

Viviendo con Enfermedades Crónicas: Perspectivas desde la Población Mayor



ANIVERSARIO

Observatorio del
Envejecimiento



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

Compañía de Seguros

confuturo[®]
UN CHILE CON FUTURO

Introducción

En las últimas décadas, el envejecimiento poblacional ha emergido como uno de los desafíos más significativos para los sistemas de salud en todo el mundo. En Chile, donde las personas mayores representan un segmento creciente de la población, las enfermedades crónicas se han consolidado como una de las principales causas de morbilidad, mortalidad y pérdida de calidad de vida en la vejez. Esta situación no solo refleja la transición epidemiológica que vive el país, sino también una realidad que exige respuestas integrales desde las políticas públicas, los servicios de salud y las comunidades.

Las enfermedades crónicas, como la diabetes, la hipertensión arterial y las enfermedades cardiovasculares, afectan de manera desproporcionada a las personas mayores, generando dinámicas complejas que van más allá de la atención médica. La coexistencia de múltiples patologías, conocida como multimorbilidad, plantea desafíos diarios relacionados con la polifarmacia, el acceso a tratamientos y los costos, que afectan tanto a los pacientes como a sus familias.

Con todo esto, y si bien tanto los determinantes, como los efectos de las enfermedades crónicas en la población mayor han sido ampliamente estudiados, poco se conoce sobre la propia experiencia de las personas mayores en el proceso de su enfermedad. Tomando en cuenta lo anterior, este reporte explora las experiencias de las personas mayores que viven con enfermedades crónicas, las estrategias que utilizan para manejar la incertidumbre y los ajustes que deben incluir en sus rutinas diarias. A partir de un análisis cuantitativo y cualitativo, se examinan las barreras actuales en el acceso y la continuidad de la atención, así como las iniciativas existentes en el ámbito de la política pública.

Para ello, se llevaron a cabo 12 entrevistas con personas mayores que padecen al menos una enfermedad crónica declarada. Además, se contó con el valioso aporte de la geriatra y Jefa del Programa de Geriatria de la Escuela de Medicina UC, Marcela Carrasco, quien ofreció perspectivas sobre los desafíos y oportunidades en el manejo de estas condiciones.

1. Contexto

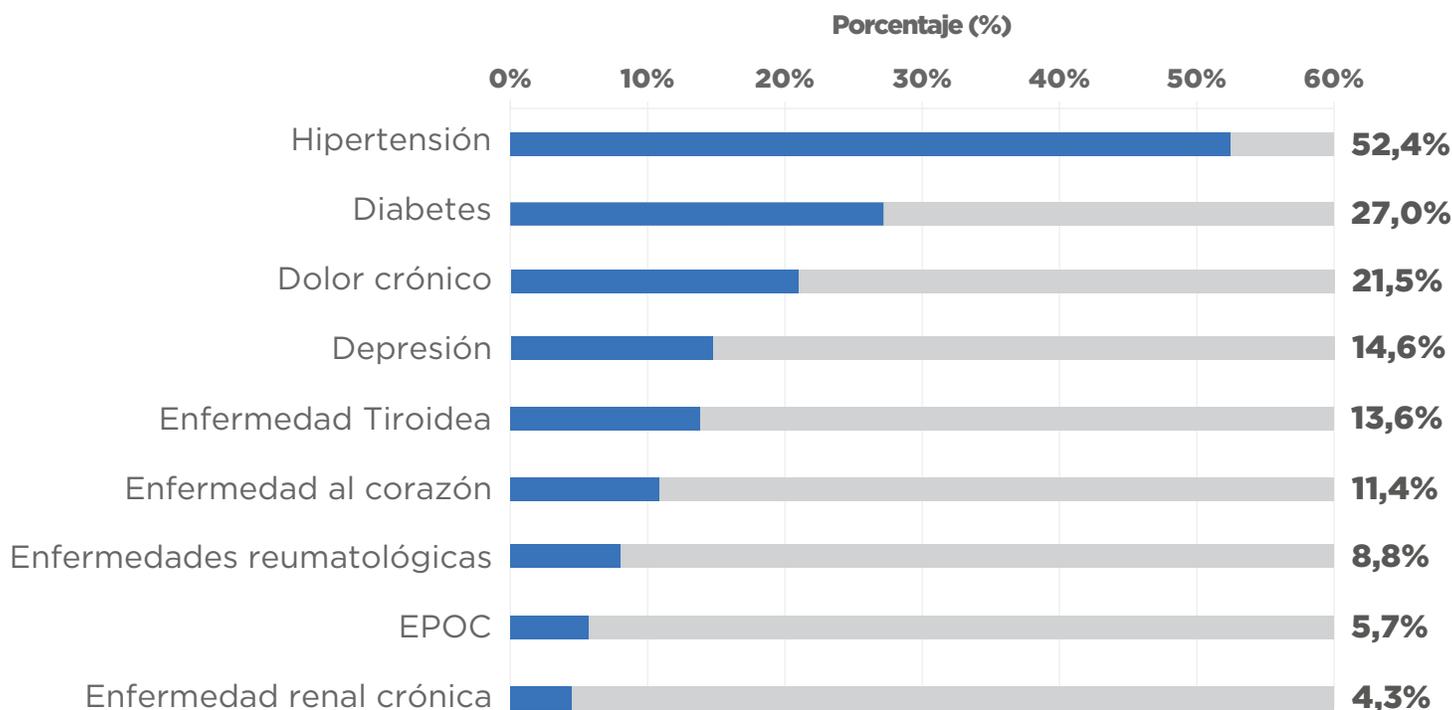
1.1. Prevalencia de enfermedades crónicas en población mayor

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas, conocidas también como enfermedades no transmisibles, se definen como aquellas de larga duración y que son resultado de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales (OMS, s.f).

En las personas mayores, las enfermedades crónicas -como la hipertensión, diabetes y síndrome metabólico- son particularmente prevalentes, constituyendo un desafío prioritario de salud pública a nivel internacional (Eggersdorfer et al., 2018). Globalmente, el 23% de la carga total de morbilidad corresponde a trastornos que afectan a personas de 60 años o más. Aunque los países de altos ingresos concentran una mayor proporción de esta carga, los años de vida, ajustados por discapacidad (AVAD), son un 40% más altos en regiones de ingresos bajos y medianos, debido principalmente a la incidencia de enfermedades cardiovasculares, trastornos sensoriales, respiratorios e infecciosos (Prince et al., 2015).

En Chile, estas tendencias se replican. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia (ENDIDE) del año 2022, la hipertensión es la enfermedad crónica más prevalente en personas mayores de 60 años, con un 52,4% de autorreporte. Le siguen la diabetes (27,0%) y enfermedades asociadas a dolor crónico (21,5%). Otras condiciones relevantes incluyen la depresión (14,6%), enfermedades tiroideas (13,6%) y al corazón (11,4%). Patologías menos frecuentes, aunque no menos significativas, son las reumatológicas (8,8%), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (5,7%) y la renal crónica (4,3%).

Gráfico 1:
Enfermedades crónicas más autorreportadas por la población 60+



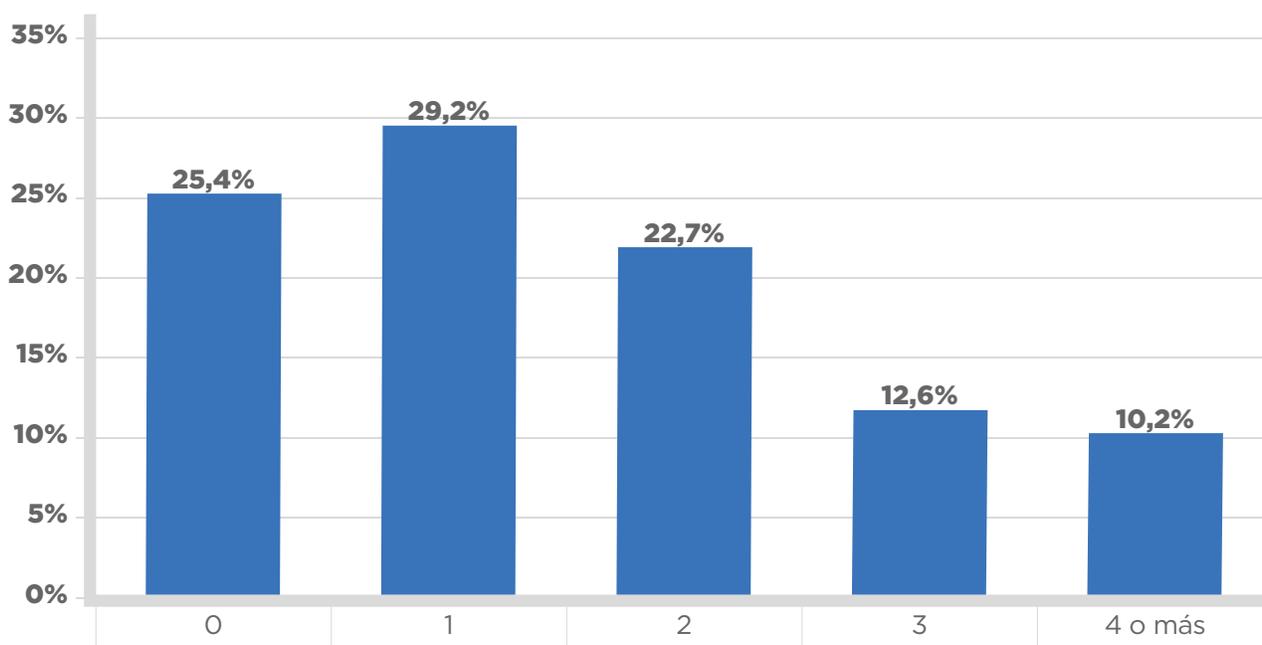
Fuente: Elaboración del Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo en base a Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia 2022. Nota: Cifra constituye autorreporte de enfermedades, responde a la pregunta "En los últimos 12 meses ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?". Nota 2: EPOC es la sigla para Enfermedad Pulmoral Obstructiva Crónica.

Esta realidad es corroborada por la geriatra y académica UC, Marcela Carrasco, quien aborda diversos aspectos críticos relacionados con las enfermedades crónicas en personas mayores, subrayando su alta prevalencia y los desafíos en su manejo. Según afirma, "la más frecuente es la hipertensión, que aqueja a 2 de cada 3 personas mayores [...] en segundo lugar, diabetes mellitus, que afecta más o menos un 30% de las personas mayores, mientras que otras afecciones relevantes incluyen la artrosis y la depresión", destaca la profesional. Además, da pistas sobre el escenario de la multimorbilidad en Chile: "el 15% de las personas mayores tiene más de 5 enfermedades crónicas. [...] esto no ha ido disminuyendo, solo ha ido aumentando".

1.2. Multimorbilidad en la población mayor

La multimorbilidad, definida como la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas en un individuo, es una característica común en las personas mayores. En Chile, y si bien el 25,4% de esta población no reporta enfermedades crónicas, el 29,2% reporta una, el 22,7% reporta dos, el 12,6% reporta tres, y el 10,2% reporta cuatro o más patologías. Esto evidencia que, aunque una proporción significativa de personas mayores vive sin enfermedades crónicas (1 de cada 4), una parte considerable enfrenta la complejidad de manejar múltiples condiciones simultáneamente.

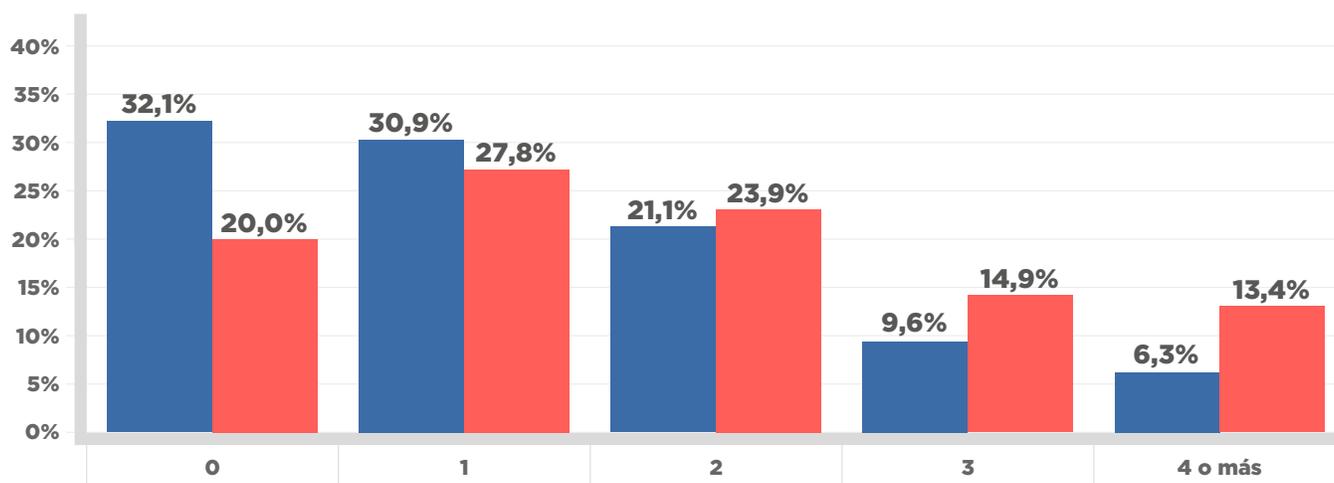
Gráfico 2:
Número de enfermedades crónicas autorreportadas por la población 60+



Fuente: Elaboración del Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo en base a Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia 2022.

