

Jacqueline Flores Águila¹
 María Cecilia Toffoletto^{2,*}

1. Doctora en Enfermería. Universidad Católica del Norte. Coquimbo. Chile.
 2. Doctora en la Salud del Adulto y Adulto Mayor. Universidad Tecnológica de Chile INACAP. Rancagua. Chile.

*Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: mtoffoletto@inacap.cl (M.C. Toffoletto).

Recibido el 16 de julio de 2018; aceptado el 7 de septiembre de 2018

La funcionalidad y el acceso a prestaciones de salud de personas mayores en Chile

Functionality and access to health benefits for the elderly in Chile

RESUMEN

Objetivo: Identificar el acceso a las prestaciones de salud de personas mayores del Programa del Adulto Mayor de Chile según su funcionalidad. **Metodología:** Estudio transversal, con una muestra por conveniencia de 264 personas mayores, de 65 años o más, que recibieron prestaciones de salud del Programa del Adulto Mayor durante el año 2016, de cuatro centros de salud familiar de Chile. Variables: funcionalidad, operacionalizada en condición de autovalencia sin riesgo, autovalencia con riesgo, riesgo de dependencia, dependencia leve o moderada y dependencia grave o severa. Prestaciones de salud, operacionalizadas en universales y específicas. El análisis descriptivo fue realizado para todas las variables de este estudio.

Resultados: El 46,6% eran autovalentes sin riesgo, el 33,7% eran autovalentes con riesgo, seguido del 16,7% con riesgo de dependencia.

Del total de prestaciones específicas, la que tuvo mayor cobertura fue la consulta de crónicos, con un 83,0%. De las prestaciones universales, la mayor cobertura la tuvo la vacunación antiinfluenza, con un 83,0%. Las prestaciones relacionadas con las consultas médicas por ansiedad, depresión y demencia presentaron una baja cobertura, con un 10,1%, 14,6% y 12,4%, respectivamente. **Conclusiones:**

Las prestaciones de salud de mayor cobertura fueron la consulta de crónicos y la vacunación antiinfluenza, que se caracterizan por ser prestaciones preventivas. Por ello, se alude a la necesidad de cambios en la organización de los controles de salud destinados a personas mayores en cuanto a que todos sean con enfoque de ciclo vital y no fraccionado por patología. Así también, con un enfoque más proactivo y menos reactivo.

PALABRAS CLAVE: Persona mayor, envejecimiento saludable, atención primaria de salud, servicios básicos de salud.

ABSTRACT

Objective: To identify the access to the health benefits of the elderly of the Program of the Elderly of Chile according to its functionality. **Methodology:** Cross-sectional study, with a convenience sample of 264 elderly with 65 and over who received health benefits from the Senior Adult Program during 2016, from four Family Health Centers in Chile. Variables: functionality, operationalized in a condition of risk-free autovalence, self-prevalence with risk, risk of dependence, mild or moderate dependence and severe or severe dependence. Health benefits, operationalized in universal and specific.

The descriptive analysis was carried out for all the variables of this study. **Results:** The 46.6% were self-sustained without risk, 33.7% were self-sustained with risk followed by 16.7% with risk of dependence. Of the total of specific benefits, the one that had greater coverage was the chronic consultation, with 83.0%. Of the universal benefits, the highest coverage was the Anti-Influenza vaccination, with 83.0%. The benefits related to medical consultations for anxiety, depression and dementia presented a low coverage with 10.1%, 14.6% and 12.4% respectively. **Conclusions:** The health benefits of greater coverage were the consultation of chronic and vaccination Ant influenza characterized by preventive benefits. This refers to the need for changes in the organization of health controls aimed at the elderly in that they are all focused on the life cycle and not divided by pathology. Also, with a more proactive and less reactive approach.

KEYWORDS: Elderly, healthy aging, primary health care, comprehensive health care.

■ INTRODUCCIÓN

Entre los años 2000 y 2050 la proporción de personas mayores de 60 años o más en el mundo se duplicará, pasando del 11% al 22%, y 400 millones de personas tendrán sobre los 80 años¹. El fenómeno del envejecimiento acelerado a nivel global se replica en Chile, donde se estima para el año 2025 un alcance del 20% de la población del país². Según la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) de Chile del año 2015, la población de personas mayores al-

canza el 17,5%, de las cuales un 85,2% es atendida en el sistema público y el 14,4% presenta dependencia funcional³.

