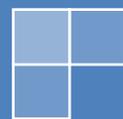




PROGRAMA NACIONAL DE SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES MINSAL 2014

**MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
DEPARTAMENTO DE CICLO VITAL
PROGRAMA NACIONAL DE SALUD DEL ADULTO MAYOR**



BORRADOR

INDICE	PAGINA
PRESENTACIÓN	8
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO I	13
MARCO GLOBAL DEL PROGRAMA	14
I. ACCIONES REALIZADAS A NIVEL MUNDIAL	14
1. Plan de acción para la salud de las personas mayores	14
2. Agenda estratégica de cooperación técnica de la OPS/OMS con Chile para los años 2011-2014	15
II. ACCIONES REALIZADAS EN CHILE	16
1. Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 para Chile	16
2. Política Integral de Envejecimiento Positivo 2012-2025	20
3. Respuesta del Sistema de Salud	22
3.1 Acceso a Servicios de Salud por parte de la población AM	22
3.2 Programa del Adulto Mayor 2002	24
3.3 Programa Nacional de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM)	24
3.4 Programa Compromiso de gestión hospitalaria: Hospital amigo	25
3.5 Programa Nacional de Inmunización del MINSAL	26
3.6 Garantías explícitas en salud (GES) para las Personas Mayores	27
3.7 Examen de Medicina Preventiva de las personas adultas mayores (EMPAM)	29
3.8 Atenciones de Urgencia	29
CAPÍTULO II	31
MARCO TEÓRICO	32
I. SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN	32
1. Envejecimiento poblacional a nivel mundial	32
2. Envejecimiento poblacional a nivel latinoamericano	33
3. El proceso de envejecimiento en Chile y características de la población adulta mayor	35
3.1 Evolución de la estructura etaria de la población chilena	35
3.2 Envejecimiento de la población	37
3.3 Esperanza de vida	41
3.4 Características de la población adulta mayor	45
3.4.1 Distribución de personas adultas mayores, según pertenencia a pueblos originarios	47
3.4.2 Distribución de personas adultas mayores según zona de	

residencia urbana / rural	50
3.4.3 Distribución de la población adulta mayor según años de escolaridad	50
3.4.4 Distribución de la población adulta según participación económica	51
3.4.5 Población adulta mayor en situación de pobreza	52
3.4.6 Distribución de la población adulta mayor según situación previsional de salud.	54
II. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS EN CHILE	57
1. Mortalidad	57
2. Morbilidad	60
2.1 Carga de enfermedad en las personas adultas mayores en Chile	61
2.2 Egresos hospitalarios	65
2.3 Enfermedades cardiovasculares en personas adultas mayores	66
2.3.1 Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular según Encuesta Nacional de Salud en personas de 65 años y más	66
2.3.2 Hipertensión arterial	68
2.3.3 Diabetes Mellitus	68
2.3.4 Síndrome metabólico	69
2.3.5 Riesgo cardiovascular	70
2.4 Patologías neuropsiquiátricas en personas adultas mayores en Chile	71
2.4.1 Deterioro cognitivo	71
2.4.2 Demencia	73
2.4.3 Parkinson	73
2.4.4 Trastornos del sueño	74
2.4.5 Síntomas depresivos y trastornos del ánimo	74
2.4.6 Violencia y maltrato	77
2.4.6.1 Magnitud internacional del problema: Maltrato y homicidio	79
2.4.6.2 El rol de la atención primaria en el maltrato	80
2.4.6.3 Contexto nacional en materia de maltrato	80
2.5 Enfermedades respiratorias	83
2.5.1 Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y Asma	83
2.5.2 Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC)	83
2.5.3 Tuberculosis (TBC)	84
2.6 Tumores malignos	85
2.7 Patología músculo-esquelética	88
2.7.1 Síntomas músculo-esqueléticos de origen no traumático	88
2.7.2 Artrosis	89
2.8 Trastornos Sensoriales	89
2.9 Salud bucal	90
3. Estilos de vida en personas adultas mayores	91

3.1 Hábitos Nutricionales	91
3.2 Malnutrición	92
3.3 Actividad física	93
3.4 Hábito Tabáquico	94
3.5 Consumo de Alcohol	94
3.6 Polifarmacia	95
4. Funcionalidad en personas de 65 años y más en Chile	95
4.1 Dependencia	95
4.2 Discapacidad	100
5. Autopercepción del estado de salud de la población adulta mayor	101
III. MODELOS DE ATENCIÓN	103
1. Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario	103
1.1 Definición	103
1.2 Objetivos	103
1.3 Principios del modelo de atención	104
1.3.1 Centrado en las personas (enfoque a usuario y población a cargo)	104
1.3.2 Énfasis en lo promocional y preventivo	104
1.3.3 Enfoque de salud familiar	104
1.3.4 Integral	105
1.3.5 Énfasis en lo ambulatorio	105
1.3.6 Participación social en salud	105
1.3.7 Intersectorialidad	105
1.3.8 Calidad	106
1.3.9 Continuidad del cuidado	106
2. Modelo de atención integral de la persona mayor	106
2.1 Interdisciplinaridad	107
2.2 Niveles asistenciales en red	108
3. Modelo de la longevidad	108
3.1 Morbilidad comprimida	108
3.2 Envejecimiento retardado	108
3.3 Envejecimiento detenido o reversible	109
4. Modelo ecológico	109
IV. ENFOQUES DEL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR	111
1. Enfoque de Derechos	111
2. Enfoque de Equidad en Salud	112
3. Enfoque de Determinantes sociales	113
4. Enfoque de Curso de vida	114
5. Enfoque de Género	115
6. Enfoque Intercultural	117
6.1 Envejecimiento y etnicidad	117

6.2 Envejecimiento y ruralidad	118
CAPITULO III	120
MARCO LEGAL	121
I. MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL	121
II. MARCO JURÍDICO NACIONAL	125
1. Pensión de vejez (DL 3500, modificado por última vez en julio de 2007)	
2. Leyes que crean Comité Nacional y Comités Regionales para la Persona Mayor (1995-1997)	125
3. Ley que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor (Ley N° 19.828, 2002)	126
4. Ley de violencia intrafamiliar (Ley N° 20.066)	126
5. Garantías Explícitas en Salud	127
III. ASPECTOS ÉTICOS EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS MAYORES	128
1. Esferas del reconocimiento para la calidad del adulto mayor	128
2. Estereotipos sociales asociados al envejecimiento	129
3. Atención de las personas mayores al final de la vida	131
IV. Visión, misión, propósito objetivos del programa nacional de salud integral de las personas adultas mayores.	132
1. Visión	132
2. Misión	
3. Propósito	132
4. Objetivo general	132
5. Objetivos específicos	132
6. Población objetivo	135
CAPITULO IV	136
I. ASPECTOS TÉCNICOS DEL PROGRAMA	137
ANTECEDENTES	137
1. Principios generales para la atención	138
2. Atención integral de las personas mayores	140
3. Plan de rehabilitación	142
3.1 Antecedentes	142
3.2 Detección precoz e intervención temprana	142
3.3 Rehabilitación y prevención de discapacidad y/o dependencia	143
3.4 Soporte al cuidador/a	145
4. Plan de demencia	145
4.1 Antecedentes	145
CAPITULO V	150
PLAN DE ACCIÓN 2013 – 2020	151

I. LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL PLAN	
1. Línea estratégica 1: Abogacía y fortalecimiento del trabajo intersectorial para atender las necesidades de las personas mayores en salud, favoreciendo su calidad de vida y participación social.	151
2. Línea estratégica 2: Comunicación social y participación de los medios de difusión.	152
3. Línea estratégica 3: Elaboración y difusión de documentos regulatorios: normas técnicas, guías clínicas, orientaciones técnicas y protocolos de atención que permitan la articulación de la red asistencial en beneficio de las personas mayores.	155
4. Línea estratégica 4: Organización de la oferta de servicios en salud, sobre la base del modelo de atención integral de las persona mayor, con aseguramiento de la calidad, oportunidad y continuidad de la atención en la red asistencial.	157
5. Línea estratégica 5: Implementación de intervenciones basadas en la familia y la comunidad que favorezcan la integración social y el nivel de participación de las personas mayores.	160
6. Línea estratégica 6: Desarrollo de Recursos Humanos.	166
7. Línea estratégica 7: Fortalecimiento de sistemas de información confiable.	170
8. Línea estratégica 8: Aporte financiero consistente, permanente e incremental en concordancia con las necesidades detectadas, prioridades programáticas y la progresión del desarrollo del programa.	174
	177
II. MONITOREO	
1. Indicadores Nivel Nacional	178
2. Indicadores Nivel Regional: SEREMIS	
3. Indicadores Nivel Servicios de Salud	178
	200
ANEXOS	205
Anexo I: Matriz Programación Actividades Nivel Primario Atención del Adulto Mayor.	209
Anexo II: Pauta de supervisión de acciones de salud para la población de personas mayores.	210
Anexo III: Gestión del Programa Nacional del Adulto Mayor.	214
Anexo IV: Pauta “Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor”	217
Anexo V: Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM) (MINSAL, 2003). EFAM-Chile.	222
RESPONSABLES Y COLABORADORES DEL DOCUMENTO	229
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	232

PRESENTACION

El irreversible fenómeno del envejecimiento poblacional y los avances en el conocimiento de las patologías que afectan a las personas mayores, han permitido orientar la atención de salud de este grupo etario, dentro de un enfoque anticipatorio y preventivo, dirigido a la mantención de la funcionalidad. Dicho de otra manera, antes de que se instale el daño.

Las personas adultas mayores siempre han sido atendidas en el sistema de salud pública, pero hace sólo 20 años que se las atiende bajo el paradigma central de la geriatría, cuya mirada es anticipatoria y centrada en la funcionalidad.¹ Es la instalación de esta mirada específica la que hoy permite clasificar según su estado de salud funcional a la población adulta mayor bajo control en el sector público, así como tener la información para actuar anticipadamente a la posible pérdida de dicha funcionalidad, posponiendo la dependencia.

Dada la alta rotación de los equipos, ha costado muchos años de esfuerzo lograr que incorporen este nuevo paradigma en su accionar, por lo que se ha requerido un proceso de capacitación permanente y continua.

La instalación de una mirada anticipatoria y preventiva se logró en 1995 a través de la creación del Control Sano del Adulto Mayor, consistente en la *Evaluación Funcional del Adulto Mayor* (EFAM-Chile) como nudo central, siendo éste un instrumento de screening predictor de pérdida de funcionalidad, aplicado a todas las personas de 65 años y más.

Posteriormente en el año 2008, este control de salud, pasó a ser el Examen de Medicina Preventiva (EMPAM) actual garantía GES. Con el fin de hacer más acucioso y predictivo este examen, al EFAM se agregó mediciones antropométricas, evaluación de la presencia de redes de apoyo, riesgo de caídas, presencia de trastorno de ánimo y sospecha de maltrato.

A partir del EFAM, en la cual cada persona mayor es clasificada según riesgo de perder su funcionalidad, se implementan acciones preventivas, de tratamiento y/o rehabilitadoras, que pueden referirse al riesgo cardiovascular, a la salud mental, al ámbito osteoarticular o a la detección de situaciones particulares de riesgo como la falta de redes de apoyo o la sospecha de maltrato.

¹ Todo este proceso fue coherente con las recomendaciones emanadas de OMS. Ya en el año 1974 la OMS destacaba que "Los médicos aceptan ahora que la morbilidad debe medirse no sólo por la extensión del proceso patológico sino también por el menoscabo funcional en las personas afectadas por un estado patológico. Este criterio requerirá sin duda el establecimiento de métodos de medición de las funciones y la introducción del diagnóstico funcional como parte de la Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS, 1968. Manual de la clasificación internacional de enfermedades, traumatismos y causas de definición, Ginebra, Vol 1). El diagnóstico funcional es uno de los elementos más importantes que se han introducido en geriatría. De conformidad con esta orientación, se establece una distinción entre el quebranto y la invalidez causados por un estado patológico." OMS, (1974), "Planificación y organización de los servicios geriátricos". Serie Informes Técnicos, 548. Ginebra, pág. 14.

Considerando la especial situación de riesgo de pérdida de salud en que se encuentran las personas mayores, en la actualidad el énfasis está puesto en centrar la atención de salud en un sistema integral, que cuente con equipos competentes, multidisciplinarios, coordinados para la atención de este grupo etario, favoreciendo de esta forma la continuidad de los cuidados y la calidad de la atención. Con el fin de mejorar la calidad de los procesos involucrados se han incorporado en este Programa de las personas adultas mayores para la Atención Primaria, los aportes de expertos y la evidencia científica actual sobre el envejecimiento.

La existencia de una red familiar preocupada y atenta constituye la base para una buena calidad de vida de la persona mayor. El rol del Estado es por un lado, acompañar a estas familias que actúan como red efectiva, y reemplazar a las familias que no están dispuestas, o no están capacitadas para constituirse en red efectiva.

Por otro lado, el enfoque de curso de vida, muestra que las personas mayores no constituyen un grupo homogéneo. Por el contrario, responden a una gran diversidad, ya que la forma en que se envejece está determinada, entre otros, por las experiencias vividas en edades anteriores, por el status socio económico de las familias, por el medio social y cultural en que se envejece y también por la política pública dirigida a este sector poblacional. Esto genera un doble reto; por un lado informar e incidir en la sociedad para que se actúe preventivamente, a través de todo el ciclo vital, antes que el daño se instale, y por otra parte, actuar a tiempo y con calidad, sobre el daño instalado en la persona mayor, es decir, garantizar el derecho a la salud.

Es tarea entonces de todo el sector salud, anteponerse al daño durante todo el ciclo vital y es tarea propia del Programa Nacional de Salud de la Persona Adulta Mayor prevenir el daño en la etapa específica de la vejez, así como hacerse cargo del deterioro que se desencadena en esta etapa.

El envejecimiento poblacional con el cambio epidemiológico ya está instalado en Chile, sólo resta su profundización. La calidad de vida de las personas mayores debe estar al centro de la preocupación del sector salud, muy directamente ligada a la mantención de la autovalencia, la comprensión y el manejo de la morbilidad y el retardo de la dependencia. Los equipos de salud de Atención Primaria de Salud (APS) conocen esta realidad, y requieren capacitación para abordar estos temas, para una mejor comunicación entre los niveles de la red, y para mayor resolutivez del sector secundario.

Lo mismo es válido para la mirada integral, se requiere una atención de equipo, pero un equipo dialogante, capacitado en mirada geriátrica que ponga a la persona verdaderamente al centro. Se requieren buenos instrumentos para mejorar los procesos que permitan el diálogo a través de toda la red asistencial. Los avances logrados, sumado al trabajo integrado de grupo de expertos y equipo del Ministerio de Salud, son la base que permite, trazar en una perspectiva de salud pública, las líneas del Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores.

Los retos actuales se centran en la necesidad de cubrir brechas y dar lineamientos técnicos claros. Serán muchos los desafíos que se deberán enfrentar en esta década, entre ellos, el aumento de la fragilidad relacionada con “el envejecimiento del envejecimiento”, teniendo siempre presente considerar las condiciones particulares de salud de mujeres y de hombres así como el abordaje de los problemas de salud con un enfoque de derechos, determinantes sociales, género e interculturalidad entre otros, realizando propuestas dentro del marco ético, jurídico y normativo, con un lineamiento explícito, un plan de acción y de monitoreo, que desafíe al sistema y permita evaluar cada acción propuesta.

BORRADOR

INTRODUCCIÓN

El 16 de diciembre de 1991, Naciones Unidas promulgó los “Principios a favor de las personas de edad”. Dentro del área de los cuidados, el principio número 11 declara que “las personas de edad deberán tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad” (NU, 1991).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han sostenido reiteradamente que el envejecimiento poblacional requiere que las sociedades se adapten al a este nuevo fenómeno (OPS, 2009), estableciendo un plan de acción de salud de las personas mayores para el período 2009-2018 ; dentro de este plan de acción, la estrategia 2 establece que los sistemas de salud deben adecuarse para afrontar los retos del envejecimiento de la población y las necesidades de salud de las personas mayores.

En este contexto, desde la década de los 90, en Chile se han comenzado a diseñar políticas públicas y acciones en pos de la calidad de vida de este creciente grupo de personas. Sin embargo, a pesar de los avances, es importante mirar y rediseñar algunas de estas políticas, de acuerdo a la evolución que este grupo etario ha tenido en estas décadas. Así, se hace necesario la formulación de un Programa Nacional de Salud que permita formalizar, estandarizar e integrar todas las acciones que se realizan y se proponen en salud. Estas acciones deben integrar de la mejor forma la atención, velar por la calidad de la misma, y constituir un pilar para un futuro Plan Integral de Atención en red a nivel nacional, con una perspectiva sociosanitaria. Lo anterior implica un decidido empuje con el intersector, en particular con el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA).

Es necesario tener presente que la población adulta mayor chilena, y en especial sus familias, demandan como prioritario la atención en salud, en concordancia con la solución de los problemas sociales que implica la mayor longevidad. Para lograr el cuidado continuo, lo cual es el paradigma de la Geriatría, se requiere de la coordinación efectiva de los distintos niveles de atención tales como interconsultas precisas, con objetivos claros, referencia y contra-referencia adecuada en los distintos niveles de la red, así como epicrisis detalladas, en coordinación con la Atención Primaria. De igual manera es necesario detectar eventos adversos ocurridos durante la hospitalización así como evaluar la funcionalidad (perdida o ganada) al egreso y señalar los objetivos del control ambulatorio, su lugar y periodicidad, etc. Esto tan obvio, no siempre se alcanza en los hospitales, convirtiéndose en un desafío para el programa.

Los cambios epidemiológicos muestran que han disminuido los índices de enfermedades infecciosas, aumentado las enfermedades crónicas, y disminuido la mortalidad en todas las edades, tienen como resultado un aumento de la expectativa de vida. Esto asociado a cambios demográficos fundamentalmente disminución de la natalidad ha generado un

cambio en la pirámide poblacional, en que se proyecta la disminución de la población infantil y adolescente, por lo que se estima que al 2015, el 15% de la población total será mayor de 60 años, y al 2020 alcanzará al el 17,6%, lo que se traduce en un reto para nuestro sistema de salud. (CEPAL, 2011).

Se propone una estrategia global que permita integrar todos los esfuerzos programáticos al interior del Ministerio de Salud, que desde la mirada preventiva promocional se enfoquen en lograr una disminución o retraso de la dependencia y una mejor calidad de vida en la etapa de envejecimiento. Aquí hay protagonismo crucial de la Atención Primaria y sus equipos, y más estratégico aún es el considerar una mirada con “curso de vida”, lo que desde la perspectiva de las personas mayores equivale a una mirada de “longevidad”.

Cabe recordar que precisamente le concierne a la Atención Primaria el rol de ser la “puerta de entrada” a este modelo. Por ello la importancia de aplicar modelos de screening de factores de riesgo de pérdida de funcionalidad, de discapacidades y por último de caer en dependencia, así como de morbilidad

Es necesario destacar la importancia de una mirada integral que permita detectar algunas condiciones particulares que se producen frecuentemente en este grupo etario, así como son la iatrogenia farmacológica, la polifarmacia y la presencia de múltiples comorbilidades, evitando que éstas afecten negativamente el buen control de sus patologías crónicas.

Es de vital importancia contar con servicios sanitarios eficientes para las personas adultas mayores en toda la red de salud, para evitar hospitalizaciones futuras dadas las brechas existentes en el sistema público.

El Programa que se presenta a continuación constituye una base para mejorar las acciones establecidas actualmente en la red asistencial, siendo un documento normativo, guías fundamental para facilitar estos procesos.

CAPÍTULO I

BORRADOR

MARCO GLOBAL DEL PROGRAMA

I. ACCIONES REALIZADAS A NIVEL MUNDIAL

El envejecimiento de la población mundial, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, es un indicador de la mejora de la salud mundial. La población de 60 años o más, a nivel mundial, es de 650 millones, y se calcula que en 2050 alcanzará los 2000 millones. En los próximos cinco años, el número de personas mayores de 65 años será superior al de niños menores de cinco años. (OMS, 2013). Sin embargo, esta tendencia positiva se acompaña de retos sanitarios para el siglo XXI, siendo imprescindible preparar a las sociedades para que atiendan las necesidades de las poblaciones mayores a través de la formación de los profesionales sanitarios en la atención a estas personas; prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas asociadas a la edad; formulación de políticas sostenibles en materia de atención a largo plazo, atención paliativa y desarrollo de servicios y entornos adaptados a las necesidades de las personas mayores. (OMS, 2013)

En este contexto, se debe tener en cuenta que las necesidades de esta población son multisectoriales: económicas, sociales, culturales, políticas, de vivienda, urbanismo y transporte, así como están influidas por variables de género y nivel socioeconómico, entre otras. Desde aquí, el reto sanitario se vuelve más complejo.

1. Plan de acción para la salud de las personas mayores.

En respuesta a las necesidades mencionadas en párrafos anteriores, la Organización Mundial de la Salud ha desarrollado la *Estrategia* y el *Plan de Acción* para la Salud de las personas mayores, que establece las prioridades de acción para el período 2009-2018. (PAHO, 2009). Este plan alude al concepto de envejecimiento activo y saludable.

Dicha Estrategia se basa en los valores explícitos de los Principios de las Naciones Unidas para las personas mayores (independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad). Se reconoce que ningún país o institución puede por sí solo asumir el reto de toda la salud y el envejecimiento, por lo que la integración de las iniciativas que facilitan la cooperación eficaz y sostenible es un requerimiento básico.

Teniendo como objetivo general que las personas mayores de la Región tengan acceso a servicios de salud integrales y adecuados a sus necesidades, se plantea un plan de acción para estos países que se basa en cuatro áreas estratégicas:

Estrategia 1: La salud de las personas mayores en las políticas públicas y su adaptación a los instrumentos internacionales.

Estrategia 2: Adecuación de los sistemas de salud para afrontar los retos del envejecimiento de la población y las necesidades de salud de las personas mayores.

Estrategia 3: La capacitación de los recursos humanos necesarios para afrontar las necesidades en salud de las personas mayores.

- Estrategia 4: El desarrollo de la capacidad de generar la información necesaria para emprender y evaluar actividades para mejorar la salud de la población de personas mayores.

Es en estas áreas donde existen importantes desafíos que se buscan abordar en la propuesta de este Programa Nacional.

2. Agenda Estratégica de Cooperación Técnica de la OPS/OMS con Chile (2011-2014)

Con el fin de desarrollar una cooperación técnica efectiva, que se concentre en la solución de las necesidades prioritarias de cada país, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) utiliza la Estrategia de Cooperación de País (ECP). En el caso de Chile, esta ECP se ha desarrollado progresivamente desde el año 2007. De esta estrategia surge la *Agenda Estratégica de Cooperación Técnica de la OPS/OMS con Chile para los años 2011-2014*, documento aprobado en Septiembre del año 2011. (OPS, 2011)

Esta Agenda identifica una serie acotada de áreas prioritarias en las cuales la cooperación técnica de la OPS/OMS puede aportar un valor agregado a la acción de la autoridad sanitaria en Chile. Ésta contiene 11 objetivos, cada uno de los cuales prioriza un conjunto de temas que son considerados los de mayor relevancia para el Gobierno de Chile, en el marco de sus políticas y programas y acorde a la realidad nacional de salud. Uno de estos 11 objetivos es Reducir la Mortalidad, Morbilidad y Mejorar la salud de las personas a lo largo del ciclo vital, con su objetivo específico de “*promover el envejecimiento activo y saludable*”

II. ACCIONES REALIZADAS EN CHILE

1. Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 para Chile.

La Estrategia Nacional de Salud para el periodo 2011 – 2020 ha desarrollado 9 objetivos estratégicos (figura 1) en los que la atención de salud de las personas mayores, está priorizada en el Objetivo Estratégico N° 4: **Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital**, con su objetivo estratégico específico **“mejorar el estado funcional de las personas mayores”**.

Figura N° 1: Objetivos sanitarios 2011-2020



Fuente: Minsal. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios 2011-2020.

Se han priorizado tres estrategias fundamentadas basadas en la evidencia en relación a la salud de las personas mayores en la Estrategia Nacional de Salud. Las cuales son:

1. Sensibilización y promoción para incentivar el envejecimiento saludable y las buenas prácticas de cuidado de la persona mayor, a través del trabajo intersectorial.
2. Mejoría de la calidad de atención de la población adulta mayor en Atención Primaria a través del aumento de la resolutivez en la atención.
3. Instalación de modelo de atención geriátrica integral en red al interior de hospitales de alta complejidad.

Los Resultados esperados para estas estrategias con sus respectivos indicadores al momento son:

Indicadores de los Resultados Esperados del Objetivo Estratégico N° 4, relacionados a las personas mayores.

Reducir la mortalidad, morbilidad y mejora de salud de las personas, a lo largo del ciclo vital	
4.8	Tema: Salud del Adulto Mayor.
1	Resultado Esperado: Trabajo Intersectorial.
N° 1.1	Recomendaciones de Políticas Públicas* relacionadas a la persona adulta mayor, destinadas al intersector elaboradas/ actualizadas al menos cada 3 años.
N° 1.2	Programa de comunicación social con contenidos de promoción del envejecimiento saludable y de buenas prácticas de cuidado de las personas adultas mayores evaluado
2	Resultado esperado: Detección, evaluación funcional y cobertura de atención.
N°2.1	Porcentaje de personas adultas mayores, de 65 años y más, que cuentan con EMPAM realizado durante el último año, por SS.
N°2.2	Porcentaje de personas adultas mayores de 65 años y más, autovalentes con riesgo y riesgo de dependencia según EMPAM, con control realizado al sexto mes de aplicado el examen, por SS.
N°2.3	Porcentaje de personas adultas mayores de 65 años y más, que se encuentra bajo control en centros de rehabilitación comunitaria, por SS.
N°2.4	Porcentaje de personas adultas mayores, de 65 años y más, con alta hospitalaria que cuentan con evaluación funcional con instrumento definido al alta, según, SS.
N°2.5	Porcentaje de establecimientos hospitalarios*, que cuentan con plan de derivación asistida de personas adultas mayores a AP, por SS.
N°2.6	Porcentaje de personas adultas mayores, de 65 años y más, que ingresan a plan de rehabilitación en cualquier nivel de atención y que cuentan con evaluación funcional, por SS.
3	Resultado Esperado: Atención Integral del Adulto Mayor.
N°3.1	Orientaciones Técnicas relacionada a la atención integral de las personas adultas mayores en la red asistencia, elaborada/actualizada al menos cada 3 años.
N°3.2:	Proporción de SS que implementan Orientación Técnica de Atención Integral de las personas adultas mayores..
N°3.3	Proporción de SS que cuentan con geriatra que cumple funciones señaladas según la Orientación Técnica de la Atención Integral de las personas adultas mayores.
N°3.4	Estudio de brecha de RRHH (cantidad, distribución, competencias) para la atención integral de las personas mayores, difundido a posibles entidades formadoras, al menos cada 3 años.
N°3.5	Porcentaje de establecimiento de AP que han tenido consultoría de especialidad para la atención de personas adultas mayores, de 65 años y más, por SS.

Fuente: Estrategia Nacional de salud

Actualmente existen diferentes estrategias desarrolladas en la red, que favorecen el cumplimiento de este objetivo, estas son:

- 1) Instrumento validado que permite la evaluación funcional de la persona mayor en la comunidad, detectando la pérdida de la funcionalidad en el corto y mediano plazo (EFAM). (Albala, 2007).
- 2) Examen Médico Preventivo del Adulto Mayor (EMPAM), que se encuentra como parte de las garantías GES (MINSAL, 2008).
- 3) Talleres de Prevención de Caídas. (Programa del Adulto Mayor, MINSAL, 2010).
- 4) Capacitación a equipos de salud de APS en atención integral de la persona mayor
- 5) Gestor de casos, equipo socio sanitario que favorece la continuidad de los cuidados en la Red de atención de salud de la persona mayor. (Programa Adulto Mayor, MINSAL, 2010).
- 6) Centros de Rehabilitación Comunitaria, iniciados en el año 2003 cuyo objetivo es insertar el modelo de rehabilitación integral y biopsicosociales que permitan la integración social y autovalencia de las personas mayores.
- 7) GES para personas 65 y más años: se incorporan 7 patologías GES de relevancia en la salud de las personas mayores.
- 8) Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor (PACAM).
- 9) Coordinación directa con el Intersector, en especial con SENAMA.
- 10) Orientación técnica para la atención en salud en las personas adultas mayores en atención primaria.

La Estrategia Nacional de Salud (2011- 2020) incluye, entre sus 9 objetivos estratégicos, algunos que se relacionan con la salud de las personas mayores, ya sea por su carácter transversal en todos los grupos de edad, o por involucrar enfermedades de alta prevalencia en este grupo etario.

Objetivo estratégico número 1: *Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles y contribuir a disminuir su impacto social y económico.* Dentro de este objetivo, se encuentran especialmente relacionados a las personas mayores los objetivos siguientes:

- Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública: se sabe que este grupo etario concentra las mayores tasas de incidencia de TBC en el país, por esto, la meta es lograr al año 2020 una tasa de incidencia de tuberculosis a nivel poblacional, de 5 x 100.000 habitantes.
- Reducir la mortalidad por infecciones respiratorias agudas: actualmente, la tasa de mortalidad a nivel nacional por infecciones respiratorias agudas es de 14,3 x 100.000 habitantes. En tanto, la neumonía constituye la quinta causa de muerte en las personas mayores. La meta es lograr al año 2020, una tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas de 7,6 x 100.000. Un aspecto fundamental en relación a este objetivo, es aumentar la cobertura de inmunizaciones anti-influenza y anti-neumocócica.

Objetivo estratégico número 2: *Reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos.* Destacan en relación a las personas mayores, los objetivos siguientes:

- Aumentar la sobrevivencia de las personas que presentan enfermedades cardiovasculares, incrementando en un 10% la sobrevivencia proyectada al primer año, luego de un infarto agudo de miocardio o accidente cerebrovascular.
- Incrementar la proporción de personas con hipertensión arterial controlada, aumentando a un 25,2% al año 2020, a nivel nacional, la cobertura efectiva del tratamiento de hipertensión arterial.
- Incrementar la proporción de personas con diabetes controlada, aumentando a un 35,8% la cobertura efectiva de la DM2 a nivel país.
- Reducir la tasa de mortalidad por cáncer en un 5%.
- Disminuir en 10% la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica.
- Disminuir en 10% la prevalencia de discapacidad severa, en trastornos de salud mental seleccionados².
- Disminuir en 10% la media de puntaje de discapacidad, destacando en este último punto la importancia de rehabilitar a las personas con déficit sensorial adquirido, trastorno que es muy frecuente en la población de personas mayores.

Objetivo estratégico número 3: *Reducir los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables, la primera de sus metas relacionada con todas las personas mayores de 15 años:*

- Aumentar 20% la prevalencia de al menos 5 factores protectores, en población mayor de 15 años. Estos factores protectores incluyen: no fumar, mantener un IMC<25, realizar actividad física regular, consumir al menos 5 porciones de frutas y verduras al día, consumo de OH sin riesgo, mantener PA<120/80 mmHg, Colesterol total< 200 mg/dl y glicemia<100 mg/dl.

Objetivo estratégico número 5: *Reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos de salud, se incluyen dos metas, transversales a todos los grupos etarios:*

- Disminuir en 10% el índice de concentración de autopercepción de salud por años de estudio, en población mayor de 25 años.
- Disminuir en 25% la media de tasa quinquenal de Años de Vida Potencialmente Perdidos de las comunas priorizadas (comunas con mayor tasa de AVPP, que agrupan el 10% de la población).

Objetivo estratégico número 6: *Proteger la salud de la población a través del mejoramiento de las condiciones ambientales y de la inocuidad de los alimentos, se incluyen 6 metas transversales a todos los grupos etarios:*

- Disminuir 50% la tasa de días-ciudad del año que se encuentran sobre la norma de material particulado.

² Trastornos de salud mental seleccionados: esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar, trastornos ansiosos, trastornos hiperkinéticos, de la actividad y de la atención, trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia o en la adolescencia, trastornos debidos al consumo de alcohol y sustancias psicoactivas

- Disminuir en 10% el nivel de contaminantes intradomiciliarios seleccionados.
- Aumentar 150% la cobertura de comunas con manejo adecuado de residuos sólidos domiciliarios.
- Aumentar a 50% la cobertura de sistemas de agua potable rural con agua segura y diagnóstico de disposición de aguas servidas.
- Disminuir en 10% la tasa promedio de los últimos 3 años de hospitalización por enfermedades transmisibles por alimentos en brote.
- Aumentar 20% el porcentaje de comunas seleccionadas cuya tasa promedio de los últimos 3 años de metros cuadrados de áreas verdes por habitante, supera recomendación de Organización Mundial de la Salud.

Objetivo estratégico número 7: *Fortalecer la Institucionalidad del sector salud*, incluye metas también transversales a todos los grupos etarios, entre las que destacan:

- Aumentar la proporción de servicios de urgencia de hospitales de alta complejidad, que cumplen estándar de recursos humanos en salud.³
- Aumentar la proporción de Unidades de Pacientes Críticos de hospitales de alta complejidad, que cumplen estándar de recursos humanos en salud.⁴
- Aumentar el número de centros de atención primaria en operación, con mejoramiento, normalización y/o reposición.
- Aumentar el porcentaje de pertinencia en la referencia entre los componentes de los servicios de salud.

Objetivo estratégico número 8: *Mejorar la calidad de la atención de salud en un marco de respeto de los derechos de las personas*, incluyen objetivos transversales a todos los grupos etarios:

- Disminuir lista de espera.
- Aumentar los establecimientos de salud acreditados.
- Mejorar la calidad de medicamentos y tecnologías sanitarias.
- Disminuir la insatisfacción usuaria.

2. Política Integral de Envejecimiento Positivo 2012-2025

En el año 2012, el SENAMA desarrolla la “Política Integral de Envejecimiento Positivo” 2012-2025, que se constituye como una respuesta intersectorial a las necesidades de las personas adultas mayores. Esta Política, fue desarrollada por un equipo de trabajo intersectorial, coordinado por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) compuesto por el Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud, la Comisión Especial de Adulto Mayor de la Cámara de Diputados, el Comité Consultivo del Adulto Mayor de SENAMA, el Comité Ejecutivo de SENAMA, Oficina Central y las Coordinaciones Regionales de

³ De acuerdo a metodología de definición de dotación adecuada de recursos humanos en salud, definida y validada el año 2011.

⁴ De acuerdo a metodología de definición de dotación adecuada de recursos humanos en salud, definida y validada el año 2011.

SENAMA, las organizaciones sociales de personas mayores, organizaciones profesionales y fundaciones relacionadas a las personas mayores, entre otros, reuniendo a una gran parte de los actores públicos involucrados en las temáticas de envejecimiento.

Esta Política propone tres objetivos generales:

- Proteger la salud funcional de las personas mayores.
- Mejorar la integración de las personas mayores a los distintos ámbitos de la sociedad.
- Incrementar los niveles de bienestar subjetivo de las personas mayores.

Estos objetivos generales se acompañan de 13 objetivos específicos, cada uno de los cuales cuenta con una o más metas, que permiten evaluar su impacto. Para alcanzar estas metas, se creó un plan de implementación con acciones a corto, mediano y largo plazo.

Para avanzar en la protección de la salud funcional, la Política plantea la necesidad de desarrollar servicios especializados, escalonados e integrales de salud y cuidados. Para ser especializados, estos servicios deben contar con profesionales con conocimiento especializado en la atención de las personas mayores. Para ser escalonados, deben cumplir el principio de mínima intervención necesaria, fomentando que los consultorios de atención primaria sean la puerta de entrada a la atención de salud. Para ser integrales, deben enmarcarse en el Modelo de Atención Integral de Salud. Este Modelo, debe identificar los factores de riesgo y causas que pueden llevar a los distintos grados de dependencia y pérdida de autonomía, siendo los dos pilares fundamentales de este Modelo, son un Plan de Rehabilitación y un Plan de Demencia (Figura N° 2).

El Plan de Rehabilitación, aborda los diversos procesos de rehabilitación que apuntan a moderar la disminución de la capacidad motora de la persona mayor, a través de intervenciones centradas en la atención primaria, pero que se extienden también hasta la atención secundaria y terciaria.

El Plan de Demencia, comprende la identificación a nivel de atención primaria del grado de deterioro de la capacidad cognitiva, para dar curso a intervenciones dirigidas que apunten a moderar el avance del deterioro cognitivo y cuando éste es avanzado e irrecuperable, a fortalecer los mecanismos de apoyos familiares y comunitarios.

Figura Nº 2: Sistema de atención integral de las personas mayores



Fuente: Política de Promoción de autovalencia, autonomía y prevención de dependencia en las personas mayores. Ministerio de Salud (2012).

3. Respuesta del Sistema de Salud

3.1 Acceso a Servicios de Salud por parte de la población AM

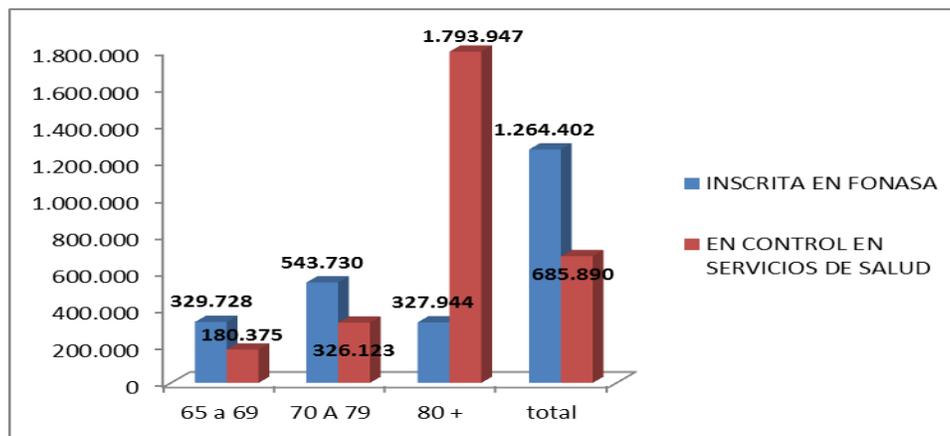
Según estadísticas del DEIS, la población beneficiaria de FONASA al año 2011 es de 1.531.268 personas mayores de 65 años, correspondiendo aproximadamente a un 90% del total de personas mayores en Chile. De esta población, un 83% se encuentra validado en los registros de FONASA (1.264.402 personas mayores de 65 años).

De la población inscrita validada en FONASA, un 54% se encuentra en controles en servicios de salud (según registros de personas mayores en control con examen de funcionalidad vigente), lo cual corresponde a 685.890 personas mayores de 65 años. (Ver detalle Gráfico Nº 1). De estos, el 39% corresponde a hombres y el 61% restante a mujeres.

Esto nos permite afirmar que el tema de salud de las personas mayores es un tema de alta importancia para el sistema público de salud, y que toda política que se diseñe para este sector tendrá un fuerte impacto en este grupo etario, dado que los beneficiarios adultos mayores de este sistema son una importante cantidad.

El gráfico Nº 1 muestra la relación de personas mayores inscritas en FONASA, y aquellas en control de Servicios de salud.

Gráfico N° 1. Población de personas mayores inscritas en FONASA y en Control en Servicios de Salud, 2011.



Fuente: FONASA (2011).

El Fondo Nacional de Salud cuenta con convenios con instituciones, fundaciones y congregaciones religiosas sin y con fines de lucro, corporaciones de derecho públicas para poder dar a sus afiliados más alternativas de atención en situaciones especiales, ya sea porque la persona adulta mayor no tiene familiares que puedan cubrir sus requerimientos o estas no pueden por algún motivo cubrirlas porque necesita atenciones especiales.

Para estas atenciones se cuentan con los establecimientos de larga estadía (ELEAM), teniendo el último catastro realizado por SENAMA el 2013, donde se contabilizaron 663 instituciones, de los cuales 344 están distribuidos en la región metropolitana, 149 en la quinta región y 170 en el resto de las regiones.

Las instituciones que al momento tienen convenios vigentes con FONASA para la atención de las personas mayores son:

- El Hogar Hermanitas de los Ancianos Desamparados, Coquimbo.
- Sociedad de Dolores, Valparaíso.
- Hermanas de Buen Samaritano, Molina.
- Hogar Padre Manolo, región del Maule.
- Hogar del Anciano Obra Don Guanella, Aysén.
- Villa de Ancianos Padre Alberto Hurtado.
- Fundación de Ayuda Fraternal Las Rosas.
- Hogar de Cristo.
- Hogar San Francisco de Gorbea. Araucanía Sur.
- Hogar San José de Pucón.
- Hogar San José de Cunco.

3.2 Programa del adulto mayor 2002

El Departamento de salud de las personas (MINSAL, 2002) elaboró la “Norma para la Atención Integral de Salud del Adulto Mayor” hasta el momento vigente, donde se planteó que el gran desafío para la “Política de salud” era adaptar el tipo y las características de la atención otorgada en los distintos niveles de salud para lograr un envejecimiento saludable, con mayor autonomía y menor discapacidad, teniendo en cuenta el perfil demográfico y epidemiológico de la población chilena, el enfoque de género, el aumento de la esperanza de vida y las condiciones socio-económicas, urbano-rural y regional.

Esta propuesta se enmarcó en los principios de solidaridad intergeneracional y de equidad, y se sustentó fuertemente en las estrategias de participación social, descentralización, intersectorialidad y trabajo en equipos multidisciplinarios, teniendo dos grandes objetivos de la atención de salud:

- Contribuir a mantener o recuperar la autonomía de la persona mayor, con el fin de mejorar su calidad de vida
- Prevenir la mortalidad por causas evitables, contribuyendo de esta manera a prolongar la vida.

