

Un proyecto de ILC y la Pontificia Universidad Católica de Chile

Longevidad en Chile:

Brechas y
oportunidades
para una
acción
intersectorial
en políticas
públicas

Sept. 2026



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

Elaborado por el Centro UC Estudios de Vejez y Envejecimiento

Un proyecto de ILC y la Pontificia Universidad Católica de Chile

Longevidad en Chile:

Brechas y
oportunidades
para una
acción
intersectorial
en políticas
públicas

Sept. 2026



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

Elaborado por el Centro UC Estudios de Vejez y Envejecimiento

Longevidad en Chile: Brechas y oportunidades para una acción intersectorial en políticas públicas



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

Estudio elaborado por:

Centro UC

Estudios de Vejez
y Envejecimiento

con la colaboración del Centro UC Políticas Públicas

Registro de Propiedad Intelectual: 2026-A-10498

Inscripción ISBN: 978-956-14-3603-9

Primera edición: Septiembre 2026

Investigadoras responsables

Valentina Jorquera Samter, Centro UC de Estudios de Vejez y Envejecimiento

Constanza Contreras Torres, Centro UC de Estudios de Vejez y Envejecimiento

Equipo colaborador y edición

María de los Ángeles Morandé Vial, Centro UC de Políticas Públicas

Isidora Vergara Bustos, Centro UC de Políticas Públicas

María Soledad Herrera Ponce, Centro UC de Estudios de Vejez y Envejecimiento

Macarena Rojas Gutiérrez, Centro UC de Estudios de Vejez y Envejecimiento

Macarena Soler Lujan, ILC

Francisca Arroyo Sánchez, ILC

Antonia Díaz Fernández, ILC

Paula León Wielandt, ILC

Diseño

Franco Astudillo Arancibia

Por favor cite este reporte así:

CEVE UC (2026). Longevidad en Chile: Brechas y oportunidades para una acción intersectorial en políticas públicas. Centro UC de Estudios de Vejez y Envejecimiento. Estudio desarrollado en el marco de la colaboración entre ILC y la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Mensaje ILC

Muchas veces para avanzar es necesario aventurarse en nuevos terrenos, lo que exige entender el contexto. Conocer qué se ha construido, dónde están las principales fortalezas y qué espacios existen todavía para seguir avanzando. Esa mirada es especialmente importante frente a un desafío tan amplio y complejo como el de una sociedad cada vez más longeva.

Esto es precisamente lo que buscábamos cuando le pedimos al Centro de Estudios de Vejez y Envejecimiento de la Pontificia Universidad Católica que desarrollara este análisis: contar con un diagnóstico, basado en un riguroso levantamiento de evidencia, sobre las características y alcances de las políticas e iniciativas del Estado que inciden en la vida de las personas mayores de nuestro país.



A través de las empresas que administramos, en ILC ya nos relacionamos con cerca de un millón de personas mayores, y queremos ir más allá.

En 2020 comenzamos a construir una mirada integral sobre los desafíos y las oportunidades de una sociedad más longeva, así como a impulsar en cada una de nuestras empresas acciones dirigidas a este segmento en tres ámbitos específicos: inclusión, trato y prevención. Los resultados han sido muy satisfactorios. Pero nuestro siguiente paso va más lejos: estamos integrando capacidades para ampliar nuestra contribución y generar mayor

impacto en los ámbitos de salud, seguridad económica y empleo, los cuales son determinantes para vivir vidas más largas con mayor bienestar.

Hoy, gracias a este estudio, tenemos sólidas bases para seguir avanzando. Lo primero que deja en claro es que no es necesario partir de cero. Ya existe una arquitectura institucional relevante, que durante décadas ha ido consolidando mecanismos de protección y garantía de derechos para millones de personas, con pilares tan importantes como la Pensión Garantizada Universal y las Garantías Explícitas en Salud.

Al mismo tiempo, muestra que esa arquitectura se ha desarrollado de manera desigual y que necesita seguir evolucionando. ¿Hacia dónde? Hacia una mirada que se anticipe a los desafíos de vidas cada vez más largas, que acompañe a las personas a lo largo de toda su trayectoria y que interrelacione mejor políticas e iniciativas que hoy no siempre conversan entre sí.

Desde ILC creemos que a estos desafíos debemos agregar otro: complementar capacidades. Ningún actor puede abordar por sí solo una transformación de esta magnitud. El Estado, las empresas, la academia y la sociedad civil tienen responsabilidades distintas, pero también conocimientos y experiencias que, articulados en torno a objetivos compartidos, pueden multiplicar su impacto.

Esa es la conversación a la que queremos contribuir con este estudio y también el sentido del trabajo que estamos impulsando. Chile tiene hoy una oportunidad especialmente valiosa para avanzar en esta dirección, a partir de la nueva Ley Integral de las Personas Mayores y de la Política Nacional de Envejecimiento que deberá construirse al amparo de ella. Esperamos que la evidencia contenida en estas páginas contribuya a este proceso y ayude a identificar prioridades, fortalecer lo construido, avanzar en aquellos ámbitos que presentan menor desarrollo y favorecer una mayor articulación entre las distintas respuestas existentes.

Vivir más es una de las grandes conquistas de nuestro tiempo. El desafío es lograr que esa posibilidad se traduzca también en vivir mejor. Para ILC, eso significa construir una nueva longevidad. Y estamos convencidos de que solo podremos hacerlo juntos.

Pablo González F.

Gerente General ILC

Mensaje UC

Pensar el futuro de Chile es también hacernos cargo de los cambios que ya estamos viviendo y que nos seguirán impactando. Algunos de ellos tendrán efectos profundos y duraderos sobre nuestra sociedad y requieren una mirada capaz de comprenderlos. Transformar —como nos hemos propuesto en el Plan Estratégico 2026-2030 de la Pontificia Universidad Católica de Chile— supone precisamente ampliar nuestra capacidad de mirar el presente, reconocer aquello que está cambiando y abrir nuevas posibilidades para el desarrollo del país.

El cambio demográfico es una de esas grandes transformaciones, y probablemente una de las más silenciosas. Hoy, alrededor de un 20% de quienes viven en Chile tiene 60 años o más; hacia 2050, según proyecciones, esa cifra se acercará a un tercio de la población. Vivimos más años y —al



mismo tiempo— tenemos menos hijos, dando paso a una sociedad cada vez más longeva y distinta de la que conocimos. Esta nueva realidad ya está teniendo efectos en la forma en que trabajamos, aprendemos, cuidamos, participamos y nos relacionamos, pero también abre oportunidades para repensar cómo vivimos y cómo organizamos nuestra sociedad.

La longevidad puede significar nuevas formas de participación, trayectorias laborales y educativas más diversas, nuevos bienes y servicios, y espacios para la innovación. El desafío está en reconocer esas posibilidades y generar las condiciones para que puedan desarrollarse. Para ello necesitamos conocimiento, capacidad de hacer las cosas de nuevas maneras y una mirada que trascienda las fronteras institucionales. En la UC, consistente con los que nos propone el Plan Estratégico, este desafío ya se traduce en investigación concreta: entre los 113 proyectos adjudicados

en Avanza UC 2026, 13 iniciativas de 7 unidades académicas abordan directamente el desafío del envejecimiento —desde la biología del aging y la salud cardiovascular hasta la cognición, la multimorbilidad y la demografía de la fertilidad.

La longevidad es exactamente el tipo de problema que Susan Hockfield —ex rectora del MIT— llama de convergencia: no se resuelve desde una sola disciplina, ni desde un solo actor, ni desde un solo sector, sino cuando universidades, empresas, Estado y sociedad civil se encuentran en torno a una misma pregunta. Cada uno trae lo suyo —descubrimiento y evidencia, innovación y servicios, conducción y garantía de derechos, la voz cotidiana de las personas mayores—, pero lo decisivo no es el listado, sino la disposición a ir más allá de los silos y de las relaciones transaccionales. En la UC esa convergencia la aprendemos cada día en el trabajo de diversas personas, iniciativas, centros e instituciones vinculadas a la Universidad, como Conecta Mayor UC, que nos permite acompañar a personas mayores en distintos lugares del país y traer esa realidad de vuelta a la investigación y a la formación. Convergencia, sabemos, no es fácil; es, sin embargo, una de las mejores maneras de dar respuestas a la altura de los desafíos que enfrentamos.

Esta mirada también debe estar presente en nuestras políticas públicas. No se trata únicamente de crear nuevos programas, acciones y apoyos para una población que envejece, sino de revisar las políticas existentes desde la perspectiva de una sociedad en la que las personas viven más años. El trabajo, la salud, la educación a lo largo de toda la vida, la vivienda, el transporte, los cuidados y la participación son algunos de los ámbitos en los que esta nueva realidad plantea tanto desafíos como oportunidades.

Es en este contexto que “Longevidad en Chile: Brechas y oportunidades para una acción intersectorial en políticas públicas”, elaborado conjuntamente por el Centro UC de Estudios de Vejez y Envejecimiento (CEVE UC) —entidad interdisciplinaria dedicada a la investigación en esta materia— e ILC, adquiere especial relevancia, como espacio de convergencia entre la universidad y el sector privado. El estudio revisa la oferta pública existente y permite observar dónde hemos avanzado, qué brechas persisten y dónde existen oportunidades para fortalecer la respuesta del país frente a una sociedad que cambia.

Más que cerrar la conversación, este documento busca incentivar un diálogo colaborativo. La longevidad nos invita a mirar más allá de la forma de responder al envejecimiento de la población: también nos desafía a preguntarnos qué sociedad queremos construir a partir de las nuevas posibilidades de vivir más. Ya el Papa Francisco lo dijo con esperanza: necesitamos «una nueva alianza entre jóvenes y ancianos», porque en ese encuentro aprendemos la belleza de la vida y construimos una sociedad fraterna. El Papa León XIV lo ha planteado, desde otro registro, con una promesa breve pero desafiante: “Yo no te olvidaré” (Is 49,15). Como sociedad, esa es también la pregunta de fondo: qué instituciones, qué políticas y qué vínculos necesitamos para no dejar atrás a quienes envejecen. Para avanzar en esa dirección se requiere una mirada de largo plazo y la colaboración de actores de distintos ámbitos, capaces de transformar conocimiento y oportunidades en bienestar para las personas de todas las generaciones y para el país. Seguir mirando, seguir creando y descubriendo, seguir formando y siendo formados por personas, seguir conversando entre sectores, seguir construyendo políticas: en eso está la Universidad Católica, como muestra esta publicación, ¡se puede!

Francisco Gallego Y.

Prorrector de Gestión Institucional
Pontificia Universidad Católica de Chile.

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO	9
1 INTRODUCCIÓN	11
2 CONTEXTUALIZACIÓN	12
2.1 La transición demográfica como transformación estructural	13
2.2 Chile en el contexto latinoamericano y global	15
2.3 Longevidad y envejecimiento de la población mayor	17
2.4 Condiciones sociales en las que ocurre el envejecimiento	19
2.5 De la transformación demográfica al desafío para la política pública	21
3 METODOLOGÍA	22
3.1 Oferta pública que impacta a las personas mayores	22
3.2 Marco normativo y teórico para analizar la oferta	23
3.3 Delimitación de la oferta: árbol de decisión	26
3.4 Oferta mapeada	28
3.5 Estrategia de análisis	29
4 HALLAZGOS Y ANÁLISIS	31
4.1 Características de las iniciativas que impactan en las personas mayores	31
4.2 Magnitud y alcance de la oferta	38
4.3 Inserción de la oferta que impacta en las personas mayores en la oferta general del Estado	45
5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE POLÍTICA PÚBLICA	50
5.1 Derechos integrales e institucionalización desigual	51
5.2 De la protección hacia la prevención y el sostenimiento de capacidades	51
5.3 Incorporación desigual del envejecimiento en políticas universales	52
5.4 Transitar desde la política sectorial hacia el abordaje de trayectorias	53
6 REFLEXIONES FINALES	54
6.1 Fortalecer la información necesaria para gobernar una sociedad longeva	55
6.2 La Ley Integral de Personas Mayores y Promoción del Envejecimiento Digno, Activo y Saludable y la Política Nacional de Envejecimiento: una oportunidad para completar la arquitectura	55
BIBLIOGRAFÍA	58
ANEXO	60

Longevidad en Chile:

Brechas y
oportunidades
para una
acción
intersectorial
en políticas
públicas



Elaborado por el Centro UC Estudios de Vejez y Envejecimiento

RESUMEN EJECUTIVO

Chile envejece a una velocidad que exige adaptar sus instituciones mientras la transformación demográfica ya se encuentra en curso. El desafío no consiste únicamente en responder a un número creciente de personas mayores, sino en adecuar los sistemas de seguridad social, salud, cuidados, vivienda, trabajo, educación, participación y tecnología a vidas más largas y trayectorias cada vez más diversas.

Este estudio analiza la arquitectura de la oferta pública estatal que impacta a las personas mayores en Chile. A partir de un universo de 814 iniciativas, se aplicó un árbol de decisión que permitió incorporar 82 intervenciones con incidencia sustantiva sobre el envejecimiento y la longevidad. Para efectos comparativos, las Garantías Explícitas en Salud (GES) se consolidaron, dando origen a un universo de 53 unidades analíticas, clasificadas en nueve dimensiones de bienestar: Salud y funcionalidad; Dependencia, apoyos y cuidados; Seguridad económica; Trabajo y participación económica; Entorno, vivienda y accesibilidad; Participación, ciudadanía e integración social; Educación y aprendizaje continuo; Inclusión digital y acceso tecnológico; Protección, derechos y acceso institucional.

El diagnóstico muestra una arquitectura pública existente, relevante, pero desarrollada de manera desigual. Cuatro dimensiones —salud y funcionalidad; seguridad económica; dependencia, apoyos y cuidados; y entorno, vivienda y accesibilidad— concentran el 79,2% de ellas. En contraste, las 5 dimensiones restantes, asociadas a las áreas de trabajo, educación, participación, protección de derechos e inclusión digital, presentan una expresión considerablemente menor. La distribución de recursos profundiza estas diferencias: la Pensión Garantizada Universal (PGU) y las Garantías Explícitas en Salud (GES) concentran conjuntamente el 54,7% del presupuesto identificado, lo que



refleja la institucionalización alcanzada por los mecanismos centrales de protección económica y sanitaria. Su relevancia no implica que estas prestaciones sean suficientes, sino que constituyen pilares asentados de la protección social sobre los cuales resulta necesario seguir construyendo.

Los hallazgos también muestran que el desafío no consiste simplemente en crear más programas especializados. En el universo consolidado, 52,8% de las unidades analíticas incorpora directamente a las personas mayores y 47,2% corresponde a políticas de alcance más amplio con incidencia sustantiva en el envejecimiento. En ámbitos como trabajo, educación e inclusión digital existe una oferta general del Estado, pero la perspectiva de envejecimiento aparece débilmente integrada. Asimismo, la predominancia de mecanismos de provisión o garantía directa evidencia una arquitectura más desarrollada para responder a necesidades ya reconocidas que para prevenir riesgos, mantener capacidades y generar condiciones habilitantes a lo largo del curso de vida.

A partir de este diagnóstico, el estudio plantea cuatro orientaciones principales, las que esperan servir a la sociedad para abordar el envejecimiento y la longevidad: fortalecer la prevención y el sostenimiento de capacidades sin debilitar las garantías existentes; incorporar una perspectiva de longevidad en las políticas universales; organizar las respuestas en torno a trayectorias e interdependencias y no únicamente a sectores administrativos; y mejorar la información necesaria para conocer alcance, acceso y articulación de las intervenciones.

A ello se suma la necesidad de aprovechar capacidades del Estado, la sociedad civil, el mercado, las comunidades y los hogares mediante arreglos que mantengan claramente las responsabilidades públicas y el resguardo de derechos.

La reciente Ley N.º 21.822, “Ley Integral de las Personas Mayores y de Promoción del Envejecimiento Digno, Activo y Saludable” y su mandato de formular una Política Nacional de Envejecimiento abren una oportunidad para avanzar en esta dirección, pero el llamado no se agota en el Estado. Chile no necesita comenzar nuevamente: requiere construir sobre los avances institucionales existentes y ampliar su horizonte mediante una arquitectura de bienestar que combine las capacidades del Estado, el mercado, la sociedad civil y las comunidades, sin que ello suponga renunciar a la conducción y las garantías públicas. El desafío es, entonces, tanto de política pública como de corresponsabilidad social: anticipar riesgos, sostener capacidades y ampliar oportunidades de bienestar y participación durante vidas cada vez más largas.

1 INTRODUCCIÓN

El aumento sostenido de la longevidad y el cambio en la estructura etaria de la población chilena plantean desafíos que exceden ampliamente el campo tradicional de las políticas dirigidas a personas mayores. Vivir más años modifica las trayectorias de salud, trabajo, aprendizaje, participación, cuidado y los distintos ámbitos de la protección social y exige observar no solo las prestaciones creadas específicamente para la vejez, sino también la capacidad de los sistemas generales para adaptarse a una sociedad crecientemente longeva.

Chile cuenta con una trayectoria relevante en la construcción institucional en este ámbito. Acciones en torno a la seguridad económica, garantías sanitarias, sistemas de cuidados y programas especializados conviven con políticas universales de vivienda, educación, trabajo y protección social, que también inciden sobre las condiciones en que las personas envejecen. Sin embargo, esta oferta se encuentra distribuida entre sectores, instrumentos y arreglos institucionales diversos, dificultando en algunos casos una lectura integrada respecto de qué ámbitos han alcanzado mayor desarrollo, cuáles presentan menor institucionalización y cómo se relacionan entre sí las distintas respuestas públicas.

El estudio parte de la hipótesis de que la respuesta pública chilena frente al envejecimiento y la longevidad no se caracteriza principalmente por una ausencia de acción estatal, sino por una arquitectura de desarrollo desigual. Se espera encontrar una mayor institucionalización de respuestas orientadas a proteger frente a riesgos y necesidades ya reconocidos, especialmente en ámbitos tradicionalmente asociados a la vejez, junto con un menor desarrollo de funciones preventivas, de sostenimiento de capacidades y de adaptación de las políticas

generales a trayectorias de vida más largas. Desde esta perspectiva, el desafío no radicaría únicamente en ampliar la oferta especializada, sino también en fortalecer la articulación entre ámbitos y adaptar los sistemas generales a una sociedad cada vez más longeva.

Este estudio busca poner a prueba esa lectura mediante el análisis de la oferta pública como una arquitectura de respuestas frente al envejecimiento y la longevidad. Esto supone identificar las intervenciones existentes, observar sobre qué dimensiones del bienestar actúan, mediante qué instrumentos se materializan, qué magnitud de recursos movilizan y hasta qué punto las políticas generales del Estado incorporan las transformaciones asociadas a vidas más largas.

En este marco, el objetivo general es **realizar un diagnóstico integral de la oferta pública estatal de nivel central que impacta a las personas mayores en Chile, analizando su arquitectura institucional y coherencia programática, con el fin de identificar brechas y formular recomendaciones que contribuyan a fortalecer la respuesta de la sociedad frente a los desafíos del envejecimiento y la longevidad.**

En particular, el estudio busca identificar y caracterizar la oferta relevante y su distribución entre dimensiones, sectores e instrumentos; analizar su magnitud y alcance mediante información presupuestaria y de cobertura disponible; examinar cómo las personas mayores y el envejecimiento son incorporados dentro de políticas públicas de alcance más amplio; e identificar brechas, interdependencias y espacios de fortalecimiento que permitan avanzar hacia respuestas más integrales, preventivas e intersectoriales.

El presente documento se organiza en cuatro partes. Primero, contextualiza la transformación demográfica y las condiciones en que ocurre el envejecimiento en Chile. Luego presenta el marco metodológico utilizado para delimitar y clasificar la oferta pública. A continuación, desarrolla los principales hallazgos mediante

tres capas de análisis —configuración, magnitud y alcance, e inserción en la oferta general del Estado—. Finalmente, integra estos resultados en conclusiones y recomendaciones orientadas a fortalecer la capacidad de respuesta frente a una sociedad cada vez más longeva.

2 CONTEXTUALIZACIÓN

La expectativa de vida al nacer en Chile aumentó de 74,6 años en 1992 a 81,8 años en 2026¹, un incremento de 7,2 años en poco más de tres décadas (INE, 2026). Este aumento constituye uno de los principales logros del desarrollo social del país: los años ganados no representan solo una extensión de la vida, sino la apertura de un nuevo tramo vital en el que es posible disfrutar, compartir con otros, seguir aprendiendo, emprender nuevos proyectos y aportar socialmente de diferentes maneras.