Lo anterior determina un aumento progresivo del nivel de dependencia de esta población, con implicaciones importantes para los sistemas de salud de todo el mundo⁴.

En el contexto de las políticas internacionales de apoyo a las personas mayores están las políticas públicas de los países que pertenecen a las agrupaciones internacionales. Tanto es así que en el diálogo y reflexión en la protección a este grupo etario han aparecido diferentes conceptos

que ayudan a entender hacia dónde se dirigen las intervenciones comprometidas, tanto a nivel social y político como de la salud^{5,6}.

Considerando los cambios demográficos y las expectativas de vida de las personas mayores, la Organización Panamericana de Salud (OPS) define el estado de salud entre los envejecidos en términos de mantenimiento de la capacidad funcional. Desde una perspectiva funcional, una persona mayor sana es aquella capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal, siendo el indicador más representativo para este grupo etario en estado de independencia⁷.

Chile, en consecuencia con los lineamientos internacionales en atención a la población de personas mayores plantea en sus orientaciones, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar y Comunitario centrado en la funcionalidad, un envejecimiento activo y saludable, la promoción de la salud, mantenimiento de la funcionalidad, reducción de la discapacidad, morbilidad y mortalidad y el reconocimiento de los derechos de los mismos⁸.

Lo anterior se materializa en la organización de las prestaciones en salud en promoción, principalmente envejecimiento activo, autocuidado y aplicación del Examen de Medicina Preventiva en Adulto Mayor (EMPAM), considerando riesgo de dependencia, enfermedad renal crónica (ERC), reincidencia de evento cardiovascular, pesquisa de tuberculosis, cobertura de vacuna meningocócica, Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM) a mayores de 70 años, examen para el diagnóstico del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) a personas mayores sexualmente activas, tratamiento con prestaciones en rehabilitación integral con base comunitaria, compensación de enfermedades no transmisibles como diabetes e hipertensión arterial, aumento del número de cuidadores de personas mayores dependientes severos y con pérdida de autonomía con capacitación, aumento del número de personas mayores en tratamiento por depresión y rehabilitación, con objetivos que apuntan especialmente a prevenir la discapacidad de los cuidadores⁹.

Sin embargo, existen evidencias de expectativas insatisfechas con la atención de salud recibida, considerando los lineamientos de un envejecimiento activo y satisfactorio¹⁰. Se cuenta con escasos antecedentes del Programa del Adulto Mayor. Se sabe que entre los años 2011 y 2014, la cobertura de población que recibía PACAM varió de un 77% a un 65%¹¹, que la cobertura de la vacuna antiinfluenza ha tenido una variación de un 91% en el año 2008 a un 89% en el año 2011, según informe del Programa Nacional de Inmunizaciones entregado el año 2014¹², y la cobertura de vacunación antineumococo en mayores de 50 años fue de un 81%¹³.

Los antecedentes aportados por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud de Chile (DEIS) muestran que la cobertura de la evaluación integral de personas mayores es de un 42,14% en el año 2013¹⁴. Un mayor detalle de dicha información puede servir para determinar qué utilidad se ha dado a los instrumentos aplicados en la evaluación integral y qué rol han cumplido las prestaciones otorgadas, tanto asistenciales como preventivas y de promoción, en consecuencia con los lineamientos de la Política Integral de Envejecimiento Positivo (PIEP).

El conocimiento de cómo se transfieren las prestaciones en salud contribuye a la toma de conciencia de los involucrados, generando intervenciones enmarcadas en la realidad social e institucional que pueden implicar mejoras sustantivas en los indicadores de salud, calidad de la gestión y condiciones de vida de las personas mayores.

■ OBJETIVO

Identificar el acceso a las prestaciones de salud de personas mayores del Programa del Adulto Mayor de Chile según su funcionalidad.

■ METODOLOGÍA

Estudio descriptivo y transversal, con una muestra por conveniencia de 264 personas mayores de 65 años o más, EMPAM actualizado a diciembre del 2015 y que recibieron prestaciones de salud del Programa del Adulto Mayor durante el año 2016, de cuatro centros de salud familiar de la ciudad de Coquimbo, Chile.