3.3 Programa Nacional de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM)

En el año 1998 el Gobierno del Presidente Eduardo Frei solicitó al Ministerio de Salud iniciar un estudio para ver la factibilidad de un programa de alimentación complementaria dirigido a la población adulta mayor, que se asemejara al histórico y exitoso programa de alimentación dirigido a niños y embarazadas, El Programa del Adulto Mayor y la Unidad de Nutrición del Ministerio de salud realizó estudios que fundamentaron el programa de alimentación complementaria el que incentiva a la persona mayor a acudir al consultorio no sólo por enfermedad sino para un control de salud que permite pesquisar factores de riesgo latentes, con el fin de realizar acciones anticipatorias a la pérdida de funcionalidad.

Los Objetivos del PACAM son:

- Contribuir a prevenir y tratar las carencias nutricionales de la persona mayor
- Entregar un complemento nutricional a las personas de 70 años y más, a las mayores de 65 años que estén en tratamiento de TBC en los establecimientos de atención primaria de salud, a las mayores de 60 años del convenio con Hogar de Cristo y mayores de 65 del Chile Solidario.
- Contribuir a mantener o mejorar la funcionalidad física y psíquica de la persona mayor.
- Mejorar la detección y control de factores de riesgo de pérdida de funcionalidad.
- Incentivar una mayor adherencia a las actividades del Programa de Salud del Adulto Mayor.
- Promover en los consultorios de salud, postas rurales y otros establecimientos de atención primaria, una modalidad de trabajo integral con relación a la persona

mayor, con participación de profesionales del área de atención médica, nutricional, asistencia social, de la familia y de las organizaciones de la propia comunidad. Los beneficiarios del PACAM son las personas mayores de 70 años, las mayores de 65 años con TBC, indigentes y de hogares unipersonales identificados en el programa Chile solidario e indigentes de 60 y más años identificados en la población atendida por el Hogar de Cristo. Estos beneficiarios reciben 1 kilo de Crema Años Dorado y 1 kilo de Bebida Láctea, retirados directamente de su centro de salud de atención primaria.

En el 2008 se realizó un estudio cuyo propósito fue evaluar la aceptabilidad, tolerancia y consumo de los alimentos del programa y el aporte de los mismos a la alimentación diaria en una muestra de beneficiarios del PACAM de distintos consultorios de la Región Metropolitana por parte del Departamento de Nutrición de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Los resultados corroboraron que la bebida láctea presenta una excelente aceptabilidad, tolerancia y consumo por parte de los beneficiarios desde su incorporación al programa. Sin embargo, aún no se ha evaluado el impacto nutricional del PACAM, lo que es fundamental para analizar su costo-efectividad y decidir eventuales ampliaciones o modificaciones. Aun cuando el diseño de un estudio de impacto es complejo, por la falta de un adecuado grupo control, es imperativa su realización con el propósito de evaluar el efecto sobre el estado nutricional, incluyendo niveles plasmáticos de micronutrientes, funcionalidad, inmunidad, o grado de control o prevalencia de enfermedades crónicas, de acuerdo a los objetivos planteados por el programa. Sólo así se podrá establecer si la inversión actual, que supera los US\$19 millones al año, se justifica no sólo por razones sociales sino además sanitaria y económica (Masi Celia, 2008).

3.4 Programa Nacional de Inmunización del Ministerio de Salud (MINSAL, 2012)

El Programa Nacional de Inmunización contempla la vacunación a las personas mayores con el objetivo de disminuir las complicaciones y la mortalidad por influenza y neumococo, protegiendo a la población en riesgo de gravedad. Desde el año 2007 se inmunizó a las personas mayores de 75 años y más, adicionando a la influenza, la inmunización con vacuna neumocócica 23 valente. Al año siguiente se aumenta la cobertura a los adultos mayores de 65 años y más, quedando incorporada como vacuna programática para personas de 65 años en 2010. La inmunización con vacuna anti neumocócica se inició como campaña en el año 2007, en conjunto con la vacunación anti influenza. El grupo objetivo contempla a los mayores de 75 años y más, población que se fue modificando en las siguientes campañas. El año 2010 fue incorporado el decreto de vacunación obligatoria para el adulto mayor de 65 años, con la finalidad de no perder la oportunidad durante la campaña de influenza de inmunizar contra enfermedades neumocócica.

Por otra parte, la campaña de vacunación contra la Influenza se realiza todos los años y está dirigida a los grupos más vulnerables para esta enfermedad. El objetivo es prevenir

la infección, sus complicaciones y muerte por Influenza, entregando la vacuna en forma gratuita en todos los centros de salud primaria y postas rurales del país. La vacuna reduce entre un 50% a un 60% las hospitalizaciones y en un 80% la letalidad, por esta causa.

En las personas mayores, las defensas del organismo se debilitan a medida que avanza la edad, al igual como ocurre con otras funciones, por esto tienen un riesgo mayor de presentar enfermedad grave, complicaciones, requerir hospitalización, cuidados intensivos e incluso riesgo de fallecer. Por esta razón, las personas mayores deben vacunarse contra la Influenza.

3.5 Compromiso de gestión hospitalaria: Hospital amigo

La estrategia “Hospital Amigo”, forma parte de los objetivos sanitarios y líneas programáticas ministeriales, en el marco de implementación de un modelo de atención de salud integral, con enfoque familiar y comunitario, con la participación de la familia, la comunidad y la sociedad civil.

Desde el objetivo estratégico ministerial “Salud acogedora, comprometida y participativa”, se desprende esta línea programática de Hospital Amigo, que a su vez, agrupa actividades relacionadas con la apertura de los establecimientos a la familia y comunidad, cuyas metas vinculadas a las personas mayores, son:

- Hospitalización de personas mayores con autorización de acompañamiento en el día y la noche, en el 100% de los hospitales
- Alimentación asistida de acuerdo a dependencia del paciente
- Sistema de acogida e información a la familia
- Integración del familiar en la atención de la persona mayor hospitalizada y planificación del egreso en conjunto con la familia y servicio social

Las metas de la Estrategia Hospital Amigo, con la apertura de los hospitales y comunidad, desde el año 2006 (de acuerdo al Informe a marzo 2010) han alcanzado los siguientes resultados gradualmente:

- El 98% de los hospitales cuentan con 6 horas de visita diaria en las Unidades Clínicas con camas no críticas.

El 80% de los hospitales del país, con camas de personas, cuentan con autorización de acompañamiento de 24 horas, para personas mayores.

Actualmente, los hospitales que cuentan con acompañamiento a niños/as y personas mayores, han incorporado en sus programas la alimentación asistida.

El 50% de las Unidades de Emergencia del país de mayor demanda, cuentan con un profesional, que hace de enlace entre el equipo de salud, y la familia del enfermo que se encuentra en atención.

Los hospitales que cuentan con acompañamiento de la persona mayor, han incorporado acciones orientadas a la integración del familiar y, a la planificación del egreso en conjunto con la familia y el Servicio Social.

3.6 Garantías explícitas en salud (GES) para las Personas Mayores

El sistema de Garantías Explícitas en Salud es un complejo mecanismo que permite al Estado chileno otorgar prestaciones específicas en ámbitos prioritarios para los beneficiarios del sistema de salud (10). A continuación se presentan aquellas garantías relacionadas con las personas mayores:

Tabla Nº 1: Patologías que forman de las Garantías Explícitas en Salud (2005 – 2012).

Patología GES	Período
Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 y más años.	2005-2006
Insuficiencia renal crónica	
Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos	
Diabetes Mellitus tipo 2	
Cáncer de mama mayores de 15 años	
Linfomas en mayores de 15 años	
Leucemia en mayores de 15 años	
Hipertensión arterial primaria esencial en personas de 15 y más años.	
Epilepsia no refractaria mayor de 15 años	
VIH/Sida	
Cáncer de testículo en mayores de 15 años	
Tratamiento quirúrgico de cataratas	
Vicios de refracción en personas de 65 y más años	2006-2007
Órtesis o ayudas técnicas a personas mayores de 65 años	
Retinopatía diabética	
• Desprendimiento de retina	
• Depresión en personas de 15 y más años	

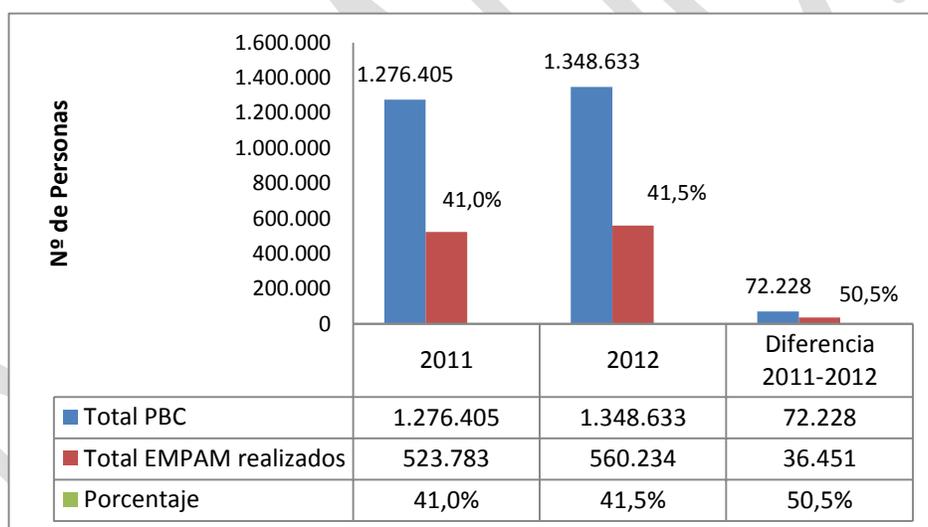
Hemofilia	
Cáncer gástrico en personas de 40 y más años	
Cáncer de próstata en mayores de 15 años	
Accidente cerebro vascular isquémico en mayores de 15 años EPOC de tratamiento ambulatorio	
Salud oral integral para personas de 60 años	
Hipoacusia bilateral que requiere uso de audífonos, mayores 65 años	
Endoprótesis total de cadera con artrosis de cadera y limitación funcional severa (mayores de 65 años)	
Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de caderas y/o rodilla leve o moderada	
Trauma ocular grave	2007-2008
Artritis reumatoide	
• Urgencia odontológica ambulatoria	
• Poli traumatizado grave	
Tratamiento quirúrgico de tumores primarios del SNC en mayores de 15 años	
Trastornos de conducción; marcapasos en mayores de 15 años	
• Asma bronquial de 15 y más años	2010
Enfermedad de Parkinson	
Cáncer colorectal en personas de 15 años y mas	
Cáncer de ovario epitelial	
Cáncer de vejiga en personas de 15 años y mas	
Osteosarcoma en personas de 15 años y mas	
Hipotiroidismo en personas de 15 años y mas	
Trastorno Bipolar en personas de 15 años y mas	2012
Lupus eritematoso sistémico	
Tratamiento de erradicación del Helicobacter Pylori	
Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de las válvula aórtica en personas de 15 años y más	
Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de las válvulas mitral y tricúspide en personas de 15 años y más	

Fuente: MINSAL 2012.

3.7 Examen de Medicina Preventiva de las personas adultas mayores (EMPAM)

El proceso de atención de las personas mayores en APS se inicia con el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), del Ministerio de Salud (2008) a toda la población beneficiaria mayor de 65 años. Este examen constituye una pesquisa oportuna de factores de riesgo, problemas de salud y predicción de la pérdida de funcionalidad. Se clasifica a la población mayor en autovalente, autovalente con riesgo y en riesgo de dependencia, y esto permite dirigir acciones específicas a cada grupo según su grado de funcionalidad. La cobertura del EMPAM ha presentado un aumento porcentual muy leve entre 2011 y 2012. Sin embargo, este aumento no se condice con el aumento de población bajo control, ya que la cantidad de EMPAM realizados es menor a la cantidad de personas que se controlan. Así, al año 2012 la cobertura es aún insuficiente. Por tanto, sigue siendo un desafío lograr una mayor cobertura de este examen en las personas.

Gráfico N° 2: Evolución de la Cobertura del EMPAM, 2011-2012



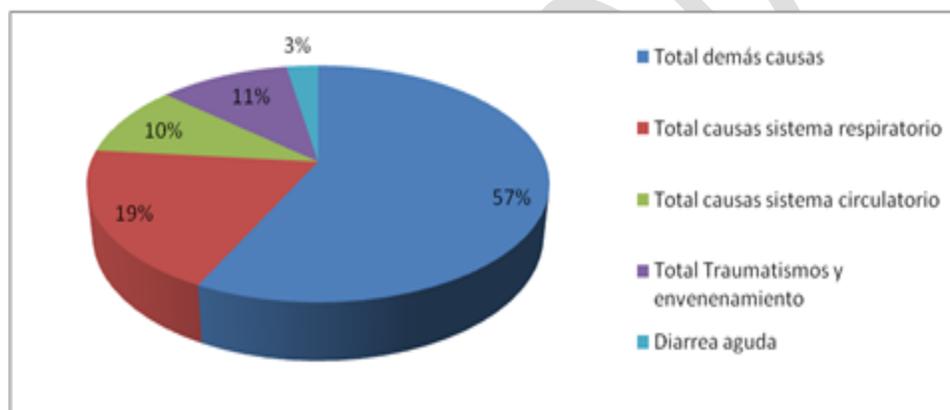
Fuente: DEIS 2013.

3.8 Atenciones de Urgencia

Del total de atenciones de urgencia otorgadas en hospitales y servicios de atención primaria de urgencia (SAPU) el año 2011, las personas mayores suman 132.306, correspondiente al 9,13%, de un total de 1.449.216 atenciones. El gráfico siguiente muestra el porcentaje de atenciones según grupos de causas. Aquellas referidas al sistema circulatorio concentran el 19%.

Al desglosar según causas específicas, en relación al sistema respiratorio, destacan por su mayor frecuencia las consultas por infecciones respiratorias altas (IRA) (78.796 atenciones), seguidas de las bronquitis (52.670 atenciones), la crisis obstructiva bronquial (50.897) y las neumonías (50.275). En el grupo del sistema circulatorio, la mayor frecuencia de consulta está dada por la crisis hipertensiva (76.376 atenciones) y destaca la gran cantidad de consultas por accidente vascular encefálico (AVE) (17.889). En el grupo de traumatismos y envenenamiento, se informa que 6.951 atenciones se deben a accidentes de tránsito y el resto a otras causas externas (151.086).

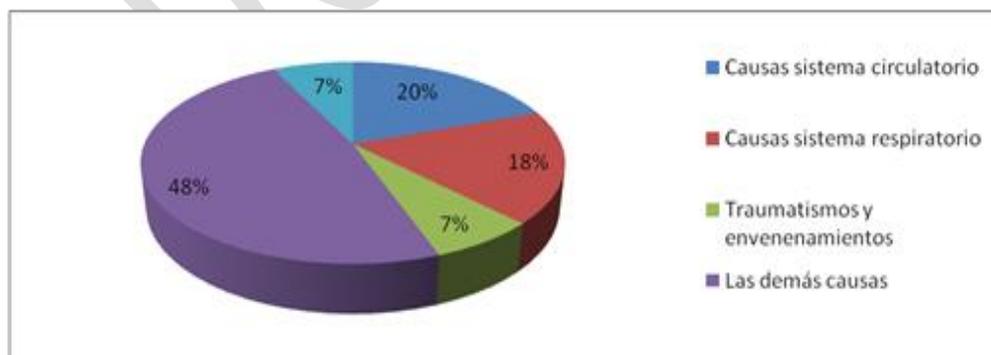
Gráfico N° 3: Atenciones de urgencia otorgadas en hospitales y SAPU a población de personas mayores, según algunos grupos de causas. Chile 2011.



Fuente: DEIS-MINSAL 2013.

Del total de pacientes que recibieron atención en los servicios de urgencia y que fueron hospitalizados, solo el 20% fue por causa del sistema circulatorio. Ver gráfico N° 4.

Gráfico N° 4: Hospitalizaciones derivadas de atenciones de Urgencia a personas mayores en hospitales y SAPU, según algunos grupos de causas. Chile 2011.



Fuente: DEIS-MINSAL 2013.

CAPÍTULO II

BORRADOR

MARCO TEÓRICO

I. SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN

Al momento de proponer un “Programa de Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores”, es importante conocer el escenario sociodemográfico actual de esta población, y cómo éste ha ido evolucionando en el tiempo. La principal característica de este fenómeno es que ha ido evolucionando de tal modo que justifica la modificación de las políticas para el abordaje de necesidades de este grupo.

1. Envejecimiento poblacional a nivel mundial

El envejecimiento poblacional constituye un fenómeno mundial. En el año 2009 se estimaba que 737 millones de personas tenían 60 años y más, y constituían la “población” adulta mayor del mundo. Se proyecta que esta cifra aumentará a dos billones en 2050. Hoy en día, una persona cada nueve en el mundo tiene 60 o más años.

La División de Población de las Naciones Unidas proyecta que, en el año 2050, una persona de cada cinco tendrá 60 años o más. (United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division, 2009). Este fenómeno es parte de lo que se conoce como la transición demográfica, donde a grandes rasgos, la población joven va disminuyendo, en pos de la población de mayor edad, lo cual, en la pirámide poblacional se traduce en un estrechamiento de la base y un ensanchamiento de su cúspide.

Lo que comenzó como un fenómeno exclusivo de los países desarrollados se ha instalado también en los países en vías de desarrollo, tal como es el caso de Chile. El porcentaje de personas mayores es hoy en día mayor en los países desarrollados, sin embargo el envejecimiento poblacional está creciendo más rápido en los países en desarrollo en comparación con aquellos en los que el envejecimiento poblacional está más avanzado, observándose que dos tercios de la población adulta mayor del mundo, viven en países en desarrollo. (United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division, 2009)

Dentro del fenómeno del envejecimiento poblacional se está produciendo el “envejecimiento del envejecimiento”. Es así como actualmente, las personas mayores de 80 años constituyen el 14 por ciento de la población de 60 años y más, siendo este el segmento de la población que crece más rápido. Así en el 2050, un 20 por ciento de la población mayor, tendrá 80 años y más. El número de personas de cien años y más, está creciendo aún más rápido y se proyecta que aumentará nueve veces para el 2050, de 451.000 en 2009 a 4.1 millones en 2050 (United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division, 2009).

La misma fuente anterior refiere que el gran aumento en la longevidad, se expresa en que se han ganado 20 años en la esperanza de vida al nacer, desde 1950. De acuerdo a las

tasas de mortalidad actuales, un hombre de 60 años espera vivir otros 18 años más y las mujeres que llegan a la edad de 60, esperan vivir 21 años adicionales. En otras palabras, los hombres que nacen hoy tienen una expectativa de vida de 78 años, y las mujeres 81 años. Esta cifra varía mucho entre países, siendo menor en los países de menor desarrollo y mayor en los desarrollados, característica propia de la transición demográfica.

La esperanza de vida se define como el número potencial de años que pueden esperar vivir las personas. El aumento de la esperanza de vida es consecuencia de las mejoras sanitarias y de las condiciones de vida de la población, donde la mayoría de las personas envejecen más capacitadas y sanas, con buenos niveles de percepción de salud y que quieren mantener su bienestar, dignidad y autonomía por el mayor tiempo posible.

El proceso de transición demográfica que en Europa tomó entre 150 y 200 años, en los países en vías de desarrollo se está dando en forma mucho más acelerada. Por ejemplo en América Latina, la esperanza de vida al nacer aumentó 20 años en promedio (de 50 a 70 años) durante la segunda mitad del siglo XXI y se pasó de una tasa global de fecundidad de 6 hijos por mujer a menos de la mitad en las últimas tres décadas; esto se debió al gran desarrollo médico y sanitario posterior a la segunda guerra mundial, que permitió una mejoría sin precedente del control de la mortalidad primero y de la fecundidad después. (United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division, 2009).

2. Envejecimiento poblacional a nivel latinoamericano

Los países latinoamericanos han experimentado profundas transformaciones en su estructura poblacional, que van en la línea de la transición demográfica, tal como se ha descrito en los párrafos anteriores. Esta evolución responde a la acelerada caída de la fecundidad, que fue precedida por la reducción sostenida de la mortalidad desde fines de la primera mitad del siglo XX.

En el caso de la fecundidad, se ha observado un acelerado descenso, que ha sido uno de los más relevantes de la historia demográfica latinoamericana reciente: en sólo 55 años, los índices reproductivos de la región, que se encontraban entre los más altos del mundo, pasaron a ubicarse por debajo de la media mundial. En cuanto a la esperanza de vida, indicador global de mortalidad, se observa un aumento en los últimos 60 años, desde una esperanza de vida de 51.8 años en el quinquenio 1950-1955, hasta los 74.2 años en el quinquenio de 2010-2015. Esta cifra es menor en algunos años a la esperanza de vida de los países desarrollados (78 y 81 años), sin embargo se ha acercado rápidamente a ésta. Como consecuencia de lo anterior, el grupo de personas mayores de 60 años, cobra un mayor peso relativo en el total de la población, al pasar de un 5.6% del total de la región en 1950 a un 9.9% en 2010. Se proyecta que en el 2100 representará más del 35% de la población (United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division, 2009).

La Tabla N°2 resume algunos indicadores de envejecimiento poblacional, en personas de 60 años y más a nivel latinoamericano:

Tabla N° 2: América Latina: Indicadores del proceso de envejecimiento de la población, 1960-2060

Indicadores	1960	1980	2000	2015	2020	2040	2060
Población total (en miles a mitad de año)	212.169	352.857	509.752	607.982	635.864	711.950	726.303
Población de 60 años y más (en miles a mitad de año)	12518,0	23288,6	41799,7	68702,0	82662,3	152357,3	216438,3
Porcentaje de personas de 60 años y más	5.9	6.6	8.2	11.3	13.0	21.4	29.8
Porcentaje de personas de 80 años y más	0.4	0.7	1.0	1.7	2.0	4.1	7.8
Edad mediana de la población	19.0	19.7	24.2	29.3	31.1	38.5	44.2
Índice de envejecimiento ⁵	13.9	16.7	25.7	44.2	54.9	116.1	190.4

Fuente: CEPAL, América Latina y el Caribe, Observatorio Demográfico, N°12, Octubre 2011

En el gráfico N° 5 se observan las tasas de crecimiento de América Latina, por subgrupos etarios, entre los años 1960 y 2060. Según las proyecciones de CEPAL, la población de 60 años y más, continuará con una tasa de crecimiento positivo, mientras que la población adulta y en particular, la infantil, irá disminuyendo de forma pronunciada, según la curva mostrada en el gráfico 5. Para el grupo de 80 años y más, la tasa prácticamente se cuadruplicó entre los 60 y 80 y se proyecta un aumento sostenido hasta el 2040, cifras que apoyan la necesidad de establecer políticas integrales de envejecimiento positivo y cuidados en la vejez.

⁵ Índice de envejecimiento= (población de 60 años y más/población de 0 a 14 años)*100

Gráfico N° 5. Tasa de crecimiento de la población total y por grupos de edad seleccionados, América Latina, 1960-2060.

Tasa de Crecimiento x 100	1960	1980	2000	2020	2040	2060
0-14 años	32,8	13,5	0	-6,3	-7,7	-5,9
15-59 años	23,3	25,5	18	6,4	-2,2	-6
60-79 años	30,2	27,8	29,4	36	22,9	9,9
80 años y más	10,2	40,3	45,6	36,9	41,9	23,2

Fuente: Datos extraídos de: CEPAL, América Latina y el Caribe, Observatorio Demográfico, N°12, Octubre 2011

3. El proceso de envejecimiento en Chile y características de la población adulta mayor⁶

En las últimas décadas, Chile ha entrado en el proceso de la transición demográfica, proceso propio de los países en vías de desarrollo. Con ello, el número de adultos mayores aumenta, viven más años, y la población joven disminuye. El proceso de envejecimiento y la caracterización de la población mayor en Chile, es lo que se revisa a continuación.

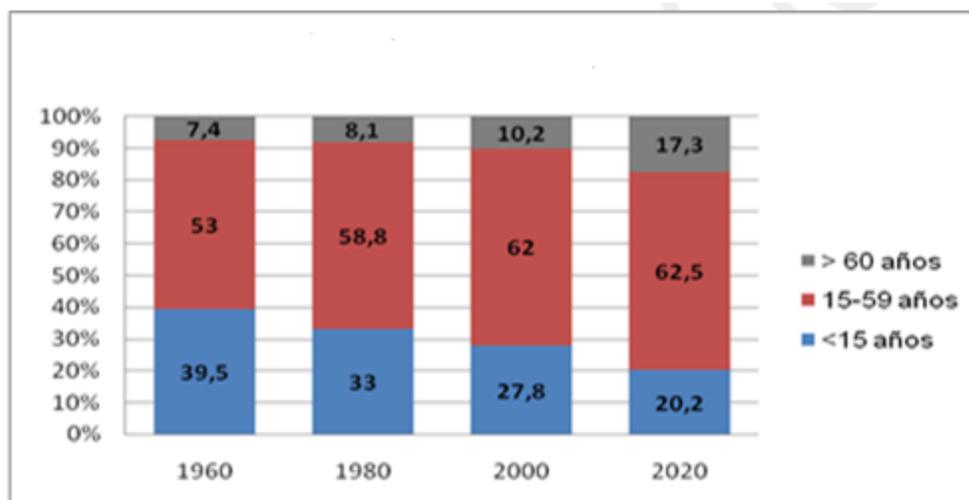
3.1 Evolución de la estructura etaria de la población chilena

La distribución etaria de la población en Chile, ha variado significativamente desde mediados del siglo pasado hasta la actualidad. En 1960 los menores de 15 años representaban el 39,5% de la población total, los de 15 a 59 años eran el 53% y los mayores de 60 años alcanzaban al 7,4%, es decir, menos de la décima parte de la población. En el año 2000, estos porcentajes eran de 27,8%, 62% y el 10,2% de la población total, respectivamente, disminuyendo la población infantil y aumentando la población adulta mayor. Se estima que al año 2020 estos grupos representarán el 20,2%,

⁶ Si bien para el Ministerio de Salud la población adulta mayor se considera formada por las personas de 65 años y más, en las descripciones siguientes la población adulta mayor se considera desde los 60 años, según el análisis que se realiza en el Ministerio de Desarrollo Social.

62,5% y 17,3% respectivamente, lo que supone un sostenido envejecimiento de la población chilena, en desmedro de la población infantil. Ver gráfico N° 6.

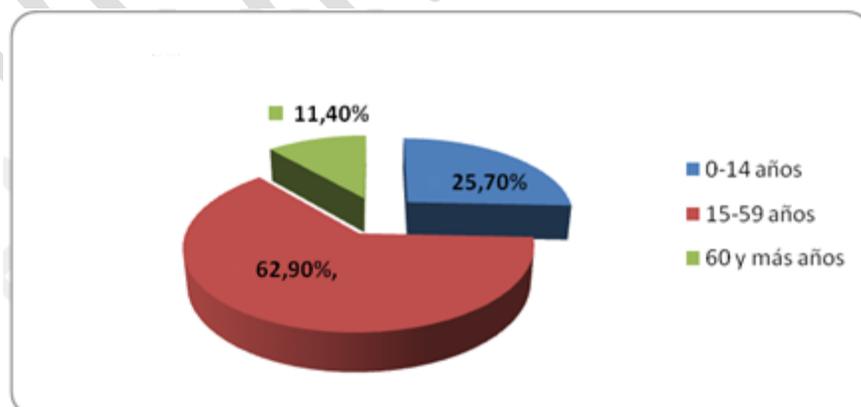
Gráfico N° 6: Evolución de la estructura de la población por grupos de edad. Chile 1960-2020



Fuente: Base de Estimaciones y Proyecciones Poblacionales 1990-2020, INE

En el año 2002, y de acuerdo al Censo de dicho año, el 11,4% de la población chilena tenía 60 o más años. (Ver Gráfico N° 7).

Gráfico N° 7: Distribución porcentual de la población chilena por grupos etarios, según Censo 2002

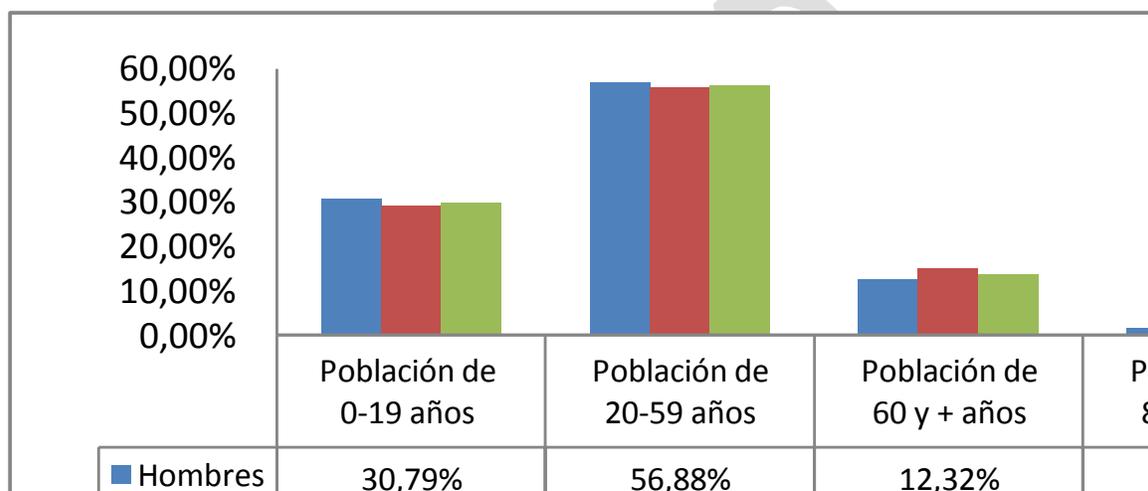


Fuente: INE, 2013

Ahora bien, si se observa la distribución de la población por grupos etarios y por sexo, se aprecia que la población de 60 años y más es mayoritariamente femenina, lo cual se

condice con la cifra de esperanza de vida que es mayor para las mujeres, tal como se ve más adelante. En el año 2002, este grupo etario representaba el 11,4% de la población; para el año 2012 se observa que la población mayor de 60 años se ha incrementado en un 2,29%, siendo de 13,6% entre ambos sexos. Es importante notar que solo en los grupos mayores a 60 años, predomina la población femenina. En la población de 59 años y menos, predominan los hombres, aunque con diferencias muy menores. Ver gráfico 8.

Gráfico N° 8: Distribución porcentual de la población, por grupos etarios, según sexo, Chile 2012.



Fuente: INE, 2013.

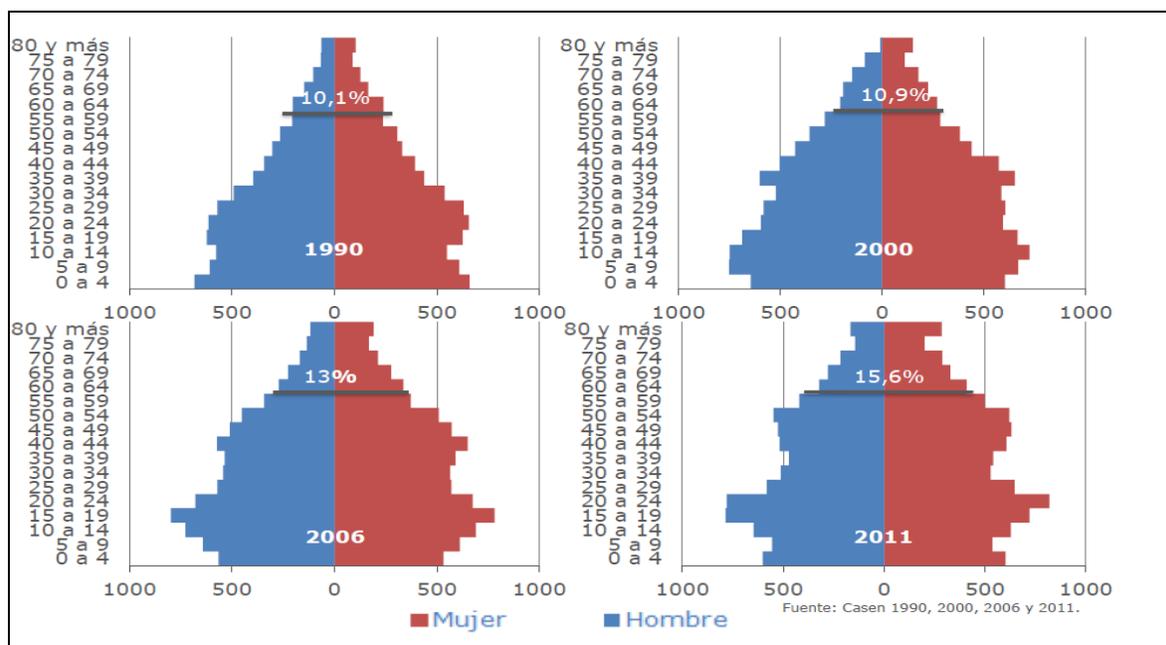
3.2 Envejecimiento de la población

Las fuentes de información indican que Chile ha tenido un proceso de envejecimiento acelerado. La mortalidad se redujo a la mitad en 25 años, de tal manera que, entre 1950 y 1975, la tasa de mortalidad general disminuyó desde 13,6 a 7,4 muertes por mil habitantes respectivamente, y para el 2010 la disminución se refleja en cifras de 5,7 por mil habitantes. Por otro lado, la reducción de la tasa global de fecundidad fue un poco más tardía pero también drástica, pasando de 5,5 hijos por mujer en el período 1955-1960, a 1,89 hijos por mujer entre 2010-2015; esta cifra se proyecta a 1,7 en 2020-2025. Esto se traduce en que las personas viven más años, incrementándose en forma importante la esperanza de vida en los mayores de 60 años. De esta forma, este grupo ha llegado a constituir el 13% del total de la población en el año 2011, proyectándose llegue a 16,7% de la población para el 2020.

Todo esto se evidencia en el gráfico N° 9, donde se aprecia una disminución de la base de la pirámide poblacional, a causa de la disminución de la fecundidad, y un ensanchamiento en su cúspide, debido al aumento de personas de edades avanzadas

dada la disminución de la tasa de mortalidad. Así, en el año 2011 la pirámide comienza a “rectangularizarse”, forma propia de las pirámides de países desarrollados.

Gráfico N° 9: Pirámides de población Chile, 1990, 2000, 2006 y 2011.



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, resultados Encuesta de Caracterización Socioeconómica, CASEN 2011.

A su vez, la población mayor de 60 años se ha duplicado, aproximadamente, cada 25 años. Así, el año 1950 era de 416 mil, pasando a 814 mil en 1975, y 1,55 millones en el año 2000. Se proyecta de 3,55 millones en 2025, cifra mayor al doble, y a 5,22 millones en 2050, lo cual evidencia que el mayor envejecimiento se producirá en el periodo comprendido entre 2000 y 2025, lo que corresponde al momento actual. De la misma forma, en 1950 la población mayor de 60 años representaba el 6,9% y se espera que el 2050 sea el cuarto de la población total (24,1%).

Desde el año 1975, la edad mediana, que corresponde a la edad promedio de la población, ha ido en sostenido aumento, pasando de 21 años en dicho año, a 28 el año 2000, y se espera que en 2025 sea de 34 y de 39 en 2050.

Por otro lado, el índice de envejecimiento, que representa la relación entre las personas de 65 años y más y las menores de 15 años, ha crecido exponencialmente, pasando de 18,7 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años en 1950 a 21,4 en 1975, 35,8 en el año 2000, y se espera que esta cifra sea de 82,2 en 2025 y de 131,9 en 2050. Esta última cifra indica que habrá mayor cantidad de adultos mayores que de menores de 15 años, lo que da cuenta de una población envejecida. En este mismo sentido, se aprecia

que la relación de dependencia⁷ de las personas de 60 años y más también experimenta un sostenido aumento en el tiempo. Esto da cuenta de que la proporción de personas mayores en edad teóricamente inactivas económicamente, aumentan, debido al aumento de la población adulta mayor. Ahora bien, es importante notar que esta inactividad es en la teoría, y no necesariamente indica que todas las personas mayores de 60 años no ejercerán algún tipo de actividad económica. Solo demuestra que, mientras mayor sea este indicador, más envejecida se encuentra la población.

Tabla N°3: Indicadores del proceso de envejecimiento, 1950-2050

Indicadores del Proceso de Envejecimiento	1950	1975	2000	2025	2050
Población de 60 años y más (en miles)	416.7	814.2	1550.3	3557.6	5228.7
Porcentaje de personas de 60 años y más	6.9%	7.9%	10.2%	18.2%	24.1%
Edad mediana	22.2	21.2	28.3	34.3	39.4
Índice de envejecimiento	18.7	21.4	35.8	82.2	131.9
Relación de dependencia total	77.2	80.9	63.0	67.7	73.6
Relación de dependencia de 60 y más años	12.1	14.2	16.6	30.5	41.8

Fuente: Datos extraídos de: CEPAL, Boletín Demográfico, 1950-2050, N° 72 América Latina y el Caribe: El envejecimiento de la Población, Julio, 2003

Los gráficos 10, 11, 12, 13 y 14 ilustran el aumento de la población total de 60 años y más desde 1950 hasta 2050; la evolución en porcentaje de la misma población en el mismo periodo, la evolución de la edad mediana, la evolución del índice de envejecimiento, y la relación de dependencia total y de los mayores de 60 años, entre los mismos años, respectivamente.

⁷ La relación de dependencia demográfica total se define aquí como el cociente entre la suma de niños y viejos y la población en edad activa: (<de 15 años + 60 y más años)/(15–64 años). Se puede también considerar las relaciones de dependencia de cada uno de sus componentes: (<de 15 años) / (población 15–64 años) y (población 60 años y más) / (población 15–64 años) (CEPAL, 2000).

Gráfico Nº 10: Población total de 60 años y más, 1950-2050. Chile. (En miles)

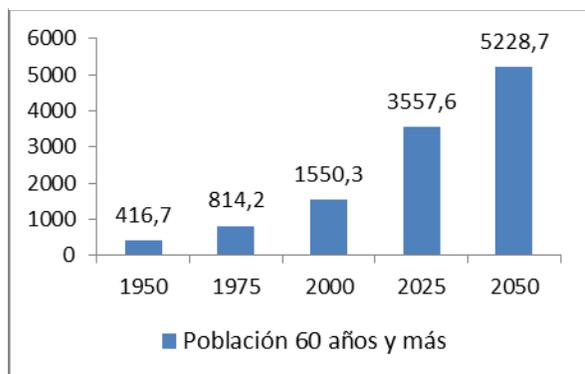
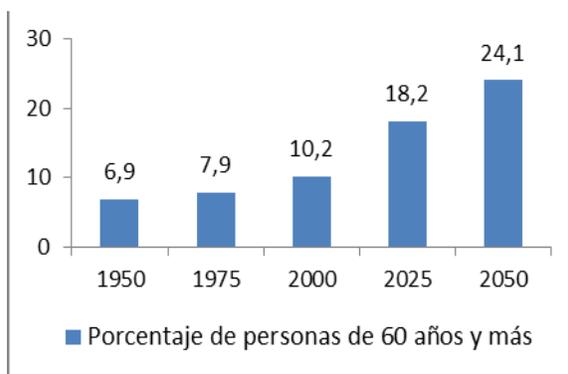


Gráfico Nº 11: Porcentaje de personas de 60 años y más, 1950-2050. Chile.



Fuente: Datos extraídos de: CEPAL, Boletín Demográfico, 1950-2050, Nº 72 América Latina y el Caribe: El envejecimiento de la Población, Julio, 2003

Gráfico Nº 12: Evolución de la edad mediana, 1950-2050.

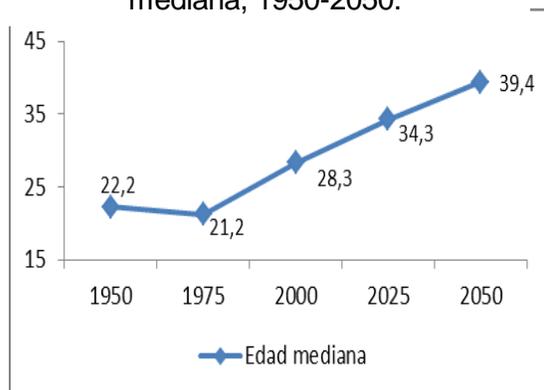
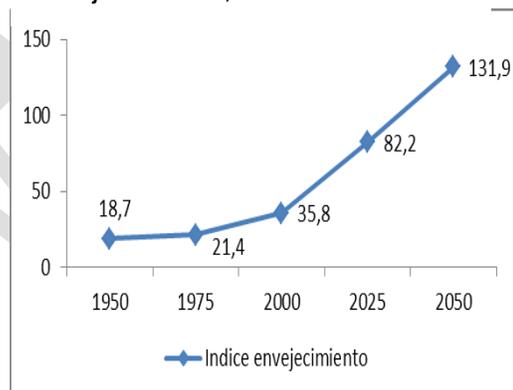
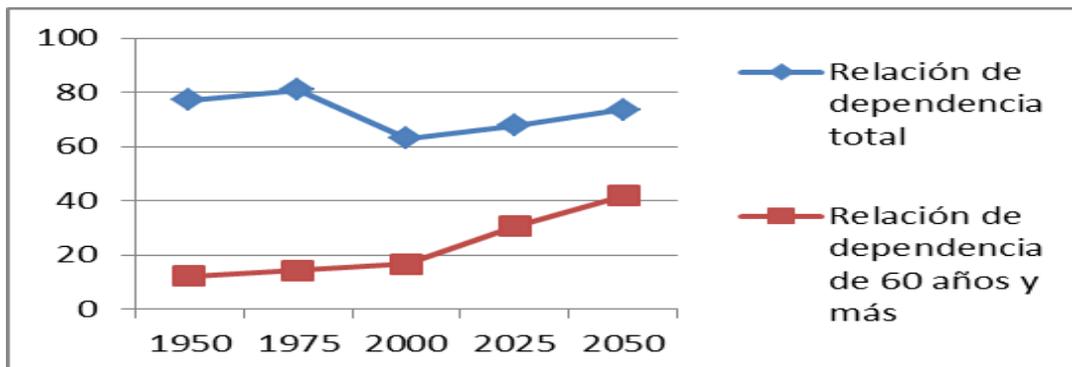


Gráfico Nº 13: Índice de envejecimiento, 1950-2050. Chile.



