



Prevención y Abordaje del abandono de personas mayores en recintos hospitalarios en Chile

Diplomado en Gestión de Establecimientos de Salud

Integrantes:

Rosa Crespo Vásquez, Natalia Estolaza Letelier-Fuentes, Bastián Leyton Vergara, Paola Martínez Palomera, Melissa Ramírez Barrios, Ana Sánchez Vera

Tutor: Tito Pizarro, Daniela González

1. Resumen ejecutivo

Chile se encuentra en proceso de transición demográfica, por lo cual su población se envejece. Esto presenta desafíos en el área de salud pública debido al aumento de la población mayor de 60 años. El envejecimiento está asociado no sólo con un deterioro en el estado de salud físico de las personas mayores, sino también aumento de enfermedades cognitivas y enfermedades crónicas no transmisibles, lo que está relacionado con el grado de dependencia de las personas. En este contexto se encuentran los cuidados a largo plazo (CLP) de personas mayores, situación que tiene implicancias sociales y en dinámicas familiares, siendo el cuidado institucionalizado en una hospitalización prolongada, un riesgo de deterioro del bienestar en personas que no cuentan con red de apoyo externa que permita la recuperación de su funcionalidad

Derivado de este problema se recomienda la creación de centros residenciales sociosanitarios que pertenezcan a las Redes Integradas de Servicios de Salud gestionado por cada centro hospitalario que permita derivar a las personas mayores que, en su condición de alta, deban permanecer hospitalizadas mientras se da resolución a su caso, lo cual permitirá descongestionar camas de hospitalizados y disminuir costos a los centros hospitalarios como también mejorar la condición de bienestar de las personas mayores al contar con la opción de un alta oportuna.

2. Introducción

La proyección de la población es un importante insumo para trabajar las planificaciones y toma de decisiones, basada en la proyección de un conjunto de supuestos sobre el comportamiento de los componentes demográficos fecundidad, mortalidad y migración, permitiendo anticipar necesidades futuras.

Con el Censo del 2017 el Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 2018) da una estimación de la población residente ascendiendo a 18.8 millones de personas para el 2018 y la proyección de la población estimada para el año 2050 es de 21,6 millones para Chile.

Durante los años 1992 y 2017, se ha evidenciado una baja en fecundidad, con algunas oscilaciones, de acuerdo a experiencias de otros países, se espera que se mantenga la baja y la oscilante. Generando un bajo reemplazo generacional. Durante los mismos años se ha observado que la esperanza de vida tiene una ganancia de 11



años para ambos sexos entre los años 1992 y 2050, sin embargo, las defunciones también verán un alza, comparando según datos del INE, (INE, 2018) que en el año 1992 eran 5,5 defunciones x 1000 personas, 6,0 por cada mil en el 2018 y se observa una proyección de 9,8 defunciones por cada mil personas en el 2050 (Gráfico N°1).

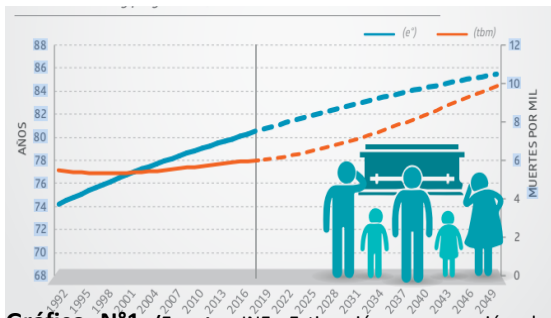


Gráfico N°1 (Fuente: INE. Estimación y proyección de población Chile 1992-2050)

Considerando lo anterior es importante tener en cuenta los datos sobre el envejecimiento, los cuales describe INE en el año 1992 se evidenciaba que por cada 21 personas mayores había 100 niños, para el año 2031 se estima 102 personas mayores por cada 100 menores de 15 años y para el año 2050 se estima 177 personas mayores, evidenciando un aumento acelerado del envejecimiento de la población chilena. (Gráfico N°2)

