

“Prevención de Salud en Personas Mayores en Chile:

Diagnóstico de Estrategias Preventivas y Recomendaciones para su Fortalecimiento”





Introducción:

El envejecimiento demográfico es un fenómeno global que ha transformado profundamente las estructuras sociales, sanitarias y económicas. Hoy, la mayoría de las personas puede aspirar a vivir más allá de los sesenta años, impulsadas por mejores condiciones de vida, mayor urbanización, acceso a educación, avances tecnológicos en salud y políticas sociosanitarias que han ampliado la expectativa de vida. Sin embargo, este progreso trae consigo nuevos desafíos: a medida que aumenta la longevidad, también se incrementa la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, la dependencia funcional y la necesidad de cuidados de largo plazo, especialmente después de los 80 años, momento en que la vulnerabilidad se intensifica de forma significativa.

Chile ha seguido esta misma trayectoria. Según los resultados preliminares del Censo 2024, la proporción de personas de 65 años o más pasó de 6,6% en 1992 a 14% en 2024¹, convirtiendo al país en uno de los más envejecidos de la región. Este proceso ha ocurrido en un contexto de marcada desigualdad social y territorial, lo que amplifica las brechas en salud y bienestar de las personas mayores. Frente a este escenario, durante las últimas décadas se han desarrollado múltiples iniciativas para promover un envejecimiento saludable, como el Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor, el Control Sano del Adulto Mayor, el Programa de Alimentación Complementaria,

el Programa Nacional de Inmunizaciones, la creación del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), la incorporación de garantías explícitas en salud, las Unidades Geriátricas de Agudos, el Plan Nacional de Demencia y, desde 2008, el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM).

Con el fin de abordar estos desafíos de manera integral, el Centro de Políticas Públicas e Innovación en Salud (CIPS-UDD), en conjunto con el Centro de Conocimiento e Investigación en Personas Mayores (CIPEM-UDD) y Caja Los Héroes, impulsó un proyecto orientado a fortalecer las estrategias de prevención en salud dirigidas a las personas mayores, con énfasis en dos intervenciones

• 1. INE (2024). Resultados preliminares del Censo de Población y Vivienda 2024: Envejecimiento de la población en Chile.



clave: la inmunización y el EMPAM. El proyecto combinó múltiples fuentes de información: revisión de evidencia nacional e internacional, análisis de registros administrativos, una encuesta poblacional nacional aplicada a personas mayores de 65 años y el trabajo de dos mesas técnicas, una dedicada al EMPAM y otra a inmunizaciones. Estas mesas reunieron a expertos, profesionales de la salud y representantes del sector público, académico y comunitario para identificar brechas, discutir alternativas y proponer recomendaciones orientadas a un modelo de prevención más efectivo y equitativo.

El EMPAM se consolidó como una herramienta clave para anticipar el deterioro funcional, evaluando dimensiones cognitivas, físicas y sociales que predicen fragilidad y dependencia. Sin embargo, su implementación enfrenta importantes limitaciones, alta demanda de tiempo y recursos y necesidad de infraestructura adecuada. Estas barreras han contribuido a una baja cobertura, que en la Atención Primaria de Salud (APS) se ha situado en torno al 55% como meta nacional durante los últimos tres años², mientras que

en el sistema privado no supera el 2%³ de la población de personas mayores. Estas brechas reducen su impacto potencial en la detección precoz y la prevención de la pérdida de autonomía. La encuesta realizada refuerza este diagnóstico, un 54% de las personas mayores declara haberse realizado el EMPAM en los últimos dos años, pero un 37% no lo ha hecho y un 7% no conoce su existencia. Entre quienes no asisten, la principal razón es la falta de información (62%). Entre quienes sí acceden, valoran positivamente la experiencia (79% lo considera muy o bastante útil), aunque persisten problemas de continuidad, un 16% recibió derivación, pero no pudo acceder por falta de horas o cupos.

A la vez, las inmunizaciones constituyen una de las estrategias preventivas más efectivas para las personas mayores, particularmente frente a enfermedades respiratorias e inmunoprevenibles asociadas a la inmunosensibilidad. Vacunas como influenza, neumococo, herpes zóster, COVID-19 y VRS han demostrado reducir hospitalizaciones, complicaciones graves y deterioro funcional. Sin embargo, persisten desafíos en cobertura, acceso, ad-

• 2. Ministerio de Salud. Orientaciones Técnicas Índice de Actividad de la APS. Años 2023 -2025.