Fuente: Datos extraídos de: CEPAL, Boletín Demográfico, 1950-2050, Nº 72 América Latina y el Caribe: El envejecimiento de la Población, Julio, 2003

Gráfico 14: Relación de dependencia total y relación de dependencia de población de 60 años y más, 1950-2050. Chile.



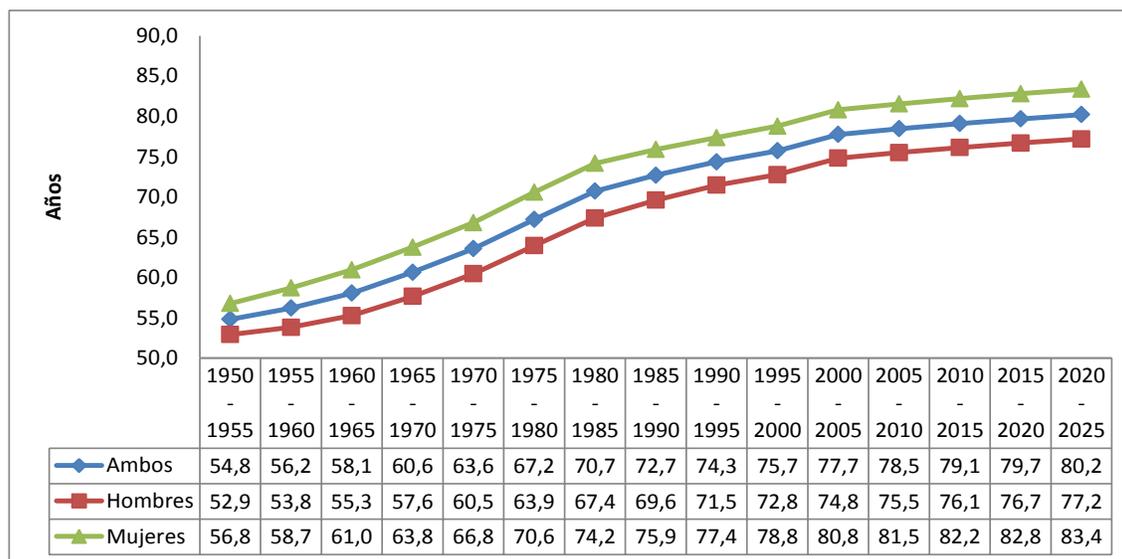
Fuente: Datos extraídos de: CEPAL, Boletín Demográfico, 1950-2050, N° 72 América Latina y el Caribe: El envejecimiento de la Población, Julio, 2003

Todos estos datos evidencian el proceso de la transición demográfica que atraviesa Chile, donde aumenta la población adulta mayor, en desmedro de la disminución de la población joven.

3.3 Esperanza de vida

Una de las variables que contribuye al envejecimiento de la población es el aumento de la esperanza de vida, cifra que ha tenido un sostenido crecimiento desde mitad del siglo XX. A mitad del siglo XX, entre 1950 y 1955, las personas aspiraban a vivir 54,8 años en promedio (52,9 los hombres y 56,7 las mujeres). Desde esta fecha hasta el año 1985, es donde se produce el aumento más pronunciado, aumentando de 2 a 3 años por año, alcanzando a ser de 70,7 años entre 1980 y 1985. En Chile, entre 2010 y 2015, la esperanza de vida es de 79,1 años para ambos sexos, de 76,1 años para los hombres y 82,2 años para las mujeres. Se proyecta que para el 2025 el aumento sea de 1 año. Es importante notar que en todos los periodos, la cifra es mayor en las mujeres que en los hombres. Ver gráfico N° 15.

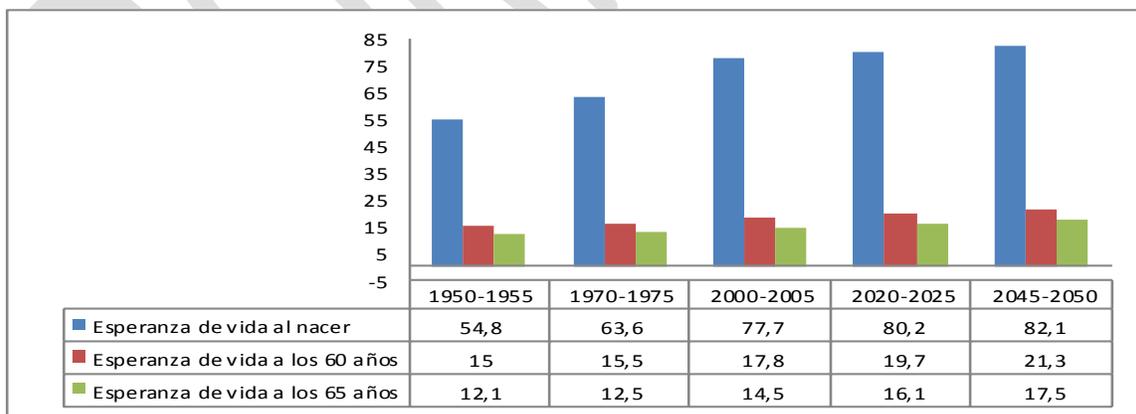
Gráfico N° 15: Esperanza de vida al nacer, según sexo, por quinquenios, 1950-2025



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas, Proyecciones y Estimaciones de Población, Total País, 2009

El gráfico N° 16 muestra la evolución de la esperanza de vida en a los 60 y 65 años en Chile, que pasa de 15 y 12 años respectivamente en el quinquenio 1950-1955, a 21 y 17,5 años para el 2050, es decir una persona de 65 años esperaría vivir 18 años más en promedio.

Gráfico N° 16: Esperanza de vida al nacer, a los 60 y 65 años de edad en Chile, entre 1950 y 2050.

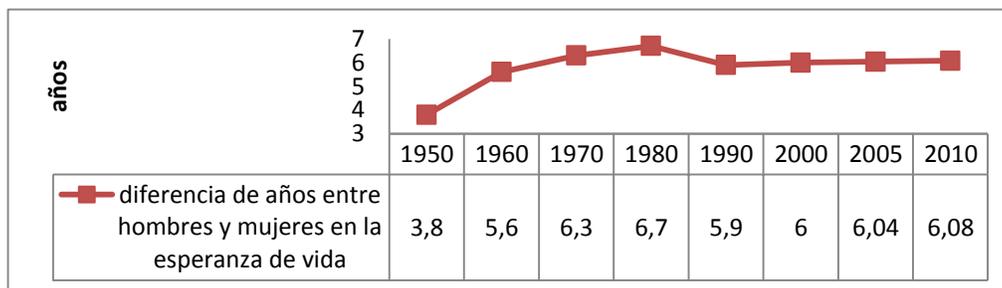


Fuente: CEPAL, Boletín Demográfico, 1950-2050, N° 72 América Latina y el Caribe: El envejecimiento de la Población, Julio, 2003. 2014.

En todos los quinquenios, las mujeres viven más que los hombres, y este indicador de esperanza de vida se ha mantenido estable a través de los años. En el gráfico N° 17 se

observa el diferencial de esperanza de vida al nacer que en promedio es de seis años a favor de las mujeres. Una mayor expectativa de vida en la mujer o una mayor mortalidad masculina, a toda edad, determina que en la población haya una mayor prevalencia del sexo femenino. El peak de este fenómeno se produce en las décadas de 1970 y 1980.

Gráfico 17: Diferencias de esperanzas de vida al nacer entre hombres y mujeres, 1950-2010. Chile.



Fuente: DEIS, MINSAL, 2014.

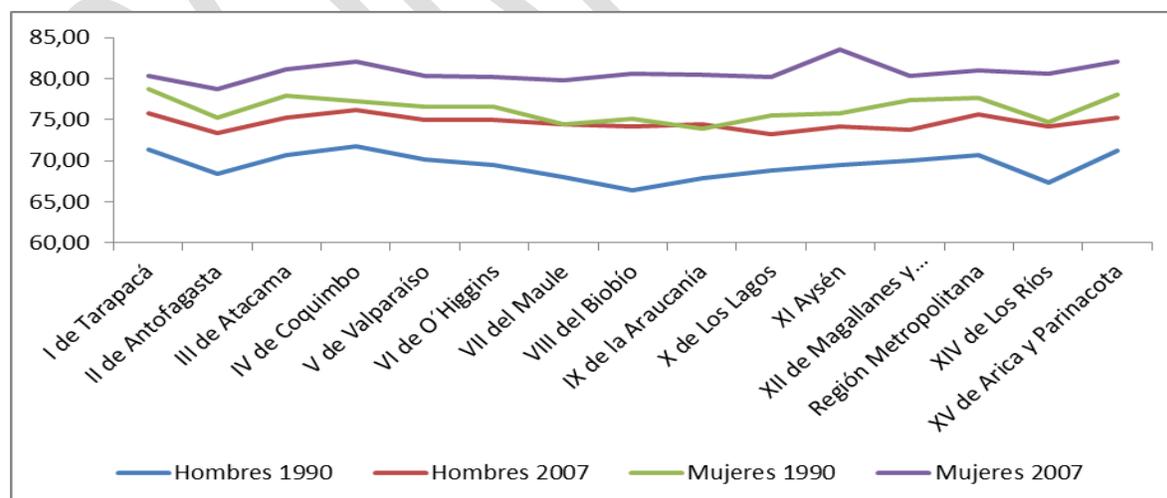
Según un estudio del Instituto Nacional de Estadísticas, entre 1990 y 2007 el grupo que más contribuye al aumento en la esperanza de vida, es el de los adultos mayores de 60 años, cuya reducción de la mortalidad fue más intensa que en los otros grupos etarios, contribuyendo con un 57% del aumento (INE, 2010). En ese mismo estudio, se aprecia que en todas las regiones del país se registra este incremento, tanto en hombres como en mujeres, destacándose una mayor variación en las regiones de Biobío (que registra una importante alza) y Aysén (que registra las mayores cifras del país en mujeres), con un aumento de 8 y 7,8 años respectivamente. Nuevamente se aprecia que las cifras son mayores para las mujeres, siendo incluso mayores en 1990 que a las de los hombres en 2007. El detalle se aprecia en la tabla N° 4 y en el gráfico 18.

Tabla N° 4: Esperanza de vida al nacer en años, por región y sexo en Chile, 1990-2007

Región	Esperanza de vida al nacer (años)			
	Hombres		Mujeres	
	1990	2007	1990	2007
I de Tarapacá	71,38	75,74	78,76	80,32
II de Antofagasta	68,34	73,34	75,27	78,75
III de Atacama	70,73	75,28	77,87	81,19
IV de Coquimbo	71,69	76,13	77,22	82,02
V de Valparaíso	70,14	74,93	76,53	80,27
VI de O'Higgins	69,53	74,95	76,60	80,22
VII del Maule	68,06	74,37	74,43	79,77
VIII del Biobío	66,36	74,13	75,05	80,64
IX de la Araucanía	67,92	74,48	73,88	80,51
X de Los Lagos	68,74	73,24	75,56	80,19
XI Aysén	69,47	74,13	75,82	83,6
XII de Magallanes y Antártica	70,00	73,81	77,37	80,35
Región Metropolitana	70,70	75,62	77,67	81,05
XIV de Los Ríos	67,36	74,15	74,75	80,60
XV de Arica y Parinacota	71,19	75,20	78,02	82,09

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas, Evolución de la Mortalidad en Chile según causas de muerte y edad 1990-2007.

Gráfico N° 18: Esperanza de vida al nacer en años, por región y sexo en Chile, 1990-2007

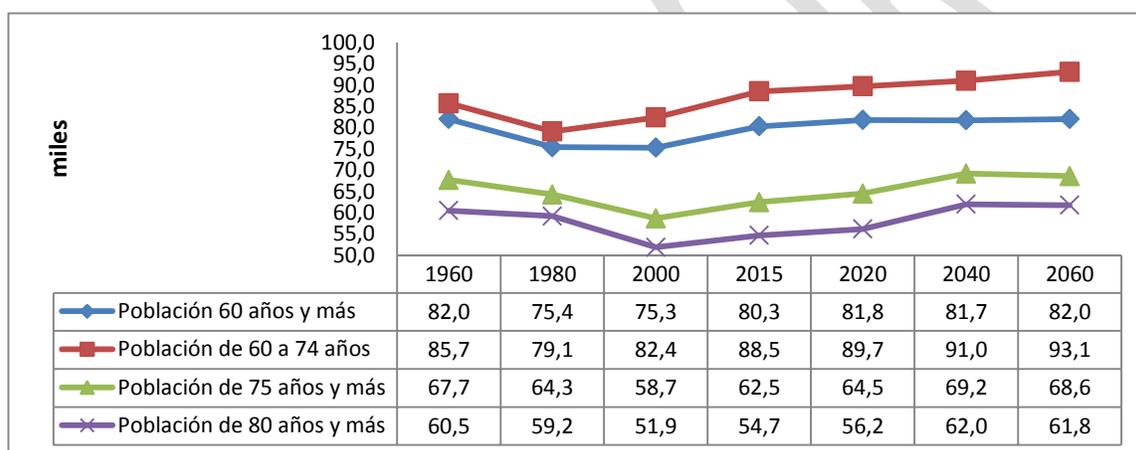


Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas, Evolución de la Mortalidad en Chile según causas de muerte y edad 1990-2007.

3.4 Características de la población adulta mayor

Además del crecimiento total de personas mayores, se ha producido en los últimos años un proceso de “envejecimiento del envejecimiento”. Esto quiere decir que las personas que se encuentran en el grupo de los adultos mayores, extienden aún más su vida, más allá de los 60 o 65 años, gráfico N° 19 muestran que dentro del total de población mayor de 60 años, el crecimiento del grupo etario de 75 años y más, es mucho más acelerado que el de 60 a 74 años.

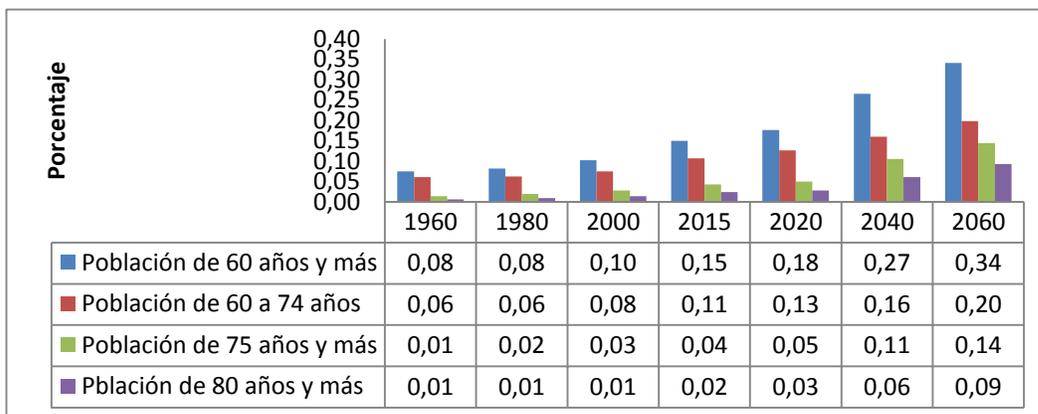
Gráfico N° 19: Distribución población adulta mayor por grupos de edad, Chile 1960-2060, en miles.



Fuente: CEPAL, América Latina y el Caribe, Observatorio Demográfico, N°12, Octubre 2011.

Asimismo, el gráfico n° 20, ilustran el porcentaje de la distribución de la población adulta mayor por grupo etario entre los años 1960 y 2060.

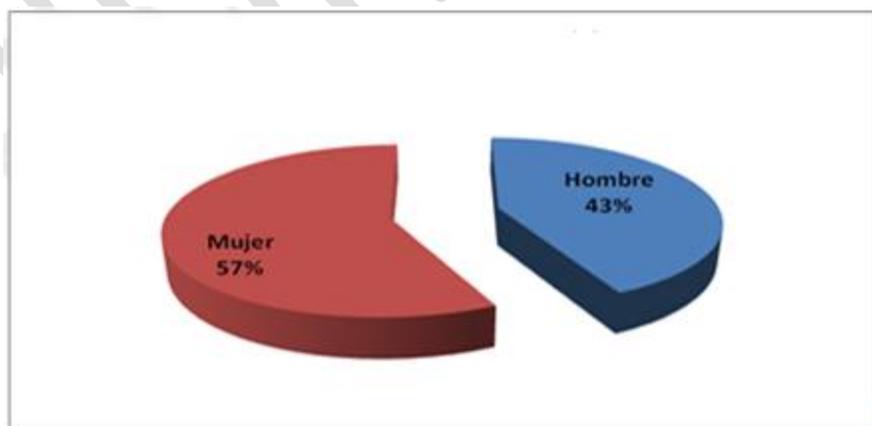
Gráfico 20: Distribución población adulta mayor por grupos de edad, Chile 1960-2060, en porcentaje.



Fuente: CEPAL, América Latina y el Caribe, Observatorio Demográfico, N°12, Octubre 2011.

Una característica del envejecimiento es la mayor sobrevivencia de la mujer. Según el INE, en la población mayor de 60 años estimada por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) para el año 2012 (2.383.394 personas adultas mayores), se verifica que existe una mayor proporción de mujeres adultas mayores (55,47%) que de hombres adultos mayores (44,52%), lo que concuerda con la información obtenida de la última Encuesta de caracterización socio-económica CASEN, del Ministerio de Desarrollo Social (2011). El gráfico N° 21 muestra que la población femenina adulta mayor supera en 8 puntos porcentuales a la población masculina.

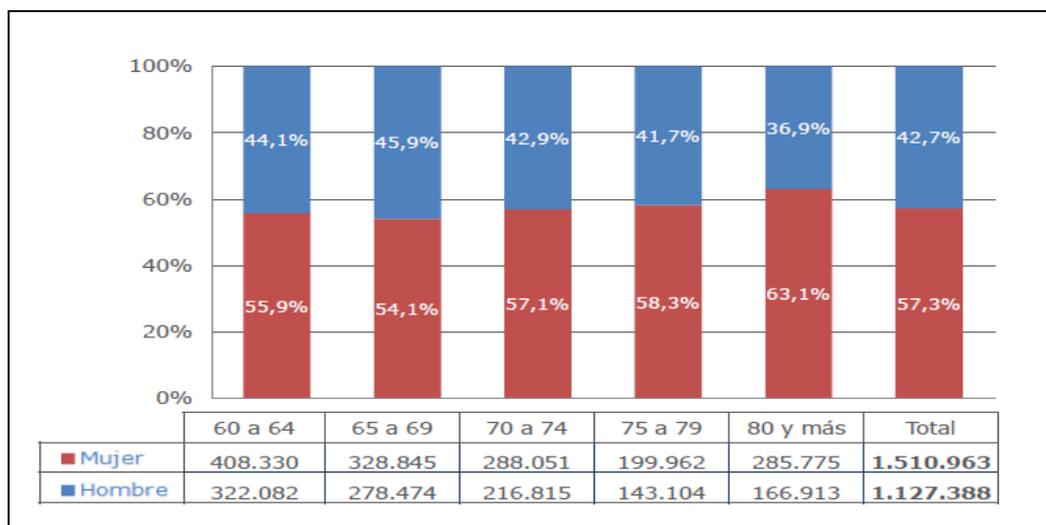
Gráfico N° 21: Distribución porcentual de la población adulta mayor según sexo, CASEN 2011



Fuente: CASEN, 2011

El gráfico N° 22 muestra la distribución según grupos etarios de la última Encuesta de Caracterización socioeconómica CASEN (2011), donde las mujeres adultas mayores, prevalecen sobre los hombres en todos los subgrupos de edad, manteniendo la misma proporción, aproximadamente, en todos los quinquenios, de 43%.

Gráfico N° 22: Personas adultas mayores por sexo y tramos de edad, en Chile, 2011



Fuente: Resultados Encuesta de Caracterización Socioeconómica, Ministerio de Desarrollo Social, CASEN 2011.

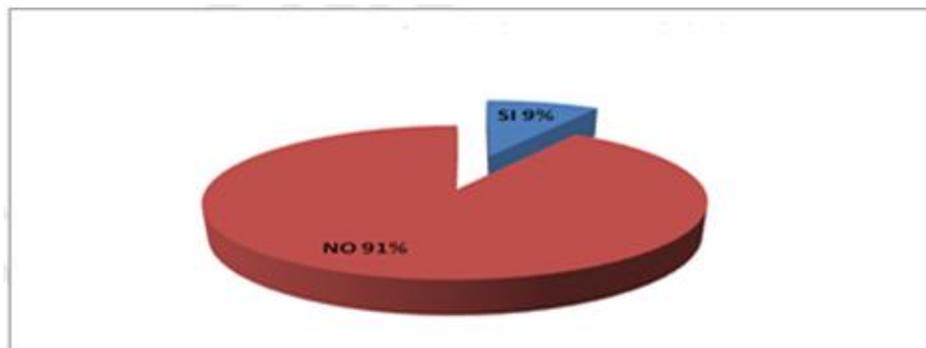
3.4.1 Distribución de personas adultas mayores, según pertenencia a Pueblos Originarios.

De acuerdo a los datos recogidos en el Censo 2002, un número de 692.192 personas, es decir, 4,6% de la población total, pertenecen a grupos étnicos. Entre ellos, 4 de cada 100 personas mayores de 60 años, pertenece a algún pueblo originario, es decir, una proporción similar a la nacional (INE 2002).

En la Encuesta CASEN del año 2009, del total de adultos mayores, solo un 9% declara pertenecer a uno de estos pueblos.

Al revisar otras fuentes, en el gráfico N° 23 se presenta la información obtenida de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN, 2009) donde un 9% de la población adulta mayor se declara perteneciente o descendiente de una etnia, y el 91% declara no pertenecer a ningún pueblo originario.

Gráfico N° 23: Declaración de pertenencia a pueblos originarios de la población de 60 años y más, según datos CASEN 2009



Fuente: CASEN 2009

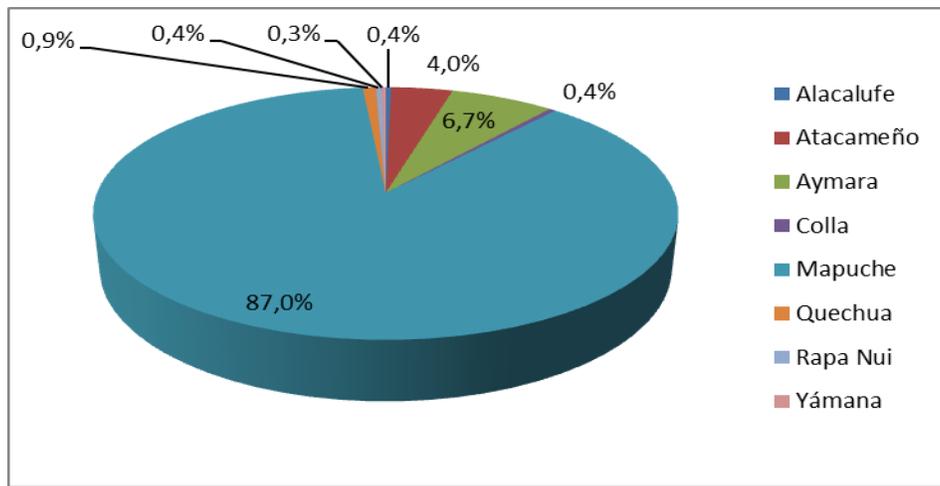
La tabla N° 5 y gráficos n° 24 y 25 presenta la distribución de la población mayor de 60 años que pertenece a alguno de estos pueblos, observándose que la etnia con mayor representación entre las personas adultas mayores es la mapuche: de un total de 33.070 adultos mayores hombres que pertenecen a un pueblo originario, 28.776 (87%) pertenecen a la etnia mapuche. Por otro lado, de un total 34.944 adultas mayores mujeres, 30.754 (88%) pertenecen a esta etnia; le sigue la etnia Aymara pero en una proporción muchísimo menor, cuya representación en el grupo de las personas adultas mayores es de 6,19% para las mujeres y de 6,73% para los hombres que declaran formar parte de un pueblo originario. Se aprecia que hombres y mujeres adultas mayores se distribuyen de manera muy similar según pueblo originario.

Tabla N° 5: Población Mayor de 60 años que pertenece a Pueblos Originarios, según Censo 2002.

Grupo étnico	Hombres		Mujeres	
	Habitantes	Porcentaje	Habitantes	Porcentaje
Alacalufe	120	0,36%	125	0,36%
Atacameño	1.312	3,97%	1.250	3,58%
Aymara	2.226	6,73%	2164	6,19%
Colla	143	0,43%	142	0,41%
Mapuche	28.776	87,02%	30.754	88,01%
Quechua	285	0,86%	269	0,77%
Rapa Nui	123	0,37%	145	0,41%
Yámana	85	0,26%	95	0,27%
TOTAL	33.070	100%	34.944	100%

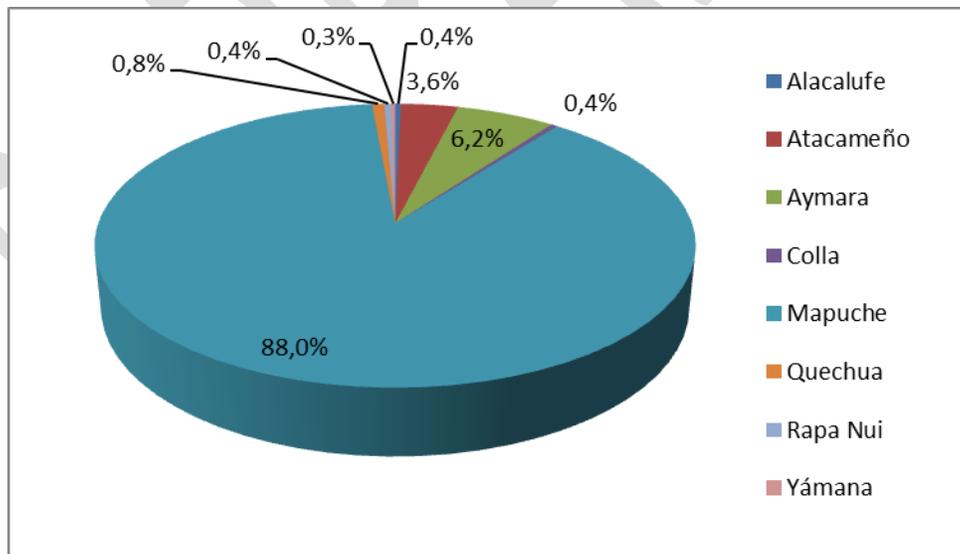
Fuente: Censo 2002, Instituto Nacional de Estadísticas

Gráfico N° 24: Porcentaje de hombres adultos mayores, según pertenencia a pueblos originarios. Censo 2002.



Fuente: Censo 2002, Instituto Nacional de Estadísticas

Gráfico N° 25: Porcentaje de mujeres adultas mayores, según pertenencia a pueblos originarios. Censo 2002.



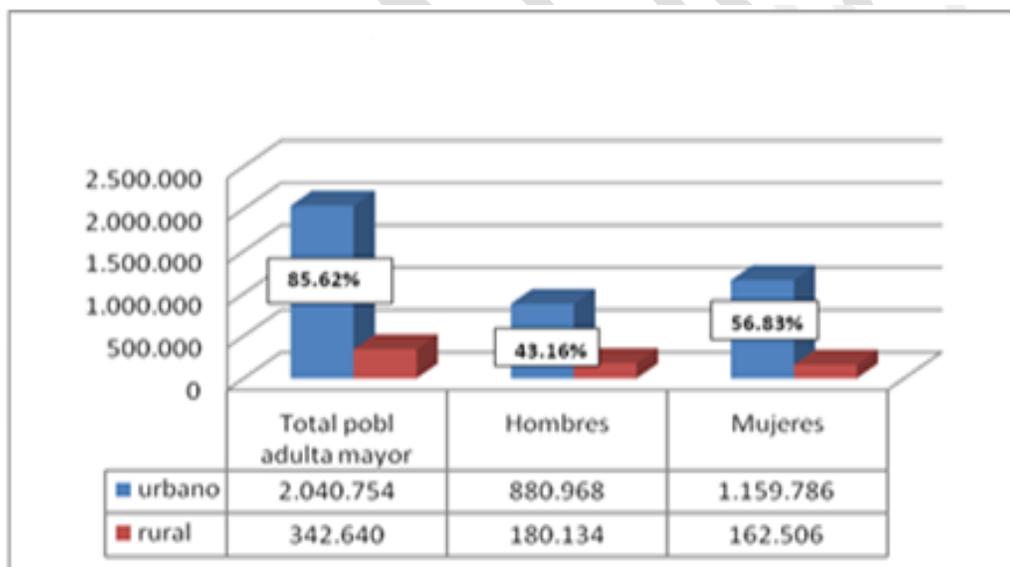
Fuente: Censo 2002, Instituto Nacional de Estadísticas

3.4.2 Distribución de personas adultas mayores según zona de residencia urbana/rural

En términos de la distribución de la población adulta mayor según zonas de residencia urbana/rural, se observa que en zonas urbanas habitan un total de 2.040.754, es decir, 85%, de personas mayores de 60 años, mientras que en las áreas rurales viven 342.640 personas de tercera edad, es decir, 15%.

Entre los adultos mayores que residen en zonas urbanas, 57% son mujeres y 43% son hombres, tal como lo evidencia los datos proyectados del INE (gráfico N° 26). En otras palabras, la población adulta mayor femenina se concentra en el área urbana, mientras que la población adulta mayor masculina se concentra en el área rural del país. Sin

Gráfico N° 26: Distribución población mayor de 60 años, según sexo y zona de residencia, años 2012.



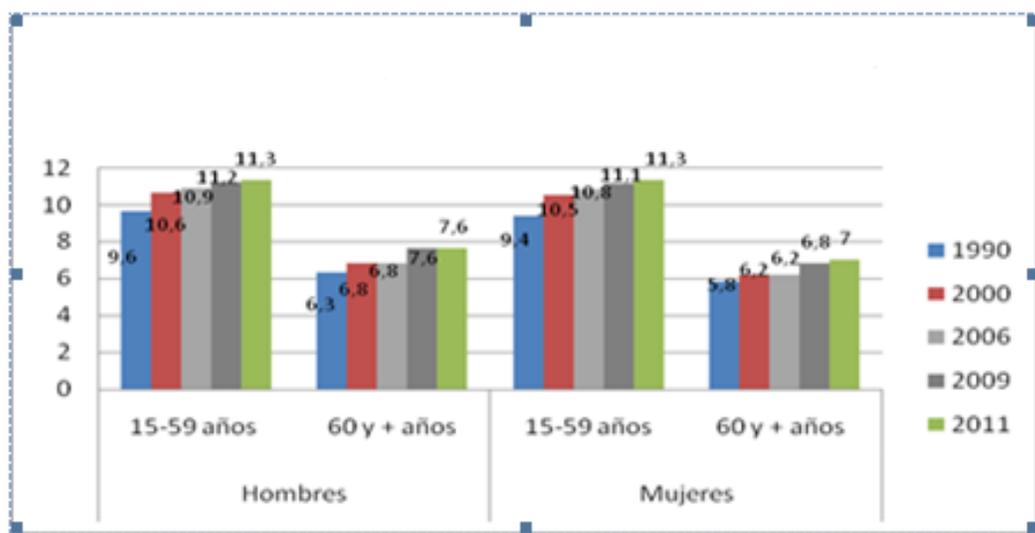
Fuente: Estimaciones y Proyecciones Poblacionales 1990-2020, INE

3.4.3 Distribución de la población adulta mayor según años de escolaridad.

El Gráfico N° 27 muestra los años de escolaridad según sexo y grupo etario. Se aprecia que el grupo con menos años de estudio corresponde a las personas adultas mayores, con un promedio de 7,6 años para los hombres y de 7 años para las mujeres en el 2011,

con una gradiente que ha ido en aumento desde la década de los 90, pero, manteniendo un promedio de años de escolaridad menor que el grupo más joven.

Gráfico N° 27: Promedio de años de escolaridad de la población según sexo y rango de edad, según datos encuestas



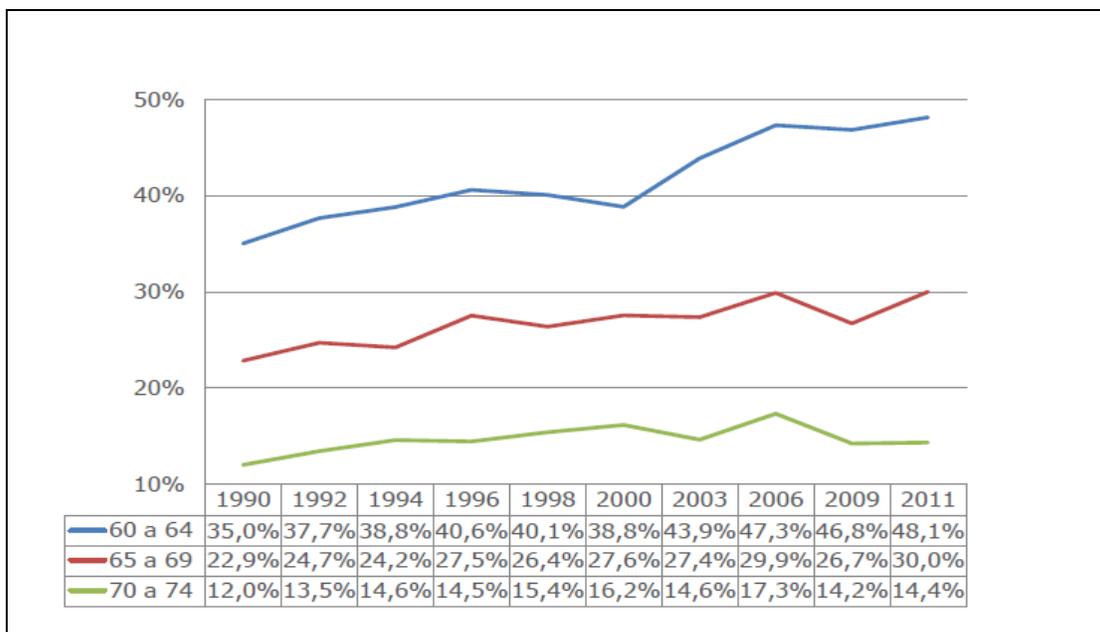
Fuente: Casen 2006-2011

3.4.4 Distribución de población adulta mayor según participación económica.

La participación económica de las personas adultas mayores hace referencia a aquellas personas mayores de 60 años que continúan siendo parte de la fuerza laboral, ya sea que se encuentran trabajando (ocupadas) o buscando empleo (desocupadas), considerando para el análisis de estos datos que la edad de jubilación en Chile para los hombres es a los 65 años y para las mujeres a los 60.

El gráfico N° 28 presenta la información de la Encuesta CASEN 2011, donde se observa que las personas ocupadas entre 60 y 69 años han aumentado considerablemente desde el año 1990, con un incremento más discreto en el grupo de 70 a 74, donde en 20 años la participación económica de este grupo ha aumentado sólo en un 2,4%.

Gráfico Nº 28: Evolución de personas mayores ocupadas, en porcentaje, según tramos de edad, entre 1990 y 2011. CASEN 2011



Fuente: Resultados Encuesta de Caracterización Socioeconómica, Ministerio de Desarrollo Social, CASEN 2011.

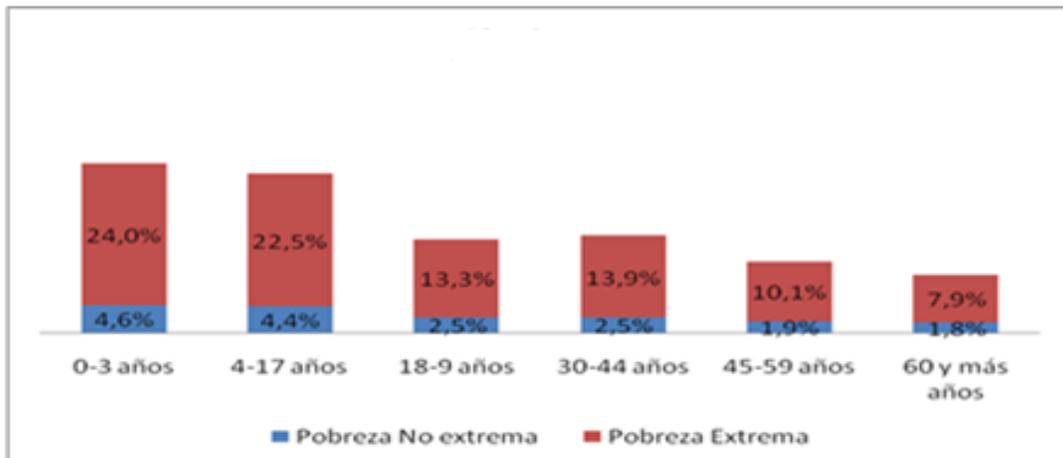
3.4.5 Población adulta mayor en situación de Pobreza.

La caracterización de la población en situación de pobreza permite detectar los grupos sociales más afectados con este fenómeno y evidenciar ciertas manifestaciones de su multidimensionalidad, como por ejemplo, su vinculación con el perfil de salud actual. Los datos de la Encuesta CASEN 2011 muestran que un 14,4% de la población general está actualmente bajo la línea de la pobreza y un 2,8% vive en la indigencia, observándose un aumento de 0,7% y reducción de 0,4%, respectivamente, en relación a la medición del 2006.

En los últimos 20 años, la pobreza ha presentado un descenso sostenido en ambos sexos, siendo las mujeres quienes presentan más frecuentemente esta condición en todas las edades analizadas, así como la población de personas mayores el grupo etario con más bajos niveles de pobreza de la población general.

La última Encuesta CASEN 2011, refiere que el 9,7% de la población mayor se encuentra en niveles de pobreza, tal como se aprecia en el gráfico 29.

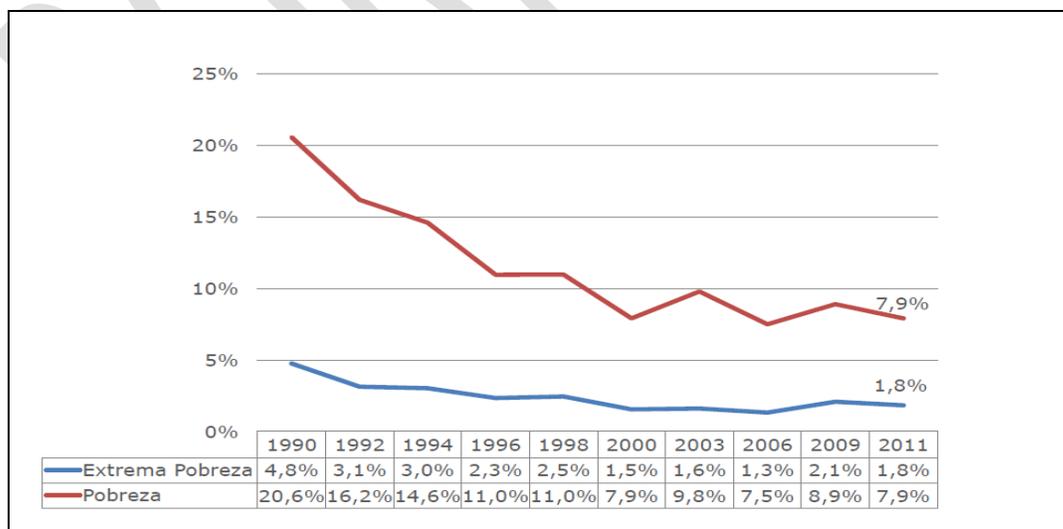
Gráfico N° 29: Porcentaje de la población en situación de pobreza, según grupos etarios.



Fuente: Resultados Encuesta de Caracterización Socioeconómica, Ministerio de Desarrollo Social., CASEN 2011.

En el gráfico N° 30 se muestra la evolución de la pobreza en la población adulta mayor, donde se puede apreciar que la tendencia general es a la disminución, con la excepción del año 2003, en que se observa un leve aumento, para luego decrecer nuevamente el 2006, aumentar el 2009, pero a un nivel menor que el 2003, y volver a disminuir levemente el 2011 (CASEN, 2011).

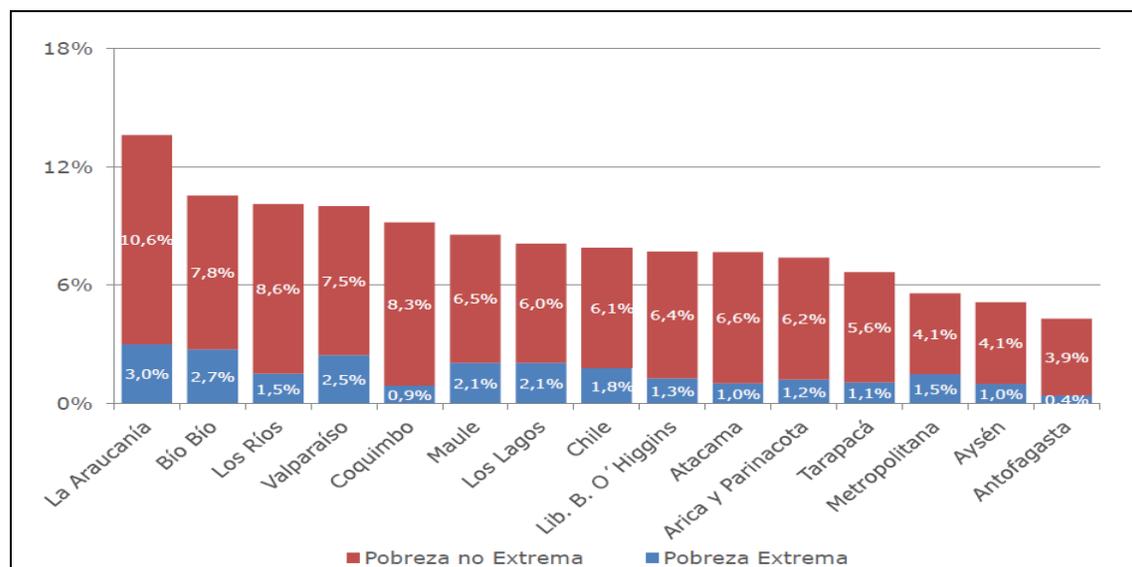
Gráfico N° 30. Evolución de la población adulta mayor pobre 1990-2009 (%) CASEN 2011



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, resultados Encuesta de Caracterización Socioeconómica, CASEN 2011.