Para la recolección de los datos, se utilizó una matriz de recolección de datos considerando las variables de género (masculino, femenino), edad (65-69, 70-74, 75-79 y 80 o más), estado civil (soltero/a, casado/a, viudo/a, divorciado/a, anulado/a, conviviente y separado), escolaridad (sin escolaridad, básica incompleta, básica completa, media incompleta, media completa y superior), actividad laboral (patrón o empleador, trabajador independiente por cuenta propia, asalariado del sector privado, asalariado del sector público, personal de servicio doméstico puertas adentro, personal de servicio doméstico puertas afuera, familiar o personal no remunerado y jubilado), estado nutricional (índice de masa corporal [IMC] < 18,5: enflaquecido; IMC 18,5-24,9: normal; IMC 25-29,9: sobrepeso, e IMC ≥ 30: obeso) y enfermedades crónicas no transmisibles (con diagnóstico de enfermedad, sin diagnóstico).

La variable condición de funcionalidad fue definida según la escala de Evaluación de Funcionalidad del Adulto Mayor (EFAM) del EMPAM, que permite determinar condición de autovalencia sin riesgo, autovalencia con riesgo, riesgo de dependencia, dependencia leve o moderada y dependencia grave o severa.

En cuanto a las prestaciones, estas son clasificadas como prestaciones universales y específicas, siendo las específicas entregadas según la condición de funcionalidad. Las prestaciones universales son: Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM), vacunación antiinfluenza y antineumococo. Las prestaciones específicas son, de acuerdo a la funcionalidad: autovalente sin riesgo (promoción de la salud, control anual), autovalente con riesgo (consulta y control de enfermedades crónicas, control de salud con médico por sospecha de ansiedad, control de salud con médico por sospecha de depresión, control de salud con médico por sospecha de demencia, educación, control de seguimiento antes de 6 meses de realizado el EMPAM), riesgo de dependencia (control médico por dolor osteoarticular o limitación funcional, cadera/rodilla, sala de rehabilitación con base comunitaria, consulta con profesional capacitado por sospecha de demencia para nueva evaluación, talleres de memoria, consulta con neurólogo o geriatra según gravedad de hallazgos, control de seguimiento antes de 6 meses de realizado el EMPAM), dependencia leve/moderada (control médico para identificar causas y definir derivaciones, ayudas técnicas de enfermedades clasificadas en las Garantías Explícitas de Salud ([GES], sala de rehabilitación con base comunitaria, visita domiciliaria integral) y dependencia grave (control médico para identificar causas y definir derivaciones, ayudas técnicas de enfermedades clasificadas en las GES, visita domiciliaria integral, programa de dependencia severa, asignación de estipendio).

Los datos fueron recolectados por la propia investigadora, desde los registros estadísticos del Programa del Adulto Mayor de los CESFAM considerados para el presente estudio, contemplados en la base de datos del Sistema de Registro Electrónico RAYEN del año 2016, posterior a la autorización de las direcciones de los respectivos servicios.

El análisis y el procesamiento de los datos fue realizado en el Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 15.0. El análisis descriptivo fue realizado para todas las variables de este estudio, siendo las variables categóricas analizadas por las medidas de frecuencia relativa y absoluta.

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética institucional y certificada con el registro L1/CECENF/84. Todos los procedimientos

realizados se hicieron de acuerdo con los estándares éticos del comité de investigación institucional y con estándares éticos comparables con la declaración de Helsinki de 1964 y sus enmiendas posteriores.

■ RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 264 personas mayores: el 73,1% correspondió al género femenino y el 26,9% al género masculino. El 31,4% tenía 80 años o más, seguido de un 27,7% con edad entre 70 y 74 años. El 48,9% tenía la formación educacional básica incompleta, el 45,1% eran casados y el 59,1% eran jubilados (tabla 1).

En cuanto a las condiciones de salud, el 91,3% tenía algún tipo de enfermedad crónica y el 52,7% tenía un estado nutricional normal. Respecto de la funcionalidad, el 46,6% era autovalente sin riesgo, el 33,7% era autovalente con riesgo, seguido del 16,7% de personas mayores con riesgo dependencia (tabla 1).