• 3. Tegtmeier Sch R. Examen de Medicina Preventiva en Isapres abiertas. Julio 2014 a junio 2015. Resultados y Perspectivas futuras. 2016.



herencia, gestión extramural, educación sanitaria y gobernanza del Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI), especialmente en personas mayores frágiles, dependientes o con deterioro cognitivo. La encuesta confirma estos patrones, mientras la vacuna contra la influenza es ampliamente conocida (93%) y utilizada (72%), el conocimiento disminuye para neumococo (75%) y COVID-19 (58%). En el caso de COVID-19, un 41% señala haberse puesto el refuerzo reciente, y un 62% declara tener la vacuna del neumococo. En cuanto a la percepción de seguridad, también aparecen brechas relevantes: aunque un 44% considera que las vacunas son completamente seguras, un 37% expresa dudas y un 16% cree que podrían conllevar riesgos. Entre quienes reportan no vacunarse, la principal razón (53%) es la falta de confianza o el temor a efectos adversos, por sobre las barreras de acceso o dificultades logísticas.

Este documento integra el trabajo de ambas mesas técnicas, la evidencia recopilada y los hallazgos de la encuesta nacional, presentando una hoja de ruta realista para fortalecer la prevención en salud, promover un envejecimiento activo y mejorar la capacidad del sistema para acompañar a las personas mayores de manera oportuna, equitativa y digna.

A partir de esta labor, las recomendaciones se presentan en dos categorías complementarias:

Recomendaciones estructurales: Corresponden a transformaciones sostenibles en el diseño, la organización, el financiamiento y el marco normativo del sistema de salud y de protección social. Su propósito es mejorar la gobernanza, ampliar coberturas, fortalecer la equidad y asegurar la pertinencia cultural de las prestaciones preventivas dirigidas a las personas mayores. Estas recomendaciones abordan las barreras y brechas sistémicas que hoy limitan el acceso, la continuidad del cuidado y la efectividad de las estrategias preventivas tanto en el EMPAM.

Recomendaciones operacionales: como en inmunizaciones. Buscan mejorar la implementación concreta de las intervenciones preventivas, facilitando su accesibilidad, pertinencia clínica, oportunidad, seguimiento y educación sanitaria. En el caso de inmunizaciones, estas recomendaciones mantienen íntegramente el contenido técnico validado por la mesa.

Los resultados detallados de la encuesta se encuentran disponibles en la página web de CIPS UDD (gobierno.udd.cl/cips.cl).

Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM)

A. Recomendaciones estructurales:

1. Optimización y redistribución eficiente de los recursos en la APS vinculada a prestaciones dirigidas a las personas mayores.

Con un 92% de las personas mayores inscritas en el Fondo Nacional de Salud (FONASA), la APS asume la responsabilidad sustantiva de gestionar la demanda asistencial. Para ello, resulta indispensable impulsar la redistribución y optimización de los recursos disponibles, buscando una mayor eficiencia y equidad en la asignación presupuestaria que se alinee con las necesidades epidemiológicas de este segmento de la población, proponiéndose las siguientes líneas de acción:



- **Coherencia programática entre las diferentes prestaciones sociosanitarias** que contemplan las políticas públicas orientadas al bienestar de las personas mayores, a través de la estandarización de los criterios etarios y clínicos a nivel de la gestión sanitaria. Por ejemplo, entre la aplicación del EMPAM (el cual se aplica a partir de los 65 años) y otras prestaciones preventivo-resolutivas (como determinadas Garantías Explícitas en Salud oral), las cuales son accesibles desde los 60 años.
- **Identificación estratégica y formación especializada de actores comunitarios** (tales como voluntarios y líderes de organizaciones de personas mayores) en la aplicación de herramientas de tamizaje validadas y de fácil manejo destinadas a la detección precoz del riesgo de pérdida de capacidad funcional.
- **Implementar un programa de desarrollo profesional** para el tamizaje simplificado del riesgo de pérdida de la capacidad funcional, detección y manejo interdisciplinario de la fragilidad y de los componentes primordiales de la valoración geriátrica integral.
- **Vincular los recursos de la APS (como los asociados al Per Cápita y las Metas Sanitarias)** al cumplimiento de metas asociadas a los planes de cuidado que derivan de los EMPAM alterados (por ejemplo, reducción de caídas o detección temprana de fragilidad), y no solo a la cantidad de exámenes realizados.
- **Masificación del uso de sistemas de información integrados para la gestión clínica** que permitan identificar proactivamente a la población objetivo del EMPAM y convocarla para la aplicación de este examen, mejorando la oportunidad de la prestación y disminuyendo las citas perdidas. Junto a lo anterior, la información generada debe permitir la generación de modelos predictivos para identificar a las personas con mayor riesgo de pérdida de autovalencia, priorizándose su atención.
- **Fortalecimiento de la Telesalud y el monitoreo remoto**, lo cual permite disminuir la necesidad de visitas presenciales las cuales requieren más recursos logísticos y de personal.