A nivel regional, la región con mayor nivel de pobreza en la población de personas mayores es la región de La Araucanía con un 13,6%; por otro lado, las regiones que presentan niveles de pobreza más bajos son la región de Antofagasta, Aysén y Metropolitana, que no superan el 6%, tal como se aprecia en el gráfico N° 31.

Gráfico N° 31: Personas mayores en situación de pobreza por región

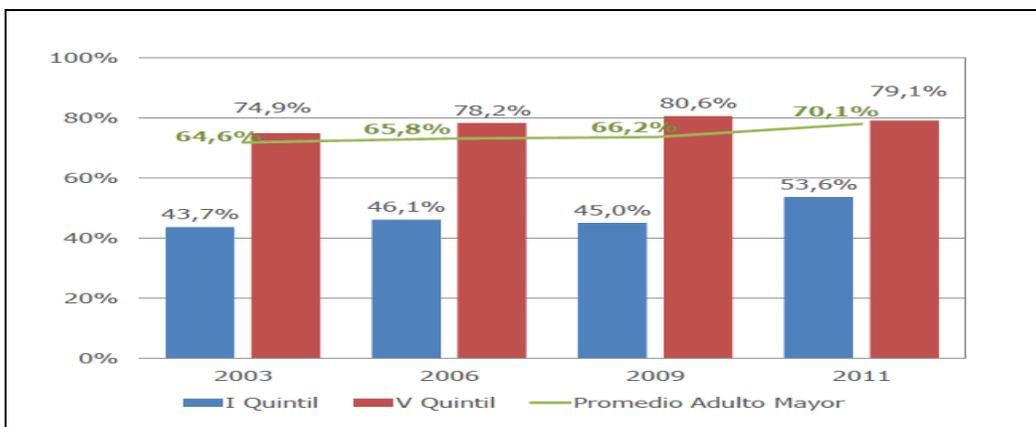


Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, resultados Encuesta de Caracterización Socioeconómica, CASEN 2011.

3.4.6 Distribución de la Población Adulta Mayor, según situación previsional de salud

El gráfico N° 32 muestra las personas mayores afiliadas al sistema previsional de salud, según quintil de ingreso autónomo donde se comparan los dos quintiles extremos quintil 1 y quintil 5. El año 2011, el promedio de afiliación corresponde al 70,1% de la población adulta mayor. Esta cifra es algo menor al de la población general chilena, la cual cerca del 85% se encuentra afiliada ya sea al sistema público o al privado.

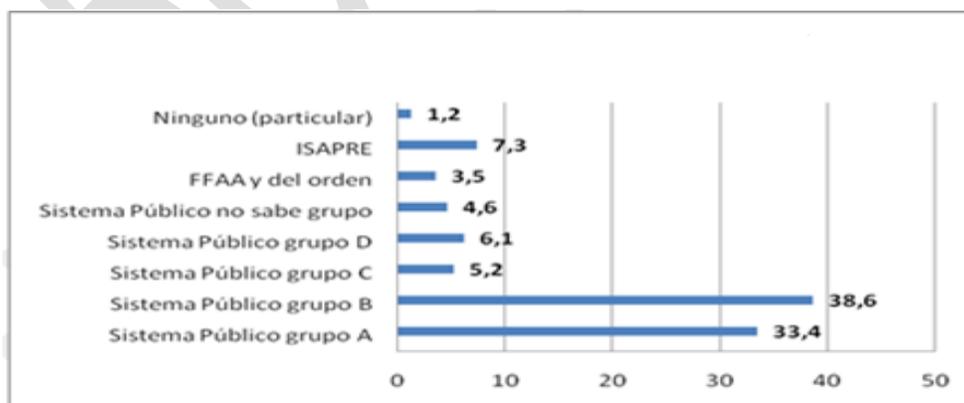
Gráfico N° 32: Porcentaje de personas mayores afiliadas al sistema previsional de salud, según quintil de ingreso autónomo.



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, resultados Encuesta de Caracterización Socioeconómica, CASEN 2011.

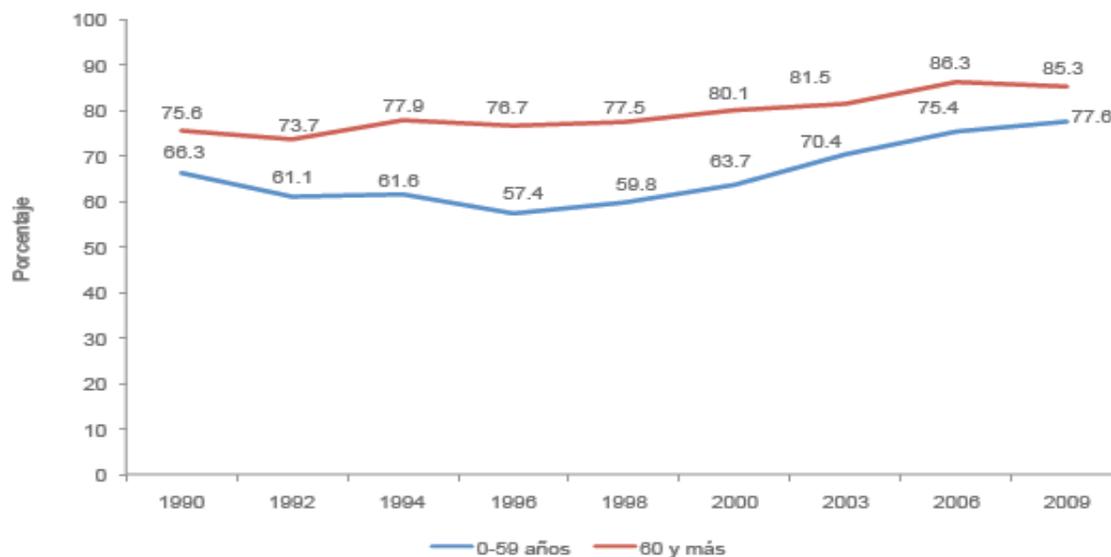
Respecto al sistema previsional al que pertenecen, el gráfico N° 33 revela que un alto porcentaje, cercano al 80%, es beneficiaria del sistema público de salud- cifra algo mayor al de la población general en Chile, con un 33,4% que pertenece a FONASA A y 38,6% a FONASA B (CASEN 2011), situación que se ha mantenido desde la década del '90 con leve tendencia al incremento (gráfico n° 34). Esto implica que la mayor parte de la población adulta mayor será beneficiaria del sistema público de salud y podría ser atendida en establecimientos de atención primaria. Esta situación debe ser considerada en la estimación de demanda y la programación de estos centros asistenciales.

Gráfico N° 33: Distribución porcentual de la población de personas adultas mayores según sistema previsional de salud al que pertenece, según CASEN 2011



Fuente: Base datos Casen 2011.

Gráfico N° 34: Evolución (en porcentaje) de la proporción de la población adulta mayor afiliada al Sistema Público de Salud 1990-2009.



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, resultados Encuesta de Caracterización Socioeconómica, CASEN 2009.

En suma, la población de personas adultas mayores en Chile va en progresivo aumento, llegando a ocupar en 2025 una cuarta parte de la población del país. Asimismo, la expectativa de vida aumenta, por lo que este grupo de personas vive mayor cantidad de años. En paralelo a este escenario sociodemográfico, es importante conocer de qué enferman mayormente los adultos mayores, y de qué fallecen. Todo esto para poder apuntar de manera acertada a las políticas y programas a elaborar desde salud y con el intersector.

II. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS EN CHILE

Luego de conocer la situación sociodemográfica de la población adulta mayor a nivel mundial, latinoamericano y en Chile, es importante conocer su situación epidemiológica, es decir, las causas de mortalidad, de morbilidad, el escenario de violencia intrafamiliar, y estilos de vida.

1. Mortalidad

Al observar los datos de mortalidad en Chile, se aprecia que en el 2010 la tasa de mortalidad general fue de 5,7 x mil habitantes, cifra que se ha mantenido relativamente estable desde el 2005 hacia adelante. Al comparar entre hombres y mujeres, la tasa de mortalidad en hombres supera en más de un punto porcentual a la tasa de mortalidad en mujeres, desde el 2005.

Tabla N° 6: Tasa de mortalidad general en personas adultas mayores, Chile 2010.

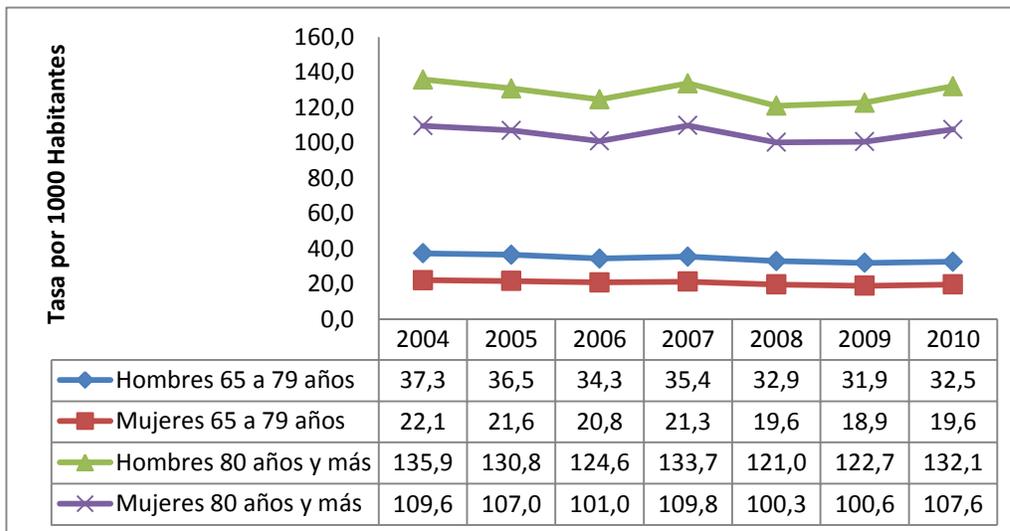
Grupo de edad	Tasa de Mortalidad general x 1.000 habitantes	
	Hombres	Mujeres
65 a 79 años	32,5	19,6
80 y más años	132,1	107,6

Fuente: DEIS-MINSAL, 2013.

En cuanto a la mortalidad por grupos etarios, se observa que en todas las edades la tasa de mortalidad de los hombres es mayor que la de las mujeres. En el grupo etario de 45 a 64 años esta diferencia es más notoria, duplicándose el número de muertes en hombres con respecto de las mujeres: 11.996 (tasa de 6,6 por mil) muertes en hombres, 6.942 (tasa de 3,7 por mil) en mujeres.

Al analizar la serie de temporal 2004-2010 de la tasa de mortalidad de la población adulta mayor hombres y mujeres, el gráfico N° 35 muestra una leve tendencia a la disminución hasta el año 2009, en ambos sexos y grupos de edad, que sería resultado del aumento de la expectativa de vida actual y los avances en materia científica y sanitaria; en el año 2010 se observa un discreto aumento en las tasas mortalidad de ambos grupos.

Gráfico N° 35. Tasa de Mortalidad por 1.000 habitantes en personas de 65 a 79 años, y en personas de 80 años y más. Chile, 2004-2010.

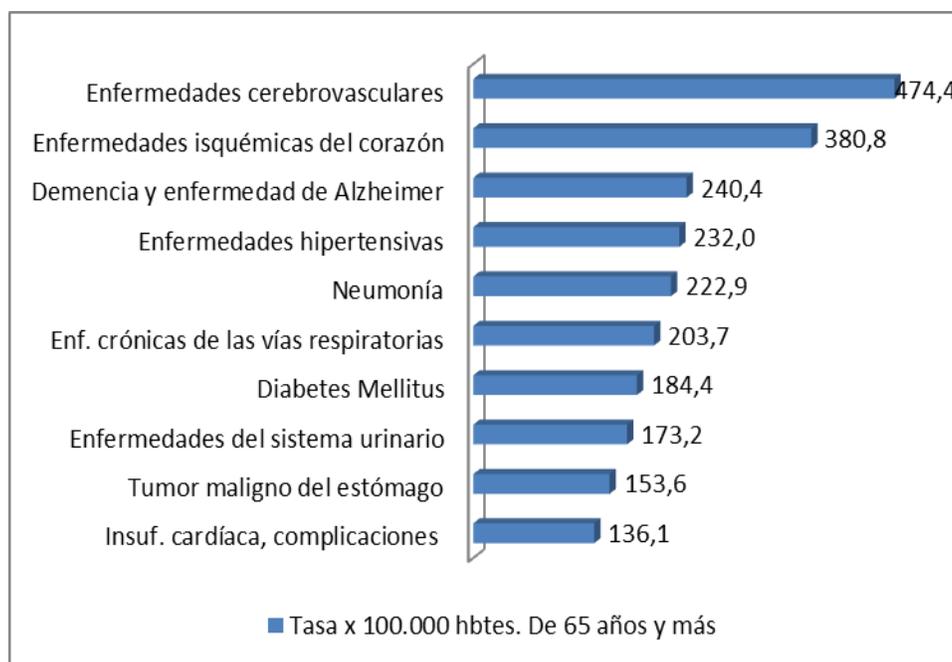


Fuente: DEIS-MINSAL, 2004-2010.

Al desagregar por grandes grupos de causas, en el año 2010, se observa que un 32,4% de las muertes de personas de 65 años y más corresponden a enfermedades del sistema circulatorio, 24,0% a tumores malignos, 12,7% a enfermedades respiratorias, 6,0% a enfermedades del sistema digestivo, seguido en menor porcentaje por causas endocrinas, nutricionales y metabólicas (5,5%), causas genitourinarias (4,0%), trastornos mentales y del comportamiento (3,5%), enfermedades del sistema nervioso (3,4%), causas externas (3,0%), síntomas-signos y hallazgos no clasificados (2,7%), ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (1,5%) y resto de las causas 1,3%.

En el gráfico N° 36 se aprecian las principales causas de defunción de personas adultas mayores en Chile.

Gráfico N° 36: Principales causas de defunción en personas adultas mayores en Chile el año 2012.

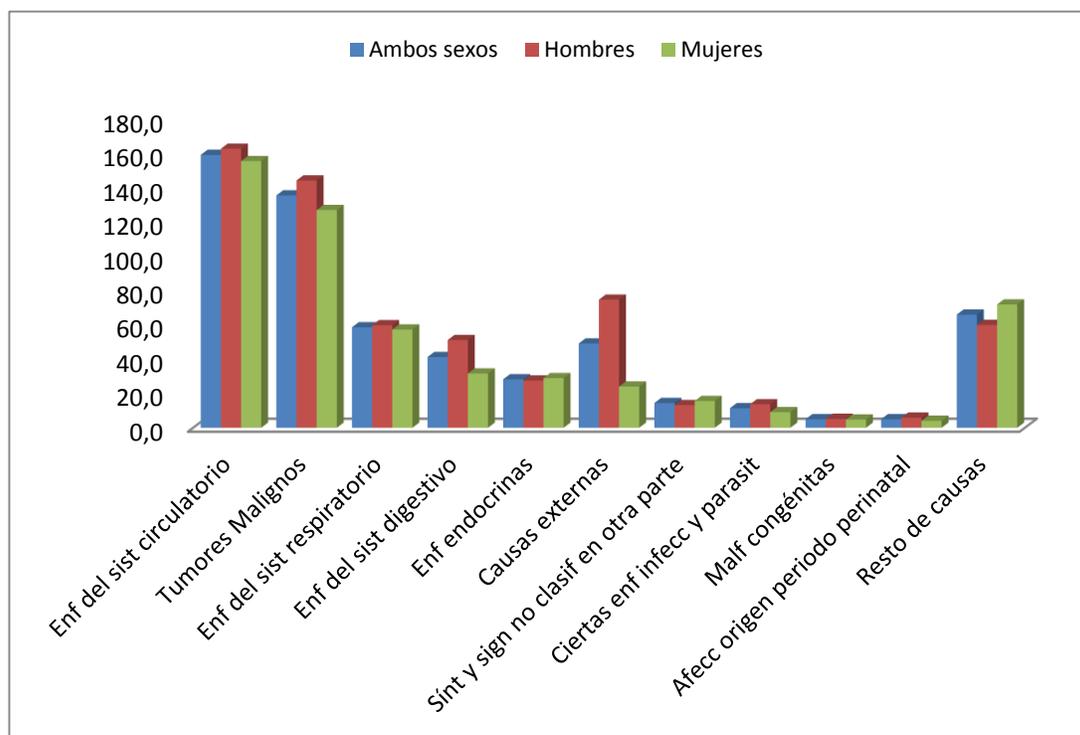


Fuente: DEIS-MINSAL, 2013.

Al analizar las causas de mortalidad según sexo, se observa que las mujeres mueren mayormente por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, por síntomas y signos no clasificados en otra parte, y por el resto de las causas, como se puede ver en el gráfico N° 37.

Los hombres mayores superan a las mujeres en todas las otras causas, en particular, destacan las causas externas cuya tasa es 3 veces superior a la de las mujeres adultas mayores.

Gráfico Nº 37: Mortalidad según grandes grupos de causa en personas adultas mayores, en Chile 2010



Fuente: DEIS-MINSAL, 2013

2. Morbilidad

La expectativa de vida cada vez mayor no necesariamente significa mantener un buen estado de salud. En Chile, en este grupo etario se encuentra alta frecuencia de enfermedades crónicas y limitaciones funcionales que deterioran la calidad de vida. Sobre la base de la información proporcionada por el DEIS, el estudio de carga de enfermedad del 2007 y la ENS 2009-2010, se presenta una profundización de las grandes causas de morbilidad que afectan a las personas adultas mayores en Chile, según su prevalencia e impacto en las personas mayores.

2.1 Carga de enfermedad en personas de 65 años y más en Chile

En Chile, el 80% de la carga de enfermedad obedece a las enfermedades crónicas, mientras el 12% corresponde al grupo de lesiones (Ministerio de Salud, 2007). En ambos grupos, el componente de discapacidad de la carga de enfermedad, supera al de muertes prematuras (Ministerio de Salud, 2007)

A nivel poblacional, el 83% del total de la carga de enfermedad se concentra en 8 grupos de causas, que se observan en la tabla N° 7, destacando como principal causa las condiciones neuropsiquiátricas seguidas de las enfermedades digestivas.

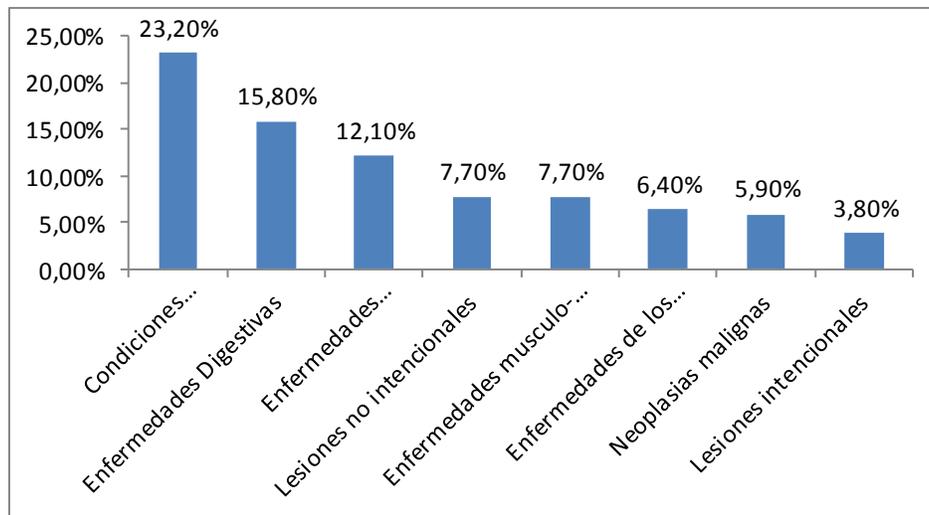
Tabla N° 7: Años de vida saludables perdidos (AVISA)⁸ en Chile, 2007, todas las edades.

Patología	% de AVISA
Condiciones neuropsiquiátricas	23,2%
Enfermedades digestivas	15,8%
Enfermedades cardiovasculares	12,1%
Lesiones no intencionales	7,7%
Enfermedades musculo-esqueléticas	7,7%
Enfermedades de los órganos de los sentidos	6,4%
Neoplasias malignas	5,9%
Lesiones intencionales	3,8%

Fuente: Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. Informe Final. Estudio de Carga de enfermedad y Carga atribuible. 2007.

⁸ AVISA: los AVISA para una causa específica corresponden a la suma de los años de vida perdidos por muerte prematura (AVPM) por la causa específica más los años de vida vividos con discapacidad (AVD) para los casos incidentes de la causa específica. De: Ministerio de Salud. Informe Final. Estudio de Carga de enfermedad y Carga atribuible. 2007.

Gráfico N° 38: Años de vida saludables perdidos (AVISA)⁹ en Chile, 2007, todas las edades.



Fuente: Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. Informe Final. Estudio de Carga de enfermedad y Carga atribuible. 2007.

El grupo etario de personas mayores entre 60 y 74 años, contribuye con el 16,4% del total de AVISA, mientras que el grupo de mayores de 75 años, con el 8,1% del total de AVISA de la población.

En las personas mayores el perfil de enfermedades causantes de AVISA cambia con la edad. Es así como en el grupo de personas mayores entre 60 y 74 años, 46,5% del total de AVISA está dado por 3 grupos de patologías, como se observa en la tabla N° 8 y gráfico N° 39, donde destacan las enfermedades digestivas como la principal causa, seguidas de las condiciones neuropsiquiátrica y cardiovasculares.

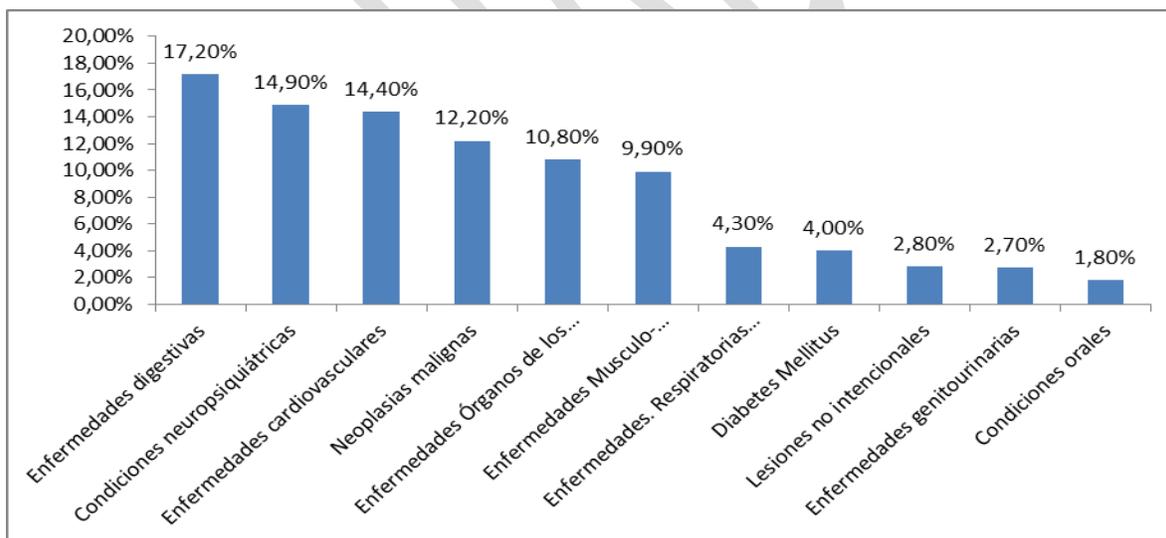
⁹ AVISA: los AVISA para una causa específica corresponden a la suma de los años de vida perdidos por muerte prematura (AVPM) por la causa específica más los años de vida vividos con discapacidad (AVD) para los casos incidentes de la causa específica. De: Ministerio de Salud. Informe Final. Estudio de Carga de enfermedad y Carga atribuible. 2007.

Tabla N° 8: Porcentaje de AVISA en el grupo de 60 a 74 años

Patología	% de AVISA
Enfermedades digestivas	17,2%
Condiciones neuropsiquiátricas	14,9%
Enfermedades cardiovasculares	14,4%
Neoplasias malignas	12,2%
Enfermedades Órganos de los sentidos	10,8%
Enfermedades Musculo-esqueléticas	9,9%
Enfermedades. Respiratorias crónicas	4,3%
Diabetes Mellitus	4,0%
Lesiones no intencionales	2,8%
Enfermedades genitourinarias	2,7%
Condiciones orales	1,8%

Fuente: Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. Informe Final. Estudio de Carga de enfermedad y Carga atribuible. 2007.

Gráfico N° 39: Porcentaje de AVISA en el grupo de 60 a 74 años



Fuente: Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. Informe Final. Estudio de Carga de enfermedad y Carga atribuible. 2007.

En el grupo de personas mayores de 75 años y más, 55,8% del total de AVISA se concentran en 3 grupos de patologías, como se observa en la tabla N° 9 y gráfico N° 40, donde se aprecia que las condiciones neuropsiquiátricas pasan a tener la mayor

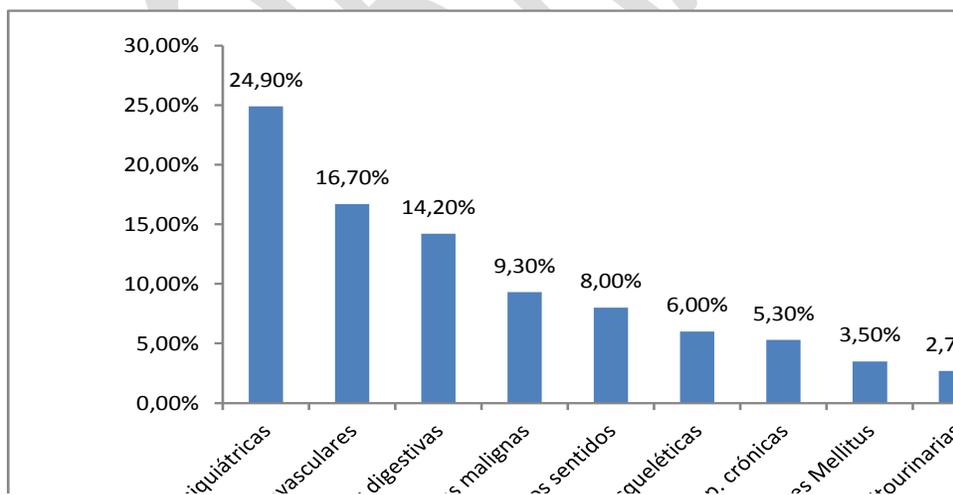
frecuencia, seguidas de las enfermedades cardiovasculares y en tercer lugar aparecen las enfermedades digestivas.

Tabla N° 9: Porcentaje de AVISA en el grupo de 75 años y más

Patología	% de AVISA
Condiciones neuropsiquiátricas	24,9%
Enf. cardiovasculares	16,7%
Enfermedades digestivas	14,2%
Neoplasias malignas	9,3%
Enf. Órganos de los sentidos	8,0%
Enf. Musculo-esqueléticas	6,0%
Enf. Resp. crónicas	5,3%
Diabetes Mellitus	3,5%
Enf. Genitourinarias	2,7%
Infecciones Respiratorias	2,1%
Lesiones no intencionales	2,0%
Tr. Endocrinos y metabólicos	1,9%

Fuente: Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. Informe Final. Estudio de Carga de enfermedad y Carga atribuible. 2007.

Gráfico 40: Porcentaje de AVISA en el grupo de 75 años y más.

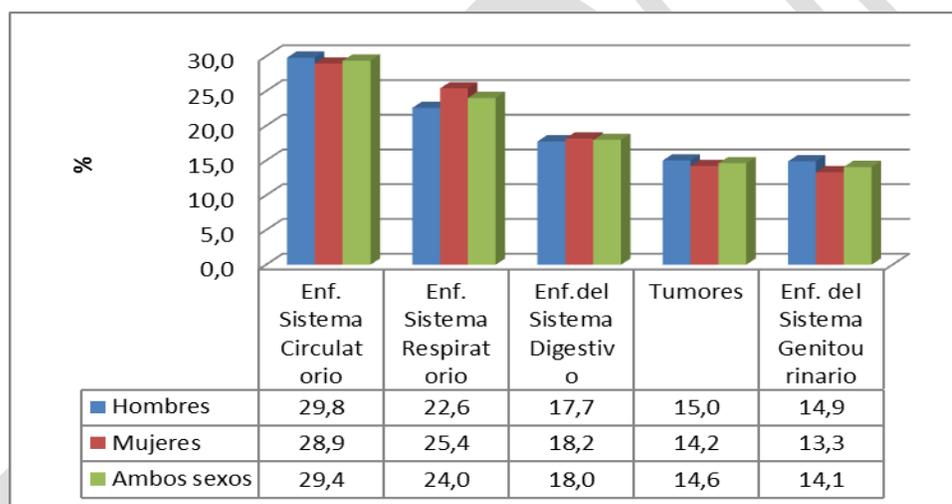


Fuente: Datos Ministerio de Salud. Departamento de Epidemiología. Informe Final. Estudio de Carga de enfermedad y Carga atribuible. 2007.

2.2 Egresos hospitalarios

El gráfico N° 41 nos presenta información sobre los egresos hospitalarios en población adulta mayor, lo que refleja las grandes causas de morbilidad en este grupo etario; la información que se presenta corresponde a la última disponible del Departamento de Estadísticas en Información en Salud, DEIS, que corresponde al año 2010, donde el número total de egresos de personas mayores correspondió a 315.075, que representa el 19,4% del total de egresos hospitalarios, sin mayores diferencias entre mujeres y hombres mayores.

Gráfico N° 41: Egresos Hospitalarios en población adulta mayor, según causas y sexo, Chile, 2010



Fuente: DEIS- MINSAL, 2013.

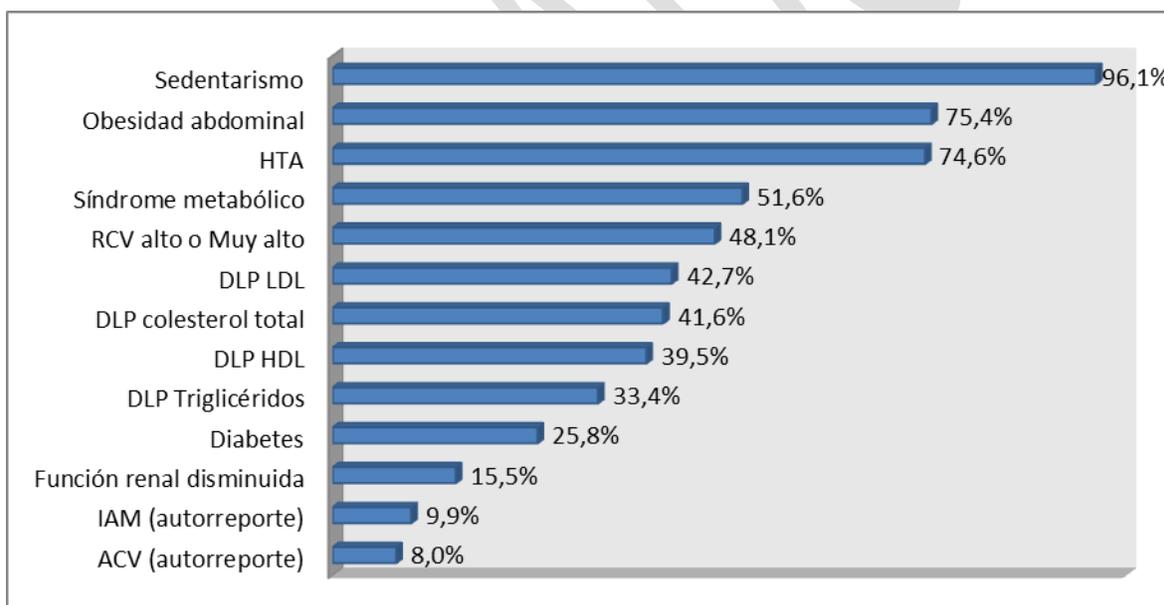
La información contenida en el gráfico anterior muestra que dentro de los principales grupos de causas de hospitalización de las personas mayores, se encuentran las enfermedades del sistema circulatorio, seguidas de las enfermedades del sistema respiratorio, digestivo y tumores, orden de magnitud que se mantiene para ambos sexos. Se aprecia que en las enfermedades cardiovasculares es mayor la frecuencia en el sexo masculino y en enfermedades del sistema respiratorio es mayor el número de egresos hospitalarios en el sexo femenino.

2.3 Enfermedades Cardiovasculares

2.3.1 Factores de riesgo de Enfermedad Cardiovascular según Encuesta nacional de Salud en personas de 65 años y más.

En el gráfico N° 42 se observa la prevalencia de los factores de riesgo y patología cardiovascular en la población adulta mayor chilena, según la ENS 2009-2010. Destaca que el 96,1% de esta población presenta sedentarismo, el 75,4% cumple parámetros de obesidad abdominal y el 74,6% Hipertensión Arterial; el 48,1% cumple criterios para RCV alto o muy alto; sobre el 30% presenta algún tipo de dislipidemia (DLP). El 9,9% de los encuestado refiere haber presentado un Infarto Agudo al Miocardio y el 8,0% un accidente cerebrovascular, (se debe precisar que este dato es establecido mediante autorreporte y no por documentos).

Gráfico N° 42: Prevalencia de factores de riesgo y patología cardiovascular en personas de 65 años y más, según Encuesta Nacional de Salud, Chile 2009-2010.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2009-2010.

Por otro lado, en la tabla N° 10 y gráfico N° 43, se entrega la información según sexo, donde se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres en el reporte de accidente cerebrovascular, el nivel de riesgo cardiovascular y la prevalencia de dislipidemia-LDL que es mucho mayor en los hombres de 65 años y más; en cambio, la

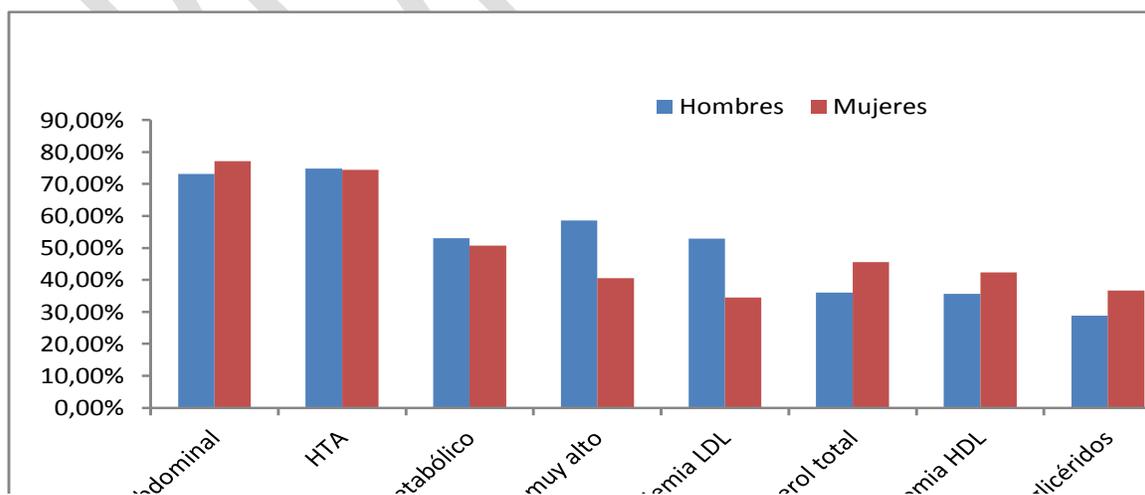
función renal disminuida y las otras dislipidemia son más altas en las mujeres de 65 años y más. En relación a esta información, la evidencia es clara en que estas patologías, sin un buen manejo terapéutico interdisciplinario, frecuentemente llevan a complicaciones que derivan en la dependencia, impactando en la morbilidad, hospitalizaciones y mortalidad de la población adulto mayor.

Tabla Nº 10: Prevalencia de factores de riesgo y patología cardiovascular en personas mayores de 65 años, Chile 2009-2010, según sexo y tramos de edad.

Factor de Riesgo	Hombres	Mujeres
Obesidad abdominal	73,1%	77,1%
HTA	74,8%	74,4%
Síndrome metabólico	53%	50,7%
Riesgo cardiovascular alto o muy alto	58,6%	40,6%
Dislipidemia LDL	52,9%	34,5%
Dislipidemia colesterol total	36,1%	45,6%
Dislipidemia HDL	35,7%	42,3%
Dislipidemia Triglicéridos	28,8%	36,7%
Diabetes Mellitus	29,9%	22,8%
Función Renal Disminuida	10,5%	19,3%
Infarto Agudo (autorreporte)	10,8%	9,2%
Accidente cardiovascular (autorreporte)	12,6%	4,7%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2009-2010.

Gráfico Nº 43: Prevalencia de factores de riesgo y patología cardiovascular en personas mayores de 65 años, Chile 2009-2010, según sexo y tramos de edad.



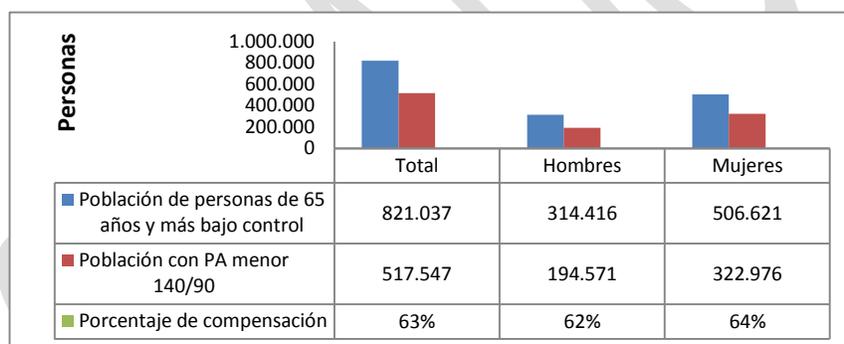
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2009-2010.

2.3.2 Hipertensión arterial

En el año 2012, 1.604.921 personas se controlaron en el programa de salud cardiovascular (PSCV) por Hipertensión arterial. De ellas, un 51,2% fueron personas mayores. Considerando una prevalencia nacional de Hipertensión Arterial en personas mayores de 65 años de 75%, (Ministerio de Salud, 2010) y sobre la base de la población de personas mayores inscrita validada (municipal), la cobertura alcanzada por el PSCV a Diciembre del año 2012 es de un 54%.

Al analizar la cobertura alcanzada el año 2012 según niveles de compensación, el porcentaje de personas mayores en control por hipertensión arterial con niveles de PA < 140/90 fue de un 63%, siendo mayor este porcentaje en las mujeres mayores que en los hombres (gráfico N° 44).

Gráfico N° 44: Personas mayores con HTA, controladas en el PSCV, con PA<140/90, 2012



Fuente: DEIS-MINSAL, REM 2012. 2014.

Según la ENS del año 2009-2010, la población de personas mayores muestra las mejores prevalencias en conocimiento de HTA entre todos los grupos etarios: un 73,2% de las personas mayores encuestadas conocían su enfermedad. Al evaluar tratamiento, en cambio, sólo un 46,41% declaraba recibir algún tipo de tratamiento. Esta información no se encuentra desagregada según sexo.

2.3.3 Diabetes Mellitus

A Diciembre de 2012, existían 639.844 personas bajo control en el Programa de salud cardiovascular por Diabetes mellitus, correspondiendo las personas mayores a un 46,8%. Considerando una prevalencia nacional de Diabetes Mellitus tipo 2 en las personas

mayores de 65 años de 26%, según la ENS 2009-2010, la cobertura alcanzada por el PSCV a diciembre del año 2012 es de un 20%.

Al revisar los niveles de compensación, el gráfico N° 45 muestra el porcentaje de personas mayores en control por Diabetes Mellitus tipo 2 con niveles de Hemoglobina Glicosilada A1c < 7%, (Sharma, V., Aggarwal, S., Sharma, A. 2011), fue de un 46,8% al año 2012, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres mayores.

Gráfico N° 45: Personas mayores con DM2, controladas en el PSCV con Hb glicosilada <7%*¹⁰

Personas	Total	Hombres	Mujeres
Población de personas mayores de 65 años bajo control	299.423	115.544	183.879
Población con Hg A1c < 7%	138.974	53.306	85.668

Fuente: DEIS-MINSAL, REM 2012. 2014.

2.3.4 Síndrome metabólico

Se define como la presencia de a lo menos 3 de 5 condiciones de salud que ponen a la persona en una categoría de mayor riesgo para el desarrollo de diabetes o de enfermedad cardiovascular.¹¹

La prevalencia del síndrome metabólico en personas mayores es de 51,6%, muy superior a la nacional que es de 35,3%, sin mayores diferencias entre hombres 53,0% y mujeres 50,7%, según la ENS 2009-2010.

¹⁰ (*) American Geriatrics Association recomienda mantener niveles de Hb glicosilada <7% en adultos mayores con capacidad funcional conservada y <8% en casos de fragilidad o expectativa de vida menor a 5 años.

