

OSTEOSARCOPENIA Y POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD EN CHILE: UNA APROXIMACIÓN DESDE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD.

OSTEOSARCOPENIA AND PUBLIC HEALTH POLICIES IN CHILE: AN APPROACH FROM THE SOCIAL DETERMINATION OF HEALTH.

Violeta Contreras^{1,2}; Pedro Villasana L.^{1,2}

ABSTRACT

In Chile, a stage of population aging has been consolidated since the end of the 20th century. This demographic transition stands out for the increase in life expectancy and chronic degenerative diseases, the reduction in birth, mortality and fertility rates; that is, more years with a lower quality of life. Public policies aimed at preserving functionality and autonomy within the framework of positive aging fluctuate between biomedical approaches and the social determination of health for the promotion of a healthy life and the prevention of osteosarcopenia. This geriatric syndrome does not have care guaranteed by the State, nor prevalence records, breaking down into the main pathologies that comprise it; that is, sarcopenia and osteoporosis. To characterize the type of approach that underlies public policies to prevent the loss of functionality in older people, different sources of information were reviewed, such as scientific articles, laws and technical documents developed by the Ministry of Health of Chile. In conclusion, it was possible to demonstrate, from the Public Policies analyzed in this research, the pre-eminence of the biomedical approach, ignoring the importance of the social determination of life and health. In the context of the Constituent Process, it was proposed to rethink public health and social security policies to respond effectively to the problem, aiming at strengthening health promotion and a better quality of life, throughout the life cycle.

KEY WORDS: osteosarcopenia, public policies, social determination, older people.

RESUMEN

En Chile, se ha consolidado desde finales del siglo XX, una etapa de envejecimiento poblacional. Esta transición demográfica destaca por el aumento de la expectativa de vida y de las enfermedades crónico degenerativas, la reducción de las tasas de natalidad, mortalidad y fertilidad; esto es, más años con menor calidad de vida. Las políticas públicas dirigidas a la preservación de la funcionalidad y autonomía en el marco de un envejecimiento positivo fluctúan entre los enfoques biomédico y de la determinación social de la salud para la promoción de una vida saludable y la prevención de la osteosarcopenia. Este síndrome geriátrico, no cuenta con atención garantizada por el Estado, ni registros de prevalencia, disgregándose en las principales patologías que lo componen; es decir, sarcopenia y osteoporosis. Con el objetivo de caracterizar el tipo de enfoque que fundamenta las políticas públicas para prevenir la pérdida de funcionalidad en personas mayores, se revisaron distintas fuentes de información, tales como: artículos científicos, leyes y documentos técnicos desarrollados por el Ministerio de Salud de Chile. Como conclusión se pudo evidenciar, a partir de las Políticas Públicas analizadas en esta investigación, la preeminencia del enfoque biomédico, soslayando la importancia de la determinación social de la vida y la salud. En el contexto del Proceso Constituyente, se propuso repensar las políticas públicas de salud y seguridad social para responder de manera eficaz al problema, apuntando al fortalecimiento de la promoción de la salud y a una mejor calidad de vida, durante todo el ciclo vital.

PALABRAS CLAVE: osteosarcopenia, políticas públicas, determinación social, personas mayores

Recibido: 26 de junio 2023 Aceptado: 04 de septiembre 2023

¹Departamento de Salud, Universidad de los Lagos, Puerto Montt, Chile. ²Interuniversity Center for Healthy Aging, Chile, Code RED211993.

Violeta Contreras. ORCID: 0000-0002-5899-324X

Pedro Villasana L. ORCID: 0000-0001-8713-8202

Correspondencia: violeta.contreras@ulagos.cl
pedro.villasana@ulagos.cl

INTRODUCCIÓN:

EL PANORAMA GLOBAL DEL ENVEJECIMIENTO Y EL CONTEXTO CHILENO.

La población adulta mayor se ha incrementado considerablemente a nivel mundial; no obstante, este incremento no implica una distribución geográfica homogénea en términos de longevidad y funcionalidad. Dado lo anterior, se han detectado cinco zonas azules, en las cuales su población sobrepasa los 100 años, en regiones específicas de Italia, Costa Rica, Estados

Estados Unidos, Japón y Grecia, las cuales comparten características geográficas, una dieta basada en alimentos producidos en su localidad y actividad física recurrente, entre otros factores protectores identificados¹.

La vejez como concepto distingue entre la edad fisiológica (proceso físico que repercute en las capacidades funcionales), cronológica (a partir de los 60 o 65 años) y social (constructo socio-histórico)². El envejecimiento de la población, pese a ser un proceso continuo, fisiológico, normal, determina las políticas de pensiones, los programas de salud y seguridad social; contar con una gran proporción de población mayor, refleja el desarrollo económico y social alcanzado, el aumento de la esperanza de vida y disminución de la mortalidad³. En este sentido, Chile desde inicios del año 2010 ha registrado una disminución de la tasa de mortalidad y una etapa avanzada de envejecimiento poblacional, que se vislumbra seguirá acentuándose.

Con base a los datos del Censo 2017 se proyecta que para el 2050, por cada 100 menores de 15 años habrá 176 mayores de 64 años⁴. Así mismo, se evidencia que 16,2% (n=2.850.171) de la población chilena corresponde a personas de 60 años o más, concentrada en la zona rural donde los servicios de atención son más precarios. Según la Encuesta Nacional de Empleo (ENE), durante el trimestre octubre a diciembre de 2019, se encontraban trabajando 570.305 personas mayores, correspondiente a 28% del total de personas ocupadas⁵. La tasa de ocupación de este grupo etario estaba cercana a 25% y la desocupación a 2,7% durante ese año, resaltando el empleo informal en personas de 65 años y más⁵. Cabe destacar, que la proporción de mujeres en este grupo etáreo es mayor al compararla con cualquier otro⁶.

Por otra parte, la Ley N° 19.828 en su primer artículo estipula que se considera persona mayor a mujeres y hombres que hayan cumplido 60 años. No obstante, existe una distinción según género ligada al proceso de envejecer y jubilar. En Chile la mujer jubila a partir de los 60 años y los hombres a partir de los 65 años; diferencias también presentes en otros países de América Latina³. La perspectiva de género también es relevante para comprender la feminización de la vejez producto de la longevidad y la mayor esperanza de vida, a pesar de que nacen proporcionalmente más hombres en el mundo. En Chile, las mujeres al envejecer desarrollan trabajos no remunerados, ya sea en su rol de abuelas o como cuidadoras; por otra parte, durante sus años de actividad remunerada, enfrentan las desigualdades de género en la diferencia de salarios a favor de los hombres, lo que se prolonga durante el retiro³.

1. Acerca del perfil de morbilidad y calidad de vida de la población de personas mayores en Chile.

En esta segunda década del siglo XXI en Chile, para favorecer la funcionalidad de las y los adultos mayores, se declara un enfoque institucional anticipatorio y preventivo, que considera también las redes de apoyo con las que cuenta, identificando en estos términos de funcionalidad, si es autovalente, autovalente con enfermedad crónica compensada, frágil, o dependiente/postrado⁷. En el estudio nacional de la dependencia en las personas mayores, se encontró una diferencia notable en cuanto a la prevalencia de dependencia, siendo prácticamente el doble entre quienes reciben servicios del sistema público (FONASA), versus los adscritos al sistema privado y se incrementa al disminuir la escolaridad⁸.

