Lancet*, 387(10033), 2145-2154. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00516-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4)
5. Bickerdike, L. et al. (2017). Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review. *BMJ Open*, 7(4), e013384. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013384>
6. Bilal, U. et al. (2019). Inequalities in life expectancy in six large Latin American cities from the SALURBAL study: an ecological analysis. *The Lancet Planetary Health*, 3(12), e503-e510. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(19\)30235-9](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(19)30235-9)
7. Börsch-Supan, A. et al. (2013). Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology*, 42(4), 992-1001. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt088>
8. Boyle, P. A., Barnes, L. L., Buchman, A. S. y Bennett, D. A. (2009). Purpose in life is associated with mortality among community-dwelling older persons. *Psychosomatic Medicine*, 71(5), 574-579. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181a5a7c0>
9. Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
10. Burnes, D. et al. (2019). Interventions to reduce ageism against older adults: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 109(8), e1-e9. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305123>
11. Cederholm, T., Jensen, G. L., Correia, M. I. T. D. et al. (2019). GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition: a consensus report from the global clinical nutrition community. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 10, 207-217. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12383>
12. Celeste, R. K., Guarnizo-Herreño, C., Fritzell, J., Costa, F. S., Ayo-Yusuf, O., Barros, A. J., Li, H., Hariyani, N., Hackley, D. M., Blanco, S., Gamonal, J. A., Maupome, G., Watt, R. G. y Peres, M. A. (2025). The role of welfare regimes on socioeconomic inequalities in edentulism: a cross-national analysis of 40 countries. *The Lancet Regional Health – Europe*, 63, 101578. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2025.101578>
13. CEPAL y OIT (2025). Economía del cuidado y trabajo decente: escenarios y recomendaciones para América Latina y el Caribe. Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Organización Internacional del Trabajo.
14. Ceroni, P., Alvear, S. y Pino, G. (2019). Determinantes de no-participación en el programa de alimentación complementaria de personas mayores, resultados de la CASEN 2015. *Revista Chilena de Nutrición*, 46(1), 50-56. <https://doi.org/10.4067/s0717-75182019000100047>
15. Centro Gerópolis, Universidad de Valparaíso. (2022). Cierre del proyecto de pilotaje ICOPE 2021-2022. Universidad de Valparaíso, en convenio con SENAMA y OPS/OMS.
16. Chang, E. S. et al. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PLoS ONE*, 15(1), e0220857. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857>
17. Clemson, L., Stark, S., Pighills, A. C., Fairhall, N. J., Lamb, S. E., Ali, J. y Sherrington, C. (2023). Environmental interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD013258. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013258.pub2>
18. Cohen, R., Bavishi, C. y Rozanski, A. (2016). Purpose in life and its relationship to all-cause mortality and cardiovascular events: a meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 78(2), 122-133. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000274>

19. Comisión Europea, Dirección General de Redes de Comunicación, Contenido y Tecnología. (2018). The Silver Economy: Final report. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. <https://doi.org/10.2759/640936>
20. Contreras-Montiel, P., Armijo, N., Vera, M., Arteaga, O., Góngora-Salazar, P., Balmaceda, C. y Espinoza, M. A. (2026). Fragmentation of Health Benefits Plans in Chile: Findings from a comparative policy analysis and implications for advancing Universal Health Coverage. *Health Policy*, 164, 105507. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105507>
21. Cruz-Jentoft, A. J. et al. (2019). Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*, 48(1), 16-31. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy169> (fe de erratas: <https://doi.org/10.1093/ageing/afz046>)
22. Daniels, N. (2008). *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511809514>
23. Danke, K., Baez, P., Lopes, A. B., García-Huidobro, R., Monsalves, M. J. y Villena, F. (2026). Functional Dentition Life Expectancy (FDLE): a novel indicator for monitoring oral health in ageing populations. *Clinical Oral Investigations*, 30, 359. <https://doi.org/10.1007/s00784-026-07042-z>
24. Dent, E., Morley, J. E., Cruz-Jentoft, A. J. et al. (2019). Physical frailty: ICFSR international clinical practice guidelines for identification and management. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 23(9), 771-787. <https://doi.org/10.1007/s12603-019-1273-z>
25. Dirección de Presupuestos (DIPRES). (2024). Evaluación de programas gubernamentales: Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) del SENAMA. Ministerio de Hacienda, Gobierno de Chile.