¹¹ Criterios del consenso IDF-ATP utilizados para el diagnóstico de síndrome metabólico en la ENS 2009-2010:

- Presión Arterial > 130/85 mmHg
- Circunferencia de cintura elevada para Chile 88 cm para hombres y 83 cm para mujeres.
- Colesterol HDL < 40 mg/dl en hombres y < 50 mg/dl en mujeres
- Glicemia elevada > 100 mg/dl
- Triglicéridos elevados > 150 mg/dl

2.3.5 Riesgo cardiovascular

El Riesgo cardiovascular global (RCV) se obtiene considerando la edad, sexo, hábito tabáquico, colesterol HDL, Hipertensión Arterial y antecedentes familiares de eventos cardiovasculares.

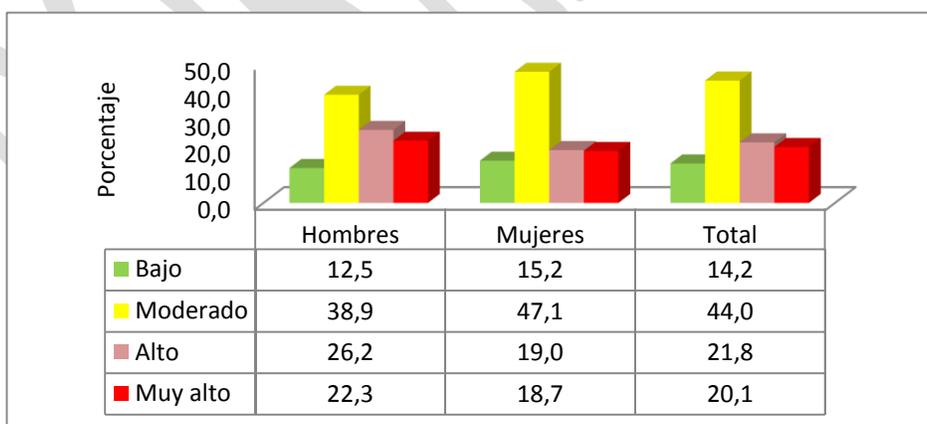
El RCV según Framingham se obtiene relacionando edad, colesterol total, hábito tabáquico, colesterol HDL y la presión arterial sistólica.

La definición de riesgo cardiovascular según este mismo autor comprende:

- RCV bajo: < 10% de probabilidad de un evento cardiovascular a 10 años
- RCV Alto: 10-20% de probabilidad de un evento cardiovascular a 10 años
- RCV Muy Alto: > 20% de probabilidad de un evento cardiovascular a 10 años

El MINSAL utiliza para el Programa de Salud Cardiovascular, tablas de riesgo adaptadas para la población chilena que considera: Riesgo Bajo, Moderado, Alto y Muy Alto. La información obtenida del DEIS, para el año 2012, muestra que de la población adulta mayor bajo control en el Programa Cardiovascular, el 21,8% presentaba RCV Alto y un 20,1% RCV Muy Alto, con diferencias significativas entre hombres y mujeres mayores, en desmedro de los hombres de 65 años y más. (Ver gráfico N° 46).

Gráfico N° 46: Personas de 65 años y más en control PSCV, según riesgo cardiovascular, 2012.

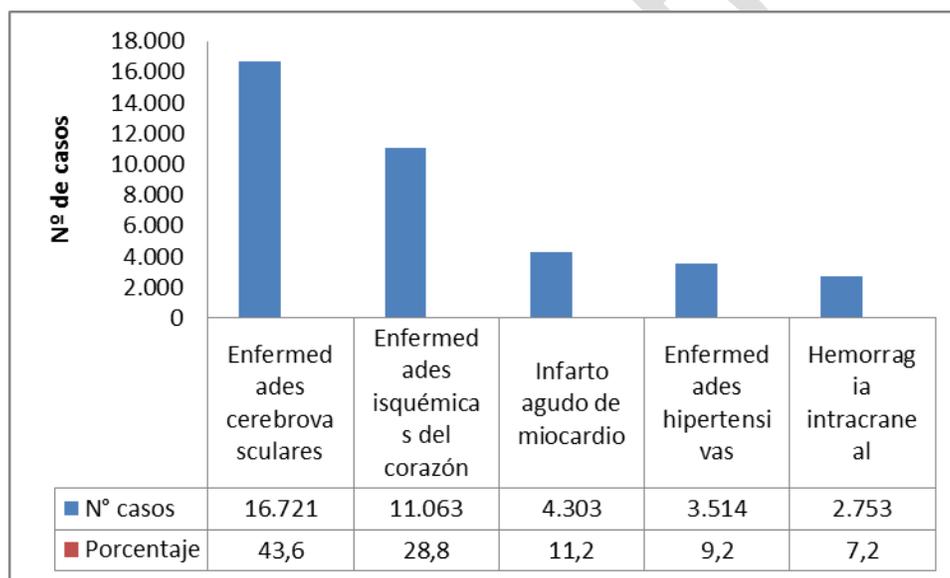


Fuente: DEIS MINSAL, 2012

Las enfermedades del Sistema circulatorio fueron la primera causa de egresos hospitalarios en el año 2010. La principal causa de egreso en el grupo de personas

adultas mayores son las Enfermedades cerebrovasculares (26,4% del total de egresos de causa cardiovascular) en personas mayores; le siguen las enfermedades isquémicas del corazón y el infarto agudo al miocardio con el 17,5% y el 6,8% de los egresos por enfermedades del sistema circulatorio. El gráfico N° 47 detalla las 5 primeras causa de egresos de este grupo de patologías.

Gráfico N° 47: Egresos hospitalarios por enfermedades del sistema circulatorio en personas de 65 años y más, Chile 2010



Fuente: Egresos Hospitalarios, DEIS MINSAL, 2013

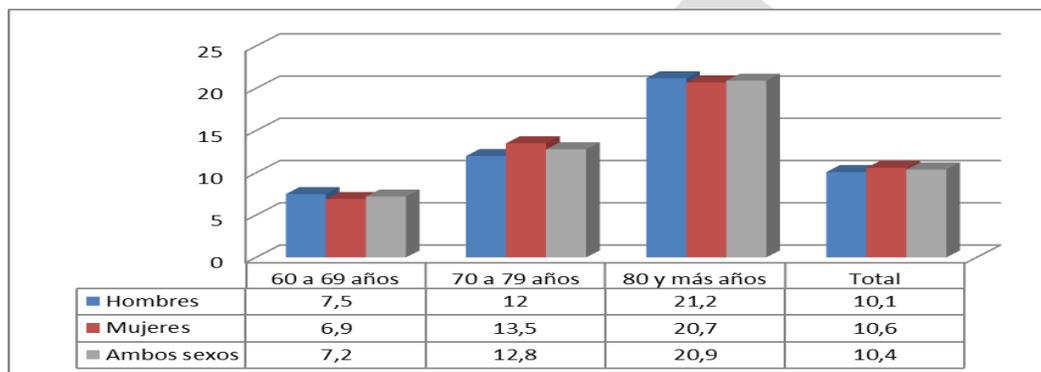
2.4 Patologías Neuropsiquiátricas en personas de 65 años y más en Chile

2.4.1 Deterioro Cognitivo

Se entiende por trastorno cognitivo la existencia de un déficit subjetivo y objetivo en las funciones cognitivas: deterioro de la capacidad de atención y concentración, de razonamiento, ejecutivo, de juicio, de planificación, de adaptación a situaciones nuevas, de memoria, de lenguaje expresivo y comprensión del lenguaje, de las capacidades viso constructivas y de orientación en el espacio (Ministerio de Salud, 2008).

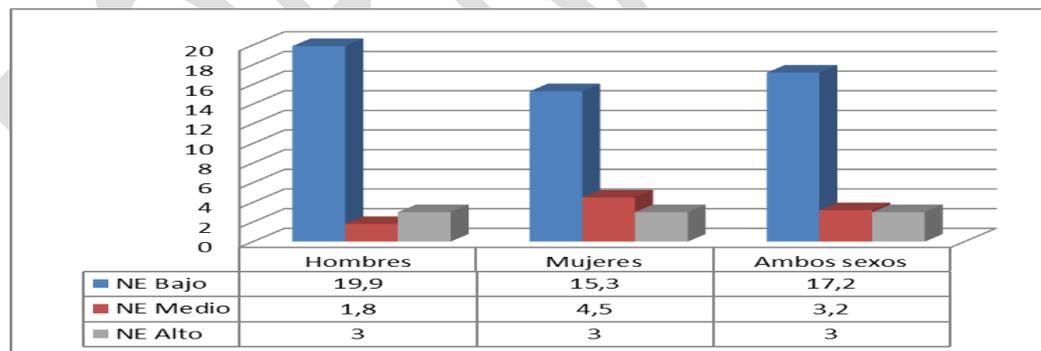
Según la ENS 2009-2010, la prevalencia de deterioro cognitivo del adulto mayor es de un 10,4%¹², con mayor proporción en el grupo de 80 años y más en que se presenta en un 20,9%. No se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres mayores en esta dimensión (gráfico N° 48). Esta encuesta refiere también que a menor nivel educacional, la prevalencia de deterioro cognitivo aumenta (gráfico N° 49).

Gráfico N° 48: Prevalencia (en porcentaje) de Deterioro Cognitivo en personas mayores, por sexo y tramo de edad. ENS 2009-2010.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2009-2010

Gráfico N° 49: Prevalencia (en porcentaje) de Deterioro Cognitivo en personas mayores, según sexo y nivel educacional. ENS 2009-2010



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2009-2010

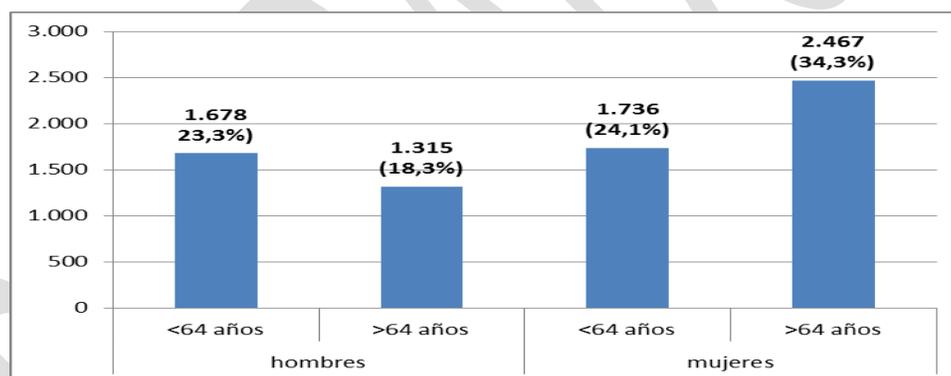
¹² La ENS 2009-2010 evaluó el deterioro cognitivo en las personas mayores a través del instrumento de evaluación cognitiva minimalista acortado MMSE, que indica sospecha de deterioro cognitivo con un puntaje inferior a 13. En quienes se evidenció sospecha, se aplicó test de Pfeiffer al acompañante o cuidador, con el que se exploraron las capacidades de las personas mayores para el desempeño autónomo en actividades de la vida cotidiana, considerándose discapacidad para el desempeño de las actividades de la vida cotidiana = MMSE < 13 + Pfeiffer ≥ 6 puntos.

2.4.2 Demencia

Conforme avanza el envejecimiento de la población chilena, se espera una prevalencia cada vez mayor de enfermedades crónicas y degenerativas entre las personas mayores. Entre estas enfermedades hay un grupo que afecta al sistema nervioso central con efecto deletéreo en las capacidades cognitivas superiores, que en su conjunto se denomina Demencia. Existen varios subtipos de demencia, siendo la más frecuente en los grupos más envejecidos, la denominada Enfermedad de Alzheimer.

Según la Encuesta Nacional de Discapacidad del año 2009, se constató una prevalencia de demencia de 8,5% en las personas de 65 años y más, que alcanza un 32,6% en los mayores de 85 años. Según registros DEIS del 2012, del total de personas en control en Salud Mental, por Alzheimer y otras demencias, un 53,4% son adultas mayores, con mayor prevalencia en el sexo femenino, (60% versus 40%).

Gráfico N° 50: Población en control en el Programa de Salud mental por Alzheimer y otras demencias, según edad y sexo, Chile 2011.

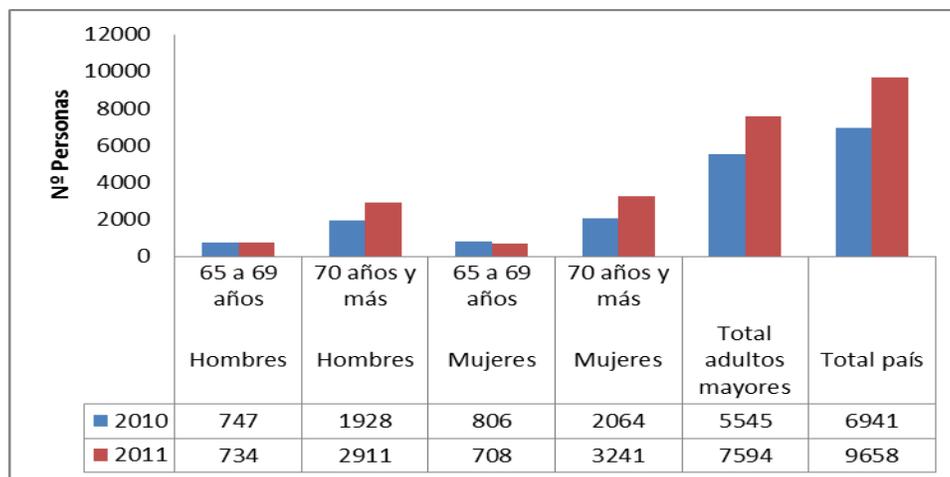


Fuente: Elaboración Deis-Minsal 2011

2.4.3 Parkinson

La enfermedad de Parkinson consiste en un desorden crónico y degenerativo que se manifiesta con una pérdida progresiva de la capacidad de coordinar los movimientos, produciendo un deterioro importante en la calidad de vida de los pacientes. En el gráfico n° 51 se observa cómo la población de personas adultas mayores contribuye con una gran proporción de los casos en control en Programa de Parkinson (78,6% el año 2011 y 79% el año 2012).

Gráfico N° 51: Población en control en el Programa de Parkinson, según subgrupo de edad y sexo, 2010-2011.



Fuente: DEIS-MINSAL, 2010-2011

2.4.4 Trastornos del sueño¹³

Según la ENS 2009-2010, el grupo de las personas mayores, presenta la prevalencia más baja de trastorno del sueño, de todos los grupos etarios con un 51,8%, mientras que en la población total es de 63,2%. Al analizar por sexo, presentan mayor sospecha de trastorno de sueño las mujeres (54,1%), mientras que en los hombres se detecta en un 48,9% de los encuestados, similar a la tendencia del resto de la población.

Al evaluarlos por separado, el trastorno de mayor frecuencia en los hombres mayores es el de roncar todas o casi todas las noches (66,3%) y en las mujeres mayores, tener sueños desagradables que se viven como reales (56,9%).

2.4.5 Síntomas depresivos y Trastornos del ánimo

La Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 utilizó la escala CIDI-SF (abreviado) como screening, definiendo como "Síntomas depresivos en el último año": disforia o anhedonia

¹³Se definió como "sospecha de trastorno del sueño" la presencia de cualquiera de las siguientes cinco condiciones evaluadas:

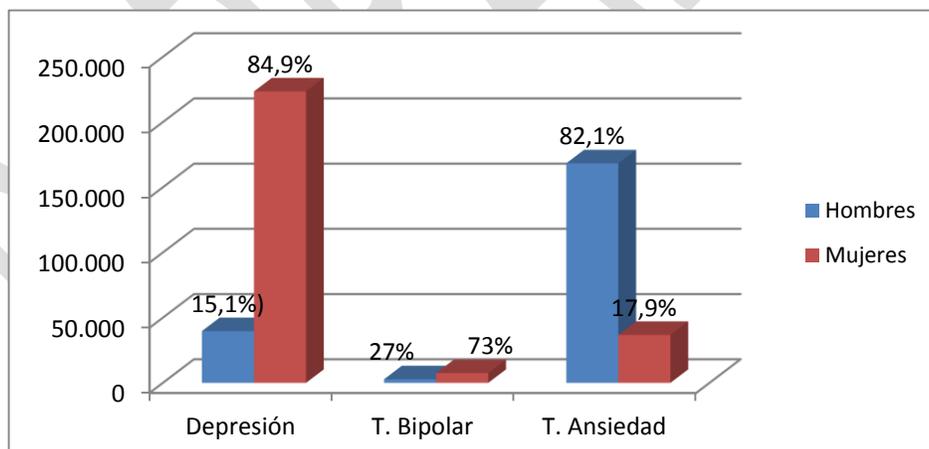
- Si le han dicho que ronca todas o casi todas las noches, que cuando duerme deja de respirar por momentos y que le cuesta mantenerse despierto durante el día, por lo menos 3 días a la semana (las 3 condiciones simultáneamente).
- Si antes de acostarse tiene una sensación irresistible de mover las piernas.
- Si ha tenido la sensación de pérdida de fuerza en las piernas por situaciones emocionales (risa, alegría, disgusto).
- Si ha despertado con la sensación de no poder moverse por algunos segundos.
- Si ha tenido sueños desagradables que se viven como muy reales.

casi todos los días, la mayor parte del día por al menos 2 semanas seguidas más la presencia de al menos 5 de 7 síntomas adicionales, independiente de la presencia o no de tratamiento farmacológico (CIDI-SF \geq 5). Para el cálculo de prevalencia se consideró como punto de corte: 1 criterio mayor más 5 o más síntomas adicionales. Al exponer los datos se destaca que el instrumento no distingue si los síntomas se presentaron mientras cursaba una enfermedad médica u otra enfermedad psiquiátrica o un duelo.

En este contexto, para las personas de 65 años y más se encontró una prevalencia de síntomas depresivos de un 11,2%, inferior a la nacional de 17,2%; significativamente mayor en mujeres 16,9% que en hombres 4,1%.

En los registros DEIS 2012, un número de 43.099 personas de 65 años y más, estuvieron en tratamiento por depresión el año 2012; por otro lado, 1.032 estuvieron en tratamiento por trastorno bipolar y 23.374 por Trastorno de ansiedad. En el gráfico N° 52 se muestra la distribución por sexo, donde se observa que son las mujeres mayores quienes concentran la mayor población en los trastornos depresivos y bipolares, mientras que los hombres mayores presentan más trastornos de ansiedad.

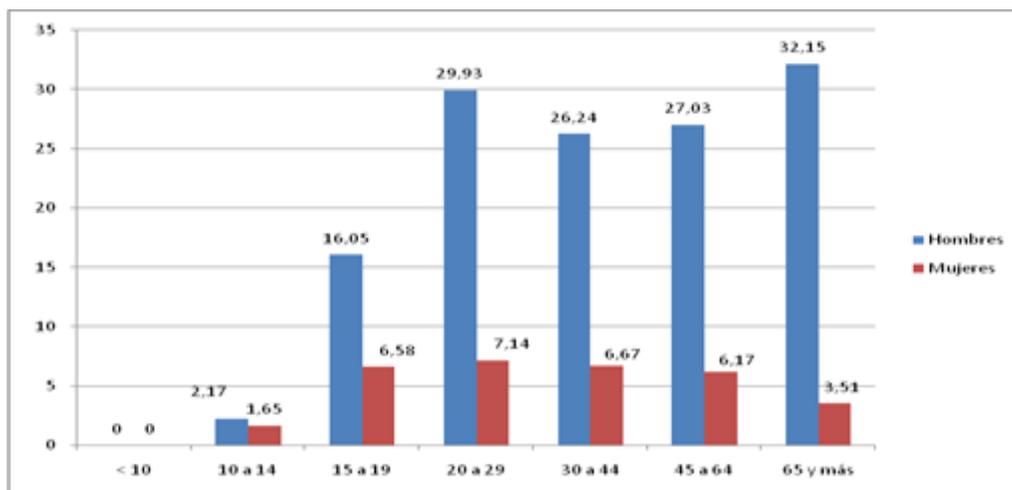
Gráfico N° 52: Población adulta mayor en control en el Programa de Salud Mental, por depresión, trastorno bipolar y trastorno de ansiedad, Chile 2012



Fuente: DEIS-MINSAL, 2012

Pese a presentar una prevalencia de síntomas depresivos menor que el resto de la población, para el año 2009, último año en que se cuenta con esta información completa, el grupo de mayores de 65 años, presenta las tasas más altas de suicidio en hombres (gráfico N° 53).

Gráfico N° 53: Tasas de Suicidio*, según sexo y grupos etarios, 2009.

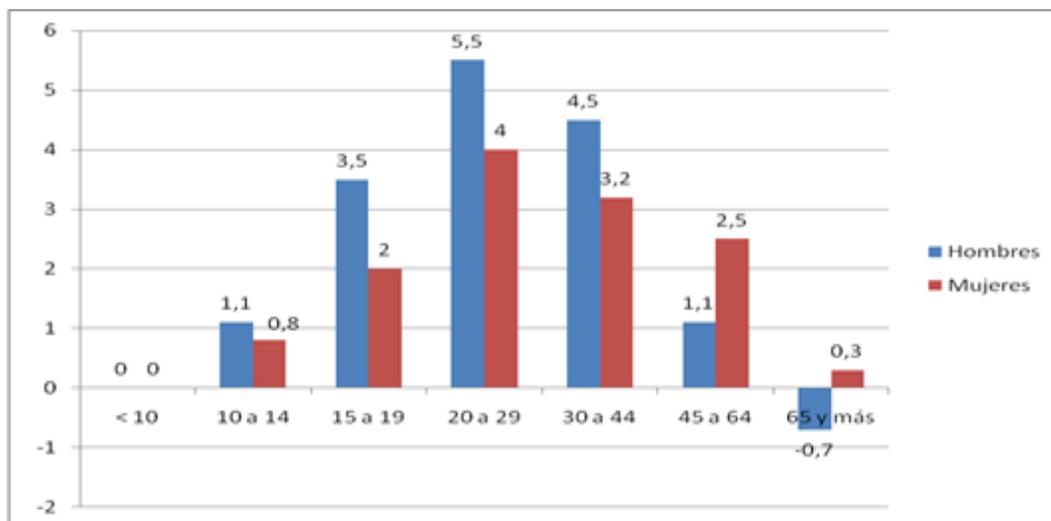


Fuente: DEIS-MINSAL, 2009. *Tasas por 100.000 habitantes

Ahora bien, al comparar las tasas de suicidio de los cortes realizados el año 2000 y 2009, por sexo, se observa que éstas han aumentado en todos los grupos etarios, principalmente en los hombres, salvo para el grupo etario de 45 a 64 años donde esta ha aumentado mayormente en las mujeres.

Si observamos la situación en el grupo de 65 años y más, se aprecia que se ha producido una situación distinta a la del resto de los grupos. En los hombres, la tasa no ha aumentado, sino que ha disminuido en 0,7 puntos, siendo la única que ha tenido una variación negativa. Y para las mujeres, ha habido el menor aumento de todos los grupos etarios, de solo 0,3 puntos. El gráfico N° 54 muestra la variación de las tasas de suicidio del año 2000 y 2009, por grupo etario y por sexo.

Gráfico N° 54: Variación de las Tasas de Suicidio*, según sexo y grupos etarios, comparación año 2000-2009.



Fuente: DEIS-MINSAL, 2009. Tasas por 100.000 habitantes

2.4.6 Violencia y Maltrato

Se ha planteado que el maltrato hacia las personas mayores lo ejerce la propia sociedad, en la que prevalece una imagen negativa y estereotipada de la vejez, que tiende a valorar la juventud por sobre la experiencia y que por tanto las discrimina. Por otra parte, se ha señalado que cuando las personas adultas mayores se tornan dependientes del cuidado de otros, tanto en la familia como en una institución, se vuelven más vulnerables a situaciones de maltrato (SENAMA, 2012).

Hay diferentes definiciones de maltrato, pero aquí solo serán consideradas las dos más relevantes para este contexto, que corresponden a las de la OPS y el SENAMA:

La organización contra el Maltrato a los Ancianos en el Reino Unido (OPS/OMS, 1995), adoptada posteriormente por la OMS, define el maltrato a las personas mayores, como “un acto único o reiterado o dejar de tomar determinadas medidas necesarias, en el contexto de cualquier relación en la que existen expectativas de confianza, y que provocan daño o angustia a una persona mayor”.

Según SENAMA (2005), el maltrato al adulto mayor corresponde a “cualquier acción u omisión que produce daño y que vulnera el respeto a su dignidad y el ejercicio de sus derechos como persona”.

La clasificación sobre tipos de maltrato utilizada en la mayoría de las investigaciones clínicas y estatutos legales internacionales (Lachs.MS & Pillerman.K., 2004) aluden a los siguientes tópicos:

- Maltrato físico: corresponde a los actos hechos con la intención de causar dolor físico o daño.
- Maltrato psicológico: definido como acto hecho con la intención de causar dolor o daño emocional.
- Abuso sexual: contacto sexual no aceptado, de cualquier clase
- Abuso económico: apropiación indebida de dinero o propiedad de personas mayores.
- Negligencia: falla del cuidador en satisfacer las necesidades de una persona mayor dependiente.

SENAMA (2005) toma estos mismos tópicos, los cuales los explica de la siguiente manera:

- Maltrato físico: Uso de la fuerza física en contra de un adulto mayor que daña su integridad corporal, puede provocar dolor, lesión y/o discapacidad temporal o permanente, y en casos extremos, la muerte.
- Maltrato psicológico: Acciones que producen angustia, pena, estrés, sentimientos de inseguridad, baja autoestima, y/o agreden la identidad, dignidad y respeto de la autonomía de una persona mayor.
- Abuso sexual: Cualquier acción de carácter, significación o connotación sexual con una persona mayor sin su consentimiento, empleando la fuerza, amenaza y/o engaño, aprovechándose de su deterioro físico o psíquico.
- Abuso patrimonial: Mal uso, explotación o apropiación de los bienes de la persona mayor por parte de terceros, sin consentimiento o con consentimiento viciado (*), fraude o estafa, engaño o robo de su dinero o patrimonio. A menudo supone la realización de actos ilegales: firma de documentos, donaciones, testamentos. Es posible también que, existiendo una relación de poder, una persona mayor permita a un tercero que actúe en su nombre pese a la evidencia de perjuicio.
- Negligencia: Es el incumplimiento por deserción o fracaso de las funciones propias del cuidado para satisfacer las necesidades vitales de una persona mayor (higiene, vestuario, administración de medicamentos, cuidados médicos).

La negligencia puede ser activa o pasiva:

- ✓ *Negligencia activa*: Ocurre cuando el cuidador por prejuicio o descuido deja de proveer a la persona mayor los cuidados necesarios para su condición, cuando

por sí mismo no es capaz de proveérselos. Es un descuido intencional y deliberado.

- ✓ *Negligencia pasiva*: Cuando el cuidador no provee los cuidados necesarios a una persona mayor. Ocurre por ignorancia o porque es incapaz de realizarlos. Es un descuido involuntario.
 - ✓ *Auto-negligencia*: Comportamiento de una persona mayor que amenaza su salud o seguridad. Se manifiesta por negarse a proveerse de una adecuada alimentación, vestuario, vivienda, seguridad, higiene personal y medicación.
- Abandono: Se produce cuando cualquier persona o institución no asume la responsabilidad que le corresponde en el cuidado de la persona adulta mayor, o que habiendo asumido el cuidado o custodia de un adulto mayor lo desampara de manera voluntaria.
 - Maltrato estructural o societario: aquel que ocurre desde y en las estructuras de la sociedad mediante normas legales, sociales, culturales, económicas que actúan como trasfondo de todas las otras formas de maltrato existente. Incluye la falta de políticas y recursos sociales y de salud, mal ejercicio e incumplimiento de las leyes existentes, de normas sociales, comunitarias y culturales que desvalorizan la imagen de la persona mayor. Esto va en perjuicio de la persona y no permite la satisfacción de sus necesidades y el desarrollo de sus potencialidades. Se expresa socialmente como discriminación, marginalidad y exclusión social.

2.4.6.1 Magnitud internacional del problema: maltrato y homicidio

En el informe Europeo sobre el abuso del adulto mayor (WHO, 2011), se establece que, en Europa, cerca de 8500 adultos mayores mueren al año por homicidio.

La causa principal de maltrato corresponde al abuso o maltrato psicológico, donde 19.4% de la población total adulta mayor es víctima de ello, cifra que corresponde a 29 millones de personas de este grupo de edad.

La segunda causa de maltrato en el continente europeo lo constituyen el abuso financiero, donde 3.8% de la población, es decir, 6 millones de adultos mayores, es víctima de este tipo de abuso.

La tercera causa corresponde al maltrato físico, donde 2.75% de la población adulta mayor sufre de este, cifra que corresponde 4 millones de personas adultas mayores.

La última causa informada corresponde al abuso sexual, alcanzando el 0.7% de esta población, cerca de un millón de personas.

2.4.6.2 El rol de la atención primaria en el maltrato

El maltrato, como un problema global ha sido reconocido sólo recientemente (WHO, 2002). El trabajo desarrollado por INPEA (International Network for the Prevention of Elder Abuse o Red internacional de prevención del abuso y maltrato en la vejez), y el énfasis puesto por la Organización Mundial de la Salud para la prevención del maltrato de las personas mayores, han contribuido en forma significativa a elevar la toma de conciencia a nivel mundial.

El 17 de Noviembre del año 2002, la OMS, INPEA, y las Universidades de Toronto y Ryerson de Canadá, emitieron una declaración para la prevención global del maltrato en las personas mayores. En esta declaración, se sostiene que uno de los puntos centrales es el rol de los trabajadores de la salud en la atención primaria, ya que se enfrentan con casos de maltrato de ancianos en forma cotidiana, aunque con frecuencia no los diagnostican como tales. Esto hace fundamental la educación formal hacia los profesionales de la salud en el abordaje de esta problemática.

El Estudio Missing Voices (2013), también desarrollado por la OMS (2005) en colaboración con INPEA, tuvo como objetivo sensibilizar a los profesionales de la salud y al público en general sobre las dimensiones y características del abuso en personas mayores y desarrollar una estrategia de prevención y un enfoque inicial, haciendo hincapié en el apoyo a los profesionales de la atención primaria de salud.

2.4.6.3 Contexto nacional en materia de maltrato

Chile en los últimos 30 años, se encuentra en una etapa avanzada del proceso de envejecimiento demográfico. Sin embargo, su sociedad y cultura tiene aún una imagen deteriorada de la vejez, lo que lleva a que cada vez sean más frecuentes y visibles las situaciones de maltrato (SENAMA, 2012). Durante la última década se han producido importantes avances en materia de prevención y manejo de los casos de maltrato contra personas mayores. Aunque no se cuenta con un estudio de prevalencia nacional, algunas investigaciones señalan que cerca de un 30% de los adultos mayores han sido víctimas de maltrato (SENAMA, Mayo, 2012). Entre estos estudios se encuentran los siguientes:

- El estudio de Neumann, publicado en 1997 que se realizó en base a una muestra de 100 adultos mayores de Valdivia.
- El estudio de Loica-Russell, publicado en 1998 que consideró una muestra de 120 mujeres mayores de la comuna de Renca.
- El estudio de Quiroga, publicado en 1999, que consideró una muestra de 1956 personas mayores de Concepción y Temuco.

Estos estudios reportan una prevalencia de maltrato a personas mayores en Chile de 36%, 34 % y 32% respectivamente (Neumann & Irene., 1998.;J. L.-R., cols, 1999.)

La actual legislación chilena explicita la obligación del Estado de instaurar políticas destinadas a prevenir la violencia intrafamiliar en contra de las personas mayores, así como brindar asistencia a estas personas víctimas de malos tratos ((SENAMA, Mayo, 2012)

También es importante conocer la Política nacional en torno a las personas mayores, ya que en los últimos años se han generado políticas explícitas en pos de su bienestar tales como:

- La ley N°19.828, que creó el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), establece en su artículo 1° que su objetivo es “velar por la plena integración del adulto mayor a la sociedad, su protección ante el abandono e indigencia y por el ejercicio de los derechos que la Constitución y las leyes le reconocen. Y en su artículo 3° se le faculta para proponer las políticas destinadas a la integración familiar y social efectiva del adulto mayor y la solución de los problemas que lo afectan” (SENAMA, Mayo, 2012).
- La ley N° 20.427 que entró en vigencia el 2010, incorporó el maltrato al adulto mayor en la legislación nacional, modificando la ley de violencia intrafamiliar, la ley de tribunales de familia y el código penal. Esta ley contempla la incorporación de las personas adultas mayores como sujetos de derecho, de manera explícita (anteriormente solo se mencionaba a niños/as, mujeres y discapacitados).

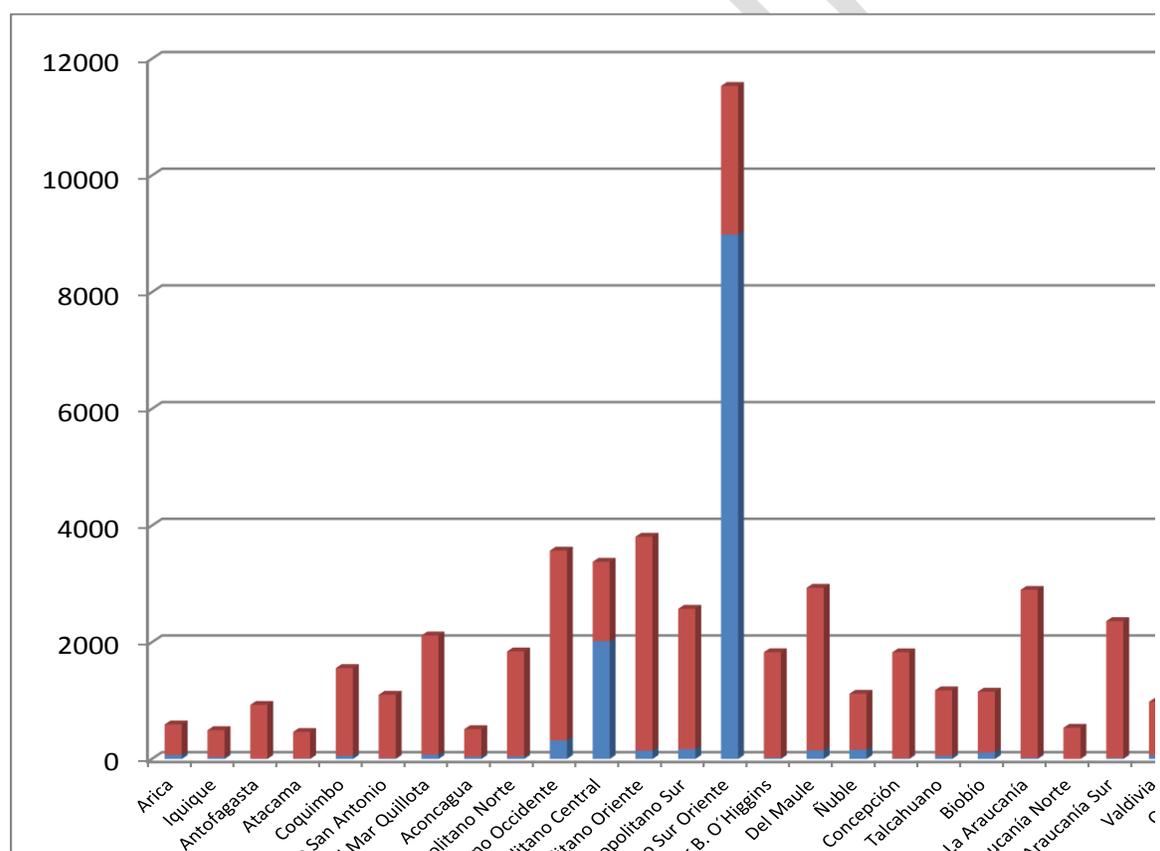
Desde el año 2009, el SENAMA, maneja registros de situaciones de abuso, violencia y maltrato, a través del Sistema de Gestión de Datos (SGD) del Sistema Integral de Atención Ciudadana (SIAC). Mediante este registro se puede apreciar que entre el año 2009 y 2011 –no se cuenta aún con el registro completo del año 2012. El número nacional registrado por el SENAMA de consultas y casos de maltrato a personas mayores, aumentó de 196 registros a 828, lo que equivale a un aumento de más del 300%, lo que permite concluir que este fenómeno está siendo cada vez más visible.

A su vez el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de Chile, lleva un registro anual de todos los casos sospechosos de maltrato a personas mayores de 65 años, que son pesquisados a través de la aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) en establecimientos de atención primaria.

A partir de estos mismos registros del DEIS, se observa que la prevalencia de de maltrato a las personas mayores que a nivel nacional es inferior al 5% reportado en la literatura

internacional (ONU, 2002) y esta prevalencia es muy variable entre las diferentes regiones y servicios de salud del país. Es importante considerar que esta cifra solo contempla aquellas personas adultas mayores que son beneficiarias del sistema de salud público, y que tienen acceso a este mismo. Por tanto, podría especularse que esta cifra no es fidedigna de la realidad. Y sería conveniente contrastarla con los registros del SENAMA.

Gráfico N° 55: Población de personas mayores en control por sospecha de maltrato al corte junio del 2013 por Servicio de Salud v/s población esperada (5%).



Fuente. DEIS, MINSAL 2013

2.5 Enfermedades Respiratorias

Las patologías respiratorias son las que más afectan a la población adulta mayor en el país, constituyendo dentro de las morbilidades la de mayor prevalencia, con características progresivas que llevan a un deterioro en la calidad de vida y con alta mortalidad asociada.

De la población bajo control en salas de enfermedades respiratorias de los Adultos (ERA), un alto porcentaje corresponde a personas de 65 años y más: Por otro lado, dentro de los egresos hospitalarios registrados el año 2010, las patologías respiratorias alcanzan el segundo lugar con un 19.2% de un total de egresos de personas de 65 años y más.

2.5.1 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y ASMA

En el año 2012, de la población bajo control en salas ERA, las personas mayores de 65 años representaban el 68,4% de los pacientes con diagnóstico de EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) y el 18,5% de los pacientes diagnosticados con Asma.

Según registros del DEIS, 2.839 personas mayores eran oxígeno dependientes (el 71% de los pacientes con este requerimiento a nivel nacional) y el 44,8% de los pacientes en el programa de rehabilitación pulmonar, el año 2012, eran personas de 65 años y más.

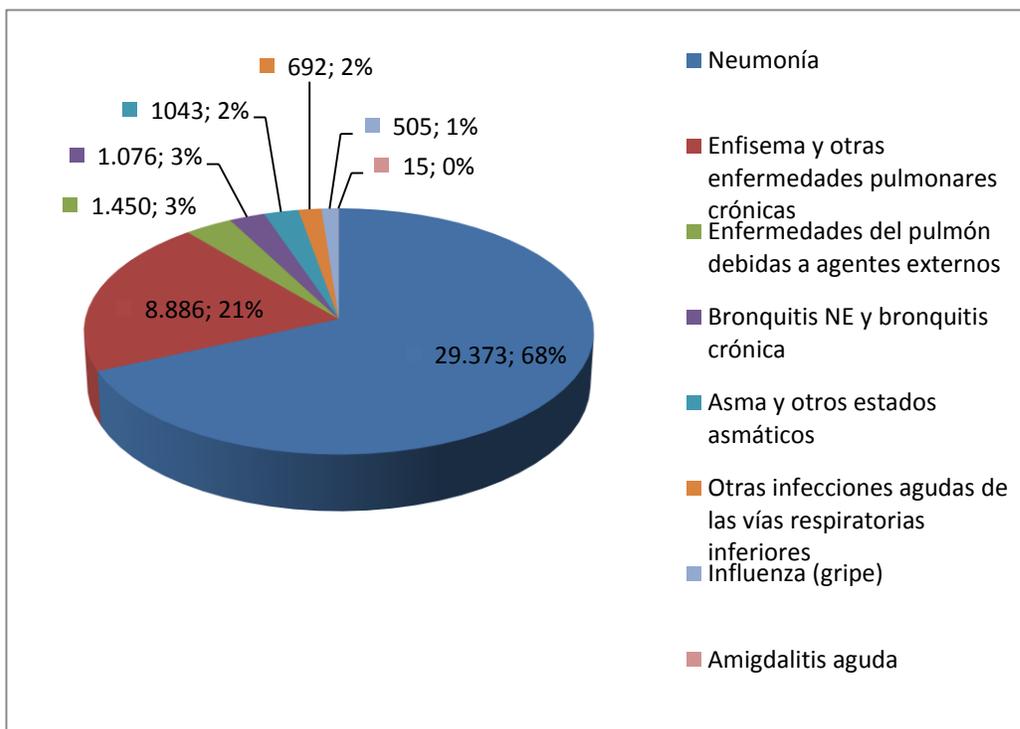
De los egresos hospitalarios en el año 2010, el 19,2% fueron por cuadros respiratorios crónicos descompensados o sobre infectados.

2.5.2 Neumonía adquirida en la comunidad (NAC).

La Neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una infección frecuente, con morbimortalidad importante, que afecta con mayor frecuencia a las personas mayores (6 por 1000 en personas entre 18 y 39 años v/s 34 por 1000 en personas mayores de 75 años); este grupo altamente susceptible debido a condiciones propias del envejecimiento que limitan la capacidad de defensa frente a diferentes microorganismos (Ministerio de Salud, 2011).

La tasa de mortalidad observada en Chile por esta causa durante el año 2010, según registros DEIS, es de 23,3 por 100.000 en la población general, y de 222,9 por 100.000 para los mayores de 65 años. Esta información no se encuentra desagregada según sexo. En ese mismo año, fue el 56,8% de las causas de patología respiratoria en los egresos hospitalarios de personas de 65 años y más (Ver gráfico N° 56).