Los hallazgos de la primera Encuesta Nacional de Salud del año 2003, en mayores de 65 años, destacaron unas tasas de prevalencia de 95,7% de sedentarismo; de riesgo cardiovascular alto y muy alto en 83,1%; al considerar valores de PA > 140/90 mm Hg, se registró una tasa de prevalencia de 78,8%. En cuanto a salud oral, es un hallazgo infrecuente contar con la dentadura completa (mayor o igual a 14 piezas dentales), especialmente en el grupo de 65 años y más, siendo las tasas de prevalencia de dentición completa y caries dentales de 0,4% y 44,7% respectivamente.

Por otra parte, la prevalencia de síndrome metabólico fue de 48%, el sobrepeso de 42% y la obesidad 29%. Con respecto a la prevalencia de síntomas de la enfermedad respiratoria crónica (ERC) se reportó en 30,9% y presentó un gradiente según nivel socioeconómico (NSE), afectando en mayor proporción a quienes tienen un NSE bajo. Dentro de otras condiciones, destacó las tasas de prevalencia de diabetes mellitus 15,2%, tabaquismo 10,5% y colesterol total de 54%. Desde comienzos del siglo XXI, las afecciones más comunes en este grupo etario han sido las enfermedades crónicas, degenerativas, tumores malignos y accidentes⁹.

Las metas en materia de salud pública, fijadas para la década 2001-2010, han sido difíciles de conseguir, en cuanto a los aspectos preventivos. Según antecedentes aportados en las Encuestas Nacionales de Salud de los años 2010, 2016-2017, las enfermedades no transmisibles continúan siendo las más prevalentes y están vinculadas a hábitos adquiridos durante las etapas tempranas de la vida (infancia y adolescencia)^{10,11}. Generalmente, en la última década de vida el deterioro se hace evidente y acumulativo, lo

cual podría ser revertido en la medida que fuese incorporada la salud pública basada en la promoción, como parte de una estrategia nacional.

1.1- La Osteosarcopenia en Chile.

Es un término que describe un síndrome geriátrico o una anomalía conjunta de la función ósea (osteoporosis) y muscular (sarcopenia), que habitualmente son tratadas de manera independiente¹². Para su diagnóstico deben coexistir ambas afecciones y cada una tiene sus propias escalas de valoración¹³. En este síndrome se conjugan los estilos de vida, tales como la obesidad, sedentarismo y la malnutrición, unidos a factores genéticos, endocrinos y físicos los cuales derivan en una pérdida muscular y ósea¹⁴. Además, se ha asociado al riesgo de perder la autonomía, la exposición a caídas y fracturas que restringen la funcionalidad y encarecen los costos de servicios de salud¹³. Las primeras referencias del uso de este concepto, o más bien, uno similar para describir este síndrome geriátrico, data del 2009 con Binkley y Buehring, que lo denominaron "sarco-osteopenia"¹³.

La sarcopenia fue considerada *enfermedad* en la modificación clínica de la clasificación internacional de enfermedades (ICD-10-CM por sus siglas en inglés), desde el año 2016. A su vez también se considera un síndrome, en el que se observa la pérdida generalizada de fuerza y masa muscular. Para su diagnóstico, el Grupo de Trabajo Europeo sobre Sarcopenia en personas mayores (EWGSOP2) propuso en 2019 considerar tres criterios: baja fuerza muscular, baja cantidad o calidad muscular y bajo desempeño físico¹⁵.

En un estudio de cohorte prospectivo realizado en Santiago de Chile, se determinó que alrededor de 34,4% de las personas que padecen sarcopenia también reportan osteoporosis; 40,8% de quienes tienen osteoporosis presentan sarcopenia, siendo el impacto de padecer ambas condiciones más grave que al verlas separadamente, pues el hazard ratio de mortalidad fue 2,48 (más del doble) en personas con osteosarcopenia¹⁶. En otras palabras, presentar este síndrome significó un riesgo aumentado de caídas, fracturas, deterioro funcional y mortalidad¹⁷. Pese a tener los resultados de este estudio como antecedente, aún no se ha considerado una patología AUGE/GES, y debe destacarse que su registro es pobre y poco confiable. La situación expuesta, en vista del impacto que pareciera tener en la calidad de vida de las personas mayores en Chile, nos induce a preguntarnos sobre la cobertura y la orientación de las políticas y programas dirigidos a esta población.

2- Evolución histórica de los enfoques orientadores de la Política Sanitaria: Enfoque Biomédico, el Bio-psico-social, y el enfoque de Determinación Social.

Aproximarse de manera crítico constructiva a los diversos Planes, Programas y esfuerzos en general que hacen los Gobiernos y la Sociedad para ocuparse de la enfermedad, salud, vida y todo lo que pueda determinarlas, requiere poner estos conceptos en el contexto en el cual son entendidos y, sobre todo, hacer visibles los diversos, y a veces contradictorios, marcos epistemológicos que los orientan y hacen uso de tales conceptos; se trata de dar cuenta del sentido que puedan tener. Por esta razón, y a los efectos de este trabajo, intentaremos en una apretada síntesis, delinear de manera gruesa y no exhaustiva, algunos elementos que en nuestra opinión pueden caracterizar los enfoques más relevantes desde los cuales se ha abordado el tema de la salud-enfermedad en los siglos XX y XXI; por supuesto, reconociendo que hacemos un corte arbitrario, y que no desconocemos el desarrollo histórico, las tradiciones, y los procesos que nos han traído hasta la actualidad.

En primer término, el enfoque Biomédico tiene como fundamento el pensamiento positivista, racionalista cartesiano y de la física newtoniana; y desde la metáfora de la máquina (*mecanicismo*), considera al cuerpo como una estructura biológica cuyos elementos funcionan de acuerdo a leyes de la física clásica, en términos de movimientos y ajustes de sus partes. Por esto, basándose en hallazgos clínicos, evidencias y datos de laboratorio, se crea un modelo para examinar, clasificar y tratar las enfermedades; definiendo a la salud como la ausencia de enfermedad que el médico pueda reconocer, demostrar y clasificar, para intervenir física o químicamente; diagnosticar el fallo y reparar la maquinaria, omitiendo la importancia de los factores sociales o psicológicos. Esta concepción mecanicista-naturalista ha obtenido muchos logros en la mejora de la salud del hombre, pero al mismo tiempo ha mostrado ser insuficiente para interpretar las interacciones entre mente, cuerpo y ambiente, como sistemas complejos e históricos¹⁸⁻²².

En este contexto va posicionándose el enfoque Biopsicosocial; desde el reconocimiento paulatino de que es el conjunto de *factores* biológicos, psicológicos, ambientales y sociales los que determinarían la salud y la enfermedad¹⁹. En el ámbito de la investigación y la epidemiología, el modelo sostiene que para *explicar* la salud, y fundamentalmente la enfermedad, se deben tener en cuenta todos los factores implicados y medir las variables antes mencionadas, para intervenir en el

control del *riesgo de enfermar* con un abordaje multidisciplinar, consolidando las bases de la corriente preventivista en la segunda mitad del siglo XX. Así, se fue configurando en los últimos decenios el enfoque de riesgo, hegemónico hasta la presente segunda década del siglo XXI, incorporando diferentes concepciones y dimensiones de bienestar, ajuste psicosocial, calidad de vida, funcionamiento cotidiano, protección hacia posibles riesgos de enfermedad, desarrollo personal, entre otras^{23,24}.