Así, el envejecimiento de la población no constituye, por sí mismo, un problema público. Es, en buena medida, el resultado de avances sanitarios, sociales y económicos que han permitido reducir la mortalidad y prolongar la vida. Sin embargo, deja de ser únicamente un fenómeno demográfico cuando transforma de manera sostenida la composición de la sociedad, modifica las relaciones entre generaciones y tensiona instituciones organizadas bajo una estructura etaria distinta. El desafío para la acción pública no radica, por tanto, en la existencia de más personas mayores, sino en la capacidad de los sistemas de salud, previsionales, cuidados, vivienda,

trabajo, educación, movilidad, tecnología y participación para responder a vidas más largas y a trayectorias de envejecimiento crecientemente diversas.

Esta distinción es relevante porque los problemas públicos no se desprenden automáticamente de condiciones objetivas. Su construcción depende de cómo se interpretan estas condiciones, de las relaciones causales que se les atribuyen y de las responsabilidades que se asignan a distintos actores e instituciones (Stone, 1989; Fischer, 2003). Interpretar el envejecimiento principalmente como dependencia, presión fiscal, vulnerabilidad, extensión del curso de vida o ejercicio de ciudadanía conduce a diagnósticos y respuestas distintos. En el presente documento, **el envejecimiento se entiende como un proceso multidimensional que se desarrolla a lo largo de la vida, mientras que la longevidad se aborda como una transformación estructural del tiempo vivido que reconfigura necesidades, oportunidades y arreglos institucionales** (Harper, 2014; Crimmins, 2015).

Para situar el escenario en que opera la oferta pública relevante para las personas

¹ El valor de 1992 corresponde a una cifra histórica ya observada, mientras que el valor de 2026 es una proyección (el año aún no concluye al momento de la elaboración de este informe). Ambas cifras provienen de la misma fuente y metodología del Instituto Nacional de Estadísticas (Estimaciones y Proyecciones de Población, base 2024), por lo que son directamente comparables entre sí.

mayores, este capítulo combina tres tipos de antecedentes. Las estimaciones y proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas permiten observar el cambio de la estructura demográfica; los reportes del Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo aportan una lectura comparada, generacional y territorial; y la Encuesta

CASEN 2024 permite caracterizar algunas de las condiciones sociales y desigualdades que acompañan las trayectorias de envejecimiento. Estos antecedentes permiten dimensionar y problematizar el contexto en que la arquitectura institucional debe responder.

2.1 La transición demográfica como transformación estructural

La transición demográfica describe el desplazamiento desde regímenes caracterizados por altas tasas de mortalidad y fecundidad hacia otros en que ambas alcanzan niveles reducidos. Aunque la secuencia y la velocidad varían entre sociedades, el proceso suele comenzar con una disminución de la mortalidad, seguida por una caída de la fecundidad que desacelera el crecimiento y modifica progresivamente la estructura por edades (Notestein, 1945; Lee, 2003; Canning, 2011). En sus etapas avanzadas, disminuye el peso relativo de las cohortes jóvenes, aumenta la población mayor y el crecimiento natural puede alcanzar niveles bajos, nulos o negativos. No se trata, por tanto, de un simple cambio en el número de habitantes, sino de una transformación histórica vinculada con la salud pública, la educación, la organización familiar, la participación laboral y las normas sociales y culturales (Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo, 2025, pp. 2-3).

Chile se encuentra en una fase avanzada de este proceso. Según estadísticas de INE, la tasa global de fecundidad se estimó en 0,99 hijos por mujer en 2025² y se proyecta que permanezca ampliamente por debajo del nivel de reemplazo. Paralelamente, la esperanza de vida continuaría aumentando y, bajo el escenario medio, alcanzaría

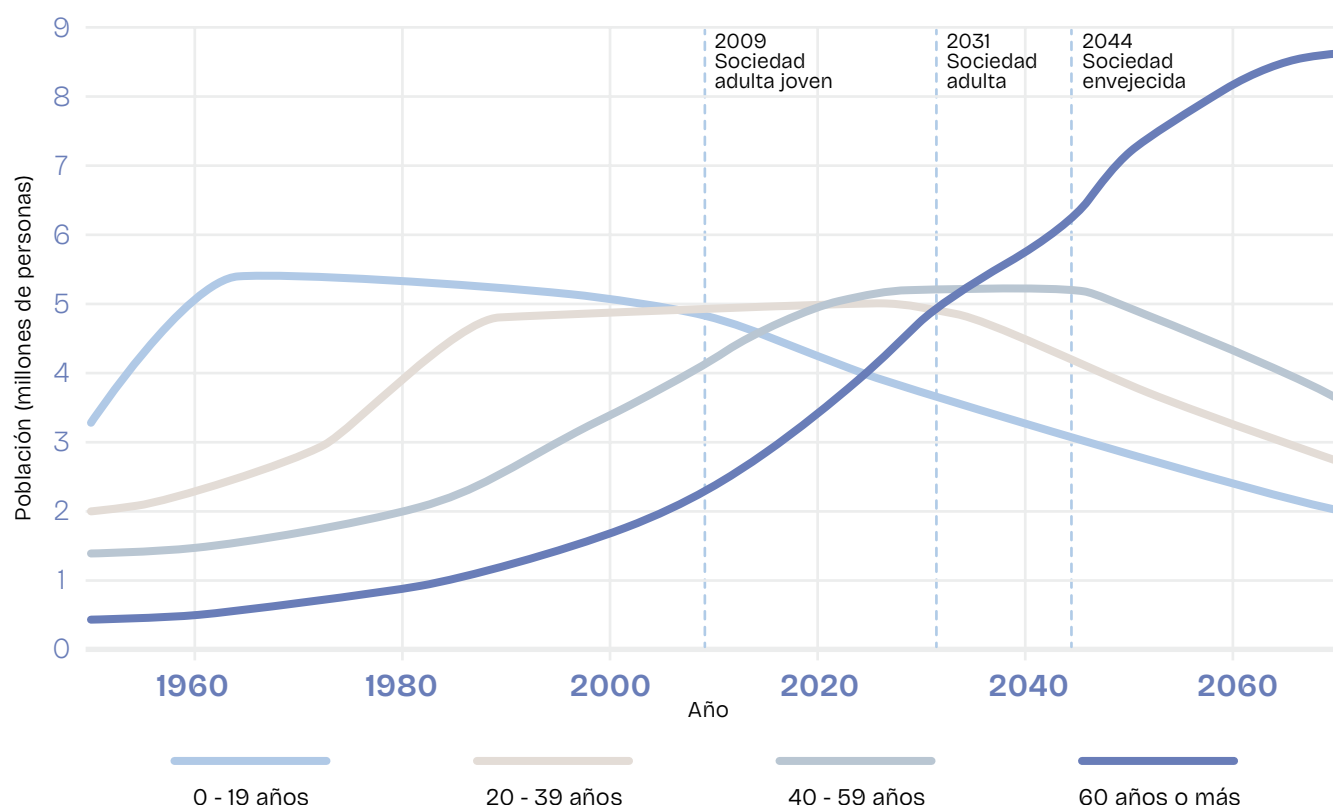
88,4 años en 2070. El efecto conjunto de menos nacimientos, mayor supervivencia y crecimiento de los grupos de edades avanzadas está modificando de manera sostenida la estructura demográfica nacional (INE, 2026).

El INE proyecta que el crecimiento natural —la diferencia entre nacimientos y defunciones— se vuelva negativo a partir de 2028. La población total continuaría aumentando a un ritmo decreciente hasta alcanzar aproximadamente 20,6 millones de personas en 2035 y, posteriormente, comenzaría una disminución gradual hasta llegar a cerca de 17 millones en 2070 (INE, 2026). Esta trayectoria no implica una reducción de la población mayor. Durante las próximas décadas coexistirá una disminución de la población total y un aumento sostenido de las personas de 60 años y más.

Entre 1992 y 2026, la población de 60 años y más se multiplicó por más de tres veces y pasó de representar menos de un 10% a más de un 20% de la población nacional. La transformación no consiste únicamente en que las personas mayores aumenten en términos absolutos, sino en que se convierten progresivamente en un componente central de la estructura social.

2 La cifra de 0,99 hijos por mujer corresponde a la Tasa Global de Fecundidad calculada a partir de registros vitales de nacimiento para 2025 (cifra preliminar).

Gráfico 1. Evolución de las cohortes etarias en Chile, 1950-2070.



Fuente: Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo (2025). Gráfico 2. Evolución de las cohortes etarias en Chile, 1950-2070 (en miles). Elaborado a partir de series de World Population Prospects 2024. Estimaciones y proyecciones 1950-2070.³

La velocidad de este cambio plantea una exigencia que no se agota en el sistema de protección social, sino que compromete al conjunto de la sociedad. El contexto demográfico no determina una única respuesta, pero sí modifica las condiciones en que deben adoptarse decisiones de largo plazo: cambian simultáneamente la disponibilidad de redes familiares y

comunitarias, la composición de la fuerza de trabajo y las relaciones entre contribuyentes y pensionados, lo que exige ajustes tanto del Estado como del mercado, de las organizaciones de la sociedad civil y los hogares. La capacidad de adaptación de la sociedad en su conjunto se vuelve parte del propio problema público.

³ Este gráfico se elabora a partir de *World Population Prospects 2024* (Naciones Unidas), mientras que las cifras demográficas citadas en el cuerpo del texto provienen de las Estimaciones y Proyecciones de población base 2024 del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Ambas fuentes coinciden en las tendencias generales (la población de 60 años y más pasa de menos de una décima parte a más de una quinta parte de la población total entre 1992 y 2026, multiplicándose por más de tres veces en términos absolutos), pero pueden presentar diferencias en las cifras absolutas –por ejemplo, en el nivel y año exacto de la población máxima proyectada–debido a distintos supuestos de migración neta, a la base censal de partida y a los tiempos de publicación de cada organismo.

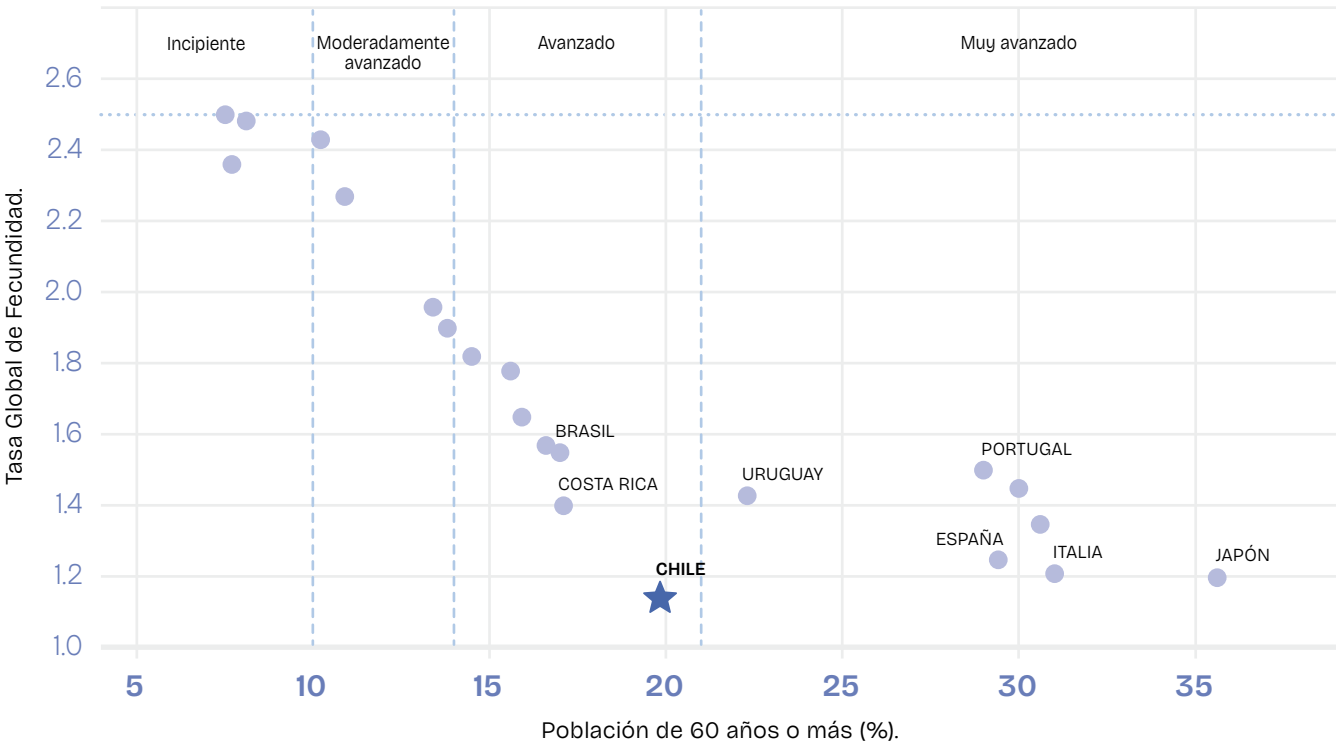
2.2 Chile en el contexto latinoamericano y global

La velocidad del envejecimiento chileno no es un fenómeno aislado en América Latina, pero sí sitúa al país entre los casos de transición más avanzada de la región, junto con Uruguay, Cuba, Brasil y Costa Rica. Esta posición tiene implicancias para la construcción de políticas: Chile dispone de pocos referentes regionales con una trayectoria claramente más avanzada y, en varios ámbitos, debe desarrollar respuestas mientras la transformación demográfica ya se encuentra en curso.

La comparación entre la tasa global de fecundidad y la proporción de población

mayor permite ubicar a Chile en una etapa de envejecimiento avanzado, próxima al umbral de envejecimiento muy avanzado. La combinación de fecundidad especialmente baja y una proporción creciente de personas de 60 años y más, lo diferencia de países de la región que aún mantienen estructuras más jóvenes. La comparación no supone que las categorías demográficas definan por sí mismas capacidades institucionales, pero permite reconocer que los países latinoamericanos enfrentan el cambio desde puntos de partida y con horizontes temporales distintos.

Gráfico 2. Etapas de envejecimiento poblacional en países seleccionados de América Latina y Europa, 2024.



Fuente: Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo (2025). Gráfico 1: Etapas de envejecimiento poblacional, América Latina y países de Europa (seleccionados), 2024, con base en *World Population Prospects 2024*. Chile se destaca con una estrella.

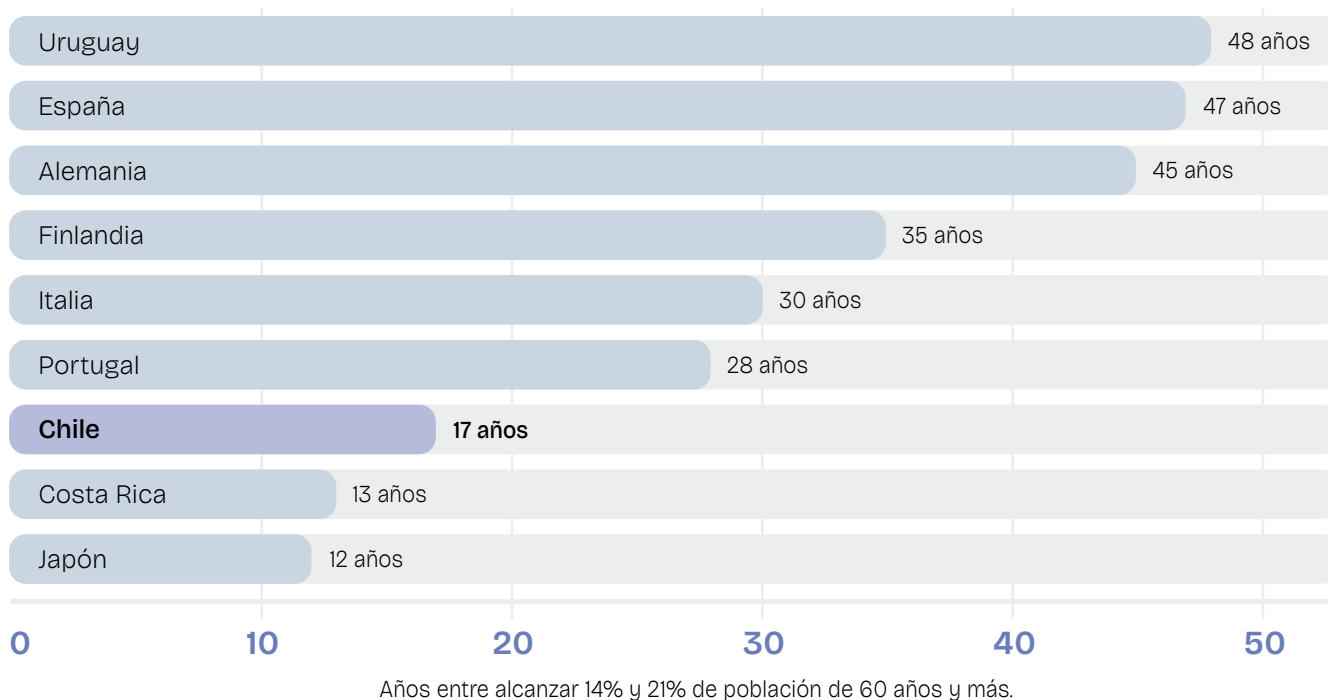
El paso desde 14% (en 2010) a 21% (en 2027) de población de 60 años y más tomaría alrededor de 17 años en Chile, frente a 48 años en Uruguay. La misma transformación tomó aproximadamente 28 años en Portugal, 30 en Italia, 35 en Finlandia, 45 en Alemania y 47 en España.

Japón y Costa Rica presentan transiciones de duración comparable o incluso menor, aunque en contextos históricos, institucionales y económicos que no son directamente equivalentes (Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo, 2025, pp. 9-10).

Estas diferencias deben interpretarse con cautela. Un periodo de transición

más largo no asegura por sí mismo una mejor arquitectura institucional, así como una transición rápida no demuestra automáticamente rezago. La comparación muestra, sin embargo, que Chile dispone de un margen temporal acotado para ajustar sistemas generales, desarrollar instrumentos especializados y construir mecanismos de coordinación. Los países que hoy presentan estructuras de protección más consolidadas envejecieron, en numerosos casos, a lo largo de varias décadas; Chile, en cambio, enfrenta el desafío de adaptar sus instituciones mientras el envejecimiento de la población avanza rápidamente.

Gráfico 3. Duración en años de la transición desde 14% al 21% de población de 60 años y más.



Fuente: Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo (2025). Tabla 1: Duración de la transición entre etapas de envejecimiento moderado a avanzado, países seleccionados, 2024, con base en *World Population Prospects 2024*. Los años posteriores a 2024 corresponden a proyecciones.

Desde una perspectiva global, la Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030, impulsada por la Organización Mundial de la Salud, ha reforzado la necesidad de avanzar

desde respuestas centradas exclusivamente en la enfermedad o la dependencia hacia entornos, servicios e instituciones capaces de sostener la capacidad funcional y la

participación durante vidas más largas (WHO, 2020). Este marco reconoce que ámbitos como los entornos amigables, la integración social, el trabajo y la inclusión digital continúan siendo fronteras de consolidación incluso en países con arquitecturas de envejecimiento comparativamente más maduras.

La posición chilena admite, por tanto, una doble lectura. Algunos ámbitos que todavía presentan menor desarrollo institucional

forman parte de desafíos internacionales recientes y no constituyen necesariamente una anomalía exclusiva del país. Al mismo tiempo, la rapidez de la transición reduce el margen para postergar su incorporación. La comparación internacional resulta útil no para importar soluciones de manera mecánica, sino para reconocer la urgencia de construir capacidades adaptativas y la necesidad de evaluar la arquitectura pública desde una perspectiva integral.

