Núcleo Envejecimiento 2050

Envejecimiento 2050

De las diez propuestas a la agenda de la Comisión de Salud

El ser humano al centro

Comisión de Salud, Senado de la República · Santiago, 28 de septiembre de 2026

Dr. Sebastián Zamorano Vidal

Cirujano Dentista · Magíster en Bioética · Doctorando en Salud Pública

Coordinador del Centro de Políticas Públicas en Salud, Facultad de Medicina y Salud, Universidad Finis Terrae



Universidad Finis Terrae

Centro de Políticas Públicas en Salud



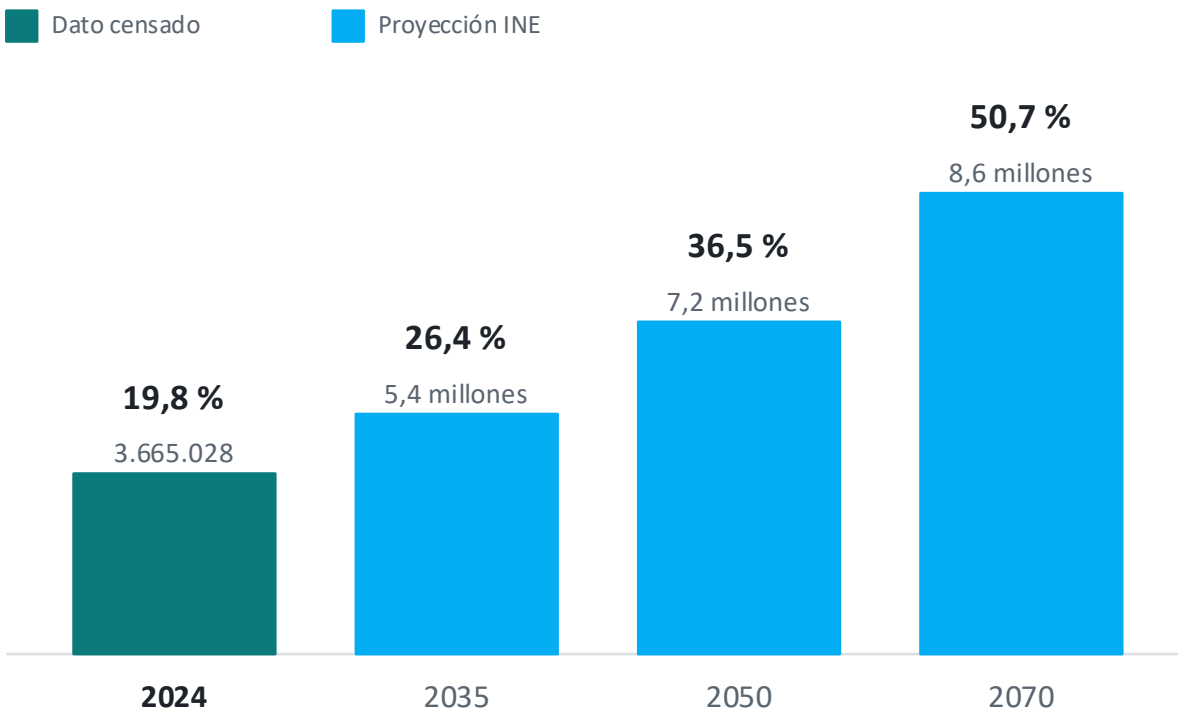
Universidad Finis Terrae

Centro Transdisciplinar en Longevidad Funcional - Vitalia Finis

En 2050 una de cada tres personas tendrá 60 años o más

Una cifra observada, el Censo 2024, y tres proyectadas por el INE en su serie con base en ese censo, publicada el 28 de enero de 2026.

Personas de 60 años o más: porcentaje de la población total y número de personas



Para 2050 el INE informa 7.235.472 personas de 60 años o más. Las demás cifras de personas proyectadas resultan de aplicar el porcentaje de cada año a la población total proyectada: 20.643.490 en 2035 y 16.972.558 en 2070.

2028

punto de cruce

Por primera vez habrá más personas de 65 años o más que menores de 15, y las defunciones superarán a los nacimientos.

2035

máximo poblacional

20.643.490 personas. Ese mismo año comienza a descender la población de 15 a 64 años, y desde 2036, la población total.

0,99

hijos por mujer en Chile

Tasa de fecundidad 2025, provisional y mínimo histórico. América Latina y el Caribe, 1,8; el mundo, 2,25; el nivel de reemplazo, 2,1.

2,07 millones

personas de 80 años o más en 2050

3,22 veces las 642.314 de 2024 en la misma serie. Casi todas ya están vivas y censadas: no depende de la fecundidad futura.

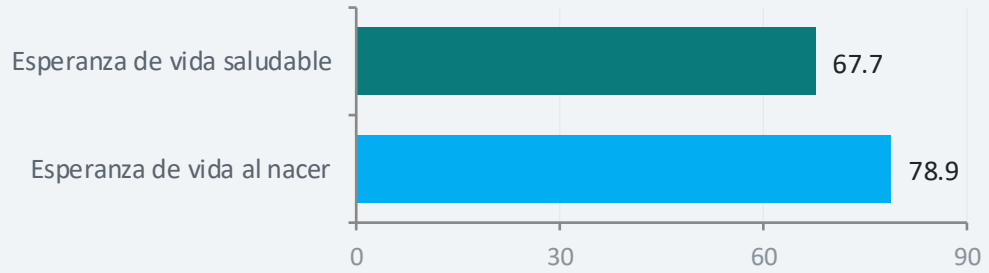
INE, Censo 2024 y Estimaciones y proyecciones de población base Censo 2024 (28 de enero de 2026); Estadísticas Vitales 2025, provisionales. CEPAL, Observatorio Demográfico 2025 (América Latina y el Caribe, 2024); Naciones Unidas, World Population Prospects 2024 (mundo).

Vivir más exige prevenir el deterioro y asegurar la continuidad de los cuidados

Chile necesita anticipar la pérdida de funcionalidad y asegurar la continuidad de los cuidados cuando esa pérdida ocurre. Las propuestas del Núcleo y los hallazgos sobre ELEAM muestran dónde empezar.