Gráfico N° 56: Egresos hospitalarios de causa respiratoria, Chile 2010



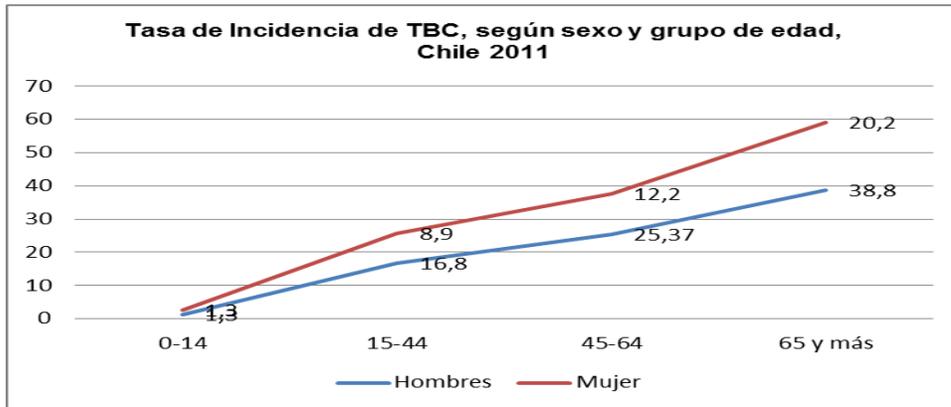
Fuente: Egresos Hospitalarios, DEIS MINSAL, 2013

2.5.3 Tuberculosis (TBC)

La tuberculosis constituye todavía una enfermedad con alta morbilidad, con más de 8 millones de casos nuevos al año a nivel mundial (OMS, 2011). Chile es actualmente un país de baja prevalencia de TBC, habiendo superado el umbral de eliminación de la enfermedad con menos de 20 casos nuevos por 100.000 habitantes al año. Sin embargo, en nuestro país, cada año enferman alrededor de 2.500 personas y mueren por esta causa cerca de 300.

En los últimos años, la edad de comienzo de la enfermedad se ha ido desplazando lentamente hacia los grupos etarios mayores, con predominio en el sexo masculino en todas las edades. Según los registros DEIS durante el año 2011, hubo 2284 diagnósticos de TBC en nuestro país. De estos, 421 hombres correspondieron a personas mayores de 64 años (18%). La tasa de incidencia de TBC en personas mayores hombres el año 2011, es de 38,82 casos por 100.000 habitantes, y en el caso de las mujeres, 20,16 casos por 100.000 habitantes (Gráfico N° 57).

Gráfico N° 57: Tasa* de Incidencia de TBC por sexo y grupo de edad, 2011.



Fuente: DEIS-MINSAL, 2011. *Tasa por 100.000 habitantes

2.6 Tumores Malignos

En el gráfico N° 58 se presentan las 10 principales causas de muerte por tumores malignos en personas mayores, observándose que la mayor tasa de mortalidad por cáncer en este grupo etario corresponde al de estómago, próstata y el grupo de tráquea, bronquios y pulmón.

Gráfico N° 58: Principales Tasas* de mortalidad por tumores malignos en personas mayores. Chile 2010.



Fuente: DEIS-MINSAL, 2012 Tasas por 100.000 habitantes

Los registros de incidencia de cáncer en el mundo muestran que es importante la vigilancia epidemiológica de la incidencia de esta patología, es decir, el registro de casos nuevos y el registro de la mortalidad.

En Antofagasta, Valdivia y Provincia del Biobío se encuentran los tres sistemas de registros de Ca. Con que cuenta Chile, información obtenida de estos lugares muestran que existen diferencias de incidencia por sexo y por zona geográfica, en todos los grupos etarios, lo que lleva a plantear intervenciones preventivas con enfoques regionales y demográficos diferentes, ver tabla N° 11.

BORRADOR

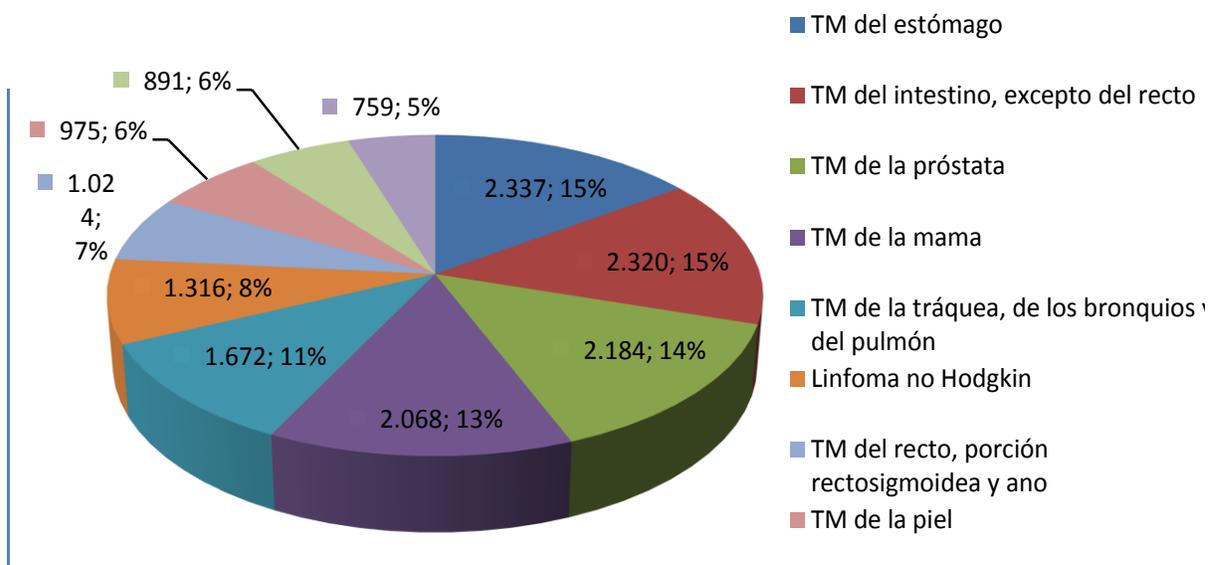
Tabla N° 11: Tasa bruta de incidencia de cáncer en las regiones de Antofagasta, Valdivia y Provincia del Biobío, datos del período 2003 – 2007.

Grupo etario	50 - 69				70 y más			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	Ca.	TBI	Ca.	TBI	Ca.	TBI	Ca.	TBI
Antofagasta	Tráquea, Bronquio y Pulmón	172,7 x 100.00 0 hombres	Mama	108,4 x 100.00 0 mujeres	Próstata	639,9 x 100.00 0 hombres	Mama	199,8 x 100.00 0 mujeres
	Próstata	70,3 x 100.00 0 hombres	Tráquea, Bronquio y Pulmón	54 x 100.00 0 mujeres	Tráquea, Bronquio y Pulmón	532,8 x 100.00 0 hombres	Tráquea, Bronquio y Pulmón	182,7 x 100.00 0 mujeres
Valdivia	Próstata	173,1 x 100.00 0 hombres	Mama	108,3 x 100.00 0 mujeres	Próstata	901,2 x 100.00 0 hombres	Vesícula y vías biliares	220,4 x 100.00 0 mujeres
	Estómago	101,6 x 100.00 0 hombres	Vesícula y vías biliares	86,4 x 100.00 0 mujeres	Estómago	379,2 x 100.00 0 hombres	Mama	164,9 x 100.00 0 mujeres
Provincia del Biobío	Estómago	125,9 x 100.00 0 hombres	Mama	100,8 x 100.00 0 mujeres	Próstata	806,2 x 100.00 0 hombres	Vesícula y vías biliares	188,3 x 100.00 0 mujeres
	Próstata	124,6 x 100.00 0 hombres	Estómago	51,4 x 100.00 0 mujeres	Estómago	422,2 x 100.00 0 hombres	Estómago	175,7 x 100.00 0 mujeres

Fuente: Primer Informe de Registros Poblacionales de Cáncer en Chile, MINSAL (2012).

Según los egresos hospitalarios del año 2010, la cuarta causa se debió a tumores (10% del total de egresos hospitalarios en población adulta mayor). En el gráfico N° 59 se detallan los 10 principales tumores malignos (TM) que llevaron a la hospitalización de personas de 65 años y más.

Gráfico N° 59: Egresos hospitalarios de causa oncológica, Chile 2010



Fuente: Egresos Hospitalarios, DEIS MINSAL, 2013.

2.7 Patología músculo-esquelética

2.7.1 Síntomas músculo-esqueléticos de origen no traumático

La ENS (2009-2010) entrega información sobre la prevalencia en los últimos 7 días de síntomas músculo-esqueléticos, establecido como dolor de intensidad mayor o igual a 4, considerando una escala creciente de 1 a 10. En base a esta definición, se encontró que un 40,6% de las personas mayores afirma presentar dolor de origen músculo-esquelético en la última semana, superior a la cifra encontrada a nivel nacional que fue de 34,2%, con una prevalencia significativamente mayor en las mujeres adultas mayores (48,3%) que en los hombres mayores (30,4%).

Es importante señalar que, según se indica en el Programa Nacional de Rehabilitación Física del MINSAL, en el año 2012, el 38,9% de la población bajo control era de 65 años y más, que estaba en control por diferentes problemas de salud neurológica y músculo esqueléticos.

2.7.2 Artrosis

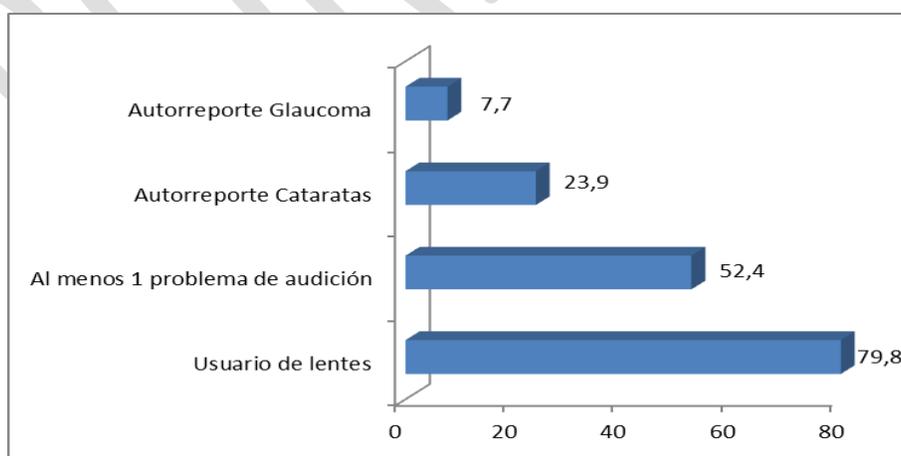
La artrosis u osteoartritis es la enfermedad articular más frecuente. Su frecuencia va aumentando con la edad y se estima que en los mayores de 60 años más del 80% presenta alteraciones varias sugerentes de artrosis en al menos una articulación (Lawrence, Bremner, & Bier, 1966). Según la ENS 2009-2010, la prevalencia de auto reporte de artrosis en la población de personas mayores es de un 5,7%.

Según registros DEIS del año 2012, del total de la población en control en el programa de artrosis de rodilla y cadera, el 68,1% eran personas de 65 años y más, siendo las mujeres mayores quienes presentan esta patología con mayor frecuencia, 73,2% versus 26,8% en hombres mayores.

2.8 Trastornos Sensoriales

La ENS 2009-2010, entrega amplia información respecto a la prevalencia de trastornos sensoriales, tanto visuales como auditivos, en población adulta mayor. Como es de esperar, el grupo de personas mayores de 65 años presenta una mayor prevalencia de trastornos sensoriales, tanto visuales como auditivos, en relación a los otros grupos etarios. En el gráfico N° 60 se muestra la prevalencia de algunas alteraciones sensoriales en las personas mayores.

Gráfico N° 60: Prevalencia de alteraciones sensoriales en personas mayores, 2009-2010 (Porcentaje)



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Chile 2009-2010

Destaca el uso de lentes como una de las necesidades preponderantes de la población mayor, ya sea por vicio de refracción o presbicia, lo que sumado al autoreporte de cataratas y glaucoma, posiciona la alteración visual como el principal factor sensorial de dependencia, en caso de no recibir tratamiento, seguido de los trastornos auditivos, en que 52,4% de la población encuestada, que señala presentar al menos 1 problema de audición.

2.9 Salud Bucal

Se ha evidenciado que las personas adultas mayores son el grupo más dañado en su Salud Bucal por no haber recibido durante su vida suficientes medidas de prevención o tratamientos adecuados y oportunos para recuperar su Salud Bucal. Es así como un estudio realizado en la Región Metropolitana en población de 65 a 74 años, el año 2008 (Arteaga, Urzúa, Espinoza, Muñoz, & Mendoza, 2008), evidenció que el promedio de dientes afectados por caries era de 24.9, de los cuales 0.9 dientes tenían caries, 3.47 se encontraban obturados y 20.52 se encontraban perdidos por caries (índice COPD).

La Encuesta Nacional de Salud del año 2003, exploró el estado de Salud Bucal de la población de 65 y más años, mostrando que menos del 1% de la población de este grupo etario tenía todos sus dientes y que la tercera parte de ella era desdentada total. En el grupo de desdentados parciales el promedio de dientes remanentes fue de 7, de los cuales 1.72 estaban cavitados por caries, mostrando mayor daño las mujeres que los hombres. A nivel de daño por desdentamiento se observa en esta encuesta, que es más frecuente esta condición en aquellos sujetos de nivel socioeconómico bajo (14,7%) que en los del nivel alto (1,5%), siendo mayor esta diferencia cuando se comparan por nivel educacional, presentándose una prevalencia de desdentados total igual a un 19% en el grupo con nivel educacional bajo, versus un 0% en aquellos con nivel educacional alto. Del total de la población mayor de 65 años, el 37.1% usaba prótesis en ambos maxilares, por tanto, resulta fundamental considerar la variable nivel socioeconómico al momento de generar políticas de salud bucal en adultos mayores.

La Encuesta Nacional de Salud (2009-2010), también evaluó la percepción de la salud bucal de acuerdo al uso particular de prótesis dental, donde las personas mayores refirieron en un 55,3% la percepción de necesitar prótesis dental, siendo los hombres mayores quienes perciben mayor necesidad comparada con las mujeres (59,7% versus 51,7%).

En el año 2011, del total de consultas odontológicas realizadas en los establecimientos de salud del país, el 7,5% correspondieron a personas mayores de 65 años, y del total de consultas de urgencias, las personas mayores concentran el 9,1% (DEIS, MINSAL, 2011).

La política de Salud Bucal del Ministerio de Salud tiene como objetivo general “disminuir la alta morbilidad bucal existente en la población chilena y contribuir a mejorar su calidad de vida”, priorizando la atención de los menores de 20 años. Pero dada la importancia de la población Adulta Mayor y la prevalencia de daños en la salud bucal de esta población tal como se describe en los párrafos anteriores, se ha considerado tener programas que les den atención integral, para contribuir a su calidad de vida en esta etapa de su ciclo vital, así como dar resolución de las Urgencias Odontológicas a toda la población del país.

3. Estilos de vida en personas adultas mayores

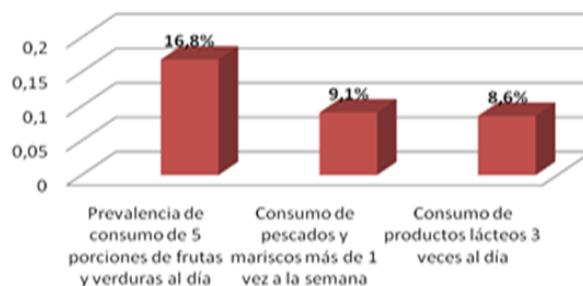
El envejecimiento supone cambios físicos, mentales y sociales, siendo las principales causas de morbilidad y la mortalidad prevenibles resultado de procesos que se desarrollan durante toda la vida. La Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, muestra los problemas de salud más prevalentes en el grupo de personas mayores, que al no ser diagnosticados y tratados por los equipos de salud, conllevan a una pérdida de la funcionalidad anticipada y un deterioro en la calidad de vida de esta población.

Uno de los determinantes de la calidad de vida y el estado de la salud de las personas es el estilo de vida que llevan. Es por esto importante conocer los hábitos alimentarios y de actividad física que mantienen las personas como factores protectores, así como las conductas deletéreas que presentan, como el consumo de tabaco y alcohol. La ENS 2009-2010 midió estos factores en las personas de 65 años y más, que a continuación se detallan.

3.1 Hábitos Nutricionales

En primer término, la ENS otorga un dato acerca del porcentaje de adultos mayores que cumple con las recomendaciones alimentarias, y el resultado es que la proporción de personas mayores que cumple con estas recomendaciones, no supera el 20%.

Gráfico N° 61: Porcentaje de personas de 65 años y más que cumplen con hábitos alimentarios recomendados.



Fuente: Datos extraídos Encuesta Nacional de Salud 2009-2010

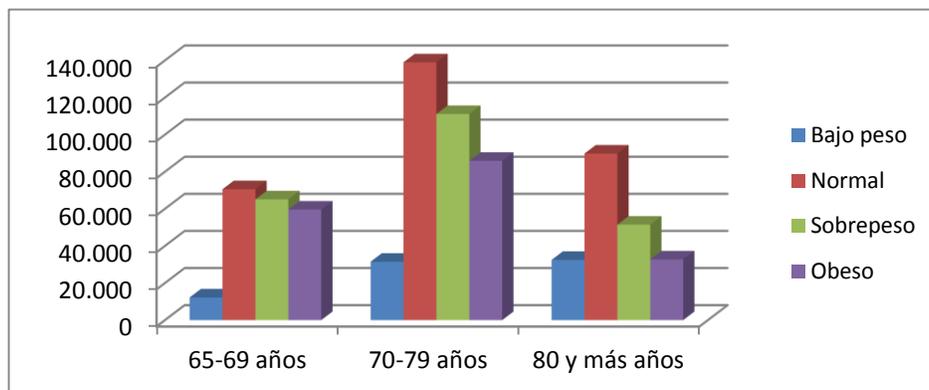
La misma ENS refiere que el consumo de cereales integrales en la población de 65 años y más es igual al de la media en población general (13,8%), siendo mayor el consumo en las mujeres que en los hombres, con un 16,2% y 10,7% respectivamente. Asimismo, el consumo diario de sal por persona en esta población, corresponde a 10,23 gramos, superior al consumo promedio nacional de 9.84 g. Aquí no se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres mayores.

3.2 Malnutrición

Del total de personas mayores bajo control en APS con evaluación de su estado nutricional (781.220 personas), un 10% se encuentra bajo peso, un 52% con malnutrición por exceso (Sobrepeso y Obesidad), y un 38% en estado nutricional normal.

Al desagregar por subgrupos de edad se observa que son las personas de 70 años y más, quienes concentran el 83% del total de las personas mayores con bajo peso (Ver gráfico N° 62)

Gráfico N° 62: Distribución de la población de personas mayores en control, según estado nutricional y subgrupos de edad, 2012.



Fuente: DEIS-MINSAL, 2011

Al desagregar por sexo, las mujeres presentan mayor proporción que los hombres mayores, en todas las categorías, con una diferencia significativa en el caso de Obesidad, en que las mujeres mayores son el 71% de este grupo versus un 29% en los hombres.

Según los datos de la ENS 2009-2010, del total de la población chilena con diagnóstico de obesidad, un 30,9% son personas mayores de 65 años, siendo el segundo grupo etario con mayores niveles de obesidad, luego del grupo de 45 a 64 años. Asimismo, en cuanto a la obesidad mórbida, el grupo de personas mayores de 65 años ocupa el primer lugar con un 4,29%. Al analizar según sexo, tanto en obesidad como obesidad mórbida, la prevalencia es mayor en mujeres que en hombres mayores.

3.3 Actividad física

Según los registros del EMPAM, solo un 7% de los adultos mayores realiza actividad física. De estos, un 60% son mujeres y 40% hombres. De igual forma en la ENS se evidencia que la prevalencia de inactividad (actividad física baja) en los adultos mayores es de un 48%, muy superior a la prevalencia nacional de 27,1%, siendo mayor en mujeres (50,3%) que en hombres (46,4%).¹⁴

¹⁴En la ENS se ocupó el cuestionario de Actividad Física Global (Global Physical Activity Questionnaire, GPAQ) que considera tres dominios de actividad física, medidos en minutos: actividad física en el trabajo, actividad física en los traslados (desde y hacia el trabajo) y actividad física de recreación; y clasifica el nivel de actividad física en "bajo", "moderado" y "alto". Actividad física Alta: se requiere de al menos tres días de actividad física intensa o siete días a la semana donde se combinen actividades físicas moderadas e intensas. Actividad física moderada: se requiere de mínimo tres días de actividad física intensa con un tiempo mínimo de veinte minutos o de cinco días de actividad física baja de por

En el año 2012, según registros del DEIS, 50.934 personas de 65 años y más realizaba actividad física en establecimientos de salud, de ellos el 57,3% eran mujeres,

3.4 Hábito Tabáquico

La prevalencia de fumadores actuales (diario u ocasional) a nivel país corresponde a 40,6%, siendo menor en las mujeres en todos los grupos etarios, excepto en el grupo de las personas mayores de 65 años, donde la prevalencia es de 13,2 %, muy por debajo de la media nacional, pero con un porcentaje mayor en las mujeres (14,3%) que en los hombres (11,7%).

Respecto del consumo promedio diario de cigarrillos, el promedio nacional de es de 10,4 cigarrillos al día; en las población mayor de 65 años este consumo es inferior, con 9,3 cigarrillos al día y con un menor consumo diario en mujeres (7,7 cigarrillos al día) que hombres (10,2).

Al año 2012, la información obtenida desde el Departamento de Estadísticas e Información en Salud, de la población de personas de 65 años y más bajo control en el Programa de Salud Cardiovascular, un 46% presenta diagnóstico de tabaquismo (57.819 personas), de los cuales 48,4% corresponden a hombres mayores, y 51,6% a mujeres mayores.

Mientras que en el EMPAM se pesquisó que el 8,2% de las personas mayores evaluadas presentaban hábito tabáquico.

3.5 Consumo de Alcohol

La ENS 2009-2010 refiere que el consumo de alcohol en un día promedio en personas mayores de 65 años es de 38,79 g, inferior a la media nacional de 55,58; siendo de 48,4 g en los hombres y de 22,39 g en las mujeres. Refiere también que el promedio de días de consumo semanal en las personas mayores es de 2,72 días, superando el consumo promedio nacional de 1,63 días a la semana. El diferencial entre hombres y mujeres mayores es de 1,19 días en desmedro de los hombres (3,17 días de consumo semanal en hombres y 1,98 en mujeres).

Según el cuestionario AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) (Saunders JB, 1993) aplicado a la muestra ENS, con un punto de corte mayor a 8 puntos para detectar bebedores con consumo de riesgo, perjudicial o dependientes de alcohol, se encontró

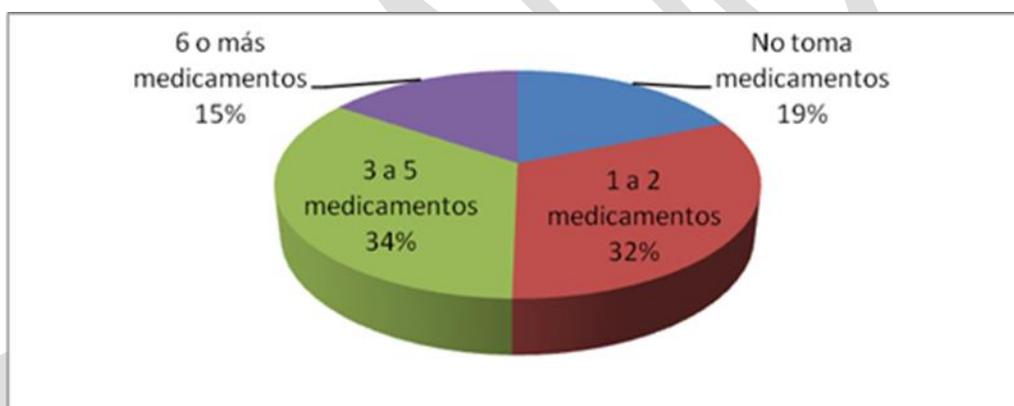
lo menos treinta minutos. Actividad física baja o inactividad: se considera toda aquella persona que no reúne ninguno de los criterios anteriormente mencionados.

este tipo de consumo, en 465 personas mayores, lo que equivale al 0,6% del total de la población adulta mayor bajo control en Salud mental. En esta cifra se aprecia una baja pesquisa de consumo perjudicial de alcohol.

3.6 Polifarmacia

Los datos de la ENS 2009-2010 permiten saber que la población adulta mayor consume un alto número de medicamentos, con un promedio de 4,2 medicamentos por día, casi duplicando el grupo menor de 65 años. Las mujeres adultas mayores consumen en promedio 4,3 medicamentos por día versus 3,9 que es el número de medicamentos que consumen los hombres del mismo grupo etario. Según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez (2010), el 34% de las personas mayores, utilizan entre 3 y 5 medicamentos al día, un 15% consume 6 o más, evidenciando la polifarmacia en este grupo (Ver gráfico N° 63)

Gráfico N° 63: Uso de medicamentos en el día por personas mayores. Chile, 2010.



Fuente: Encuesta Calidad de vida en la vejez. Chile , 2010.

4. Funcionalidad en personas de 65 años y más en Chile

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) recomienda medir la salud en personas mayores en términos de su situación funcional y específicamente en términos de pérdida de funcionalidad, o bien, de acuerdo a su nivel de discapacidad o dependencia.

4.1 Dependencia

La dependencia es el resultado de la interacción de los cambios fisiológicos relacionados con la edad, las enfermedades crónicas, las condiciones agudas e intercurrentes y el entorno psicosocial. Por ello, es especialmente relevante identificar a la población frágil o

en riesgo de perder su funcionalidad, y a las personas con cierto grado de dependencia, ya que son la población más vulnerable y la que concentra el mayor riesgo y mayor grado de dependencia establecida. Esto, además, causa un mayor gasto asociado a mayor consumo de recursos sanitarios y sociales (Rodríguez Mañas L, 2001).

En Chile, de acuerdo al Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores (SENAMA, 2009), el 24,1% de la población mayor de 60 años tiene algún grado de dependencia, afectando especialmente a personas de mayor edad, mujeres, de nivel socioeconómico más bajo, y asociado a un número mayor de enfermedades crónicas (Ver tabla N° 12).

La definición de dependencia en este estudio consideró las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) evaluadas por el Índice de Katz y cols. (1963) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) consideradas por Lawton y Brody (1969). Los criterios utilizados para determinar dependencia son diferentes a los utilizados en el EMPAM.¹⁵

Tabla N° 12: Personas mayores con dependencia. Chile, 2009

Nivel de Dependencia	Total de Personas	Porcentaje
Dependiente	405.539	24.1%
No dependiente	1.276.792	75.9%
TOTAL	1.982.331	100%

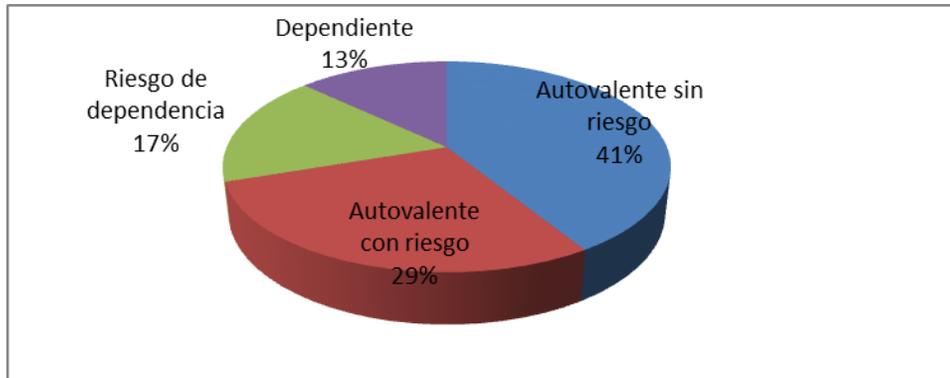
Fuente: Estudio Nacional de Dependencia en las Personas Mayores, SENAMA, Chile 2009

La información obtenida desde el DEIS (2012), en base a los datos aportados por el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), refiere que para el año 2012, de un total de 733.436 personas mayores bajo control en atención primaria de salud, clasificados por condición de funcionalidad según Evaluación funcional del adulto mayor (EFAM): un 69,8% es autovalente, (41,2% autovalente sin riesgo y 28,7% autovalente con riesgo), 17,2% está en riesgo de dependencia y el 13% restante es dependiente. (Ver gráfico N° 64.

¹⁵ El estudio nacional de dependencia, incluyó en la definición de dependencia las siguientes condiciones:

- Individuos postrados. Se define como aquellos confinados a su cama.
- Sujetos que presenten demencia de cualquier grado. Se define como puntaje MMSE abreviado <13 puntos y puntaje en el test de actividades funcionales de Pffefer >5 puntos.
- Incapacidad para efectuar 1 ABVD
- Incapacidad para efectuar 1 AIVD
- Necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 1 ABVD
- Necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 2 AIVD

Gráfico N° 64: Estado de salud funcional de la población de 65 años y más bajo control, en establecimientos de APS (según EFAM e Índice de Barthel), 2012

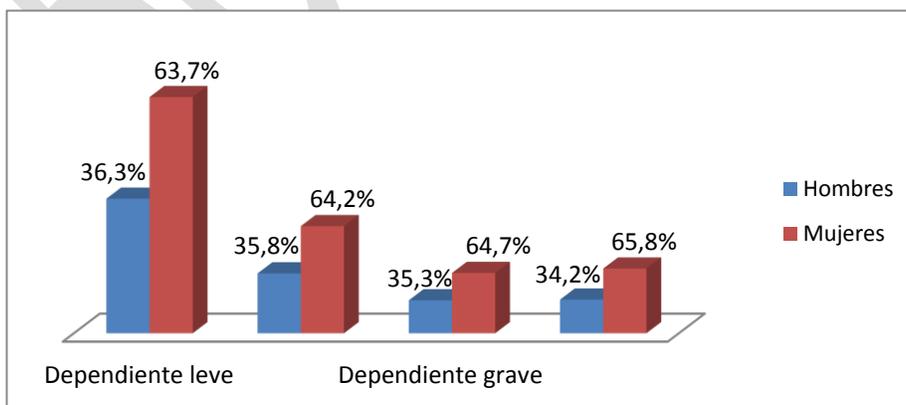


Fuente: DEIS-MINSAL 2012

Para ese mismo año, del total de personas mayores con dependencia (95.485), el 64,2% corresponden a mujeres mayores y el 35,8% restante a hombres mayores. Con este dato, es importante notar que el número de mujeres dependientes prácticamente duplica al de hombres, a partir de lo cual se debe considerar el enfoque de género al momento de diseñar políticas de funcionalidad en adultos mayores.

Según el Índice de Barthel, del total de personas mayores con dependencia en control, el 50,8% es dependiente leve, 22,9% dependiente moderado, 12,8% dependiente grave y 13,5% dependiente total, observándose diferencias significativas entre hombres y mujeres (Ver Gráfico N° 65).

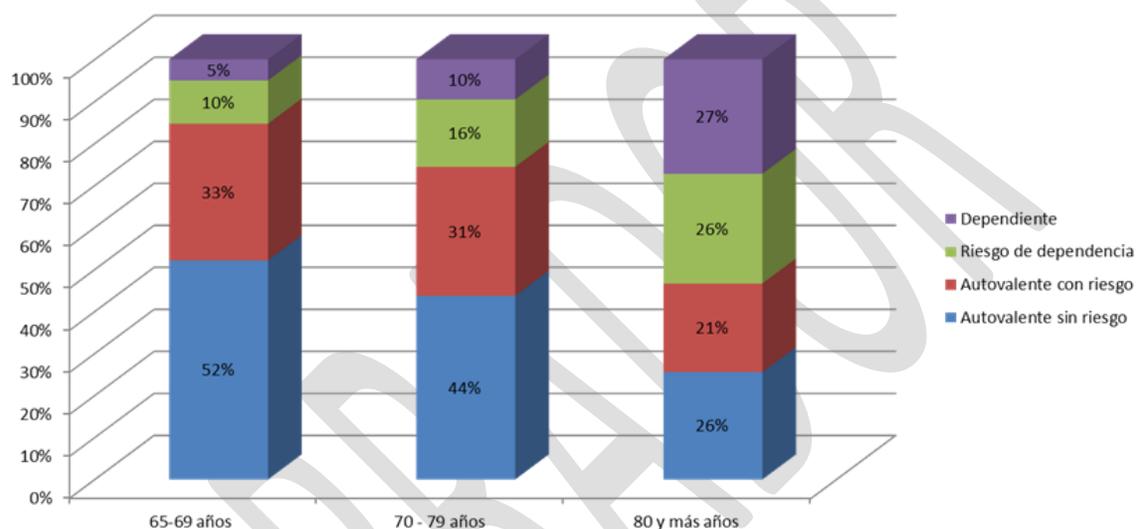
Gráfico N° 65: Distribución porcentual de las personas mayores por grado de dependencia (según Índice de Barthel), según sexo, 2012.



Fuente: DEIS-MINSAL 2012

Al analizar por subgrupos de edad en las personas mayores, el gráfico N° 66 muestra que, a mayor edad, aumentan las personas categorizadas en riesgo de dependencia y con dependencia, además se observa que la autovalencia disminuye a un 47% en el grupo de personas mayores de 80 y más años. En otras palabras, la autovalencia y la edad van en dirección inversa: conforme aumenta la segunda, disminuye la primera.

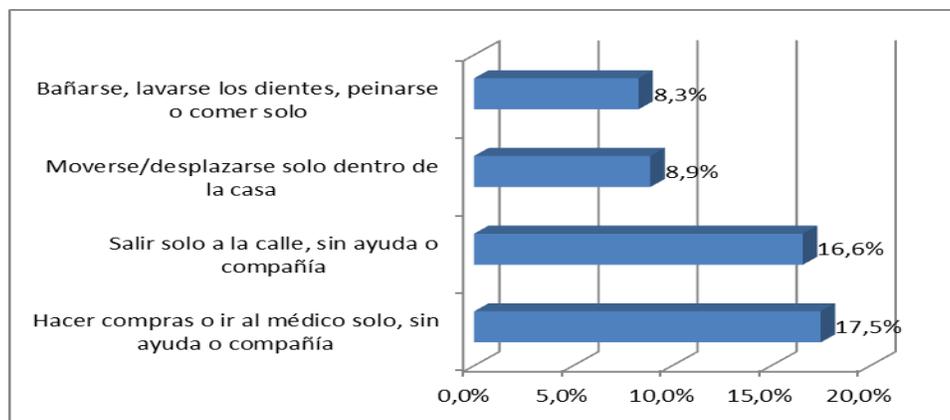
Gráfico N° 66: Estado de salud funcional de la población mayor de 65 años, según subgrupos de edad, 2012.



Fuente: DEIS-MINSAL, 2012.

Por otro lado, la información de la última encuesta de caracterización socioeconómica, (CASEN 2011), muestra la prevalencia de dificultad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, que nos indican funcionalidad. En el gráfico N° 67, se observa que menos del 20% de los adultos mayores tiene dificultades para realizar estas actividades. Por tanto, la mayoría de ellos es capaz de realizar estas actividades de manera independiente.

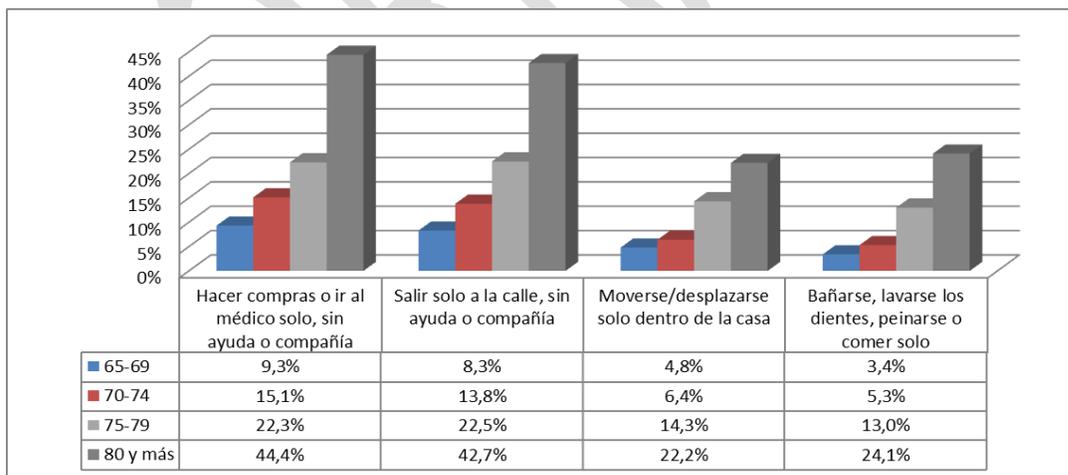
Gráfico N° 67: Porcentaje de adultos mayores que tiene dificultad para realizar actividades de la vida diaria.



Fuente: CASEN 2011

De igual forma, se observa que la pérdida de funcionalidad aumenta en los subgrupos de mayor edad (Ver gráfico N° 68), lo cual se condice con la información vista en el gráfico 67.

Gráfico N° 68: Dificultad para realizar actividades de la vida diaria, por tramo de edad, Casen, 2011.

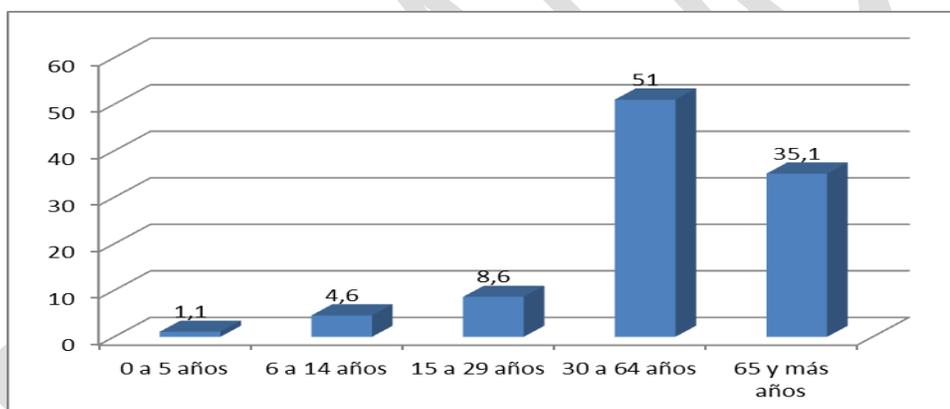


Fuente: Resultados Encuesta CASEN 2009, Ministerio de Desarrollo Social, 2011.

4.2 Discapacidad

El Primer Estudio Nacional de Discapacidad (SENADIS, 2004), detectó 2.068.072 personas discapacitadas, donde el 58,2% son mujeres y el 41,8% hombres. Este estudio muestra que el 51% de las personas con discapacidad se encuentran en edad adulta (30 a 64 años), y el 35,1% (725.311) son personas mayores de 65 años (Ver Gráfico N° 69). Asimismo, este estudio sostiene que la prevalencia de discapacidad en las personas mayores (43,4 x 100.000) es 3,3 veces mayor que la prevalencia nacional (12,9 x 100.000), y que son las mujeres mayores quienes presentan mayores tasas que los hombres, 47,3 x 100.00 versus 38,6 x 100.000. Así, nuevamente se aprecia la importancia de incorporar el enfoque de género en las políticas, ya que no hay paridad entre hombres y mujeres.

Gráfico N° 69: Distribución porcentual de discapacidad, según rangos etarios. Chile, 2004.



Fuente: Estudio Nacional de Discapacidad, SENADIS, 2004.

La ENS 2009-2010, evaluó la discapacidad a través de la aplicación del Test de Pfeffer, al acompañante o cuidador de la persona adulta mayor, en quienes se evidenció sospecha de deterioro cognitivo; se exploraron las capacidades de las personas mayores para el desempeño autónomo en actividades de la vida cotidiana, considerándose:

Discapacidad para el desempeño de las actividades de la vida cotidiana =
MMSE < 13 + Pfeffer \geq 6 puntos.

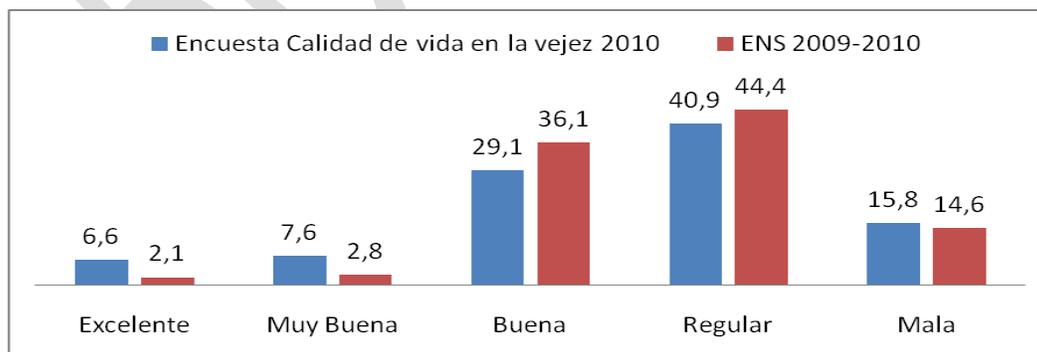
Entre los encuestados, la prevalencia global de discapacidad con Pfeiffer mayor o igual a 6 puntos fue de 4,5%, aumentando a medida que incrementa la edad, alcanzando un 16,0% en el grupo de 80 años y más, con prevalencias mayores en los hombres.