2.3 Longevidad y envejecimiento de la población mayor

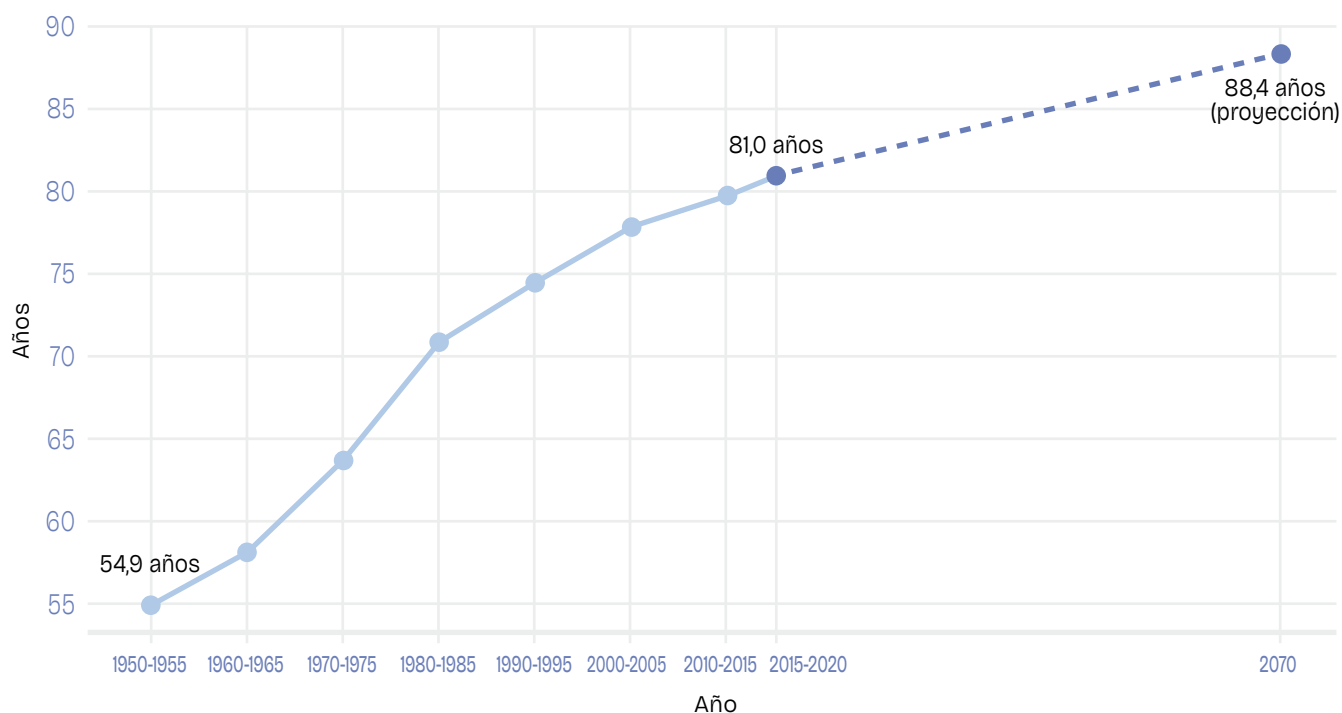
El envejecimiento y la longevidad son fenómenos estrechamente relacionados, pero no equivalentes. El envejecimiento poblacional se refiere al aumento del peso relativo de las personas mayores dentro de la estructura por edades, mientras que la longevidad alude a la extensión del tiempo vivido y al aumento de

la supervivencia en edades avanzadas. Una sociedad puede envejecer principalmente por una caída rápida de la fecundidad, aun cuando la esperanza de vida no aumente al mismo ritmo; y puede experimentar mayor longevidad sin que los años adicionales se distribuyan de manera homogénea entre grupos sociales. Distinguir ambos conceptos permite evitar que el cambio demográfico se reduzca a una mayor cantidad de personas mayores o que la prolongación de la vida se interprete exclusivamente como incremento de dependencia.

El envejecimiento de la población se acompaña, además, de un envejecimiento interno de la propia población mayor. En 2024, el INE estimó alrededor de 642 mil personas de 80 años o más; hacia 2050 superarían los dos millones y en 2070 alcanzarían aproximadamente tres millones. En ese último año representarían más de un tercio de la población mayor. **La expansión de la denominada cuarta edad modifica la composición de las necesidades y reconfigura la duración de las relaciones de apoyo, cuidado y convivencia entre generaciones.** En el Gráfico 4 se muestra lo anterior. Entre 1950-1955 y 2015-2020, la esperanza de vida al nacer aumentó desde 54,9 años a 81,0 años, es decir, más de 26 años adicionales de vida.



Gráfico 4. Evolución de la esperanza de vida al nacer en Chile entre 1950-2020 y proyección a 2070.



Fuente: Elaboración del Centro UC de Estudios en Vejez y Envejecimiento, con base en Naciones Unidas, *World Population Prospects 2024* (serie histórica de esperanza de vida al nacer e INE, Proyecciones de población 2024-2070).

La longevidad amplía el periodo durante el cual pueden desarrollarse proyectos, aprendizajes, responsabilidades de cuidado, transiciones laborales y formas de participación. En este sentido, no constituye únicamente una fuente de mayor demanda sanitaria o de cuidados; modifica las biografías y las expectativas sobre las distintas etapas de la vida, tensionando límites tradicionales entre formación, trabajo, retiro y participación social (Harper, 2014; Crimmins, 2015). Una respuesta institucional centrada exclusivamente en compensar deterioros o carencias corre el riesgo de no reconocer las capacidades, contribuciones y oportunidades asociadas a vidas más largas.

Desde esta perspectiva, el desafío deja de recaer exclusivamente en la política pública dirigida a personas mayores, y pasa también por comprender cómo el conjunto de actores —Estado, mercado, organizaciones

de la sociedad civil y hogares—contribuyen a configurar trayectorias de envejecimiento y condiciones para sociedades crecientemente longevas.

Esta aproximación tiene consecuencias metodológicas para el presente estudio. Si el envejecimiento es un proceso acumulativo y la longevidad constituye una transformación que reconfigura las necesidades institucionales, entonces la oferta pública relevante para la vejez y envejecimiento no necesariamente se limita a intervenciones diseñadas exclusivamente para personas mayores. Así, se reconoce que determinadas políticas universales o transversales pueden resultar relevantes cuando incorporan mecanismos explícitos de adaptación, priorización o implementación que permitan comprender las respuestas estatales frente al envejecimiento y la longevidad.

2.4 Condiciones sociales en las que ocurre el envejecimiento

El cambio demográfico se ve acompañado de experiencias heterogéneas respecto de la vejez y el proceso de envejecimiento.

La perspectiva de curso de vida sostiene que las condiciones observadas en edades avanzadas son el resultado de trayectorias construidas a lo largo del tiempo y condicionadas por el contexto histórico, las instituciones y las relaciones sociales (Elder, Johnson y Crosnoe, 2003). El acceso desigual a educación, empleo, ingresos, salud, vivienda, entre otras dimensiones puede acumularse y amplificarse, generando diferencias crecientes entre grupos durante el envejecimiento (Dannefer, 2003). La vejez no homogeneiza situaciones configuradas durante décadas; en muchos casos constituye el momento en que se hacen visibles las desigualdades acumuladas.

La composición por sexo constituye una de las manifestaciones más visibles de esta heterogeneidad. Según el Censo 2024, las mujeres representan aproximadamente el 54,2% de la población de 60 a 79 años y 62% de quienes tienen 80 años o más. En este último grupo se registran cerca de 167 mujeres por cada 100 hombres (Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo, 2025, pp.

19-21). La feminización se intensifica, por tanto, en las edades más avanzadas.

El enfoque de capacidades profundiza la comprensión de la heterogeneidad de la vejez. La disponibilidad formal de recursos no equivale necesariamente a una libertad real para utilizarlos: personas con acceso similar a una prestación pueden alcanzar resultados diferentes según sus condiciones de salud, redes de apoyo, posición económica, entorno y posibilidades de tomar decisiones y ejercer su autonomía (Sen, 1999; Nussbaum, 2011). Esta distinción será relevante para la discusión posterior, porque impide inferir bienestar a partir de la mera existencia de instrumentos y obliga a considerar las condiciones que permiten convertir los recursos y derechos formales en oportunidades efectivas.

La Encuesta CASEN 2024 permite describir algunas condiciones presentes entre las personas mayores y los hogares de los que forman parte, aportando antecedentes sobre dependencia funcional, escolaridad, conectividad, pobreza por ingresos y condiciones de vivienda.

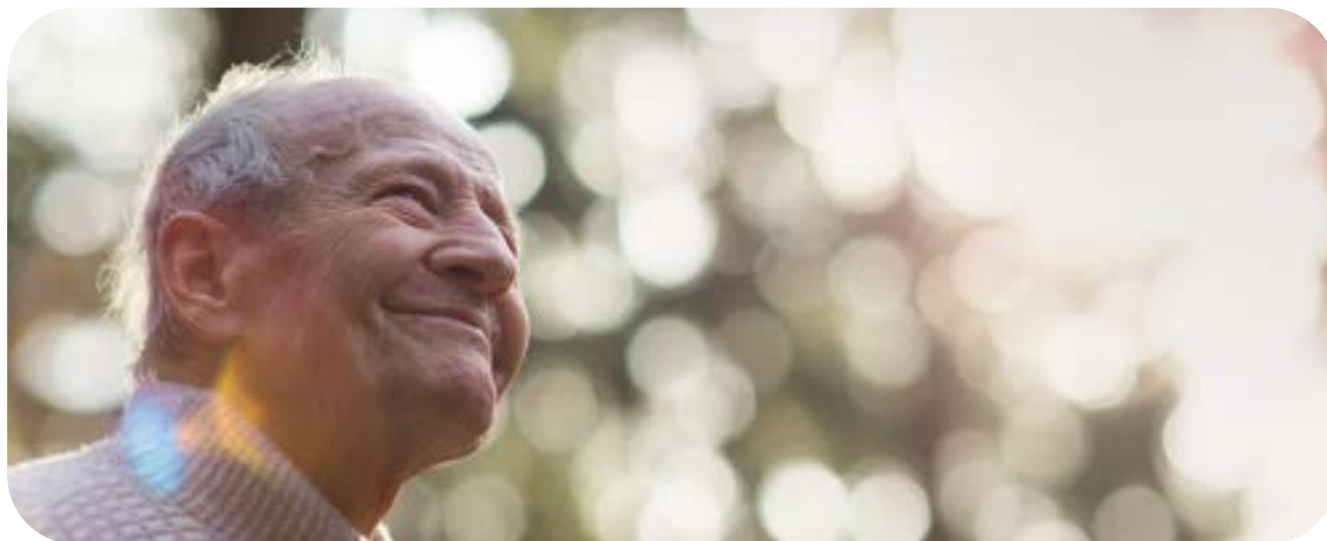


Tabla 1. Condiciones sociales seleccionadas en hogares con personas de 60 años o más, CASEN 2024

Condición observada	Estimación
Personas mayores con dependencia funcional ⁴	14,1% (aproximadamente 553 mil personas)
Hogares con personas mayores con carencia en escolaridad	18,6%
Hogares con personas mayores con carencia en conectividad	20,9%
Hogares con personas mayores en pobreza por ingresos	15,8%
Hogares con personas mayores en vivienda no aceptable	9,8%

Fuente: Elaboración del Centro UC de Estudios en Vejez y Envejecimiento a partir de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional 2024, Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

Nota: Los indicadores corresponden a condiciones distintas y no deben agregarse ni interpretarse como medidas comparables de necesidad.

La dependencia funcional registrada por la encuesta muestra que una parte de la población mayor enfrenta limitaciones para realizar actividades cotidianas y requiere distintos grados de apoyo. Por su parte, las carencias de escolaridad y conectividad muestran la persistencia de desigualdades asociadas a trayectorias educacionales y a condiciones materiales de acceso a tecnologías. Una carencia de conectividad no informa, por sí sola, sobre habilidades, confianza o autonomía digital; del mismo modo, la escolaridad formal no agota las capacidades de aprendizaje desarrolladas a lo largo de la vida. Estos antecedentes permiten observar que la expansión de servicios y trámites digitales ocurre sobre una población con experiencias y

recursos diversos. Finalmente, la pobreza por ingresos y las condiciones de vivienda muestran otras dimensiones del contexto social que requieren de la atención de la política pública.

Considerados en conjunto, estos antecedentes muestran que la transición hacia una sociedad más longeva ocurre en presencia de desigualdades educacionales, económicas, habitacionales, funcionales y de acceso a tecnologías. Así, el aumento de la esperanza de vida y de la proporción de personas mayores no elimina las diferencias acumuladas a lo largo de las trayectorias de vida: la experiencia del envejecimiento se encuentra socialmente diferenciada.

4 La cifra de 14,1% corresponde a la Encuesta CASEN 2024, que mide dependencia funcional mediante un módulo breve de autorreporte dentro de una encuesta multipropósito de caracterización socioeconómica. Es distinta de la cifra de 22,2% que reporta la Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia (ENDIDE, 2022), un estudio especializado y de menor muestra, diseñado específicamente para medir discapacidad y dependencia con mayor profundidad. Al provenir de instrumentos, propósitos y años de referencia distintos, ambas cifras no son directamente comparables.

2.5 De la transformación demográfica al desafío para la política pública

El envejecimiento y la longevidad se convierten en un desafío para la política pública cuando las instituciones no se ajustan al cambio de la estructura etaria, a la extensión de las trayectorias vitales y a la diversidad de condiciones en que estas se desarrollan. El problema no consiste únicamente en financiar un mayor volumen de prestaciones. Implica revisar cómo se organizan los sistemas generales, qué poblaciones reconocen, qué capacidades presuponen y qué oportunidades ofrecen durante una etapa cada vez más extensa de la vida.

En consideración de lo anterior, existen diferentes perspectivas y enfoques que llevan a abordar el problema⁵ y distinguir dos componentes complementarios de la política pública. Por una parte, la oferta especializada, diseñada explícitamente para personas mayores o para condiciones que adquieren especial relevancia en edades avanzadas. Por otra, la capacidad de las políticas universales de salud, trabajo, educación, vivienda, transporte, tecnología, justicia y protección social para reconocer una población etariamente diversa y adaptar sus objetivos, mecanismos y condiciones de acceso. Una sociedad longeva no se prepara únicamente mediante la expansión de programas especializados; requiere también que los sistemas generales incorporen el cambio demográfico en su diseño.

Así, el problema que aborda este estudio puede formularse, por tanto, como una pregunta por la correspondencia entre transformación social y respuesta institucional: qué ámbitos han sido reconocidos por la acción pública, cómo



se relacionan las respuestas especializadas con las políticas generales y en qué medida la arquitectura existente se ha adaptado a una sociedad que envejece con rapidez y de manera desigual. La presente contextualización no permite responder esas preguntas ni juzgar la suficiencia de la oferta. Establece, sin embargo, por qué resulta necesario examinarla como una arquitectura multidimensional e interdependiente, y no como una enumeración de programas aislados.

5 Ver sección 3.2: Marco normativo y teórico para analizar la oferta.

3 METODOLOGÍA

El estudio combina un ejercicio de identificación y sistematización de la oferta pública de nivel central con una estrategia de análisis orientada a reconstruir su arquitectura institucional. Para ello fue necesario resolver tres decisiones metodológicas sucesivas:

- i. Qué se entenderá por oferta pública que impacta a las personas mayores.
- ii. Qué criterios permitirán determinar qué intervenciones forman parte del estudio.
- iii. Bajo qué categorías sustantivas será analizada la oferta incorporada.

Estas decisiones dieron origen, respectivamente, a una definición operativa de oferta pública, a un árbol de decisión de siete nodos y a nueve dimensiones analíticas, construidas a partir del diálogo entre el marco teórico y normativo del estudio. Sobre esta base, se delimitó el universo de iniciativas y se desarrollaron tres capas de análisis destinadas a observar su configuración, magnitud y forma de inserción en la acción general del Estado.

3.1 Oferta pública que impacta a las personas mayores

Se adopta una noción de oferta pública lo suficientemente amplia como para reconocer las distintas formas mediante las cuales el Estado interviene en las condiciones de vida durante el envejecimiento. La acción pública no se materializa únicamente a través de programas formalmente registrados. Para efectos del presente estudio, se entiende por oferta pública que impacta a las personas mayores, el conjunto de intervenciones estatales que se orientan explícitamente a promover, garantizar o resguardar sus

derechos y bienestar; así como aquellas intervenciones de alcance más amplio que, por su diseño institucional, población destinataria, componentes, mecanismos de implementación o propósito sustantivo, mantienen una relación fundada con procesos relevantes para el envejecimiento y la longevidad. Para efectos del presente estudio, se identifica aquella oferta pública del nivel central del Estado, siendo materia de futuros estudios la identificación de oferta pública proveniente de niveles regionales y comunales.



Esta definición permite incorporar, por una parte, aquellas iniciativas diseñadas explícitamente para personas mayores o que las reconocen como población prioritaria; por otra, políticas universales o transversales que no fueron creadas exclusivamente para esta población, pero cuya incidencia resulta sustantiva para comprender ámbitos como la salud, seguridad económica, cuidados, vivienda o accesibilidad durante edades avanzadas. Así, la inclusión de una iniciativa exige identificar una relación sustantiva y fundamentada con los procesos de envejecimiento o con los desafíos asociados a una sociedad más longeva.

En consideración de lo anterior, la oferta que impacta a las personas mayores no se refiere necesariamente a una estimación del impacto causal de las intervenciones, sino a la existencia de incidencia sustantiva sobre derechos, capacidades, condiciones de bienestar o problemas públicos

especialmente relevantes para las personas mayores y las trayectorias de envejecimiento. Esta definición evita restringir el análisis a la oferta específicamente denominada o diseñada para personas mayores, dejando fuera componentes relevantes de los sistemas generales de protección social.

3.2 Marco normativo y teórico para analizar la oferta

La identificación de la oferta responde a criterios operativos, pero su organización sustantiva requiere explicitar desde qué comprensión del envejecimiento se analizará. Las dimensiones construidas para ello surgen del diálogo entre los desarrollos contemporáneos sobre envejecimiento y longevidad y el marco normativo que reconoce los derechos de las personas mayores.

En el plano normativo, el estudio toma como principales referencias la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (OEA, 2015) y la Ley N° 21.822, Ley Integral de las Personas Mayores y de Promoción del Envejecimiento Digno, Activo y Saludable. La Convención reconoce un conjunto de derechos interdependientes que comprende, entre otros ámbitos, la autonomía, la participación, la seguridad social, el trabajo, la salud, la educación, la vivienda, la accesibilidad y el acceso a la justicia. La Ley N° 21.822, por su parte, refuerza esta comprensión integral e introduce, además, el mandato de formular una Política Nacional de Envejecimiento. La función de estos instrumentos es aportar un referente institucional para reconocer ámbitos sustantivos de responsabilidad pública y, así, complementar los desarrollos conceptuales empleados por el estudio.

Por su parte, el marco teórico se organiza en cinco perspectivas complementarias, las que se sistematizan a continuación.

El **enfoque de derechos y capacidades** permite comprender a las personas mayores como titulares de derechos y agentes con capacidad de autodeterminación. Desde esta perspectiva, el bienestar no depende únicamente de la disponibilidad de recursos o prestaciones, sino de las posibilidades reales de convertirlos en oportunidades para desarrollar formas de vida valoradas (Sen, 1999; Nussbaum, 2011).

La **perspectiva de curso de vida y acumulación de desigualdades** introduce una dimensión temporal. Las condiciones observadas en la vejez no comienzan al alcanzar una edad determinada, sino que reflejan trayectorias laborales, educativas, económicas, familiares y sanitarias construidas durante décadas. Existen ventajas y desventajas que pueden acumularse y amplificarse a lo largo del tiempo (Elder, Johnson y Crosnoe, 2003; Dannefer, 2003).

El **enfoque de envejecimiento saludable** desplaza el análisis desde la ausencia de enfermedad hacia la capacidad funcional: la capacidad de hacer y ser aquello que las personas valoran, producida por la interacción entre capacidades intrínsecas y las condiciones del entorno (WHO, 2015; Beard et al., 2016). Esta perspectiva resulta especialmente relevante para observar las relaciones entre salud, funcionalidad, dependencia, apoyos y cuidados.

La **ecología del envejecimiento** incorpora precisamente la dimensión contextual.

El bienestar depende del ajuste entre las competencias de las personas y las exigencias de los entornos físicos, sociales e institucionales en los que transcurre la vida cotidiana (Lawton y Nahemow, 1973). Vivienda, movilidad, accesibilidad y proximidad a servicios pueden ampliar o restringir las posibilidades de mantener autonomía.

Finalmente, los enfoques de **participación y ciudadanía en la vejez** amplían el análisis hacia las oportunidades de sostener vínculos, participar en espacios colectivos, ejercer

ciudadanía y continuar contribuyendo a la vida social (Walker, 2002; Boudiny, 2013).

Consideradas en conjunto, estas perspectivas permiten comprender el envejecimiento como un proceso multidimensional, acumulativo y relacional. A partir de esto se desarrollan dimensiones que posteriormente permitirán analizar la oferta pública que impacta a las personas mayores. Su propósito es observar sobre qué ámbitos del bienestar interviene la política pública en la actualidad, independientemente del ministerio, servicio o instrumento responsable.