Desafío 1

Se viven más años, y una parte de ellos con pérdida de salud

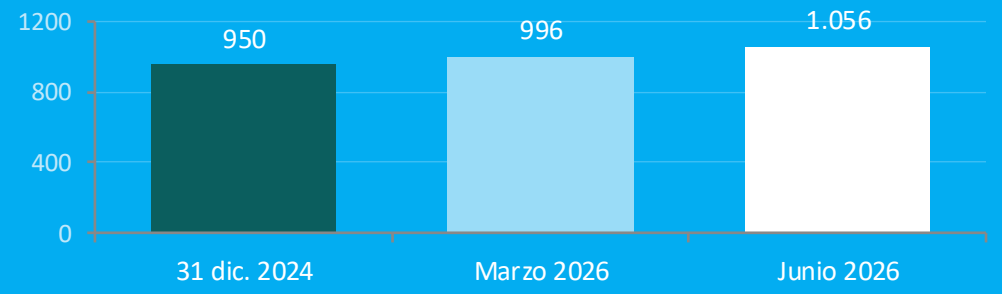


La esperanza de vida saludable descuenta los años vividos con enfermedad según su severidad.

cerca de 11 años de diferencia entre ambos indicadores, serie 2021 de la OMS

Desafío 2

Pacientes sociosanitarios: personas con alta médica vigente que permanecen hospitalizadas por falta de una alternativa de cuidados



En 137 establecimientos; 71 de cada 100 tienen 60 años o más y cerca de un tercio está judicializado.

de 8,3 % a 21,8 % crecieron los hogares unipersonales entre 1992 y 2024

OMS, Global Health Estimates, serie 2000-2021 (2024). Pacientes sociosanitarios: DIPRES, evaluación del programa Camas Sociosanitarias, dato al 31 de diciembre de 2024, y Subsecretaría de Redes Asistenciales, marzo y junio de 2026. INE, Censos 1992 y 2024.

Un Delphi modificado con 24 integrantes

Los problemas emergieron del discurso de la sesión exploratoria, transcrita y analizada cualitativamente, y el panel votó sobre lo que el propio panel planteó, en tres sesiones presenciales entre mayo y julio de 2026 y dos rondas anónimas en línea. El panel votó enunciados; las diez propuestas, con su organismo, instrumento, financiamiento e indicador, las elaboró después el equipo del Núcleo.

Participaron dos exministros de Salud de administraciones distintas, dos exdirectoras nacionales de SENAMA, un exsuperintendente de Salud, dos exparlamentarios, dos presidencias gremiales, dos autoridades municipales y académicos de la Universidad Finis Terrae y de otras dieciséis instituciones.



Sesión 1 · Exploratoria



Sesión 2 · Devolución de resultados



Sesión 3 · Rutas de implementación

16 y 22

Enunciados votados en la primera y en la segunda ronda

4

Ámbitos: salud, trabajo, educación y transversales

8

Núcleos prioritarios elegidos por votación

10

Propuestas elaboradas sobre esos acuerdos

El enunciado más priorizado de la ronda final

“Tratar el envejecimiento como una variable de planificación de toda la política pública a lo largo del curso de vida, y no como la gestión de la vejez.”

Envejecimiento 2050, sección 3 y página 2. Criterio de consenso en ambas rondas: mediana igual o superior a 4 y rango intercuartílico igual o inferior a 1. Pasos que siguen: audiencias en las carteras y comisiones con competencia sobre cada propuesta, participación en la Política Nacional de Envejecimiento que manda la Ley N° 21.822 y validación con organizaciones de personas mayores y de personas cuidadoras.

Diez propuestas presentadas; hoy, las de competencia sanitaria

Seis de las diez dependen en todo o en parte del Ministerio de Salud y de la red asistencial; las cuatro restantes se presentan en las comisiones y carteras correspondientes.

Dentro de la competencia sanitaria: seis propuestas

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

Piloto evaluable · Subsecretaría de Redes Asistenciales

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

Fortalecimiento de política existente · Salud Pública y Redes

3 **Salud mental, soledad no deseada y bienestar emocional**

Piloto evaluable · Salud mental y atención primaria, con municipios

10 **Datos, evidencia y comunicación para una nueva longevidad**

Agenda de evidencia · Ministerio de Salud y Subsecretaría de Previsión Social

8 **Formación multidisciplinar en envejecimiento en todas las mallas**

En lo sectorial: competencias y dotación · Salud, Educación y la Comisión Nacional de Acreditación

5 **Cuidadores como agentes de apoyo vital**

Dos rutas: respiro para el cuidado no remunerado y certificación para el remunerado

En otras comisiones y carteras

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

6 Emprendimiento con propósito y personas mayores como sujetos de crédito · Economía y Hacienda

7 Alfabetización para la nueva longevidad a lo largo del curso de vida y combate al edadismo · Desarrollo Social y Educación

9 El envejecimiento como variable de toda la planificación pública y privada · Secretaría General de la Presidencia

La propuesta 9 recoge el enunciado más priorizado por el panel y la 1 fue el más priorizado en salud. Cada una distingue lo que puede iniciarse por vía administrativa, lo que requiere recursos y lo que podría requerir ley; el detalle está en el anexo.

Envejecimiento 2050, sección 6, matriz de decisiones. Lo que pedimos a esta Comisión son sus propias herramientas: solicitud de antecedentes e informes, comparecencia de funcionarios, audiencias, recomendaciones y seguimiento en su agenda (arts. 38 y 39 del Reglamento del Senado; art. 9 de la Ley N° 18.918).

Propuestas 1 y 2: atención integrada y longevidad saludable

Ambas ordenan oferta que ya opera. La primera reúne en una sola ruta el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP), los programas de demencia y la atención domiciliaria; la segunda fortalece el Examen de Medicina Preventiva (EMP).

1 Red progresiva de atención geronto-geriátrica anclada en la atención primaria

Qué se propone

Un control de salud con una sola ruta: medir la capacidad intrínseca (memoria, movilidad, nutrición, visión, audición y ánimo), profundizar cuando algo falla y definir un plan único. Es la ruta ICOPE de la OMS adaptada a la red chilena.