5. Auto percepción del estado de salud de la población adulta mayor

La auto percepción del estado de salud es un indicador de salud global y una útil herramienta para predecir necesidades asistenciales y la organización de programas, que refleja no sólo elementos de salud propiamente tales, sino también sociales (Callegos-Carrillo & al, 2006). En Chile, se han llevado a cabo varias encuestas que intentan evaluar la percepción del estado de salud de las personas desde y hacia ellas mismas. La Encuesta CASEN (2011), Encuesta de calidad de vida en la vejez (2010) y la Encuesta nacional de salud 2009-2010, coinciden en que la mayoría de las personas de 65 años, entre 40% y 45%, consideran que su salud es regular, mientras que entre 30% y 36% considera que es buena. En menor porcentaje, 15%, consideran que su salud es mala, y menos del 10% se refiere a su salud como muy buena o excelente.

La ENS 2009-2010 afirma que las personas mayores consideran en un 36,1% que su salud es buena, un 44,4% considera regular su salud y un 14,6% considera que su salud está mal. En el gráfico siguiente se muestra la percepción de salud de las personas mayores según ENS (2009-2010) y Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez del 2010, y en la comparación es posible apreciar que los datos de una y otra son relativamente coincidentes.

Gráfico N° 70: Comparación de la percepción de estado de salud en personas adultas mayores, según Encuesta Calidad de Vida en la Vejez 2010 y ENS 2009-2010.

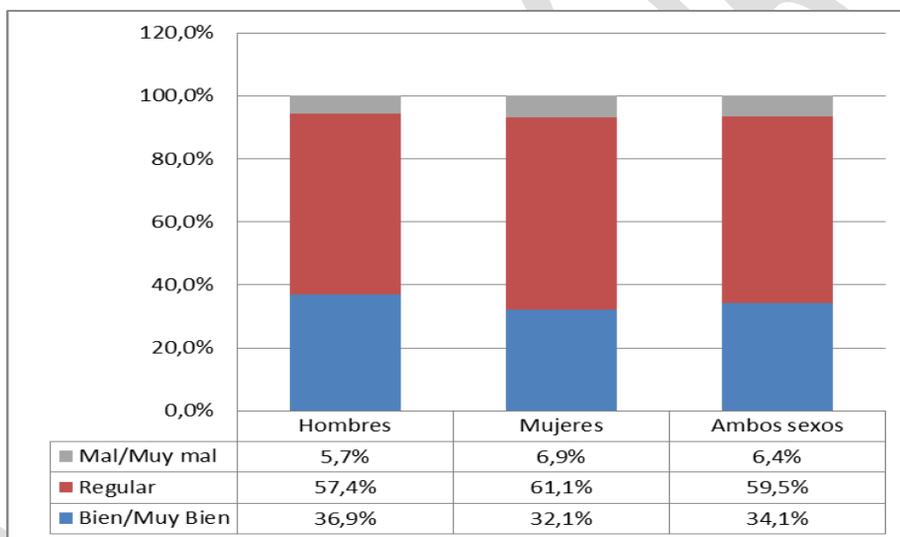


Fuente: Encuesta Calidad de Vida en la Vejez, Chile 2010 y Encuesta Nacional de Salud, Chile 2009-2010

Asimismo, según la Encuesta CASEN 2011, en relación a la percepción de salud por parte de las personas mayores, un 34,1% considera que su salud está bien o muy bien, un 59,3% considera regular su salud y un 6,4% considera que su salud está mal o muy mal.

En el gráfico N° 71 se muestra la percepción de salud de las personas mayores según sexo, donde se observa que las mujeres mayores tienen peor percepción de su estado de salud que los hombres, pero con diferenciales de género menores que en otros análisis.

Gráfico N° 71: Autopercepción del estado de salud en personas adultas mayores, por sexo. Chile, 2011.



Fuente: CASEN 2011

III. MODELOS Y ENFOQUES PARA LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

1. Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario

1.1 Definición

El Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario ha sido definido como *“El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”* (Ministerio de Salud, 2005).

Es un modelo, que en lo esencial busca satisfacer las necesidades y expectativas de las personas respecto a mantenerse sanos/as o saludable/s, mejorar su estado de salud actual (en caso de enfermedad) y garantizar su estado futuro, ello mediante el logro de los objetivos nacionales de salud y el fortalecimiento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones.

1.2 Objetivos

En términos generales los objetivos del Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario son:

- Acercar la atención de salud a la población beneficiaria
- Alcanzar aumento creciente de las acciones de promoción y prevención
- Incorporar mecanismos eficientes y efectivos de participación en el cuidado de la salud
- Entregar atención de calidad y altamente resolutive (Uso de tecnología adecuada y evidencia científica)
- Integrar y coordinar efectivamente la atención de salud en la red asistencial y con la comunidad

1.3 Principios del Modelo de Atención. Ministerio de Salud (2005)

Los principios del Modelo han sido consensuados y expuestos en el documento de Modelo de Atención Integral en Salud del Ministerio.

- Centrado en las personas (enfoque al usuario y población a cargo)
- Énfasis en lo promocional y preventivo
- Enfoque de salud familiar
- Integralidad

- Énfasis ambulatorio
- Participación
- Intersectorialidad
- Calidad
- Continuidad de la Atención

1.3.1 Centrado en las personas

Se refiere a establecer un modelo de relación entre el equipo de salud y las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud, que considera la vivencia y sufrimiento de estas, es empático y pone énfasis en los derechos y deberes de las personas, tanto del equipo de salud como de las personas usuarias. Asimismo, se enfoca en las necesidades de las personas y sus familias y en cómo ellas las definan y prioricen.

En este contexto, es importante preguntarse ¿Qué necesita la persona mayor?, ¿Qué le ha resultado exitoso en el cuidado de su salud?, ¿Qué ha probado y no le ha resultado?, ¿A qué atribuye lo que le pasa? Es decir, se trata de considerar la autopercepción del adulto mayor para el diseño de políticas, haciéndolo copartícipe de su autocuidado.

1.3.2 Promocional y Preventivo

Se refiere a mantener, intencionadamente, una actitud anticipatoria y proactiva por parte del equipo de salud en el cuidado de la población a cargo, tanto a nivel individual como poblacional, en una acción coordinada desde el domicilio o comunidad hasta la red asistencial, en todos sus niveles de atención.

En este foco es importante preguntarse ¿se está efectivamente anticipando al daño? ¿Se hace que toda atención sea una oportunidad de promoción del envejecimiento saludable y prevención?, las personas mayores ¿tienen su examen de medicina preventiva vigente? Y si lo tienen ¿hay un seguimiento del plan de intervención?

1.3.3 Enfoque de Salud Familiar

Si bien se entiende el enfoque familiar como transversal y está presente en la operacionalización de todos los principios del modelo de atención.

Los objetivos más relevantes relacionados con este principio son:

- Incorporar o fortalecer factores protectores de la salud y detectar e intervenir precozmente situaciones de riesgo al interior de las familias.
- Aumentar la efectividad de las acciones en salud a través de la adecuada participación de la familia en el manejo terapéutico de las personas mayores.
- Identificar condiciones o “problemas de salud” de la familia como unidad de cuidados e intervenir oportunamente.

1.3.4 Integral

Implica una mirada holística del ser humano, es decir, biopsicosocial espiritual, cultural y emocional, lo que significa considerar el sistema de creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud y las terapias socialmente aceptables. Este enfoque se extiende también a las comunidades y entorno de las personas y familias.

Para el caso de las personas mayores cabe, de manera importante, señalar que esta integralidad debe concluir necesariamente con la evaluación de los aspectos funcionales de cada una de las dimensiones que forman parte de esta mirada biopsicosocial, tales como las funciones biofísicas, mentales, sociales etc. De este modo, evaluar finalmente la autonomía y autovalencia de las personas mayores de manera también integral.

En relación a este principio es importante preguntarnos ¿Cuál es el eje que ordena la atención de las personas mayores en el centro de salud? ¿Son los problemas de salud, las personas, la familia, o cuáles otros?

1.3.5 Énfasis en lo ambulatorio

Desde la perspectiva de red, esto implica priorizar los procesos de atención abierta y cercana a las personas mayores, resguardando la seguridad del cuidado a través de sistemas eficientes de referencia, contra referencia y traslado de pacientes. Esta dimensión aborda también los cuidados domiciliarios como un ámbito en el que las familias requieren de apoyo para su realización, especialmente las personas que ejercen el rol de cuidadores.

1.3.6 Participación social en salud

El objetivo más relevante relacionado con este principio, es lograr y mantener una comunidad saludable, es decir que mejora sus resultados en salud como producto de la acción conjunta del sistema de salud y otros sectores con una comunidad activa.

Algunas preguntas de reflexión de este enfoque son, ¿los equipos conocen las instancias de participación social existentes en el territorio?, ¿se cuenta con un catastro de personas mayores que participan en alguna de estas instancias?, ¿Qué se hace para favorecer la participación social de las personas mayores?

1.3.7 Intersectorialidad

El objetivo más relevante relacionado con este principio es lograr la acción conjunta, coordinada y sistemática del sistema de salud con otros actores, tales como la comunidad activa y los otros sectores en que se identifican los determinantes sociales de la salud.

Algunas preguntas a hacerse en este enfoque son, ¿Se trabaja en coordinación con el intersector?, ¿Cuál es el intersector con el cual deben coordinarse para orientar a las personas mayores?, ¿Cuál es el aporte de salud a la intersectorialidad?

1.3.8 Calidad

El objetivo más relevante relacionado con este principio, es entregar los servicios de atención de salud de acuerdo a los atributos valorados por las personas usuarias y las normativas técnicas a fin de mantener una comunidad saludable.

1.3.9 Continuidad del cuidado

Se refiere a asumir la responsabilidad de la colaboración en el cuidado de los usuarios en distintos escenarios: durante la ocurrencia de un problema de salud, a lo largo de la vida, ya sean estos entendidos como crisis normativas (que se pudieron prever), o no normativas (que son inesperados, catastróficos y amenazan la supervivencia del usuario), y en el continuo de la red de salud, entendiendo que ésta se extiende desde el domicilio a los centros hospitalarios (Minsal, 2013).

- La coordinación y gestión del cuidado es siempre del equipo de cabecera y/o del equipo tratante, identificando al profesional que está a cargo del cuidado de la persona con el problema de salud.
- Desde la perspectiva de la estrategia de Atención Primaria de Salud, debe precisarse que:

El equipo de cabecera mantiene la responsabilidad de la coordinación del cuidado aun cuando se hace una derivación a otro centro de la red asistencial, para lo cual es imprescindible contar con la contra referencia del especialista. La derivación implica una pregunta del equipo de cabecera, por lo que quien la responde debe mantener contacto con éste y hacerlo participar de las decisiones terapéuticas. En caso que la derivación sea una delegación transitoria de la responsabilidad, por requerirse terapias de mayor complejidad que escapan a la capacidad resolutoria del equipo de cabecera, ello no implica distanciamiento de las personas y familias que tiene a su cargo.

Preguntas de reflexión son ¿cuenta con un diagnóstico de su población adulta mayor?, ¿Se cuenta con contra referencia de personas mayores referidos?, ¿Qué estrategias se han implementado para asegurar la continuidad del cuidado? ¿Se incorpora a la familia en la continuidad del cuidado de las personas mayores?

2. Modelo de atención integral de la persona mayor

Los equipos de salud dedicados a la atención de las personas mayores y en específico la geriatría como especialidad médica dedicada a los problemas sanitarios de las personas mayores, tanto en la salud como en la enfermedad, y desde la promoción, prevención y rehabilitación de las enfermedades; utiliza como uno de sus instrumentos más cruciales, una herramienta denominada “Valoración Geriátrica Integral” (Salgado Alba A, 1993).

Esta herramienta asume un abordaje integral de la salud de la persona mayor, a través de una “valoración cuádruple” (dimensión biomédica, mental, social y funcional) en concordancia con los paradigmas que sustentan a la medicina familiar.

Esto se complementa con la evaluación de la funcionalidad como un indicador de salud para medir el resultado final de todos los programas sanitarios dirigidos a las personas mayores, y que tienen como fin último la mantención de la autonomía y la autovalencia (J.,G.P., 2007), para de este modo llegar en las mejores condiciones de salud al denominado “Envejecimiento Activo”, que es lo que preconiza la OMS como objetivo sanitario para la población mayor.

Esta Valoración Geriátrica Integral se aplica en todos los niveles asistenciales a los cuales concurre la persona mayor, desde el nivel primario hasta las salas de agudos. La mayor o menor “profundidad” de la valoración geriátrica va a depender de la mayor o menor gravedad del cuadro clínico en curso, y si se está en un plano promocional, de prevención, de tratamiento o de rehabilitación de aquellos cuadros médicos en cuestión.

Es importante señalar que el objetivo de la valoración geriátrica no es evaluar las dimensiones cuádruples solamente con un enfoque clínico, sino que será efectivamente integral cuando se ofrezca a la persona mayor un plan real de intervención biopsicosocial, espiritual, cultural y emocional, Expresado de una manera más gráfica, la valoración geriátrica integral permite a los equipos de salud la “elección” del paciente geriátrico sobre el cual se obtienen las mejores intervenciones geriátricas posibles y permite definir el mejor lugar de atención, es decir, permite definir lo que los geriatras llaman el “paciente correcto en el lugar y tiempo correcto”.

Para la consecución de esta valoración geriátrica integral y su respectivo plan de intervención, se deben asegurar previamente dos elementos consustanciales:

- **Interdisciplinaridad**

Disponer de equipos de salud especializados o capacitados, conformados por los distintos profesionales de la salud, y de otras áreas cuando corresponda, abocados a la atención sanitaria de las personas mayores, donde cada profesional va dando cuenta de los problemas detectados y de sus ofertas de intervención para la resolución de los mismos.

Al tratarse de distintos profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, kinesiólogos, terapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, etc.), del área mental (psicólogos), o del área social (trabajadores sociales), debe haber “un lenguaje común” entre todos ellos Este lenguaje lo aporta justamente la Valoración geriátrica integral a través de sus distintas “escalas geriátricas”, que no son más que instrumentos de medición ya sea de screening,

de riesgo de compromiso funcional, de riesgo de compromiso clínico o de morbimortalidad, etc.

Todas estas escalas deben definirse a priori por el equipo mismo, y de acuerdo al nivel de atención en que se hallen, serán distintas las escalas. Es así como en niveles promocionales o de screening a nivel de la Atención Primaria, es distinto comparado con el nivel terciario en sala de urgencia o camas de agudos.

- **Niveles asistenciales en Red**

Otro paradigma importante de la medicina geriátrica es el llamado “**cuidado continuo**”, que comparte con el modelo de salud familiar. Se refiere al hecho de que la atención de salud para las personas mayores debe estar asegurada e integrada de manera coordinada dentro de la red asistencial (**salud integrada**), lo que implica el adecuado desarrollo de atención a la persona mayor, por funcionarios capacitados desde el nivel primario al terciario. Sólo con esta disposición dentro de la red asistencial de salud se puede ofrecer un cuidado integral, integrado y continuo.

3. Modelo de la longevidad

El modelo de la longevidad plantea intervenciones dirigidas al individuo para fomentar los tres niveles de prevención en la segunda mitad de la vida, mantener un estado vital óptimo el mayor tiempo posible, retrasar el envejecimiento y reparar estructuras dañadas, en un compendio de medicina preventiva y proactiva. Este Modelo se centra en tres paradigmas básicos (15) (Salvador Carulla L, 2004): Los cuales son: Morbilidad compartida, envejecimiento retardado y envejecimiento detenido o reversible

3.1 Morbilidad comprimida

Su objetivo es detener los padecimientos crónicos de la vejez, mediante la intervención sobre los procesos subyacentes más que sobre las enfermedades en sí mismas. Así, la morbilidad comprimida pretende extender la esperanza de vida promedio pero no aumentar la frontera vital. En este modelo, una mayor proporción de la población alcanzará edades avanzadas con un buen funcionamiento, presentando después un rápido final. (15) (Salvador Carulla L, 2004)

3.2 Envejecimiento retardado

Con este modelo el objetivo es enlentecer los procesos fundamentales del envejecimiento con el propósito de conseguir una esperanza de vida y una frontera vital por encima del rango conocido (expansión vital).(15) (Salvador Carulla L, 2004)

3.3 Envejecimiento detenido o reversible

Con el modelo de envejecimiento detenido o reversible el objetivo es la restauración continua de la vitalidad, revirtiendo los procesos de envejecimiento desde la edad adulta, mediante la eliminación del daño causado por los procesos metabólicos básicos (ej. estrés oxidativo). Este modelo también tiene su foco en alargar la frontera vital. Pero, mientras los paradigmas anteriores tienen en cuenta los aspectos psicosociales y clínicos de la disminución de factores de riesgo y promoción de hábitos saludables en individuos concretos, el paradigma del envejecimiento reversible se apoya en la extrapolación de los hallazgos de experimentos en animales a los seres humanos y aboga por el desarrollo de nuevas tecnologías sanitarias para descartar la senescencia a través de la bioingeniería. Muchos de los datos existentes acerca de la aplicación clínica de este paradigma son controvertidos (15). (Salvador Carulla L, 2004)

4. Modelo Ecológico

El modelo ecológico desarrollado por Bronfenbrenner, (1979) es particularmente interesante en relación a las personas adultas mayores, porque en gran medida es justamente el balance entre las aptitudes en declive de la persona mayor y el medio ambiente el que acentúa o atenúa ciertos rasgos del envejecimiento. En otras palabras, rasgos de la persona que en sí mismos no son negativos, se transforman en negativos a causa de la relación con el entorno poco apropiado.

El entorno inmediato de la persona adulta mayor, denominado 'Microsistema' según la terminología de Bronfenbrenner, corresponde al entorno íntimo, donde se dan las relaciones 'cara a cara'. Se refiere al "patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado, con características físicas y materiales particulares" (Bronfenbrenner, 1979).

La pareja, la familia inmediata y los amigos cercanos componen este microsistema para la persona mayor. La viudez y la muerte de pares afectan fuertemente este sistema, y se van reflejando en soledad en aumento. De a poco, el entorno inmediato se va reduciendo a la familia, la que si no es capaz de organizarse para brindar el apoyo emocional requerido y en algunos casos apoyo material concreto de cuidado, va también a abandonar a la persona mayor sumiéndola en profunda soledad y abandono. Por el contrario, una familia apoyadora, proporcionará una muy buena calidad de vida a su familiar envejecido, permitiéndole mantener sus capacidades al máximo.

En este modelo el segundo entorno, el 'meso sistema', corresponde a las interrelaciones de dos o más sistemas en que está inserta la persona mayor. Corresponde a su parte relacional, al "conjunto de interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente" (Bronfenbrenner, 1979). En el caso de la persona mayor este sistema puede estar representado por hospitalizaciones, por ejemplo, o por diferentes sistemas de cuidado, u hospitalizaciones diurnas, que pueden no estar

adecuados para la persona mayor y resultar en, mayor deterioro o depresiones, o por el contrario en buenas experiencias que lo devuelvan en mejores condiciones a su entorno inmediato. El tercer entorno, el “Exosistema” se ha difundido como “uno o dos entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo, o que se ven afectados por lo que ocurre en ese entorno” (Bronfenbrenner, 1979). Corresponde al nivel de la comunidad, la familia extendida, el trabajo. Parte de este sistema es justamente el que marca la entrada oficial a la vejez en las sociedades occidentales, la jubilación por ejemplo lo constituye un entorno que disminuye, pero puede ser contrarrestado con la comunidad cercana, con el vecindario. Para que este entorno sea un apoyo, requiere de ciertas condiciones de seguridad, desde lo arquitectónico hasta la posibilidad de desplazarse. Existiendo condiciones de seguridad básicas y grupos formados que incorporen a las personas mayores, puede constituirse en un apoyo invaluable para las personas mayores.

En este mismo modelo el macro sistema “se refiere a las correspondencias, en forma y contenido, de los sistemas de menor orden (micro, meso y exo) que existen o podrían existir, al nivel de la subcultura o de la cultura en su totalidad, junto con cualquier sistema de creencias o ideología que sustente estas correspondencias” (Bronfenbrenner, 1979).

El macro sistema es muy relevante para las personas adultas mayores porque es justamente en ese nivel que se generan los conceptos culturales peyorativos para la vejez, base de las múltiples discriminaciones que se ejercen contra ella.

Este modelo debe ser considerado por los equipos de salud ya que nos permite conocer los factores protectores y de riesgo en toda la red de la persona mayor: en el entorno inmediato y en el contexto más amplio. Conocer estas realidades puede definir situaciones cruciales como por ejemplo posibilidades de un alta anticipada entre otras.

IV. ENFOQUES DEL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR

1. Enfoque de Derechos

El tema del enfoque de derecho apunta a cómo una sociedad incorpora a todos sus miembros, sin importar sexo, raza, edad y diferencias sociales, de cómo se dignifica y se respeta los derechos humanos de cada cual y de cómo, indistintamente de las particularidades, todos contribuyen a la construcción de esa sociedad. De cómo se convoca a todos a ser parte, respetando las diferencias. Y en el caso de las personas mayores, en particular de cómo se los reconoce como sujetos plenos de derechos sin conculcar sus derechos en razón de la edad.

Naciones Unidas declara el año 1999 como el año internacional de las personas mayores bajo el lema “hacia una sociedad para todas las edades”. (UN, 1997). Este lema deja ya en claro la preocupación por la continua exclusión del cada vez mayor grupo de personas mayores. Esta preocupación está expresando la necesidad de un trato con mayor equidad.

El Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, (UN 2002) asumiendo el envejecimiento poblacional como una nueva realidad de la humanidad del siglo XXI, establece que se requieren cambios en las actitudes, en las políticas y las prácticas a todos los niveles y en todos los sectores, para que esta nueva realidad pueda plasmarse positivamente.

Así, establece que el objetivo del Plan de Acción consiste en “garantizar que en todas partes la población pueda envejecer con seguridad y dignidad y que las personas de edad puedan continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos.” El plan intenta “ofrecer un instrumento práctico para ayudar a los encargados de la formulación de políticas a considerar las prioridades básicas asociadas con el envejecimiento de los individuos y de las poblaciones.” (UN, 2002)

En esta línea, a nivel de OPS destaca la Conferencia sobre la Salud y Envejecimiento el 2002, que insta a los estados miembros a que aprovechen el impulso creado por la segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento y adopten políticas y planes nacionales para la ejecución del Plan de acción Internacional sobre el Envejecimiento y a que “aboguen por la promoción y protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas de edad avanzada” (OPS, 2002)

El concepto del paso de la asistencia a la concepción de derecho respecto a la población mayor, lo deja muy claro la CEPAL cuando en el año 2006 plantea que “el principio de la titularidad de derechos debe guiar las políticas públicas”. (Huenchuan, 2009) Esto significa que se modifica la lógica de elaboración de leyes, políticas y programas desde la visión de la existencia de personas con necesidades que deben ser asistidas, a la

visualización de sujetos con derechos que obligan al Estado y al resto de la sociedad. (Huenchuan, 2009).

La persona mayor queda así situada al centro del desarrollo y las garantías consagradas en el régimen universal de protección de los derechos humanos. (Huenchuan, 2009)

2. Enfoque de Equidad en Salud

La desigualdad sanitaria fue la fuerza impulsora del cambio de paradigma en salud expresado en la Declaración de Alma Ata (OMS, 2008) en que se establecen los valores de justicia social y derecho a una mejor salud para todos, participación y solidaridad.

Según la OMS, equidad puede ser definida como “la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidas social, económica, demográfica o geográficamente”.¹⁶ Por lo tanto es un concepto ligado a los derechos humanos y justicia social.

Amartya Sen, miembro de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, señaló que “la equidad en salud no concierne únicamente a salud, vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, prestando la debida atención al papel de salud en la vida y la libertad humana. Ciertamente la equidad en salud no trata sólo de la distribución de la salud, por no hablar del campo todavía más limitado de la distribución de la asistencia sanitaria. En efecto, la equidad en salud tiene un alcance y una relevancia enormemente amplios.” (Frenz, 2005)

Consistente con el énfasis del mensaje, que destaca la importancia de la salud para el desarrollo de una vida productiva y autónoma, pensadores como Arnand (2010) han elevado la salud a la categoría de “bien especial”, porque es un prerequisite al funcionamiento pleno de un individuo; de manera que desigualdades en el nivel de salud constituyen desigualdades en la capacidad de funcionar y así una negación de la igualdad de oportunidades. (Frenz, 2005).

Avanzar hacia la equidad en salud implica inducir cambios culturales y normativos para reducir las brechas resultantes de la estratificación social. Las acciones de salud deben estar orientadas a la minimización de las desigualdades evitables en el nivel de salud y sus determinantes, que existen entre las personas y grupos con diferente nivel de privilegio social y requiere identificar los grupos sociales y territorios excluidos. (Ministerio de Salud, 2012).

¹⁶ Definición de trabajo propuesta por el Equipo de Equidad de la Organización Mundial de la Salud. 2005. (Citado por Frenz, P. 2005)

Tal como se ha mencionado en párrafos anteriores, existe una discriminación hacia las personas mayores, la cual desde el enfoque de la equidad en salud, debe ser erradicada de la cultura, para poder apuntar a la equidad en salud sin inequidades de edad, género, grupos sociales, etc.

3. Enfoque de Determinantes Sociales

El concepto de determinantes sociales surge con fuerza en la década de los 80, como respuesta al reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad en la salud y la enfermedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos (Frenz, 2005).

De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones efectivas (Frenz, P 2005).

El año 2008 la OMS da a conocer oficialmente los resultados de la Comisión de Determinantes Sociales: Define por determinante social los determinantes estructurales y las condiciones de vida que son causa de buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país. Se trata en particular de: la distribución del poder los ingresos y los bienes y servicios; las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; sus condiciones de trabajo y ocio; y el estado de su vivienda y entorno físico". "La expresión «determinantes sociales» resume pues el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud. Las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país son cada vez más agudas. es así como por ejemplo en los países más ricos y los más pobres hay más de 40 años de diferencia en la esperanza de vida".

"Además, en todos los países, con independencia de su nivel de ingresos, hay grandes inequidades entre distintos grupos de población por lo que respecta al estado de salud. En los países de ingresos altos se observan diferencias de más de 10 años en la esperanza de vida de distintos colectivos, en función de factores como la etnicidad, el género, la situación socioeconómica o la zona geográfica". La evidencia nos dice que la esperanza de vida es mayor en las personas con mayor nivel de instrucción y con mejor ingreso (Jadue HL., 2004). Asimismo, en los países de ingresos bajos de todas las regiones, los índices de mortalidad en la niñez difieren notablemente según el nivel de riqueza de cada hogar". "Tal situación no es una fatalidad, sino más bien el síntoma de

políticas fallidas y de inequidades en las condiciones de vida, el acceso al poder y los recursos y la participación en la sociedad” (OMS, 2008)

Los determinantes sociales se entienden, entonces, como las “condiciones en las cuales transcurre la vida”, y que impactan sobre la salud. La importancia de abordar, por tanto, todas estas condiciones, y no solo la causalidad biológica de la enfermedad, radican en que se estará incidiendo en los determinantes sociales de la salud que están presentes en toda la trayectoria de vida de un individuo. Y, al mejorar estos desde los inicios de su curso de vida, se estará trabajando para un envejecimiento positivo y una mejor calidad de vida en la tercera edad.

4. Enfoque de Curso de Vida

Una perspectiva de curso de vida del envejecimiento reconoce que las personas mayores no constituyen un grupo homogéneo y que la diversidad individual tiende a aumentar con la edad. Esto se explica por un modelo que sugiere que los resultados de salud para los individuos dependen de la interacción de factores protectores y de riesgo a lo largo de su vida y que se relacionan con los determinantes sociales, psicológicos, conductuales, ambientales y biológicos, incluyendo el acceso a los servicios de salud. La influencia que el ambiente y condiciones de vida tienen sobre cada individuo, se observa ya desde el desarrollo intrauterino. Existe bastante documentación que respalda que el inicio temprano de la promoción de la salud, asegura mayores beneficios en etapas avanzadas del curso de vida.

El enfoque de curso de vida releva la perspectiva de trayectoria de vida y contexto social, siendo utilizado ampliamente para estudiar e intervenir los factores biológicos, psicológicos y sociales que se presentan en el proceso salud-enfermedad durante la gestación, niñez, adolescencia, adultez (etapa laboral) y vejez, y que pueden influir en la probabilidad que emerjan enfermedades, principalmente crónicas y mentales, y afecten el nivel de salud de las etapas posteriores de la vida (D Kuh, 1997). El objetivo es generar ambientes que apoyen y favorezcan condiciones y estilos de vida saludables (WHO, 2002).

La salud constituye un proceso dinámico que conecta los determinantes biológicos con los determinantes más amplios. Los factores biológicos son los determinantes próximos de salud y enfermedad, mientras que los determinantes más amplios de salud han sido descritos como las ‘causas de las causas’ y son dependientes de circunstancias pasadas y presentes; son las condiciones sociales, económicas y ambientales que impactan en la salud de los individuos y las poblaciones a través del curso de vida. La salud en cualquier etapa de la vida está influenciada por experiencias previas. De igual forma el deterioro de las condiciones de vida y trabajo en cualquier etapa de la vida de las personas podrá tener implicancias importantes en el futuro. (Nicolau B., 2012).

Existe amplia evidencia que indica que la salud y su distribución social deben ser estudiadas en referencia al curso de vida completo. Esto tiene que ver con el hecho que la mayoría de las enfermedades crónicas de adultos se desarrollan a través de un largo período de tiempo y tienen etiologías complejas. Esto puede reflejar exposición a una variedad de influencias biológicas, conductuales y psicológicas que ocurren durante la gestación, infancia, adolescencia, adultez joven y vida adulta (Nicolau B, 2012) y “los efectos en la salud de las desventajas socio económicas se acumulan en el curso de vida.” (Singh-Manoux Archana, 2004). Desde este escenario, la perspectiva del curso de vida repercute en las intervenciones que influyen en un mejor envejecimiento.

5. Enfoque de Género

El concepto de género ha tenido una gran cabida dentro del sistema público, al ser una arista a considerar para generar espacios y políticas más equitativas para hombres y mujeres, buscando disminuir formas de marginación, exclusión y discriminación originadas a partir de diferencias culturales conferidas a los sexos. Generar una clarificación de este concepto es clave, ya que existe una tendencia a pensar que cuando hablamos de género, estamos hablando de mujeres, tendiéndose a feminizar el género. Sobre ello, se incorporará la definición que Marta Lamas (2000) realizó, indicando que el género es “el conjunto de ideas, representaciones, prácticas y percepciones sociales que una cultura desarrolla desde la diferencia anatómica entre los sexos, para simbolizar y construir socialmente lo que es “propio” de los hombres (lo masculino) y lo que es “propio” de las mujeres (lo femenino)”. Así, es a través de esta diferencia cómo se genera una identidad de género, en donde hombres y mujeres pueden sentirse como parte de una femineidad o masculinidad como elemento diferenciador y de identificación. Se desprende que la categoría género es transversal a los cursos de vida de las personas, configurando experiencias particulares de vida.

Desde el género es posible entender que los roles, normas, características, entre otros, asignados a hombres y mujeres forman parte de construcciones culturales que han sido naturalizados y considerados como inherentes a los sexos. Dentro de los estudios de género se habla de feminidades y masculinidades para reflexionar los perfiles hegemónicos de identidad de género presentes en nuestra cultura, los cuales responden mayoritariamente a estereotipos. Por otra parte, se integran ejes como etnia, clase social, raza, edad, generando análisis más profundos de los matices socioculturales que se dan en diversos contextos sociales.

En relación a la salud, es importante considerar el género cuando se explora las causas y las consecuencias de las inequidades en salud. Sin embargo, expertos plantean que esta preocupación por la inequidad en materia de salud, “no se ha reflejado en una consideración eficaz de género” (Gita Sen, 2005).

Teniendo en cuenta las potencialidades de la categoría género, es pertinente enlazarla con el envejecimiento. Pensar el envejecimiento desde el género contribuye a un acercamiento sobre los procesos de envejecer de mujeres y de hombres, además de desmitificar la idea de la vejez como una condición asexual y sin género (Osorio, 2007). Lo anterior como un ejercicio que rompe con las estructuras rígidas de las categorías etarias, las cuales han configurado la vejez como una dimensión temporal, en un presente de vida plano, sin considerar que en ellos hay historias y cursos de vida, contextos y épocas que influyeron en sus perspectivas de vida. (Vásquez-Bronfman, 2006).

Ahora bien, durante los últimos años se ha comenzado a hablar sobre la “feminización de la vejez” para caracterizar esta tendencia demográfica presente a escala global. Los datos estadísticos avalan este fenómeno poblacional. El informe “Women, ageing and health: a framework for action” (2007) elaborado por la OMS señala que el número de mujeres en la población mundial sobre 60 años y más aumentará de 336 millones en el año 2.000 a un billón en el año 2.050 (WHO, 2007). Dentro del contexto latinoamericano, los censos de la ronda del 2000 revelan que Uruguay, Argentina y Chile tienen los índices más altos de feminidad en este grupo etario (entre 130 y 140 mujeres por cada 100 hombres) (Huenchuan, 2010) mientras la CASEN del 2011 indica que las mujeres de 60 años y más representan un total de 1.510.963, frente a los 1.127.388 que suman los hombres dentro de este rango etario (Ministerio Desarrollo Social, 2011).

La mirada demográfica ha prevalecido sobre el envejecimiento femenino, considerando a las mujeres envejecidas dentro de una problemática social que repercute en la estructura económico-social de los países, al ser las mujeres adultas mayores beneficiarias del desarrollo pero no contribuyentes a él (Huenchuan, Sandra, 2010). Si bien es cierto que las mujeres viven más que los hombres (su esperanza de vida es en promedio de cinco años más que los hombres), esto no significa que tengan una mejor calidad de vida que ellos. Los problemas surgidos a lo largo de la historia personal, como mala nutrición, embarazos con complicaciones, eventuales abortos inseguros, falta de atención de algunas enfermedades médicas, violencia intrafamiliar, problemas psicológicos no tratados (Barrantes, 2006), son algunos de los devenires que enfrentan muchas mujeres mayores, sumado a los altos índices de pobreza y paupérrimas pensiones/jubilaciones como consecuencia del trabajo no remunerado que muchas mujeres desempeñan a lo largo de su vida y a la continuidad de labores domésticas relacionadas al cuidado de familia (Gómez, 1999). Asimismo, las mujeres han presentado algunos datos epidemiológicos que las ubican en desventaja frente a los hombres, tal como la situación de dependencia, donde más mujeres que hombres son dependientes.

Desde otra mirada las investigaciones sobre el envejecimiento en hombres son escasas, al ser desplazados discursivamente por la tendencia sociodemográfica que fija su atención en el envejecimiento femenino. Sumado a ello, los hombres son conceptualizados desde su edad productiva laboral y desde su improductividad laboral en

la jubilación. Desde el área de la salud se conocen las enfermedades comunes que los afectan, teniendo en consideración que los hombres son menos longevos que las mujeres.

Poco se conoce sobre los impactos de sus cursos de vida en la vejez, ni de las percepciones e imaginarios presentes en sus procesos de envejecimiento. Por ejemplo, se sabe que los hombres llevan una vejez más solitaria debido al debilitamiento de sus redes sociales con el paso de los años (OMS, 2001), repercutiendo que muchos de ellos sean jefes de hogar a tardías edades (Vogel, 2010) (Ministerio Desarrollo Social, 2011). El envejecimiento masculino representa un importante desafío de investigación, principalmente por el importante papel de la “masculinidad” en la construcción de las expectativas de los hombres, y la relación de ello en sus procesos de envejecimiento (OMS, 2001).

Finalmente, la vejez como una categoría etaria sin género y sin un sinfín de otras particularidades culturales, esconde la multiplicidad de vivencias que configuran el ser viejo o vieja en nuestra sociedad. Tener presente los perfiles heterogéneos de la vejez significa adentrarse en una mejor comprensión del envejecimiento, entendiendo que las problemáticas que enfrenten las personas mayores serán distintas y tendrán consecuencias disímiles, siendo necesario afrontarlas y conceptualizarlas según esta idea diferenciadora de la vejez a partir del género.

6. Enfoque Intercultural

El término interculturalidad remite a la expresión “entre culturas”, no simplemente como un contacto, sino a un intercambio basado en el respeto. La interculturalidad es un proceso dinámico y permanente de comunicación y aprendizaje entre culturas y grupos con conocimientos y prácticas culturalmente distintas.

La interculturalidad en salud, se refiere a una estrategia transversal que considera, utiliza y potencia conocimientos y prácticas en torno al proceso salud-enfermedad, tanto en la medicina oficial como en las medicinas indígenas. Desde las políticas sanitarias, se propone aplicar el enfoque intercultural en las estrategias de curación, rehabilitación, prevención y promoción de la salud y se intenta facilitar el reconocimiento, el respeto, la comprensión de las diferencias culturales de los pueblos y la complementariedad de sus conocimientos y sus recursos de salud (Ministerio de Salud, 2012).

6.1 Envejecimiento y etnicidad

Es necesario precisar qué se entiende por etnia, teniendo en cuenta que este concepto es bastante amplio, por lo que no existe una única definición de ella. Dicho lo anterior, el presente apartado comprenderá la etnia como “un grupo de individuos unidos por una

compleja relación de caracteres comunes, territorio, lengua, cosmovisión, política, etc.- cuya asociación constituye un sistema propio. Dentro de esta acepción, la etnia es una comunidad unida por una cultura particular que, en un sentido lato, engloba todas las actividades materiales y no materiales, mediante las cuales se organiza la vida comunitaria” (Huenchuan, 1999). Se desprende que un grupo étnico posee formas particulares de percibir y entender el mundo, siendo las relaciones sociales distintas a las que prevalecen en las sociedades occidentales. Ello no sólo implica maneras distintas de concebir el cosmos, la naturaleza o las tradiciones, ya que también se extrapola a las posiciones que tienen hombres y mujeres dentro del grupo sociocultural. Desde esta perspectiva, en países donde se vive la multiculturalidad se hace necesario mirar a los pueblos originarios y conocer desde ellos cómo se ha vivenciado el envejecimiento, comenzando por reconocer qué significa en sus contextos ser una persona mayor.

De esta forma, se vislumbra que es necesario superar las estigmatizaciones de la sociedad mayoritaria (occidental – urbana) donde lo indígena tiene una connotación inferior y/o una sobrevaloración cultural. Una de las formas en que es posible revertir esto es reconocer la cosmovisión de los pueblos originarios y tener en cuenta nuestros contextos latinoamericanos de interculturalidad. Países como Ecuador, Venezuela, Bolivia, se han establecido constitucionalmente como estados plurinacionales, integrando diversas realidades en la construcción de políticas públicas nacionales. Por otra parte, el Convenio 169 de la OIT y la “Declaración de los pueblos indígenas de las Naciones Unidas” (2009), a los que Chile se suscribe, promueven la defensa de los derechos de personas pertenecientes a grupos étnicos, incentivando la integración de sus perspectivas culturales en los planes de gobierno.

Se puede enunciar que los roles sociales de la vejez en grupos étnicos están determinados por una cultura donde se valora la ancianidad como una etapa importante en la vida de un hombre o mujer. No obstante, los cambios que se están produciendo al interior de los grupos étnicos, producto de los procesos de modernización y globalización, están marcando nuevos tipos de relaciones sociales y de construcción de las diferencias generacionales, todos elementos que se deben tener en cuenta al momento de diseñar políticas para el adulto mayor.

6.2 Envejecimiento y ruralidad

De la mano con la etnicidad, la ruralidad constituye otra realidad cultural que genera diversas perspectivas de vida sobre el envejecer. Si bien se puede decir que una gran población indígena reside en zonas rurales, no se puede afirmar que todas las personas que vivan en estas áreas pertenezcan a grupos étnicos. Según el censo del 2012¹⁷, hay 275.860 personas de 60 años o más dentro de la población chilena que vive en zonas

¹⁷ Datos obtenidos del Censo 2012, utilizados únicamente como referencia.

rurales, representando un 12,7% de dicha población. En términos generales, la ruralidad no debe entenderse como lo no-urbano (carencia de servicios médicos, asistenciales, u otros), sino más bien como una forma de cultura y de relaciones sociales particulares.

Debido a que los usos del término “rural” varían significativamente, es que se entenderá la ruralidad de acuerdo a los siguientes parámetros, a saber, como los espacios marcados por una densidad relativamente débil de habitantes y de construcciones, determinando un predominio de paisajes vegetales; uso económico del suelo de preponderancia agro-silvo-pastoril; modo de vida de sus habitantes marcado por su pertenencia a colectividades de tamaño limitado, en las que existe un estrecho conocimiento personal y fuertes lazos sociales; y por último una especial relación que los habitantes mantienen con el espacio, favoreciendo un entendimiento directo y vivencial del medio ecológico. Sumado a lo anterior, existe una percepción del tiempo de carácter cíclico, lo cual dota al adulto/a mayor de un conjunto de saberes relacionados a la naturaleza (Huenchuan, Sandra, 1999).