Existen diferencias significativas por sexo. Mientras que el 32,1% de los hombres no reporta enfermedades crónicas, esta cifra disminuye a 20,0% en mujeres, quienes tienden a presentar un mayor número de enfermedades: el 23,9% reporta dos, frente al 21,1% de los hombres; el 14,9% reporta tres, en comparación con el 9,6% de los hombres; y el 13,4% reporta cuatro o más, frente al 6,3% de los hombres. Esto sugiere una mayor carga de multimorbilidad en mujeres mayores.

Gráfico 3:
Número de enfermedades crónicas autorreportadas por la población 60+ según sexo



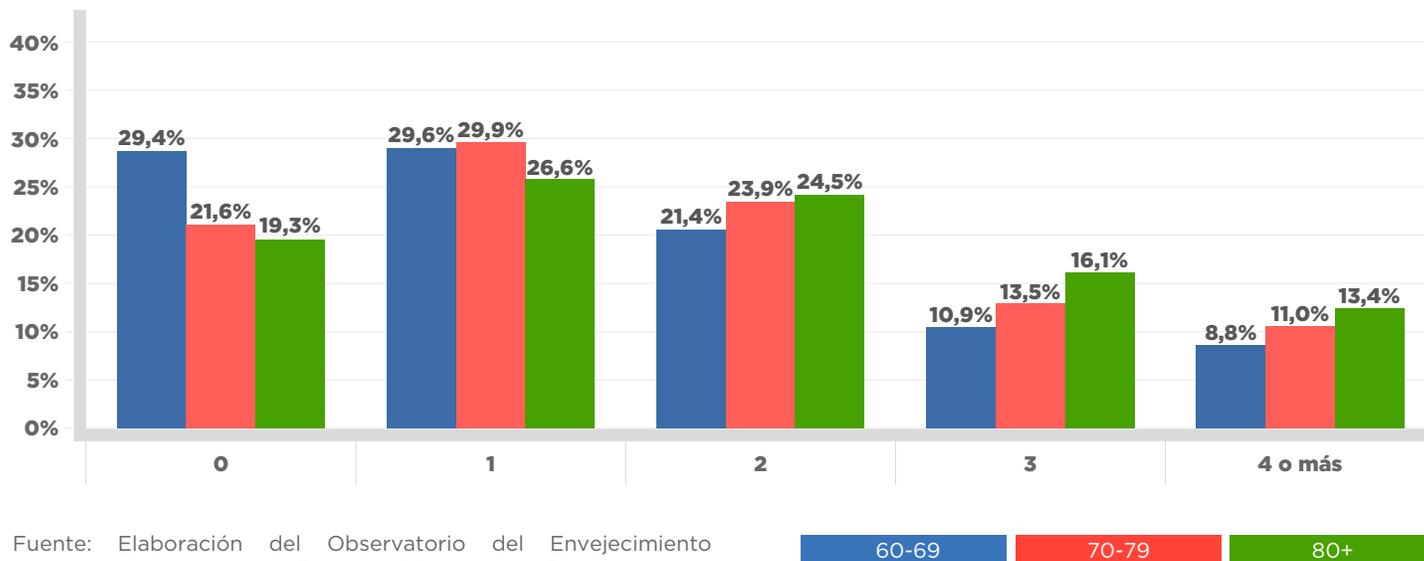
Fuente: Elaboración del Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo en base a Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia 2022.

Hombre Mujer

Considerando los tramos etarios, el 29,4% de la población entre 60 y 69 años no reporta enfermedades crónicas, en comparación con el 12,6% de la población septuagenaria, y el 19,3% de las personas de 80 años o más.

Las diferencias se vuelven evidentes en el caso de la multimorbilidad por la presencia de dos o más enfermedades. En particular, el 10,9% de la población de entre 60 y 69 años presenta tres enfermedades, frente al 16,1% de las personas de 80 años o más. En cuanto a la presencia de cuatro o más enfermedades, esta afecta al 8,8% de las personas entre 60 y 69 años, al 11% de los septuagenarios, y al 13,9% de las personas de 80 años o más.

Gráfico 4:
Número de enfermedades crónicas autorreportadas por la población 60+ según tramo de edad



Fuente: Elaboración del Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo en base a Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia 2022.



Adicionalmente, se han identificado combinaciones frecuentes de enfermedades crónicas en esta población. Las más comunes incluyen hipertensión y diabetes (17,3%), seguidas por hipertensión y dolor crónico (6,2%). Estas asociaciones tienen implicaciones significativas tanto para el manejo clínico como para la calidad de vida de las personas mayores.

Tabla 1: Prevalencia de combinaciones de enfermedades crónicas en población mayor con multimorbilidad por 2 o más enfermedades crónicas, 2022

Combinaciones de enfermedades crónicas	Prevalencia en población con 2 o más enfermedades crónicas
Hipertensión + Diabetes	17,3%
Hipertensión + Dolor crónico	6,2%
Hipertensión + Enfermedad al corazón	4,2%
Hipertensión + Enfermedad tiroidea	4,1%
Hipertensión + Depresión	3,6%
Hipertensión + Diabetes + Dolor crónico	3,4%
Hipertensión + Diabetes + Enfermedad tiroidea	2,3%
Hipertensión + Diabetes + Enfermedad al corazón	2,2%
Hipertensión + Diabetes + Depresión	2,0%
Hipertensión + Enfermedad reumatológica	2,0%

Fuente: Elaboración del Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo en base a ENDIDE 2022. Nota: prevalencia corresponde a muestra que reporta 2 o más enfermedades crónicas.

Considerando lo anterior, es crucial reconocer el rol de los factores sociales en la prevalencia de enfermedades crónicas. Según Woolf (2013), los principales determinantes sociales de la salud son el ingreso, la educación, las características ocupacionales y las desigualdades sociales basadas en raza o etnia. Estos factores influyen directamente en los estilos de vida, las conductas de riesgo, las condiciones de vida, la seguridad alimentaria y los niveles de estrés acumulados a lo largo de la vida (Cockerham, Hamby & Oates, 2017).

Lo anterior es respaldado por la geriatra UC, Marcela Carrasco: "Los determinantes sociales son importantes en el envejecimiento saludable. En el control de las enfermedades crónicas, los estilos de vida saludables, el ejercicio y la participación social en la comunidad son factores protectores clave".

En este sentido, es importante destacar que el envejecimiento no es, por sí mismo, una causa directa del desarrollo de enfermedades crónicas, sino más bien constituye una etapa en la que se manifiestan trayectorias de vida marcadas por diferencias en los estilos de vida y las desigualdades acumuladas. De hecho, y como destaca la OMS, aunque las enfermedades crónicas suelen asociarse con las personas mayores, se estima que 17 millones de muertes por "enfermedades no transmisibles" ocurren antes de los 70 años, de las cuales, el 86% se produce en países de ingresos bajos y medianos. Estas condiciones afectan a todas las edades, impulsadas por factores de riesgo como dietas poco saludables, inactividad física, tabaquismo, consumo nocivo de alcohol o contaminación del aire (OMS, s.f.). Estas dinámicas refuerzan la necesidad de considerar tanto el enfoque biomédico como los determinantes sociales en las estrategias de salud pública dirigidas a la prevención de las enfermedades crónicas en toda etapa del ciclo vital.

2. Entre medicinas y rutinas: Experiencias de personas mayores con enfermedades crónicas

La prevalencia e incidencia de enfermedades crónicas en la población mayor, así como su relación con la carga de morbilidad y mortalidad, han sido ampliamente estudiadas en la literatura científica. Sin embargo, a pesar de la abundante investigación sobre los factores epidemiológicos y los impactos de estas condiciones en la salud pública, existe una falta de atención hacia la experiencia subjetiva de las personas mayores en su propio proceso de enfermedad.

Este capítulo se enfoca en explorar cómo las personas mayores perciben y viven las distintas etapas asociadas al desarrollo y tratamiento de una o más enfermedades crónicas. A través de entrevistas cualitativas, se busca comprender los desafíos cotidianos que enfrentan, sus estrategias para lidiar con el diagnóstico, la aceptación de la enfermedad y las dinámicas de autocuidado. El concepto de automanejo emerge como elemento central del análisis, permitiendo examinar el proceso de incertidumbre que enfrentan las personas mayores en su trayectoria de enfermedad.

2.1 El momento del diagnóstico: Diversidad de experiencias y reacciones

El diagnóstico de una enfermedad crónica puede representar un momento crucial en la vida de las personas mayores, generando diversas reacciones que dependen tanto de recursos personales como contextuales. Como señala Udliis (2011), el automanejo efectivo de las enfermedades crónicas requiere ciertos recursos previos fundamentales: disponibilidad de información sobre la enfermedad, creencia en la posibilidad de tratamiento y apoyo externo. No obstante, estos recursos no siempre están disponibles al momento del diagnóstico, lo que da lugar a respuestas variadas y distintos niveles de incertidumbre.

En algunos casos, la existencia de algunos recursos personales actúa desde el inicio y éstos son claves para una adaptación rápida la enfermedad que se ha diagnosticado, como fue el caso de Julieta de 74 años, quien declara lo siguiente respecto a su diagnóstico de enfermedades crónicas en conjunto con cáncer:

"La verdad es que me lo tomé bien, dije 'bueno, esta es la realidad mía, lo que tengo', ¿qué debo hacer? Cuidarme, controlarme y si es necesaria la cirugía me la voy a hacer y con calma. Entonces, siempre que me llega una enfermedad le digo a mi cuerpo 'bueno, estás aquí, te voy a cuidar, te voy a querer y me vas a responder tú también' y sea lo que sea y en manos de Dios".

En otros casos, las enfermedades asintomáticas resultaron en diagnósticos inesperados. Anita (74 años) recuerda cómo descubrió una condición cardíaca de mayor riesgo:

"El hecho de que me pillaran algo al corazón tan serio, claro que me pilló muy de sorpresa, porque no me imaginé nunca. Yo no tuve síntomas, soy asintomática, si yo no me hubiera hecho ese examen hubiera sido más grave, porque yo nunca sentí nada, ni cansancio, ni desmayo, ni dolor, que es lo característico [...] Así que fue bastante impactante en realidad".

Asimismo, Alicia, quien descubrió su hipertensión en un control rutinario, relata cómo su experiencia previa en el sector salud facilitó su adaptación:

"Yo no había tenido jamás un síntoma, como que me asombré al principio, porque no me lo imaginé, pero después ya me hicieron todo el chequeo médico, varios controles, y claro la presión estaba alta, pero no en exceso, a tiempo para tratarla [...] no fue un gran impacto ni psicológico ni nada, porque siempre he sido bien activa, y como además trabajé en salud, uno ya sabe de qué se trata [la enfermedad]".

Para otros, el diagnóstico tuvo un impacto emocional más severo. Olga (64 años), al ser diagnosticada con diabetes, experimentó una mezcla de angustia y resignación, influenciada por los antecedentes familiares: ***“Me sentí afectada, yo me había cuidado bastante y vi los daños que causa la diabetes con respecto a mi mamá, que hasta le amputaron un dedo. Tenía antecedentes [familiares], pero me sentí mal porque no quería haber llegado a eso”.***

En casos de enfermedades asociadas a crisis de dolor, como el de una entrevistada con artrosis de cadera, el impacto puede extenderse más allá de lo físico, afectando la identidad personal y el rol familiar:

“(Por la artrosis de cadera) Tuve que dejar de lado mi trabajo porque para mí fue algo devastador [...] Cuando me llegó el tema de la artrosis fue devastador porque no podía trabajar, de pasar de ser una sostenedora a una mantenida fue devastador. Ahí estuve en tratamiento psicológico casi 2 años [...] Al principio lo pasé super mal”.

La variedad de testimonios puede reflejar la existencia o puesta en marcha de determinados recursos que ayudan al automanejo de la enfermedad, pero aquello no deja de ser solamente un momento inicial. Posterior al diagnóstico, la orientación recibida es clave, ya que a partir de ésta se puede desarrollar una mayor adherencia a los tratamientos médicos. En esta línea, Udlls (2011) indica que es clave un involucramiento, tanto del personal médico como del paciente, en donde se logre compartir metas y objetivos por medio de una asociación entre ambas partes. Algunos entrevistados destacan la importancia de una orientación médica clara y comprensiva. Nelly (70 años) valora especialmente la dedicación de los profesionales para explicar su situación:

“Tuve la suerte que los profesionales se dieran el tiempo de explicarme claramente cuáles eran las circunstancias, cuáles eran mis factores de riesgo y las herramientas que dependían únicamente de mí y no solo de una pastilla”.

La disponibilidad de recursos educativos adicionales, como talleres específicos, también aparece como un factor facilitador. José (78 años) destaca la utilidad de estos espacios en su manejo de la diabetes, señalando cómo contribuyeron a su comprensión y responsabilidad en el manejo de su condición. ***“(Con los médicos) Siempre hubo una conversación muy fluida, después yo participé de algunos cursos hechos por mi Isapre para personas con diabetes [...]. Y claro, el conocimiento de lo que estamos enfrentando quienes padecemos estas enfermedades, yo no puedo decir que las desconozco, yo lo tengo completamente conocido y cualquier cosa que no ocurra o que ocurra mal es de responsable o irresponsable, lo tengo asumido, es así”.***

Sin embargo, no todas las experiencias con el sistema de salud resultan satisfactorias. El matrimonio de Ana e Irwing señala deficiencias en la educación sobre diabetes, criticando tanto la falta de orientación práctica como la incongruencia percibida en los mensajes de salud. Ante estas limitaciones, varios entrevistados recurren a Internet como fuente complementaria de información, demostrando una actitud proactiva en la búsqueda de conocimiento sobre sus condiciones:

"Sinceramente, nunca me educaron con el tema de la diabetes los médicos, los profesionales, falta la educación. Cuando uno va a la nutricionista [...] decían que teníamos que bajar de peso y no dan el ejemplo, o te mostraban una pauta y tú tienes que comer esto, pero no te educaban cómo lo tenías que realizar".

