

Políticas públicas y derecho a la sexualidad de las personas mayores en Chile

Pedro Enrique Villasana López^{a, b, *}, María Mireya Abarca Castillo^{b, c}, Martín Patricio Vargas Matamala^{b, c}

^aUniversidad de Los Lagos, Puerto Montt, Chile; ^bCentro Interuniversitario para el Envejecimiento Saludable CIES, Talca, Chile; ^cUniversidad de Antofagasta, Antofagasta, Chile

RESUMEN

Las personas mayores de 65 años constituirán la mayoría de la población mundial en corto plazo, pero en condiciones de vida precarias. Esto quiere decir que vivirán más años en peor condición de vulnerabilidad y fragilidad. Las sociedades y modelos de desarrollo no estarían preparados, generando altos costos personales, familiares y colectivos. En Chile la fragilidad sería altamente prevalente en esta población, impactando el desarrollo pleno de su vida. La sexualidad es uno de los aspectos que son invisibilizados y poco estudiados. Este trabajo realiza una aproximación crítica, a partir de la revisión y análisis de antecedentes de contexto, políticas públicas y legislación vigentes en Chile. En estos aspectos se evidencia atomización y orientación biomédica de las políticas públicas, colaborando en la comprensión de la relación fragilidad y sexualidad en personas mayores. Además, se revelan tareas de formación e investigación pendientes para la generación de políticas públicas para una vida activa y saludable.

KEYWORDS Older person, Sexuality, Fragility, Public policies

INTRODUCCIÓN

A escala mundial las personas mayores de 65 años representan el grupo etario de mayor crecimiento, alcanzando el 9,54% de la población para el año 2022. En Chile este grupo representaría el 13%, según datos del Banco Mundial [1].

Sobre la condición de persona mayor coexisten, al menos, dos criterios. Primero, desde la mirada biológica/fisiológica propia del paradigma biomédico, que entiende al envejecimiento como consecuencia de la edad cronológica y el declive inevitable que este conlleva. Y luego, desde la perspectiva que comprende el envejecimiento como una construcción socio-histórica [2], en la cual se asume que el proceso de envejecimiento está condicionado por la sociedad en la que se desarrolla el sujeto. Se trata de un espacio en el que se reconstruyen representaciones y creencias sobre el envejecimiento y la vejez. Son construcciones que responden a una lógica social y a contextos histórico-políticos.

La legislación chilena, a través de la Ley N° 19.8281, califica como persona mayor a mujeres y hombres que hayan cumplido los 60 años. Este es el grupo etario de mayor crecimiento en el país. Desde 2010 se registra una etapa avanzada de envejecimiento poblacional con un incremento de 3 449 362 personas mayores, es decir el 18% de la población [3]. Según el Censo 2017, para 2050 se proyecta que por cada 100 menores de 15 años, habrá 176 mayores de 64 años [4]. En este grupo etario la proporción de mujeres es de 55,87%, y de hombres 44,13% [5].

Sin embargo, el indicador mencionado se sustenta en la edad cronológica, atribuyéndole al envejecimiento un aspecto negativo. Esto se contrapone con la evidencia disponible que muestra diversidad de vejez, no solo de comportamientos, sino de grados de dependencia o autonomía, mientras que la edad cronológica se asocia vagamente con niveles de funcionamiento. En contraste, la autopercepción de la edad todavía no sería considerada de manera sistemática como indicador válido.

A escala mundial la situación se encuentra en transición, evidenciándose en una extensión de la edad de jubilación hasta los 67 o más años en algunos países, producto de variaciones en la pirámide poblacional y problemas de sustentabilidad de la seguridad social. Con casos como Países Bajos, donde la edad de jubilación aumenta tres meses por año entre 2021 y 2023 y dos meses para el período de 2023 a 2024, hasta los 67 años, tal como ya ocurre en Grecia, Italia y otros países de la Unión Europea. A partir de 2025 en Países Bajos estará ligada a la evolución de la esperanza de vida. Por su parte

* Autor de correspondencia pedro.villasana@ulagos.cl

Citación Villasana López PE, Abarca Castillo MM, Vargas Matamala MP. Políticas públicas y derecho a la sexualidad de las personas mayores en Chile. Medwave 2024;24(07):e2786

DOI 10.5867/medwave.2024.07.2786

Fecha de envío Oct 16, 2023, Fecha de aceptación Jul 18, 2024,

Fecha de publicación Aug 7, 2024

Correspondencia a Universidad de Los Lagos, Vía Chinquihue, Puerto Montt, Región de Los Lagos, Chile

IDEAS CLAVE

- Se realiza un análisis de antecedentes de contexto, investigaciones, políticas públicas y legislación vigente en Chile.
- Se evidencia una atomización y una orientación biomédica en la operacionalización de las políticas.
- Evento que se evidencia en la falta de formación de los profesionales de la salud y de investigaciones recientes.

el informe de 2017 la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), plantea la necesidad de reformar las políticas sociales [6].

Lo anterior nos lleva a preguntarnos ¿cómo construimos políticas públicas que abarquen complementariamente esta dimensión socio-histórica de la sexualidad, más allá de lo sexual y reproductivo en la vida de las personas, y que establezcan directrices para el personal de salud? Responder desde la política pública integral en todo el ciclo de vida, pasaría entonces por comprender la diversidad de manifestaciones inherentes a la individualidad; determinadas por las lógicas o modelos de desarrollo de cada sociedad.

El concepto persona mayor implica múltiples vivencias del envejecimiento. La única constante en este grupo es su heterogeneidad. Si bien existen cambios biológicos asociados, también son determinantes variables psicosociales como género, estado civil, tipo de convivencia familiar, estilo de vida, patologías existentes, situación socioeconómica, entre otras [7]. En esta línea, son relevantes las diferentes formas de ajuste a partir de particularidades y experiencias de vida. Esto generaría diversas expresiones de la sexualidad, lo que hace más complejo el reto para la política pública, y evidencia los vacíos que la caracterizan en la actualidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la sexualidad como "un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales". Sin embargo, no sería en estos términos como se refleja en la legislación y las políticas públicas [2].