Antecedente de evidencia

La evaluación geriátrica integral reduce la institucionalización en personas mayores hospitalizadas: 29 ensayos y 13.766 pacientes (Ellis et al., 2017). No mide su efecto en la atención primaria chilena, que es lo que el piloto debe evaluar.

Qué falta decidir

El diseño del piloto: población, prestaciones, responsables, financiamiento y evaluación.

Solicitud a la Comisión

Solicitar a Redes Asistenciales la oferta existente, las brechas de coordinación y la factibilidad del piloto, con responsables y estimación de recursos.

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

Qué se propone

Fortalecer la cobertura efectiva del EMP, ya garantizado entre los 15 y los 64 años, y evaluar componente por componente un módulo para los 45 a 64 años, con continuidad en el EMPAM desde los 65.

Antecedente de evidencia

Hasta alrededor del 45 % de los casos de demencia podría prevenirse o retrasarse actuando sobre catorce factores modificables (Livingston et al., 2024). A los 60 años un hombre vivirá 19,7 años más y una mujer 23,2, pero solo 5,3 y 3,9 de ellos con al menos 20 dientes (Danke et al., 2026).

Qué falta decidir

Para cada componente: utilización de instrumentos validados en Chile, intervención efectiva y capacidad de respuesta de la red.

Solicitud a la Comisión

Solicitar a Salud Pública la cobertura del EMP con denominadores definidos y la evaluación de los componentes, sus beneficios, riesgos y capacidad de respuesta.

Envejecimiento 2050, fichas de las propuestas 1 y 2 (anexo). Organización Mundial de la Salud, ICOPE, 2.ª edición (2025); Ellis et al., Cochrane (2017); Livingston et al., Lancet Commission (2024); Danke et al. (2026), dentición funcional definida como 20 dientes o más.

Propuestas 3, 8 y 10: conexión social, capital humano y datos

Tres propuestas de competencia del Ministerio de Salud, con la Subsecretaría de Previsión Social, el Ministerio de Educación y los municipios. La de datos es la que el incendio de Pitrufquén volvió más urgente: sin registro común no se sabe cuántos establecimientos existen ni quién vive en ellos.

3 Salud mental, soledad no deseada y bienestar emocional

Qué se propone

Un piloto que distinga soledad, aislamiento y trastorno de salud mental y conecte la pesquisa con una respuesta disponible, en el marco de la Ley N° 21.331.

Qué falta decidir

Un instrumento validado en Chile: varios de los que se usan no lo están. Y la oferta que recibe a quien resulta pesquisado.

Solicitud a la Comisión

Solicitar al Ministerio de Salud si la atención primaria dispone de ese instrumento y qué respuesta está disponible tras la pesquisa.

8 Formación multidisciplinar en envejecimiento en todas las mallas

Qué se propone

Un marco nacional de competencias en envejecimiento, graduado por disciplina, con adopción en perfiles de egreso, estándares sectoriales y educación continua.

Qué falta decidir

El reparto de atribuciones entre el Ministerio de Salud, las universidades y la Comisión Nacional de Acreditación, cuya acreditación obligatoria de carreras solo alcanza a las que la ley señala.

Solicitud a la Comisión

Solicitar al Ministerio de Salud los antecedentes sobre dotación con formación en personas mayores por Servicio de Salud.

10 Datos, evidencia y comunicación para una nueva longevidad

Qué se propone

Un inventario de fuentes, responsables, enlaces existentes y brechas, y sobre esa base decidir un estudio longitudinal chileno comparable con las cohortes internacionales.

Qué falta decidir

Qué enlaces existen hoy y cuáles faltan: el inventario precede a cualquier afirmación sobre el estado del sistema y a cualquier enlace de microdatos.

Solicitud a la Comisión

Solicitar al Ministerio de Salud y a Previsión Social ese inventario y el estado de la decisión sobre un estudio longitudinal.

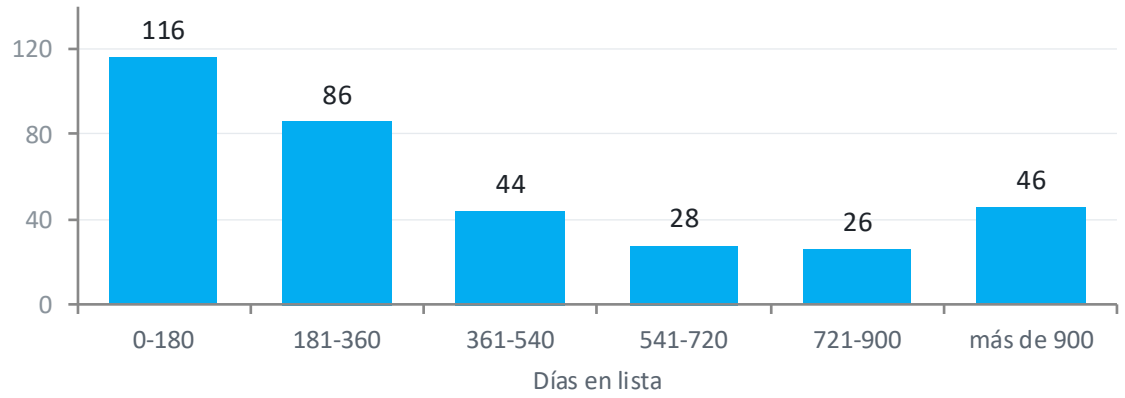
Envejecimiento 2050, fichas de las propuestas 3, 8 y 10 (anexo). Ley N° 21.331, sobre protección de los derechos de las personas con enfermedad mental; SENAMA, Comunas Amigables (2025); Villalobos y Guzmán (2021); Institute of Medicine (2008).

La demanda registrada comienza antes de la lista de espera

La Nota Técnica N° 3 del Centro de Políticas Públicas en Salud reconstruyó la oferta pública de Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEAM) con tres respuestas de acceso a la información del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) y del Instituto Nacional de Estadísticas, con corte al 31 de julio de 2026.