Junto a las recomendaciones profesionales, varios entrevistados destacaron, en mayor o menor medida, el uso de Internet para poder informarse más acerca de su situación médica, a modo de obtener una mayor comprensión de sus patologías y medicamentos. Por ejemplo, Julieta señala que: ***"La oportunidad que tenemos ahora con el Internet es muy favorable, porque a ti te dicen algo y, al menos yo, me pongo a investigar. Tengo un resfrío o cualquier cosa que tengo investigo y me dan los medicamentos y los investigo también"***. Asimismo, Anita indica que: ***"Busqué un poco [de información], no tan profundo, pero traté de ver de qué se trataba lo que me iban a hacer"***.

Sin embargo, en un mundo de acceso generalizado a la información médica mediante Internet, la geriatra UC advierte algunos riesgos: ***"Hoy las personas buscan todo en Internet, pero puede ser un arma de doble filo. Pueden encontrar información que no entienden y que les genere más angustia o inseguridad. Es recomendable que los profesionales de salud les podamos sugerir sitios confiables para complementar la información y también, como médicos, siempre es importante estar disponible para aclarar dudas y explicar lo que han leído"***

Sin embargo, esto puede contraponerse con la limitada disponibilidad de tiempo que enfrentan los médicos, especialmente en el ámbito público: ***"Para educar, se necesita tiempo, y hoy día, especialmente en atención primaria, las exigencias de rendimiento dificultan eso. Quizás deberíamos tener otros profesionales que se enfoquen en la parte de educación, si es que el recurso médico es más escaso"***. Esta perspectiva subraya la necesidad de geriatrizar la atención en salud, promoviendo la incorporación transversal de enfoques y conocimientos sobre el envejecimiento no solo entre los médicos, sino en todo el equipo de salud, para favorecer una atención más integral y cercana a las necesidades de las personas mayores.

2.2 Perfiles de manejo de enfermedades crónicas: Rutinas, adherencia y adaptaciones a lo largo del tiempo

Posterior a los diagnósticos, usualmente las personas tienden a iniciar una rutina o tratamiento que les ayude a reducir los síntomas o retrasar el avance de la enfermedad. Respecto a este tema, Auduluv (2013) realizó un estudio cualitativo en Suecia a fin de observar cómo las personas siguen tratamientos de enfermedades crónicas a través de los años. De dicho estudio, la autora logra identificar cuatro perfiles de personas que lidian con su enfermedad: aquellos que son consistentes con su rutina de tratamiento; los que son episódicos, es decir, que no logran formar una rutina del todo; los reactivos, quienes solamente responden a un tratamiento frente a momentos de crisis o síntomas concretos y, por último, aquellos que, a raíz de su enfermedad, realizan una transición, realizando un cambio en el estilo de vida, generalmente hacia uno más saludable.

En las entrevistas es posible identificar algunas tipologías similares a las mencionadas, destacándose rutinas convergentes hacia la tipología de consistentes, es decir, personas que declaran ser responsables con sus tratamientos y seguirlos con regularidad, además de cumplir con visitas al médico y mantener un estilo de vida acorde.

Esta adherencia al tratamiento se refleja en testimonios como el de María Cecilia, quien afirma: ***"Como paciente soy muy colaboradora, porque me tomo todos los remedios, no bebo, no fumo, soy super relajada [para evitar el estrés]"***.

Por ejemplo, Judith de 72 años, posee un cronograma estructurado para llevar el tratamiento de sus tres enfermedades crónicas diagnosticadas, lo cual implica horarios para sus medicamentos, actividades y alimentación. Su nivel de organización se evidencia en su método de seguimiento: ***"Tengo una libretita donde voy anotando mi glicemia y mi presión arterial, aparte de eso tengo otra libreta donde anoto todas las consultas que yo tengo que hacerle al médico, muchas veces estando ahí se me olvida, entonces yo lo anoto, y ahí también las respuestas. Eso me ha mantenido, porque básicamente en esta enfermedad hay que ser ordenado, en la alimentación, en los medicamentos y en los controles"***. No obstante, señala que adaptarse al tratamiento tuvo ciertas dificultades, especialmente relativas a la alimentación que debía seguir ya que esto chocaba con el estilo de vida que llevaba, en sus palabras ***"Mi trabajo era estresante y, ¿cómo controlaba ese estrés? comiendo, era una lucha constante con el estrés"***. A lo anterior agrega que ***"no podía comer todos los días lo mismo, comía pollo o bistec con ensalada verdes y aburre y no tenía tiempo para ser más creativo"***, lo cual era un desafío más para poder llevar a cabo su tratamiento a cabalidad, más allá de los medicamentos o controles médicos a los que debe asistir.

También, en el caso de enfermedades cardiovasculares o metabólicas y aquellas relacionadas con sistema respiratorio, como el asma, o sistema muscoesquelético, como la artrosis, las personas mayores enfrentan planificación de rutinas que, por una parte, sean rigurosas con la medicación diaria, pero también sepan responder a tiempos de crisis, lo que exige de adaptabilidad constante. Ese es el caso de Alicia de 69 años, quien indica que para tratar su

artrosis le recomendaron realizar ejercicios y, en caso de necesitar, un medicamento de emergencia, lo cual no le implicó mayores dificultades para adaptarse ya que: **“Soy ordenada, voy ordenando en mi agenda cuando tengo horas para el control SOS de artrosis, no tengo problemas en ese aspecto, tengo todo super controlado”**. Caso similar es el de Teresa de 70 años, cuyo tratamiento para su hipotiroidismo y asma implica una combinación entre medicaciones fijas y otras que dependen de su estado de salud, a lo cual señala que se ha adaptado sin mayores dificultades, y que va regulando según lo indicado por el equipo médico. En sus palabras:

“Bueno, el asunto para la tiroides es una pastilla todas las mañanas en ayuna, entonces sagradamente debo saber tomarlas. Con respecto al tratamiento del asma, ese no lo he llevado 100%, como se llama, según las orientaciones que me ha dado la doctora porque, en realidad, son dos pufs... tres pufs los que tengo que usar, más dos medicamentos, pero la verdad es que ha sido más bien, o sea, he sido yo quién ha debido ir regulando eso, porque según la orientación de la doctora, en los períodos en los que yo me sienta bien, que no tenga mayores problemas, que limite un poco la ingesta, ¿ya? En cuanto yo me sienta nuevamente con problemas, que me sienta obstruida, que tengo mayor cantidad de secreción o que tenga más tos, ahí tengo que retomar a cabalidad”.

También hay entrevistados que declaran no mantener una rutina de cuidados al inicio de su diagnóstico, acercándose más a la tipología de pacientes episódicos, sin embargo, con el paso del tiempo, y dada la existencia de apoyo externo, establecen una cierta consistencia: En esta línea, María Cecilia indica que **“En un inicio mi hijo me retaba me decía que yo era desordenada y que no me tomaba nunca los remedios lo que era verdad. Al principio era bien desordenada, pero de un día para otro me ordené y de ahí no he dejado de estar ordenada”**. Hoy concluye que: **“la rutina de mis medicamentos y mi vida personal creo que va todo junto, a la par y creo que está bien, me ha hecho bien. Me mantienen bien los remedios”**.

Este relato muestra que, más allá de una tipología concreta, las personas van transitando de una a otra “etapa” a medida que van explorando rutinas y acomodando su estilo de vida: **“Se me hizo un hábito, incluso ya ni me gusta el aceite, el yogurt sin azúcar, ya no consumo azúcar, siempre té, no consumo café porque la cafeína me hace mal, para qué provocarme un daño si lo puedo evitar”**, declara María Cecilia.

Este tipo de relatos releva la importancia del círculo familiar inmediato, especialmente en casos de coresidencia, donde se puede recibir una presión positiva hacia un mejor manejo de tratamientos.

En una línea similar está el caso del matrimonio de Ana de 40 años e Irwing, de 65 años, quienes señalan lo siguiente: **“Yo (Ana) nunca hice un tratamiento como correspondía. A qué me refiero, nunca me tomaba los medicamentos, no seguía el tratamiento ni nada,**

hasta que me casé, que eso fue hace 5 años". Ahora bien, a diferencia de María Cecilia, para la formación de su rutina recibió el apoyo clave de su esposo. En sus palabras:

"Mi esposo, bueno, él me ha ayudado, me ha orientado. Yo ahora me tomo mis glicemias como corresponde, mi alimentación ha sido diferente. Desde el momento en que me casé, empecé a bajar de peso, ya tengo un peso normal se puede decir y, en realidad, con el apoyo de él, porque como él se dedicaba al tema de la nutrición me ayudó en esta parte".

Un aspecto interesante es que, si bien la mayoría de las personas entrevistadas llevaban una rutina regular con respecto a su tratamiento, en algunos casos en donde había multimorbilidad, ocurría que los entrevistados tendían a priorizar algunas enfermedades sobre otras, de modo que eran más rigurosos con algunos tratamientos que con otros. Por ejemplo, Julieta -quien padece de hipertensión arterial, enfermedad tiroidea y diabetes- otorga mayor atención a las dos primeras patologías que a la última. Incluso señala que: **"De repente, pienso yo que no tengo diabetes [porque nunca ha tenido un alza de azúcar importante], pero ya la doctora me diagnosticó y tengo que estar con los cuidados y, como te digo, la maquinita".** Teresa señala, de forma similar, que el tratamiento para su asma lo toma con mayor tranquilidad y es más episódico que su tratamiento para el hipotiroidismo, siendo esta última enfermedad una condición que arrastra desde su adolescencia. En sus palabras: **"[Sobre el tratamiento del asma] Lo que tengo que saber si tomarme sagradamente es una pastilla para la alergia y, como te digo, el asunto de los puff es relativo en la medida en que yo sienta que ando bien no los uso, ¿ya?, o de lo contrario vuelvo a la rutina de las indicaciones de la doctora, dependiendo de cómo yo me sienta".**

Con estas tipologías en mente, para la geriatra y académica UC, Marcela Carrasco, se debe dar mayor importancia a la educación del paciente para tomar decisiones informadas sobre sus tratamientos y, finalmente, sobre el tipo de paciente que termina siendo: **"Algunos pacientes son muy adherentes a las indicaciones, mientras que otros no están dispuestos a hacer cambios en su estilo de vida. El desafío está en educar a todos los pacientes, porque las personas con educación son capaces de tomar decisiones informadas sobre su salud. [...] A veces, las personas no se toman los medicamentos porque tienen ideas falsas o temen que les hagan mal. Es importante explicar la importancia del tratamiento crónico, como el tratamiento para la hipertensión, que no da síntomas pero previene complicaciones futuras".**

Finalmente, es importante destacar que el manejo de enfermedades crónicas no solo implica seguir un tratamiento médico, sino también mantener una actitud positiva y un cuidado integral. Como señala María Cecilia: **"Nunca soy quieta, siempre estoy moviéndome, a veces me pongo a ver series, pero 'no, tengo que hacer otra cosa' [...] siempre estoy pensando en que todos los seres humanos tenemos un día a día, que tenemos que hacer día a día, y en el tratamiento de mis enfermedades también tengo que estar relajada, ir a la peluquería, día de relax, al podólogo. Eso es importante,**

nunca dejar de quererse". Sin embargo, también reconoce que el proceso no siempre es fácil: **"De repente, no todos los días son happy, hay días con bajones, entonces saco el lado positivo, si se me dio una segunda oportunidad, tengo ese switch de que tengo que estar bien".**

2.3 Relación con el equipo médico

La relación con el equipo médico es fundamental en el manejo de enfermedades crónicas, requiriendo contacto periódico para exámenes, evaluación de síntomas y seguimiento de la evolución. Los entrevistados destacan dos aspectos cruciales en esta relación: la calidad de la atención y las barreras de acceso al sistema de salud.

En esta línea, los entrevistados destacan la relevancia de tener una buena relación con el personal médico, otorgando gran importancia a la disposición de éste de tomarse el tiempo de resolver dudas y de ser informados respecto a su estado de salud. Por ejemplo, Teresa destaca el tiempo que dedica su doctora tratante para responder sus dudas:

"Una de las cosas que me gusta [de la doctora que la trata] es que ella se toma todo el tiempo del mundo, atiende a sus pacientes con toda la tranquilidad del mundo, te responde todas las preguntas que tú le hagas, no es de las que si tú le haces una pregunta por alguna otra situación que te diga esto de que 'la especialidad mía es tal y usted vino por otra cosa, lo tiene que ver con otro médico', no. O sea, prácticamente es un médico de cabecera, así que en ese sentido estoy súper contenta de haberla encontrado a ella [la doctora que la trata]".