2. Implementación de una política sostenible de cuidados para la vejez.

El diseño e implementación de una política de cuidados para la vejez constituye un pilar fundamental para dar respuesta a los desafíos que plantea el envejecimiento poblacional y las transformaciones demográficas, sociales y culturales asociadas. Avanzar en esta materia permitirá consolidar un marco institucional que reconozca el cuidado como un componente esencial del bienestar. En concordancia con la Política Nacional de Apoyos y Cuidados 2025 - 2030 (Decreto N°27) se identifican las siguientes áreas prioritarias de desarrollo:

- Diversificación, ampliación y coordinación de la oferta de apoyos y cuidados a nivel nacional y territorial.
- Fortalecimiento de los procesos y capacidades de coordinación intersectorial de las instituciones involucradas en el sistema de apoyos y cuidados.
- Fomento de la corresponsabilidad social y de género mediante la redistribución de las responsabilidades y las cargas asociadas al cuidado que históricamente han recaído desproporcionadamente en las mujeres y en el ámbito privado.
- Fortalecimiento de la integración comunitaria para la promoción de la autonomía de las personas cuidadoras y de quienes reciben apoyos y cuidados.
- Fortalecimiento de la coordinación y gestión de la oferta en materia de apoyos y cuidados a nivel municipal, a través del diseño de un sistema que permita el registro, organización y derivación de la misma, estableciendo estándares de monitoreo y evaluación continua para la calidad y equidad de la oferta.
- Posicionamiento de la APS como eje articulador del Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados, asumiendo un rol estratégico en la detección sistemática de necesidades de cuidado, mediante el tamizaje de funcionalidad, fragilidad y sobrecarga del cuidador, y en la activación oportuna de rutas de derivación hacia servicios sociales y comunitarios.



Cabemencionarqueestaúltimaáreaprioritariadedesarrollo,exigefortalecerla interoperabilidad entre los sistemas de información sanitarios y municipales, mejorar las competencias del equipo de salud en valoración geriátrica y gestión del cuidado, e incorporar herramientas de gestión de casos, considerando que la APS no solo provee atención clínica, sino que actúa como puerta de entrada, coordinador y garante de la integralidad del cuidado.

3. Vinculación del EMPAM en el diseño y generación de infraestructura sociosanitaria especializada para las personas mayores.

Si bien el EMPAM ha tenido como eje articulador la prevención de la pérdida de la capacidad funcional y la mantención de la autonomía, la oferta pública de prestaciones sociosanitarias es insuficiente para aquellas personas mayores que se encuentran en situación de dependencia o que requieren un plan de cuidados especializados ante un riesgo elevado de la pérdida de su capacidad funcional. Lo anterior, releva la necesidad de aumentar la cobertura de los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAMs) y los Centros Diurnos del Adulto Mayor (CEDIAMs). Junto a lo anterior, se propone la reconversión de infraestructura sanitaria para la generación de unidades sociosanitarias de corta estadía (camas sociosanitarias), lo cual permite la generación de recursos intermedios que ofrecen una atención integral y coordinada entre los ámbitos sanitarios