26. Dirección de Presupuestos (DIPRES). (2025). Evaluación ex ante, proceso de formulación presupuestaria 2026: programa Camas Socio Sanitarias, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. Dirección de Presupuestos, Chile. <http://www.dipres.gob.cl>
27. Donini, L. M., Busetto, L., Bischoff, S. C. et al. (2022). Definition and diagnostic criteria for sarcopenic obesity: ESPEN and EASO consensus statement. *Clinical Nutrition*, 41(4), 990-1000. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.11.014>
28. Ellis, G. et al. (2017). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD006211. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006211.pub3>
29. Foro Económico Mundial y Mercer (2026). The Longevity Dividend: The Business Case for Linking Health and Wealth. World Economic Forum. <https://www.weforum.org/publications/the-longevity-dividend-the-business-case-for-linking-health-and-wealth/>
30. Fried, L. P. et al. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 56(3), M146-M156. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>
31. Fried, L. P. et al. (2004). A social model for health promotion for an aging population: initial evidence on the Experience Corps model. *Journal of Urban Health*, 81(1), 64-78. <https://doi.org/10.1093/jurban/jth094>
32. Gilligan, C. (1982). *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Harvard University Press.
33. Gobierno de Singapur (2024). Age Well SG: informe de avance del programa nacional. Ministry of Health, Ministry of National Development y Ministry of Transport, Singapur. <https://www.agewellsg.gov.sg>
34. Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. y Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
35. Holt-Lunstad, J. et al. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227-237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
36. Howlett, M. (2019). *Designing Public Policies: Principles and Instruments* (2ª edición). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315232003>
37. INE (2024). Censo de Población y Vivienda 2024 y proyecciones de población. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile.
38. INE (2025). Primeros resultados del Censo de Población y Vivienda 2024: composición y tamaño de los hogares. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile.

39. INE (2026). Estimaciones y proyecciones de población, base Censo 2024, y Estadísticas Vitales, cifras provisionales 2025. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile.
40. Institute of Medicine (2008). Retooling for an Aging America: Building the Health Care Workforce. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/12089>
41. Jensen, G. L., Cederholm, T., Correia, M. I. T. D. et al. (2025). GLIM consensus approach to diagnosis of malnutrition: a 5-year update. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, 49, 414-427. <https://doi.org/10.1002/jpen.2756>
42. Kinsella, K. y He, W. (2009). An Aging World: 2008. U.S. Census Bureau.
43. Krieger, N. (2005). Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. Journal of Epidemiology and Community Health, 59(5), 350-355. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.024562>
44. Kuh, D. (2007). A life course approach to healthy aging, frailty, and capability. Journal of Gerontology: Medical Sciences, 62(7), 717-721. <https://doi.org/10.1093/gerona/62.7.717>
45. Ley N° 21.331 (2021). Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1159383>
46. Ley N° 21.719 (2024). Regula la protección y el tratamiento de los datos personales. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile>
47. Ley N° 21.805 (2026). Chile Cuida, Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile>
48. Ley N° 21.822 (2026). Ley Integral de las Personas Mayores y de Promoción del Envejecimiento Digno, Activo y Saludable. Diario Oficial, 1 de junio de 2026. <https://www.bcn.cl/leychile/Navegar?idNorma=1224632>
49. Ley N° 21.830 (2026). Reajusta el monto del ingreso mínimo mensual. Diario Oficial, 22 de junio de 2026. <https://www.bcn.cl/leychile>
50. Lima-Costa, M. F. et al. (2018). The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil): objectives and design. American Journal of Epidemiology, 187(7), 1345-1353. <https://doi.org/10.1093/aje/kwx387>
51. Livingston, G. et al. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. The Lancet, 404(10452), 572-628. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01296-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0)
52. Lu, X., Yao, Y. y Jin, Y. (2022). Digital exclusion and functional dependence in older people: findings from five longitudinal cohort studies. eClinicalMedicine, 54, 101708. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101708> (fe de erratas: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102239>)
53. Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. The Lancet, 365(9464), 1099-1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
54. Marmot, M. (2010). Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review. Institute of Health Equity, Reino Unido.
55. Ministerio de Salud (2021). Plan Nacional de Salud Integral para Personas Mayores y su plan de acción 2020-2030. MINSAL, Chile. https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Plan-Nacional-de-Salud-Integral-para-Personas-Mayores_v2.pdf
56. Moreno, X., Lera, L. y Albala, C. (2020). Disability-free life expectancy and life expectancy in good self-rated health in Chile: gender differences and compression of morbidity between 2009 and 2016. PLoS ONE, 15(4), e0232445. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232445>
57. Moreno, X., Lera, L., Moreno, F. y Albala, C. (2021). Socioeconomic inequalities in life expectancy and disability-free life expectancy among Chilean older adults: evidence from a longitudinal study. BMC Geriatrics, 21, 176. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02126-9>
58. Naciones Unidas (2024). World Population Prospects 2024.
59. NASEM, National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2020). Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25663>

60. Ngandu, T. et al. (2015). A 2 year multidomain intervention to prevent cognitive decline (FINGER). The Lancet, 385(9984), 2255-2263. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60461-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60461-5)
61. NHS England (2024). NHS Health Check programme: guidance. National Health Service, Reino Unido. <https://www.nhs.uk/conditions/nhs-health-check/>