Algunos pacientes, como Julieta, buscan activamente desarrollar relaciones fluidas con el personal médico: **"Yo me entrego, los alabo mucho [al personal médico] y me dan un buen resultado y tengo una comunicación con ellos más fluida".**

Sin embargo, existen barreras estructurales que dificultan estas relaciones. En el sistema público, la rotación del personal médico puede impedir el desarrollo de vínculos estables necesarios entre el paciente y médico. Olga describe esta problemática: **"La verdad es que como voy al consultorio, no siempre atiende la misma persona, y a veces me ha tocado que una médica buscaba información en un libro y en internet mientras me atendía, y eso me provocó tanta inseguridad, sentía que yo sabía más que ella, a lo mejor estoy equivocada, pero no me sentía segura con la atención".** A dicha inseguridad, agregan hechos de expectativas incumplidas por ambas partes, lo que pueden representar conflictos: **"Entonces como que ellos (los médicos) se molestan porque no he ido [a hacerme el examen], no he conseguido una hora, y no es porque yo no quiera...la disposición de horas en el hospital no es fácil y uno tiene que esperar. Eso a uno lo hace buscar por fuera [...] Y eso requiere dinero, los exámenes que me tengo que hacer me salen 154 mil, y a veces yo puedo, pero no siempre voy a poder, mi jubilación es miserable".**

También, una pareja de entrevistados indicó sobre las dificultades de entablar una relación fluida con un equipo médico cuando se vive en un pueblo de región que no es capital regional. Ese es el caso del matrimonio de Ana e Irwin, quienes residen en Quirihue y mencionan las dificultades que existen para conseguir horas o lograr una buena atención en el servicio público. Por ejemplo, Ana menciona:

[Sobre tomar horas médicas en Quirihue] ***"Uno, no hay médico, otro que no hay enfermeras, que no hay profesionales, no hay especialistas. Siempre son como parches, 'vuelva mañana', 'el próximo mes', entonces no hay una preocupación de que todos los controles estén activos o al día y tampoco incentivan a la comunidad, o a uno que es diabético o con enfermedades crónicas, a tenerlos actualizados [los controles médicos]. Pasa controles, por ejemplo, de un año, año y medio, nosotros vemos acá en nuestra oficina que hay personas que llevan dos años sin control médico y llevan los mismos medicamentos y sin exámenes"***.

Irving complementa lo anterior señalando que, si bien es relevante y beneficiosa la atención con un especialista, el atenderse con uno implica en muchas ocasiones una movilización que, entre la ida y la vuelta, suman varias horas de viaje. En sus palabras: ***"Es una hora, un poco más [de ida], en total me demoro cuatro horas. Los análisis los hacemos en el hospital de Quirihue. También vamos a otro especialista a Concepción, es un doctor excelente y atiende por FONASA"***.

El sistema de atención primaria presenta limitaciones específicas. Alicia destaca la irregularidad en los controles: ***"Los controles de enfermedades crónicas del CESFAM son cada 6 meses [...] son muy distantes los controles y en caso de algún síntoma o molestia hay que esperar"***. También menciona problemas en la calidad de atención: ***"Es una atención rapidita, no es una atención donde el médico te dedique tiempo"***.

La cancelación imprevista de citas agrava esta situación, como señala Alicia: ***"A veces uno va al control al que te citan en el CESFAM, estás allá y te dicen "el médico no viene hoy" y uno tiene que volver a pedir la hora"***.

2.4 Recursos económicos y la relevancia de las Garantías Explícitas de Salud (GES)

El manejo de enfermedades crónicas implica gastos recurrentes en medicamentos y exámenes. Las Garantías Explícitas de Salud (GES) emergen como un apoyo fundamental para enfrentar estos costos. Los entrevistados destacan su importancia como soporte económico esencial. Teresa ejemplifica: ***"El hecho de estar en el GES me permite estar pagando 4.400 pesos mensuales por todos los medicamentos por una receta que perfectamente podría gastar 180.000. Entonces para mí es un beneficio tremendo"***. José reafirma: ***"Estoy con mi tratamiento en el GES, y creo que esa ayuda es la mejor, porque los remedios están subsidiados, son más baratos. Si tuviera que valerme"***

directamente afectaría mi economía”.

Adicionalmente, los entrevistados desarrollan diversas estrategias para acceder a medicamentos y tratamientos, entre ellos:

1. Uso de farmacias solidarias: María Cecilia destaca: **“Cuando empecé fue un gasto enorme, hasta que apareció la farmacia solidaria a salvarnos... Una cajita de remedio de 30 pasó a costar cuatro mil”.**

2. Apoyo familiar: Como señala Judith, **“Los medicamentos en el CESFAM me los dan, y si lo tengo que comprar afuera cuando en el CESFAM no están, eso es pocas veces, y me ayuda mi hija”.** Julieta también menciona: **“En lo económico te diría que estoy bien cubierta, y si es necesario un aporte adicional (...) mis hijos me aportan”.**

3. Uso de ahorros personales: Olga explica: **“Lo que pasa es que yo me jubilé hace poco, y ahora he tenido que sacar de mis ahorros... imagínese saco una jubilación de 110 mil pesos y los exámenes me salen 150 mil pesos”.**

2.5 Cronicidad ¿Limitación a la vida diaria?

Las enfermedades crónicas pueden impactar la vida cotidiana de diversas maneras, aunque este impacto varía significativamente según el tipo de enfermedad, la persona que la padece y los recursos con los que se cuenta. Mientras algunos entrevistados reportan cambios mínimos en su rutina diaria, otros experimentan limitaciones más significativas, especialmente cuando se trata de condiciones que involucran dolor crónico. Las entrevistas respaldan esta diversidad. Por ejemplo, Alicia señala que sus condiciones no han afectado su vida: **“No, en mi caso, mentiría si digo que sí, no me han afectado en absoluto. Para empezar, la hipertensión nunca sentí síntomas... De la artrosis he sabido llevarla bien”.** María Cecilia comparte una visión similar respecto a su rutina general: **“Mi tratamiento no afecta mi vida. Yo quiero salir, quiero viajar, salgo y viajo y no me afecta en nada”.**

Sin embargo, el panorama cambia significativamente cuando se trata de condiciones que involucran dolor crónico. La misma María Cecilia describe el impacto devastador que tuvo la artrosis de cadera en su vida laboral y emocional, debido a una crisis de la enfermedad y consecuentes cirugías. Las limitaciones físicas también generaron preocupaciones adicionales, como expresa: **“Tenía miedo de caerme, porque se pierde la movilidad”.**

La alimentación es otro punto clave en el cuidado y tratamiento de enfermedades comunes como la diabetes y la hipertensión arterial, lo que puede expresarse como una limitante al diario vivir. En esta línea, Julieta indica que ante su diagnóstico de diabetes reevaluó totalmente su alimentación, aunque esto no necesariamente implica abandonar

sus preferencias alimentarias, adaptándolas al nuevo escenario. En sus términos:

"Cuando me dijeron tienes diabetes, o sea cambié mi modo de alimentación en 360%, porque yo antes comía chatarra, papas fritas, chocolate, todas esas cosas que te ayudan a subir el azúcar, entonces me cuido mucho de eso. Pero no me limito al máximo, o sea si voy a un cumpleaños, recibo un trozo de torta digo 'más delgadito, más finito'".

Caso similar es el de Olga, aunque con menos rigurosidad, indicando que:

"Por ahora no [no ha cambiado su vida] en el tema de la alimentación me siento limitada, pero no afecta tanto. Por ejemplo, cuando fui a la diabetóloga particular me dijo "mira, si vas a un cumpleaños y te comes un pedazo de torta o un pisco sour, nadie te lo impide, pero a las mil quinientas" entonces claro, si me sirvo un trago, una comida, pero evito hacerlo seguido".

Asimismo, resulta interesante notar que las limitaciones o cambios en los hábitos alimenticios pueden ser una oportunidad para mejorar en otros aspectos de la vida diaria más que ser una limitación propiamente tal. Así lo describe Ana, quien luego de iniciar una dieta que fuera acorde con un buen tratamiento de la diabetes mejoró su situación de salud, lo cual le ha llevado a poder volver a realizar actividades fundamentales de la vida diaria. En sus palabras:

"Lo otro es que antes andaba en auto nomás, tres cuadras en auto, nada que ver, ahora me camino casi todo Quirihue. El autoestima también ha mejorado y eso hace que el trabajo también sea mejor, y tienes otro enfoque para atender al público, tienes otro pensar. Uno cuando ya tiene esta diabetes avanzada, tú no te das cuenta cómo afecta tu cerebro. Tu disminución de concentración, tu memoria ya no es la misma, eres menos activo, eres más lento, entonces ahora no, ahora ya es diferente, ya hay más poder de concentración, ya hay más actividad física, una ya es más enérgica".

Este pensamiento va en línea con lo que ha aprendido de su esposo Irving, quien para su hipertensión limita también su consumo de ciertas cosas, pero viéndolo como algo que le permite llevar un estilo de vida más pleno, como él señala: ***"Yo aprendí que las cosas que uno trae y tiene y aparentemente son limitantes, por esta hipertensión yo sé que no puedo tomar alcohol, pero al final me están haciendo un favor, porque puedo caer en otra cosa. Uno tiene que aceptar lo que tiene, y cumplir con el tratamiento adecuado, que lo hagan los especialistas, pero gran parte lo hace uno con el estilo de vida adecuado".***

También hay quienes declaran que la enfermedad que padecen y el tratamiento que llevan no les limita en ningún aspecto. Por ejemplo, María Cecilia indica que si bien en un

comienzo su artrosis le implicó problemas para su trabajo, ahora **"si viajo, llevo todos mis medicamentos, llevo un neceser y el neceser de los medicamentos"**. Además, agrega que cualquier limitación que pueda presentar se debe a factores ajenos a su situación de salud, como por ejemplo su preocupación por otros integrantes de la familia, pero que en el fondo **"siento que los impedimentos no son mis enfermedades"**.

2.6 Las principales preocupaciones de una persona mayor con enfermedades crónicas

La pérdida de autovalencia constituye una preocupación central para la población mayor en Chile. Según la Encuesta de Calidad de Vida del año 2022, un 60% de las personas encuestadas declaran estar muy preocupados por la posibilidad de llegar a depender de otras personas, siendo esta la principal preocupación entre los encuestados.

Los entrevistados expresan esta preocupación y la vinculan directamente con la importancia de mantener sus tratamientos. Teresa articula este sentimiento con claridad: **"Yo lo único que pido, es que en los años que me queden por vivir, los pueda vivir en forma autovalente, ¿ya? Ojalá, Dios quiera, Dios así lo permita, no tener ninguna enfermedad de que me vuelva dependiente de otras personas (...) Yo lo único que ruego es ser autovalente hasta el último minuto y, en el fondo, ojalá me tocará vivir la vida como la vivieron mis papás"**.

José enfatiza la responsabilidad personal en el manejo de la salud: **"El futuro y las enfermedades las veo con mucha responsabilidad. [...] ante cualquier evento que yo considere que me limita, que me pone en riesgo, en ese minuto tomaré todas las medidas médicas que sean necesarias, que eviten a mi familia (lidiar con mi dependencia)"**. Irving comparte esta visión y agrega una perspectiva comunitaria: **"Yo no quiero llegar, lamentablemente como muchas personas, con años pero sin calidad de vida. No quiero ser una de esas personas. Quiero ser autovalente y funcional mucho tiempo, y poder transmitir el conocimiento que uno tiene"**.

Las experiencias personales con la enfermedad y la muerte han marcado la perspectiva de varios entrevistados. María Cecilia relata: **"Durante el COVID falleció mi hermano mellizo, viví lo peor del COVID, me di cuenta, viendo gente fallecer de covid, también de cancer, hacen ser mejor persona con uno mismo, cuidarse más, por eso yo soy tan meticulosa, me cuido"**. Esta experiencia ha influido en su visión del futuro: **"Yo estoy trabajando para mantenerme de la mejor forma posible, mantener el orden para tener la mejor calidad de vida, hasta donde llegue. No me gustaría tampoco vivir tantos años, porque de pronto. Eso da pánico pensar"**.

La incertidumbre sobre el futuro se manifiesta también en preocupaciones específicas sobre actividades significativas. Julieta expresa su temor a perder la capacidad de bailar: **"El día en que el BAFOCHI me diga 'oye, no puedes seguir bailando' (...) va a morir una"**

parte de mí". Anita comparte su preocupación por la conducción: "Dejar de manejar, porque todavía manejo. Mi hijo también quisiera que ya no maneje, pero me dieron la licencia. Pero sí ahí me cuido, manejo en sectores de Santiago nomás, no salgo afuera. Ese aspecto [el dejar de manejar] es algo que te puede limitar en algún minuto, porque te da libertad".

Algunos entrevistados han adoptado una perspectiva más centrada en el presente, como refleja la experiencia de una entrevistada: **"Ni siquiera me he proyectado, o como va a ser como cuando sea mayor [...] No lo sé, solamente sé que hoy tengo una buena calidad de vida, mañana no sé. Y aprendí cuando falleció mi marido, nosotros nos proyectábamos a un montón de cosas, pero el destino dejó hasta ahí las cosas, ahora prefiero vivir el día a día".**

Finalmente, el temor al dolor físico también emerge como una preocupación significativa, como expresa Judith: **"Me preocupa el dolor, lo que más temo".**

2.7 Las expectativas de apoyo

Las entrevistas realizadas revelan tanto desafíos como expectativas en torno a la atención en salud y las políticas públicas dirigidas a las personas mayores. Si bien las Garantías Explícitas en Salud (GES) representan un alivio económico importante para el acceso a medicamentos, persisten problemas relacionados con la disponibilidad y calidad de los servicios de salud, así como con la frecuencia de los controles médicos especializados.

Entre los principales desafíos, las personas mayores destacan la necesidad de mejorar la periodicidad y accesibilidad de los controles médicos, así como la calidad del tiempo de atención:

Alicia declara: **"Los controles de enfermedades crónicas del CESFAM son cada seis meses [...]. Falta mucho por mejorar en los CESFAM, los controles son muy distantes y en caso de algún síntoma hay que esperar mucho tiempo [por atención]"**

Otro tema recurrente es la dificultad para obtener citas médicas en el sistema público: **"Es complicado pedir hora [...]. A veces uno va al control y te dicen que el médico no está, y hay que volver a pedir una nueva hora. Eso puede tomar bastante tiempo"** (Alicia).

Sin embargo, las entrevistas también reflejan ciertos puntos positivos, como la percepción de amabilidad en el trato por parte del personal médico, aunque las consultas sean breves: **"Creo que he tenido suerte, todo el personal médico es bastante amable. Las consultas duran poco, unos 15 a 20 minutos, pero la atención en sí no es mala"** (Judith).