El propósito de este trabajo es realizar una aproximación crítica, a partir del análisis de antecedentes de contexto, investigación, políticas públicas y legislación vigentes en Chile, para colaborar en la comprensión de la relación fragilidad/sexualidad en personas mayores, y mostrar tareas de formación e investigación pendientes para la generación de políticas públicas para una vida activa y saludable.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión narrativa, a partir de diferentes bases de datos: Scopus, SciELO y Google Scholar, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Diario Oficial de la República de Chile Ministerios de Salud y Desarrollo Social de Chile, OMS y Organización Panamericana de la Salud (OPS). En función de palabras o frases clave; persona mayor o adulto mayor y sexualidad fragilidad, políticas públicas vigentes en Chile a 2023. Para los efectos, se consideraron como criterios de inclusión a personas mayores chilenas, informes y reportes emanados de organismos gubernamentales e investigaciones referidas a la realidad chilena entre 2017 y 2023. Se realizó una contrastación reflexiva-crítica de los antecedentes encontrados.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN**Perfil epidemiológico y sexualidad en personas mayores**

Los cambios propios del envejecimiento no son lineales ni homogéneos, tienen origen multidimensional y expresiones diversas. Esta etapa vital está influenciada por el entorno y estilo de vida. No obstante, el envejecimiento fisiológico conlleva mayor vulnerabilidad, debido a la disminución progresiva de la capacidad del organismo para adaptarse a su entorno. Asimismo, en el aspecto psicosocial, se produce una transformación y disminución de los roles [8]. Al envejecer ocurren cambios en la imagen corporal que limitan las actividades. En la sexualidad, el envejecimiento se relaciona con aspectos negativos vinculados a creencias, actitudes culturales, cambios hormonales, situaciones médicas, entre otros [9]. Sin embargo, se reporta que amor y sexualidad continúan siendo importantes en la vida del ser humano, a pesar de sus propias percepciones y prácticas respecto a ella, que pueden limitar o favorecer su expresión y disfrute en la vejez [10]. También ocurre con el bienestar subjetivo, determinado por el grado de apoyo que la persona mayor percibe de su entorno, el género y la ausencia de síntomas depresivos [11].

Los cambios morfológicos y funcionales aumentan el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles; cardiopatías, afecciones cerebrovasculares, musculoesqueléticas y respiratorias, cáncer y demencia, junto a otras patologías discapacitantes recurrentes como la pérdida de audición, visión y movilidad. Asimismo, se caracteriza por la aparición de estados complejos de salud o síndromes geriátricos, producto de múltiples factores subyacentes como fragilidad, incontinencia, caídas y estados delirantes.

Por otra parte, la fragilidad se puede entender como resultante de la disminución de las capacidades en personas mayores para enfrentar tanto el medio interno como externo.

Fried *et al.* [12] la definen como un estado de mayor vulnerabilidad que aumenta el riesgo de deterioro funcional de distintos sistemas, que puede llevar a discapacidad e institucionalización [13]. Estudios internacionales evidencian que, entre sus factores asociados se presentan la edad avanzada, sexo femenino, estado nutricional alterado, ausencia de estudios, viudedad, depresión y bajo nivel socio-económico. Mientras que, una buena calidad de vida autopercebida y la ausencia de hábitos tabáquicos y alcohólicos, constituyen factores protectores [14]. En Chile la prevalencia es de 10,9% (7,7% en hombres y 14,1% en mujeres). Esta proporción va aumentando con la edad, afectando al 60% de la población mayor de 80 años [15,16].

Sobre la base del perfil epidemiológico histórico de la población de personas mayores, en Chile se consolidó la orientación técnica del examen de medicina preventiva del adulto mayor, la valoración funcional de la persona mayor, y el programa de alimentación complementaria para personas mayores, destinado a quienes presentan criterios de fragilidad. Esto se realizó en 2014 mediante la Resolución N° 92, como estrategia comunitaria para detectar fragilidad y predecir pérdida de funcionalidad a nivel de atención primaria,

Es aceptado que una vida sexual activa disminuye el riesgo de mortalidad y el estrés, fomentando apoyo y compañía, además de ser un factor de protección de la salud mental y psicológica [17]. La relación entre fragilidad y deterioro de la sexualidad no está claramente evidenciada en la literatura. Sin embargo, la fragilidad sería un determinante en el deterioro y pérdida de la sexualidad en personas mayores [18].

Según Torres [19] las personas mayores visualizan la sexualidad como positiva, como una actividad que les gustaría expresar. No obstante, se antepone estereotipos sociales, prejuicios propios y ajenos, características de la vivienda y las propias creencias. Estudios destacan que entre 40 y 60% de la población mayor de 60 años es sexualmente activa. La mayoría de los autores reportan que los hombres son más activos sexualmente que las mujeres [20,21], y que la mayoría de las personas adultas consideran que su vida sexual debe ser además de activa, satisfactoria. La sexualidad constituye un aspecto central de calidad de vida en la vejez, y una mirada integral e integradora puede aportar información para la generación de políticas públicas y mejorar la atención de esta población.

Lawrance y Byers [22] proponen una definición de vida sexual satisfactoria como la respuesta afectiva del individuo, derivada de la evaluación subjetiva de dimensiones positivas (recompensas) y negativas (costes) de su relación sexual. Satisfacción y bienestar sexuales están estrechamente relacionados con longevidad, bienestar psicológico, función sexual y calidad de vida en personas mayores [23,24].