B. Recomendaciones Operacionales:

1. Optimización EMPAM.

Disminuir el tiempo de aplicación de este mediante el uso de instrumentos con validez predictiva que permitan una pesquisa más eficiente y pertinente de los factores de riesgo asociados al deterioro de la capacidad funcional de cada usuario. Se sugiere implementar un modelo escalonado de pesquisa basado en un screening rápido de capacidad funcional intrínseca, utilizando herramientas breves validadas, tales como el enfoque ICOPE (OMS), aplicado por equipos de APS o actores comunitarios capacitados, para identificar tempranamente a personas mayores con riesgo de deterioro funcional. Aquellos casos con hallazgos positivos deberán ser derivados de manera prioritaria a una valoración geriátrica integral, permitiendo focalizar recursos y mejorar la eficiencia y oportunidad del examen preventivo. Esta estrategia busca optimizar el rendimiento clínico del EMPAM, mejorar la calidad de la información recolectada y facilitar la toma de decisiones en salud, sin perder profundidad diagnóstica. Asimismo, se propone establecer una periodicidad bienal para la aplicación del EMPAM en personas mayores sin hallazgos de riesgo significativo, priorizando una frecuencia mayor en aquellos casos con resultados alterados en el screening previo de capacidad intrínseca. Esta medida busca equilibrar la detección oportuna con un uso eficiente de los recursos disponibles en la APS.



2. Incorporación y validación de herramientas y escalas específicas para personas con multimorbilidad y dependencia severa.

El principal desafío programático y clínico en el ámbito de la medicina preventiva orientada a la salud de personas mayores con multimorbilidad y dependencia funcional severa, reside en la limitada validez y pertinencia de los instrumentos de cribado disponibles incluidos en el EMPAM para esta población. Lo anterior, se explica en que estos presentan una acusada pérdida de sensibilidad métrica en el rango mínimo de puntuación, lo que obstaculiza la monitorización de cambios incrementales o del deterioro progresivo en la condición de salud. En vista de lo anterior, se recomienda la validación y adopción de instrumentos específicos para la dependencia avanzada, diseñados para evaluar constructos más relevantes—tales como la capacidad funcional residual, la gestión de la carga sintomática, el requerimiento de asistencia técnica y la identificación de riesgos secundarios—orientando el modelo de atención hacia la dignidad y la optimización de la calidad de vida de este segmento de la población.

3. Integración y homologación de estrategias preventivas en subsistemas de salud de las Fuerzas Armadas, de Orden y Mutualidades.

Si bien el EMPAM es una herramienta rectora del Ministerio de Salud, existe una importante brecha de cobertura y estandarización en la población de personas mayores adscritas a los sistemas de salud de las Fuerzas Armadas y de Orden (Capredena y Dipreca) y en aquellas bajo seguimiento en Mutualidades de Seguridad. Actualmente, estos subsistemas operan con lógicas preventivas disímiles, lo que genera inequidad en el acceso a una tamizaje funcional estandarizado.

4. Fomento de la corresponsabilidad de los beneficiarios del EMPAM como protagonistas de su condición de salud y bienestar.

Actualmente, se requiere transitar desde un paradigma asistencialista, donde la persona mayor es un receptor pasivo de cuidados, hacia un modelo de empoderamiento y autoeficacia, donde la persona mayor comprende los resultados del proceso de evaluación desarrollado en el EMPAM, así como las recomendaciones y derivaciones emanadas de este proceso, lo cual promueve la sostenibilidad, eficacia, y legitimidad de la prestación.

5. Generación de planes de cuidado bajo el enfoque de un modelo de atención centrado en las personas mayores.

Tras la aplicación del EMPAM, muchas personas mayores no acceden a una derivación específica que aborde adecuadamente sus necesidades de cuidado. Por ello, es fundamental contar con un sistema de derivación bien estructurado, que articule tanto la red asistencial como servicios municipales, del Estado, programas de apoyo comunitario, vivienda, dependencia y protección social. Asimismo, se recomienda la generación de planes de cuidado integrales que promuevan la continuidad asistencial y reduzcan la fragmentación de las prestaciones dirigidas a las personas mayores, para que estas últimas no se vean obligadas a realizar excesivas inversiones de tiempo y recursos en la navegación y coordinación de estos.

6. Navegador para Personas Mayores.

Considerando la necesidad de realizar derivaciones oportunas y de consolidar controles y atenciones en el nivel de APS, se propone la incorporación de un funcionario “navegador de personas mayores”. Este profesional tendría como función principal orientar a los usuarios en el proceso de derivación, gestionar sus citas y facilitar el acceso coordinado a los distintos servicios del sistema de salud y redes de apoyo intersectorial.

7. Acceso oportuno al EMPAM en población de riesgo.

Las personas mayores en situación de vulnerabilidad enfrentan mayores barreras para acceder oportunamente al EMPAM. Esta dificultad limita la detección precoz de enfermedades crónicas, factores de riesgo y necesidades de intervención. Es por esto que se

propone implementar protocolos claros y estandarizados en la APS que prioricen la atención de personas mayores vulnerables, reduciendo tiempos de espera y trámites administrativos.