El Programa del Adulto Mayor ofrece prestaciones universales y específicas a las personas con distintos niveles de funcionalidad. Del total de prestaciones específicas, la que tuvo mayor cobertura fue la consulta de crónicos, con un 83,0%, que si bien está destinada a autovalentes con riesgo, fue una prestación entregada a personas mayores clasificadas en otros niveles de funcionalidad, con un 78,9% (tabla 2).

La segunda prestación con mayor cobertura fue el Control Anual del Adulto Mayor, la cual alcanzó, en el total de la muestra, un 53,4% con mayor cobertura en personas mayores sin riesgo, con un 92,7%. Si bien esta prestación está destinada solo a personas mayores sin riesgo, un 19,1% de quienes no aplica la recibieron en el momento del estudio. El seguimiento en 6 meses o menos, destinado a personas mayores autovalentes con riesgo y en riesgo dependencia, alcanzó una cobertura de un 89,9%, y un 6,3% de la población a quien esta prestación no aplicaba, también la recibía, alcanzando una cobertura total de un 34,5%.

Cabe mencionar que, si bien los talleres de memoria están indicados a personas mayores con riesgo de dependencia, con una cobertura que alcanza un 25%, los clasificados en otros niveles de funcionalidad recibieron esta prestación, alcanzando un 27,7%, con lo que se llega a una proporción de un 27,3% de la muestra. Lo mismo se observó con las ayudas técnicas de enfermedades clasificadas en las GES, que si bien se destinan a personas mayores con dependencia, alcanzando el 22,7%, también un 5% de quienes no aplicaban a dichas prestaciones las recibieron. Por su parte, en la rehabilitación con base comunitaria se observó un comportamiento homogéneo entre personas mayores con riesgo de dependencia y los clasificados en otros niveles de funcionalidad, con un 15,9% y 15,0%, respectivamente.

Las prestaciones relacionadas con las consultas médicas por ansiedad, depresión y demencia presentaron una baja cobertura, con 10,1%, 14,6% y 12,4%, respectivamente.

De las prestaciones universales, la mayor cobertura la tuvo la vacunación antiinfluenza, representada por un 83,0%, con un comportamiento homogéneo en todos los niveles de funcionalidad, seguida de la vacuna neumocócica con un 30,7%.

■ DISCUSIÓN

El perfil sociodemográfico encontrado en esta investigación concuerda con los descritos por registros y proyecciones demográficas de instituciones chilenas como DEIS¹⁴, Fondo Nacional de Salud¹⁵ (FONASA) y Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)¹⁶, aunque se observan algunas diferencias respecto de la distribución porcentual de la pobla-

Tabla 1. Estadística descriptiva de las variables sociodemográficas, salud y funcionalidad

Variables		N.º	%
Género	Masculino	71	26,9
	Femenino	193	73,1
	Total	264	100
Edad	65-69	46	17,4
	70-74	73	27,7
	75-79	62	23,5
	80 y más	83	31,4
	Total	264	100,0
Escolaridad	Sin escolaridad	9	3,4
	Básica incompleta	129	48,9
	Básica completa	37	14,0
	Media incompleta	30	11,4
	Media completa	38	14,4
	Superior	21	7,9
Total	264	100,0	
Estado civil	Soltero	37	14,0
	Casado	119	45,1
	Viudo	77	29,2
	Separado	12	4,5
	Conviviente	10	3,8
	Divorciado	8	3,0
	Anulado	1	0,4
Total	264	100	
Actividad laboral	Trabajador remunerado	14	5,3
	Familiar no remunerado	94	35,6
	Jubilado	156	59,1
Total	264	100	
Condición de salud	Con diagnóstico de enfermedad	77	91,3
	Sin diagnóstico	23	8,7
	Total	264	100
Funcionalidad	Autovalente sin riesgo	123	46,6
	Autovalente con riesgo	89	33,7
	Riesgo de dependencia	44	16,7
	Dependencia leve o moderada	4	1,5
	Dependencia grave o severa	4	1,5
	Total	264	100
Estado nutricional	Bajo peso	17	6,4
	Normal	139	52,7
	Sobrepeso	71	26,9
	Obeso	37	14,0
	Total	264	100