Quién espera, y cuánto

Las 346 personas en lista de espera según días acumulados al 31 de julio de 2026



143

de esas 346 personas llevan más de 365 días esperando, y 46 más de 900

29 de cada 100

postulaciones se cerraron por fallecimiento antes de ingresar a la lista, entre 2019 y julio de 2026: 1.118

Qué financia el Estado, y qué queda fuera

6.766 plazas

Escenario base, en un rango de 6.605 a 6.766: 1.318 de red propia en 23 establecimientos de SENAMA y 5.448 subsidiadas en 147 hogares, el 80,5 % del total.

993 y cerca de 500

Establecimientos con autorización sanitaria vigente y detectados sin ella; no hay dato público de cuántas personas viven en estos últimos

1,32 frente a 1,85

Plazas por cada 1.000 personas de 60 años o más en las regiones Metropolitana y de Valparaíso, frente al promedio del país

SENAMA, Cartas N° 2032 y 2068 de 2026; Censo 2024; Ministerio de Salud (17 de septiembre de 2026). Al corte hay 1.301 postulaciones vigentes: 346 en lista y 955 en trámite. La razón de plazas compara plazas de 2026 con población censada en 2024: es descriptiva y no una cobertura de la necesidad. De los 1.901 egresos de la red propia, 1.745 fueron por fallecimiento, el 91,8 % del período y no una tasa anual. Escenario a 2050 y conciliación de registros en el anexo.

Identificar, proteger y conectar las residencias con la red de salud

El ser humano al centro

Las veinte medidas de la nota se agrupan en cinco prioridades de decisión y continúan cuatro de las diez propuestas del Núcleo, bajo el artículo 12 de la Convención Interamericana sobre los derechos de las personas mayores. Las que siguen dependen del Ministerio de Salud o de la red asistencial, y casi todas se adoptan por instructivo, resolución, reglamento, convenio o glosa presupuestaria.

Prioridad de la nota	N°	Medida	Responsable
Conocer la oferta utilizable	15	Completar la nómina de establecimientos con autorización sanitaria, ya publicada, con formato reutilizable, plazas autorizadas, vigencia e identificador único compatible con el listado de SENAMA y el directorio censal	Ministerio de Salud
Conocer la oferta utilizable	19	Publicar, por servicio de salud, el número de personas de 60 años o más con alta médica indicada y egreso pendiente por causa social, y sus días cama	Ministerio de Salud
Proteger a los residentes	18	Asignar a cada establecimiento residencial un centro de atención primaria de referencia y un servicio de salud responsable del apoyo geriátrico y paliativo	Ministerio de Salud, con la atención primaria municipal
Proteger a los residentes	17	Poblar los indicadores de resultado que ya contienen los Estándares de Calidad de 2019, con dotación por turno de presencia y denominador de días residente	SENAMA y Ministerio de Salud
Reconocer toda la espera	5	Incorporar identificador de caso, edad, dependencia al ingreso y origen de la derivación a la nómina y a la plataforma de postulación	SENAMA, con el Ministerio de Salud

Recomendación 20: regularización segura de los establecimientos no catastrados

Programa de regularización progresiva y acompañada que, asegurada la capacidad de acogida por región y publicado un criterio escrito de riesgo vital, certifique en todo establecimiento conocido la detección de humo, las vías de evacuación y la presencia continua de una persona cuidadora despierta en cada turno, y clasifique por riesgo. Ese mínimo es una recomendación del Núcleo y no una exigencia vigente con ese alcance; definir su instrumento y sus recursos es parte de lo que pedimos evaluar. Donde concurra riesgo vital el cierre no se difiere y la reubicación queda a cargo del Estado, con cupo asegurado y registro nominal del destino. La inscripción identifica al prestador y no lo autoriza.

Nota Técnica N° 3, Tabla 8 (cinco prioridades) y Tabla 9 (responsable, instrumento, plazo y recursos); síntesis de las medidas, no transcripción literal. DS N° 20/2021 del Ministerio de Salud, arts. 10 y 15, con el texto del DS N° 6/2025, que sustituyó la referencia a detectores por una remisión a la normativa urbanística y reformuló la dotación; DS N° 93/2003; Ley N° 21.805, arts. 38 a 41; Convención Interamericana, art. 12 (Decreto N° 162 de 2017).

Decisiones inmediatas y plazos regulatorios hasta 2030

Un ciclo administrativo y dos plazos fijados en normas vigentes, cada uno con su organismo responsable en el sector salud y con una pregunta que esta Comisión puede hacer hoy. Estado normativo al 28 de septiembre de 2026.

Ventana	Instrumento	Qué se decide ahí	Qué puede preguntar la Comisión
Octubre a diciembre de 2026	**Ciclo administrativo · Programación anual de la atención primaria**	En las orientaciones programáticas 2027 y en las normas técnicas del Examen de Medicina Preventiva se define qué hace la red el año siguiente.	Solicitar a Redes Asistenciales y a Salud Pública si contemplan la ruta integrada, el módulo de 45 a 64 años y la orientación sobre soledad no deseada.
Febrero de 2027	**Plazo legal · Reglamentos de la Ley N° 21.805, que crea el Sistema de Apoyos y Cuidados**	Ahí se define la inscripción del tramo residencial en el Registro de Prestadores, que identifica al prestador pero no lo autoriza a funcionar.	Solicitar al Ministerio de Salud cómo se articulará esa inscripción con la autorización sanitaria, para que no se dupliquen ni se contradigan.
Octubre de 2028 y de 2030	**Plazo reglamentario · Disposiciones transitorias del DS N° 20/2021, Reglamento de ELEAM**	El régimen transitorio concede tres años para la dotación del artículo 15 y cinco para la seguridad contra incendios, y alcanza también a establecimientos en proceso de autorización.	Solicitar cuántos no cumplen hoy, por región y tamaño, y recomendar separar lo que protege la vida, que no admite plazo, de las obras, que sí lo admiten.

Lo que proponemos: un mismo criterio para el establecimiento autorizado y para el que no lo está

Proponemos que lo que compromete la vida, detección de humo, vías de evacuación y una persona cuidadora despierta en cada turno, se exija de inmediato a todo establecimiento conocido, y que el plazo quede solo para las obras. El precedente comparado que respalda ese criterio está en el anexo.