8. Campañas comunicacionales.

Existe una limitada conciencia pública sobre los beneficios de la prevención en salud, especialmente en lo que respecta al EMPAM. Por ello, resulta fundamental implementar una campaña comunicacional que promueva la cultura preventiva, sensibilice a la población, en particular a las personas mayores y sus familias, sobre la importancia de realizar este examen de forma periódica, y fomente hábitos saludables que contribuyan al bienestar general, la autonomía y un envejecimiento saludable. Para ello se sugiere utilizar lenguaje claro, comunicación accesible y participación de líderes comunitarios y organizaciones de personas mayores.

9. Diseño y ejecución de intervenciones orientadas a aumentar la cobertura y consumo de los alimentos que ofrece el Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM).

La cobertura del PACAM en la población objetivo se ha mantenido inferior al 60% en las últimas décadas, lo cual se explica por una baja adherencia efectiva, la cual se asocia a barreras administrativas y logísticas que dificultan el acceso y retiro de los alimentos por parte de la población beneficiaria y a factores organolépticos de los productos.

Para subsanar algunas de las barreras administrativas y logísticas, se proponen las siguientes recomendaciones:

- Implementar un sistema de distribución domiciliaria focalizada para personas mayores con alta dependencia o problemas severos de movilidad.
- Utilizar puntos de retiro alternativos a los CESFAM (ej. Juntas de Vecinos, Clubes de Adulto Mayor, farmacias comunitarias), para facilitar la cercanía y reducir el esfuerzo de desplazamiento.
- Crear o fortalecer convenios con organizaciones sociales o programas municipales que faciliten el retiro de los alimentos por parte de terceros (voluntarios o cuidadores formales) mediante una autorización simple y efectiva.
- Intensificar las campañas informativas y educativas sobre los beneficios específicos de estos alimentos, dirigidas a los profesionales de salud con el propósito de que estos promuevan su retiro y consumo en la población beneficiaria.

10. Duplicidad de acciones en medicina preventiva.

Se observa una duplicidad de acciones entre distintos actores, como equipos de salud, programas municipales y organizaciones comunitarias. Esta falta de coordinación y de registros compartidos genera ineficiencias, sobrecarga de recursos, pérdida de trazabilidad de intervenciones. Se propone implementar una articulación efectiva de la oferta territorial de medicina preventiva, tanto dentro como fuera de la red de salud, incluyendo los cuidados transicionales entre los niveles de atención (primario, secundario y terciario). Esta estrategia busca integrar los esfuerzos de salud y sociales, mejorar la trazabilidad de las acciones extramuro, evitar duplicidades y asegurar una atención continua, coordinada y centrada en la persona mayor.

Inmunizaciones en Personas Mayores

A. Recomendaciones Estructurales:

1. Implementar un programa integral de vacunación para Personas Mayores.

Fortalecer un calendario sistemático, actualizado y basado en evidencia para mayores de 60 años, incorporando:

- **Influenza:** vacunación anual con especial consideración de vacunas de mayor inmunogenicidad (alta dosis, adyuvantadas o recombinantes).
- **Neumococo:** transición progresiva hacia esquemas con vacunas conjugadas de mayor valencia (PCV20/PCV21), en el intertanto, incluir esquemas combinados PCV13 + PPSV23.
- **Herpes zóster:** incorporación programática de la vacuna para mayores de 60 años, iniciando la estrategia con personas con comorbilidades (inmunocomprometidos).
- **COVID-19:** actualización continua según variantes circulantes.
- **Tdap:** refuerzo cada 10 años y dosis en la vida adulta.
- **VRS:** inclusión programática para mayores de 60 años, iniciar con mayores de 75 años.

Este calendario debe integrarse formalmente en la Atención Primaria, con recordatorios personalizados, educación activa y seguimiento continuo del estado vacunal.



2. Crear un estándar nacional de competencias en inmunización del adulto.

Desarrollar una política de formación coherente y homogénea alineada con estándares internacionales (p. ej., UKHSA), fortaleciendo las capacidades de todos los vacunadores y asegurando la calidad y seguridad en la administración de vacunas. Esta política debe incluir:

- Definición de competencias mínimas obligatorias.
- Programa nacional de formación y acreditación, articulado entre MINSAL, universidades y sociedades científicas.
- Inclusión de módulos de vacunación del adulto y del adulto mayor en pregrado de carreras de salud.
- Certificación y recertificación periódica con incentivos institucionales.
- Centros regionales de referencia para capacitación y actualización continua.