62. OCDE (2019). Working Better with Age. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/c4d4f66a-en>
63. OCDE (2020a). Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>
64. OCDE (2020b). Recommendation of the Council on Financial Literacy. OECD/LEGAL/0461.
65. OCDE (2023). Health at a Glance 2023. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
66. OCDE (2025a). OECD Employment Outlook 2025. OECD Publishing.
67. OCDE (2025b). The Economic Benefit of Promoting Healthy Ageing and Community Care. OECD Publishing. https://www.oecd.org/en/publications/the-economic-benefit-of-promoting-healthy-ageing-and-community-care_0f7bc62b-en.html
68. OCDE/Comisión Europea (2023). The Missing Entrepreneurs 2023. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/230efc78-en>
69. OEA (2015). Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.
70. OMS (2007). Ciudades globales amigables con los mayores: una guía. Organización Mundial de la Salud.
71. OMS (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Organización Mundial de la Salud.
72. OMS (2020). Decenio del Envejecimiento Saludable 2021-2030: plan de acción. Organización Mundial de la Salud.
73. OMS (2021). Informe mundial sobre el edadismo. Organización Mundial de la Salud.
74. OMS (2024). Global Health Estimates: esperanza de vida y esperanza de vida saludable, serie 2000-2021. Observatorio Mundial de la Salud, Organización Mundial de la Salud.
75. OMS (2025). Integrated Care for Older People (ICOPE), segunda edición. Organización Mundial de la Salud.
76. OPS (2021). Envejecimiento saludable: datos y visualizaciones. Organización Panamericana de la Salud.
77. Reher, D. y Requena, M. (2018). Living alone in later life: a global perspective. Population and Development Review, 44(3), 427-454. <https://doi.org/10.1111/padr.12149>
78. Rawls, J. (1971). A Theory of Justice. Harvard University Press.
79. Sabia, S. et al. (2019). Association of ideal cardiovascular health at age 50 with incidence of dementia: Whitehall II. BMJ, 366, l4414. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4414>
80. Sadjapong, U. et al. (2020). Multicomponent Exercise Program Reduces Frailty in Community-Dwelling Older Adults. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(11), 3760. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113760>
81. Sandoval, M. H., Alvear Portaccio, M. E. y Albala, C. (2024). Ethnic differences in disability-free life expectancy and disabled life expectancy in older adults in Chile. BMC Geriatrics, 24, 116. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04728-5>
82. Scott, A. J. (2021a). The longevity society. The Lancet Healthy Longevity, 2(12), e820-e827. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(21\)00247-6](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(21)00247-6)
83. Scott, A. J. (2021b). The longevity economy. The Lancet Healthy Longevity, 2(12), e828-e835. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(21\)00250-6](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(21)00250-6)
84. Scott, A. J., Ellison, M. y Sinclair, D. A. (2021). The economic value of targeting aging. Nature Aging, 1(7), 616-623. <https://doi.org/10.1038/s43587-021-00080-0>

85. SENAMA (2025). Programa Comunas Amigables con las Personas Mayores. Servicio Nacional del Adulto Mayor. <https://www.senama.gob.cl/ciudades-amigables>
86. Sonnega, A. et al. (2014). Cohort Profile: the Health and Retirement Study (HRS). *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 576-585. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu067>
87. Steptoe, A. et al. (2013). Cohort Profile: the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA). *International Journal of Epidemiology*, 42(6), 1640-1648. <https://doi.org/10.1093/ije/dys168>
88. Sutin, A. R., Zavala, D., Milad, E., Stephan, Y., Karakose, S., Brown, J., Terracciano, A. y Luchetti, M. (2026). Purpose in life and mortality: a meta-analysis of the published literature and individual-participant data of 488.765 participants followed for up to 32 years. *Psychological Medicine*, 56, e214. <https://doi.org/10.1017/S0033291726104863>
89. Tronto, J. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. Routledge.
90. Universidad de Valparaíso, Centro Gerópolis (2021). Chile entre los países piloto del curso ICOPE de atención integrada para personas mayores, en colaboración con MINSAL y SENAMA. Universidad de Valparaíso. <https://geropolis.uv.cl/noticias/316-personas-mayores-y-post-pandemia-la-clave-es-avanzar-hacia-una-atencion-integrada-de-su-salud>
91. Villalobos Dintrans, P. y Guzmán Montes, R. (2021). Geriátras en Chile: historia, brechas y desafíos futuros. *Estudios Públicos*, 163, 33-60. <https://doi.org/10.38178/07183089/1961201113>
92. Watt, R. G., Mathur, M. R., Aida, J., Bönecker, M., Venturelli, R. y Gansky, S. A. (2018). Oral health disparities in children: a canary in the coalmine? *Pediatric Clinics of North America*, 65(5), 965-979. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2018.05.006>
93. Well-being of Future Generations (Wales) Act 2015. [Legislation.gov.uk](https://www.legislation.gov.uk/anaw/2015/2), Reino Unido. <https://www.legislation.gov.uk/anaw/2015/2>
94. Wong, R., Michaels-Obregon, A. y Palloni, A. (2017). Cohort Profile: The Mexican Health and Aging Study (MHAS). *International Journal of Epidemiology*, 46(2), e2. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu263>
95. Wulf, W. A. (1993). The collaborative opportunity. *Science*, 261(5123), 854-855. <https://doi.org/10.1126/science.8346438>
96. Yanguas, J. et al. (2018). El reto de la soledad en la vejez. *Zerbitzuan*, 66, 61-75. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.66.04>
97. Yanguas, J. (2021). *Pasos hacia la nueva vejez*. Ediciones Destino.