Con todo esto en mente, para la geriatra UC, Marcela Carrasco, las expectativas del paciente crónico también están puestas en una atención centrada en la persona: **"Nuestra**

medicina ha tenido y sigue teniendo un enfoque fuerte en patologías y, por lo tanto, es muy fragmentado. Eso hace que las personas tengan que consultar muchos médicos distintos o ir muchas veces al mismo médico por distintas patologías [...] El gran desafío es poder avanzar hacia una medicina mucho más centrada en la persona, con una visión más integral". Y complementa: *"Es importante incorporar la carga de comorbilidad, pero no solo eso, sino también la funcionalidad, la red de apoyo, el enfoque preventivo y la rehabilitación [...] Probablemente también una mirada multidisciplinaria, no solamente desde el enfoque médico [...] En general, todavía hay una gran brecha en el número de geriatras que se necesitan en el país. [...] En geriatría, el foco no solo debe ser médico, sino que también los otros profesionales de la salud. Todos los profesionales, como enfermería, kinesiología, terapia ocupacional, psicología, nutrición y fonoaudiología, deberían tener formación en geriatría"*, destaca la profesional y académica UC.

En cuanto a sus expectativas, las personas mayores expresan deseos que van más allá del acceso a servicios médicos, incorporando la necesidad de políticas públicas que promuevan el envejecimiento activo. Judith, por ejemplo, plantea la importancia de abrir más espacios para actividades físicas y de convivencia: *"Que haya más actividades físicas para los adultos mayores. La diabetes, por ejemplo, se puede controlar con alimentación sana y ejercicio, pero si no hay espacios donde las personas mayores puedan convivir y salir de su rutina, caemos en el sedentarismo, que es enemigo de la enfermedad"*, plantea Judith.

Además, la entrevistada destaca el papel de la intergeneracionalidad como una herramienta para fomentar la interacción social y la calidad de vida: *"Que los jóvenes se inserten más en la vida de las personas mayores ayudaría mucho. Antes las calles estaban llenas de niños, pero ahora todos están encerrados viendo televisión. Eso podría cambiar con políticas que promuevan la convivencia intergeneracional"*.

En conclusión, las personas mayores no solo esperan mejoras específicas en el acceso y calidad de los servicios de salud, sino también políticas públicas integrales que aborden su bienestar físico, emocional y social. Estas expectativas deben ser consideradas como parte de un enfoque más amplio hacia el envejecimiento activo y saludable.

Resumen de principales hallazgos cualitativos

1. Impacto del diagnóstico

- Las reacciones al diagnóstico son diversas y dependen de factores personales, como antecedentes familiares, recursos emocionales y apoyo social.
- La educación y la orientación médica juegan un rol crucial en la aceptación inicial y el manejo posterior de las enfermedades.

2. Autocuidado y manejo

- Las personas mayores adoptan distintos enfoques hacia el automanejo: algunos desarrollan rutinas consistentes, mientras que otros tienen un manejo episódico o adaptativo.
- Las rutinas estructuradas y el apoyo familiar son determinantes para una buena adherencia al tratamiento.

3. Relación con el sistema de salud

- La calidad de la relación con el equipo médico es un aspecto central para los entrevistados.
- Las principales barreras reportadas son la rotación de personal, la falta de especialistas en áreas rurales y los tiempos prolongados de espera para citas y exámenes.

4. Recursos económicos y GES

- El sistema de GES es valorado como un soporte económico esencial para enfrentar los costos de medicamentos y tratamientos.
- Algunos entrevistados recurren a servicios privados para compensar las deficiencias del sistema público.

5. Impacto en la vida diaria

- Las enfermedades crónicas no siempre limitan la vida diaria, pero cuando lo hacen, afectan áreas clave como la movilidad, la alimentación y el trabajo.
- Cambios en hábitos como la alimentación pueden convertirse en oportunidades para mejorar otros aspectos de la calidad de vida.

6. Incertidumbre futura

- La preocupación principal de los entrevistados es mantener su autonomía e independencia, con el temor a volverse dependientes.
- Se enfatiza la importancia del tratamiento médico continuo y el autocuidado como herramientas para evitar la dependencia.

7. Expectativas sobre políticas públicas

- Las personas mayores esperan mejoras en el acceso y la calidad de los servicios de salud, así como políticas públicas que fomenten el envejecimiento activo.
- Se destaca la necesidad de espacios para actividades físicas y de convivencia intergeneracional como componentes del bienestar integral.

3. Desafíos en la Rutina: Polifarmacia y Costos de Bolsillo en la Salud de las Personas Mayores

3.1. Polifarmacia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la polifarmacia como “el uso simultáneo de múltiples medicamentos o la administración de un número excesivo de fármacos” (Monégat et al., 2014). Sin embargo, esta definición ha sido ampliamente debatida, ya que no establece un umbral claro para determinar cuántos medicamentos constituyen “más que lo necesario”, ni considera las particularidades individuales de cada paciente. En la práctica clínica y de investigación en salud, la polifarmacia se suele identificar como el uso concomitante de cinco o más medicamentos (Davis et al., 2020), aunque algunos estudios sugieren que el impacto no depende únicamente del número, sino de la calidad y pertinencia del tratamiento.

Dicho esto, en el fenómeno se puede distinguir la polifarmacia adecuada, la cual implica el uso de múltiples medicamentos cuando los beneficios superan claramente los riesgos, permitiendo un manejo efectivo de enfermedades crónicas y mejorando la calidad de vida. En contraste, la polifarmacia inadecuada ocurre cuando se prescriben medicamentos innecesarios, se mantienen tratamientos que ya no son indicados o se genera un riesgo desproporcionado de efectos adversos, como interacciones medicamentosas, hospitalizaciones, caídas o incluso mortalidad (Davis et al., 2020; Masnoon et al., 2017).

En este sentido, la geriatra y académica UC, Marcela Carrasco, expone los riesgos de la polifarmacia en el contexto de la salud de la población mayor: ***“El consumo de muchos medicamentos simultáneos puede suponer riesgos, porque hay medicamentos que interactúan entre sí. En una persona mayor, los medicamentos no tienen el mismo efecto que en una persona más joven, y pueden interactuar y producir otra sintomatología como síndrome geriátrico. A veces, si una persona toma un diurético para la hipertensión, puede aumentar la incontinencia urinaria, lo que hace que deje de salir de su casa.”***

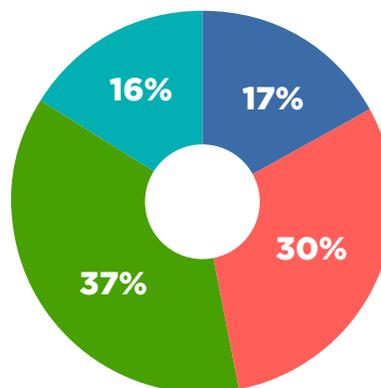
Junto con esto, la profesional UC destaca el uso de estrategias desde la geriatría para prevenir escenarios adversos: ***“Se sabe que, en algunos casos, los pacientes toman el mismo medicamento con otro nombre comercial y se toman el doble de la dosis porque no distinguen qué es el mismo medicamento. Los pacientes hospitalizados muchas veces salen con una lista de medicamentos nueva y no saben si seguirlos o tomar los que tomaban antes [...] En geriatría llamamos a esto la consolidación de los fármacos, que es revisar todo lo que toma el paciente, incluidas automedicaciones y medicamentos naturales.”***

Según datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) de 2022, el 16% de las personas mayores en Chile toma 6 o más medicamentos regularmente, seguido de un 37% que

consume entre 3 a 5 medicamentos y un 30% que declara tomar entre 1 y 2 medicamentos. El 17% declara no tomar medicamentos.

Gráfico 5: Número de medicamentos que se declaran utilizar, población 60+ 2022

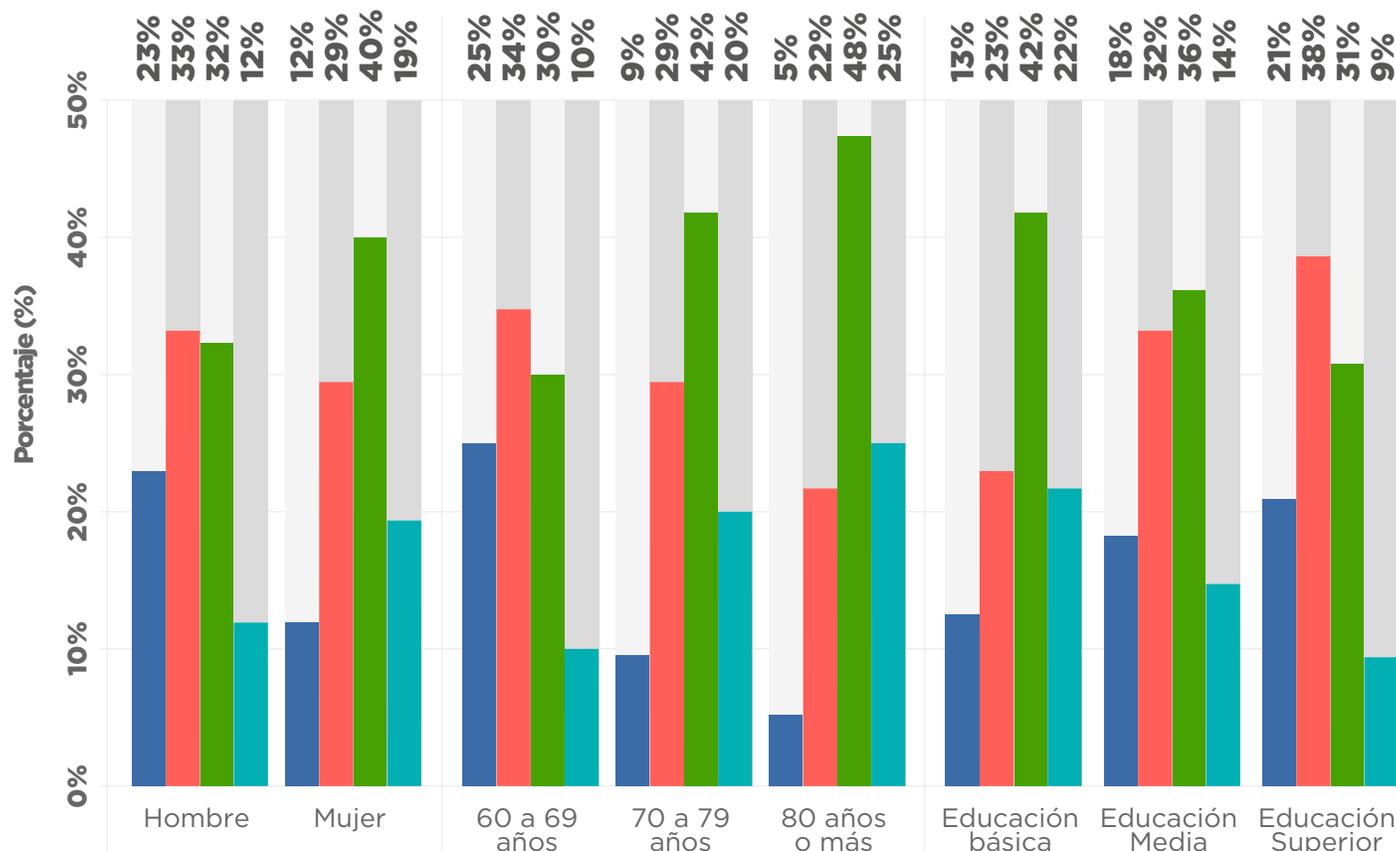
Fuente: Elaboración del Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo en base a Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez 2022.



Este porcentaje es mayor entre las mujeres (19%) en comparación con los hombres (12%), lo que podría estar relacionado con una mayor prevalencia de enfermedades crónicas en ellas. Además, la polifarmacia se intensifica con la edad: mientras que solo el 10% de los adultos entre 60 y 69 años reportan tomar 6 o más medicamentos, esta cifra se eleva al 25% entre quienes tienen 80 años o más.

El nivel educativo también juega un rol importante en este fenómeno. Las personas con educación básica son más propensas a presentar polifarmacia (22%) en comparación con aquellas con educación superior (9%). Esto podría estar relacionado con el acceso desigual a información sobre medicamentos, recursos para consultas médicas más frecuentes y diferencias en la gestión de la salud.

Gráfico 6: Número de medicamentos que se declara utilizar, según género, tramo etario y nivel educativo, población 60+ 2022



Fuente: Elaboración del Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo en base a Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez 2022.



3.2. Gasto de bolsillo en salud

El manejo de la polifarmacia no solo implica desafíos médicos, sino también financieros. Los costos de bolsillo derivados de la compra de medicamentos representan un gasto considerable para las personas mayores, especialmente para aquellas con ingresos limitados. Según la Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF) de 2022, los hogares con al menos una persona mayor destinan, en promedio, \$125.953 pesos al gasto en salud, lo que equivale al 10,7% de su gasto total. En contraste, los hogares sin personas mayores asignan un promedio de \$109.182 pesos, que representa solo el 6,8% de su gasto total.

Tabla 2: Gasto en salud según tipología de hogar, en pesos del 2022

Tipología de hogar	Gasto en salud del hogar	Gasto en salud como porcentaje del gasto total del hogar	Gasto en salud Pér cápita del hogar
Hogar sin persona mayor	\$109.182	6,8%	\$43.581
Hogar con al menos una persona mayor	\$125.953	10,7%	\$51.181

Fuente: Elaboración del Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo en base a Encuesta de Preseupuestos Familiares del Instituto Nacional de Estadísticas 2022.