Como contraste con la hegemonía del enfoque de riesgo, deben considerarse como antecedente los señalamientos y recomendaciones de la Declaración de Alma Ata de 1978, y la Carta de Ottawa para la *promoción de la salud* de 1986. Esta última reconoce a la salud como derecho humano fundamental, y destaca prerequisites para la salud, como la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos, poniendo de manifiesto la estrecha relación entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida y la salud. La convención de Ottawa define a la salud como: "*grado en que un individuo o grupo es capaz, por una parte, de llevar a cabo sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y, por otra, cambiar o enfrentarse con el ambiente*"²⁵. Esto resulta al menos discutible en términos de los resultados alcanzados a nivel mundial, y en Chile en particular. Se hacen evidentes algunas contradicciones y aparentes fracasos.

En una aparente reacción a lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Asamblea Mundial de la Salud N° 57, crea en 2004 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, cuyos valiosos aportes van a orientar las políticas de salud, impulsando una decisión deliberada de los gobiernos y sociedades de prevenir la enfermedad y promover el bienestar más allá de intervenciones médicas aplicadas a aquellas personas que están enfermas²⁶, posicionando el "nuevo" **enfoque de Determinantes Sociales OMS**, pero manteniendo siempre el foco en la enfermedad, los factores de riesgo y el enfoque positivista. Ni siquiera el surgimiento de conceptos "innovadores" desde la comisión de la OMS como los "determinantes sociales" han sido suficientes para dar cuenta de la innegable conexión entre lo biológico y lo social, entendiendo lo "social" como algo más que una variable que se interconecta. Parece necesario mirar la salud y la vida, más allá de la enfermedad y la muerte²⁷.

Se va haciendo ineludible la necesidad de reconocer que el ser humano es mucho más que una

"circunstancia" biológica y aproximarse a la salud-enfermedad en términos de la contextualidad social e histórica que la produce en ambientes particulares, y donde las relaciones en que se origina son parte consustancial de la vida del individuo y su comunidad^{28,29}; considerando a la salud, desde una construcción en la que se asume la parte biológica, pero sólo en la medida en que es abordada como resultado de procesos históricos y culturales que generan maneras específicas de concebir a la salud, y en consecuencia dan paso a formas de "administración" que la procuran y la atienden en el ámbito de nuestras sociedades modernas³⁰⁻³².

La propuesta que ha tomado fuerza desde finales del siglo XX hasta el transcurso del presente siglo XXI, es realizar el análisis del proceso socio histórico bajo el **enfoque de la Determinación Social**, que permitiría *ver* más allá de los "determinantes sociales", que contiene y supera el enfoque multicausal, los estilos de vida individuales, y el enfoque de riesgo, fragmentador y reduccionista²⁷. Plantea la necesidad de analizar las condiciones colectivas de salud de diferentes sociedades en un mismo momento histórico, *sus modos de vida*, sin perder de vista *los estilos de vida individuales*. Comprende el proceso salud-enfermedad, como fenómeno histórico, determinado por el modo como el ser humano se apropia de la naturaleza a través del proceso de trabajo, y de cómo se van construyendo las relaciones de producción donde el carácter social y cultural de la salud-enfermedad adquiere vida propia, así como sus articulaciones con la estructura y la superestructura de la sociedad buscando, la consolidación de un discurso sobre lo social, capaz de dar cuenta de los procesos culturales, económicos y políticos que parecían levantar resistencias a la competencia técnica de la medicina, constituyendo la aproximación desde las dimensiones ontológica, epistemológica y praxiológica³³⁻³⁶.

En Chile desde el 2005, en el marco de un esfuerzo institucional por dar respuesta a las exigencias que imponían; por una parte, los compromisos y convenios internacionales suscritos por el país y por otra, los signos de deterioro en la condición de salud de la población, se empezó a implantar un nuevo modelo de atención centrado en la Atención Primaria de Salud (APS), declarativamente basado en la promoción, prevención, con énfasis en la resolución ambulatoria de los problemas de salud y el uso racional y eficiente de los recursos, dando vida al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS)³⁷. El Ministerio de Salud de Chile propone la APS basada en lo biopsicosocial, priorizando, y además enfocando la inversión en mejorar

la accesibilidad, contacto de puerta de entrada, continuidad; con un modelo centrado en la comunidad y la familia, optimizando la amplitud, y coordinación del sistema sanitario de atención³⁸. Esto parece indicar la continuidad del enfoque de riesgo biopsicosocial centrado en la enfermedad, y resistir la posibilidad de transitar a un enfoque de Determinación Social centrado en la salud y la vida. Es decir, pareciera continuar centrado en la promoción de la atención a la enfermedad (y no la promoción de la salud), la prevención de la enfermedad, y su atención y resolución eficiente. Lo que parece subyacer a este planteamiento, es la necesaria distinción entre la prevención de la enfermedad a través del modulación de los estilos de vida, y la promoción de salud que interviene la determinación estructural, quedando esta convenientemente subsumida a la primera, respondiendo a orientaciones propias del paradigma positivista, y sobre todo del modelo de desarrollo neoliberal hegemónico a nivel global.

La incorporación y práctica de los enfoques descritos, no sigue una línea de tiempo, ni tiene carácter homogéneo en los diferentes países y naciones; pues pareciera, en muchos casos, estar más sujeta al modelo de desarrollo y las lógicas de relacionamiento social dominantes en cada caso, que a la salud de la población.

3- Intervenciones en materia sanitaria dirigidas a la población de personas mayores en Chile.

3.1- Algunos antecedentes históricos:

La revisión documental a partir del Reglamento Constitucional Provisorio de 1812 y las Constituciones de Chile de 1818, 1822, 1823 y 1828, nos muestra cómo en dicho período la salud de la población no era objeto de especial atención o interés por parte del Estado, y no es mencionada de alguna manera hasta la Constitución de 1833, cuando se comienza a hablar de la policía de salubridad y la atención básica de las condiciones de saneamiento como responsabilidad de algunas instancias menores de Gobierno, las cuales se ocupaban básicamente del saneamiento ambiental³⁹. Las instituciones eran principalmente de tipo caritativo, y en el resto del siglo XIX destacan como hitos la creación del Reglamento Orgánico de la Junta de Beneficencia (1886), que ordena las organizaciones y hospitales locales, la Junta Nacional de Salubridad (1887) para asesorar al gobierno en materias de salubridad y organización nacional del sistema y el Consejo de Higiene Pública (1892), que asume las funciones de las previas organizaciones para la gestión nacional del incipiente sistema⁴⁰.