Sin embargo, implica mucho más que la calidad de vida, que ha sido incorporada progresivamente a la mirada médica con el enfoque de los determinantes sociales. Se requiere una comprensión de la sexualidad como fenómeno complejo, que no puede ser encasillado en variables que quisiéramos controlar,

ignorando que es sobre todo una construcción subjetiva del ser humano. En este sentido, la incorporación de preguntas en la ficha clínica relacionadas con la vida sexual en sus dimensiones funcional y también afectiva, podría favorecer un diagnóstico más integral, no solo de las personas mayores. Esta información permitiría ajustar las intervenciones en aspectos que generalmente no son el motivo de consulta principal al ser considerados culturalmente como un asunto de la vida privada, por lo que son ignorados.

Se presenta mayor satisfacción sexual en personas entre 65 y 75 años que están en una relación, cuando existe equilibrio favorable entre recompensas sexuales, como aspectos emocionales positivos vinculados con la relación, y costes negativos, como aspectos físicos asociados a la actividad sexual, o tener problemas de salud. Dado que la percepción de coste/beneficio es individual, los autores enfatizan el rol ausente de pre conceptos que deben tener los profesionales de salud que asisten a personas mayores, así como la importancia de aspectos diádicos de la relación construida.

Fragilidad y sexualidad

En 2017 la OMS publicó la Guía de Atención Integrada para personas mayores (ICOPE por sus siglas en inglés, *Integrated Care for Older People*), señalando directrices sobre intervenciones a nivel comunitario para gestionar la optimización de capacidad intrínseca y capacidad funcional como clave del envejecimiento saludable. Se trata de un enfoque integrado e integrador para políticas dirigidas a personas mayores. La OPS declaró [25] que "tradicionalmente la atención de salud de las personas mayores se ha centrado en las enfermedades, situando el diagnóstico y el tratamiento en el centro de interés. Tratar las enfermedades sigue siendo importante, pero si todos los esfuerzos se concentran en ellas, se tiende a desatender los problemas de audición, memoria, movilidad y otras alteraciones frecuentes de la capacidad intrínseca que están asociadas con la vejez".

Esta declaración resulta contradictoria, pues parece señalar que "problemas de audición, memoria" asociados a la vejez no serían enfermedades. Además, hace que esta orientación resulte "desorientadora", manteniendo el foco en las enfermedades al caracterizar la fragilidad desde lo biológico [18], soslayando otros determinantes sociales y de la esfera afectiva. Ésta "contradicción" podría ser un error involuntario. Sin embargo, al examinar el texto en el contexto encontramos que se traduce en orientaciones apegadas al enfoque biomédico.

Apuntando a la integralidad, la OMS define capacidad intrínseca como la combinación de capacidades físicas y mentales de una persona y define capacidad funcional como la combinación/interacción de capacidad intrínseca con el entorno. La Guía de Atención Integrada para personas mayores no contempla un esquema de atención que aborde la sexualidad en personas mayores. Este vacío y la falta de integralidad se reflejan en las políticas públicas, como se verá en el caso chileno.

Considerando que los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento son determinantes de calidad de vida, al igual que aspectos psicosociales como nivel educativo, género y nivel socio económico, la fragilidad se vincula con deterioro del funcionamiento sexual general, angustia relacionada con la función sexual y disfunción eréctil, así como con la percepción de bienestar auto reportada. Freak-Poli [26] concluye que personas mayores no institucionalizadas presentan un menor deterioro físico y una mayor participación en actividades sexuales. Ello se asocia a un menor deterioro cognitivo. Existe consenso en que personas evaluadas por déficits relacionados con fragilidad, pueden beneficiarse de una valoración de la salud sexual como aspecto importante del bienestar y calidad de vida [18]. Esto porque, aunque existen cambios biológicos asociados al envejecimiento, las variables psicosociales de género, estado civil, convivencia familiar, estilo de vida, patologías existentes y situación socioeconómica, entre otras, pasan a ser determinantes [27].

A pesar de la relevancia de la sexualidad para el bienestar humano, está ausente de manera explícita en las consultas y atenciones sanitarias que reciben las personas mayores [28]. Revisiones sistemáticas reportan que profesionales de la salud refieren no estar capacitados para apoyar a personas mayores en aspectos relacionados con su intimidad y vida sexual [28,29]. La mayor parte de ellas/os no han recibido orientación ni capacitación necesaria para reconocer y abordar eficazmente las disminuciones de la capacidad intrínseca. En consecuencia, es una recomendación global el fortalecer la formación del personal sanitario y el desarrollo de políticas públicas como estrategias para contribuir con el bienestar de personas mayores. La capacitación debe estar orientada hacia la comprensión de la diversidad de manifestaciones de la individualidad, desafiándonos a desarrollar formas de abordaje e indicadores para caracterizar el fenómeno desde la integralidad, tal como lo declaran la OMS y OPS, e incorporarlas a herramientas como la ficha clínica. Es necesario superar nuestra incapacidad y resignación frente a las complejidades del fenómeno, lo que se refleja en políticas públicas insuficientes para atenderlo.

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la vulnerabilidad es el resultado de la exposición a riesgos, condiciones de vida e incapacidad para hacerles frente (ya sea por mecanismos personales o por apoyo externo), e inhabilidad para adaptarse, mejorar la situación o impedir el deterioro. Es una situación en la que un individuo no posee, o cree no poseer, las herramientas necesarias para enfrentar una amenaza vinculada recursivamente con el cómo la situación social en que se encuentre, influye en la gestión y acceso a herramientas para afrontar amenazas a su salud [30].