La disparidad se intensifica al analizar el gasto per cápita. En los hogares con personas mayores, este asciende a \$51.181 pesos, en comparación con \$43.581 pesos en aquellos sin personas mayores. Estos datos reflejan cómo el envejecimiento de la población impacta significativamente en los costos de salud, especialmente debido al uso frecuente de medicamentos y a la necesidad de otros servicios médicos.

El gasto en medicamentos es el componente más importante dentro del gasto de bolsillo en salud. Para los hogares con personas mayores, este alcanza \$129.272 pesos, mientras que en hogares sin personas mayores, el gasto es de \$64.876 pesos. Además, otros subítems como productos médicos de asistencia (\$66.090 pesos) y servicios ambulatorios (\$288.242 pesos) también representan proporciones significativas del gasto.

Tabla 3: Gasto en ítems de salud, secciones seleccionadas, en pesos del 2022

Tipología de servicios/prestaciones	Hogar sin personas mayores	Hogar con presencia de personas mayores
Medicamentos	\$64.876	\$129.272
Servicios médicos ambulatorios	\$68.167	\$66.090
Servicios médicos hospitalarios	\$63.092	\$288.242

Fuente: Elaboración del Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo en base a Encuesta de Presupuestos Familiares del Instituto Nacional de Estadísticas 2022.

A nivel internacional, estudios han demostrado que los adultos mayores enfrentan altos costos en salud debido a factores como la polifarmacia, las enfermedades crónicas y el acceso limitado a subsidios efectivos. Por ejemplo, en China, la presencia de personas mayores en el hogar es un factor determinante para que estos gastos se conviertan en catastróficos, a pesar de la amplia cobertura del sistema de seguridad social. Esta situación también se ve influida por factores familiares, como los ingresos del hogar y las actitudes hacia las personas mayores, que afectan la elección de tratamientos y, por ende, los costos asociados (Chen et al., 2023)

Finalmente, las características personales también juegan un rol clave en el gasto en salud. Factores como la edad, el género, el nivel educativo y las enfermedades crónicas han mostrado correlaciones directas con el aumento de los costos médicos. Por ejemplo, se ha documentado que el gasto en salud incrementa significativamente en los últimos años de vida, debido a la necesidad de cuidados más complejos.

El panorama descrito subraya la urgencia de políticas públicas orientadas a mitigar el impacto del gasto de bolsillo en salud de las personas mayores. Esto incluye mejorar el acceso a medicamentos esenciales, desarrollar sistemas de seguridad financiera robustos y fomentar la implementación de programas de desescalamiento de polifarmacia que reduzcan tanto los riesgos médicos como los costos innecesarios.

3.3 Mortalidad asociada a cronicidad en personas mayores

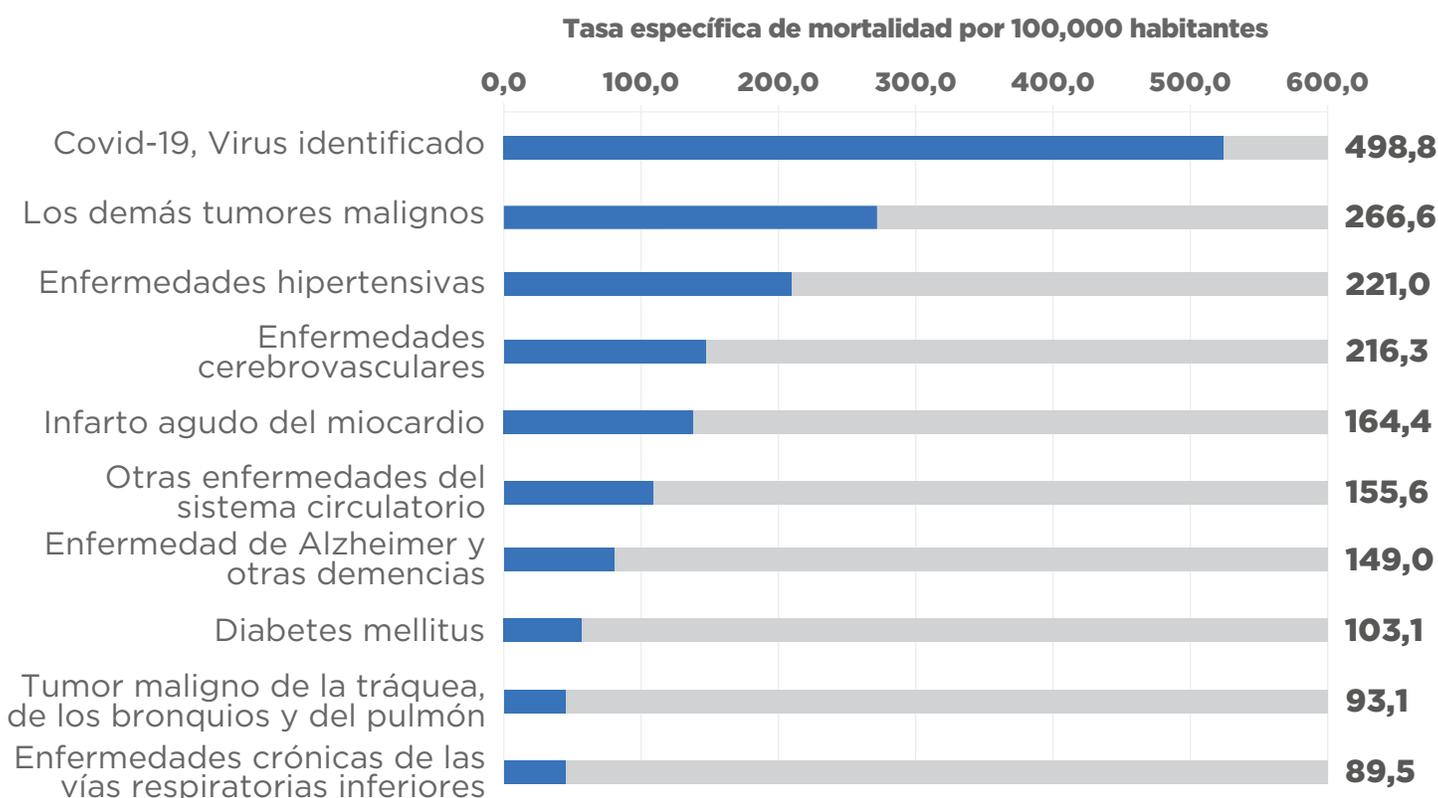
La prevalencia de enfermedades crónicas y multimorbilidad, impactan tanto la calidad como la cantidad de años de vida de la población. Estas condiciones, además de afectar la funcionalidad y la participación social, constituyen un desafío creciente para los sistemas de salud en términos de prevención y manejo.

Un estudio realizado en el distrito de Kungsholmen, en Estocolmo, abordó la relación entre las condiciones crónicas y la mortalidad en personas de 75 años y más (Rizzuto et al., 2017). Los resultados revelaron que una de cada cuatro muertes se atribuía a enfermedades cardiovasculares, y una de cada seis, a trastornos neuropsiquiátricos. Por otro lado, las enfermedades oncológicas, aunque menos frecuentes, se asociaron con el menor tiempo de supervivencia post-diagnóstico (mediana de 2.5 años), mientras que las afecciones neurosensoriales y neuropsiquiátricas presentaron el mayor tiempo de supervivencia (más de 6 años), pero con una alta carga de discapacidad durante este período. La multimorbilidad, definida como la presencia de dos o más enfermedades crónicas en un individuo, afectó al 70,4% de la población estudiada y fue responsable del 69,3% del total de muertes. Además, estas personas vivieron el 81% de sus años restantes con algún grado de discapacidad, lo que equivale a una mediana de 5.2 años en dicha situación.

En Chile, esta realidad se refleja de manera similar. Según datos actualizados de causas

de mortalidad por enfermedades del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) correspondientes al año 2021 (último año con registro consolidado), la principal causa de muerte en la población mayor, después del COVID-19, son los tumores malignos (cáncer), seguidos por enfermedades hipertensivas, que registran una tasa de 221 muertes por cada 100.000 personas de 60 años o más. Otras causas relevantes incluyen enfermedades cardiovasculares (216 muertes por cada 100.000 personas mayores), otras enfermedades del sistema circulatorio (156 muertes por cada 100.000) y diabetes mellitus, con una tasa de 103 muertes por cada 100.000 personas mayores. Estas cifras son consistentes con la alta prevalencia de enfermedades crónicas en esta población, tal como se revisó previamente.

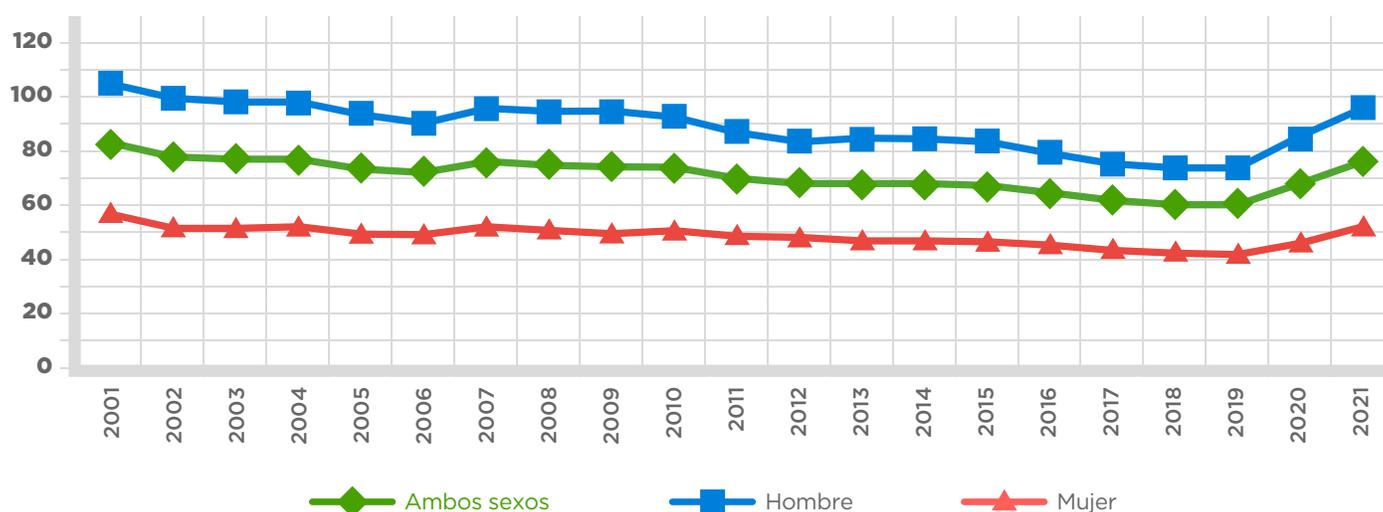
Gráfico 7: Principales causas de muertes en población 60+, 2021



Fuente: Elaboración del Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo en base a Estadísticas de Mortalidad del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), año 2021. Nota: "Los demás tumores malignos" excluye: tumor de tráquea, bronquios o pulmón, estómago,

La tasa de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP), un indicador que mide las muertes prematuras, antes de los 80 años, ha experimentado un incremento en los últimos años, influido principalmente por la pandemia de COVID-19. Según la última actualización del año 2021, la tasa general alcanzó 77,6 muertes por cada 1.000 personas entre 0 y 79 años. Este valor se eleva a 100 muertes por cada 1.000 en el caso de los hombres, mientras que para las mujeres es significativamente menor, con 55,4 muertes por cada 1.000 personas de 0 a 79 años en Chile.

Gráfico 8:
Tasa AVPP por cada 1.000 personas de 0 a 79 años en Chile, 2001 a 2021



Fuente: Elaboración del Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo en base a Estadísticas de Mortalidad del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), años 2001 a 2021.

5. Políticas Públicas para el Manejo de Enfermedades Crónicas en Personas Mayores en Chile

El manejo de las enfermedades crónicas en Chile ha sido una prioridad en la política pública de salud, especialmente con la inclusión de patologías crónicas dentro de la cobertura del sistema público. Entre los mecanismos más relevantes se encuentran las garantías del sistema público de salud, el programa de **Garantías Explícitas en Salud (GES)**, que brinda cobertura a una serie de enfermedades, incluidas aquellas prevalentes en la población mayor.

El GES es un plan de cobertura que busca garantizar el acceso a atención médica para un número determinado de enfermedades, sin importar el sistema de salud al que pertenezca el afiliado (Fonasa o Isapres). Desde su creación en 2006, ha ido ampliando la lista de enfermedades cubiertas¹, alcanzando 87 patologías en 2022. Este programa cubre diversas garantías clave:

El manejo de las enfermedades crónicas en Chile ha sido una prioridad en la política pública de salud, especialmente con la inclusión de patologías crónicas dentro de la cobertura del sistema público. Entre los mecanismos más relevantes se encuentran las garantías del sistema público de salud, el programa de Garantías Explícitas en Salud (GES), que brinda cobertura a una serie de enfermedades, incluidas aquellas prevalentes en la población mayor.

El GES es un plan de cobertura que busca garantizar el acceso a atención médica para un número determinado de enfermedades, sin importar el sistema de salud al que pertenezca el afiliado (Fonasa o Isapres). Desde su creación en 2006, ha ido ampliando la lista de enfermedades cubiertas¹, alcanzando 87 patologías en 2022. Este programa cubre diversas garantías clave:

- **Acceso:** Garantiza que las personas afiliadas tengan acceso a las prestaciones necesarias.
- **Oportunidad:** Establece un plazo máximo para la atención de las patologías cubiertas.
- **Calidad:** Asegura que la atención sea brindada por prestadores acreditados.
- **Protección Financiera:** Limita los costos que deben asumir los afiliados, garantizando que sean razonables de acuerdo a su capacidad económica.