Tabla 2. Descripción y ámbitos que incluye cada dimensión analítica

Dimensión	Descripción	Ámbitos que incluye
Salud y funcionalidad	Intervenciones sanitarias orientadas principalmente a promover, mantener o recuperar condiciones de salud física, salud mental y capacidad funcional durante el envejecimiento . Comprende acciones destinadas a fortalecer las condiciones físicas, mentales y cognitivas, favorecer la mantención de capacidades intrínsecas y apoyar trayectorias de envejecimiento con mayores niveles de funcionalidad e independencia.	• Promoción y prevención en salud • Atención sanitaria • Rehabilitación • Salud mental • Actividad física • Estimulación cognitiva • Promoción de hábitos saludables • Mantención o recuperación funcional
Dependencia, apoyos y cuidados	Intervenciones sociales orientadas principalmente a proporcionar apoyos que permitan sostener el desenvolvimiento cotidiano y compensar situaciones de dependencia durante el envejecimiento . Comprende respuestas frente a necesidades derivadas de limitaciones funcionales mediante apoyos, cuidados o acompañamiento.	• Prevención y abordaje no sanitario de situaciones de dependencia • Sistemas y prestaciones de cuidados no sanitarios • Apoyos para actividades de la vida diaria • Cuidados domiciliarios • Cuidados de largo plazo • Apoyo a personas cuidadoras • Acompañamiento • Apoyos funcionales • Asistencia cotidiana
Seguridad económica	Intervenciones orientadas a asegurar condiciones materiales, reducir la vulnerabilidad económica y fortalecer mecanismos de protección frente a riesgos asociados al envejecimiento . Comprende acciones destinadas a garantizar ingresos, facilitar el acceso a sistemas de protección social o reducir la exposición a situaciones de inseguridad económica.	• Protección previsional • Mecanismos de apoyo al ingreso • Reducción de vulnerabilidad socioeconómica • Protección frente a contingencias económicas



TABLA 2. Continuación

Entorno, vivienda y accesibilidad	Intervenciones orientadas a modificar condiciones físicas, territoriales e institucionales que favorezcan trayectorias de envejecimiento seguras, accesibles y adecuadas . Comprende acciones destinadas a reducir barreras del entorno y promover condiciones materiales que faciliten la participación, la permanencia en comunidad y el desenvolvimiento cotidiano.	• Vivienda y habitabilidad • Adaptación domiciliaria • Accesibilidad universal • Movilidad y desplazamiento • Adaptación del entorno • Infraestructura y equipamiento • Entornos amigables
Participación, ciudadanía e integración social	Intervenciones orientadas principalmente a fortalecer la participación activa de las personas mayores en espacios sociales, comunitarios, culturales y ciudadanos . Comprende acciones destinadas a ampliar oportunidades de interacción social, pertenencia, representación, incidencia y ejercicio de ciudadanía durante el envejecimiento.	• Participación comunitaria y social • Participación ciudadana • Asociatividad • Voluntariado • Organizaciones • Actividades culturales y recreación • Ocio y tiempo libre • Fortalecimiento comunitario • Integración social
Protección, derechos y acceso institucional	Intervenciones orientadas principalmente a fortalecer mecanismos de protección, acceso efectivo a derechos y relación de las personas mayores con las instituciones públicas . Comprende acciones destinadas a reducir barreras institucionales, fortalecer el acceso a información y promover el ejercicio efectivo de derechos.	• Orientación e intermediación institucional • Acceso a justicia • Prevención de violencia, abuso y maltrato • Promoción y educación en derechos • Información jurídica • Orientación institucional • Mecanismos de protección • Acceso a servicios públicos • Acompañamiento institucional
Educación y aprendizaje continuo	Intervenciones orientadas principalmente a ampliar oportunidades de aprendizaje y desarrollo de capacidades durante el curso de vida . Comprende acciones destinadas a fortalecer procesos educativos formales y no formales, promover la adquisición de conocimientos y facilitar oportunidades de aprendizaje continuo.	• Educación formal • Formación • Aprendizaje y educación continua • Alfabetización • Formación comunitaria • Capacitación • Actualización de conocimientos • Aprendizaje intergeneracional
Trabajo y participación económica	Intervenciones orientadas principalmente a favorecer la permanencia, reinserción o participación de personas mayores en actividades económicas . Comprende acciones destinadas a ampliar oportunidades de generación de ingresos mediante trabajo remunerado o independiente, fortalecer capacidades para el trabajo o reducir barreras a la participación económica durante el envejecimiento.	• Empleo y empleabilidad • Reconversión y formación para el trabajo • Apoyo al emprendimiento • Intermediación laboral • Permanencia laboral • Trabajo independiente • Participación productiva
Inclusión digital y acceso tecnológico	Intervenciones orientadas a reducir brechas digitales y promover el acceso, uso significativo y apropiación de tecnologías por parte de personas mayores . Comprende acciones destinadas a fortalecer capacidades digitales y facilitar el acceso a información, servicios, participación social y ejercicio de derechos mediante herramientas tecnológicas.	• Alfabetización digital • Acceso a conectividad • Acceso a dispositivos • Uso de plataformas digitales • Acompañamiento digital • Habilidades tecnológicas • Participación digital.

Fuente: Elaboración del Centro UC de Estudios en Vejez y Envejecimiento a partir del marco teórico y normativo.

Estas dimensiones son sustantivas, no sectoriales. Una iniciativa de salud puede contribuir simultáneamente a sostener la autonomía; una intervención habitacional puede tener efectos sobre la funcionalidad; y un programa de participación puede incorporar componentes educativos. Para conservar esta interdependencia sin perder capacidad de clasificación, cada iniciativa se asignó a una dimensión principal, correspondiente a su propósito predominante, y, cuando corresponde, a una dimensión secundaria que permite registrar contribuciones relevantes hacia otros ámbitos.

Esta decisión resulta especialmente importante para el análisis posterior.

Una dimensión con baja densidad de iniciativas principales puede recibir aportes de programas clasificados en otros ámbitos, mientras que una dimensión muy densa puede encontrarse internamente concentrada en una única función o tipo de instrumento. La clasificación permite, por tanto, observar la distribución y las relaciones entre las distintas partes de la arquitectura pública.

Principios como la autonomía, la dignidad, la participación y el envejecimiento digno, activo y saludable no se consideran dimensiones independientes. Operan transversalmente y pueden ser favorecidos —o restringidos— por intervenciones pertenecientes a distintas dimensiones.



3.3 Delimitación de la oferta: árbol de decisión

La definición operativa fue traducida en un árbol de decisión de siete nodos, aplicados de manera sucesiva a las iniciativas del catastro inicial. Su función fue establecer

criterios comunes para la inclusión y exclusión de casos, reducir la arbitrariedad interpretativa y dejar trazabilidad respecto de las decisiones adoptadas.

Árbol de decisión para mapeo de oferta pública que impacta a las personas mayores

Nodo	Criterio	→ Pregunta guía / decisión	→ Resultado
1	Intervención estatal	¿La intervención es financiada, ejecutada, regulada o coordinada por una institución pública?	Sí: continúa. Considera programas, prestaciones, transferencias, sistemas institucionales e instrumentos regulatorios con implementación. No: se excluye.
2	Expresión operativa de acción pública	¿Existe una intervención concreta mediante la cual el Estado entrega, habilita, coordina o garantiza acceso a bienes, servicios, prestaciones, apoyos o mecanismos institucionales?	Sí: continúa. No: se excluye. Se dejan fuera declaraciones, estrategias, diagnósticos, lineamientos y planes sin expresión operativa.
3	Continuidad institucional o reglas de activación⁶	¿Corresponde a una intervención institucionalizada o con reglas definidas de continuidad o activación?	Sí: continúa. Se consideran prestaciones permanentes, servicios continuos y mecanismos formalmente activables. No: se excluye. Se excluyen campañas, operativos aislados y acciones coyunturales.
4	Incidencia sustantiva sobre envejecimiento o longevidad	¿La intervención modifica condiciones relevantes para las trayectorias de envejecimiento o para los desafíos asociados a la longevidad?	Sí: continúa. La evaluación considera los distintos ámbitos sustantivos del bienestar que posteriormente se organizan en las dimensiones analíticas. No: se excluye.
5	Incidencia directa o indirecta	¿La iniciativa reconoce explícitamente a las personas mayores en su población objetivo? Si no lo hace, ¿mantiene igualmente efectos sustantivos sobre las trayectorias de envejecimiento aun cuando su población sea más amplia?	Sí: se incluye directamente. No, pero existe incidencia indirecta: pasa al Nodo 6. No y no existe incidencia: se excluye.
6	Relación sustantiva y relevancia analítica	¿Excluir la iniciativa limitaría significativamente la capacidad del estudio para comprender una dimensión o condición relevante del envejecimiento o la longevidad?	Sí: se incorpora como iniciativa de incidencia indirecta relevante y continúa. No: se excluye. El nodo evita incorporar políticas cuya relación con el envejecimiento sea excesivamente general o marginal.
7	Diseño versus implementación	Para las iniciativas incorporadas, ¿qué características de implementación deben registrarse para distinguir el propósito sustantivo del modo en que opera la intervención?	No es un criterio de exclusión. Se registran población objetivo declarada, población efectivamente alcanzada, mecanismo de acceso, mecanismo de priorización y observaciones relevantes. La focalización se entiende como una característica de implementación y no como definición sustantiva del derecho protegido.

Fuente: Elaboración del Centro UC de Estudios en Vejez y Envejecimiento.

⁶ La exclusión de acciones puntuales o discontinuas no implica una evaluación sobre su efectividad o relevancia. Responde al propósito del estudio de caracterizar configuraciones relativamente permanentes de intervención estatal.

El flujo que implica el árbol de decisión examina, en primer lugar, si existe una intervención estatal identificable, proveniente del Ejecutivo a nivel central, con una expresión operativa de acción pública. Con ello, se excluyen iniciativas exclusivamente privadas, como estrategias, diagnósticos o declaraciones, que no se materializan en mecanismos concretos de intervención. Posteriormente, se verifica la existencia de continuidad institucional, distinguiendo entre la oferta relativamente permanente de campañas, operativos o acciones coyunturales.

El cuarto nodo constituye el principal filtro sustantivo: determina si la intervención mantiene una relación suficientemente fundada con las personas mayores, el envejecimiento o la longevidad. Esta relación puede establecerse cuando las personas mayores forman parte explícita de la población objetivo; cuando un instrumento universal incorpora componentes o adaptaciones específicas; cuando la implementación se canaliza a través de organizaciones o prestadores cuya población usuaria final corresponde principalmente a personas mayores; o cuando la iniciativa

aborda un problema cuya expresión, acumulación de efectos o mecanismo de protección resulta especialmente relevante en edades avanzadas.

Cuando existe incidencia sustantiva, el quinto nodo distingue entre incorporación directa e indirecta. La primera corresponde a intervenciones que reconocen explícitamente a las personas mayores dentro de su diseño. La segunda reúne instrumentos de alcance más amplio cuya relevancia deriva de su relación sustantiva con el envejecimiento o la longevidad.

Las iniciativas de incidencia indirecta son sometidas a un sexto nodo, destinado a establecer si su exclusión limitaría significativamente la comprensión de la respuesta pública en la dimensión correspondiente. Finalmente, un séptimo nodo permite distinguir entre el propósito sustantivo declarado por la iniciativa y las restricciones o condiciones de implementación observadas. Esta distinción evita, por ejemplo, interpretar automáticamente la focalización operativa como definición del derecho protegido.

3.4 Oferta mapeada

El catastro inicial estuvo compuesto por 814 iniciativas estatales. Este universo reúne la oferta social y no social registrada en la base de monitoreo 2025 de la Dirección de Presupuestos (DIPRES) y las garantías incorporadas al régimen de Garantías Explícitas de Salud (GES). Sobre este catastro se aplicaron los criterios comunes de inclusión establecidos en el árbol, lo que permitió excluir 732 iniciativas e incorporar 82 al estudio. La mayor parte de las exclusiones se produjeron en el nodo de incidencia sustantiva (nodo 4): 713 iniciativas no presentaban una relación suficientemente fundada con las personas mayores, el envejecimiento o la longevidad.

Otras 17 presentaban una incidencia indirecta que no alcanzaba la relevancia analítica suficiente (nodo 6) y 2 no cumplían el criterio de continuidad institucional (nodo 3).

Entre las 82 iniciativas incorporadas originalmente, 34 ingresaron por incidencia directa, al reconocer explícitamente a las personas mayores en su población objetivo, mientras que las 48 restantes fueron consideradas por su incidencia indirecta relevante en este segmento. Este resultado constituye la trazabilidad del proceso de selección y se mantiene como referencia para describir cómo la oferta general del Estado fue filtrada mediante el árbol de decisión.

Tabla 3. Distribución del universo de oferta pública analizado por nodo del árbol de decisiones y su inclusión/exclusión

Nodo de evaluación final	Excluido	Incluido	Total	% del universo
Nodo 4 (sin incidencia sustantiva sobre envejecimiento/longevidad)	713	0	713	87,6%
Nodo 6 (incidencia indirecta con relevancia analítica)	0	48	48	5,9%
Nodo 5 (incidencia directa)	0	34	34	4,2%
Nodo 6 (incidencia indirecta sin relevancia analítica suficiente)	17	0	17	2,1%
Nodo 3 (sin continuidad institucional vigente)	2	0	2	0,2%
Total	732	82	814	100%

Fuente: Elaboración del Centro UC de Estudios en Vejez y Envejecimiento a partir de la aplicación del árbol de decisión.

Una vez concluida la selección, se determinó realizar un tratamiento particular de las Garantías Explícitas de Salud, por la distorsión que generan en los análisis comparativos. Las GES, incorporadas de manera desagregada de acuerdo con cada problema de salud, otorgan peso desproporcionado a la dimensión analítica que las aborda. Por ello, para los análisis cuantitativos, las GES seleccionadas se consolidan en dos unidades analíticas: la primera, correspondiente a las garantías que ingresan de manera directa por reconocer

explícitamente a personas mayores como su población objetivo; la segunda, agrupa las garantías incorporadas por incidencia indirecta, esto es, cobertura a condiciones de salud con mayor incidencia en personas mayores.

Así, las 82 iniciativas incorporadas se consolidaron en 53 unidades, tras aplicar el tratamiento especial correspondiente al GES⁷. De estas unidades, dos corresponden a las garantías agrupadas según su forma de incorporación, directa o indirecta.

3.5 Estrategia de análisis

Una vez delimitada la oferta, el análisis se organizó en tres capas complementarias, orientadas a observar distintos atributos de su arquitectura. Las capas no corresponden a etapas independientes,

sino a niveles sucesivos de lectura que permiten pasar desde la configuración de la oferta identificada hacia su magnitud y su relación con la acción general del Estado.

⁷ A partir de la utilización del árbol de decisión se incorporaron 31 iniciativas correspondientes a las Garantías Explícitas de Salud. De ellas, 7 ingresan por incidencia directa y 24 lo hacen indirectamente al tener relevancia analítica.

Tabla 4. Descripción de la estrategia de análisis en tres capas

Capa	Pregunta que orienta el análisis	Qué se analiza
Capa 1. Configuración de la oferta mapeada	¿Cómo se organiza la oferta pública identificada?	Distribución de las iniciativas entre las nueve dimensiones; sectores e instituciones responsables; tipos de instrumentos; nivel de garantía del derecho; modalidades de implementación; mecanismos y canales de acceso; e interdependencias entre dimensiones. El análisis utiliza el universo consolidado de 53 unidades analíticas .
Capa 2. Magnitud y alcance de la oferta	¿Qué magnitud y alcance declarado tiene la iniciativa identificada?	Distribución presupuestaria y cobertura teórica frente a población potencial. Para observar el efecto de instrumentos estructurales de gran escala, el presupuesto y la cobertura se analizan considerando GES y PGU y, complementariamente, aislando ambos instrumentos . Los indicadores de cobertura se utilizan únicamente cuando existe información comparable y no constituyen medidas de cobertura efectiva o suficiencia.
Capa 3. Inserción en la oferta general del Estado	¿De qué manera las políticas públicas generales incorporan a las personas mayores y los desafíos del envejecimiento?	Comparación entre iniciativas de incorporación directa e indirecta y revisión específica de ámbitos con baja densidad en el número de iniciativas para distinguir entre ausencia de acción pública y débil incorporación del envejecimiento en su diseño.

Fuente: Elaboración del Centro UC de Estudios en Vejez y Envejecimiento.

Las tres capas se interpretan de manera conjunta. La densidad informa sobre la configuración programática de las dimensiones; el presupuesto y la cobertura permiten aproximarse a su magnitud y alcance declarado; y la inserción en la oferta general permite observar hasta qué punto

los desafíos del envejecimiento han sido incorporados en políticas que trascienden la oferta específicamente dirigida a personas mayores. Ninguno de estos indicadores, de manera aislada, permite establecer suficiencia, efectividad o desempeño de las intervenciones.



4 HALLAZGOS Y ANÁLISIS

Los resultados se presentan siguiendo las tres capas descritas en la metodología. Cada una permite observar un atributo distinto de la arquitectura de la oferta pública y adquiere sentido en relación con las demás. Esta secuencia permite complementar la lectura que nos entrega la densidad de las iniciativas para entender cómo están compuestas las dimensiones en términos de recursos, instrumentos y arquitectura de la respuesta ante las necesidades que propone el envejecimiento y longevidad de la población. Los resultados deben leerse, por tanto, como una caracterización de la arquitectura institucional y programática de la oferta.



4.1 Características de las iniciativas que impactan en las personas mayores

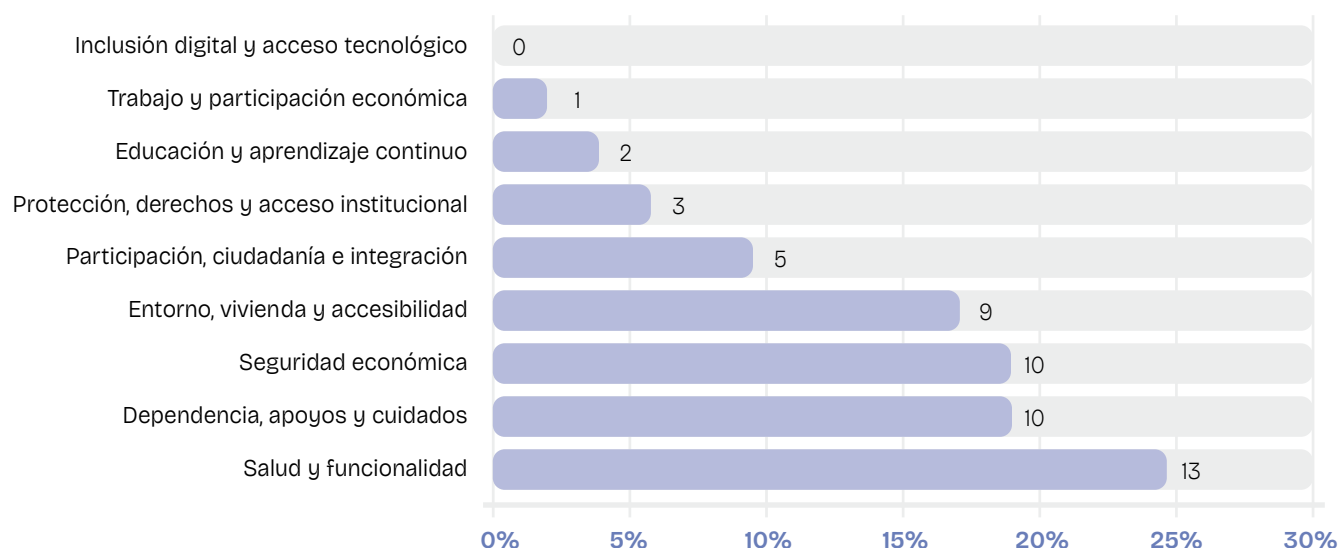
Esta primera capa analiza la configuración de las 53 unidades del universo consolidado, observando su distribución entre dimensiones, la localización institucional de las responsabilidades, los instrumentos utilizados, el nivel de garantía del derecho y las formas mediante las cuales las personas acceden a la oferta.

4.1.1 Concentración de las iniciativas en cuatro núcleos de intervención

El primer hallazgo del análisis es una distribución desigual de la oferta entre las nueve dimensiones. El Gráfico 5 muestra la distribución de la oferta de acuerdo con su dimensión primaria: la dimensión salud y funcionalidad es la que posee mayor densidad, con 13 unidades analíticas, equivalentes al 24,5% del universo. Le siguen dependencia, apoyos y cuidados y seguridad económica, con diez iniciativas cada una (18,9%), y luego, entorno, vivienda y accesibilidad, con nueve (17,0%).

En conjunto, estas cuatro dimensiones concentran 42 de las 53 unidades analíticas, lo que equivale al 79,2% de la oferta identificada. El 20,8% restante se distribuye entre participación, ciudadanía e integración social (9,4%); protección, derechos y acceso institucional (5,7%); educación y aprendizaje continuo (3,8%); trabajo y participación económica (1,9%); y en la dimensión inclusión digital y acceso tecnológico no se identificaron iniciativas dentro del universo mapeado.

Gráfico 5. Distribución de iniciativas en dimensiones analíticas



Fuente: Elaboración del Centro UC de Estudios en Vejez y Envejecimiento en base al levantamiento de iniciativas que impactan en las personas mayores en Chile (N=53)⁸.

El ajuste realizado en el análisis con las GES corrige una asimetría en la forma de contabilizar instrumentos institucionalmente distintos, lo que permite observar con mayor claridad el peso relativo de otros componentes de la protección social. Así, se visualiza en la distribución de iniciativas en las dimensiones que hay cuatro dimensiones de magnitud relativamente próxima: salud y funcionalidad; seguridad económica; dependencia, apoyos y cuidados; y, entorno, vivienda y accesibilidad.