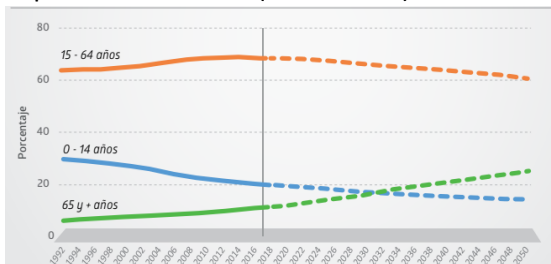


Gráfico N°2 (Fuente: INE. Estimación y proyección de población Chile 1992-2050)

Para el año 2018 se proyectaba un 12% de la población sería mayor a 65 años y para el

2050 se estima que llegue a un 25% (Gráfico N°3)

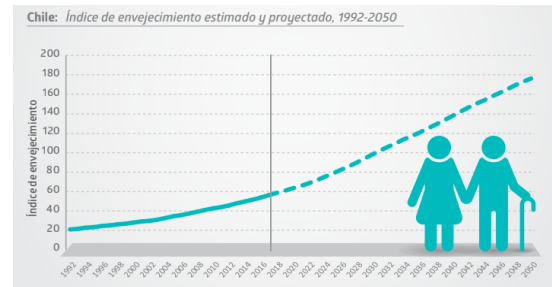


Gráfico N°3 (Fuente: INE. Estimación y proyección de población Chile 1992-2050)

Después de revisar los datos entregados se puede evidenciar que con la disminución de la fecundidad y el aumento de la expectativa de vida se está generando un envejecimiento demográfico (Gráfico N°4), las pirámides correspondientes a los años 1992, 2017 y 2050 muestra claramente esta tendencia y un abultamiento para las personas de 80 años, demostrando el aumento de la expectativa de vida.

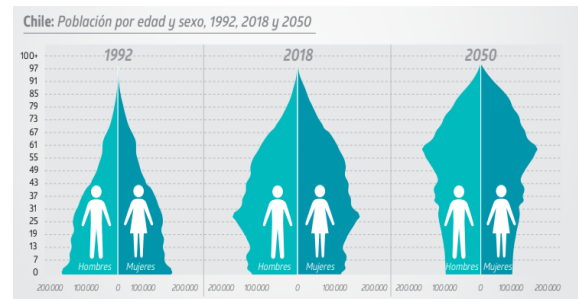


Gráfico N°4 (Fuente: INE. Estimación y proyección de población Chile 1992-2050)

El envejecimiento exponencial y las variables sociales, hace que desde el año 2015, el Banco Integrado de Programas sociales y no sociales, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social, genera la implementación del programa de camas socio sanitarias de hospitalizados para adultos y adultos mayores

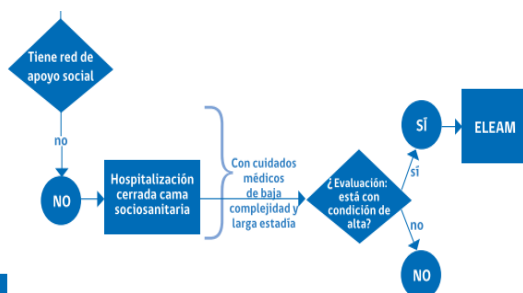


con redes de apoyo disfuncionales beneficiarios de FONASA, hospitalizados en la red de salud con patologías aguda/crónicas estabilizadas, quienes se encuentran en condiciones de egreso, sin embargo, su red de apoyo familiar y social no es lo suficientemente consistente para permitir el alta médica, utilizando camas de hospitalizados comunes, por lo que se crea el programa para destinar camas especiales. (Ministerio Desarrollo Social, 2015)

Debido a lo anterior, en el año 2015, se inicia el programa contando con un total de 60 camas sociosanitarias, divididas en 3 establecimientos de menor complejidad del país, los cuales son CRS Maipú, Hospital de Peumo y Hospital de Maullin. (Ministerio De Salud, 2019)

Para el año 2016 el programa implementa 20 camas y agrega el Hospital de Lautaro, contando con un total de 454 personas beneficiadas. Ya en el año 2021, el programa presenta una ocupación entre el 90% y el 110%, presentando un gasto por beneficiario superior en el 20% en comparación a los años 2019-2020. (Ministerio De Salud, DIPRES, 2021)