Ley N° 21.805 (16 de febrero de 2026), arts. 38 a 41, y Ley N° 21.835 (14 de agosto de 2026); DS N° 20/2021 del Ministerio de Salud, art. 15 y disposiciones transitorias, con el texto del DS N° 6/2025.

Invitación: seminario a tres meses del incendio de Pitrufquén

La Universidad Finis Terrae convoca este seminario e invita a esta Comisión a participar. Revisará, con las autoridades competentes, qué avanzó en esos tres meses y qué quedó pendiente, y dejará por escrito una ruta común en residencias y en envejecimiento hacia 2050.

Viernes 11 de diciembre de 2026

De 9:00 a 11:00 horas

Organiza el Centro de Políticas Públicas en Salud de la Universidad Finis Terrae. La sede será la Universidad, y queda abierta a realizarse en el Congreso Nacional si la Comisión así lo prefiere.

2 horas

tres bloques de cuarenta minutos, con tiempo de preguntas en cada uno

1 documento

un borrador de ruta común al cierre de la sesión, y su versión validada después

Programa que proponemos

1 Qué cambió en tres meses

Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Familia y SENAMA: regularización de los establecimientos detectados sin autorización, estado de la nómina y avance de los reglamentos de la Ley N° 21.805.

2 Qué muestran los registros

Núcleo Envejecimiento 2050 y otros centros académicos: oferta, espera, pacientes sociosanitarios y las brechas de información que persisten.

3 Qué ruta se construye hacia 2050

Mesa con parlamentarios, gremios, municipios y organizaciones de personas mayores y de personas cuidadoras, que el panel del Delphi no incorporó.

La Universidad asume la convocatoria, la relatoría y la publicación posterior de los acuerdos en la Serie Notas Técnicas del Centro de Políticas Públicas en Salud. La participación de la Comisión es una invitación abierta.

El incendio del hogar El Edén, en Villa Comuy, comuna de Pitrufquén, Región de La Araucanía, ocurrió la noche del viernes 11 de septiembre de 2026 y costó la vida a 16 de las 26 personas que residían allí; el establecimiento no contaba con autorización sanitaria. Contacto para la coordinación: szamorano@uft.cl.

Qué puede acordar hoy esta Comisión

Tres tipos de acuerdo dentro de sus atribuciones: solicitar antecedentes, convocar una audiencia y agendar el seguimiento. El artículo 9 de la Ley N° 18.918 obliga a los organismos a proporcionar los antecedentes que la Comisión solicite; los treinta días son un plazo que proponemos.

	Acuerdo solicitado	Instrumento, destinatario y plazo propuesto	Respuesta que permitiría avanzar
1	**Solicitar antecedentes · Atención integrada de la persona mayor en la atención primaria**	Oficio a la Subsecretaría de Redes Asistenciales · plazo propuesto: 30 días	Cobertura por Servicio de Salud del EMPAM, la ECICEP y la atención domiciliaria, y factibilidad de un piloto de ruta integrada.
2	**Solicitar antecedentes · Cobertura efectiva del Examen de Medicina Preventiva**	Oficio a la Subsecretaría de Salud Pública · plazo propuesto: 30 días	Cobertura del examen por comuna y tramo de edad, y calendario de revisión de sus orientaciones técnicas.
3	**Solicitar antecedentes · Pacientes sociosanitarios**	Oficio al Ministerio de Salud · plazo propuesto: 30 días	Los cortes ya levantados, con definición de caso y días desde el alta por Servicio de Salud, y su publicación periódica.
4	**Convocar una audiencia · Continuidad y seguridad del cuidado residencial**	Audiencia al Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Familia y SENAMA · octubre o noviembre de 2026	Qué medidas de seguridad son hoy exigibles y a qué establecimientos, quién coordina la protección de residentes ante un cierre y qué requiere ley.
5	**Agendar el seguimiento · Remisión a Presupuestos y revisión de respuestas**	Acuerdo de la propia Comisión · remisión inmediata y revisión en noviembre de 2026	Remitir desde ahora los antecedentes a la Comisión Especial Mixta de Presupuestos y, en noviembre, distinguir lo administrativo, lo que requiere financiamiento, lo que puede originarse en moción y lo de iniciativa presidencial.

Artículos 38 y 39 del Reglamento del Senado y artículo 9 de la Ley N° 18.918, Orgánica Constitucional del Congreso Nacional. La fiscalización de los actos del Gobierno corresponde a la Cámara de Diputadas y Diputados (Constitución Política, arts. 52 y 53). Las preguntas asociadas a las propuestas 3, 8 y 10 están en el anexo.

Muchas gracias

Quedamos a disposición de la Comisión para los antecedentes que requiera y para el seguimiento que acuerde.

Dr. Sebastián Zamorano Vidal

Coordinador del Centro de Políticas Públicas en Salud, Universidad Finis Terrae
szamorano@uft.cl

Envejecimiento 2050
Propuestas para planificar un Chile longevo
drive.google.com/file/d/1LIRyPjzCzHGnOnRyWOLd4B4Yrix72srT

Nota Técnica N° 3
ELEAM: oferta pública, demanda registrada y espera
drive.google.com/file/d/1mvjJHIeD2M6NveT4FBytZdCC6AEiKJP

Documentos entregados a la Comisión

Zamorano Vidal S, Caro Cassali JC, Matamala Grabau D, Molina Yons JC. Envejecimiento 2050: propuestas para planificar un Chile longevo. Síntesis del proceso Delphi y recomendaciones de política pública 2026-2030. Santiago: Núcleo Envejecimiento 2050, Universidad Finis Terrae; 2026.
Zamorano Vidal S, Caro Cassali JC, Moya Rivera P, Duhalde Correa N, Starck Aguilera N, Molina Yons JC. Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores en Chile: oferta pública, demanda registrada y espera. Serie Notas Técnicas CPPS 2026, N° 3. Santiago: Universidad Finis Terrae; 2026.

Anexo de respaldo

Material para responder durante las preguntas; no forma parte de la exposición oral.