La distribución también muestra un segundo patrón; las dimensiones con un mayor número de iniciativas corresponden principalmente a funciones históricamente consolidadas de los sistemas de bienestar: atención sanitaria, protección de ingresos, respuesta frente a la dependencia y condiciones materiales de vivienda y entorno. En contraste, dimensiones relacionadas con la participación económica, el aprendizaje continuo, la inclusión digital y la protección de derechos presentan una expresión programática considerablemente menor.

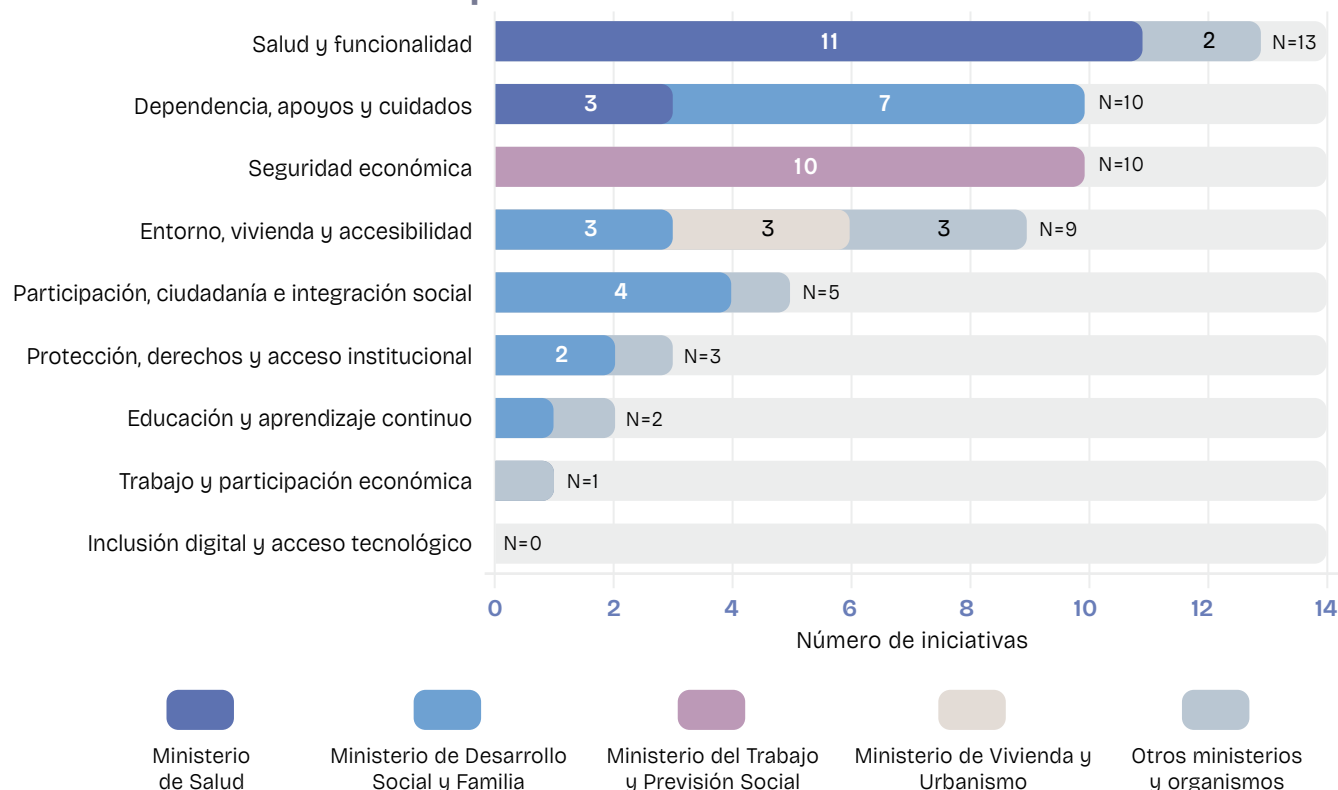
4.1.2 Concentración sectorial e intersectorial: desafíos de coordinación diferentes

La distribución por sectores muestra que las dimensiones no solo difieren en su densidad, sino también en la forma

en que se localizan institucionalmente las responsabilidades (ver Gráfico 6, a continuación).

⁸ El ajuste aplicado a las iniciativas GES evita una sobrerrepresentación de la dimensión Salud y funcionalidad. Si cada garantía se contabilizara de manera independiente, esta dimensión concentraría el 51,2% del total, equivalente a 42 de las 82 iniciativas incorporadas. Tras el ajuste, si bien Salud y funcionalidad continúa siendo la dimensión con mayor presencia, su participación se reduce a cerca de una cuarta parte de las 53 unidades consideradas en el análisis.

Gráfico 6. Distribución de iniciativas por dimensión y pertenencia sectorial



Fuente: Elaboración del Centro UC de Estudios en Vejez y Envejecimiento en base al levantamiento de iniciativas que impactan en las personas mayores en Chile (N=53).

Nota: "Otros Ministerios" agrupa Economía, Deporte, Transportes y Telecomunicaciones, Energía, Justicia y Derechos Humanos y Educación.

En seguridad económica, las diez iniciativas dependen del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. La dimensión presenta, por tanto, una concentración sectorial completa. Algo similar ocurre en salud y funcionalidad, donde 11 de las 13 unidades analíticas, equivalentes al 84,6%, dependen del Ministerio de Salud. En dependencia, apoyos y cuidados, siete de las diez iniciativas (70%) corresponden al Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

Estas configuraciones permiten identificar con relativa claridad dónde se localizan los principales mandatos institucionales. Asimismo, implican que la amplitud de la respuesta depende en gran medida del repertorio de instrumentos, de las capacidades y de las prioridades sectoriales.

Entorno, vivienda y accesibilidad presentan una arquitectura diferente. Sus nueve iniciativas se distribuyen entre cuatro sectores y solo un tercio se concentra en el sector con mayor participación. La propia naturaleza de la dimensión explica parte de esta dispersión: vivienda, habitabilidad, transporte, movilidad, energía y condiciones del entorno dependen de competencias institucionales que se encuentran distribuidas en el Estado.

Esta diferencia plantea desafíos de coordinación distintos. En una dimensión altamente concentrada, el desafío consiste principalmente en conectar ese sector con otros ámbitos del bienestar que condicionan sus resultados. En una dimensión distribuida, la coordinación es constitutiva de la propia

respuesta: ningún organismo dispone individualmente de todas las capacidades necesarias para intervenir en el problema.

El caso de dependencia, apoyos y cuidados ocupa una posición intermedia. La mayor parte de la oferta se localiza en Desarrollo Social y Familia, pero también existe una participación sanitaria directa. Esta configuración anticipa una característica que reaparece al observar las dimensiones secundarias: las fronteras administrativas entre salud y cuidados son más nítidas que las relaciones sustantivas entre ambos ámbitos.

En consecuencia, la intersectorialidad no debe entenderse únicamente como la necesidad de sumar instituciones.

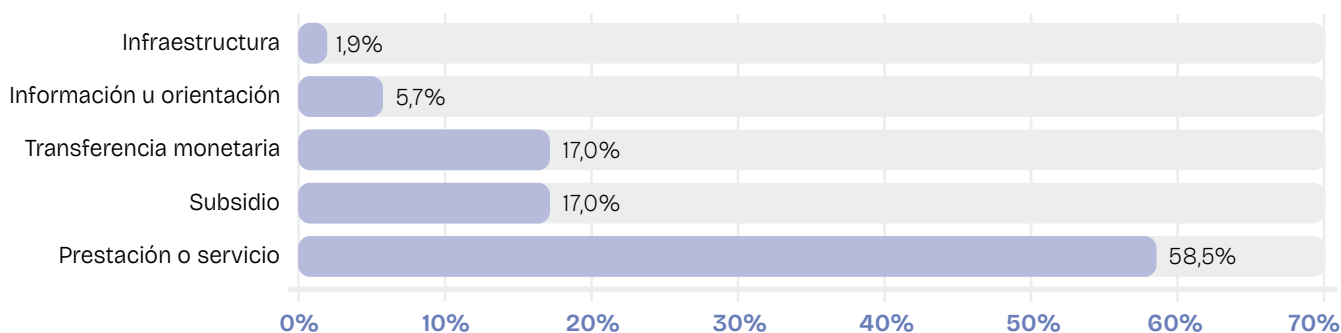
La arquitectura muestra que existen dimensiones con un responsable sectorial claramente identificable y otras cuya respuesta se produce necesariamente mediante competencias distribuidas. El desafío de la articulación es diferente en cada caso y, por tanto, también deben ser los mecanismos que se utilicen para abordarlo.

4.1.3 Iniciativas que abordan necesidades expresadas

El tipo de instrumento utilizado permite observar cómo se materializa la acción pública: mediante prestaciones o servicios, transferencias monetarias, subsidios, infraestructura, información u orientación. Las prestaciones y servicios constituyen la forma predominante, con 31 de las 53

unidades analíticas (equivalentes al 58,5% del universo). Los subsidios y transferencias monetarias están presentes en 9 iniciativas cada uno (17,0% en ambos casos), mientras que información u orientación aparece en 3 casos, e infraestructura en uno.

Gráfico 7. Proporción de iniciativas según tipo de instrumento mediante el cual se materializa la acción pública



Fuente: Elaboración del Centro UC de Estudios en Vejez y Envejecimiento en base al levantamiento de iniciativas que impactan en las personas mayores en Chile (N=53).

La composición muestra que la arquitectura de las iniciativas que impactan a las personas mayores no se estructura mediante un único instrumento, pero sí presenta una clara

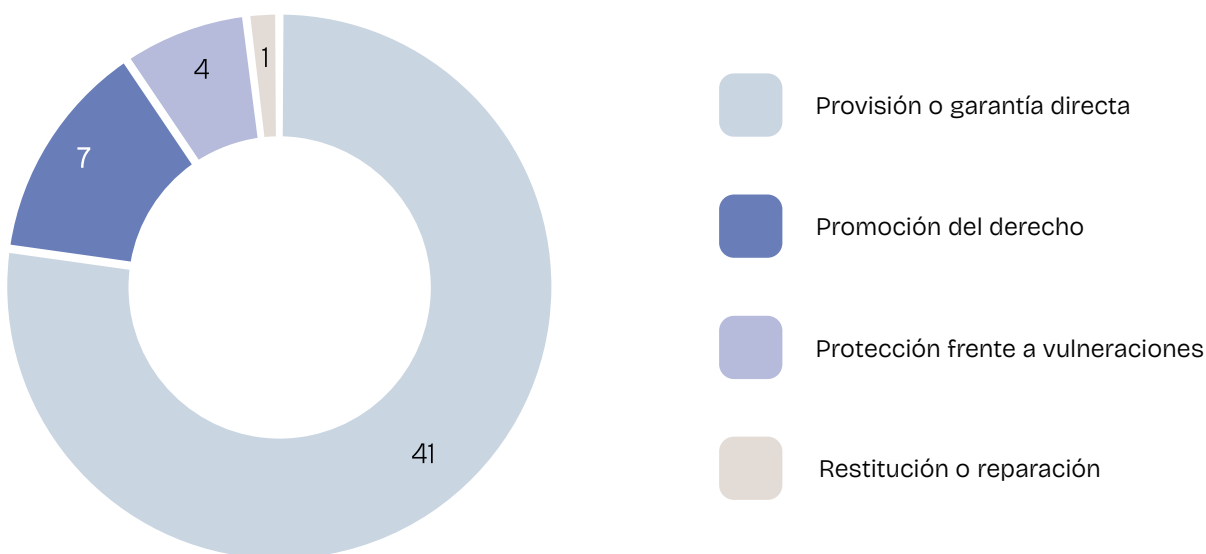
preeminencia de la provisión de prestaciones y servicios. Las transferencias y subsidios ocupan un lugar cuantitativamente menor en términos de número de iniciativas.

Una señal semejante se observa al clasificar las iniciativas según el nivel de garantía de los derechos de las personas mayores. El nivel de garantía del derecho da cuenta del tipo de obligación estatal que cada unidad efectivamente activa frente a los derechos de las personas mayores, desde la promoción del derecho (generar condiciones o información para su ejercicio) hasta la protección frente a vulneraciones. Al visualizar la acción del Estado que impacta a personas mayores se observa que 41 de las 53 unidades analíticas (77,4%) corresponden a provisión o garantía directa. Otras 7 iniciativas (13,2%) se orientan a la promoción del derecho; 4 a la protección frente a vulneraciones (7,5%), y una (1,9%) a la restitución o reparación.

Esto se refleja, por ejemplo, en la promoción del derecho a través del Fondo para la

Educación Previsional (FEP), que informa y capacita sin transferir directamente la pensión; en la provisión o garantía directa mediante la Pensión Garantizada Universal (PGU), que entrega una transferencia monetaria a las personas mayores que cumplen los requisitos legales; en la protección frente a vulneraciones a través del programa de Prevención y Detección del Maltrato hacia Personas Mayores; y en la restitución o reparación mediante las Leyes Reparatorias de Derechos Humanos, que compensan una vulneración ya ocurrida en lugar de prevenirla o proveer una prestación regular. La categoría de respeto o no interferencia, referida al deber estatal de no obstaculizar el ejercicio de un derecho, no registra iniciativas dentro del universo mapeado. Esto sugiere que la oferta identificada para personas mayores se concentra en roles estatales más activos.

Gráfico 8. Frecuencia de las iniciativas que impactan a personas mayores de acuerdo con el nivel de protección de sus derechos



Elaboración del Centro UC de Estudios en Vejez y Envejecimiento en base al levantamiento de iniciativas que impactan en las personas mayores en Chile (N=53).

Lo anterior muestra que existe una concentración en mecanismos orientados a proveer directamente una prestación, un

servicio, una transferencia, un subsidio o una garantía. Las funciones orientadas a generar condiciones habilitantes, fortalecer

capacidades o actuar antes de que una determinada condición se instale ocupan un lugar comparativamente menor dentro de la oferta mapeada.

Esta constatación no implica que toda provisión directa sea reactiva ni que la promoción esté completamente ausente. Dentro de las prestaciones

existen intervenciones preventivas y de mantención de capacidades. Sin embargo, la distribución muestra que la arquitectura se encuentra institucionalmente mucho más desarrollada en la entrega de respuestas ante las necesidades ya reveladas que en las funciones de promoción.

4.1.4 Focalización y gestión de parte de las personas usuarias

La modalidad de implementación identifica si la iniciativa está dirigida a un conjunto de personas mayores o si tiene requisitos de elegibilidad, con el objetivo de observar el predominio de lógicas universales o focalizadas. El análisis muestra que la oferta relevante para las personas mayores está fuertemente asociada a mecanismos de selección y priorización. 32 de las 53 unidades son focalizadas (60,4%),

15 corresponden a intervenciones universales con priorización (28,3%) y solo 6 operan como universales sin priorización (11,3%). La relevancia de la focalización como modalidad de implementación radica en que esta introduce exigencias sobre el acceso: identificar elegibilidad, acreditar condiciones, completar procesos de postulación o ser reconocido por una institución que activa la respuesta.

Tabla 5. Modalidad de implementación de las iniciativas mapeadas

Modalidad de implementación	N	%
Focalizada	32	60,4%
Universal con priorización	15	28,3%
Universal sin priorización	6	11,3%
Total	53	100%

Fuente: Elaboración del Centro UC de Estudios en Vejez y Envejecimiento en base al levantamiento de iniciativas que impactan en las personas mayores en Chile (N=53).

Los mecanismos de acceso, que buscan identificar las barreras de acceso, refuerzan lo anterior. La derivación institucional es la vía más frecuente, utilizada por 19 iniciativas (35,8%). Le siguen el acceso directo a petición, con 14 (26,4%); la postulación, con

13 (24,5%); y el acceso directo administrativo, con siete (13,2%). Estos resultados se ven influenciados por las Garantías Explícitas de Salud, en las que el acceso depende de que una institución o un profesional identifique una condición y active la prestación.

Tabla 6. Mecanismos de acceso presentes en las iniciativas mapeadas por dimensión

Dimensión analítica	Derivación institucional	Postulación	Acceso directo a petición	Acceso directo administrativo	Total
Salud y funcionalidad	8	2	-	3	13
Dependencia, apoyos y cuidados	7	2	1	-	10
Seguridad económica	-	1	8	1	10
Entorno, vivienda y accesibilidad	2	5	-	2	9
Participación, ciudadanía e integración social	1	2	1	1	5
Protección, derechos y acceso institucional	1	-	2	-	3
Educación y aprendizaje continuo	-	-	2	-	2
Trabajo y participación económica	-	1	-	-	1
Total	19	13	14	7	53

Fuente: Elaboración del Centro UC de Estudios en Vejez y Envejecimiento en base al levantamiento de iniciativas que impactan en las personas mayores en Chile (N=53).

Desde una perspectiva del usuario, las modalidades de implementación suponen experiencias de acceso diferentes. Una garantía activada dentro de una red institucional no exige las mismas acciones que un subsidio que puede requerir identificar una convocatoria, verificar requisitos, reunir documentación y realizar una solicitud. El diseño de la puerta de entrada forma parte, por tanto, de la arquitectura de la oferta y no constituye únicamente un procedimiento administrativo posterior.

Esta diferencia se vuelve particularmente visible al observar que 12 de las 13 iniciativas que requieren postulación incorporan un canal digital, ya sea de manera exclusiva o combinado con atención presencial.

Lo mismo ocurre en diez de las 14 iniciativas cuyo acceso se activa directamente a petición de la persona. En cambio, las 19 iniciativas por derivación institucional y las siete de acceso directo administrativo no dependen de un canal digital para iniciar el acceso. El patrón también se relaciona con la modalidad de implementación: 15 de las 32 iniciativas focalizadas y 7 de las 15 universales con priorización utilizan algún componente de acceso digital, mientras ninguna de las 6 universales sin priorización lo hace.

Estos resultados permiten identificar dónde se concentran las mayores exigencias de gestión: precisamente en una parte importante de la oferta focalizada y sujeta a postulación o solicitud activa.

Esta característica adquiere relevancia al considerar que inclusión digital y acceso tecnológico es la única dimensión sin iniciativas incorporadas dentro del universo analizado. La tensión radica en que

determinadas prestaciones presuponen capacidades de navegación administrativa y tecnológica que la propia arquitectura mapeada desarrolla de manera muy limitada.

4.1.5 Salud y cuidados como vínculo recurrente

Las dimensiones analíticas permiten ordenar la oferta según el propósito principal de cada iniciativa, pero no suponen que los distintos ámbitos del bienestar operen de manera independiente.

31 de las 53 iniciativas consideradas registran una dimensión secundaria, lo que muestra que una parte importante de las intervenciones mantiene relaciones sustantivas con más de un ámbito.

En este universo, la relación recíproca más frecuente conecta salud y funcionalidad con dependencia, apoyos y cuidados. Cuatro iniciativas clasificadas principalmente en salud y funcionalidad registran dependencia, apoyos y cuidados como dimensión secundaria; y otras cuatro clasificadas principalmente en dependencia, apoyos y cuidados registran salud y funcionalidad como contribución secundaria. En conjunto, ocho unidades del universo expresan directamente este vínculo entre ambas dimensiones.

La relación se observa en instrumentos como hospitalización domiciliaria, cuidados paliativos, camas sociosanitarias, el Plan Nacional de Demencia y distintos programas de apoyos y cuidados que incorporan componentes sanitarios. La frontera de clasificación permite identificar cuál es el propósito predominante de cada intervención, pero la respuesta institucional opera sobre procesos conectados entre sí.

Esta interdependencia, no obstante, no demuestra que exista una coordinación efectiva entre estas iniciativas. Es posible identificar relaciones sustantivas entre sus propósitos; no así circuitos reales de derivación, intercambio de información o continuidad asistencial. Consecuentemente, la relación entre dimensiones constituye un aspecto relevante para analizar en qué medida la oferta identificada funciona de manera articulada o, por el contrario, permanece fragmentada.

4.2 Magnitud y alcance de la oferta

La primera capa mostró cómo se distribuyen las iniciativas y mediante qué arreglos institucionales e instrumentos se organiza la oferta. Sin embargo, la densidad programática no informa por sí sola sobre la magnitud de la respuesta. Esta segunda capa incorpora el presupuesto y la cobertura teórica declarada para observar la escala con la que operan las distintas dimensiones. El presupuesto permite aproximarse a la magnitud de los recursos movilizados, mientras que la cobertura teórica informa sobre el volumen de personas, hogares u organizaciones que las iniciativas declaran alcanzar con relación a la necesidad que las mismas identifican.