La respuesta gubernamental en la utilización de estas camas y el flujo que siguen estos pacientes, es limitado, ya que a aquellos que no cuentan con red de apoyo estando en condiciones de alta se les ingresa al programa ELEAM. (Ministerio De Salud, MINSAL, 2021)



existe en nuestro país y tiene un efecto moderado en la utilización de camas (15%). Las entidades clínicas asociadas a baja necesidad de cuidados médicos y/o una clara necesidad de cuidados sociales; demencias, síndrome de fragilidad y síndrome de carencias sociales, representaron un 4% de los egresos PM60/60+ y 10 % de los días-cama. El promedio de estadía de estas entidades clínicas, fue de 326,3 días/egreso (Superintendencia de Salud, 2020). Por tanto, identificar a los pacientes en riesgo de una hospitalización prolongada, en particular de las PM60+, evitará la hospitalización social y sus efectos sobre la disponibilidad de camas hospitalarias y los costos asociados. Se debe disponer de los mecanismos institucionales que garanticen un egreso oportuno y si fuese necesario, la continuidad del cuidado fuera del hospital.

3. Enfoque y resultados

Por lo tanto, en un contexto de envejecimiento acelerado con alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, comorbilidad y deterioro funcional en las personas mayores, Chile debería dedicarse a iniciar debates sobre las reformas de los Cuidados de largo plazo (CLP), que actúe integradamente con el Sistema de Salud, ofreciendo las instancias de cuidados sociales suficientes para mitigar o evitar la progresión de trastornos funcionales y/o la dependencia.

En Chile los cuidados a largo plazo (CLP) son proporcionados principalmente por el gobierno central, específicamente por el Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Salud. Los servicios ofrecidos están dirigidos a las personas más vulnerables,



sujetas a estrictas reglas de elegibilidad, carecen de apoyo de infraestructura y ofrecen una baja cobertura de atención (Zegers, Brahm, & Jiménez, 2022). El país cuenta principalmente con instituciones de atención de largo plazo, centros de día, viviendas tuteladas y servicios de atención domiciliaria.

Los centros de día ofrecen servicios sanitarios, y actividades socioculturales durante el día; y la atención domiciliaria ofrece servicios de apoyo y acompañamiento a las actividades diarias de las personas mayores en sus propios hogares.

El Ministerio de Desarrollo Social brinda servicios casi exclusivamente a través del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Este último fue creado el año 2002, con el fin de fomentar la integración de las personas mayores y articular una red de servicios para aquellos en situación de vulnerabilidad o dependencia (Zegers, Brahm, & Jiménez, 2022).

Respecto a las residencias para personas mayores que requieren de un ambiente protegido y cuidados diferenciados, existen los llamados Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) (Zegers, Brahm, & Jiménez, 2022). Se diferencian 2 tipos: privados con fines de lucro, contabilizados en 478 establecimientos y entidades sin fines de lucro, con 248 establecimientos registrados. Las segundas incluyen entidades de derecho público, fundaciones, corporaciones y congregaciones religiosas. Del total de ELEAM incluidos en el catastro nacional realizado el año 2013, un 47% se ubican en la Región Metropolitana (Zegers, Brahm, & Jiménez, 2022). Además,

hay un número desconocido que trabaja sin autorización, que se estima en 200 instalaciones. Las entidades de derecho público representan sólo un 2,6% del total de los establecimientos del país, en las cuales se atienden aproximadamente 1500 personas (Zegers, Brahm, & Jiménez, 2022). En esta misma línea, el número de personas que se benefician de los servicios residenciales públicos no ha aumentado significativamente desde 2014. Para aquellos que no pueden acceder a un ELEAM, los CLP provienen casi exclusivamente de las familias (Zegers, Brahm, & Jiménez, 2022). Un 90% de las personas mayores chilenas que necesitan CLP, reciben atención informal de cuidadores no remunerados, amigos, familiares u otros, de los cuales un 86% son mujeres (Zegers, Brahm, & Jiménez, 2022). Respecto al financiamiento de los CLP en Chile, entre 2012 y 2013 fue el último aumento significativo del presupuesto destinado al SENAMA, el cual recibe un 0,07% del presupuesto del gobierno central (Zegers, Brahm, & Jiménez, 2022). El Fondo Nacional de Salud (FONASA), es el principal seguro de salud en Chile, especialmente entre las personas de mayor edad y menores ingresos. El Ministerio de Desarrollo Social también da a los cuidadores de personas con dependencia severa la posibilidad de acceder a un estipendio, sin embargo, el monto máximo mensual no sobrepasa los treinta mil pesos chilenos (Zegers, Brahm, & Jiménez, 2022).