Así transcurre hasta 1924, cuando se creó el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social y se estableció el Seguro Obrero Obligatorio (Ley 4.054); destinado a cubrir los riesgos de enfermedad, invalidez, vejez y muerte, junto a varias leyes relacionadas con salud y trabajo⁴⁰. Es la Constitución (1925) la que va a producir un cambio importante en cuanto a la responsabilidad del Estado y un eventual Derecho a la Salud de la Población, estableciendo: "*Es deber del Estado velar por la salud pública y el bienestar higiénico del país. Deberá destinarse cada año una cantidad de dinero suficiente para mantener un servicio nacional de salubridad*" (Artículo 10, punto 14, párrafo 3). Esto hace de Chile uno de los primeros países de América donde se hace explícito; constituyendo además el fundamento para el importante avance en materia de salud que fue posible durante la vigencia de esta Constitución de 1925.

En 1938 se dictó la Ley de Medicina Preventiva, y en 1942 se creó el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), que cubría al sector de empleados públicos y particulares⁴¹, culminando con la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS, basado en el modelo británico), por la Ley 10.383 de 1952 que fusionó varias dependencias dedicadas a la salud pública en una autoridad sanitaria única^{40,41}. Sin embargo, debe destacarse que tanto la legislación como la institucionalidad que es creada en este período de tiempo considerado, en todos los casos estaría enfocada en la enfermedad, tanto en su prevención como tratamiento, y no en la salud y su determinación social y estructural.

3.1.1- El advenimiento del neoliberalismo.

El SNS llegó a ser la principal institución de salud del país, con 120 mil funcionarios, alcanzando una importante cobertura geográfica y de población. Esto va a cambiar abruptamente con el golpe cívico-militar de 1973 y la llegada de un gobierno autoritario que impone un modelo neoliberal, en desmedro del rol y estructura del Estado y de las empresas públicas; entre ellas, el Ministerio de Salud, las cuales son sometidas a severas restricciones financieras para liquidarlas y favorecer la progresiva privatización que va a profundizarse a partir de 1979⁴¹.

El proceso iniciado desde mediados de los años 70, con un conjunto de leyes y decretos, va a alcanzar su clímax con la Constitución de 1980, que en su artículo 19 sienta las bases para la privatización de la salud y la retirada del Estado^{42,43}, y continuó hasta la presente década del siglo XXI, perfeccionado por sucesivos gobiernos, que aunque formalmente de centro-derecha

o centro-izquierda, han colaborado indistintamente en la consolidación del modelo de Mercado extractivista y neocolonial consagrado en la vigente Constitución de 1980⁴⁴.

En 1979, con el Decreto Ley 2.763/1979 se reorganizó al Ministerio de Salud, y se creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). Para 1985 la Ley de Salud, (Ley 15.469), crea el régimen de prestaciones de salud y fija las características del modelo de financiamiento, previsión y atención de salud vigentes, destacando la libertad de optar por alternativas públicas o privadas, y contribución proporcional al ingreso en el sistema público. Entre 1981 y 1986 se adoptaron iniciativas legales para la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE)⁴¹, cambiando radicalmente la lógica del Modelo, acentuando el foco en la enfermedad y rentabilidad y no en la salud de la población. En lo sucesivo veremos como las políticas y programas van a profundizar su apego al Modelo Biomédico en perfecta sintonía con el modelo de desarrollo neoliberal imperante.

3.1.2- El tránsito hacia la Democracia y la continuidad del neoliberalismo. Iniciativas y políticas públicas de salud vinculadas con las personas mayores.

De acuerdo con los antecedentes disponibles en la Biblioteca del Congreso Nacional, durante el llamado retorno de la democracia, las prioridades del país estuvieron en restablecer la convivencia y superar los obstáculos institucionales y políticos que impidieron detener y censurar las violaciones a derechos humanos; bajo este contexto, Chile vuelve a ser parte del concierto internacional y tratados económicos internacionales⁴⁵. Sin embargo, la evidencia acumulada en términos de resultados concretos arroja una sombra de duda sobre estas prioridades declaradas⁴⁷.

En la década de los años 90, comenzó a nivel de política pública la priorización de las personas de 60 años o más, mediante la otorgación de recursos para la gestión de los municipios. Posteriormente, bajo el gobierno de Frei Ruiz-Tagle, se estableció una Comisión Nacional para el adulto mayor con propuestas de institucionalización, surgiendo el Comité Nacional y los Regionales⁴⁷.

En 1991, mediante la Ley N° 19.023 se creó el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) encargado de subsanar la violencia intrafamiliar, las brechas existentes entre hombres y mujeres, promover la igualdad de oportunidades y erradicar las prácticas discriminatorias⁴⁸. Esto parece una tarea pendiente en

Chile, a la luz de los controversiales resultados que se reflejan en la realidad empírica nacional.

Más tarde, en el año 1999 se inició el Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM), basado en el diagnóstico del déficit de nutrientes vinculado con una pérdida de funcionalidad y deterioro del estado nutricional. El PACAM pretendió aportar una alimentación acorde a los requerimientos nutricionales, a través del acceso a alimentos que son entregados mensualmente en los establecimientos de atención primaria, manteniéndose; sin embargo, dentro del enfoque biomédico con un énfasis en la promoción de la salud. Ese mismo año, se declaró el "Año Internacional del Adulto Mayor" y se envió al Congreso el proyecto de ley para la creación del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)⁴⁷.

En el año 2000 se comenzó a diseñar la reforma de salud concerniente al Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), que buscó priorizar los recursos del sistema público y privado, a través de garantías de atención y acceso universal enfocadas en algunas enfermedades⁴⁹.

En el año 2002 se instituyó el SENAMA, parte del actual Ministerio de Desarrollo Social y Familia, con la finalidad de favorecer la integración del adulto mayor en la sociedad, su protección ante el abandono e indigencia, y el ejercicio de los derechos emanados de la Constitución y las Leyes. En ese sentido, buscó proponer políticas públicas para la integración familiar y social tendientes a solucionar los problemas atinentes, mostrando cierta inclinación hacia la Determinación social como foco de su quehacer. El mismo año, surgió la norma para la atención integral dirigida a las personas mayores desarrollada por el Ministerio de Salud, que sin embargo parece obedecer al enfoque biomédico, al apelar a la independencia y autonomía mediante el tratamiento de patologías de alta prevalencia en esta población y la realización de los exámenes de medicina preventiva⁵⁰.

Dos años después (2004), se promulgó la Ley N° 19.966, acorde al enfoque biomédico; dando paso a un régimen de garantías explícitas en salud (GES) que reguló la atención en términos de acceso, calidad, protección financiera, oportunidad de las prestaciones priorizadas acordes a un listado de enfermedades definidas en un reglamento de aplicación⁵¹. De esta manera, tanto FONASA como ISAPRES deberán cubrir a los beneficiarios, entre quienes se cuenta a los pacientes con osteosarcopenia, en concordancia con la Ley N° 18.469 del año 1985.

En marzo del año 2008, fue promulgada la Ley N° 20.255 o Reforma Previsional orientada a responder a las demandas de la población, que podría interpretarse en el ámbito de la determinación social como responsabilidad del Estado, mediante un sistema de pensiones básicas solidarias (Pensión Básica Solidaria de Vejez, Aporte Previsional Solidario de Vejez) y el bono por hijo nacido vivo⁴⁷. Sin embargo, el carácter focalizado de estos programas y medidas estaría más bien sintonizado con la atención a grupos vulnerables para remediar o compensar el daño, algo muy propio de la receta neoliberal, y del enfoque en la enfermedad y el deterioro.