4.2.1 Densidad y presupuesto no son proporcionales

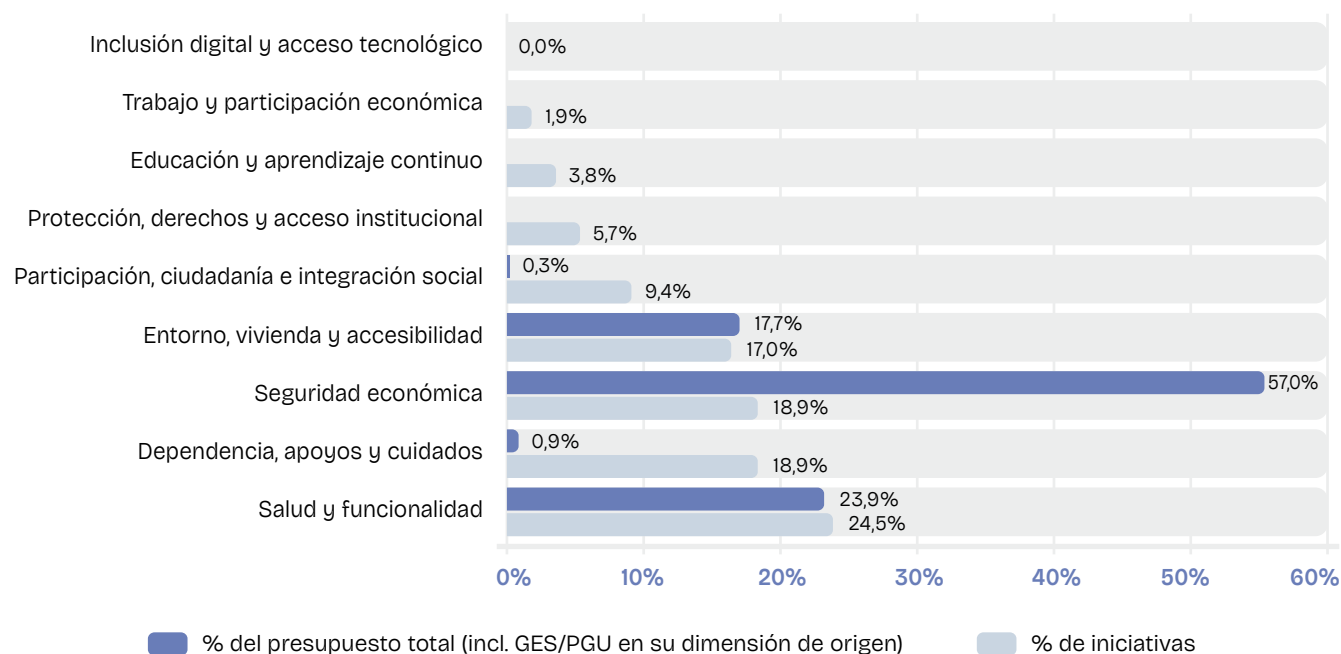
El presupuesto total considerado para las 53 unidades analíticas asciende a \$13.835 miles de millones de pesos al 2026, incorporando la Pensión Garantizada Universal (PGU) y las dos unidades consolidadas del GES⁹ dentro de sus respectivas dimensiones.

La distribución de estos recursos presenta diferencias significativas respecto de la densidad observada en la primera capa (ver Gráfico 9). Seguridad económica, que reúne 18,9% de las iniciativas, concentra 57,0% del presupuesto total. Salud y funcionalidad, la dimensión de mayor densidad con 24,5% de las unidades analíticas, representa

23,9% de los recursos. Entorno, vivienda y accesibilidad, con 17,0% de las iniciativas, concentra un 17,7% del presupuesto.

Las restantes dimensiones tienen un peso presupuestario considerablemente menor. Dependencia, apoyos y cuidados representa 18,9% de las iniciativas, pero 0,92% del presupuesto; participación, ciudadanía e integración social, 0,34%; educación y aprendizaje continuo, 0,08%; protección, derechos y acceso institucional, 0,02%; y trabajo y participación económica, 0,01%. Inclusión digital no registra iniciativas ni presupuesto dentro del universo mapeado.

Gráfico 9. Comparación entre porcentaje de iniciativas y porcentaje de presupuesto aprobado (año 2026) por dimensión analítica



Fuente: Elaboración del Centro UC de Estudios en Vejez y Envejecimiento en base al levantamiento de iniciativas que impactan en las personas mayores en Chile (N=53).

9 El presupuesto de las GES se incorpora íntegramente, esto es, para aquellas garantías que ingresaron al mapeo de manera indirecta, el presupuesto que se agrega es el estimado para la cobertura de la condición de salud en toda la población, y no solo para la proporción del mismo que llegaría -eventualmente- a las personas mayores. Esto implica que, para esa unidad analítica, el presupuesto puede estar sobredimensionado, en tanto, por diseño, no es exclusivamente para personas mayores. No obstante, se ha determinado que impacta sustantivamente en el proceso de envejecimiento y longevidad.

El contraste confirma que la cantidad de iniciativas y la magnitud presupuestaria capturan atributos distintos de la arquitectura. Seguridad económica descansa en un número acotado de instrumentos de gran escala; dependencia, apoyos y cuidados presenta una densidad equivalente, pero opera mediante iniciativas presupuestariamente mucho menores. Salud ocupa una posición intermedia: es la dimensión más densa y la segunda de mayor magnitud presupuestaria.



Estas diferencias no permiten establecer un orden de prioridad entre dimensiones. Las estructuras de costo varían según el tipo de intervención: una transferencia monetaria masiva, un subsidio habitacional o una garantía sanitaria no son financieramente equivalentes a un servicio

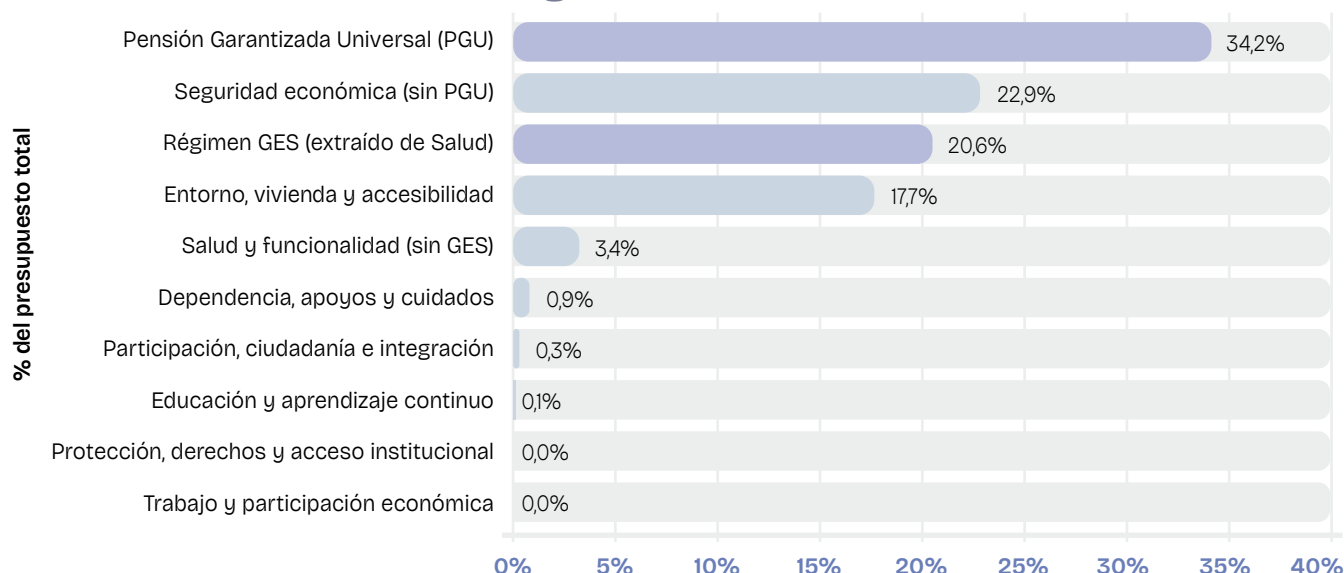
comunitario, una intervención formativa o un mecanismo de orientación. El presupuesto permite observar escala, pero debe interpretarse conjuntamente con la función y el instrumento mediante el cual se organiza la respuesta de las iniciativas.

Una parte sustantiva de la distribución presupuestaria se explica por dos instrumentos que cumplen funciones estructurales dentro del sistema de bienestar: la PGU y las GES. En conjunto, representan el 54,7% del presupuesto total identificado.

La PGU, por sí sola, equivale aproximadamente al 34,2% del total, mientras que las dos unidades consolidadas del GES representan otro 20,5%. La elevada participación presupuestaria de las dimensiones de seguridad económica y salud y funcionalidad debe leerse, por tanto, considerando el peso de estos dos pilares. Precisamente por su carácter estructural, el análisis incorpora un segundo ejercicio destinado a observar cómo se distribuyen los recursos entre las restantes iniciativas al aislar el peso presupuestario de ambos instrumentos, sin excluirlos de la arquitectura general de la oferta ni restar relevancia a su función dentro de ella.

En este segundo ejercicio se mantiene como referencia el presupuesto total identificado, pero se descuenta de sus respectivas dimensiones el presupuesto asociado a la PGU y al GES. Como resultado, seguridad económica disminuye de 57,0% a 22,9% y salud de 23,9% a 3,4%. Por su parte, la dimensión de entorno, vivienda y accesibilidad mantiene su participación del 17,7% y pasa a constituir la segunda dimensión de mayor peso presupuestario una vez aislado el efecto de estos dos instrumentos.

Gráfico 10. Descomposición del presupuesto total, distinguiendo PGU Y GES



Fuente: Elaboración del Centro UC de Estudios en Vejez y Envejecimiento en base al levantamiento de iniciativas que impactan en las personas mayores en Chile.

Nota: Las columnas sin PGU y GES suman 45,3% del presupuesto total.

El ejercicio permite separar dos niveles de la arquitectura. El primero corresponde a pilares consolidados de gran escala. El segundo está constituido por las 50 unidades restantes, que concentran el 45,3% del presupuesto total identificado. Si ese 45,3% restante se observa como un universo presupuestario propio, aproximadamente la mitad corresponde a seguridad económica y cerca de cuatro décimas partes a entorno, vivienda y accesibilidad. Salud representa alrededor de 7,5% y dependencia, apoyos y cuidados cerca de 2%. Las demás dimensiones reúnen conjuntamente una proporción inferior al 1%.

Este resultado muestra que la concentración presupuestaria no desaparece al retirar PGU y GES. Cambia su composición, pero persiste un fuerte peso de los instrumentos orientados a protección material, ingresos y vivienda, mientras las dimensiones vinculadas con apoyos y cuidados, participación, aprendizaje, derechos y trabajo operan con escalas presupuestarias comparativamente menores.

Esta observación permite constatar que en materia de vejez y envejecimiento el Estado moviliza recursos de magnitudes muy diferentes según la función que desempeña, concentrándose en aquellos que se vinculan a una visión más tradicional de la temática.

4.2.2 Tipo de instrumento y concentración presupuestaria

La distribución presupuestaria se comprende mejor al observar los instrumentos con los que se implementa la oferta. Las prestaciones y servicios concentran el

25,1% del presupuesto total. Por su parte, las transferencias monetarias representan el 57,1% de los recursos. Los subsidios concentran 17,7%.

Tabla 7. Cantidad y proporción de iniciativas y presupuesto por tipo de instrumento utilizado para la entrega de las iniciativas

Tipo de instrumento	N iniciativas	% de iniciativas	% del presupuesto total
Transferencia monetaria	9	17,0%	57,1%
Prestación o servicio	31	58,5%	25,1%
Subsidio	9	17,0%	17,7%
Infraestructura	1	1,9%	0,1%
Información u orientación	3	5,7%	0,0%
Total	53	100%	100%

Fuente: Elaboración del Centro UC de Estudios en Vejez y Envejecimiento en base al levantamiento de iniciativas que impactan en las personas mayores en Chile (N=53).

Nota: Las diferencias en los totales pueden deberse al redondeo.

Las transferencias monetarias y los subsidios representan, en conjunto, el 34,0% de las unidades analíticas, pero concentran aproximadamente tres cuartas partes del presupuesto. Esta relación explica buena parte del peso de seguridad económica y entorno, vivienda y accesibilidad: ambas dimensiones están sostenidas por instrumentos que movilizan recursos de gran escala.

El tratamiento consolidado del GES permite reflejar con mayor precisión su relevancia dentro del sistema, incorporando su presupuesto en la categoría de prestación o servicio. Bajo esta clasificación, este tipo de instrumento alcanza un peso presupuestario

de 25,1%, lo que permite una comparación más consistente entre la densidad de los instrumentos y los recursos que efectivamente movilizan.

El resultado muestra que la magnitud presupuestaria no depende únicamente del ámbito sustantivo sobre el que interviene una política, sino también de la herramienta elegida para hacerlo. Dos dimensiones con una densidad semejante pueden presentar magnitudes muy distintas si una se organiza mediante transferencias masivas y otra principalmente mediante servicios de atención acotada.

4.2.3 Cobertura teórica frente a la necesidad identificada.

Para aproximarse al alcance de las iniciativas frente a la necesidad que buscan abordar, se utiliza la cobertura teórica en relación con la población potencial. Esta última

representa el universo de personas, hogares u organizaciones que presentan la condición o problema que justifica la intervención, de acuerdo con la definición utilizada por el

programa en su formulación. La cobertura teórica, por otro lado, corresponde al número de usuarios que la iniciativa declara alcanzar o espera atender durante un periodo determinado. La relación entre ambas permite aproximarse a qué proporción de la necesidad reconocida por el diseño programático está prevista para ser cubierta por la intervención.

El indicador, entonces, muestra la magnitud de la necesidad alcanzada según el diseño administrativo del programa y sus parámetros de focalización y/o priorización. Esto presenta,



sin embargo, una limitación relevante. La información comparable sobre la población potencial está disponible principalmente a través del proceso de monitoreo de la DIPRES. En el ejercicio original fue posible identificar 44 coincidencias exactas entre las iniciativas incorporadas en el estudio y los programas registrados en dicho sistema, y calcular razones numéricas en 41 casos¹⁰. La disponibilidad de información no es aleatoria: los programas formalmente monitoreados se encuentran mejor representados que las garantías legales y otros instrumentos incorporados a partir de la definición amplia de oferta utilizada por el estudio.

El tratamiento particular de las GES reduce parte de esta asimetría en la disponibilidad de información dentro del universo analizado. Aun así, la disponibilidad de información sigue siendo desigual entre las distintas dimensiones, por lo que las medianas de la cobertura teórica deben interpretarse teniendo en consideración el número de iniciativas de cada dimensión para las que fue posible calcular este indicador.

En consideración de lo anterior, la siguiente tabla (Tabla 8) muestra el valor central tras ordenar el resultado de la razón entre cobertura teórica y población potencial de cada iniciativa por dimensión. En tanto se utiliza información de diseño de programas tanto para cuantificar la población potencial como la cobertura teórica, la mediana resultante de la agregación de los programas debe leerse teniendo en cuenta que la necesidad real de la población en cada dimensión no logra verse totalmente capturada.

¹⁰ Hay tres razones calculables que superan el 100%, las que se excluyen para el análisis. Los programas corresponden a "Desahucio e Indemnizaciones" (132,0%); "Pensiones del Sistema de Reparto" (104,8%); y "Leyes Reparatorias de Derechos Humanos" (104,0%), dejando un total de 38 iniciativas con información válida (ver tabla 8).

Tabla 8. Cobertura teórica respecto de la población potencial declarada por la iniciativa según dimensión

Dimensión analítica	Número de iniciativas con información válida	Número de iniciativas de la dimensión (universo consolidado)	Mediana de cobertura teórica declarada por las iniciativas
Salud y funcionalidad	10	13	30,9%
Dependencia, apoyos y cuidados	9	10	41,1%
Seguridad económica	5	10	94,4%
Entorno, vivienda y accesibilidad	6	9	27,3%
Participación, ciudadanía e integración social	5	5	9,6%
Protección, derechos y acceso institucional	1	3	94,7%
Educación y aprendizaje continuo	2	2	3,7%
Trabajo y participación económica	s/i	1	s/i
Inclusión digital y acceso tecnológico	—	0	—
Total	38	53	—

Fuente: Elaboración del Centro UC de Estudios en Vejez y Envejecimiento en base al levantamiento de iniciativas que impactan en las personas mayores en Chile.

Nota: s/i: sin información comparable disponible.

En la **dimensión de participación, ciudadanía e integración social**, las cinco iniciativas cuentan con información válida. Su mediana de cobertura teórica corresponde a 9,6% de la población potencial. En este caso, la completitud de los datos permite sostener que las iniciativas que configuran la dimensión declaran, en general, un alcance acotado respecto de los universos que ellas mismas reconocen como potencialmente destinatarios. Tres de las cinco se sitúan por debajo del 25% de su población potencial.

En **dependencia, apoyos y cuidados**, nueve iniciativas cuentan con información comparable y la mediana se sitúa en 41,1%. El universo consolidado incorpora una décima unidad para la cual no existe una

población potencial numérica directamente comparable, por lo que el indicador representa prácticamente la totalidad de la dimensión.

Educación y aprendizaje continuo también presenta información para sus dos iniciativas y una mediana de 3,7%. Aunque el número de casos es demasiado reducido para extraer conclusiones generales sobre un sistema educativo para la longevidad, el dato es consistente internamente: ambas iniciativas declaran coberturas inferiores a 25% de sus respectivas poblaciones potenciales.

En las demás dimensiones, la lectura es más cautelosa: **Seguridad económica** registra una mediana de 94,4%, pero solo cinco de

sus diez iniciativas disponen de razones válidas; **entorno, vivienda y accesibilidad** presenta una mediana de 27,3% sobre seis de nueve; y **protección, derechos y acceso institucional** alcanza 94,7%, pero ese resultado corresponde a una sola de sus tres iniciativas. En este último caso, el porcentaje no permite caracterizar el alcance de la dimensión y debe entenderse exclusivamente como el resultado del único instrumento con información comparable.

En **salud y funcionalidad**, la consolidación del GES modifica sustantivamente la interpretación de la disponibilidad.

Las diez razones utilizadas en el ejercicio original se mantienen, pero ahora deben ser contrastadas con las 13 unidades de la dimensión consolidada y no con las 42 garantías y programas contabilizados separadamente en el levantamiento inicial. Las dos unidades GES consolidadas no disponen de una población potencial única contra la cual construir la razón. Por esta razón, la mediana de 30,9% describe el subuniverso sanitario con información comparable, pero no el alcance del GES ni del sistema sanitario en su conjunto.

4.3 Inserción de la oferta que impacta en las personas mayores en la oferta general del Estado

La tercera capa busca distinguir entre relevancia para el envejecimiento e incorporación del envejecimiento en el diseño de las políticas públicas. Para ello, introduce la pregunta ¿de qué manera las personas mayores y los desafíos asociados al envejecimiento se encuentran incorporados dentro de la acción general del Estado? Esto es relevante porque la respuesta frente a una sociedad más longeva no depende únicamente de la existencia de programas específicamente dirigidos a personas mayores, sino también de las condiciones que inciden sobre sus trayectorias de envejecimiento: salud, ingresos, vivienda, movilidad, cuidados, educación o trabajo. La capacidad de respuesta pública depende, entonces, tanto de la oferta especializada como de la forma en que las políticas generales reconocen e incorporan las particularidades asociadas al envejecimiento.

4.3.1 La arquitectura combina casi en partes iguales oferta directa e indirecta

El procedimiento original de selección incorporó 82 iniciativas al estudio: 34 mediante incidencia directa (41,5%) y 48 mediante incidencia indirecta con relevancia analítica (58,5%). Estas cifras mantienen su importancia para describir el resultado del árbol de decisión. Sin embargo, al consolidar las garantías GES en las dos unidades analíticas definidas en la metodología, la comparación entre dimensiones se realiza sobre 53 unidades.

En este universo consolidado, 28 unidades corresponden a incorporación directa (52,8%) y 25 a incorporación indirecta (47,2%). La arquitectura relevante para las personas mayores se construye, por tanto, prácticamente en partes iguales mediante intervenciones que las reconocen explícitamente y políticas de alcance general cuya función resulta sustantiva durante el envejecimiento.

Tabla 9. Tipo de incorporación (directa e indirecta) de iniciativas al mapeo según dimensión analítica

Dimensión analítica	N total (universo consolidado)	Incorporación directa	Incorporación indirecta	% indirecta
Salud y funcionalidad	13	4	9	69,2%
Dependencia, apoyos y cuidados	10	4	6	60,0%
Seguridad económica	10	4	6	60,0%
Entorno, vivienda y accesibilidad	9	6	3	33,3%
Participación, ciudadanía e integración social	5	5	0	—
Protección, derechos y acceso institucional	3	3	0	—
Educación y aprendizaje continuo	2	1	1	50,0%
Trabajo y participación económica	1	1	0	—
Inclusión digital y acceso tecnológico	0	—	—	—
Total	53	28	25	47,2%

Fuente: Elaboración del Centro UC de Estudios en Vejez y Envejecimiento en base al levantamiento de iniciativas que impactan en las personas mayores en Chile.