En la segunda mitad del siglo XX, el cuidado institucional era considerado como un modelo médico de suministro de servicios, asemejándose más a los de un hospital que a



los de un hogar. En países como Alemania, Estados Unidos, Japón, Países Bajos y Suecia, se están rediseñando algunos entornos de atención institucional para convertirlos en instituciones más pequeñas, con una atmósfera más parecida a un hogar y con atención las 24 horas del día. Además, muchos países de ingresos altos se encuentran en vías de cambiar el énfasis de los servicios de cuidados a largo plazo, de la atención institucional a la atención en la comunidad. En muchos países de la OCDE, más de la mitad de las personas mayores reciben cuidados a largo plazo en su domicilio (Villalobos Dintrans P, 2017).

La asistencia informal de los adultos mayores quizás no siempre se incluye en las estimaciones de costos de los cuidados a largo plazo. Incluyendo los costos de trabajo no remunerado y las oportunidades de educación y generación de ingresos a las que renuncian los cuidadores familiares, quienes muchas veces enfrentan grandes problemas para mantener un empleo u otras actividades generadoras de ingresos. La prestación de cuidados suele ser incompatible con un empleo de jornada completa y limita el desarrollo profesional.

Actualmente en Chile según SENAMA 1 de cada 4 personas mayores de 60 años tiene algún grado de dependencia, en donde el 86% de los casos el cuidado es asumido por una mujer, ya sea esposa, hija o nuera y lo hacen por más de 12 horas diarias (Programa Chile Cuida, 2015). Según esto en octubre del año 2021 se promulga la ley que reconoce a los cuidadores el derecho a una atención preferente en el ámbito de la salud, además de la ley que establece el 5 de noviembre de cada año como el día de los cuidadores. En

enero del año 2022 se postula el programa Chile Cuida siendo parte del sistema de protección social y entrega apoyo a las personas en situación de dependencia, sus cuidadores, sus hogares y su red de apoyo. Este programa se limita al 60% de los hogares más vulnerables, según registro social de hogares y el acceso está asociado a cupos limitados por comuna.

Chile ha construido un modelo frágil de CLP, limitado por la falta de acceso y de recursos. Hasta el momento, el país se ha centrado solo en las personas con discapacidad funcional (DF) severa, descuidando otros grupos.

En este contexto y con objetivo de formular una política, es preciso definir los beneficiarios a quienes los CLP irán dirigidos, donde destaca el concepto de la universalidad focalizada, bajo el cual es posible “focalizar” la asistencia hacia los más dependientes y hacia los más pobres, buscando ofrecer una atención sostenible equilibrando la familia y el gobierno, buscando entregar un cuidado a largo plazo a los adultos mayores que lo requieran y asegurando que los cuidadores cuenten con las capacidades y conocimientos adecuados. En muchos países, tales como Suecia, Noruega, Alemania, Japón y Corea del Sur cualquier persona con necesidad de CLP es asistida, sin importar su ingreso. Sin embargo, los copagos y deducibles tienen un límite según ingresos, con el objetivo de proteger a la gente con menos recursos (Zegers, Brahm, & Jiménez, 2022). Es por esto que, la universalidad podría ser la mejor manera de movilizar apoyo y evitar la estigmatización de programas exclusivamente para los más pobres, los



cuales se enfrentan a ser de baja calidad (Zegers, Brahm, & Jiménez, 2022).

La evidencia ha demostrado que proporcionar beneficios en especie, está asociado con el progreso en los sistemas de salud (Zegers, Brahm, & Jiménez, 2022). La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que “Los sistemas de atención a largo plazo permiten que las personas mayores, que experimentan una disminución significativa de su capacidad, reciban el cuidado y el apoyo de otras personas de acuerdo con sus derechos básicos, libertades y dignidad humana”, esta responsabilidad recae la mayor parte de las veces en los familiares, para quienes puede representar costos tanto económicos, psicológicos y sociales.