Lo mencionado permite indicar que la fragilidad y la vulnerabilidad están íntimamente relacionadas. La fragilidad es constitutiva de la vulnerabilidad, que amplía la mirada a lo social, superando y conteniendo a las esferas biológica y psicológica. Este enfoque social se refiere a grupos postergados,

minoritarios y vulnerados, que comparten condiciones de vida entendidas como riesgos para su vida y salud, desde lo individual y colectivo, y la capacidad de hacer frente a dichos riesgos (resiliencia) [31,32]. Además, este enfoque ayuda a entender cómo es reportado, por ejemplo, que la principal influencia negativa para el ejercicio de la sexualidad en personas mayores resultó ser la falta de privacidad [9]. La comprensión de la complejidad/sinergia de ambas, podría facilitar los procesos de concepción, orientación y foco de las políticas públicas en Chile, considerando fragilidades y vulnerabilidades intrínsecas y extrínsecas como fenómeno transdimensional, individual y colectivo. Ello permitiría comprender la determinación de la sexualidad en el marco de las condiciones en que viven las personas mayores.

Modelo de desarrollo y políticas públicas para la salud sexual de personas mayores en Chile

La OMS en 2002, creó el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, con tres ejes principales:

1. Desarrollo.
2. Fomento al bienestar.
3. Entornos favorables.

Los países firmantes se comprometen a incorporar el envejecimiento en las estrategias, políticas y acciones socio-económicas [31]. El gobierno de Chile promulgó en 2017, mediante el Decreto 162, la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. Este instrumento propone entre sus objetivos y metas para cada uno de los ejes protección de derechos humanos, participación social, educación e inclusión social. También incorpora el acceso a servicios de salud integrales para preservar la funcionalidad y autonomía, junto con posibilitar que las personas mayores disfruten de ambientes físicos, sociales y culturales sanos [32]. Esto se traduce en planes de salud y educación, además de programas de los Ministerios de Salud y de Desarrollo Social, coordinados y supervisados por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Este servicio, creado en 2002 con la Ley 19 828, establece en su Artículo 3° que “se encargará de proponer las políticas destinadas a lograr la integración familiar y social efectiva del adulto mayor y la solución de los problemas que lo afectan” [8]. Aquí cabe preguntarse si dentro de estas políticas y de los problemas que afectan a los adultos mayores, se considera el ejercicio pleno de su sexualidad.

Por otra parte, el Servicio Nacional del Adulto Mayor, apegado al modelo de desarrollo vigente de estado subsidiario, no se encarga directamente de la ejecución de las políticas, sino que actúa mayormente como intermediario o facilitador de la ejecución por el sector privado y otros actores sociales a través del mecanismo de tercerización o fondos concursables, tal y como se establece en el artículo 3 de la Ley 19 828. En Chile, donde no existe una ley específica que proteja a las personas mayores o que promueva el ejercicio sano y pleno de su sexualidad, parece necesario profundizar el análisis de los

fondos concursables. Se debe dilucidar si estos serían funcionales como instrumentos de políticas públicas al modelo de desarrollo neoliberal en marcha, y quizás no al bienestar integral de las personas mayores.

El Estado considera tres grandes estrategias de atención:

1. Promoción del envejecimiento saludable y buenas prácticas de cuidado mediante el trabajo intersectorial.
2. Mejora de la calidad en la Atención Primaria.
3. Instalación en hospitales de alta complejidad del modelo de atención geriátrica integral en red [8].

En consecuencia, los equipos de salud han debido transitar hacia un enfoque preventivo, con énfasis orientado a mantener la funcionalidad de las personas mayores.

Específicamente, el Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud declara como objetivo el “contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la salud sexual y reproductiva de las personas, en todas las etapas de su ciclo vital, integrando las distintas orientaciones sexuales e identidades de género” [33]. No obstante, llama la atención que sus orientaciones y actividades se concentren casi exclusivamente en mujeres y en la salud reproductiva, ignorando que tanto los hombres como otras diversidades de género deberían ser objeto de atención. Además, no se cumple su objetivo de contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la salud sexual. Este programa no contempla actividades o protocolos de atención en este ámbito, invisibilizado y considerado tabú.

El Servicio Nacional del Adulto Mayor estima que los adultos son personas funcionalmente sanas, cuando son capaces de enfrentar los cambios en la vejez con un nivel adecuado de adaptabilidad y satisfacción personal [34]. Sin embargo, al hablar de funcionalidad no menciona la sexualidad de las personas mayores, dando por descontado que no existiría, o que en las personas mayores estaría fuera de consideración, con su sexualidad excluida del ámbito de las políticas públicas y, en el mejor de los casos, excluyendo al amor como fundamento.

En 2002, al alero del Servicio Nacional del Adulto Mayor, se decretó una sucesión de políticas y órganos vinculadas a instituciones, organismos y programas para permitir su implementación por parte de diferentes instancias, públicas y privadas. Otras acciones en esta línea son el Fondo Nacional del Adulto Mayor, los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), el Fondo de Subsidios para Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM), Centros Diurnos del Adulto Mayor y el Fondo de Servicios de Atención de Vivienda al Adulto Mayor. A ellas se suman los programas Vínculos, Envejecimiento Activo, Voluntariado País de Mayores, Buen Trato al Adulto Mayor, el programa Cuidados Domiciliarios, junto con los aportes directos en dinero como el Aporte Previsional Solidario de Vejez y la Pensión Garantizada Universal.

Este conjunto de políticas, programas, instituciones y otras, comparten objetivos como favorecer la funcionalidad, autonomía, autogestión, integración social e independencia de adultos mayores. Para ello, entregan servicios para personas en

situación de dependencia y/o vulnerabilidad, que contribuyan a satisfacer necesidades básicas y mejoren su calidad de vida. Además, promueven la instalación de residencias o centros de apoyo (Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores) para quienes, por motivos biológicos, psicológicos o sociales; requieren de un hábitat protegido y cuidados diferenciados para mantener su salud y funcionalidad. Estos establecimiento también brindan apoyo psicosocial individual y grupal que permita fortalecer su identidad, autonomía y sentido de pertenencia, aunados a la provisión de servicios integrales de vivienda y cuidados socio-sanitarios a personas mayores de 60 años. De manera complementaria, garantizan un aporte monetario mensual que busca complementar las pensiones de vejez que reciben sus usuarios [35]. Todo de acuerdo al propósito declarado institucionalmente, sin que necesariamente se corresponda con la realidad de las personas mayores en Chile.