3. Modernizar el Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI).

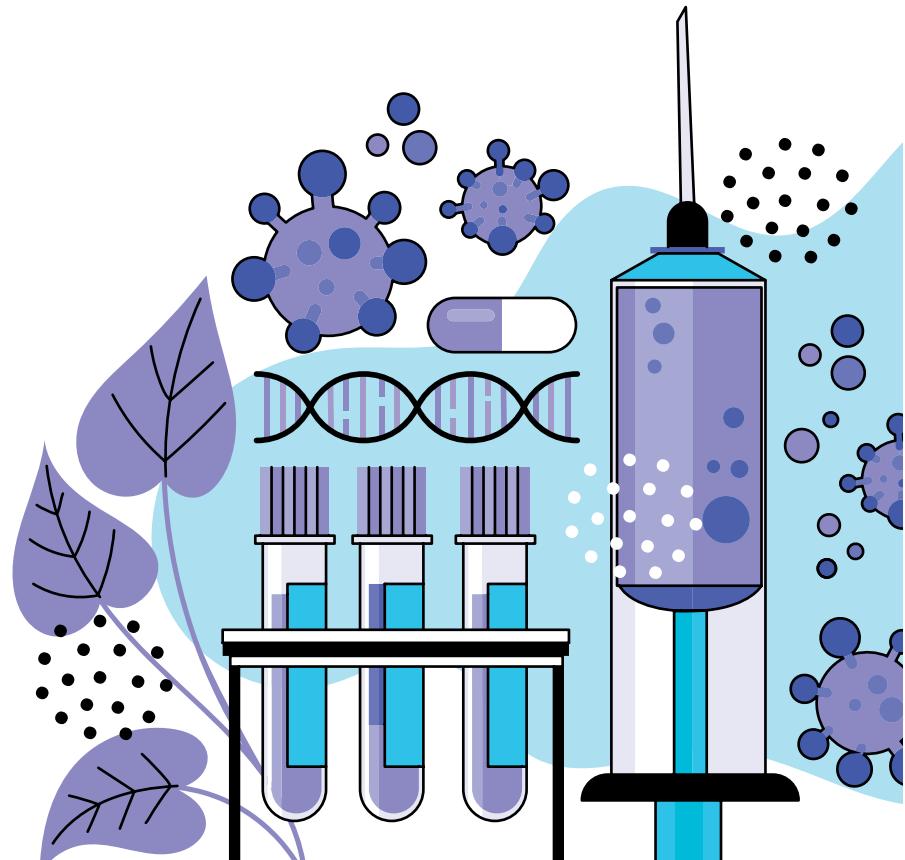
Asegurar un sistema interoperable, confiable y auditible que permita mejorar la trazabilidad, calidad de datos y análisis de brechas de cobertura. Se requiere avanzar en:

- Integración automática con sistemas clínicos electrónicos (APS, hospitales, sector privado).
- Auditorías periódicas que mejoren la calidad de datos y reduzcan errores.
- Análisis automatizado de brechas de cobertura por territorio y grupo de riesgo.
- Trazabilidad completa de dosis, vencimientos, lotes y esquemas individuales.

4. Fortalecer la evaluación del PNI y las evaluaciones ex ante.

Instalar una cultura de monitoreo continuo, revisión basada en evidencia y evaluación previa a modificaciones programáticas. Esto implica:

- Generar reportería periódica sobre desempeño del PNI en cobertura, eficiencia, gasto y efectividad de las estrategias implementadas, a través de asociaciones con la academia.
- Evaluar el desempeño global del programa para fundamentar expansiones hacia nuevas poblaciones y necesidades.
- Establecer la necesidad de evaluaciones ex ante frente a cambios en el programa.



B. Recomendaciones Operacionales:

1. Fortalecer la Vacunación Extramural y Domiciliaria.

Ampliar la oferta de vacunación para personas mayores mediante dispositivos extramurales que acerquen el servicio a quienes presentan barreras de acceso. Se propone:

- Visitas domiciliarias sistemáticas para personas dependientes o con movilidad reducida.
- Operativos en centros comunitarios, ELEAM, clubes de personas mayores y zonas rurales.
- Clínicas móviles y puntos de vacunación temporales en eventos locales.
- Priorizar modalidades extramurales en campañas de influenza, neumococo, COVID-19 y VRS.