En el año 2011, Chile asume la Estrategia Nacional de Salud, Elige vivir sano, para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020, de los cuales el objetivo estratégico n° 4: ciclo vital, se relaciona con las personas mayores. Dicha estrategia expresó su orientación a mejorar la salud mediante la consolidación de 9 objetivos dirigidos a disminuir las inequidades sociales en el acceso a las intervenciones de calidad y optimizar el estado de salud funcional de los adultos mayores; como vemos centrándose en la enfermedad.

Posteriormente, en 2012 se mantiene el abordaje biomédico con la declaración de la Política Nacional Integral de Envejecimiento Positivo y Saludable 2012-2025, abarcando el fenómeno del envejecimiento poblacional de Chile, el aumento de personas mayores dependientes y la articulación de los objetivos del desarrollo sostenible al 2030, a través del logro de la participación integral, mejorando o manteniendo tanto su capacidad funcional como su calidad de vida subjetiva para prevenir la dependencia. Sin embargo, en ambas políticas públicas no se explicitan las medidas estructurales para llevar a cabo estos cometidos, poniendo en tela de juicio las posibilidades de concreción, y en este sentido, alejando las posibilidades de impactar la determinación social de la salud.

Desde el 2014 la Resolución Exenta N° 92, consolidó una orientación técnica dirigida a las personas mayores en atención primaria, instaurando el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), también centrado en la enfermedad. Este es un examen universal anual (garantía GES) de carácter preventivo, para corroborar la funcionalidad (autonomía y autovalencia), el riesgo cardiovascular, osteoarticular y la salud mental⁵². En el caso de las mujeres, se suman las pruebas diagnósticas de cáncer cervicouterino y de mamas. También, como parte del EMPAM se dispone de una herramienta en la atención primaria para detectar la fragilidad y predecir la pérdida de funcionalidad:

valoración funcional de la persona mayor VFPM (ex - EFAM) y el programa de Alimentación Complementaria para Personas Mayores (PACAM) destinado a quienes presentan los criterios de fragilidad⁵³. Cabe destacar que el concepto de fragilidad, tiene distintas visiones según el autor que se aluda, pero al considerar el enfoque de riesgo se puede generar una planificación comunitaria a nivel de atención primaria, capacitando al personal sanitario en la detección de la fragilidad y el deterioro funcional⁵⁴. A pesar de lo anterior, es discutible el sentido de las nociones (o eufemismos) de frágil y vulnerable, que bien podrían interpretarse como *vulnerabilizado o excluído*.

En el 2015, la Ley N° 20.820 establece el actual Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género (SernamEG) que incorporó la dignificación del trabajo doméstico, aunque persiste la no inclusión de estrategias que aborden la feminización de la vejez y asuntos específicos para este grupo etario y/o iniciativas interministeriales. Debe destacarse que, pese a la estrecha relación que existe entre ser mujer y alcanzar una edad avanzada, no hay una propuesta conjunta por parte de ambas entidades (actual SernamEG y el Servicio Nacional del Adulto Mayor), para contrarrestar las deficiencias en términos de integralidad de la atención del modelo chileno, antes de que el daño se produzca, a través de acciones promocionales y preventivas consistentes.

En 2016 Chile, como miembro de la Organización de Estados Americanos (OEA), ratificó el instrumento de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, que tiene como finalidad lograr su inclusión, integración y participación, visibilizando sus necesidades en condiciones de igualdad y no discriminación con respecto a otros grupos⁵⁵. El 1 de septiembre de 2017, mediante el decreto 162, se adhiere al enfoque del curso de vida, reconociendo al Estado como responsable de llevar a cabo políticas públicas ad hoc, especialmente orientadas hacia la vejez. Define a la persona mayor como aquella que ha cumplido 60 años o más, visibilizando la búsqueda de la equidad e igualdad de género⁵⁶. Por otra parte, se ha dispuesto en el nivel terciario las Unidades Geriátricas de Agudos (UGA) para la atención especializada de pacientes hospitalizados que presentan síndromes geriátricos⁵⁷. Este modelo de atención, se centra en la resolución de la enfermedad avanzada, de acuerdo con el enfoque biomédico.

A partir del año 2018, el Programa Adulto Mejor, a cargo de la primera dama instó a retomar las acciones planificadas en la Política Integral de Envejecimiento Positivo basándose en cuatro pilares: ciudades

amigables, buen trato, vida saludable, desarrollo y oportunidades. Su finalidad declarada es generar y construir un Chile más amable para las personas mayores; sin embargo, se puede constatar la continuidad del enfoque biomédico en el abordaje, que sigue concentrando los recursos en la atención a la enfermedad y el daño.

Dada la transición demográfica, ha sido necesario abordar este fenómeno intrincado desde múltiples dimensiones, una de ellas es la forma de referirse a la vejez, así surge en el año 2018, la guía del MINSAL concerniente a las nuevas expresiones para dirigirse a las personas mayores basada en enfoques de género y el curso de vida, para erradicar el estigma en el trato⁵⁸. Luego, en el 2020 se propuso el Plan Nacional de Salud para personas mayores al 2020-2030, alineado con iniciativas internacionales, como la agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de la ONU, que considera relevante superar las barreras para una salud adecuada, dando una respuesta integral tendiente a mejorar las condiciones de vida de las personas mayores, su funcionalidad y calidad de vida, tomando en cuenta el aumento demográfico de dicha población mayor.

Así mismo, durante el año 2021, se actualizó el Decreto Ley N° 3.500 de 1980 que estableció un sistema de pensiones durante la vejez, o por invalidez o sobrevivencia, resultado de la capitalización individual obligatoria en la Administradora de Fondos de Pensiones (AFP). De esta forma, los jubilados y cotizantes activos pudieron retirar parte de sus fondos previsionales para paliar los gastos derivados de la pandemia por COVID-19. Esta enfermedad en sus inicios afectó mayoritariamente a las personas mayores, por lo que las estrategias preventivas estaban orientadas especialmente a este grupo basándose en el riesgo de contagio. Las personas mayores llegan a la vejez y jubilación en condiciones socioeconómicas desfavorables, en la mayoría de los casos, por lo que desde el 2011 se había descartado la obligatoriedad de su cotización del 7% destinado a salud⁵⁴.

DISCUSIÓN

El Estado chileno, tal y como se evidencia en la revisión del marco legal y normativo desarrollado a lo largo de los últimos doscientos años, ha transcurrido por diferentes roles en cuanto a la atención a la salud de la población general, y de las personas mayores en particular. Desde la filantropía y beneficencia en el siglo XIX y parte del XX, pasando por los modelos basados en el Estado de Bienestar y la atención al Derecho a la Salud, hasta la predominancia del Mercado y la retirada

del Estado a una condición subsidiaria propia del modelo neoliberal actualmente hegemónico en Chile. Congruentemente, la vigente Política Nacional Integral de Envejecimiento Positivo y Saludable (PNEPS) 2012-2025 recoge, asume y contiene el discurso normativo históricamente construido en salud. Esta PNEPS tendría la intencionalidad de enfrentar el envejecimiento poblacional en Chile, el aumento de personas mayores dependientes y la articulación de los objetivos del desarrollo sostenible al 2030; por tanto, parece interpretar/ asumir a la vejez y sus secuelas como una variable económica, como un foco de perturbación en el camino de Chile al desarrollo. Las personas mayores son un problema, y los programas y planes focalizados serían para subsanar su falta de funcionalidad, su dependencia; para remediar el daño, y compensar el peso que representarían para dicho desarrollo del país.