Las políticas, planes y programas tributan mayoritariamente a la lógica de fondos concursables, sustentada en un amplio y detallado marco legal, que establece, regula y garantiza el carácter de subsidiariedad del Estado. Como lo declara el Servicio Nacional del Adulto Mayor: “todo esto se logra, a través del financiamiento de proyectos de cuidados domiciliarios, a instituciones públicas y privadas sin fines de lucro, que cuentan con experiencia de trabajo con adultos mayores dependientes”. Ello facilita la minimización del Estado y sus responsabilidades sociales (derechos sociales), así como la derivación del flujo de recursos hacia un sector privado (Ongs y fundaciones). Estas organizaciones en muchos casos son monopólicas y, fiel al modelo neoliberal, generalmente tributan a la lógica del lucro, competencia y costo/beneficio. La consecuencia es que abren un espacio de negocios [36], con una expansión exponencial, generando inequidad en Chile en las últimas décadas [37]. Es por ello que insistimos en que merece investigación, debido a los grados de determinación que estas organizaciones ejercerían en el cumplimiento de los objetivos declarados por el Estado y los privados, los que en muchos casos no coinciden. Es necesario poner foco en la desigualdad e inequidad, factores determinantes para el desarrollo de fragilidad y vulnerabilidad. Sin embargo, aun así corremos el riesgo de “olvidar” nuevamente a la sexualidad como elemento central de la vida, en específico de las personas mayores. Entonces, ¿las políticas públicas en Chile se hacen cargo de la atención de la sexualidad de la población general, y en particular de las personas mayores?

Políticas públicas para la salud sexual y reproductiva o ¿solo reproductiva?

Al ser analizadas, las políticas dependientes de los Ministerios de Desarrollo Social y de Salud, nos muestran que en alguna medida el Ministerio de Desarrollo Social se ocupa de prevenir y/o mitigar la fragilidad y/o vulnerabilidad de personas mayores en condición de riesgo, con el propósito declarado de mantener o recuperar la funcionalidad en sus vidas; mientras que nominalmente, el Ministerio de Salud se ocupa de la salud

sexual y reproductiva a través de sus planes y programas [8]. Pero ¿se considera al ejercicio de la sexualidad como constituyente de la funcionalidad? Y nos referimos no solo a las personas mayores, sino a toda la población. Además, cuando se habla de salud sexual y reproductiva, ¿solo se refieren a las infecciones de transmisión sexual, trastornos de la reproducción o a los embarazos no deseados? ¿Cómo es considerada la esfera emocional, el amor más allá de lo fisiológico? Queremos dejar claro que estas interrogantes no pretenden ignorar, excluir, ni minimizar la importancia de los aspectos objeto de las actuales políticas públicas (que son problemas graves e innegables, o de los incuestionables aportes del modelo biomédico a la atención de las personas mayores), sino que pretenden evidenciar algunos vacíos y tareas pendientes.

El sesgo biologicista y centrado en la enfermedad que parece orientar a las políticas públicas, que si bien se ocupan de la salud reproductiva del ser humano, en la práctica parecen invisibilizar la salud sexual a pesar de lo declarativo. La patologización de sexualidad y la vida revela la incapacidad del enfoque mecanicista-biomédico para comprenderlas desde una mirada integral e integradora. Asimismo, puede ayudar a comprender la potencia y vigencia de un paradigma que nos hace ver la realidad de una manera, y nos impide verla de cualquier otra [38]. La sexualidad reducida al terreno individual de la vida íntima, del tabú y de atavismos, da cuenta de rezagos o sellos de cierta moralidad con tintes religiosos, inexcusablemente presentes en la política pública que se autodenomina laica.

La sexualidad es reconocida como un aspecto importante en la calidad de vida. Sin embargo, su estudio estaría siendo condicionado por la complejidad del tema y lo incómodo del abordaje. Ello dificulta su conocimiento, además los estudios se concentran en los trastornos de la sexualidad o disfunciones sexuales, como los clasifican el Manual de Diagnóstico y Estadísticas para Enfermedades Psiquiátricas, V edición (DSM V), de la Asociación Psiquiátrica Americana [39]. Dicho manual las clasifica en trastornos del deseo, excitación, falla orgásmica, ansiedad por el desempeño sexual, eyaculación precoz y dispareunia. En Chile, al igual que en otros países, se reportan prevalencias de más del 50% de estas morbilidades que impactarían la calidad de vida [40–42]. La mayoría de los estudios se han concentrado en mujeres menopáusicas y hombres con disfunción eréctil, desde un enfoque instrumental que solo aporta intervenciones farmacológicas como respuesta, ignorando el componente afectivo: el amor. Reconociendo que puede existir sexualidad sin amor, esta no es la de mejor calidad, por lo que es necesario darle un lugar al amor a la pareja en la consulta/atención de las personas mayores, como dimensión transversal a todas las políticas públicas en la educación formal y en los medios de comunicación. Esto podría ayudar a conjurar prejuicios y atavismos culturales fuertemente instalados en nuestras sociedades.