2. Formalizar y Fortalecer el Rol del Agente Comunitario en Vacunación.

Reconocer su contribución y consolidar su rol dentro de los planes locales de vacunación, fortaleciendo la confianza comunitaria y la respuesta frente a la desinformación. Se propone:

- Incorporación formal en la planificación territorial de vacunación.
- Capacitación continua en comunicación empática, alfabetización digital y manejo de información confiable.
- Protocolos de respuesta rápida ante desinformación.
- Campañas digitales comunitarias con mensajes breves, visuales y culturalmente pertinentes.
- Sistemas de monitoreo de rumores y difusión preventiva en redes locales.

3. Potenciar en APS la Captación Activa de Personas Mayores.

Fortalecer el rol de APS en la identificación y seguimiento de personas con esquemas incompletos, promoviendo:

- Incentivos a equipos con altas coberturas en influenza, neumococo, COVID-19 y VRS.
- Inclusión de indicadores de vacunación en metas sanitarias y convenios de desempeño.
- Uso proactivo del RNI para identificar rezagos.
- Evaluación territorial con retroalimentación periódica.

4. Establecer Protocolos Éticos para la Vacunación en Personas con Deterioro Cognitivo.

Contar con lineamientos nacionales que orienten la decisión clínica y aseguren el respeto de la autonomía dentro de un marco ético y protector. Estos deben contemplar:

- Evaluación estandarizada de capacidad de decisión.
- Determinación de consentimiento sustituto cuando corresponda.
- Evitar prácticas coercitivas y promover decisiones centradas en la persona.
- Proteger la salud pública manteniendo estándares éticos uniformes.

5. Asegurar Transparencia en la Toma de Decisiones del PNI.

Establecer un proceso público, claro y basado en evidencia para evaluar las necesidades de actualización de inmunizaciones o estrategias de inmunización en el PNI, mediante:

- Publicación regular de estudios de efectividad vacunal, especialmente en personas mayores.
- Evaluaciones económicas y de costo-efectividad para nuevas incorporaciones.
- Informes de impacto clínico y logístico accesibles para investigadores y ciudadanía.

Conclusiones:

Ambas líneas de trabajo coinciden en que Chile debe avanzar hacia un modelo de salud para personas mayores que sea preventivo, anticipatorio y centrado en su diversidad. Mientras el EMPAM propone fortalecer la evaluación integral, la gestión de riesgos y la articulación comunitaria, las recomendaciones en inmunización complementan este enfoque asegurando protección efectiva frente a infecciones que impactan directamente en la autonomía y la funcionalidad. En conjunto, las propuestas trazan una hoja de ruta común: sistemas de información más confiables; equipos mejor preparados; procesos estandarizados y transparentes, especialmente para quienes presentan más barreras de acceso. Integrar ambas agendas permitirá avanzar hacia un modelo de cuidado continuo que陪伴e a las personas mayores de manera coherente, segura y eficaz a lo largo del curso de vida.



Integrantes:

1. Miembros Mesa EMPAM.

PhD. Dominique Masferrer Presidenta de la Mesa	Doctora en salud pública, Msc. en Nutrición y Alimentos, Nutricionista Presidenta Comité de ética de la Sociedad Chilena de Nutrición, Profesora Investigadora Carrera de Nutrición y Dietética de la Universidad del Desarrollo.
Dr. Gerardo Fasce	Codirector Célula de Geriatría Departamento Salud Digital Ministerio de Salud, Past President Sociedad de Geriatría y Gerontología de Chile, Geriatra Universidad de Chile, Jefe Hospitalización Adulto Mayor Clínica Las Condes.
Dra. Carolina Paz	Médico Internista, Subespecialista en Geriatría, Vicepresidenta Sociedad de Geriatría y Gerontología de Chile, Referente Geriatría Servicio de Salud Araucanía Sur y Geriatra en Complejo Asistencial Padre de la Casas.
Ps. María José Gálvez	Directora Sociedad de Geriatría y Gerontología de Chile, Directora Telesalud Universidad Andrés Bello y Psicóloga Clínica Meds.
Dra. Cecilia Albala	Profesora Emérita Universidad de Chile, Investigadora INTA Universidad de Chile.
Klgo. PhD Juan Tortella	Kinesiólogo. Doctor en Procesos de Envejecimiento y Estrategias Sociosanitarias Universidad de Valencia España. Profesor Asociado Carrera de Kinesiología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Chile.