El costo de las enfermedades cubiertas por el GES varía según el grupo de Fonasa o el plan de salud de cada afiliado. Para las personas mayores de 60 años y los afiliados a pensiones asistenciales, las enfermedades cubiertas por GES son gratuitas. Sin embargo, en otros casos, los afiliados deberán enfrentar copagos que pueden variar dependiendo del grupo de Fonasa o de su plan en Isapre. Específicamente, los afiliados a Fonasa pueden tener un copago del 10% o 20%, mientras que en las Isapres, el copago puede llegar hasta un 20%, con un tope de cotizaciones mensuales que varía según el tipo de enfermedad y tratamiento.

Dentro de las 87 patologías cubiertas por el GES, muchas están especialmente orientadas a enfermedades crónicas prevalentes en la población mayor, como la diabetes tipo 2, hipertensión arterial, artritis reumatoide, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y enfermedades neurodegenerativas como el Parkinson. Estas enfermedades, de carácter crónico y progresivo, requieren un manejo continuo y de largo plazo, lo que las convierte en un desafío importante para los sistemas de salud pública.

Algunas de las enfermedades crónicas cubiertas por el GES incluyen:

- Diabetes Mellitus tipo 1 y tipo 2
- Hipertensión arterial primaria o esencial
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
- Artritis Reumatoidea
- Enfermedad de Parkinson
- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA)
- Esclerosis Múltiple
- Hepatitis Crónica por Virus Hepatitis B y C

La cobertura del GES para enfermedades crónicas no solo considera el tratamiento médico, sino también atención preventiva, medicamentos y seguimiento, lo que facilita la continuidad del cuidado de las personas mayores que viven con estas condiciones.

El GES para personas mayores incluye patologías como la artrosis de cadera o el acceso a ayudas técnicas como audífonos para personas de 65 años o más. Además, este programa facilita el acceso a exámenes de medicina preventiva anuales, una herramienta importante para la detección temprana de enfermedades crónicas, lo que es especialmente relevante en el caso de las personas mayores.

Uno de los aspectos fundamentales del GES es su garantía de protección financiera, que asegura que los costos no sean una barrera para el acceso a la atención de salud. Esta garantía es vital para las personas mayores, ya que muchos de los tratamientos para enfermedades crónicas pueden ser costosos y demandar atención continua.

En este marco, se encuentra el **Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Atención Primaria (FOFAR)**. El programa busca abordar las dificultades para el acceso y entrega oportuna de los medicamentos a personas mayores de 15 años con hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 o colesterol alto, a través de dos componentes: Acceso oportuno a medicamentos en atención primaria de salud y apoyo en la adherencia y Gestión farmacéutica. Así, cuando una persona concurre a un control médico en un establecimiento de Atención Primaria y a través de los resultados de exámenes, el médico realiza confirmación diagnóstica de al menos uno de los siguientes diagnósticos: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2 y Dislipidemia, e indica un tratamiento farmacológico, luego de esta atención, la persona deberá concurrir a retirar sus medicamentos al botiquín/farmacia del establecimiento de Atención Primaria, donde al

momento de realizar la entrega de fármacos por primera vez, la persona ingresará a la población beneficiaria del programa. Al año 2023, la cantidad efectiva de los beneficiarios ascendía a 2.379.517 personas, aunque los datos disponibles no permiten disgregar por edad.

Por otra parte, el **Programa de Salud Cardiovascular (PSCV)** del Ministerio de Salud es una estrategia integral para la reducción de la incidencia de enfermedades cardiovasculares. Este programa se inició en 2002 con la reorientación de los subprogramas de Hipertensión Arterial y Diabetes, incorporando un enfoque de riesgo cardiovascular global en lugar de tratar los factores de riesgo por separado. Los objetivos del PSCV incluyen mejorar la detección, diagnóstico e intervención oportuna de los factores de riesgo cardiovascular, mejorar la calidad y resultados de las atenciones, y fortalecer el control de los factores de riesgo y el seguimiento de personas que han tenido un evento cardiovascular. También se busca incorporar a la familia como factor protector en el abordaje de los riesgos.

El grupo objetivo del programa incluye pacientes hipertensos o diabéticos con obesidad que necesitan apoyo para cambiar su estilo de vida, fumadores que buscan dejar el hábito y personas bajo control con riesgo cardiovascular bajo o moderado. Las prestaciones del PSCV incluyen exámenes sanguíneos y de orina, electrocardiogramas, controles crónicos y periódicos con un equipo médico integral, entrega de medicamentos, evaluación de fondo de ojo, evaluación de pie diabético y control, y seguimiento de la presión arterial.

Al año 2020, y según el Resumen Estadístico Mensual (REM), consolidado a nivel anual por el DEIS, cerca de 116.734 personas por sobre los 60 años se beneficiarios del programa PSCV.

Tabla 4: Beneficiarios efectivos del programa PSCV, población mayor según género y tramo etario, 2020

Tramos etarios y género de la persona mayor	2020	2019	2018
80 y más años Hombres	3.186	6.436	6.123
80 y más años Mujeres	5.346	10.420	10.372
75 a 79 Mujeres	3.749	8.485	8.036
75 a 79 Hombres	3.495	7.073	6.691
70 a 74 Mujeres	5.384	11.711	11.300
70 a 74 Hombres	5.423	10.381	10.579
65 a 69 Mujeres	7.519	15.513	15.479
65 a 69 Hombres	7.670	14.360	14.415
60 a 64 Mujeres	9.032	17.892	18.249
60 a 64 Hombres	8.770	15.306	15.490
Total anual 60+	59.574	117.577	116.734

Fuente: Series REM 2020

Programas Especializados para Personas Mayores

En Chile, las personas mayores cuentan con diversos programas diseñados para mejorar su salud, bienestar y calidad de vida. Uno de los pilares fundamentales de estas iniciativas es el sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES), que asegura cobertura para 55 patologías específicamente dirigidas a este grupo etario. Esto significa que, tanto en el sistema público como en el privado, las personas mayores tienen garantizado el acceso a tratamientos, diagnósticos y seguimientos dentro de plazos establecidos, con estándares de calidad y protección financiera.

Entre los programas destacados se encuentra el **Más Adultos Mayores Autovalentes**, una estrategia comunitaria que busca mantener o mejorar la condición funcional de las personas mayores de 60 años. A través de este programa, se fomenta el autocuidado y la estimulación funcional, fortaleciendo la autonomía de este segmento de la población y promoviendo su integración activa en la comunidad. Este programa se ejecuta mediante la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

De acuerdo con el último informe de “Monitoreo y Seguimiento de la Oferta Pública 2023”, dicho programa logró llegar a 165.195 personas de 60 años o más, beneficiarias de FONASA e inscritas en sus respectivos CESFAM, concentrándose su ejecución en la Región Metropolitana (32,7%), Región de Valparaíso (12,7%) y Región del BíoBío (12%).

Otra herramienta clave es el **Examen Médico Preventivo del Adulto Mayor (EMPAM)**, que se realiza de manera gratuita y voluntaria en los centros de salud familiar (CESFAM) del país. Este examen anual está dirigido a personas mayores de 65 años y tiene como propósito evaluar su funcionalidad, detectando de forma temprana cualquier deterioro que pudiera afectar su capacidad para realizar actividades cotidianas. Es un componente esencial de las prestaciones de salud, ya que permite intervenir oportunamente en problemas de salud prevenibles.

Tabla 5: Número de exámenes de medicina preventiva en mayores de 60 años, 2020 (año calendario)

Edad	Hombres	Mujeres	Total
60 a 64 años	6.743	10.047	16.790
65 a 69 años	23.986	39.964	63.950
70 a 74 años	25.393	38.199	63.592
75 a 79 años	21.356	31.722	53.078
80 y más años	24.814	43.038	67.852
Total	102.292	162.970	265.262

Fuente: Elaboración del Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo en base a Resumen Estadístico Mensual (REM) Serie A “Examen de Medicina Preventiva en Mayores de 15 años” Sección B: EMP según resultado de estado nutricional. Acumulado nacional.

Por último, el **Programa de Rehabilitación Integral** se enfoca en brindar atención especializada a quienes enfrentan problemas osteomusculares o neurológicos en etapas subagudas y crónicas. Este programa se lleva a cabo en salas de rehabilitación comunitarias ubicadas en CESFAM y, además, dispone de equipos móviles que llevan los servicios de rehabilitación a territorios rurales, facilitando el acceso para quienes viven en localidades alejadas. Al año 2020, la mayoría de los beneficiarios de 60 años o más concentraban la atención en artrosis de mediana gravedad (11.472), seguida de otros síntomas asociados a dolor no traumático (9.097). En menor proporción se encuentran beneficiarios por artrosis de otra naturaleza, incluida aquella severa, enfermedad de Parkinson y enfermedades reumatológicas. Diabetes mellitus y amputaciones asociadas se observan en más de 400 casos a nivel anual.

Tabla 5: Número de exámenes de medicina preventiva en mayores de 60 años, 2020 (año calendario)

Condición	Total	60 _ 64		65 _ 69		70 _ 74		75 _ 79		80 y más	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Artrosis leve y moderada de rodilla y cadera	11.472	511	1.793	563	1.948	636	1.888	582	1.504	621	1.426
Otros síndromes dolorosos no traumáticos	9.097	809	1.838	799	1.516	577	1.182	409	835	390	742
Otras artrosis	1.822	108	301	96	299	113	316	74	212	87	216
Enfermedad de parkinson	1.624	116	94	170	136	200	166	211	152	181	198
Artrosis severa de rodilla y cadera	1.295	68	136	83	159	79	200	67	152	118	233
Reumatológicas	983	81	175	58	172	68	165	32	101	33	98
Amputación por diabetes	328	71	24	60	19	45	18	27	20	28	16
Diabetes mellitus	115	13	9	14	14	11	14	7	7	13	13

Fuente: Serie A "Programa de Rehabilitación Integral" a Nivel Primario, sección A.² "Ingresos por condición de salud".

Otras estrategias intersectoriales

Empoderamiento y automanejo: Programa "Tomando Control de su Salud"

El programa **Tomando Control de su Salud (TCS)**, versión en español del Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) de la Universidad de Stanford, ha sido implementado en más de 20 países para empoderar a personas con enfermedades crónicas. Este enfoque promueve la autoeficacia, permitiendo a los participantes tomar decisiones informadas sobre su salud, mejorar su calidad de vida y prevenir recaídas. El TCS enfatiza tres áreas clave del automanejo:

1. **Atributos personales:** participación activa, responsabilidad y actitud positiva.
2. **Entorno personal:** acceso a información, atención individualizada y apoyo social.
3. **Automanejo continuo:** desarrollo de habilidades médicas, emocionales y de roles.

La efectividad del TCS está respaldada por evidencia que demuestra mejoras en calidad de vida, adherencia al tratamiento, reducción de hospitalizaciones y fortalecimiento de la relación médico-paciente. En México, se han observado beneficios adicionales, como la reducción del estrés y el aumento de la actividad física (Hernández et al., 2023).

En Estados Unidos, los participantes del programa experimentaron mejoras significativas en comportamientos relacionados con la salud (como el ejercicio, la gestión cognitiva de síntomas y la comunicación con médicos), autoeficacia y estado de salud, incluyendo fatiga, dificultad para respirar, dolor, función de roles, depresión y angustia relacionada con la salud. Además, hubo una disminución en las visitas al servicio de urgencias (0,4 visitas en los 6 meses previos al inicio frente a 0,3 en los 6 meses antes del seguimiento).

El costo del programa se estimó en alrededor de \$200 por participante (Lorig et al., 2001).

En China, los pacientes que participaron en el programa mostraron mejoras significativas en los minutos semanales dedicados a ejercicio aeróbico, el uso de estrategias cognitivas para manejar síntomas, y la autoeficacia tanto para gestionar sus propios síntomas como para manejar su enfermedad en general, en comparación con los grupos de control. Además, se observaron avances en ocho indicadores de estado de salud y, en promedio, una reducción en las hospitalizaciones (Fu et al., 2003).

Estrategia de Cuidado Integral de las Condiciones Crónicas (ECICEP)

Lanzada en 2020 por el Ministerio de Salud de Chile, la **ECICEP** aborda el manejo integral de condiciones crónicas en pacientes del sistema público de salud. La estrategia promueve cuidados personalizados y fomenta la participación activa del paciente (Vargas et al., 2021).

Su implementación consta de tres etapas:

1. **Preparación previa:** estratificación de pacientes según nivel de riesgo (G0 a G3) mediante análisis detallados y, en casos específicos, visitas domiciliarias.
2. **Cuidado integral:** desarrollo de un Plan de Cuidados Consensuado (PC), que aborda dimensiones físicas, mentales, familiares y sociales, adaptándose a las necesidades y preferencias del paciente.
3. **Continuidad del cuidado:** seguimiento constante y coordinación entre niveles de atención para garantizar intervenciones eficaces y ajustadas a la evolución del paciente. La ECICEP redefine roles en el equipo de salud, introduciendo figuras clave como la dupla gestora del cuidado (profesional y técnico en enfermería) para pacientes de alta complejidad, además de médicos y otros profesionales que apoyan en prevención y seguimiento.

Recomendaciones del Plan Nacional Integral de Salud para Personas Mayores

El **Plan Nacional Integral de Salud para Personas Mayores** establece estrategias clave para mejorar la salud, funcionalidad y calidad de vida de esta población, enfrentando los desafíos de un contexto de envejecimiento poblacional y multimorbilidad. Sus principales lineamientos de mejora son:

El **Examen Médico Preventivo del Adulto Mayor (EMPAM)** es una herramienta esencial que evalúa la funcionalidad de los adultos mayores y guía intervenciones preventivas, promocionales, curativas y de rehabilitación. Sin embargo, se identifican desafíos clave:

1. **Ampliar la cobertura:** En 2016, solo el 44,9% de las personas mayores inscritas en FONASA accedieron al EMPAM. Es crucial incrementar esta cifra para fortalecer la prevención y mejorar la calidad de vida.
2. **Reestructurar el instrumento:** Convertir el EMPAM en una evaluación integral y multidimensional que considere factores médicos, psicológicos, sociales y funcionales, asegurando una visión holística del bienestar.
3. **Implementar planes de intervención individualizados:** Los resultados del EMPAM deben traducirse en planes personalizados con objetivos terapéuticos claros, enfocados en prevenir complicaciones, promover el autocuidado y mejorar la calidad de vida.