La edad avanzada esta asociada a la pertenencia a un grupo vulnerable dado que, en esta etapa de la vida, después de años de trabajo, muchos mayores se acogen a la jubilación y presentan un daño acumulativo, haciéndolos propensos a la polifarmacia y comorbilidades. Esta perspectiva sesgada, ha favorecido la discriminación bajo el argumento de protección social de sujetos pasivos y beneficiarios de derechos. No obstante, las políticas sociales declaran promover un envejecimiento activo y ciudadano³. Pese a lo anterior, esta premisa resulta funcional a la focalización de la atención, descartando la universalidad y la igualdad de derechos. A la llamada población vulnerable, podemos resignificarla como vulnerada durante el curso de su vida por un modelo de desarrollo que no piensa en su salud, sino en su capacidad funcional para aportar al modelo y no ser una carga.

En Chile, las políticas públicas dirigidas a atender las necesidades de las personas mayores están orientadas a lograr *la funcionalidad y la salud*, lo que se corresponde con el modelo biomédico al definir las desde lo patológico; en respuesta a las demandas de servicios de atención por parte de una población creciente y que presenta condiciones acumulativas adquiridas a largo de su trayectoria de vida. El cambio demográfico ha repercutido en la articulación de las políticas públicas, las cuales, según Calvo⁵⁹, han variado desde finales de la década de los noventa, de un modelo asistencialista basado en derechos y protección social hacia uno orientado por las reglas del Mercado. Pues, aún siendo el país sudamericano con una mayor esperanza de vida al nacer (EVN) de 79,5 años, existe una brecha de 10 años entre este indicador y la expectativa de vida saludable (EVS) que corresponde a 69,7 años⁶⁰.

Navarro⁶¹, propone que una política nacional de salud por parte del Estado, debiese tener una visión integradora. Es decir, considerar las intervenciones dirigidas a los determinantes sociales estructurales a través de las medidas universales; las medidas desde los individuos para propiciar estilos de vida saludable y cambios de comportamientos nocivos. En otras palabras, al conjugar los elementos anteriores, es posible generar una socialización y la participación activa en salud, promoviendo la abogacía y la transformación social⁶¹.

La OMS ha definido la década del envejecimiento saludable desde el año 2020 al 2030, apelando al consenso entre los distintos actores sociales, incluyendo a los gobiernos y organizaciones públicas y privadas, para mantener una capacidad funcional que consolide el bienestar. Se identifica el contexto social y económico, así como otros determinantes sociales estructurales, como los factores preponderantes para alcanzar este cometido en el marco de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS)⁶². Sin embargo, no se explicita cómo se generarían y cuáles son las acciones estructurales, tendientes a alcanzar estas metas.

Si nos apegamos a la definición de salud de la OMS (1948), en Chile, lo que establece la vigente Constitución de 1980⁴², y que se reproduce de manera consistente en la mayoría de las constituciones de América Latina y el mundo, es la posibilidad de elegir entre dos sistemas de salud, estatal o privado, para atender sus problemas de enfermedad. Lo que exige al Estado (reconfigurado como subsidiario) del deber de garantizar la salud en su sentido más amplio, de ocuparse de los componentes estructurales que determinan la salud; y por añadidura en el caso de Chile, ha transferido la responsabilidad a cada individuo, privatizando los servicios y estableciendo progresivamente un mercado, en el cual la noción de Derecho a la Salud no tiene lugar. En este sentido, lo que la legislación chilena establece parece ser una especie de Derecho a competir en el libre mercado por lograr individualmente la atención a la enfermedad⁶³.

Al analizar la salud y su relación con los fenómenos sociales, persiste en las políticas públicas presentadas una mirada reduccionista y centrada en la enfermedad. El modelo biomédico, que emergió del paradigma positivista, rige las intervenciones sanitarias hegemónicamente aún en esta segunda década de este siglo XXI. Por otra parte, la corriente de pensamiento crítico latinoamericano que reivindica la determinación social de la salud, distingue un proceso de salud-enfermedad-atención que responde a relaciones históricas de poder, producción, acumulación y clase

social, como fundamento explicativo de las inequidades desde una visión estructural, social y política⁶⁴. Este abordaje, debiese guiar las políticas en materia sanitaria del país, en consideración al contexto histórico reciente y a las revueltas sociales surgidas que exigen reivindicar los derechos privatizados.

Las personas que envejecen significarían un mayor costo para el sistema privado, lo cual puede inducir a la discriminación (selección adversa) de este grupo a través de los precios o el acceso a las prestaciones. En los actuales momentos del año 2023, la visión de la salud como derecho es un tema de discusión relevante en la propuesta de la nueva Constitución, la cual tiene el reto de redefinir el modelo económico existente hasta la fecha, que ha contribuido a mercantilizar los derechos humanos como la salud, educación, entre otros.

CONCLUSIONES

La responsabilidad del Estado en la atención a la salud de la población se formalizó en Chile a partir de la Constitución de 1925, pues hasta ese año estuvo dedicada fundamentalmente al saneamiento ambiental, y dependiente de la filantropía y la beneficencia. En particular, es a partir de la década de los noventa cuando las políticas públicas comienzan a enfocarse en la población de personas mayores.

Con ciertos matices, pero no excepciones, el relato de la tradición legal de Chile, en cuanto a la atención de las personas mayores, ha respondido a un enfoque positivista centrado en la enfermedad y no en la salud. La osteosarcopenia, y otro conjunto de patologías invalidantes propias de personas mayores, parecieran estar siendo abordadas desde una perspectiva instrumental que privilegia la funcionalidad y autovalencia que tributen a una menor dependencia de la persona en sus años de vejez y prolonguen su vida productiva. Esto parece consistente con un modelo de desarrollo neoliberal que limita el ejercicio de la salud como derecho humano, y que invisibiliza la promoción detrás de un enfoque preventivista, excluyendo la posibilidad de afrontar la determinación social de la salud y la vida desde una perspectiva positiva y proactiva.

En la medida en que la desigualdad social sea enfrentada desde un enfoque de derechos mínimos garantizados por el Estado, será posible llegar a las últimas etapas de la vida con mayor bienestar. Ello se consigue no sólo abordando los temas de la agenda sanitaria, sino también canalizando las soluciones que ya han resultado exitosas, para lo cual es primordial realizar evaluaciones de las políticas públicas vigentes a la fecha, dirigidas tanto a las personas mayores, como al continuo de cuidados en el curso de vida.