Según estudio (Flores – Castillo, A. 2014) una de sus medidas para la mejora del cuidado, fue la invitación en donde los cuidadores asistieron a un curso que incluyó un espacio para proporcionar información sobre duelo y desgaste del cuidador, y otro en el que pudieran expresar lo que sentían como cuidadores y reconocer los sentimientos de enojo, depresión o agotamiento también les ocurrían a otros. El estudio fue fructífero, pues surgieron redes de apoyo no sólo en lo material (algunos, cuando su familiar falleció donaron camas de agua, andaderas, sillas de ruedas, a otras personas que lo requerían con la única condición de que, si el nuevo paciente fallece, se done ese material a quien lo necesite), sino que se establecieron relaciones sociales. Los datos disponibles indican que es posible aliviar el estrés de los cuidadores ofreciéndoles información básica sobre la persona mayor y enseñándoles a manejar conductas problemáticas, como en casos de demencia. También se puede

proporcionar información sobre los recursos de la comunidad disponibles para la persona mayor o el cuidador.

Finalmente, la obtención de financiamientos de programas es una materia de urgencia, ya que la mayoría de los países no están preparados para responder a los costos de asistir una población envejecida que va creciendo (Zegers, Brahm, & Jiménez, 2022). En la actualidad, existen básicamente cuatro fuentes de financiamiento de los CLP; los impuestos generales, las contribuciones, los seguros privados y los copagos. La evidencia se inclina a favor de los impuestos y contribuciones, y la mayor parte de los países financian sus sistemas públicos con impuestos generales (Zegers, Brahm, & Jiménez, 2022). Estos tienen la ventaja de ser proporcionales a los recursos del país. Respecto a las contribuciones, se adoptan como una forma de seguro obligatorio para abordar un “riesgo de vida normal”, ya que la naturaleza potencialmente catastrófica de los costos de CLP puede resultar en que amplios segmentos de la población tengan dificultades para pagarlos, y una vez que agoten sus recursos, se conviertan en una carga para el estado (Zegers, Brahm, & Jiménez, 2022). La incertidumbre sobre cuánto costarán los CLP en el futuro ha llevado a países, como Japón, a adelantar la edad desde la cual se contribuye desde los 40 a los 20 años; y a otros países como Alemania a aumentar el porcentaje de las contribuciones (Zegers, Brahm, & Jiménez, 2022). Hoy, los copagos están presentes en más de la mitad de los modelos existentes. No obstante, se pueden generar incentivos para aplazar la demanda de CLP, hacia un futuro de mayor complejidad y costo. En cuanto a los seguros privados individuales, la existencia de



un riesgo catastrófico a largo plazo lleva a generar fallos de mercado como asimetrías de información y selección adversa. Frente a ello, las aseguradoras elevan las primas y reducen las coberturas, lo que deriva en bajos incentivos a su contratación (Zegers, Brahm, & Jiménez, 2022).

4. Conclusiones

En conclusión, es importante tomar en cuenta que el análisis demográfico respecto a las dinámicas que se desarrollan en Chile, considerando que el INE (INE, 2018), indica una proyección que el 25% de la población será mayor de 65 años para el año 2050.

Es necesario comenzar a ser consciente sobre las dinámicas y necesidades de la población mayoritaria (persona mayor), donde tienden a tener bajas redes de apoyo, no solo social, sino que también económica, ya que, muchas veces las personas no cuentan con una salud compatible para seguir con su vida laboral, teniendo ingresos escasos para el pago de las necesidades cotidianas, además de un desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, condición que los obliga a ser dependientes de un sistema de salud, esta dependencia puede variar según gravedad de la enfermedad.

Según antecedentes anteriormente revisados, existen diferentes programas que se han creado para entregar apoyo a las personas mayores, principalmente aquellos pertenecientes a FONASA, los cuales son, las camas sociosanitarias en instituciones de salud terciaria de salud pública, programa que tiene un 110% de ocupación a la fecha y no se ha analizado su aumento, por otro lado, se

encuentran los Cuidados a Largo Plazo, de los cuales se observan principalmente aquellos cuidados administrados por el sistema público (ELEAM), los cuales se encuentran vinculados con el sistema de salud y SENAMA, siendo solo el 2.6% del total de establecimientos del país, ateniendo aproximadamente a 1500 personas (Zegers, Brahm, & Jiménez, 2022), cifra que no ha aumentado desde el 2014, estos programas han contado solo con el 0.07% del presupuesto del gobierno central (Zegers, Brahm, & Jiménez, 2022), viéndose limitado en recursos, por lo que en consecuencia es imposible aumentar el número de atenciones.