En términos de política pública esto se refleja en Chile en el “Programa piloto de prestaciones de salud sexual”, que propone el suministro de sildenafil a hombres y lubricantes a

mujeres mayores. Este programa fue presentado para evaluación al Senado de la República en 2018 por los Ministerios de Salud y de Desarrollo Social, siendo calificado favorablemente y recomendando su ejecución. Este es un ejemplo de políticas y programas basados en la oferta y sus posibilidades resolutorias, y no en la demanda y las necesidades de la gente. Se trata de una tendencia que en paralelo y profusamente también han seguido (o posiblemente inducido) los prestadores privados de servicios del sector salud en Chile, de la mano con la industria químico-farmacéutica al identificar un lucrativo espacio de negocios. En este caso, sería el sildenafil, cuyos volúmenes de ventas (con o sin receta médica) fueron estimados en el 1,5% del total del mercado de medicamentos en 2013 [43]. Más aún, se ha encontrado evidencia desde 2012, y sobre todo a partir de 2018, de programas piloto de municipalidades (en algunos casos en el marco de campañas electorales), que entregarían estos “kit” de “viagra + lubricantes” a las parejas mayores de 50 años que los soliciten [44,45].

CONCLUSIONES

Analizar el conjunto de políticas, planes y programas del Ministerio de Salud, Servicio Nacional del Adulto Mayor y Ministerio de Desarrollo Social vigentes en Chile, evidencia su enfoque biomédico y cronológico, que etiqueta y segrega a las personas mayores como intrínsecamente vulnerables, dependientes y objeto de cuidados. Esto contradice la promoción del “autocuidado-autonomía, reconocimiento y ejercicio de sus derechos”, contrastando con la posibilidad y alcances de un enfoque de política pública complementario, cronológico, social y participativo, y sobre todo con un abordaje integral e integrador del ciclo de la vida.

Es necesario promover políticas y programas no patologizadoras de la vida y la sexualidad de las personas mayores, que sin descuidar lo reproductivo, contribuyan al bienestar y desarrollo físico, mental y social de la salud sexual. Estas deben superar atavismos y tabúes injustificables, junto con posibilitar el vivir y amar. Se requiere construir y proponer un enfoque integral e integrador, que contenga y trascienda el modelo biomédico y la epidemiología de riesgo. De igual forma, se necesita transitar hacia el paradigma crítico de la epidemiología (Epidemiología Crítica y Determinación Social) que entrelaza el replanteo del objeto complejo, la innovación categórica y operaciones metodológicas, que posibiliten su implementación en una determinación sociohistórica relacionando objeto, sujeto y campo de praxis [46,47].

En segundo término, el analizar la relación entre vulnerabilidad, fragilidad y sexualidad en personas mayores en el contexto de las políticas públicas de Chile, revela el vacío que existe respecto de la sexualidad como constituyente importante de la vida de personas mayores, aspecto reconocido a nivel nacional e internacional. La sexualidad no se menciona o se soslaya, posiblemente obedeciendo a atavismos o enfoques limitados de la vida y la salud. Esto evidencia el desafío de investigación pendiente, que sirva de insumo para políticas

públicas integrales e integradoras para una vida sexual activa y saludable. Esto es fundamental para que la mayor esperanza de vida, pueda traducirse en mejor calidad de vida, integrando el disfrute del amor en su sentido más amplio.

En algunos países se han promovido principios constitucionales para fomentar el buen vivir, la calidad de vida y vida saludable como una ética integral de la salud. Dicha ética implica la bioética y también la determinación social de la salud, con políticas públicas que apuntan a una sociedad sustentable, soberana, solidaria y saludable/biosegura. Estas políticas deben hacer posibles procesos protectores y soportes colectivos, familiares e individuales, que sustenten una mayor longevidad con buena calidad de vida. Además deben prevenir riesgos y potenciar una plena actividad física en todas las edades, para disfrutar el amor, el placer y la espiritualidad. En este contexto, la atención primaria de salud en la comunidad es la base para alcanzar resultados sanitarios positivos [46,48].

En tercer lugar, frente a la falta de orientación y capacitación declarada por los profesionales de la salud para apoyar a personas mayores en cuanto a su intimidad y vida sexual, o para reconocer y abordar las disminuciones de capacidad intrínseca en nuestras personas mayores, resulta inaplazable repensar-reorientar los programas de estudio de las carreras de la salud. Con ello se busca favorecer la conformación de equipos multidisciplinarios capaces de responder a las necesidades de investigación, educación y generación de políticas públicas. Esto podría contribuir a responder al hecho de que la sexualidad esté ausente de las consultas y atenciones sanitarias a personas mayores en Chile.

La elaboración de políticas públicas y la formación del talento humano deben ir de la mano, pensando en el bienestar de las personas mayores. Es necesario generar un cambio de paradigma desde una educación centrada en la reproducción, hacia una experiencia holística de la intimidad en la vejez, cuando algunas funciones fisiológicas declinan.

Por último, dado que en Chile no existe una ley específica que proteja a las personas mayores y promueva el ejercicio pleno de su sexualidad, es necesario repensar y reformular el rol subsidiario del Estado, y el papel de los fondos concursables en las políticas públicas. Se debe avanzar hacia un Estado que responda con programas específicos a las necesidades de la población, más que a las del sector privado; que obedezca más a la lógica del bienestar y menos a la lógica del mercado; y que responda al derecho a la salud y a una sexualidad plena de las personas mayores.

Autoría PEVL, MMAC, MPVM: contribuyeron conjunta y equitativamente en todas las fases de la planificación y escritura del manuscrito original.

Agradecimientos Agradecemos el apoyo del Centro Interuniversitario de Envejecimiento Saludable CIES. CODE RED1993.

Conflictos de intereses Todos los autores declaran no tener relaciones financieras con organizaciones que pudieran tener algún interés en el artículo ni otras relaciones, conflictos de interés o actividades que pudieran influenciar su publicación.

Financiamiento Todos los autores declararon que ésta publicación ha sido financiada con fondos provenientes del proyecto CIES004 “Síndrome de fragilidad y sexualidad en personas mayores residentes en Chile, periodo 2023-2024”, que forma parte del Proyecto “Centro Interuniversitario de Envejecimiento Saludable”. CODE RED1993.