La relación entre ambas formas de incorporación varía considerablemente entre dimensiones. Salud y funcionalidad presenta la mayor proporción de incorporación indirecta: 9 de sus 13 unidades, equivalentes al 69,2%, corresponden a políticas o garantías de alcance más amplio. En seguridad económica y dependencia, apoyos y cuidados, 6 de cada 10 unidades son indirectas (60%). En entorno, vivienda y accesibilidad se presenta una composición diferente: 6 de sus 9 unidades son directas (66,7%) y 3 indirectas (33,3%).

En salud y funcionalidad, seguridad económica y dependencia, apoyos y cuidados, una parte sustantiva de la respuesta al envejecimiento depende de sistemas que no fueron concebidos exclusivamente como políticas para personas mayores. Entorno, vivienda y

accesibilidad presenta una configuración distinta: predominan las intervenciones que reconocen directamente a las personas mayores, aunque tres instrumentos de alcance general mantienen relevancia sustantiva para sus condiciones de autonomía y bienestar.

El patrón es diferente en participación, ciudadanía e integración social, protección, derechos y acceso institucional y trabajo y participación económica. Las cinco iniciativas de participación, las tres de protección de derechos y la única iniciativa laboral ingresan de manera directa: es decir, aparecen dentro de la arquitectura analizada únicamente cuando existe un reconocimiento explícito de las personas mayores.

Este resultado debe interpretarse considerando la densidad de las iniciativas

observadas en la primera capa. Que estas dimensiones presenten un 100% de incorporación directa no implica un mayor grado de integración del envejecimiento en esos ámbitos de política pública. En efecto, se trata de dimensiones que concentran un número acotado de iniciativas: 5 en participación, 3 en protección y 1 en trabajo.

La ausencia de incorporaciones indirectas sugiere que, en esas dimensiones, hay una menor presencia de políticas generales que aborden desafíos asociados al envejecimiento. El contraste entre ambos grupos permite trasladar el foco desde la existencia de programas especializados hacia la capacidad de los sistemas generales para incorporar los desafíos asociados a vidas más largas.

4.3.2 La incorporación indirecta no equivale a debilidad institucional

La elevada presencia de incorporaciones indirectas en algunas dimensiones no constituye, por sí misma, una brecha. El hecho de que una prestación sanitaria, un mecanismo de seguridad social o un subsidio habitacional no esté diseñado exclusivamente para personas mayores puede responder precisamente a su carácter universal.

La cuestión analítica relevante radica, más bien, en determinar si una política general que adquiere especial relevancia durante el envejecimiento dispone de los mecanismos necesarios para responder a trayectorias, condiciones y barreras que pueden presentar características particulares en edades avanzadas.

El árbol de decisión permite identificar aquellas intervenciones generales cuya

relevancia justifica su incorporación al diagnóstico, pero no evalúa si sus procedimientos, criterios de acceso o componentes han sido adaptados a una sociedad envejecida. Esta distinción impide interpretar automáticamente la incorporación indirecta como una debilidad institucional, pero también evita asumir que el carácter universal de una política garantiza, por sí solo, la incorporación de una perspectiva de envejecimiento.

La relación entre la oferta especializada y las políticas generales debe entenderse, por tanto, como un continuo de adaptación institucional, más que como una oposición entre programas “para las personas mayores” y aquellos programas “para el resto de la población”.

4.3.3 Dimensiones con baja densidad de iniciativas y su relevancia en la agenda pública

La primera capa mostró una presencia particularmente reducida de iniciativas en las dimensiones de inclusión digital y acceso tecnológico, trabajo y participación económica, y educación y aprendizaje continuo. Para examinar los factores asociados a esa baja densidad, de las 814 iniciativas examinadas, se realizó una búsqueda temática entre las 779 iniciativas sociales y no sociales contenidas en la base

de monitoreo DIPRES 2025, posteriormente depurada caso por caso. Las GES (35 garantías) no forman parte de este ejercicio, dado que corresponden al ámbito sanitario y no modifican el análisis de estas tres dimensiones.

El procedimiento es exploratorio y no constituye un catastro exhaustivo de cada sector. Su propósito es: distinguir si la escasa

presencia de una dimensión dentro del mapeo refleja ausencia de política pública en ese campo o una débil incorporación del envejecimiento en una oferta general que sí existe. La metodología contempló

una búsqueda inicial por palabras clave, una depuración sustantiva de las coincidencias y la incorporación de casos pertinentes no capturados mediante dicha búsqueda debido a su denominación.

Tabla 10. Revisión de iniciativas del Estado (nivel central) en dimensiones de menor densidad y su potencial inclusión en el mapeo

Ámbito examinado	Total revisado	Oferta temáticamente comparable	Incorporación en la arquitectura de envejecimiento
Inclusión digital y acceso tecnológico	23	9	0 principales / 0 secundarias
Trabajo y participación económica	27	24	1 principal / 0 secundarias
Educación y aprendizaje continuo	86	84	2 principales / 2 secundarias

Fuente: Elaboración del Centro UC de Estudios en Vejez y Envejecimiento en base al levantamiento de iniciativas que impactan en las personas mayores en Chile.

Inclusión digital: Existe una oferta digital, pero el envejecimiento no aparece incorporado

La búsqueda inicial identificó 23 coincidencias asociadas a tecnología o digitalización. La revisión sustantiva mostró que 14 correspondían a ámbitos adyacentes —como investigación científica, innovación o transferencia tecnológica productiva— y no eran comparables con una dimensión orientada al acceso, las capacidades y la participación digital de las personas.

Las nueve iniciativas restantes sí constituyen una oferta directamente comparable: incluyen acciones vinculadas a la conectividad, el acceso a dispositivos, los servicios digitales y el desarrollo o acompañamiento de capacidades. Sin embargo, ninguna fue incorporada como dimensión principal ni secundaria en la arquitectura de envejecimiento. Lo anterior indica que **existen acciones estatales en la temática, pero las iniciativas revisadas no reconocen a las personas mayores como población prioritaria ni incorporan componentes suficientemente**

relacionados con las condiciones del envejecimiento como para superar los criterios del árbol de decisión.

La ausencia de iniciativas en la dimensión de inclusión digital refleja, entonces, una ausencia de incorporación del envejecimiento en la oferta digital examinada, y no una ausencia general de intervención estatal en tecnología.

Esta diferencia adquiere particular interés al relacionarla con la primera capa: distintos programas focalizados utilizan canales digitales para gestionar el acceso, mientras que la arquitectura mapeada no identifica una respuesta equivalente orientada específicamente a fortalecer las capacidades digitales durante la vejez. El estudio no permite determinar cuántas personas enfrentan efectivamente barreras por esta razón, pero sí evidencia una asimetría entre la digitalización de determinadas interacciones con el Estado y la integración de las personas mayores en las políticas de inclusión digital.

Trabajo: una arquitectura general desarrollada, con una incorporación acotada del envejecimiento

En trabajo y participación económica se revisaron 27 iniciativas, de las cuales 24 resultaron temáticamente comparables. El conjunto comprende iniciativas de formación y certificación laboral, intermediación, empleabilidad, subsidios e incentivos al empleo, formalización y mecanismos de participación económica.

De este corpus, solo Experiencia Mayor fue incorporada al estudio como iniciativa principal de la dimensión. Las otras 23 intervenciones temáticamente comparables no establecen una relación suficientemente clara con las trayectorias laborales en edades avanzadas.

La baja densidad observada en la primera capa no responde, por tanto, a la inexistencia

de una política laboral. **Existe una arquitectura pública considerablemente más amplia en materia de capacitación, intermediación e incentivos al empleo. Lo excepcional es que esa arquitectura incorpore explícitamente la continuidad laboral, la reinserción, la reconversión o la participación económica de las personas mayores.**

El caso es ilustrativo porque muestra por qué el número de iniciativas especializadas no basta para diagnosticar un ámbito de política pública. El principal contraste no se produce entre la presencia y la ausencia de política laboral, sino entre una oferta general desarrollada y una incorporación muy acotada del envejecimiento dentro de ella.

Educación: la perspectiva de aprendizaje durante la vejez aparece, pero de manera excepcional

La revisión de educación y aprendizaje continuo identificó 86 iniciativas y determinó que 84 eran temáticamente comparables. Se trata, por tanto, de la dimensión con la oferta general más extensa entre las tres examinadas.

Sin embargo, la mayor parte se organiza en torno a trayectorias escolares, educación superior, formación profesional, beneficios estudiantiles y apoyos al funcionamiento del sistema educativo. Solo dos iniciativas fueron clasificadas principalmente en educación y aprendizaje continuo y otras dos incorporan esta dimensión de manera secundaria. Las 80 restantes del corpus comparable no establecen una relación suficiente con el envejecimiento o la longevidad.

Las incorporaciones principales corresponden a Educación de Personas Jóvenes y Adultas (EPJA) y a Participación y Formación de

Personas Mayores. A ello se agregan, como contribuciones secundarias, el Fondo para la Educación Previsional, cuyo componente educativo se vincula con la construcción de seguridad económica a lo largo de la vida, y Experiencia Mayor, que incorpora formación vinculada a la inserción laboral.

La situación de esta dimensión es, por tanto, distinta de la observada en la inclusión digital. **El envejecimiento no está completamente ausente y aparece tanto de manera principal como secundaria. No obstante, su presencia sigue siendo acotada frente a la magnitud y diversidad de la oferta educativa en general. El aprendizaje durante las edades avanzadas no constituye un eje transversal de la oferta analizada, sino un propósito concentrado en pocas iniciativas.**

5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE POLÍTICA PÚBLICA

Chile enfrenta el proceso de envejecimiento y longevidad desde una arquitectura pública que no parte de cero. El presente estudio identifica prestaciones, servicios, transferencias, subsidios y otros mecanismos institucionales que responden a distintas dimensiones del bienestar de las personas mayores y que, en algunos ámbitos, forman parte de procesos de protección social consolidados a lo largo del tiempo.

Así, se visualiza una arquitectura de desarrollo desigual en cuanto a iniciativas que impactan en la vida de las personas mayores y los procesos de envejecimiento. Algunas dimensiones analíticas cuentan con mayor institucionalización, escala presupuestaria y continuidad; mientras otras se expresan mediante un conjunto reducido de iniciativas o aparecen débilmente incorporadas dentro de políticas generales. Las diferencias tampoco pueden interpretarse automáticamente como medidas de suficiencia: el estudio caracteriza la arquitectura declarada de la oferta, pero no evalúa si los montos de las prestaciones, la oportunidad de la atención o la cobertura efectiva permiten garantizar plenamente los derechos involucrados.

Esta distinción resulta especialmente relevante para interpretar el peso de la Pensión Garantizada Universal (PGU) y de las Garantías Explícitas en Salud (GES). Ambos concentran conjuntamente 54,7% del presupuesto identificado y constituyen las dos intervenciones de mayor escala del universo analizado. Su peso es consistente con la centralidad que han adquirido la protección económica y el acceso a la salud en la trayectoria de construcción de la protección social chilena. Esto muestra que existen ámbitos que cuentan con

mecanismos altamente institucionalizados para materializar responsabilidades públicas y resguardar derechos.

La pregunta que emerge, por tanto, es qué ocurre con las iniciativas que rodean y complementan estas grandes prestaciones. Al aislar PGU y GES, el 45,3% del presupuesto restante se distribuye entre otras 50 unidades analíticas. Sin embargo, esa parte restante de la oferta continúa presentando una fuerte concentración en ciertas áreas de la política pública: seguridad económica y entorno, vivienda y accesibilidad mantienen un peso considerable, mientras dependencia, apoyos y cuidados, participación, educación, derechos y trabajo operan con magnitudes presupuestarias comparativamente menores.

Este contraste constituye uno de los mensajes centrales del estudio. **Chile ha avanzado en la institucionalización de mecanismos de protección frente a riesgos centrales para el bienestar durante la vejez. El siguiente desafío no consiste en reemplazar esas garantías, sino en complementar una arquitectura de protección social crecientemente institucionalizada con una capacidad igualmente capaz de anticipar riesgos, sostener capacidades y acompañar vidas más largas.**

Desde esta perspectiva, los hallazgos muestran que fortalecer la respuesta frente a la longevidad puede requerir acciones distintas según el ámbito: reforzar prestaciones existentes, adaptar políticas generales, diversificar instrumentos, mejorar mecanismos de articulación o incorporar capacidades de distintos actores bajo reglas públicas. La respuesta depende del tipo de brecha identificada.

5.1 Derechos integrales e institucionalización desigual



El marco normativo que orienta el estudio reconoce a las personas mayores como titulares de un conjunto amplio e interdependiente de derechos. Salud y seguridad social forman parte de ese marco, pero también autonomía, participación, trabajo, educación, vivienda, accesibilidad y acceso efectivo a mecanismos de protección. La Ley N.º 21.822 profundiza esta mirada al situar el envejecimiento como un ámbito transversal de responsabilidad pública y establecer el mandato de formular una Política Nacional de Envejecimiento.

La arquitectura observada no presenta el mismo grado de desarrollo en todos esos ámbitos. Cuatro dimensiones —salud y funcionalidad; seguridad económica; dependencia, apoyos y cuidados; y entorno, vivienda y accesibilidad— concentran cerca de cuatro quintos de la oferta estatal de nivel central analizada. Participación, educación, protección de derechos y trabajo presentan una expresión programática considerablemente menor, mientras que la dimensión inclusión digital no registra iniciativas como dimensión principal. Estas diferencias muestran que la traducción programática de una comprensión multidimensional del envejecimiento sigue siendo desigual. Algunos ámbitos cuentan con sistemas, prestaciones y mecanismos de financiamiento claramente reconocibles, mientras otros dependen de un conjunto mucho más reducido de instrumentos o de su incorporación dentro de políticas cuyo propósito principal se encuentra en otros ámbitos.

Una política integral que aborde el envejecimiento y la longevidad requiere reconocer esta diferencia. **La integralidad no supone necesariamente crear un sistema especializado para cada dimensión, pero sí evitar que el ejercicio de determinados derechos dependa de que el envejecimiento sea reconocido exclusivamente por sectores tradicionalmente asociados a la vejez.**

5.2 De la protección hacia la prevención y el sostenimiento de capacidades

El estudio muestra que las funciones de promoción y protección en la oferta representan una pequeña proporción en contraste con el 77,4% de las unidades

analíticas clasificadas como provisión o garantía directa. **La arquitectura se encuentra, por tanto, institucionalmente más desarrollada para entregar**

prestaciones frente a condiciones reconocibles o necesidades manifestadas, antes que para desplegar funciones promocionales y preventivas.

Los mecanismos de provisión directa cumplen funciones esenciales y, en ámbitos como la seguridad económica o la salud, reflejan avances relevantes en la capacidad estatal para garantizar prestaciones.

Esta distinción permite interpretar la relevancia de la PGU y el GES de manera más adecuada. Su centralidad evidencia la institucionalización de dos funciones fundamentales de la protección social. **El desafío de una política de longevidad radica en complementar estos avances con una arquitectura más amplia que actúe sobre las condiciones que permiten llegar a edades avanzadas con mayores capacidades y oportunidades,** en el sentido del enfoque de derechos y capacidades y de envejecimiento saludable desarrollados por la literatura.

La perspectiva de curso de vida resulta particularmente relevante para entender la necesidad de fortalecer iniciativas orientadas a mejorar las condiciones en que las personas llegan a edades avanzadas. Si las condiciones observadas durante la vejez expresan trayectorias acumuladas y las ventajas y desventajas se amplifican a lo largo del tiempo, las políticas no pueden limitarse a intervenir una vez que la pérdida funcional, la vulnerabilidad económica, el aislamiento o las restricciones de participación se encuentran plenamente instalados (Elder, Johnson y Crosnoe, 2003; Dannefer, 2003). Avanzar hacia una política más

preventiva no significa, entonces, reducir la capacidad de los mecanismos existentes de seguridad económica, salud o cuidados. Significa complementar la capacidad protectora con una mayor capacidad preventiva.

Sobre esa base, resulta necesario ampliar la capacidad de intervención antes de que determinadas necesidades alcancen un mayor grado de intensidad. Esto puede expresarse de manera diferente según la dimensión: detección y manejo temprano de la fragilidad; mantención de la capacidad física y cognitiva; prevención de caídas; adecuación temprana de viviendas; apoyo anticipado a personas cuidadoras; fortalecimiento de vínculos y participación; alfabetización y acompañamiento digital; o actualización de capacidades para sostener la participación económica y el aprendizaje durante una vida más extensa.

Esto también implica revisar los instrumentos utilizados. **Una política preventiva no se materializa únicamente mediante nuevas prestaciones. En tanto la misma requiere empezar desde edades tempranas para tener un impacto real en el envejecimiento, esta puede requerir información, acompañamiento, formación, adecuación de entornos, incentivos, mecanismos comunitarios o cambios en los procedimientos institucionales.** La ampliación del repertorio instrumental es particularmente importante porque una arquitectura puede ser densa en número de programas y, aun así, desarrollar de manera insuficiente determinadas funciones.

5.3 Incorporación desigual del envejecimiento en políticas universales

En un fenómeno multidimensional, como el envejecimiento y la longevidad, es esperable que la distribución de las iniciativas orientadas a incidir en las condiciones de vida de las personas y a mejorar su bienestar

sea transversal a distintos sectores del Estado. Precisamente esto se manifiesta al observar que 28 unidades analíticas fueron incorporadas por abordar directamente y explícitamente a las personas mayores;

mientras que otras 25 impactan indirectamente en la vida de este segmento etario, sin haber sido diseñadas exclusivamente para el mismo.

Lo anterior, sin embargo, no elimina la brecha de adaptación que implica la existencia de sistemas y acciones diseñadas para una determinada estructura de trayectorias vitales.

Esto se ejemplifica en la baja densidad identificada en las dimensiones asociadas a inclusión digital, trabajo y educación, la que no refleja una ausencia de acción estatal en esas áreas, sino una escasa incorporación del envejecimiento o del curso de vida como perspectivas relevantes en dichas políticas.

Así, puede ser pertinente revisar las políticas existentes desde preguntas concretas: ¿reconocen trayectorias laborales más largas y discontinuas?, ¿mantienen oportunidades de formación después de la edad tradicionalmente asociada a la educación?, ¿los programas de inclusión digital consideran capacidades, confianza y acompañamiento además de conectividad?, ¿los procedimientos de acceso presuponen competencias que no se distribuyen de manera homogénea?

Esta revisión puede extenderse a otras políticas universales. La vivienda puede incorporar criterios de adaptabilidad y accesibilidad antes de que exista dependencia; el transporte puede considerar la autonomía y la movilidad a lo largo de todo el curso de vida; la planificación urbana puede reducir barreras que posteriormente se transforman en restricciones funcionales; y las políticas de participación pueden reconocer que la ciudadanía y la contribución social continúan en edades avanzadas.

La perspectiva de la longevidad no debe convertirse en un nuevo criterio burocrático que obligue a etiquetar cada programa como “para personas mayores”. Su propósito es más sustantivo: introducir una pregunta sistemática sobre cómo el cambio demográfico modifica los supuestos sobre los cuales se diseñaron las políticas generales.

5.4 Transitar desde la política sectorial hacia el abordaje de trayectorias

Uno de los principales desafíos que se desprende del mapeo realizado es la necesidad de abordar la oferta pública de manera intersectorial, saliendo de la lógica estrictamente sectorial y de los nichos institucionales hacia una respuesta más integral. La clasificación utilizada en este estudio para fines analíticos permite distinguir entre oferta de salud, cuidados, vivienda, participación y seguridad económica. Sin embargo, las experiencias de las personas no se organizan según esas fronteras administrativas. Esto resulta especialmente evidente en la relación entre salud y funcionalidad y dependencia, apoyos y cuidados. Varias iniciativas clasificadas principalmente en salud incorporan componentes relevantes para los cuidados,

y viceversa. El enfoque de envejecimiento saludable refuerza esta interpretación: la capacidad funcional depende de la interacción entre las capacidades de la persona y las condiciones del entorno, y no puede ser promovida exclusivamente mediante atención clínica (WHO, 2015; Beard et al., 2016).

Para abordar las trayectorias de envejecimiento y las experiencias de las personas, se requiere identificar aquellos ámbitos que requieren continuidad y coordinación entre distintos sectores y diseñar mecanismos que permitan articular las respuestas correspondientes. Esto puede involucrar rutas de derivación entre salud y cuidados; continuidad entre el alta sanitaria y los apoyos domiciliarios; mecanismos

para vincular el deterioro funcional con la adaptación habitacional; interoperabilidad de la información; acompañamiento para acceder y transitar entre distintas prestaciones; o puntos de entrada que reduzcan la necesidad de que las personas reconstruyan por sí mismas la arquitectura institucional.