1. Antecedentes solicitados por propuesta, con el instrumento y la naturaleza de cada decisión
2. Fichas completas de las propuestas 1, 2, 3, 10 y 8, tal como están en el libro Envejecimiento 2050
3. Alcance y límites de lo que presentamos
4. ELEAM: cobertura por región y escenario de razón constante a 2050
5. ELEAM: conciliación de las 3.802 postulaciones, causales de salida y días en lista

En las fichas transcritas se conserva la expresión “primer acto exigible” del libro; en esta exposición se presenta como primer hito administrativo verificable.

Anexo: antecedentes solicitados y naturaleza de cada medida

Qué se pregunta por cada una de las seis propuestas de competencia sanitaria y por el bloque ELEAM, y de qué tipo es la decisión que sigue: lo que puede iniciarse con las competencias administrativas vigentes, lo que requiere recursos adicionales y lo que podría requerir modificación legal. Mencionar un presupuesto existente no demuestra que tenga disponibilidad para absorber prestaciones nuevas.

Propuesta	Destinatario	Antecedente solicitado	Naturaleza de la decisión que sigue
1	Redes Asistenciales	Oferta existente, brechas de coordinación y factibilidad del piloto, con población, prestaciones, responsables y estimación de recursos.	Administrativo para el diseño; recursos adicionales para ejecutar el piloto.
2	Salud Pública, con Redes Asistenciales	Cobertura del Examen de Medicina Preventiva con denominadores definidos y evaluación de cada componente del módulo de 45 a 64 años.	Administrativo para evaluar; recursos adicionales si se adopta a escala nacional.
3	Salud mental y atención primaria, con municipios	Instrumento validado en Chile, oferta disponible tras la pesquisa y comunas con programa de salud mental y red comunitaria activa.	Administrativo para la orientación técnica y los convenios; recursos adicionales para el piloto.
8	Ministerio de Salud, con Educación y la Comisión Nacional de Acreditación	Dotación con formación en personas mayores por Servicio de Salud, y estado del marco de competencias.	Administrativo en estándares sectoriales; la acreditación obligatoria solo alcanza a las carreras que la Ley N° 20.129 señala.
10	Ministerio de Salud y Subsecretaría de Previsión Social	Inventario de fuentes, responsables, enlaces existentes y brechas, y estado de la decisión sobre un estudio longitudinal.	Administrativo para el inventario; el enlace de microdatos depende de la habilitación legal de cada fuente.
5	Desarrollo Social y Familia y SENAMA, con el Ministerio de Salud	Cómo quedan definidas en los reglamentos de la Ley N° 21.805 las dos rutas del cuidado, remunerado y no remunerado, y el tramo residencial.	Reglamentario; los cuidados de respiro y la certificación de aprendizajes requieren recursos adicionales.
ELEAM	Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Familia y SENAMA	Avance reglamentario, fiscalización, registro, regularización y alternativas de cuidado o reubicación.	Diferir plazos de planta física y asegurar reubicación con cupo comprometen gasto y pueden requerir habilitación legal adicional.

Envejecimiento 2050, fichas de las propuestas 1, 2, 3, 5, 8 y 10; Nota Técnica N° 3, sección 5. Ley N° 20.129 sobre aseguramiento de la calidad de la educación superior.

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**

Tipo de decisión y organismo	Piloto evaluable. Ministerio de Salud (Redes Asistenciales).
La 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.
Brecha que se resuelve	La oferta existe (EMPAM, ECICEP, Más Adultos Mayores Autovalentes, Plan Nacional de Demencia, unidades de memoria, atención domiciliaria), pero opera con puertas de entrada distintas y sin una ruta única centrada en la capacidad funcional. El propio Plan Nacional de Salud Integral para Personas Mayores identifica la provisión de servicios y el fortalecimiento de la red de atención como ejes pendientes (MINSAL, 2021). Falta continuidad, contrarreferencia y capacidad de respuesta financiada que articulen esos dispositivos en una sola trayectoria de atención.
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); 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), que no llegó a escalar a una implementación nacional sostenida.
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).
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.
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).

Envejecimiento 2050, ficha de la Propuesta 1 (pp. 26-28), transcrita; "primer acto exigible" se presenta en la exposición como primer hito administrativo verificable.

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**

Tipo de decisión y organismo	Fortalecer política existente. Ministerio de Salud (Salud Pública).
La 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, con la meta explícita de retención dentaria en la ruta de salud bucodental, articulada con el programa de Salud Bucal MANTIENE (Ministerio de Salud, 2026).
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.
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, lo odontológico 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.

Envejecimiento 2050, ficha de la Propuesta 2 (pp. 29-32), transcrita, con el cierre del campo Qué agrega sobre dentición funcional resumido; "primer acto exigible" se presenta en la exposición como primer hito administrativo verificable.

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 Forttes Valdivia, Directora del Área de Envejecimiento y Cuidados, Flacso Chile**

Tipo de decisión y organismo	Piloto evaluable. Ministerio de Salud (Salud Mental y APS).
La 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.
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.

Envejecimiento 2050, ficha de la Propuesta 3 (pp. 33-35), transcrita; "primer acto exigible" se presenta en la exposición como primer hito administrativo verificable.

Propuesta 10. Datos, evidencia y comunicación para una nueva longevidad

Tipo de decisión y organismo	Agenda de evidencia. Ministerio de Salud y Subsecretaría de Previsión Social.
La 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.
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.

Envejecimiento 2050, ficha de la Propuesta 10 (pp. 52-54), transcrita; "primer acto exigible" se presenta en la exposición como primer hito administrativo verificable. La ficha afirma que las fuentes no están inventariadas ni enlazadas; en esta exposición esa afirmación se sustituye por lo que el inventario debe establecer, que es el alcance de los enlaces existentes y las brechas que persisten.

Propuesta 8. Formación multidisciplinar en envejecimiento en todas las mallas

Tipo de decisión y organismo	Fortalecer política existente. Ministerio de Educación y CNA; el Ministerio de Salud y los colegios profesionales en los estándares sectoriales.
La 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.
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.