Tabla 2. Distribución de las prestaciones universales y específicas según funcionalidad de las personas mayores

Prestaciones específicas	Corresponde prestación		No corresponde prestación		Total beneficiados	
	n	%	n	%	n	%
Autovalentes sin riesgo	123	46,6	141	53,4	264	100,0
Promoción de salud	11	8,9	23	16,3	34	12,9
Control anual	114	92,7	27	19,1	141	53,4
Autovalentes con riesgo	89	33,7	175	66,3	264	100,0
Consulta crónicos	81	91,0	138	78,9	219	83,0
Médico sospecha ansiedad	9	10,1	3	1,7	12	4,5
Médico sospecha depresión	13	14,6	8	4,6	21	8,0
Médico sospecha demencia	11	12,4	4	2,3	15	5,7
Educación	30	33,7	36	20,6	66	25,0
Seguimiento 6 meses	80	89,9	11	6,3	91	34,5
Riesgo de dependencia	44	16,7	220	83,3	264	100,0
Médico por dolor osteoarticular o limitación funcional	29	65,9	52	23,6	81	30,7
Cadera/rodilla	7	15,9	8	3,6	15	5,7
Rehabilitación comunitaria	7	15,9	33	15,0	40	15,2
Profesional capacitado evaluación demencia	6	13,6	1	0,5	7	2,7
Talleres memoria	11	25,0	61	27,7	72	27,3
Consulta neurólogo	3	6,8	6	2,7	9	3,4
Médico definir causas y derivaciones	6	13,6	6	2,7	12	4,5
Ayudas técnicas enfermedades	10	22,7	11	5,0	21	8,0
Dependiente	8	3,0	256	97,0	264	100,0
Visita domiciliaria integral	2	25,0	10	3,9	12	4,5
Programa Dependencia Severa	0	0,0	2	0,8	2	0,8
Estipendio	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Prestaciones universales	264	100,0	-	-	264	100,0
Alimentación complementaria	172	78,5	2	4,4	174	65,9
Vacunación antiinfluenza	219	83,0	-	-	219	83,0
Vacunación antineumococo	81	30,7	-	-	81	30,7

ción de personas de este grupo de edad, ya que, en el caso de la muestra en estudio, la mayor frecuencia la presentaron personas mayores de 80 años o más, con un 31,4%, mientras que el SENAMA describe a la población de mayor frecuencia entre 65 y 69 años, con un 30,26%. La evidencia internacional corrobora el predominio del sexo femenino¹⁷, la formación educacional incompleta y el predominio del diagnóstico de enfermedades crónicas¹⁸.

Personas mayores consideradas en riesgo de dependencia y dependencia leve a severa representaron un 19,7% de la muestra, proporción menor que la encontrada en un estudio italiano que aplicó escalas de evaluación funcional y obtuvo frecuencias de individuos frágiles y muy frágiles del 13,9% y 7,6%, respectivamente. Las variables asociadas con la fragilidad fueron la edad (más de 85 años), la discapacidad, menor educación y trastornos neurológicos como apoplejía, demencia, enfermedad de Parkinson y otras enfermedades neuropsiquiátricas. La anemia o el cáncer también se asociaron con una mayor prevalencia de fragilidad¹⁹.

Corrobora los resultados de la presente investigación respecto a la funcionalidad otro estudio realizado en Japón, en el que se siguió a una cohorte de un total de 22.328 personas mayores durante un período de 3 años. Se determinó que el 4,3% de los participantes fueron categorizados como dependientes, el 2,7% requirió apoyo parcial para actividades de la vida diaria, y el 1,8% requirió soporte completo, clasificándose con dependencia severa. Los factores asociados de forma independiente con una leve pérdida de independencia después de 3 años tanto para hombres como para mujeres fueron la edad avanzada, baja función física, bajo estado nutricional, baja función cognitiva y alto riesgo de depresión²⁰.

Entre las prestaciones universales, como la alimentación complementaria, se puede afirmar que el PACAM alcanzó una cobertura de un 65,9% en la población en estudio, lo cual es notoriamente mejor que lo declarado por el DEIS¹⁴ en 2014, respecto de la cobertura alcanzada en la región con un 24,34%. La malnutrición en personas mayores está considerada como un problema de salud pública mundial por sus consecuencias negativas en el estado de salud de esta población caracterizada principalmente por la morbilidad²¹.