En la actualidad existen países como Alemania, Estados Unidos, Japón, Países Bajos y Suecia, donde han rediseñado estos entornos institucionales de cuidado, pasando de un modelo médico de suministro de servicios a centros más pequeños, con una atmósfera más de hogar y con atención las 24hrs, ya que, existen gran número de personas que requieren de estos espacios y no se encuentran en estados de enfermedad grave, por lo que, debido grados de dependencia, sólo requieren apoyo en el desarrollo de sus actividades cotidianas, buscando desarrollar una atención orientada a la comunidad, donde los cuidadores sean reconocidos en el derecho; Esto se aborda en Chile en el 2021, con la promulgación de ley, haciéndolos parte del sistema de protección social y entregándoles apoyo de salud.

Sin embargo, los programas y leyes generados en Chile, siguen siendo limitados, debido a que el apoyo y ayuda que entregan se



encuentra enmarcado en base a la población más vulnerable, mermando su entrega a muchos hogares y personas en el país. Por lo que, sería importante integrar un concepto de universalidad general, donde el nivel de ingresos no sea un límite en atención, sino que una diferencia de copago, como lo hacen diferentes países, lo anterior con el objetivo de entregar un cuidado a largo plazo a los adultos mayores que lo requieran, asegurando no solo a estas personas, sino que también a su red de apoyo

Las ventajas de tomar medidas de cuidados a largo plazo pueden permitir la reducción de las hospitalizaciones sociales y sus costos asociados, reduciendo las tasas de reingreso y apoya el retorno de las personas mayores a sus hogares. Considerando, además, que el reconocimiento y apoyo a las personas que brindan los cuidados a largo plazo de las personas mayores puede transformarse en factor protector al abandono social, institucionalización temprana y vulneración de derechos de personas mayores.

Bajo estas circunstancias, surge la necesidad de llevar al máximo la eficiencia de los recursos y mejorar la productividad. Con este fin, Chile puede emular la experiencia de algunos países como Finlandia, Suecia y Dinamarca donde estos ofrecen vouchers para que los beneficiarios puedan elegir entre proveedores, introduciendo competencia laboral. Lo anterior, sin perder el enfoque preventivo y de un envejecimiento saludable (Zegers, Brahm, & Jiménez, 2022). La integración de la atención médica y los servicios sociales, se considera una variable

importante en el diseño y funcionamiento de sistemas eficientes de CLP.

Se ha observado que una atención integral a la persona mayor, puede disminuir la incidencia de deterioro funcional, aumentar los sentimientos de empoderamiento y satisfacción, y traer beneficios al sistema de salud mediante un uso más apropiado del servicio de urgencias con menos consultas a especialistas (Stewart et al., 2013).

5. Recomendaciones de política

Según los antecedentes descritos y la información que nos entrega el INE, en donde se visualiza una inversión de la pirámide demográfica, donde se proyecta una sociedad envejecida con alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, comorbilidad y deterioro funcional (físico y cognitivo), lo que determina un mayor riesgo de hospitalización y/o estadías hospitalarias más prolongadas que en el resto de la población. Se debe considerar más allá de los costos o costo de oportunidad del uso de días cama, que las hospitalizaciones prolongadas en personas mayores, presentan un mayor riesgo de efectos adversos para la salud.

En este escenario de déficit estructural de camas, agravado por estadías prolongadas de personas mayores con enfermedades crónicas, o simplemente dependientes sin red de apoyo familiar, que requieren de cuidados sociales más que atención médica en un hospital.

La propuesta se basa en la creación de centros residenciales sociosanitarios que pertenezcan a las Redes Integradas de Servicios de Salud



(RISS) permitiendo que cada centro hospitalario a lo largo del país pueda gestionar la derivación de las personas mayores con dependencia severa, tanto física como cognitiva que en su condición de alta deban permanecer hospitalizados como “casos sociales” a los diferentes centros. Además de considerar a personas mayores con dependencia baja o moderada que podrían ser atendidos bajo el sistema de hospitalización domiciliaria y que al no contar con red de apoyo no cumplen con perfil y deben continuar hospitalizados.