Envejecimiento 2050, ficha de la Propuesta 8 (pp. 46-48), transcrita; “primer acto exigible” se presenta en la exposición como primer hito administrativo verificable.

Anexo: alcance y límites de lo que presentamos

Seis precisiones sobre el alcance de las propuestas, de las cifras y del precedente que citamos.

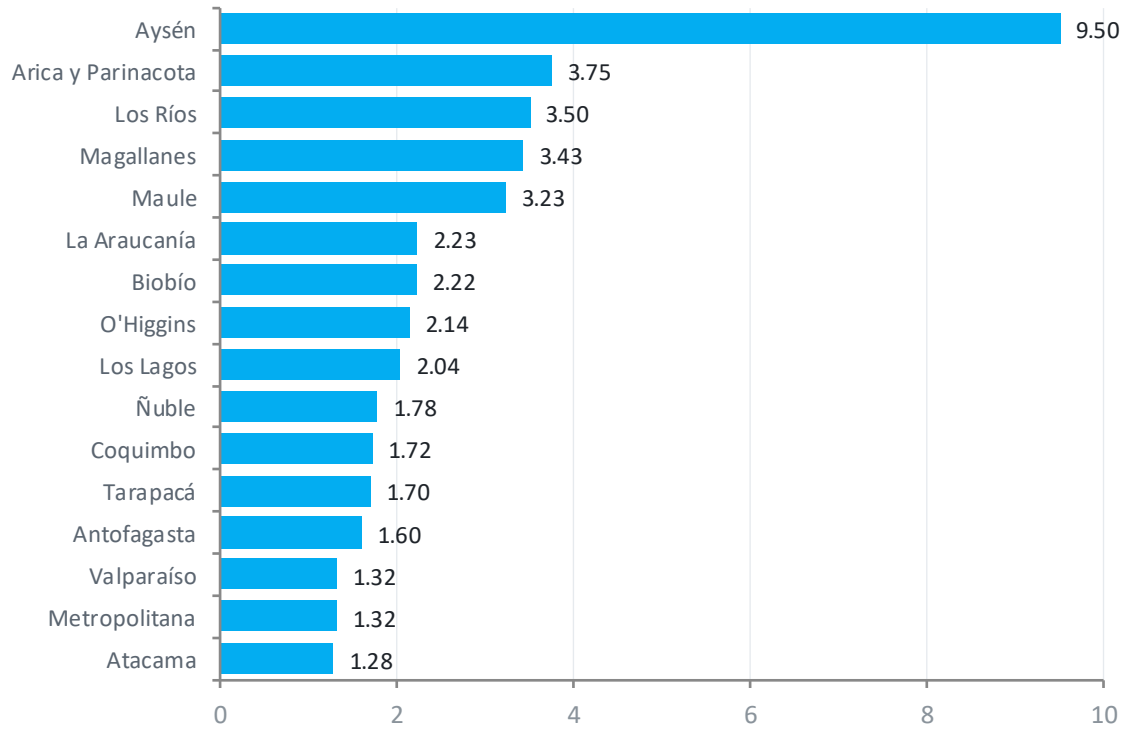
Qué agrega a los programas existentes	Ninguna propuesta crea un programa nuevo. La primera ordena en una sola ruta lo que hoy tiene puertas de entrada distintas, con un plan de cuidado único, contrarreferencia y un responsable por persona; lo que falta decidir es el diseño del piloto y su evaluación, no la creación de prestaciones.
Qué puede iniciarse y qué requiere recursos	El inventario, la orientación técnica y las normas técnicas se adoptan con competencias vigentes. Los pilotos y el módulo de 45 a 64 años requieren recursos adicionales y evaluación ex ante de DIPRES, y su financiamiento es de iniciativa del Ejecutivo. El anexo de antecedentes distingue caso por caso qué es administrativo, qué requiere recursos y qué podría requerir ley.
Alcance de la regularización que se propone	Donde concurra riesgo vital el cierre no se difiere y la reubicación queda a cargo del Estado, con cupo asegurado y registro nominal del destino. La regularización acompañada aplica al resto, con clasificación por riesgo, hitos verificables y un criterio de riesgo escrito y publicado antes de iniciar el proceso.
Universo que cubren las cifras de oferta	Las 6.766 plazas son solo las que financia el Estado, en escenario base y con un rango de 6.605 a 6.766, y no representan toda la oferta residencial del país. Hay además 993 establecimientos con autorización sanitaria vigente y cerca de 500 detectados sin ella, sin dato público de cuántas personas viven en estos últimos.
Limitación declarada del panel	El panel reunió a los ámbitos público, académico, clínico, municipal, gremial y político, pero no incorporó a personas mayores ni a personas cuidadoras en representación de su propia experiencia. La validación con sus organizaciones es uno de los pasos comprometidos por el Núcleo.
Precedente comparado que citamos	La regulación federal de residencias de Estados Unidos separa la situación de riesgo inmediato del resto de los incumplimientos: la primera debe removerse dentro del plazo previsto y, si persiste, el acuerdo del prestador con Medicare y Medicaid termina, aun cuando se haya designado un administrador temporal para removerla. No es una prórroga para mantener el peligro.

Envejecimiento 2050, fichas de las propuestas 1, 2, 3, 5, 8 y 10, y página 2 sobre la composición del panel; Nota Técnica N° 3, secciones 3 y 5; 42 CFR 488, subparte F, y State Operations Manual de los Centers for Medicare and Medicaid Services.