La cobertura de las vacunas alcanzó un 83% para la influenza y un 30,7% para la neumocócica, lo cual es inferior a lo observado en Chile entre los años 2008 y 2014, con coberturas del 89% y 81%, respectivamente¹². Por su parte, se puede afirmar que esto supera las coberturas declaradas por un estudio mexicano, con un 63% y 62%, respectivamente²².

Se observa en los resultados del presente estudio que las prestaciones relacionadas con las especialidades médicas fueron las que presentaron una menor cobertura. La literatura internacional evidencia la relación entre la limitación funcional de las personas mayores y la mayor demanda por la consulta médica y utilización de los servicios de salud²³, además de relacionarse con el mayor número de comorbilidades y consecuente utilización de medicamentos²³.

Cabe destacar que las necesidades de salud de la población deben ser detectadas y transformarse de esta forma en prestaciones. Un estudio brasileño que analizó 157 servicios de atención primaria de salud en relación con el suministro y la organización de acciones para el envejecimiento y la salud de personas mayores identificó acciones de salud para un envejecimiento activo incipiente y limitadas. Encontró que el 63% de los servicios realizaban orientaciones relacionadas con la nutrición, un 39,4% evaluación cognitiva, y solo un 24,2% de los servicios evaluaban la funcionalidad de las personas mayores. Concluyó un alejamiento entre las necesidades de salud de las personas mayores y las respuestas de los sistemas de salud, además de la necesidad del desarrollo de las políticas de salud destinadas a esta población etaria²⁴.

En conclusión, la prestación de salud de mayor cobertura fue la consulta de crónicos y vacunación antiinfluenza, que se caracterizan por ser prestaciones preventivas. Por ello se alude a la necesidad de cambios en la organización de los controles de salud destinados a personas mayores en cuanto a que todos sean con enfoque de ciclo vital y no fraccionado por patología. Así también, con un enfoque más proactivo y menos reactivo, respecto de trabajar por anticipado, con los factores de riesgos individuales y colectivos, tanto a nivel de sistema de salud como de otros determinantes sociales. De este modo, propender a la intersectorialidad y trabajo integrado por la calidad de vida de los mismos.

Respecto a las limitaciones, la escasez de estudios con enfoque en las variables del estudio, en especial a las prestaciones, dificultó la confrontación de los resultados a la luz de la evidencia. Además, la muestra por conveniencia no garantiza afirmaciones generales con rigor estadístico sobre la población. Por ello, se sugiere la realización de estudios longitudinales y que generen datos más generalizables ■