Las características más importantes de estos centros son:

- Tener carácter resolutivo de estadía de los pacientes sociosanitarios, permitiendo un alta oportuna y con ello disminuyendo los riesgos asociados a una hospitalización prolongada, pudiendo contar con disponibilidad de camas en los hospitales.
- Aplicar la técnica de gestión de caso para asegurar la continuidad de la atención y su adecuación a las necesidades individuales de la persona mayor usuaria, quien cuenta con una red de apoyo escasa para poder ser cuidada.
- Contar con un equipo multidisciplinario especializado en pacientes geriátricos, donde se puedan brindar cuidados en modalidad de residencias sociosanitarias.

El financiamiento de estos centros residenciales sociosanitarios será proporcionado por medio del Ministerio de

Desarrollo Social y Familia, presupuesto que será entregado por medio de glosa presupuestaria en base a recursos físicos y humanos que se utilizarán por cama estándar de manera anual. El Ministerio de Desarrollo Social y Familia obtendrá esta mayor necesidad de fondos a partir de un aumento en los impuestos generales, dado que se prevé la inversión de la pirámide demográfica a nivel nacional. Estos tienen la ventaja de ser proporcionales a los recursos del país (Zegers, Brahm, & Jiménez, 2022).

El efecto en la baja de hospitalización prolongada en los centros hospitalarios permitirá a los establecimientos de salud aumentar el presupuesto asignado a servicio de atención domiciliaria de estos usuarios. Esto a su vez mitiga o evita el reingreso de hospitalización social y sus efectos sobre la disponibilidad de camas hospitalarias y los costos asociados.

La creación de estos centros permitirá a futuro ampliar a la población beneficiaria abarcando a toda persona indiferente de la edad que tenga, nivel socioeconómico, que cumpla con el requisito de tener una dependencia severa y no cuenten con una red de apoyo.



6. Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística (INE) (2018) Estimación Y Proyección de Población Chile 1992-2050. Obtenido de: <https://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/proyecciones-de-poblacion>
2. Ministerio de Salud. (2019). DIPRES. Obtenido de: https://www.dipres.gob.cl/597/articles-206784_doc_pdf.pdf
3. Ministerio de Salud. (2021). DIPRES. Obtenido de: https://www.dipres.gob.cl/597/articles-275918_doc_pdf.pdf
4. Ministerio de Salud. (MAYO de 2021). MINSAL. Obtenido de: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Plan-Nacional-de-Salud-Integral-para-Personas-Mayores_v2.pdf
5. Ministerio Desarrollo Social. (DICIEMBRE de 2015). Programas Sociales. Obtenido de: https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/2016/PRG2016_3_59473.pdf
6. Superintendencia de Salud (SEPTIEMBRE 2020)- Hospitalización Social en Adultos Mayores en el Sistema de Salud de Chile. Obtenido de: <https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-19660.html> Vista de Cuidados a largo plazo para personas mayores en Chile: revisión de las políticas públicas (arsmedica.cl)
7. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, (2015), OMS, Obtenido de: efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf
8. Flores-Castillo, A. (2014): Cuidado y subjetividad. Una mirada a la atención domiciliaria, CEPAL, Santiago de Chile.
9. Zegers, M., Brahm, M., & Jiménez, I. (2022). Cuidados a largo plazo para personas mayores en Chile: revisión de las políticas públicas. *Revista de Ciencias Médicas*, 47(3), 15-22. doi:<https://doi.org/10.11565/arsmed.v47i3.1932>
10. Villalobos Dintrans P. Envejecimiento y cuidados a largo plazo en Chile: desafíos en el contexto de la OCDE [Aging and long-term care in Chile: challenges in the OECD context]. *Rev Panam Salud Publica*. 2017 Aug 21;41:e86. Spanish. doi: 10.26633/RPSP.2017.86. PMID: 28902279; PMCID: PMC6660891.
11. Programa Chile Cuida: Beneficios para los adultos mayores y sus cuidadores. (s.f), GOB.CL, Recuperado de: <https://www.gob.cl/noticias/programa-chile-cuida-beneficios-para-los-adultos-mayores-y-sus-cuidadores/>