Para optimizar estas mejoras, se propone revisar la evidencia científica, establecer mesas técnicas de trabajo, priorizar regiones con alta concentración de población mayor y capacitar equipos de atención primaria en la nueva metodología del EMPAM.

Salud digital: Acceso a atención especializada

La telemedicina es una estrategia clave para mejorar el acceso a servicios especializados, especialmente ante el déficit de geriatras en Chile. Un ejemplo exitoso es la Célula de Geriatría del Hospital Digital, que durante la pandemia atendió residencias de adultos mayores en todo el país mediante interconsultas remotas en áreas como diabetes, nefrología y dermatología.

El plan recomienda:

- Establecer criterios de inclusión claros y flujos de ingreso.
- Coordinar dispositivos asistenciales y sociosanitarios para facilitar la derivación de casos.
- Priorizar áreas críticas como la funcionalidad y la gestión de la polifarmacia.

A largo plazo, se busca expandir la cobertura de la telemedicina, implementar programas piloto en regiones seleccionadas y medir sus impactos en la salud y sostenibilidad.

Incentivos para el autocuidado: Bono de salud del adulto mayor: Se propone crear un Bono de Salud del Adulto Mayor, asociado a la realización anual del EMPAM. Este bono, con un valor de \$18.000, busca fomentar el autocuidado y la cultura de prevención entre las personas mayores.

Para garantizar su efectividad, se requiere:

- Coordinación entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo Social.
- Estrategias de comunicación claras que informen sobre los beneficios del bono y su impacto en el bienestar.

Abordar la multimorbilidad: La multimorbilidad y las enfermedades crónicas representan desafíos significativos para la calidad de vida de los adultos mayores y para la sostenibilidad del sistema de salud.

El plan prioriza:

- **Capacitación continua:** Fortalecer las competencias de los equipos clínicos en la gestión de estas condiciones.
- **Participación comunitaria:** Promover actividades comunitarias y programas preventivos que mejoren el bienestar de los mayores.

Recomendaciones para Políticas Públicas en el Manejo de Enfermedades Crónicas en Personas Mayores en Chile

En función de las recomendaciones que emanan del Plan Nacional Integral de Salud para Personas Mayores, así como de los hallazgos del presente reporte, se presentan algunas líneas de acción en materia de enfermedades crónicas en población mayor:

1. Prevención de Enfermedades Crónicas a lo Largo del Ciclo Vital:

Es esencial fomentar políticas que integren la prevención de enfermedades crónicas desde etapas tempranas de la vida. Esto incluye la promoción de hábitos saludables, campañas educativas sobre alimentación, actividad física y salud mental, además de garantizar acceso a exámenes preventivos en todas las edades. La prevención debe ser un pilar transversal de la estrategia de salud pública.

2. Fortalecimiento de Controles Preventivos y Pesquisa Temprana:

Ampliar y fortalecer los controles preventivos, como los Exámenes Médicos Preventivos del Adulto Mayor (EMPAM), especialmente en áreas rurales y en grupos vulnerables. Estos controles deben enfocarse en la detección temprana de factores de riesgo y enfermedades crónicas "silenciosas", lo que permitirá intervenciones oportunas y disminuirá las complicaciones.

3. Fortalecimiento de la Integración de Servicios en el GES:

Optimizar la integración entre atención primaria, hospitalaria y de rehabilitación en el GES para asegurar una atención continua y de calidad. Además de tratamientos farmacológicos, los modelos de atención deben incluir prevención, educación en salud y seguimientos integrales para reducir brechas en salud.

4. Expansión del Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles (FOFAR):

Asegurar la cobertura del FOFAR a patologías prevalentes en la población mayor. Complementar con estrategias que mejoren la adherencia al tratamiento, como la gestión farmacéutica personalizada y el enfoque gerontológico en el manejo de la polifarmacia, clave para abordar la alta carga de comorbilidades.

5. Empoderamiento en el Automanejo de la Salud: Fomentar la educación en salud para que las personas mayores sean agentes activos en el manejo de sus enfermedades. Esto incluye acceso a información clara y recursos que les permitan tomar decisiones informadas sobre su salud, junto con el apoyo necesario para navegar el sistema de salud. Desarrollar e implementar programas educativos que promuevan la autoeficacia en el manejo de enfermedades crónicas, como "Tomando Control de su Salud". Estos programas deben estar adaptados al contexto local y orientarse a mejorar la calidad de vida, la adherencia al tratamiento y reducir hospitalizaciones. Adicionalmente, se recomienda fomentar el registro de beneficiarios efectivos de este tipo de programas, que operan en Chile, pero que no cuentan con estadísticas oficiales sobre su cobertura.

6. Monitoreo Continuo y Evaluación de Políticas:

Implementar sistemas de monitoreo y evaluación que midan la efectividad de las políticas dirigidas a personas mayores con enfermedades crónicas. La recopilación y análisis de datos deben identificar barreras, mejorar la calidad de los servicios y ajustar estrategias basadas en evidencia.

7. Capacitación del Personal de Salud con Enfoque Gerontológico:

Priorizar la formación continua de los profesionales de la salud en manejo integral de enfermedades crónicas, integrando conocimientos de gerontología en los programas educativos. Esto garantizará que el sistema esté preparado para las demandas específicas de las personas mayores.

Conclusiones

El presente reporte buscó explorar las múltiples dimensiones que involucran vivir con enfermedades crónicas en la vejez, destacando no solo las estadísticas epidemiológicas, sino también las experiencias subjetivas de quienes enfrentan esta realidad. Las enfermedades crónicas, que afectan a una proporción significativa de la población mayor en Chile, plantean desafíos que van más allá de lo clínico, abarcando aspectos sociales, emocionales y económicos.

Desde el momento del diagnóstico, los testimonios de las personas mayores revelan un espectro amplio de reacciones que oscilan entre la aceptación resiliente y el impacto emocional significativo. Estas respuestas iniciales están condicionadas por factores personales como la educación, la experiencia previa con el sistema de salud y la red de apoyo familiar. Sin embargo, más allá del diagnóstico, la adherencia al tratamiento emerge como un aspecto crítico. La mayoría de los entrevistados desarrolla rutinas consistentes y proactivas, aunque algunos enfrentan dificultades iniciales para incorporar cambios en sus hábitos y estilos de vida.

El sistema de salud, si bien representa un pilar esencial en el manejo de las enfermedades crónicas, presenta brechas significativas. Los entrevistados destacan la utilidad de programas como el GES, que alivian la carga económica asociada al acceso a medicamentos, pero también reportan barreras relacionadas con la falta de continuidad en la atención, la escasez de especialistas, especialmente en zonas rurales, y la fragmentación de los servicios. Estas deficiencias impactan la calidad de la relación médico-paciente, limitando la educación efectiva sobre las enfermedades y el desarrollo de estrategias de automanejo.

A nivel de políticas públicas, se hace importante avanzar hacia un enfoque integral que contemple no solo el tratamiento médico, sino también intervenciones preventivas y educativas que permitan a las personas mayores mantener su funcionalidad y autonomía, a la vez que toman decisiones informadas sobre su salud y tratamientos. El fortalecimiento de programas como el Más Adultos Mayores Autovalentes y el Programa de Rehabilitación Integral, junto con la expansión del Examen Médico Preventivo del Adulto Mayor (EMPAM) podrían ir en la línea correcta, pero éstos deben ir acompañados de una mayor formación geriátrica de los equipos médicos, con foco en estrategias más inclusivas y centradas en las personas, alejándose de la mirada del paciente en torno a patologías disgregadas.

En términos estructurales, las desigualdades de género, edad y nivel educativo también juegan un rol en el acceso y manejo de las enfermedades crónicas. Las mujeres mayores reportan una carga más alta de multimorbilidad y polifarmacia, así como mayores gastos de bolsillo asociados a su tratamiento. Por otro lado, la multimorbilidad y sus implicancias funcionales subrayan la necesidad de una visión multidisciplinaria, en la que se integren perspectivas médicas, psicológicas y sociales.

Finalmente, este análisis deja claro que, si bien las enfermedades crónicas son un desafío global, su manejo efectivo requiere soluciones adaptadas al contexto local. Solo a través de un enfoque participativo, que considere las experiencias y expectativas de las personas mayores, será posible avanzar hacia un envejecimiento activo y saludable. Este enfoque debe incluir no solo a los sistemas de salud, sino también a las comunidades y los entornos sociales donde las personas mayores desarrollan su vida cotidiana. Además, debe contener en sí una mirada de ciclo vital, ya que, la multimorbilidad no parte a los 60 años, sino más bien se desarrolla a lo largo de las trayectorias de vida.

Referencias

- Aron, L., & Woolf, S. H. (Eds.). (2013). US health in international perspective: Shorter lives, poorer health.
- Auduly, Å. (2013). The over time development of chronic illness self-management patterns: a longitudinal qualitative study. *BMC public health*, 13, 1-15.
- Chen, J., Zhao, M., Zhou, R., Ou, W., & Yao, P. (2023). How heavy is the medical expense burden among the older adults and what are the contributing factors? A literature review and problem-based analysis. *Frontiers in public health*, 11, 1165381.
- Cockerham, W. C., Hamby, B. W., & Oates, G. R. (2017). The Social Determinants of Chronic Disease. *American journal of preventive medicine*, 52(1S1), S5-S12. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.09.010>
- Davies LE, Spiers G, Kingston A, Todd A, Adamson J, Hanratty B. Adverse outcomes of polypharmacy in older people: systematic review of reviews. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21(2):181-7. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.10.022>.
- Delara, M., Murray, L., Jafari, B., Bahji, A., Goodarzi, Z., Kirkham, J., ... & Seitz, D. P. (2022). Prevalence and factors associated with polypharmacy: a systematic review and meta-analysis. *BMC geriatrics*, 22(1), 601.
- Eggersdorfer, M., Akobundu, U., Bailey, R. L., Shlisky, J., Beaudreault, A. R., Bergeron, G., Blancato, R. B., Blumberg, J. B., Bourassa, M. W., Gomes, F., Jensen, G., Johnson, M. A., Mackay, D., Marshall, K., Meydani, S. N., & Tucker, K. L. (2018). Hidden Hunger: Solutions for America's Aging Populations. *Nutrients*, 10(9), 1210. <https://doi.org/10.3390/nu10091210>
- Hernández, R. C. L., Martínez, J. L. A., Pérez, A. C. R., de Córdova, M. I. P., Mendoza, M. F. C., & Campos, G. V. (2023). RESULTADOS DE "TOMANDO CONTROL DE SU SALUD" ONLINE, EN PERSONAS CON ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES DE MÉXICO Y PERÚ DURANTE COVID-19. *Horizonte de Enfermería*.
- Fu, D., Fu, H., McGowan, P., Shen, Y., Zhu, L., Yang, H., ... & Wei, Z. (2003). Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management programme in Shanghai, China: randomized controlled trial. *Bulletin of the World Health organization*, 81, 174-182.
- Lorig, K. R., Sobel, D. S., Ritter, P. L., Laurent, D., & Hobbs, M. (2001). Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Effective clinical practice: ECP*, 4(6), 256-262.
- Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr*. 2017;17(1):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0621-2>.
- Prince, M. J., Wu, F., Guo, Y., Robledo, L. M. G., O'Donnell, M., Sullivan, R., & Yusuf, S. (2015).

The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *The Lancet*, 385(9967), 549-562.

Rizzuto, D., Melis, R. J., Angleman, S., Qiu, C., & Marengoni, A. (2017). Effect of chronic diseases and multimorbidity on survival and functioning in elderly adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(5), 1056-1060.

Udlis, K. A. (2011). Self-management in chronic illness: concept and dimensional analysis. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic illness*, 3(2), 130-139.

Vargas, I., Barros, X., Fernández, M. J., & Mayol, M. (2021). Rediseño en el abordaje de personas con multimorbilidad crónica: desde la fragmentación al cuidado integral centrado en las personas. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(4), 400-413.

World Health Organization (WHO-OMS). (s/f). Noncommunicable diseases. Recuperado el 6 de enero de 2025, de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Fuentes de información estadística en salud:

- Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), 2021.
- Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia, 2022.
- Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF), 2022.
- Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez, 2022.

Observatorio del Envejecimiento UC para un Chile con Futuro

Reporte “Viviendo con Enfermedades Crónicas: Perspectivas desde la Población Mayor”

Investigadores

Valentina Jorquera Samter

Asistentes de Investigación

Ricardo León Córdova

Comité Académico Asesor

Macarena Rojas Gutiérrez

M. Soledad Herrera Ponce

Sara Caro Puga

Ignacio Cabib

Edición Lingüística

Macarena Pye

Asistentes de edición

Dirección de arte agencia Dale Publicidad

Centro UC
Estudios de Vejez
y Envejecimiento

El Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo es una iniciativa desarrollada por el Centro UC Estudios de Vejez y Envejecimiento y la Compañía de Seguros Confuturo.

Por favor cite este reporte así:

Observatorio del Envejecimiento (2024). “Viviendo con Enfermedades Crónicas: Perspectivas desde la Población Mayor” Año 5. V35. Centro de Estudios de Vejez y Envejecimiento de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Compañía de Seguros Confuturo.