Esta perspectiva también permite diferenciar los problemas de coordinación. En dimensiones fuertemente concentradas en un ministerio, la principal necesidad puede ser

establecer conexiones con otros sectores. En ámbitos como el entorno, la vivienda y la accesibilidad, donde las competencias están distribuidas, la coordinación forma parte constitutiva de la propia respuesta. Una Política Nacional de Envejecimiento debería reconocer ambas situaciones y evitar asumir que un mismo mecanismo institucional resultará adecuado para abordar los distintos problemas de articulación.

6 REFLEXIONES FINALES

La usabilidad de las conclusiones y recomendaciones de este estudio no se limita a fortalecer la acción estatal, sino a contribuir a una mejor respuesta de la sociedad frente al envejecimiento y la longevidad. Esto requiere reconocer que el Estado, el sector privado, las organizaciones de la sociedad civil, las comunidades y los hogares disponen de capacidades distintas.

La literatura sobre *welfare mix* y herramientas de gobierno resulta útil para esta discusión. La acción pública puede combinar provisión directa, financiamiento, regulación, subsidios, contratación, coordinación y ejecución mediante terceros sin que el Estado renuncie a definir objetivos, establecer estándares o garantizar derechos (Salamon, 2002; Evers y Laville, 2004; Pestoff, 2012). El mapeo muestra, además, que Chile ya cuenta con experiencias de ejecución intermediada o delegada, como el Fondo Nacional del Adulto Mayor, el Fondo Subsidio ELEAM y el apoyo a organizaciones prestadoras. Esto demuestra que existen capacidades jurídicas e institucionales que permiten implementar este tipo de mecanismos, aunque ello no implica que deban ampliarse de manera generalizada.

El principio orientador debería ser identificar qué capacidad aporta cada actor y bajo qué reglas. Las organizaciones de la sociedad civil pueden contribuir con proximidad territorial, vínculos comunitarios, confianza, innovación o atención especializada. Las empresas pueden aportar tecnología, empleo, inversión y desarrollo de soluciones. Las universidades pueden producir evidencia, formar capacidades y evaluar innovaciones. Los hogares poseen conocimiento cotidiano y cumplen funciones esenciales de apoyo, pero su incorporación no debe naturalizar la transferencia de responsabilidades ni profundizar las sobrecargas de cuidado.

La complementariedad no significa reemplazar la garantía pública por la disponibilidad privada. En ámbitos asociados a derechos, la participación de terceros requiere condiciones de continuidad, estándares, acreditación, financiamiento adecuado, transparencia y rendición de cuentas. El sector privado, por su parte, requiere marcos orientadores para evitar que la capacidad de pago determine el acceso a condiciones esenciales para el bienestar.

Por ello, las oportunidades identificadas no conducen a recomendar de manera general una mayor participación del sector privado o una mayor delegación. Conducen a una pregunta de diseño: determinar qué

combinación de actores e instrumentos permite desarrollar funciones que hoy se expresan débilmente, manteniendo la conducción pública y evitando reproducir desigualdades.

6.1 Fortalecer la información necesaria para gobernar una sociedad longeva

El propio ejercicio de análisis identifica como área de fortalecimiento la disponibilidad de información comparable. La cobertura constituye el ejemplo más evidente. La razón entre cobertura teórica y población potencial ofrece una aproximación conceptualmente relevante al alcance previsto frente a la necesidad reconocida por cada programa. Sin embargo, su disponibilidad depende fundamentalmente de los instrumentos incorporados al sistema de monitoreo de DIPRES y no permite caracterizar, con el mismo nivel de precisión, garantías legales u otros mecanismos considerados en la definición amplia de oferta utilizada en este estudio.

Esto constituye un desafío para la conducción de la política pública. Si una política de longevidad aspira a coordinar intervenciones distribuidas entre sectores e instrumentos diversos, **necesita información que permita determinar con precisión a**

qué población pretenden responder, a cuántas personas efectivamente alcanza, dónde se encuentran, mediante qué rutas acceden y cómo se articulan las distintas prestaciones.

Esta limitación, no obstante, no refiere únicamente a la información disponible sobre la oferta identificada, sino también a su alcance. El presente estudio se delimitó deliberadamente a la oferta pública desplegada por el Ejecutivo a nivel central, manteniéndose como desafío la identificación de programas desarrollados por gobiernos regionales y municipios, así como iniciativas de la sociedad civil que operan a nivel local. Avanzar hacia un panorama más completo requeriría profundizar el presente estudio para incorporar un análisis de la magnitud y coordinación de la oferta subnacional y comunitaria.

6.2 La Ley Integral de Personas Mayores y Promoción del Envejecimiento Digno, Activo y Saludable y la Política Nacional de Envejecimiento: una oportunidad para completar la arquitectura

La entrada en vigencia de la Ley N.º 21.822, prevista para el 1 de junio de 2027, introduce un marco especialmente pertinente para los desafíos identificados en este estudio. La Ley reconoce el envejecimiento como un ámbito transversal y establece el mandato de desarrollar una Política Nacional de

Envejecimiento. Para este estudio, su valor no reside en utilizarla retrospectivamente como parámetro para evaluar una arquitectura construida en gran medida antes de su vigencia, sino en considerar la oportunidad que abre para su desarrollo futuro.

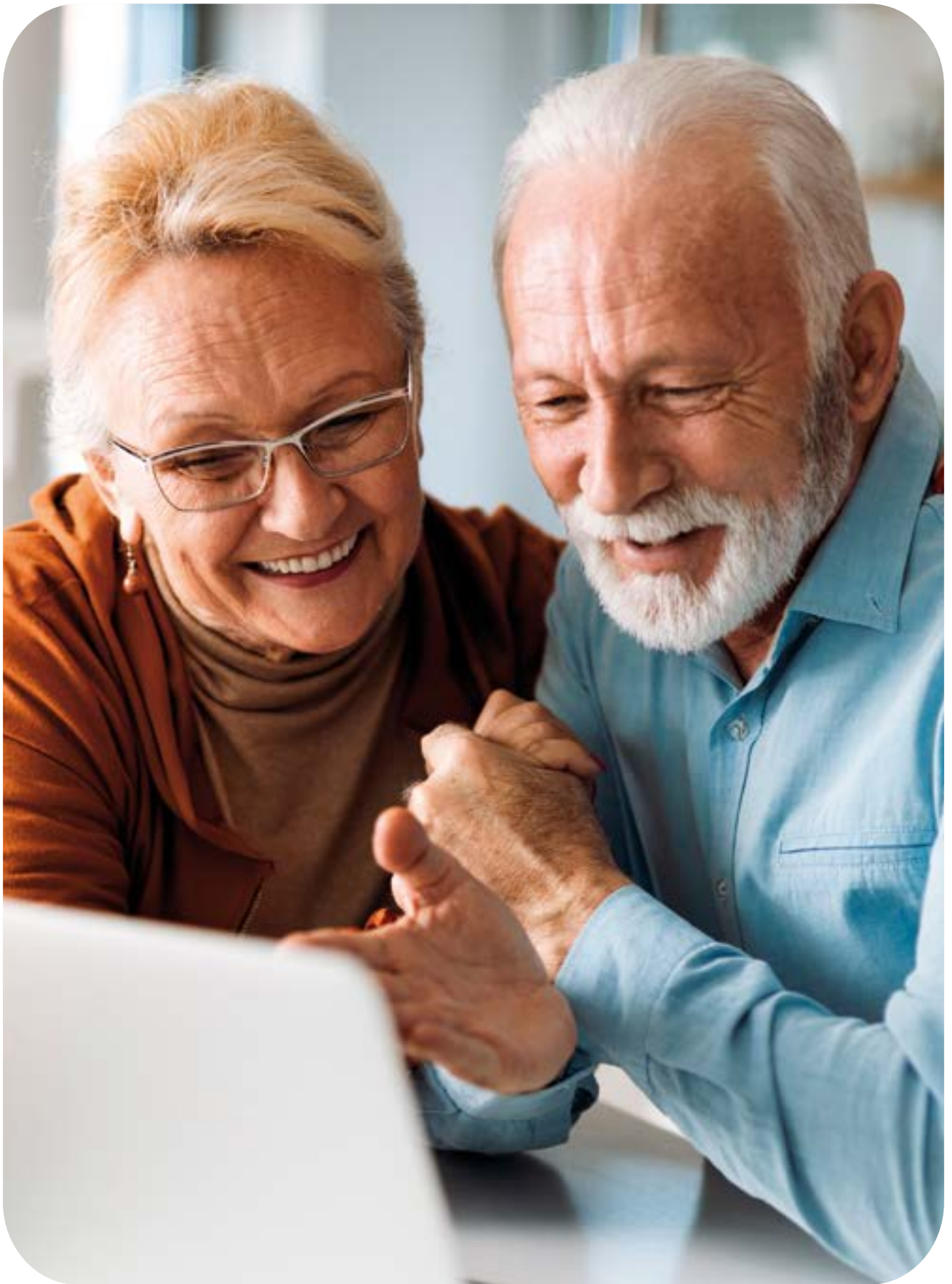
Si la Ley ofrece una hoja de ruta normativa, este estudio puede operar como una línea de base empírica. Permite identificar ámbitos en los que existe una institucionalización significativa, otros en los que la capacidad es todavía acotada, interdependencias que requieren mecanismos de articulación y políticas generales que deberán adaptarse progresivamente a una población etariamente distinta.

En este contexto, la Política Nacional de Envejecimiento tiene la oportunidad de evitar dos riesgos. El primero sería limitarse a reunir bajo un mismo marco los programas actualmente existentes. La coordinación administrativa de la oferta es necesaria, pero no suficiente para fortalecer la arquitectura. El segundo sería interpretar la integralidad como la necesidad de crear un nuevo programa especializado para responder a cada brecha.

El desafío es mayor: definir qué funciones requiere una sociedad longeva y cómo deben distribuirse entre sistemas existentes,

nuevos instrumentos y distintos actores. Esto supone **introducir una perspectiva de longevidad en políticas universales; mantener y fortalecer las garantías que Chile ha construido en protección económica, salud y otros ámbitos; incorporar la prevención y la mantención de capacidades como funciones permanentes; organizar respuestas en torno a trayectorias interdependientes; y habilitar formas de colaboración social que mantengan claramente definidas las responsabilidades del Estado.**

La transición demográfica no exige comenzar nuevamente la política social chilena. Exige construir sobre sus avances y ampliar su horizonte. Una sociedad en la que vivir más años constituye una condición estructural necesita mecanismos capaces de proteger cuando los riesgos se materializan, pero también instituciones que permitan anticiparlos, sostener capacidades y ampliar las oportunidades de participación y bienestar a lo largo de vidas cada vez más extensas.



BIBLIOGRAFÍA

- Beard, J. R., Officer, A., de Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J.-P., Lloyd-Sherlock, P., Epping-Jordan, J. E., Peeters, G. M. E. E., Mahanani, W. R., Thiagarajan, J. A., & Chatterji, S. (2016). The World report on ageing and health: A policy framework for healthy ageing. *The Lancet*, 387(10033), 2145–2154.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00516-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4)
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2026). Ley N.º 21.822: *Ley integral de las personas mayores y de promoción del envejecimiento digno, activo y saludable*. Ley Chile.
- Boudiny, K. (2013). 'Active ageing': From empty rhetoric to effective policy tool. *Ageing & Society*, 33(6), 1077–1098.
<https://doi.org/10.1017/S0144686X1200030X>
- Canning, D. (2011). The causes and consequences of demographic transition. *Population Studies*, 65(3), 353–361.
- Crimmins, E. M. (2015). Lifespan and healthspan: Past, present, and promise. *The Gerontologist*, 55(6), 901–911.
- Dannefer, D. (2003). Cumulative advantage/disadvantage and the life course: Cross-fertilizing age and social science theory. *The Journals of Gerontology: Series B*, 58(6), S327–S337.
<https://doi.org/10.1093/geronb/58.6.S327>
- Dirección de Presupuestos. (2025). *Base de monitoreo de programas públicos 2025*. Ministerio de Hacienda, Gobierno de Chile.
- Elder, G. H., Jr., Johnson, M. K., & Crosnoe, R. (2003). The emergence and development of life course theory. En J. T. Mortimer & M. J. Shanahan (Eds.), *Handbook of the life course* (pp. 3–19). Kluwer Academic/Plenum Publishers.
https://doi.org/10.1007/978-0-306-48247-2_1
- Evers, A., & Laville, J.-L. (Eds.). (2004). *The Third Sector in Europe*. Edward Elgar Publishing.
- Fischer, F. (2003). *Reframing Public Policy: Discursive Politics and Deliberative Practices*. Oxford University Press.
- Harper, S. (2014). Economic and social implications of aging societies. *Science*, 346(6209), 587–591.
<https://doi.org/10.1126/science.1254405>
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2026). *Informe de resultados de las Estimaciones y Proyecciones de Población. Base 2024*. INE.
- Lawton, M. P., & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. En C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Eds.), *The psychology of adult development and aging* (pp. 619–674). American Psychological Association.

- Lee, R. (2003). The demographic transition: Three centuries of fundamental change. *Journal of Economic Perspectives*, 17(4), 167–190.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Servicio Nacional de la Discapacidad & Servicio Nacional del Adulto Mayor (2022). *Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia (ENDIDE). Presentación de resultados para población adulta*. Observatorio Social.
[https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/endide/230128_Resultados_ENDIDE_2022\(Poblacion-adulta\).pdf](https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/endide/230128_Resultados_ENDIDE_2022(Poblacion-adulta).pdf)
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2024). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional 2024*. Observatorio Social.
- Notestein, F. W. (1945). Population—The long view. En T. W. Schultz (Ed.), *Food for the World* (pp. 36–57). University of Chicago Press.
- Nussbaum, M. C. (2011). *Creating Capabilities: The Human Development Approach*. Harvard University Press.
- Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo. (2025). *Chile envejece: Dinámicas demográficas recientes y desafíos para el futuro* (Año 6, vol. 39). Centro UC Estudios de Vejez y Envejecimiento.
- Organización de los Estados Americanos. (2015). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. OEA.
- Pestoff, V. (2012). Co-production and third sector social services in Europe: Some concepts and evidence. *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 23(4), 1102–1118.
- Salamon, L. M. (Ed.). (2002). *The Tools of Government: A Guide to the New Governance*. Oxford University Press.
- Sen, A. (1999). *Development as Freedom*. Oxford University Press.
- Stone, D. A. (1989). Causal stories and the formation of policy agendas. *Political Science Quarterly*, 104(2), 281–300.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2024). *World Population Prospects 2024*. United Nations.
- Walker, A. (2002). A strategy for active ageing. *International Social Security Review*, 55(1), 121–139.
<https://doi.org/10.1111/1468-246X.00118>
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. WHO.
- World Health Organization. (2020). *Decade of Healthy Ageing: Baseline Report*. WHO.

ANEXO

Programas por dimensión analítica

Dimensión analítica	Nombre del programa	Incidencia directa o indirecta (Nodo 5)
Salud y funcionalidad	1. Más Adultos Mayores Autovalentes	Directa
	2. Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor	Directa
	3. Programa Vacaciones Tercera y Cuarta Edad	Directa
	4. Deporte y Participación Social	Indirecta
	5. Camas Sociosanitarias	Indirecta
	6. Campaña de Invierno	Indirecta
	7. Cuidados Paliativos Universales en la APS	Indirecta
	8. Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria (FOFAR)	Indirecta
	9. Hospitalización Domiciliaria	Indirecta
	10. Plan Nacional de Demencia	Indirecta
	11. Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI)	Indirecta
	12. GES Directo (prestaciones de acceso exclusivo para personas mayores)	
	– Ayudas técnicas para personas de 65 años y más (GES 36)	Directa
	– Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono (GES 56)	Directa
	– Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera con limitación funcional severa (GES 12)	Directa
	– Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más (GES 20)	Directa
	– Vicios de refracción en personas de 65 años y más (GES 29)	Directa
	– Salud oral integral de personas de 60 a 64 años (GES 47)	Directa
	– Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada (GES 41)	Directa
	13. GES Indirecto (prestaciones universales con pertinencia sustantiva para envejecimiento o longevidad)	
	– Enfermedad de Parkinson (GES 62)	Indirecta
	– Enfermedad de Alzheimer y otras demencias (GES 85)	Indirecta
	– Tratamiento quirúrgico de cataratas (GES 11)	Indirecta
	– Diabetes Mellitus tipo 2 (GES 7)	Indirecta
	– Hipertensión arterial primaria o esencial (GES 21)	Indirecta
	– Infarto agudo del miocardio (GES 5)	Indirecta
	– Trastornos del impulso/conducción que requieren marcapasos (GES 25)	Indirecta
	– Ataque cerebrovascular isquémico (GES 37)	Indirecta
	– Hemorragia subaracnoidea por ruptura de aneurismas cerebrales (GES 42)	Indirecta
	– Cirugía de lesiones crónicas de válvula aórtica (GES 74)	Indirecta
	– Cirugía de lesiones crónicas de válvulas mitral y tricúspide (GES 79)	Indirecta
	– Enfermedad Renal Crónica etapa 4 y 5 (GES 1)	Indirecta



ANEXO. Continuación

	- Prevención secundaria enfermedad renal crónica terminal (GES 64)	Indirecta
	- Retinopatía diabética (GES 31)	Indirecta
	- Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer (GES 4)	Indirecta
	- Cáncer de mama (GES 8)	Indirecta
	- Cáncer gástrico (GES 27)	Indirecta
	- Cáncer de próstata (GES 28)	Indirecta
	- Cáncer colorrectal (GES 70)	Indirecta
	- Cáncer de ovario epitelial (GES 71)	Indirecta
	- Cáncer vesical (GES 72)	Indirecta
	- Cáncer de pulmón (GES 81)	Indirecta
	- Cáncer renal (GES 83)	Indirecta
	- Mieloma múltiple (GES 84)	Indirecta
Dependencia, apoyos y cuidados	14. Centros Diurnos del Adulto Mayor	Directa
	15. Residencias Comunitarias para Personas Mayores (ex Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores)	Directa
	16. Cuidados Domiciliarios	Directa
	17. Fondo Subsidio ELEAM	Directa
	18. Centros Comunitarios de Cuidados	Indirecta
	19. Pago a Cuidadores de Personas con Discapacidad	Indirecta
	20. Red Local de Apoyos y Cuidados - RLAC	Indirecta
	21. Atención Domiciliaria Personas con Dependencia Severa	Indirecta
	22. Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia	Indirecta
	23. Programa de Cuidados Comunitarios en APS	Indirecta
Seguridad económica	24. Bono Bodas de Oro	Directa
	25. Pensión Garantizada Universal	Directa
	26. Desahucio e Indemnizaciones	Indirecta
	27. Bono por hijo	Directa
	28. Bono de reconocimiento	Indirecta
	29. Bono invierno	Directa
	30. Pensiones del Sistema de Reparto	Indirecta
	31. Promoción de Derechos Previsionales y de Seguridad Social, Para Mujeres en Territorios Rurales de Dificil Conectividad	Indirecta
	32. Fondo para la Educación Previsional (FEP)	Indirecta
	33. Leyes Reparatorias de Derechos Humanos	Indirecta
Entorno, vivienda y accesibilidad	34. Programa de Viviendas y Apoyos para Personas Mayores (ex Condominios de Viviendas Tuteladas)	Directa
	35. Rebaja tarifa adulto mayor en Sistema Red Movilidad	Directa
	36. Tarifa Rebajada Adulto Mayor Regiones	Directa
	37. Subsidio para el Arriendo	Indirecta
	38. Fondo Solidario de Elección de Vivienda DS49	Indirecta
	39. Mejoramiento de vivienda	Directa
	40. Habitabilidad	Directa
	41. Subsidio eléctrico	Directa
	42. Vivienda Primero	Indirecta



ANEXO. Continuación

Participación, ciudadanía e integración social	43. Envejecimiento Activo	Directa
	44. Fondo Nacional del Adulto Mayor	Directa
	45. Apoyo Integral al Adulto Mayor Vínculos - SSyOO	Directa
	46. Protege calle (ex plan de invierno noche digna)	Directa
	47. Turismo Social	Directa
Protección, derechos y acceso institucional	48. Buen Trato al Adulto Mayor	Directa
	49. Consejo Nacional de Protección a la Ancianidad (Conapran)	Directa
	50. Corporaciones de Asistencia Judicial - Programa de Representación Jurídica	Directa
Educación y aprendizaje continuo	51. Participación y Formación de Personas Mayores	Directa
	52. Educación de Personas Jóvenes y Adultas (EPJA)	Indirecta
Trabajo y participación económica	53. Experiencia Mayor	Directa



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

Longevidad en Chile:

Brechas y oportunidades para una acción
intersectorial en políticas públicas.

Santiago, Chile
2026

Longevidad en Chile:

Brechas y
oportunidades
para una
acción
intersectorial
en políticas
públicas



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

Elaborado por el Centro UC Estudios de Vejez y Envejecimiento