Idioma del envío Español.

Origen y revisión por pares No solicitado. Con revisión externa por cuatro pares revisores, a doble ciego.

REFERENCIAS

1. In: Población de 65 años de edad y más (% del total) - Chile [Internet]. World Bank Open Data; <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.65UP.TO.ZS?view=chart&locations=CL>
2. Huenchuan S, Rodríguez-Piñero L. Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección. In: Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Internet]. 2010. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/3803-envejecimiento-derechos-humanos-situacion-perspectivas-proteccion>
3. CEPAL. Derechos humanos de las personas mayores en Chile en tiempos de pandemia: acciones de promoción desde el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). In: Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Internet]. <https://www.cepal.org/es/enfoques/derechos-humanos-personas-mayores-chile-tiempos-pandemia-acciones-promocion-servicio>
4. Instituto Nacional de Estadísticas. In: Demografía y Vitales [Internet]. <http://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/demografia-y-vitales>
5. Instituto Nacional de Estadísticas. Adultos mayores en Chile: ¿Cuántos hay? ¿Dónde viven? ¿Y en qué trabajan? 2024. <http://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/seguridad-publica-y-justicia/seguridad-ciudadana/2020/04/15/adultos-mayores-en-chile-cuántos-hay-dónde-viven-y-en-qué-trabajan>
6. OECD. In: Health at a Glance 2023 [Internet]. 2023. <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/7a7afb35-en>
7. World Health Organization. In: Envejecimiento y salud [Internet]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
8. MINSAL. Plan nacional de salud integral para personas mayores y su plan de acción 2020-2030. 2021. https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Plan-Nacional-de-Salud-Integral-para-Personas-Mayores_v2.pdf
9. González Domínguez RA, Núñez Rodríguez LM, Hernández Pupo O, Betancourt Navarro M. Sexualidad en el adulto mayor: Mitos y realidades. *Rev Arch Méd Camagüey*. 2005;9: 67-77.
10. Bohórquez Carvajal JD. Sexualidad y senectud. *Hacia Promoc Salud*. 2008;13: 13-24.
11. Mella R, González L, D'Appolonio J, Maldonado I, Fuenzalida A, Díaz A. Factors Associated With Subjective Well-Being in Older People. *Psyche Santiago*. 2004;13: 79-89. <https://doi.org/10.4067/S0718-22282004000100007>

12. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2001;56: M146–M157. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>
13. Martínez-Reig M, Flores Ruano T, Fernández Sánchez M, Noguero García A, Romero Rizos L, Abizanda Soler P. Fragilidad como predictor de mortalidad, discapacidad incidente y hospitalización a largo plazo en ancianos españoles. *Estudio FRADEA. Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 2016;51: 254–259. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2016.01.006>
14. Menéndez-González L, Izaguirre-Riesgo A, Tranche-Iparraguirre S, Montero-Rodríguez Á, Orts-Cortés MI. Prevalencia y factores asociados de fragilidad en adultos mayores de 70 años en la comunidad. *Atención Primaria*. 2021;53: 102128. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102128>
15. Srinivasan S, Glover J, Tampi RR, Tampi DJ, Sewell DD. Sexuality and the Older Adult. *Curr Psychiatry Rep*. 2019;21. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1090-4>
16. Troncoso-Pantoja C, Concha-Cisternas Y, Leiva-Ordoñez AM, Martínez-Sanguinetti MA, Petermann-Rocha F, Díaz-Martínez X, et al. Prevalencia de fragilidad en personas mayores de Chile: resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2016–2017. *Rev Méd Chile*. 2020;148: 1418–1426. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020001001418>
17. Liu H, Waite LJ, Shen S, Wang DH. Is Sex Good for Your Health? A National Study on Partnered Sexuality and Cardiovascular Risk among Older Men and Women. *J Health Soc Behav*. 2016;57: 276–96. <https://doi.org/10.1177/0022146516661597>
18. Lee DM, Tajar A, Ravindrarajah R, Pye SR, O'Connor DB, Corona G, et al. Frailty and Sexual Health in Older European Men. *The Journals of Gerontology*. 2013;68: 837–844. <https://doi.org/10.1093/gerona/gls217>
19. Torres Mencía S, Rodríguez Martín B. Percepciones de la sexualidad en personas mayores: una revisión sistemática de estudios cualitativos. *Rev Esp Salud Publica*. 2019;93. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100105
20. Freak-Poli R, Kirkman M, De Castro Lima G, Direk N, Franco OH, Tiemeier H. Sexual Activity and Physical Tenderness in Older Adults: Cross-Sectional Prevalence and Associated Characteristics. *J Sex Med*. 2017;14: 918–927. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.05.010>
21. Palacios-Ceña D, Carrasco-Garrido P, Hernández-Barrera V, Alonso-Blanco C, Jiménez-García R, Fernández-de-las-Peñas C. Sexual behaviors among older adults in Spain: results from a population-based national sexual health survey. *J Sex Med*. 2012;9: 121–9. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02511.x>
22. Lawrence KA, Byers ES. Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*. 1995;2: 267–285. <https://onlinelibrary.wiley.com/toc/14756811/2/4> <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1995.tb00092.x>
23. Heiman JR, Long JS, Smith SN, Fisher WA, Sand MS, Rosen RC. Sexual Satisfaction and Relationship Happiness in Midlife and Older Couples in Five Countries. *Arch Sex Behav*. 2011;40: 741–753. <https://doi.org/10.1007/s10508-010-9703-3>
24. In: Nottingham study of sexuality & ageing (NoSSA I). Attitudes regarding sexuality and older people: a review of the literature: *Sexual and Relationship Therapy* [Internet]. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14681990600618879>
25. Organización Panamericana de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Atención integrada para las personas mayores (ICOPE): Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. Manual. 2020; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51973>
26. Freak-Poli R, Licher S, Ryan J, Ikram MA, Tiemeier H. Cognitive Impairment, Sexual Activity and Physical Tenderness in Community-Dwelling Older Adults: A Cross-Sectional Exploration. *Gerontology*. 2018;64: 589–602. <https://doi.org/10.1159/000490560>
27. WHO. In: Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042>
28. Lindau ST, Dale W, Feldmeth G, Gavrilova N, Langa KM, Makelarski JA, et al. Sexuality and Cognitive Status: A U.S. Nationally Representative Study of Home-Dwelling Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2018;66: 1902–1910. <https://doi.org/10.1111/jgs.15511>
29. Horne M, Youell J, Brown LJE, Simpson P, Dickinson T, Brown-Wilson C. A scoping review of education and training resources supporting care home staff in facilitating residents' sexuality, intimacy and relational needs. *Age Ageing*. 2021;50: 758–771. <https://doi.org/10.1093/ageing/afab022>
30. Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile. In: Universidad del Desarrollo [Internet]. 2016. <http://hdl.handle.net/11447/1459>
31. SENAMA. In: Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento de Madrid [Internet]. 2002. <https://www.senama.gob.cl/storage/docs/Plan-de-Accion-Mundial-sobre-el-Envejecimiento-Madrid-2002.pdf>
32. CEPAL. Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. In: Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Internet]. 2004. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/2786-estrategia-regional-implementacion-america-latina-caribe-plan-accion>
33. MINSAL. Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo. 2008. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/795c688fd24acd68e04001011e013bfb.pdf>
34. Condeza AR, Bastías G, Valdivia G, Cheix C, Barrios X, Rojas R, et al. Adultos mayores en Chile: descripción de sus necesidades en comunicación en salud preventiva.