Chile está en el proceso de reescribir su Constitución, lo cual lleva necesariamente a mirar el panorama estructural por sobre los diagnósticos particulares. Es preciso erradicar una concepción negativa de la vejez iniciando una gesta hacia el

envejecimiento positivo, inclusivo y respetuoso, creando un sistema único y universal, que establezca el fin del lucro y reconozca a la salud como un derecho constitutivo de la seguridad social para hacer frente a las necesidades de esta población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Yáñez-Yáñez R, Mc Ardle Dragucevic N. Zonas azules: longevidad poblacional, un anhelo de la sociedad. *Rev Médica Chile* [Internet]. enero de 2021 [citado 6 de enero de 2022];149(1):147-58. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872021000100154&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- 2) Huenchuan S, Rodríguez-Piñero L. 1.1 Conceptos de vejez: edad cronológica, social y fisiológica. En: *Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección*. CEPAL-ASDI; 2010. p. 14-6.
- 3) Osorio P. Envejecimiento, género y políticas en Chile. En: *Envejecimiento, género y políticas públicas Coloquio regional de expertos*. Primera edición. Uruguay: Observatorio de Envejecimiento y Vejez, NIEVE - Espacio Interdisciplinario - Universidad de la República, UNFPA; 2010. p. 59-69.
- 4) INE. Sociales: Demografía y vitales [Internet]. Instituto Nacional de Estadísticas. 2021. Disponible en: <https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales>
- 5) Godoy G. Adultos mayores en Chile: ¿Cuántos hay? ¿Dónde viven? ¿Y en qué trabajan? [Internet]. INE. 2020. Disponible en: <https://www.ine.cl/prensa/2020/04/15/adultos-mayores-en-chile-cu%C3%A1ntos-hay-d%C3%B3nde-viven-y-en-qu%C3%A9-trabajan#:~:text=En%20igual%20trimestre%20de%20opero%20de,trabaja%20en%20la%20Regi%C3%B3n%20Metropolitana>
- 6) Ministerio de Salud, MINDES/MDSF. Envejecimiento positivo en Chile. 2019. Disponible en: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Envejecimiento_Positivo.pdf
- 7) Ministerio de Salud. Protección de la Salud: Salud del Adulto Mayor. Chile, 2019. Disponible en: <http://www.minsal.cl/salud-del-adulto-mayor/>
- 8) Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Estudio Nacional de la Dependencia en las personas mayores. Chile, 2009. Disponible en: <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Dependencia-Personas-Mayores-2009.pdf>.
- 9) Superintendencia de Salud. Documento de trabajo: Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor en Chile [Internet]. Departamento de Estudios y Desarrollo; 2006. Disponible en: https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articulos-4020_recurso_1.pdf
- 10) Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. Documento de Presentación de Primeros Resultados. Tercera Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017. Chile, 2017. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/2017.21.07_pdf.primeros.resultados.pdf
- 11) Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2010-2011. Chile. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/presentacio%C3%8C_nENS2010final-20-de-enero.pdf
- 12) Cedeno-Veloz B, López-Dóriga Bonnardeaux P, Duque G. Osteosarcopenia: una revisión narrativa. *Rev Esp Geriatria Gerontol* [Internet]. 2018 [citado 13 de diciembre de 2021];54(2):103-8. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211139X1830684X>
- 13) Mustafa Borges K, Ruiz-López MD, Artacho R. Osteosarcopenia. *Nutr Clin Med* [Internet]. 2021 [citado 13

- de diciembre de 2021];XV(1):32-40. Disponible en: <https://doi.org/10.7400/NCM.2021.15.1.5095>
- 14) Kirk B, Zanker J, Duque G. Osteosarcopenia: epidemiology, diagnosis, and treatment-facts and numbers. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* [Internet]. junio de 2020 [citado 11 de enero de 2022];11(3):609-18. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jcsm.12567>
- 15) Ministerio de Salud (MINSAL). Guía de práctica clínica- No GES Sarcopenia Chile, 2020. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/temas-de-salud/temas-de-salud/guias-clinicas-no-ges/guias-clinicas-no-ges-ciclo-vital/sarcopenia/descripcion-y-epidemiologia/>
- 16) Albala C, Marquez C, Lera L, Angel B, Saguez R, Arroyo P. Osteosarcopenia and mortality in older Chileans. *Eur Geriatr Med* [Internet]. octubre de 2018 [citado 11 de enero de 2022];9(1-367):P-239. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s41999-018-0097-4>
- 17) Salech F, Marquez C, Lera L, Angel B, Saguez R, Albala C. Osteosarcopenia Predicts Falls, Fractures, and Mortality in Chilean Community-Dwelling Older Adults. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. abril de 2021 [citado 12 de enero de 2022];22(4):853-8. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1525861020306575>
- 18) Baeta S. MF. Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud enfermedad. *Comunidad Salud*. 2015;13(2):81-3.
- 19) Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*. 1977;196:129-36.
- 20) González N. Reforma en salud: entre el modelo biomédico y el carácter social de la salud. Atención a pacientes diabéticos no insulino dependientes. *Converg Rev Cienc Soc* [Internet]. 2008;15(46):143-168. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352008000100007&lng=es&tlng=es
- 21) Granda E. Salud pública e identidad. *OPS/UNL*. 2000;1-27.
- 22) Villasana López PE. Aproximación a la noción salud en la globalización desde la epistemología de Edgar Morin. *Rev Salud Los Trab*. 2006;14(01):77-88.
- 23) Godoy J. Psicología de la Salud: delimitación conceptual. En: M. A. Simón (Ed.), *Manual de psicología de la salud: 9 Estilos de vida y Promoción de la Salud: material didáctico Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*. Biblioteca Nueva; 1999. p. 39-75.
- 24) Singer B, Ryff C.D. *New horizons in health: On integrative approach*. National Academy Press. 2001.
- 25) Organización Mundial de la Salud [OMS]/ Asociación Canadiense de Salud Pública. (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- 26) Locker D, Gibson B. The concept of positive health: a review and commentary on its application in oral health research. *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. junio de 2006 [citado 11 de junio de 2023];34(3):161-73. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0528.2006.00263.x>
- 27) Breilh J. Una Perspectiva Emancipadora de la Investigación e Incidencia basada en la Determinación Social de la Salud. Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud: Documento para la Discusión. ALAMES. 2008.
- 28) Ackerknecht E. *Medicina y antropología social*. AKAL, Universitaria. 1971.
- 29) Conti L. Estructura social y medicina. En: *Medicina y sociedad*. Aloisi, Berlinguer y otros. Barcelona, Editorial Fontanela. 1972.
- 30) Donati P. *Manual de Sociología de la salud*, Editorial Díaz de Santos. 1994.
- 31) Mora F, Hersch P. *Introducción a la medicina social y salud pública*, Editorial Trillas, Biblioteca Universitaria Básica. 1990.
- 32) Rosen G. *De la policía médica a la medicina social*. Siglo XXI. 1985.
- 33) Almeida Filho N de. *Epidemiología sin números: una introducción crítica a la ciencia epidemiológica*. 2a ed. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina sanitaria panamericana, Oficina regional de la salud, Organización mundial de la salud; 1992.
- 34) Breilh J. Nuevos paradigmas en la salud pública. *Univ Andina Simón Bolívar Repos Digit* [Internet]. 1999; Disponible en: <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3538/1/Breilh,%20J-CON-168-Nuevos%20paradigmas.pdf>
- 35) Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [Internet]. 12 de septiembre de 2013 [citado 16 de junio de 2023];31:13-27. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/16637>
- 36) Mata-Orozco M, López-caldera M, Meza Palma D, Labrador Parra A, Sarco Lira J, Pérez H y otros. Enfoques emergentes de la epidemiología: una mirada desde la transdisciplinariedad. *Comunidad y Salud* 2016; 14(2):50-

62. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932016000200007&lng=es&tlng=es
- 37) García-Huidobro D, Barros X, Quiroz A, Barría M, Soto G, Vargas I. Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e160. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.160>
- 38) Franco-Giraldo AJ. Configuraciones, modelos de salud y enfoques basados en la Atención Primaria en Latinoamérica, siglo XXI. Una revisión narrativa. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2020;19. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.cmse>
- 39) Diario Oficial de la República de Chile. Constituciones Políticas de la República de Chile 1810 - 2015 [Internet]. Segunda Edición. 2005. 608 p. Disponible en: <https://www.interior.gob.cl/media/2014/04/Constituciones1810-2015.pdf>
- 40) Síntesis.[Internet]. Universidad de Chile. Desarrollo Histórico De Seguridad Social y Atención De Salud; 2017 [citado 11 de junio de 2023] Disponible en: <https://sintesis.med.uchile.cl/index.php/profesionales/informacion-para-profesionales/medicina/condiciones-clinicas2/otorrinolaringologia/1325-7-01-3-034>
- 41) Gattini C. El sistema de Salud en Chile. *Obs Chil Salud Pública OCHISAP* [Internet]. 2018; Disponible en: https://www.ochisap.cl/wp-content/uploads/2022/04/Sistema_Salud_Chile_Gattini_2018.pdf
- 42) Constitución Política de la República de Chile. [Internet]. Decreto Supremo No 1.150. oct 21, 1980. Disponible en: <https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/60446/3/132632.pdf>
- 43) Villasana López P. Resiliencia Neoliberal en América Latina. ¿Cuestión Genética o Fraude Continuado?. En Palencia Triana C, compilador. *De los Estados Larvales a las Mariposas. Escenarios de la Razón Neoliberal en América Latina*. Bogotá: Ed. Institución Universitaria Politécnico Granacolombiano; 2018. p. 137-156.
- 44) Villasana López PE, Monteverde Sánchez A, Vergara Lasnibat F. Derecho a la Salud y neoliberalismo en Venezuela y América Latina: Crónica incompleta de una narrativa en disputa (1960 - 2021). *Revfil* [Internet]. 30 de enero de 2022 [citado 16 de junio de 2023];39(100):378 -397. Disponible en: <https://www.produccioncientificaluz.org/index.php/filosofia/article/view/37643>
- 45) BCN. Periodo 1990- Reconstrucción democrática [Internet]. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Disponible en: https://www.bcn.cl/historiapolitica/hitos_periodo/detalle_periodo.html?per=1990-2022
- 46) Villasana López PE, Dörner Paris AP, Estay Sepúlveda JG, Moreno Leiva GM, Monteverde Sanchez A. Zonas de Sacrificio y Justicia Ambiental en Chile. Una Mirada Crítica desde los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030. *HALAC* [Internet]. 17 de diciembre de 2020 [citado 16 de junio de 2023];10(3):342-65. Disponible en: <https://www.halacsolcha.org/index.php/halac/article/view/492>
- 47) Inglés H. R. Políticas Públicas sobre envejecimiento. En: Palomo I, Giacaman R, editores. *Envejecimiento: demografía, salud e impacto social*. Editorial Universidad de Talca; 2016. p. 27-42.
- 48) United Nations Women. Global Database on Violence against Women [Internet]. UN WOMEN. 2016. Disponible en: <https://evaw-global-database.unwomen.org/en/countries/americas/chile/1991/servicio-nacional-de-la-mujer>
- 49) Urriola C, Infante A, Aguilera I, Ormeño H. La reforma de salud chilena a diez años de su implementación. *Salud Pública México* [Internet]. 28 de septiembre de 2016 [citado 13 de enero de 2022];58(5):514-21. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8240>
- 50) Rodríguez Tapia JC, Russo Namias MA, Carrasco Gorman MP. Políticas públicas para una población que envejece: panorama y propuestas para el sistema de salud chileno. *Cent Políticas Públicas UC*. 2017;12(92):1-12.
- 51) Ministerio de Salud. LEY No 19.966: establece un régimen de garantías en salud [Internet]. LEY NUM. 19.966 agosto, 2004 p. 1-18. Disponible en: <http://bcn.cl/2aulq>
- 52) Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Manual de Aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor [Internet]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/ab1f81f43ef0c2a6e04001011e011907.pdf>
- 53) Ministerio de Salud (MINSAL). Actualización Manual de Geriatría para Médicos. Primera Edición. Ministerio de Salud Subsecretaría de Salud Pública División de Prevención y Control de Enfermedades/ Departamento de Ciclo Vital. Chile, 2019. p. 444.
- 54) Ministerio de Salud. OE 4: Ciclo Vital Mejorar el estado de salud funcional de los adultos mayores. En: *Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020*. Santiago de Chile, 2011. p.181-6.
- 55) SENAMA. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores [Internet]. Ministerio de Desarrollo Social; 2017 [citado 8 de enero de 2022]. Disponible en: <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Ratificacion-Conv-Interamericana-Prot-Derechos-Pers-Mayores.pdf>
- 56) Ministerio de Relaciones Exteriores. Decreto 162: Promulga la convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores [Internet].

- sep 1, 2017. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1108819>.
- 57) Ministerio de Salud (MINSAL). Orientación Técnica de atención integral para personas mayores frágiles en Unidades geriátricas de Agudos (UGA). Chile, 2018
- 58) Ministerio de Salud (MINSAL). Nuevas expresiones para referirse a las personas mayores [Internet]. Subsecretaría de Salud Pública División Prevención y Control de Enfermedades Departamento de Ciclo Vital; Chile, 2018. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/09/NUEVAS-EXPRESIONES-PARA-REFERIRSE-A-LAS-PERSONAS-MAYORES-PDF.pdf>
- 59) Calvo E. Capítulo 4: Envejecimiento positivo. En Diplomado a Distancia en Gerontología Social; 2013. p. 48-62.
- 60) Albala, C. El envejecimiento de la población chilena y los desafíos para la salud y el bienestar de las personas mayores. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2020; 31(1), 7-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.12.001>
- 61) Navarro V. ¿Qué es una política nacional de salud? CELA Cent Estud Latinoam Justo Arosemena. 2008;39-58.
- 62) Organización Mundial de la Salud (OMS). Década de Envejecimiento Saludable 2020-2030 [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action?sfvrsn=b4b75ebc_25
- 63) Villasana López PE, Monteverde Sánchez A, Vergara Lasnibat F. Derecho a la Salud y neoliberalismo en Venezuela y América Latina: Crónica incompleta de una narrativa en disputa (1960 - 2021): Right to Health and Neoliberalism in Venezuela and Latin America: Incomplete Chronicle of a Disputed Narrative (1960 - 2021). *Revfil [Internet]*. 30 de enero de 2022 [citado 27 de julio de 2023];39(100):378 -397. Disponible en: <https://www.produccioncientificaluz.org/index.php/filosofia/article/view/37643>.
- 64) Carmona Moreno LD. La determinación social, una visión epistemológica para comprender el proceso salud-enfermedad. *Revista Ciencias de la Salud*. 2020; 18(Especial), 1-17. Disponible en: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.9135>.