Dra. Andrea Neumann	Médico Familiar, Directora Médica Salud 5i, Miembro Sociedad de Geriatría y Gerontología de Chile.
EU Daniela Tapia	Enfermera universitaria, Subdirectora de Gestión del Cuidado de Fundación Las Rosas, con experiencia en liderazgo y gestión en instituciones de salud en el cuidado de personas mayores.
Dr. Fernando Araos	Magister Salud pública y Gestión Sanitaria Universidad de Granada y Magister Gestión en Salud UDD, Académico Universidad Finis Terrae, Ex Subsecretario Redes Asistenciales Ministerio de Salud.
Sebastián Gutiérrez	Cirujano Dentista, Especialista en Odontogeriatría, Magíster en Salud Pública, Presidente Sociedad Odontogeriatría de Chile, Referente Dirección Médica Corporativa RedSalud.
Pablo Pizarro	Director de Carrera Ingeniería Civil en BioMedicina de la Universidad del Desarrollo, Ingeniero Civil Industrial. Miembro Sociedad de Geriatría y Gerontología de Chile.
Yamil Tala	Investigador CIPEM UDD - Caja Los Héroes.
Dra. Constanza Venegas	Médica Cirujana, Magister en Salud Pública Universidad de Chile, Residente de Geriatría Universidad de Chile.
Julio Muñoz	Ingeniero, COSOC Instituto de Geriatría Representante CESFAM Dr. Hernán Alessandri Providencia, Presidente COSOC Hospital del Salvador, COSOC Instituto de Neurocirugía, COSOC Salud Metropolitana Oriente.

2. Miembros Mesa Estrategias de Inmunización.

Dra. Cecilia González Presidenta de la Mesa	Investigadora ICIM - Universidad del Desarrollo, Directora Investigación Clínica Epidemiológica RedSalud, Ex Jefa departamento inmunizaciones Minsal.
Dra. María Teresa Valenzuela	Directora del Observatorio de Salud, IPSUSS, Universidad San Sebastián, Ex Subsecretaria de Salud Pública, Ex- miembro CAVEI y del Consejo Asesor COVID-19.
Dr. Jaime Hidalgo	Presidente Sociedad de Geriatría y Gerontología de Chile, Hospital Clínico U. de Chile y Clínica U. de los Andes.
Dr. Felipe Salech	Director Sociedad de Geriatría y Gerontología de Chile, Facultad de Medicina U. de Chile, Médico Internista, Geriatra Clínica Alemana.
EM Patricia Pino	Subdirectora Salud Municipalidad de San Miguel.
Daniela Sugg	Economista de la Salud, Socia Fundadora Consultora Sugg y Asociados, Académica Universidad de Chile, Diego Portales y Andrés Bello, Ex Coordinadora Unidad de Análisis Económico en Salud de la Dirección de Presupuestos-Ministerio de Hacienda.
Dr. Juan Carlos Molina	Past President y socio fundador Sociedad de Geriatría y Gerontología de Chile, Presidente Fundación Envejecimiento Activo y Saludable, Jefe Geriatría Clínica MEDS.

Dr. Mario Calvo	Profesor Asociado Universidad Austral de Chile, Médico Internista e Infectólogo, Jefe UTI Clínica Alemana de Valdivia, Ex-miembro CAVEI y Comité Científico para la Estrategia Nacional de Vacunas COVID-19.
Dra. Jeannette Dabanch	Médico Internista e Infectóloga, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.
Rodrigo Fasce	Ex miembro de la lista de expertos de la OMS para Influenza en el contexto del Reglamento Sanitario Internacional.
Rossana García	COSOC Instituto de Geriatría Representante CESFAM Rosita Renard Ñuñoa, COSOC Superintendencia de Salud, Consejo Asesor Regional Seremi Salud Metropolitana.

3. Equipo UDD.

- Paula Daza Narbona – CIPS UDD.
- Camila Skewes Letelier – CIPS UDD.
- Elvira Tagle Schmidt – CIPS UDD.
- Mauricio Apablaza Salinas – CIPEM UDD - Caja Los Héroes.



“Prevención de Salud en Personas Mayores en Chile:

Diagnóstico de Estrategias Preventivas y Recomendaciones para su Fortalecimiento”

Para más información:

gobierno.udd.cl/cips