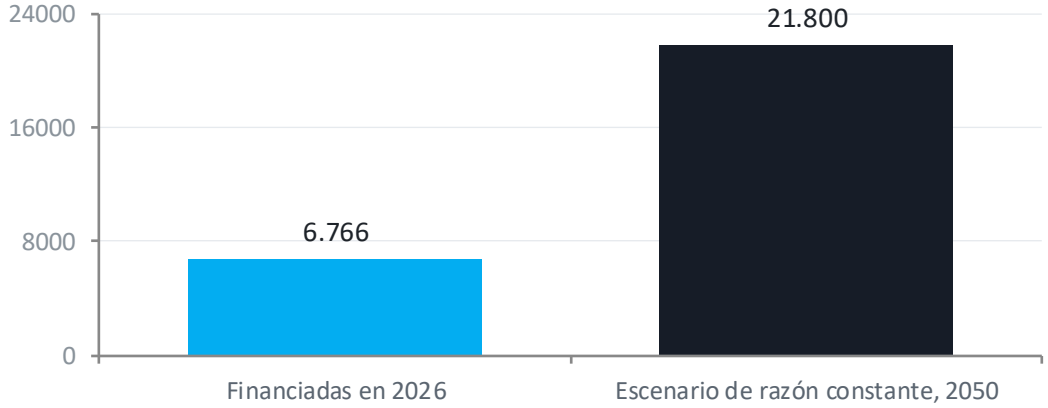
Anexo ELEAM: oferta pública y escenario 2050

La red propia opera sobre 90 % de ocupación desde 2023; 1.745 de sus 1.901 egresos entre 2015 y julio de 2026 fueron por fallecimiento. Las plazas financiadas se estiman entre 6.605 y 6.766 según el escenario; 6.766 es el escenario base.

Plazas financiadas en 2026 por cada 1.000 personas de 60 años o más (Censo 2024); el país promedia 1,85, y 1,80 en el escenario mínimo



Plazas que mantendrían en 2050 la razón actual por persona de 80 años o más



Aplica el factor 3,22 de crecimiento de la población de 80 años o más (INE, base Censo 2024) a las 6.766 plazas. Es una razón mecánica y no modela dependencia, hogares ni cuidado domiciliario.

966 plazas

igualarían a Metropolitana y a Valparaíso con el promedio nacional

600 al año

plazas del conjunto financiado exigiría ese escenario; la red propia creció 60 al año

SENAMA, Cartas N° 2032 y 2068 de 2026; Censo 2024 (INE); INE, proyecciones base Censo 2024 (2026). Nota Técnica N° 3, Tabla 5, Anexo A (escenarios de plazas) y sección 4.3.

Anexo ELEAM: conciliación de las 3.802 postulaciones

Las 3.802 postulaciones se reparten entre 1.301 vigentes al 31 de julio de 2026 (955 en etapa de postulación y 346 en lista de espera) y 2.501 salidas en la hoja nominal, de las cuales 2.424 tienen causal en el tabulado (2.277 desde la etapa de postulación y 147 desde la lista) y 77 no pueden conciliarse con los archivos entregados.

3.802 postulaciones registradas entre 2019 y julio de 2026

1.301 vigentes al corte: 955 en etapa de postulación y 346 en lista

2.501 salidas en la hoja nominal: 2.424 con causal registrada y 77 sin conciliar

El registro describe a quienes llegaron a registrarse, no la necesidad poblacional.

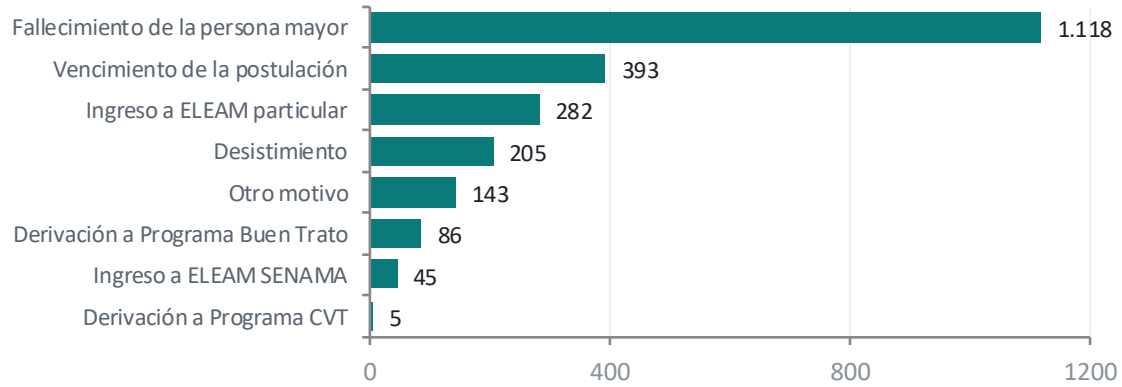
318 días

de antigüedad mediana en lista; percentil 90, 1.073 días. La espera cumplida por quien ingresó no se registra

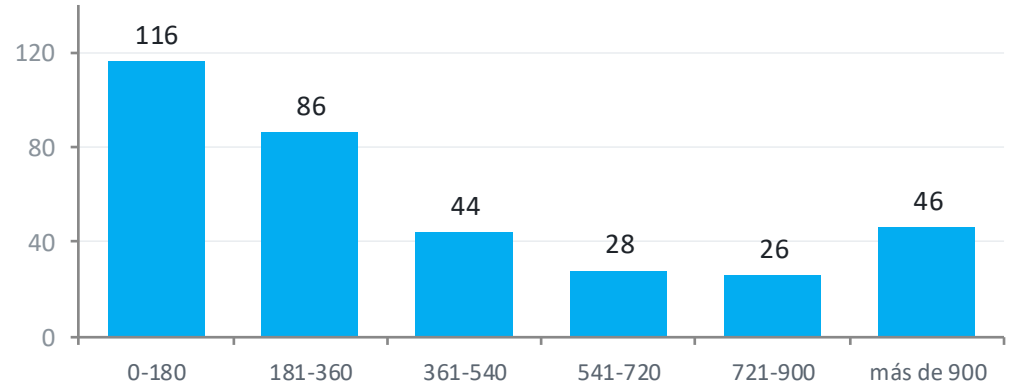
71,8 %

de los ingresos de 2024 quedaron registrados en la columna "caso VIF"; bajo 30 % hasta 2022. Es una categoría de registro

Causales registradas de las 2.277 salidas ocurridas antes de ingresar a lista



Las 346 personas en lista según días acumulados al 31 de julio de 2026; 143 superan el año



SENAMA, Carta N° 2032 de 2026, Plataforma Buen Trato/SIAC, tabulado de causales, hoja nominal y hoja de lista de espera 2026. Nota Técnica N° 3, Tabla 4, resultados 2 y 3 y Figuras 8 y A2.