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de Salud [Internet]. Envejecimiento y ciclo de vida. 2015 [citado el 20 de mayo 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- Ministerio de Salud de Chile [Internet]. Instituto Nacional de Estadística (INE) Censo 2002 [citado el 2 de junio 2018]. Disponible en: <https://www.ine.cl/docs/default-source/FAQ/s/C3%ADntesis-de-resultados-censo-2002.pdf?sfvrsn=2>
- Ministerio de Salud de Chile [Internet]. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional CASEN 2015. [citado el 2 de junio de 2018]. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_adultos_mayores.pdf
- Organización Iberoamericana de Seguridad Social. [Internet]. Personas mayores, dependencia y servicios sociales. Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en los países del Cono Sur. Apuntes para un diagnóstico. [citado el 2 de junio de 2018]. Disponible en: http://www.oiss.org/IMG/pdf/Informe_2006_Def_Conc_Sur_-_Apuntes_para_un_diagnostico_final_-2-2.pdf
- Andrade LM, Sena EL da S, Pinheiro GML, Meira EC, Lira LSS. Public policies for the elderly in Brazil: an integrative review. *Cien Saude Colet*. 2013;18(12):3543-52.
- North MS, Fiske ST. Subtyping Ageism: Policy Issues in Succession and Consumption. *Soc Issues Policy Rev*. 2013;7(1):36-57.
- Organización Panamericana de Salud. [Internet]. Con un envejecimiento saludable, los adultos mayores pueden ser un valioso recurso social y económico. 2012 [citado el 10 de junio de 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6603%3A2012-con-envejecimiento-saludable-adultos-mayores-pueden-ser-valioso-recurso-social-economico&catid=1443%3Aweb-bulletins&Itemid=135&lang=es
- Organización Panamericana de Salud. [Internet]. Atención general de la persona adulta mayor en Atención Primaria de la Salud. 2011 [citado el 10 de junio de 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=187-protocolo-2-atencion-de-la-persona-adulta-mayor-en-aps&Itemid=253
- Ministerio de Salud de Chile [Internet]. Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores. 2014 [citado 10 de junio 2018]. Disponible en: http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf
- Thumala D, Arnold M, Massad C, Herrera F. Inclusión y Exclusión social de las personas mayores en Chile. Santiago: SENAMA – FACSO U. de Chile. 2015. Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor. Disponible en: <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Cuarta-Encuesta-Nacional-Inclusion-Exclusion-Social-de-las-Personas-Mayores-en-Chile-2015.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile [Internet]. Alimentarios EDP. Informe Anual de los Programas Alimentarios del Ministerio de Salud de Chile. 2015 [citado el 2 de junio de 2018]. Disponible en: <https://dipol.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/12/2015.10.30-Informe-Anual-de-Programas-Alimentarios-2014.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile [Internet]. Informe final Programa Nacional de Inmunizaciones. 2012. (PNI) [citado el 15 de junio 2018]. Disponible en: http://www.dipres.gob.cl/597/articles-139781_informe_final.pdf
- Blamey R. Pneumococcal vaccines in adults: an update. *Rev Chilena Infectol*. 2014;31(5):607-9.
- Ministerio de Salud de Chile [Internet]. Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Indicadores Básicos de Salud, IBS 2013 [citado el 15 de junio 2018]. Disponible en: <http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2013/12/IBS-2013.pdf>
- Wallace SP. [Internet] Equidad en la atención médica del adulto mayor en Chile: papel de la previsión. *Revista de la CEPAL*. 2002;78:125-138 [citado el 18 de noviembre de 2019]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/10855/078125138_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. [Internet]. Indicadores Sociodemográficos de las Personas Mayores a Nivel Territorial. 2013 [citado el 2 de julio 2018]. Disponible en: <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Indicadores-Sociodemograficos-de-las-Personas-Mayores-Nivel-Territorial-2013.pdf>
- Carvalho ALB, Tinoco JDS, Andriola IC, Cossi MS, Pinto ESG, Santos PFBB. Cardiovascular disease risk in elderly: habits, sociodemographic and clinical factors. *Gerokomos*. 2017;28(3):127-30.
- Torres JL, Dias RC, Ferreira FR, Macinko J, Lima-Costa MF. Functional performance and social relations among the elderly in Greater Metropolitan Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil: a population-based epidemiological study. *Cad Saude Pública*. 2014;30(5):1018-28.
- Liotta G, O'Caomh R, Gilardi F, Proietti MG, Rocco G, Alvaro R, et al. Assessment of frailty in community-dwelling older adults residents in the Lazio region (Italy): A model to plan regional community-based services. *Arch Gerontol Geriatr*. 2017;68:1-7.
- Kabayama M, Mikami H, Kamide K. Multidimensional factors associated with the loss of independence: A population-based longitudinal study. *Geriatr Gerontol Int*. 2018;18(3):448-55.
- Montejano LR, Ferrer DRM, Clemente MG, Martínez AN, Sanjuan QA, Ferrer FE. Nutrition-related risk factors in autonomous non-institutionalized adult elderly people. *Nutr Hosp*. 2014;30(4):858-69.
- Cruz-Hervert LP, Ferreira-Guerrero E, Díaz-Ortega JL, Trejo-Valdivia B, Téllez-Rojo MM, Mongua-Rodríguez N, et al. Vaccination coverage in young, middle age and elderly adults in Mexico. *Salud Publica Mex*. 2013;55(Suppl. 2):300-6.
- Gong CH, Kendig H, He X. Factor's predicting health services use among older people in China: an analysis of the China Health and Retirement Longitudinal Study 2013. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(63). doi 10.1186/s12913-016-1307-8
- Placideli N, Castanheira ERL. Elderly people's health care and aging in a Primary Care Services Network. *Revista Kairós Gerontologia*. 2017;20(2):247-69.