- Cuadernos.info. : 85–104. <http://ojs.uc.cl/index.php/cdi/issue/view/1459> <https://doi.org/10.7764/cdi.38.964>
35. SENAMA. In: Servicio Nacional del Adulto Mayor [Internet]. <http://www.senama.gob.cl/programas-y-beneficios>
 36. Villasana P, Álvarez E, Ortiz N. Sociedad Civil y cáncer en Chile: de la caridad a las políticas públicas. Santiago de Chile: Kurü Trewa; 2022.
 37. Villasana López PE, Monteverde Sánchez A, Vergara Lasnibat F. Derecho a la salud y neoliberalismo en Venezuela y América Latina: crónica incompleta de una narrativa en disputa (1960 – 2021). *Rev Filos.* 2022;39: 378–97.
 38. López PEV. El discurso de la trampa del discurso: acerca del sentido histórico del discurso de la eficiencia y la eficacia en el sector salud en Venezuela. Ediciones Asociación de Profesores de la Universidad de Carabobo. 2009.
 39. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-5. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2014. p. 947.
 40. In: Disfunción sexual en la mujer chilena [Internet]. 2009. <https://www.medwave.cl/2001-2011/4211.html>
 41. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA.* 1999;281: 537–44. <https://doi.org/10.1001/jama.281.6.537>
 42. Bustos B. G, Pérez V R. Relación entre factores psicosociales y el Índice de Función Sexual Femenina en población rural de la comuna de Teno, Región del Maule. *Perinatología y Reproducción Humana.* 2018;32: 9–18. <https://doi.org/10.1016/j.rph.2018.03.014>
 43. MInisterio de Economía, fomento y turismo. In: El Mercado de Medicamentos en Chile [Internet]. <https://www.economia.gob.cl/wp-content/uploads/2013/04/Boletin-Mercado-de-Medicamentos.pdf>
 44. DAS - San Pedro de la Paz. Lanzamiento programa de sexualidad en el adulto mayor. <https://www.dasspp.cl/sitio/2016/05/23/lanzamiento-programa-de-sexualidad-en-el-adulto-mayor/>
 45. Cooperativa.cl. In: Adultos mayores de Concepción recibirán viagra y lubricantes [Internet]. 2024. <https://cooperativa.cl/noticias/pais/region-del-biobio/adultos-mayores-de-concepcion-recibiran-viagra-y-lubricantes/2019-09-12/104201.html>
 46. Breilh J. determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2013;31: 13–27. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002 <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.16637>
 47. Breilh, J. Epidemiología crítica y la salud de los pueblos. In *Critical Epidemiology and the People's Health.* Oxford University Press. 2021. Disponible en <https://doi.org/10.1093/med/9780190492786.001.0001> <https://doi.org/10.1093/med/9780190492786.001.0001>
 48. Cortés-Tello, F. A., Silva-Jiménez, D., Andrés Arancibia-Morales, D., Lorena Muñoz-Marín, D., & Silva Jiménez, D. (2021). El Territorio como Determinante Social de la Salud: Algunas Estrategias para su Abordaje. *Salud y Administración.* 2021;8(23), 37–51. Disponible en <https://revista.unsis.edu.mx/index.php/saludyadmon/article/view/215/170>

Public policies and right to sexuality of the elderly in Chile

ABSTRACT

People over 65 years of age will constitute the majority of the world's population in the short term, but in precarious living conditions: more years in a worse condition of vulnerability and fragility. Societies and development models would not be prepared, generating high personal, family and collective costs. In Chile, fragility would be highly prevalent in this population, impacting the full development of their lives; with sexuality as one of the aspects that are invisible and little studied. This work makes a critical approach, based on the review and analysis of context, public policies and legislation in force in Chile, evidencing atomization and biomedical orientation of public policies, collaborating in the understanding of the relationship between fragility and sexuality in old people; and revealing pending training and research tasks for the generation of public policies for an active and healthy life.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.