Las pautas sociales y económicas que se dan al estar inserto en un medio rural resultan muy distintas a las de un medio urbano, en gran medida, por las diferenciaciones en las actividades productivas y proyecciones personales/familiares. Las actividades de la vejez rural tradicional se encuentran ligadas a los cultivos y crianza de animales para el autoconsumo; a las tradiciones de la organización familiar y comunal de las personas mayores; a las lógicas de subsistencia donde cada miembro de la familia contribuye al ingreso familiar; y a las resoluciones de las necesidades más comunes de la unidad doméstica. Por otra parte, los/as adultos/as mayores no sólo cumplen con la función de capitalizadores del conocimiento agrícola, sino también de la experiencia colectiva, elementos de filiación e identificación familiar. Lo anterior da cuenta de que lo que se vive cotidianamente desde la ruralidad engloba al trabajo mismo, de lo cual se desprende que el trabajo en sí nunca ha empezado o ha terminado: es parte presencial e inherente del día a día mismo. Por ello, es que términos como ‘jubilación’ no logran irrumpir con la cotidianidad misma, sino más bien sucesos tales como la viudez, pérdida de familiares o cercanos, cambios/desastres ecológicos que afecten entornos próximos, entre otros. Así el retiro de la actividad productiva se establece hasta el límite de las capacidades y habilidades físicas, la mayor de las veces sin esquemas de jubilación o sistema de pensiones (Reyes & Villasana,(2006)

Finalmente, es posible enunciar que al ser la urbe el foco de desarrollo y progreso actual, se tiende a equiparar las proyecciones y expectativas de vida de la población rural a las de la población urbana, particularmente el envejecimiento, al conceptualizarse como un problema urbano, originado con la industrialización de la sociedad occidental. En este sentido, resulta imperante comprender que la multiplicidad de experiencias en distintos contextos culturales-ambientales, generan determinadas formas de percibir el curso de vida. Así, lo que se vive en el mundo rural pone sobre el tapete las distintas formas y posibilidades de pensar, mirar y construir la vejez.

CAPÍTULO III

BORRADOR

MARCO LEGAL

I. MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL

La OMS comenzó a preocuparse de los diversos problemas de la vejez en la década de los 50. “Las actividades emprendidas por la OMS corresponden a varios campos de la sanidad relacionados directamente con la vejez, tales como la organización de servicios de asistencia médica, la enseñanza y formación profesional en asistencia geriátrica, y la protección sanitaria, la salud mental, la nutrición, la vivienda y la rehabilitación de las personas de edad avanzada”¹⁸ (OMS, 1974).

Por su lado, la ONU, en 1978, dirige una de las primeras acciones específicas hacia las personas mayores cuando por resolución 33/52 se decide convocar a la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en julio-agosto 1982, en Viena, Austria, donde se adopta el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento.

El propósito de la Asamblea Mundial fue establecer un foro “para iniciar un programa internacional de acción encaminado a garantizar la seguridad económica y social de las personas de edad, así como oportunidades para que esas personas contribuyeran al desarrollo de sus países”. Se plantea que como resultado de la Asamblea Mundial “las sociedades reaccionen más plenamente ante las consecuencias socioeconómicas del envejecimiento de las poblaciones y ante las necesidades especiales de las personas de edad”, (Naciones Unidas, 1983).

Las metas principales del Plan de Acción Internacional de Viena (1982) son: “fortalecer la capacidad de los países para abordar de manera efectiva el envejecimiento de su población y atender a las preocupaciones y necesidades especiales de las personas de más edad, y fomentar una respuesta internacional adecuada a los problemas del

¹⁸ En 1955, el Comité Regional de la OMS para Europa examina los cambios que el envejecimiento de las poblaciones obliga a introducir en los servicios de salud.

En 1958 la Oficina Regional de la OMS para Europa convoca un grupo consultivo sobre aspectos sanitarios del envejecimiento de la población.

En 1963 la Oficina Regional de la OMS patrocina un Seminario sobre la protección sanitaria de las personas de edad avanzada y de los ancianos y sobre la prevención del envejecimiento prematuro.

En 1958 OMS convoca un Comité de Expertos sobre Problemas de Salud Mental del Envejecimiento y la Vejez que prestó especial atención a la organización de servicios de salud mental como parte de un programa completo de asistencia geriátrica. En 1970 se reúne un Grupo Científico de la OMS sobre Psicogeriatría.

En 1961, el Comité de Expertos de la OMS en Higiene de la Vivienda incluye en sus debates los requerimientos especiales de las personas de edad avanzada, en relación con la vivienda.

En 1959, OMS examina el problema de la nutrición de los viejos en un Simposio Europeo OMS/FAO sobre Enseñanza y Formación Profesional en Nutrición

En 1968 la OMS envía un cuestionario a los Estados Miembros en el que se les pide información acerca de los datos disponibles sobre servicios e instalaciones para los ancianos.

Desde 1964 la OMS ha organizado en diversos países europeos varios cursos de formación en geriatría y en los aspectos médicos de la asistencia a las personas de edad avanzada. La Oficina Regional de la OMS para Europa convoca en 1973 un grupo de trabajo sobre enseñanza y formación profesional en asistencia geriátrica y de largo plazo.

envejecimiento mediante medidas para el establecimiento del nuevo orden económico internacional y el aumento de las actividades internacionales de cooperación técnica, en particular entre los propios países en desarrollo” (Naciones Unidas, 1983).

Como una actividad de seguimiento de la Primera Asamblea Mundial, el 16 de diciembre de 1991, la Asamblea General de las NU promulgó los Principios de las UN a favor de las personas de edad (Resolución 46/91) (Martínez Santillán, 2000). En que alienta a los gobiernos a que introduzcan lo antes posible los siguientes principios en sus programas nacionales: **Independencia, Participación, Cuidados, Autorrealización y Dignidad.**

En 1992, con motivo de la celebración del décimo aniversario de la adopción del Plan de Acción Internacional de Viena, la Asamblea General adopta cuatro objetivos globales sobre el envejecimiento para el año 2001 y una guía para establecer los objetivos nacionales donde pide encarecidamente el apoyo de iniciativas nacionales sobre el envejecimiento de manera que las mujeres de edad avanzada reciban el apoyo adecuado por la contribución, aún no reconocida, que han prestado a la sociedad y que se aliente a los hombres de edad avanzada a desarrollar aquellas capacidades sociales, culturales y emocionales que puedan no haber potenciado durante los años de sostén de la familia (ONU, 2001).

En 1999 se decreta el Año Internacional de las Personas de Edad, como una forma de promover el entendimiento y la promulgación de los Principios, bajo el lema central: “Por una Sociedad para Todas las Edades”. Esta sociedad para todas las edades debe asentarse en cuatro dimensiones: desarrollo individual durante toda la vida, las relaciones multigeneracionales, la relación mutua entre el envejecimiento de la población y el desarrollo. Se plantea que si la salud de las personas mayores se basa en la manutención de la capacidad de funcionar (PAHO, 1982), el objetivo del sistema del cuidado de la salud debería ser habilitar un gran número de personas mayores para que permanezcan parte de su comunidad, gozando de una buena calidad de vida por el mayor tiempo posible. Promover una larga vida con buena salud incluye prevenir, dilatar o mitigar los problemas que puedan afectar la capacidad de funcionar independientemente, además de crear programas de apoyo. Se resalta también, el mayor énfasis en atención primaria, adecuadamente coordinada con el resto del sistema de salud. Además el documento resalta la necesidad de explorar mecanismos para asegurar complementariedad entre iniciativas de salud y las acciones de otros servicios sociales. De hecho las barreras tradicionales entre los sectores sociales resultan en prácticas segmentadas, que impiden el logro de cuidado integral creando confusión entre las personas mayores (CEPAL, 1997).

En el año 2002 se realiza la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en Madrid, donde se adopta el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento.

Las Recomendaciones para la adopción de medidas se agrupan en tres orientaciones prioritarias:

- Las personas de edad y el desarrollo.
- El fomento de la salud y el bienestar en la vejez.
- Creación de un entorno propicio y favorable.

Dentro de la orientación de salud se destacan los siguientes temas:

- Cuestión 1: El fomento de la salud y el bienestar durante toda la vida.
- Cuestión 2: Acceso universal y equitativo a los servicios de atención de la salud.
- Cuestión 3: Las personas de edad y el VIH/SIDA.
- Cuestión 4: Capacitación de los proveedores de servicios de salud y de los profesionales de la salud.
- Cuestión 5: Necesidades relacionadas con la salud mental de las personas de edad.
- Cuestión 6: las personas de edad con discapacidad.

A nivel de OPS la Conferencia sobre la Salud y Envejecimiento (2002) insta a los estados miembros a que:

- a) Aprovechen el impulso creado por la segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, adopten políticas y planes nacionales para la ejecución del Plan de acción Internacional sobre el Envejecimiento y presten apoyo adecuado para la ejecución de sus ámbitos prioritarios.
- b) Aboguen por la promoción y protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas de edad avanzada; adopten las prioridades de promoción de la salud apropiadas para las personas adultas mayores y fijen metas específicas por género y etnia y estrategias de vigilancia en las áreas de salud nutricional, actividad física, lesiones no intencionales y prevención de las caídas, salud mental y prevención de las agresiones a personas mayores.
- c) Se comprometan a incrementar el acceso de las personas de edad, especialmente las de pocos recursos, a la atención de salud adecuada a cada edad, los medicamentos y las vacunas esenciales, de acuerdo con el principio de equidad.
- d) Promuevan iniciativas para ofrecer opciones de atención comunitaria a largo plazo (incluidas las viviendas adaptadas y las residencias asistidas) y reglamenten la prestación de asistencia en dichos entornos.
- e) Estimulen la investigación para la vigilancia y evaluación de la eficacia de los programas.
- f) Elaboren un plan para el adiestramiento universitario y de postgrado de los trabajadores de atención primaria y otros profesionales de la salud en los

fundamentos de la promoción de la salud, los aspectos básicos de la atención sanitaria adecuada a las personas mayores y de la medicina geriátrica.

La OPS (2009) elabora el Plan de Acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable. En este plan se abordan las necesidades de salud cada vez mayores de la población que está envejeciendo rápidamente en América Latina y el Caribe. Se insta a los Estados Miembros de la OPS y a los organismos de cooperación internacional a que se centren en mejorar las políticas públicas que afectan la salud de las personas mayores, equipando a los sistemas de salud y capacitando a los recursos humanos para satisfacer sus necesidades especiales y mejorando las capacidades de los países de generar la información necesaria a fin de apoyar y evaluar las medidas emprendidas en este sentido.

Este plan de acción se basará en:

- Una estrategia y plan de acción sobre la salud mental. En el plan se observa que en América Latina y el Caribe entre 37 y 71% de las personas no están obteniendo el tratamiento que necesitan para los problemas de salud mental que abarcan desde la depresión grave hasta la dependencia del alcohol. En el plan se insta a los países a otorgar una prioridad mayor a la salud mental en sus políticas sanitarias nacionales y a promover el acceso universal a los servicios de salud mental para toda la población.
- Un enfoque de "salud familiar y comunitaria" de la salud pública. Requiere que haya políticas y programas que promuevan comportamientos saludables y reduzcan los riesgos y la exposición al daño de las comunidades, las familias y las personas; que garanticen el acceso igualitario a los servicios de salud de calidad basados en la atención primaria de salud; que creen alianzas y redes en todos los sectores para garantizar que la salud esté presente "en todas las políticas"; y que promuevan la participación comunitaria en el mejoramiento de la salud.

Se puede concluir que hay una larga historia de estudio, trabajo con expertos y acuerdos, que apuntan a una preocupación internacional por velar por el bienestar de las personas mayores a nivel mundial, en las diferentes realidades de los países. Todo esto a raíz del envejecimiento poblacional mundial.

II. MARCO JURÍDICO NACIONAL

En el marco de antecedentes jurídicos que hemos expuesto anteriormente comienzan a producirse cambios en las políticas destinadas a las personas mayores en Chile, desde prácticas asistenciales a un reconocimiento de derechos.

En Chile se ha velado por otorgar más garantías sociales, económicas, de salud, culturales, de transporte, entre otros, a las personas mayores. A continuación se presentan algunas de las normativas, marcos y proyectos de ley que definen las principales iniciativas a favor de las personas mayores del país.

1. Pensión de vejez (DL 3500, modificado por última vez en julio de 2007).

Las primeras iniciativas legales fueron la regulación de la jubilación por vejez y el sistema de pensiones.

La Pensión de Vejez es un beneficio previsional consagrado en el decreto ley 3500, del año 1980, y que da como derecho a los afiliados al sistema el tener una pensión una vez cumplidos los 65 años, para los hombres, y los 60 años para las mujeres.

2. Leyes que crean Comité Nacional y Comités Regionales para la Persona Mayor (1995-1997).

Es la primera ley orientada a establecer un órgano que diseñe políticas y planes dirigidos específicamente a las personas mayores en el país, cuyo objetivo es integrar a diversos actores de las áreas de planificación, salud, vivienda, educación, trabajo y otros, con el fin de articular iniciativas a favor de las personas mayores de nuestro país.

Mediante el Decreto Nº 203 de 1995, se crea el Comité para la Persona Mayor como órgano asesor del Presidente de la República en la implementación de las políticas, planes y programas propuestos por la Comisión Nacional para la Persona Mayor (Decreto Nº 203, Noviembre de 1995). Al formarse la Comisión Nacional para el Adulto Mayor en 1995, se crean nuevas condiciones para la formulación de una política social dirigida a este sector de la población. Ese mismo año se publica el Informe de la Comisión Nacional del Adulto Mayor, (1995). Este Informe sienta las bases para que el año 1996 se formule la Política Nacional para el Adulto Mayor (Comisión Nacional del Adulto Mayor, 1996).

La política nacional para el adulto mayor pone al centro de su quehacer el cambio cultural en torno a las personas mayores. El primer objetivo específico está dirigido a: Fomentar la participación social de la persona mayor, en todos los ámbitos y además propiciando la relación intergeneracional.

Con el fin de contar con una estructura regional que favorezca la puesta en marcha, en todo el territorio nacional, de las acciones y propuestas contenidas en la Política Nacional para el Adulto Mayor, se crean los Comités Regionales para el Adulto Mayor, como órganos asesores del Intendente en la promoción y aplicación, a nivel regional, de los planes y programas que beneficien a las personas mayores (Decreto Nº 9, 1997).

3. Ley que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor. Ley Nº 19.828, (2002).

Se determina la creación de un Servicio Nacional del Adulto Mayor, a través de la Ley 19.828, promulgada en septiembre de 2002, que se centra en reglamentar la organización del Servicio. También se incluyen en la ley principios que tienen relación con las funciones de esta figura institucional.

En el artículo 1º, la ley establece que el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) “velará por la plena integración del adulto mayor a la sociedad, su protección ante el abandono e indigencia, y el ejercicio de los derechos que la Constitución de la República y las leyes le reconocen”, siguiendo así lo planteado por los organismos internacionales respecto de la participación y cuidados de las personas mayores.

Dentro de las funciones está el hacerse cargo de las políticas e iniciativas que surjan en torno a las personas mayores del país. También el de realizar programas de capacitación y difusión, así como estudios diagnósticos que permitan planificar las nuevas intervenciones. Por otra parte, se establece la función de vincularse con organismos nacionales e internacionales, mediante convenios o contratos, e incentivar la descentralización de las políticas sociales a favor de las personas mayores.

4. Ley de violencia intrafamiliar (Ley Nº 20.066)

Al acercarse al tema de los derechos fundamentales de las personas mayores, es posible ver que la mayoría de las veces los malos tratos, abandono y abuso surgen de su propia familia o de quienes viven con ellos.

Esta ley (promulgada el 2005 y modificada en 2010) tiene por objeto prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar, así como otorgar protección a las víctimas de la misma,

poniendo especial énfasis en la protección de las mujeres, las personas mayores y los niños.

La violencia intrafamiliar se define por ley como “todo maltrato que afecte la vida o la integridad física o psíquica de quien tenga o haya tenido la calidad de cónyuge del ofensor o una relación de convivencia con él; o sea pariente por consanguinidad o por afinidad en toda la línea recta o en la colateral hasta el tercer grado inclusive, del ofensor o de su cónyuge o de su actual conviviente. También habrá violencia intrafamiliar cuando la conducta referida en el inciso precedente ocurra entre los padres de un hijo común, o recaiga sobre dependencia de cualquiera de los integrantes del grupo familiar” (Artículo 5º).

En la última modificación a esta ley se incorporó expresamente a las personas mayores en esta definición, lo que constituye un avance en el reconocimiento de este grupo como vulnerable y por tanto prioritario en la prevención y sanción del maltrato y la violencia al interior de la familia.

En el artículo 7º, que refiere a situaciones de riesgo, se establece que “se considerará especialmente como situación de riesgo inminente el hecho de que una persona mayor, dueño o poseedor, a cualquier título, de un inmueble que ocupa para residir, sea expulsado de él, relegado a sectores secundarios o se le restrinja o limite su desplazamiento al interior de ese bien raíz, por algunos de los parientes señalados en el artículo 5º”. Esto da respuesta en parte a una demanda ciudadana sobre el maltrato patrimonial.

5. Garantías explícitas en salud

La reforma de Salud del 2005, sus leyes de Autoridad Sanitaria y Garantías Explícitas en Salud, han procurado adecuar el actual sistema de condiciones demográficas y epidemiológicas, promoviendo y cautelando los derechos de las personas, para dar respuesta a las necesidades asistenciales y promover una salud más equitativa. En el ámbito de la salud de las personas mayores, la reforma del sistema público chileno, basa su prioridad en ciertas patologías que se incluyen en una lista de Garantías Explícitas en salud (GES). Estas garantías se definen en el decreto N°228 de 2005, publicado en el Diario Oficial el 30 de Enero de 2006 y vigente desde 1 de Julio de 2006.

III. ASPECTOS ÉTICOS EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS MAYORES

En la atención médica de las personas mayores se presentan una variedad de problemas éticos, que hacen necesario manejar de forma apropiada la relación profesional con el paciente mayor. Para ello, es importante conocer algunos conceptos referentes al bienestar de estas personas, los cuales deben ser tomados en cuenta en la intervención ética de salud.

1. Esferas del reconocimiento para la calidad de vida de las personas adultas mayores

Según Honneth, la calidad de vida de las personas mayores se juega en tres ámbitos, llamados “esferas del reconocimiento”: (Honneth, 2011).

1. La esfera del amor y amistad, que surge de la naturaleza afectiva del ser humano como un ser necesitado de afecto.
2. La esfera del derecho, que se refiere al reconocimiento de los derechos y el respeto de la persona como ser autónomo.
3. La esfera de la solidaridad, que corresponde a la valoración social de las capacidades y características del individuo, como miembro que contribuye a la sociedad.

La forma como se desarrollen estas tres esferas en la vida diaria de las personas mayores, determina en parte, el modo como se va constituyendo su identidad y su rol social.

Toda forma de maltrato y violación de la integridad física y psíquica de las personas mayores, constituye un desprecio en la esfera del amor y amistad. Así también, el abandono de las personas mayores en asilos de ancianos muchas veces debilita o destruye los vínculos afectivos familiares (Ayres Carvalho-Mesquita, 2002).

En este sentido, la autonomía significa auto determinación y auto dirección sin coerción o control externo. La edad no es criterio para restringir la auto determinación o la toma de decisiones en asuntos de salud. Para poder considerar válida la decisión de una persona mayor, desde una perspectiva de ética y de derechos, se debe analizar la capacidad de esta persona para recibir la información que necesita para tomar una decisión, su capacidad para hacer un juicio y para tomar su decisión sin coerción o control externo (OPS, 2009).

Toda forma de exclusión de la persona mayor en la toma de decisiones relacionadas con su salud, demuestra desprecio en la esfera del derecho. Pensar en la persona mayor como objeto de cuidados, sin considerarlo en la toma de decisiones, puede ir en contra de su reconocimiento como sujeto de derechos, ya que niega su autovalencia, incluso antes de que la haya perdido (Ayres Carvalho-Mesquita, 2002).

Toda forma de humillación, ofensa o menosprecio menciona desprecio en la esfera de la solidaridad, en tanto en ella no se les reconoce su contribución a la sociedad. No reconocer el aporte generacional de las personas mayores y el aporte como persona mayor a la comunidad, es tanto como declararlo prescindible y otra forma de agravio moral (Ayres Carvalho-Mesquita, 2002).

El maltrato, como acción u omisión que daña a una persona mayor y que vulnera el respeto a su dignidad y el ejercicio de sus derechos como persona, puede presentarse bajo diversas formas, por ejemplo, como maltrato físico o psicológico, como abuso patrimonial o sexual o bien como negligencia o abandono. Esto atenta contra las tres esferas del reconocimiento, el amor, el derecho a ser respetado y la valoración de las personas mayores.

Si bien en Chile aún no hay suficientes estudios sobre su prevalencia, las estimaciones coinciden con aquellas arrojadas por estudios latinoamericanos que revelan cifras de maltrato por sobre el 30% (SENAMA, 2009). Por lo anterior, es fundamental considerar estas tres esferas en toda intervención destinada a las personas mayores: atendiendo a sus necesidades afectivas, detectando precozmente y evitando toda forma de maltrato, respetando sus derechos y autonomía en la toma de decisiones y relevando su rol en la sociedad actual.

2. Estereotipos sociales asociados al envejecimiento

Las expectativas sociales que se asocian a los diferentes grupos de edad influyen en las conductas de sus miembros, distinguiendo entre lo que son comportamientos esperables y adecuados a ciertas edades, de las que no lo son.

Estas atribuciones sociales han ido cambiando a lo largo del tiempo y en las diferentes culturas. Es así como en culturas antiguas o tradicionales, las personas mayores eran percibidas socialmente de manera distinta a como son percibidas hoy. Mientras hoy se aprecia el ideal de vitalidad, y por ende de juventud, antaño ocupaba un lugar más importante la ancianidad, por su experiencia y sabiduría. En la sociedad actual (principalmente las sociedades occidentales) las visiones sobre la vejez tienden más bien a estereotipos con cargas negativas, haciendo hincapié en los defectos de una larga edad más que en sus bondades. La tendencia es percibir la vejez como una etapa en la que se

pierden los atributos positivos de la vida. Y de intencional o no, es la imagen mayormente divulgada en la sociedad occidental actual.

Esta percepción social, que si bien no siempre es reflejo de la realidad (a veces altamente alejado), queda en evidencia en dos recientes encuestas nacionales diseñadas para conocer opiniones, expectativas y evaluaciones de la población chilena sobre la inclusión y exclusión social de las personas mayores, aplicadas en 2008 y 2010. En ellas, el 65,7% de los encuestados, compuesto por una población de 18 años y más, opinó que la mayoría de las personas adultas mayores no puede valerse por sí misma. Este porcentaje aumentó a 73,8% en la encuesta realizada en 2010 (Universidad de Chile; SENAMA, 2011). Las cifras llaman la atención pues, según registros del DEIS del año 2011, la mayoría de las personas mayores (69%) son autovalentes.

Un rol importante en esta visión de la vejez, lo ocupan los medios de comunicación, mostrando imágenes ambivalentes, en las que, o bien se representa a las personas mayores desde su condición de marginalidad y dependencia, o, por el contrario, como personas exitosas, cuyo éxito radica justamente en mantener una imagen joven, no una que envejece. De una u otra forma, se divulga la posibilidad de vencer y superar la situación de vejez, a pesar de los años. En este sentido, su valor no radica en ser adultos mayores con buena calidad de vida, sino con asemejarse lo más posible a personas jóvenes.

El principal problema de estos estereotipos sociales es que impactan en el envejecimiento y calidad de vida de las personas mayores; muchas veces pueden hacer que el personal sanitario y las mismas personas mayores acepten condiciones que no son necesariamente acordes a la realidad, por ejemplo, asumiendo dolencias como normales para la edad, lo que puede llevar a un descuido en los tratamientos.

Las atribuciones asociadas a la vejez también pueden jugar una importante función restrictiva, haciendo que las personas mayores adopten los comportamientos que se les atribuyen a su edad, restringiendo sus verdaderas capacidades, lo que termina por confirmar estos estereotipos. Basado en lo anterior, es fundamental relevar el valor de las personas mayores en la sociedad, potenciar su funcionalidad y su capacidad de decisión, contribuyendo a mejorar la visión social de la vejez, tan desvalorizada en estos tiempos.

Es imprescindible destacar que no es sólo la edad la que determina el comportamiento de las personas, sino también su individualidad, que es especialmente distintiva en este grupo. En parte, esto tiene relación con el aumento de las diferencias entre los individuos que se da a lo largo del curso de la vida. Los niños menores de un año se parecen más entre sí que las personas mayores de un mismo rango de edad, donde es posible observar a algunos gozando “sus años dorados”, mientras que otros pueden encontrarse en una condición de dependencia por alguna discapacidad o marginación social.

Este carácter diferencial del envejecimiento, es cada vez más notorio en la sociedad contemporánea, y permite darse cuenta que es posible mantener un estado de salud óptima, si es que se adoptan desde la juventud, estilos de vida saludables y se manejan en forma oportuna los factores de riesgo de pérdida de la salud.

3. Atención de las personas mayores al final de la vida

El objetivo de la medicina no es solamente curar, sino ante todo, cuidar la salud y el bienestar del paciente. Es por ello que en la última década se ha puesto mayor atención en la promoción y la prevención de salud.

La atención de las personas mayores al final de la vida requiere un abordaje activo y compasivo, que provea confortación y apoyo a la persona que vive con una enfermedad crónica progresiva que es terminal, que por definición es aquella enfermedad irreversible que lleva a la persona a la muerte (OPS, 2009).

Esta atención puede incluir apoyo nutricional, control del dolor, apoyo en el cuidado personal y educación a los cuidadores (OPS, 2009). En este sentido, el cuidado no es solo biomédico sino biopsicosocial e integral, y con enfoque no solo hacia el paciente sino también a su entorno más cercano.

La persona mayor necesita un cuidador/a sensible a sus necesidades, que respete sus valores espirituales y que apoye a su familia durante la enfermedad y el período de duelo. (OPS, 2009). De ahí que la atención entregada debe comprender aspectos integrales de cuidado a la persona mayor y su entorno, y en un marco de ética.

Cada persona enfrenta el final de su vida de forma distinta, y debe respetarse cada una de ellas sin imponer una por sobre otra. Es importante aconsejar que las personas mayores conversen con sus familiares sobre el tipo de atención que les gustaría recibir para un buen morir, y la calidad de vida que esperan tener hasta el final (OPS, 2009).

En este proceso, se hacen corresponsables tanto la persona mayor, como los familiares y el personal de salud. Todas estas partes contribuyen a recibir una mejor o peor atención. De ahí la importancia de actuar éticamente.

IV. VISIÓN, MISIÓN, PROPÓSITO OBJETIVOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

1. Visión

Chile, un país donde las personas adultas mayores cuentan con un programa de salud integral en que a través de acciones de fomento de la integración social, promoción de la salud, prevención de la dependencia y enfermedad se contribuye al envejecimiento activo y saludable, en el marco de un enfoque de derechos, determinantes y género.

2. Misión

Desarrollar e implementar el programa nacional de las personas adultas mayores, contribuir al desarrollo y mejoría de la calidad de vida de las personas mayores del país, para que permanezcan autónomas y autovalentes por el mayor tiempo posible, resolviendo sus problemas de salud con una atención de calidad, óptima, eficaz y eficiente en la red asistencial.

3. Propósito

Contar con un programa de atención de salud integral de calidad para las personas adultas mayores, que promueva el envejecimiento y la calidad de vida saludable, a través de acciones en los diferentes niveles de la red asistencial.

4. Objetivo general Desarrollar un Programa Nacional de Salud de Personas Adultas Mayores, de carácter integral e integrado, que contribuya a mejorar la autonomía, autovalencia y prevenir la dependencia en personas adultas mayores enfatizando la calidad de la atención, con un enfoque de derechos, género y pertinencia cultural, considerando el modelo de atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario y el modelo de determinantes sociales de la salud, con relevancia nacional e internacional.

5. Objetivos específicos

1.-Abogar por que en el más alto nivel de la agenda política se visibilicen los requerimientos y necesidades de las personas adultas mayores en el desarrollo de políticas, planes y programas de todos los sectores públicos y privados, que favorezcan su salud integral, calidad de vida y participación social.

- Constituir alianzas estratégicas con los sectores e instancias del ámbito público y privado que favorezcan la salud integral de las personas adultas mayores, su calidad de vida y participación social.

- Participación de las personas mayores y fortalecimiento de las redes sociales.

2.- Establecer alianzas intra e intersectoriales para desarrollar estrategias de comunicación social que favorezcan la construcción de entornos de apoyo, que promuevan comportamientos saludables en esta población, a nivel nacional y regional, facilitando el desarrollo conjunto de estrategias que promuevan un envejecimiento activo y saludable.

- Gestionar programas de Comunicación social con contenidos de promoción de envejecimiento saludable y buenas prácticas de cuidados de las personas mayores.
- Elaborar y mantener actualizada espacio virtual del Programa en pág. web del MINSAL, SEREMI y Servicio de Salud.
- Potenciar y difundir desarrollo de experiencias exitosas y/o iniciativas de buenas prácticas en el trabajo con personas mayores, vinculadas a su desarrollo integral.

3.- Establecer el marco regulatorio técnico, administrativo, jurídico y operacional, vinculado a las áreas programáticas priorizadas, para la atención de las personas adultas mayores.

- Relevar y transversalizar el tema del envejecimiento saludable en las áreas de: promoción de la salud, salud mental, salud nutricional, discapacidad, enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades oncológicas y salud odontológica, entre otras.
- Diseñar, editar y publicar normas técnicas, guías clínicas, orientaciones técnicas y documentos regulatorios referentes a los temas relacionados con la salud de personas mayores para estandarizar procesos de atención.
- Mantener coordinación constante con referentes de Subsecretaría de redes asistenciales para trabajar en la implementación de los documentos regulatorios y orientadores.
- Diseñar y coordinar con referentes de Subsecretaría de redes asistenciales plan de trabajo para la implementación de los documentos regulatorios y orientadores.

4.- Organizar la oferta de servicios del sistema de salud, sobre la base del modelo de atención integral de la persona mayor, asegurando calidad en los distintos niveles de atención, de manera que respondan de manera integral e integrada a las necesidades de las personas adultas mayores.

- Contar con prestaciones de salud de calidad, integral e integrada para la atención de las personas mayores.
- Definir el conjunto de prestaciones de atención en promoción, prevención,

tratamiento y rehabilitación en los niveles de atención de la red asistencial, de acuerdo a las áreas temáticas priorizadas por el programa.

- Definir un plan de acción de cierre de brechas de acceso, en el nivel primario, secundario y terciario de salud.
- Implementar nuevo proceso de atención de la persona adulta mayor en la red asistencial, según orientación técnica.
- Colaborar en los procesos de referencia y contrarreferencia para la atención integral de la persona adulta mayor en la red asistencial procurando continuidad de los cuidados y oportunidad de la atención en salud, de acuerdo a la normativa vigente y a los principios orientadores del programa de salud de la persona adulta mayor.
- Diseñar e implementar sistema de evaluación y monitoreo de calidad de la atención de salud para la persona adulta mayor.
- Definir plan de asesorías técnicas regionales para seguimiento de la implementación orientaciones del programa (Presenciales, videoconferencias, jornadas macro regionales, otras)

5.- Desarrollar estrategias de promoción y prevención orientadas a fomentar factores protectores que contribuyan al desarrollo integral de las personas mayores, con intervenciones basadas en la familia y la comunidad.

- Fortalecer las intervenciones comunitarias que promuevan la participación y la integración de las personas mayores en la comunidad.
- Impulsar programa de apoyo a cuidadores de personas mayores dependientes.
- Impulsar y apoyar la realización de programas para población de personas mayores preferentemente vulnerable y/o en riesgo, a través de actividades comunales con el propósito de promover la salud en forma integral.
- Gestionar el desarrollo de estrategias intersectoriales para favorecer la Participación de las personas mayores y fortalecimiento de las redes sociales.

6.- Contar con recursos humanos con competencias y habilidades, que respondan a las necesidades y características de la población adulta mayor.

- Contar con el desarrollo de equipos de salud interdisciplinarios, comprometidos y capacitados en la entrega de atención de salud integral a las personas mayores, que respondan a las necesidades y características de esta población.
- Definir perfil de competencias y habilidades técnicas para profesionales que brindan atención a población de personas adultas mayores y sus familias.
- Definir un plan de cierre de brechas de recursos humanos, en el nivel primario, secundario y terciario de salud, capacitados en la atención integral de personas adultas mayores en Chile.
- Recomendación continúa a los centros formadores de pre y postgrado, la

incorporación en mallas curriculares de carreras de ciencias de la salud y afines, contenidos en salud integral de las personas mayores.

- Desarrollar un programa de formación continua en modalidad virtual y/o presencial de profesionales que atienden personas adultas mayores en los tres niveles de atención, fortaleciendo el Programa existente.

7. Fortalecer el sistema de información en salud de las personas adultas mayores, generando información de calidad en los distintos niveles, que permita facilitar la toma de decisiones, el monitoreo y la evaluación de las respuestas institucionales.

- Establecer un plan de evaluación, monitoreo y mejora continua del Programa nacional de salud de las personas mayores.
- Alinear la información de los registros requeridos por el Programa Nacional de Salud de la Personas Adultas Mayores, con el sistema de información institucional de salud actual, que permita generar información de calidad sobre la salud de las personas de 65 años y más.
- Mantener actualizado el diagnóstico epidemiológico nacional, regional y por SS de las personas adultas mayores del país.
- Desarrollar estudios que permitan conocer el impacto de la implementación del proceso de atención de la persona adulta mayor en la red asistencial.

8.- Desarrollar un plan de soporte financiero sustentable que permita la implementación del Programa Nacional de Salud de las Personas Mayores, realizando anualmente evaluación de logro de resultados comprometidos.

- Desarrollar aporte financiero consistente y permanente en concordancia con las necesidades detectadas dentro de las prioridades programáticas y la progresión del desarrollo del programa.
- Contar con los recursos financieros necesarios para la ejecución del Programa a nivel país, asegurando equidad accesibilidad, y eficiencia.
- Contar con mecanismo de asignación de recursos acordes a la realidad para el programa de salud integral de las personas adultas mayores, en la red asistencial.

6. Población objetivo

Este programa incluye como beneficiario directo a toda la población de personas mayores de 65 y más años y beneficiarios indirectos a la familia, cuidadores, comunidad y equipos de salud.

CAPÍTULO IV

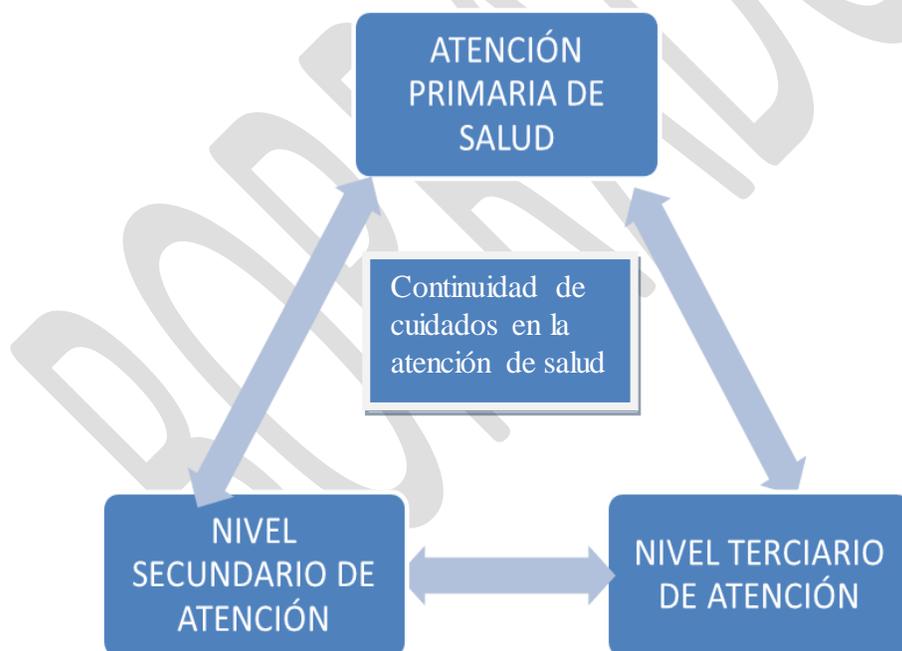
I. ASPECTOS TÉCNICOS DEL PROGRAMA

ANTECEDENTES.

La atención integral en red debe ser continua, para lo cual se necesita un sistema de salud sólido y con directrices firmes. Para ello, a continuación se da a conocer lo que se entiende por integralidad de la atención, seguido por las prioridades dentro de ella.

Hablar de continuidad de cuidados de las personas mayores, es hablar de toda la red en su conjunto, con una visión de un todo, no parcelado, ni por etapas. Al entrar una persona adulta mayor al sistema de salud debe tener una secuencia coherente de atenciones frente a sus necesidades. Que los diferentes niveles de atención del sistema público den cuenta de esto es un gran desafío que se plantea, pero que es posible alcanzar. (Figura Nº 3)

Figura Nº.3: Continuidad de cuidados en la atención de salud a las personas mayores.



Fuente: Programa de las personas adultas mayores. 2014.

Para ser integrales, los servicios de salud y cuidado deben considerar interacciones entre ambos y deben adoptar enfoques sociosanitarios que se enmarquen en el "Modelo de

Atención Integral de salud.” el cual tiene como propósito “**la prevención de la dependencia en las personas mayores**”, la cual es transversal a toda la red asistencial

1. Principios generales para la atención

Algunos principios que se deben tener presentes al enfrentarse a la atención de una persona adulta mayor:

- *Intersectorialidad:* La asistencia a personas con demencia, implica mucho más que la sola atención de salud. Para brindar cuidados dignos y de calidad, se requiere la participación y compromiso de todos los sectores sociales. Por ello, una política de atención integral de las demencias, sólo es posible en tanto su elaboración e implementación sea realizada en conjunto con los Sectores involucrados (Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), Municipios, entre otros), incluyendo a las organizaciones sociales relacionadas con el tema.
- *Prevención primaria:* Un eje central en la política de atención a las personas adultas mayores, es ciertamente la promoción de una vejez saludable y la prevención de enfermedades. Si bien la prevención de las demencias depende de las causas específicas que las ocasionan, las recomendaciones sobre estilo de vida saludable son aplicables al conjunto de ellas.

Desde el sector Salud, las acciones que contribuyen a prevenir las demencias son: la promoción de factores protectores de la salud, (nutrición equilibrada, actividad física regular, mantención de la actividad intelectual y participación social) y el control de los factores de riesgo cardiovascular, (sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo) a través del ciclo vital. De igual forma el buen manejo clínico de las enfermedades emergentes como hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad y dislipidemia, que son consecuencia de un estilo de vida poco saludable, en que existe exceso de uso de sal, mala alimentación, consumo de sustancias, inactividad física, entre otros.

Desde el intersector, la realización de campañas que impulsen un envejecimiento activo, son un ejemplo de acciones de prevención de las demencias.

- *Detección y diagnóstico tempranos:* A pesar de todas las acciones preventivas y promocionales que se puedan desarrollar, no se podrá evitar que algunas personas desarrollen demencia, por lo que es fundamental el desarrollo de líneas de acción sectoriales e intersectoriales que apunten a detectar muy precozmente los cambios cognitivos y conductuales de las personas adultas mayores, que indiquen la existencia de una probable demencia.

Diagnosticar precozmente permite no sólo el inicio oportuno del tratamiento, sino además, la orientación a la familia acerca de cómo retrasar lo más posible el avance de la enfermedad. De igual forma permite educar acerca de los síntomas que se puedan ir presentando, de modo de evitar los conflictos interpersonales que se producen cuando las manifestaciones iniciales son mal interpretadas, producto de los cambios conductuales, así como saber qué hacer frente a las situaciones derivadas de la propia demencia como: accidentes, extravíos, errores financieros o legales, etc. El diagnóstico temprano de las demencias permite además que el propio afectado participe en las decisiones que se deberán tomar, posibilitando que la familia planifique el futuro. Adicionalmente permite educar al cuidador en su propio autocuidado.

Tanto desde el sector salud como desde los otros sectores sociales, se deben desarrollar estrategias y líneas de acción que apunten a educar a la población general sobre los primeros síntomas de las demencias y la importancia de la consulta precoz.

- *Tratamiento integral y de calidad para paciente y cuidadores:* Una parte importante del tratamiento de las personas con demencia es sin duda la atención de salud. En este sentido, la red asistencial debe ofrecer las intervenciones más costo efectivas tanto farmacológicas (con fármacos cuya eficacia haya sido adecuadamente comprobada) como psicosociales, incluyendo siempre al cuidador/a en todo el plan de tratamiento.

La atención de salud de las personas con demencia debe incluir además, la información y educación a la familia, la capacitación del cuidador primario, la eliminación de barreras arquitectónicas en la casa, la estimulación física y cognitiva diaria y el contacto con asociaciones de familiares de enfermos con demencia. Asimismo, y en conjunto con otros sectores, el tratamiento debe asegurar los cuidados al final de la vida y los cuidados paliativos.

- *Servicios sociales de apoyo e integración:* La atención de salud es sólo una pequeña fracción de los cuidados y asistencia que requieren las personas con demencia. Otra parte fundamental dice relación con los esfuerzos que debe hacer la sociedad para ayudarles a mantenerse activos, estimulados e integrados socialmente.

Es fundamental realizar acciones conjuntas entre los distintos sectores, para sensibilizar a la comunidad de modo que disponga de medios para integrar a las personas con demencia en sus propias actividades, al menos por unas horas, permitiendo al mismo tiempo el descanso de sus cuidadores.

Asimismo, se deben garantizar servicios de apoyo adecuados, tanto para las personas con demencia como para sus familias, que aseguren la continuidad de los cuidados

durante las diferentes etapas de la enfermedad (por ejemplo, centros de día, asistencia y cuidadores domiciliarios, hogares protegidos, residencias de larga estada, etc.)

Tanto o más importante que lo anterior es la necesidad de generar a nivel social una reflexión ética en torno a las demencias con el objetivo de desestigmatizar estas enfermedades, aumentar su visibilidad y dignificar a las personas aquejadas de una demencia. Esto facilitaría la creación de redes de apoyo ciudadano para las personas afectadas y sus familias, al mismo tiempo que permitiría el reconocimiento público del rol social del cuidador y el desarrollo de medidas de apoyo y soporte a éste.

2. Atención integral de las personas adultas mayores

Tanto la realidad demográfica así como las características sobre “el modo de enfermar” de las personas adultas mayores, conducen a la imperiosa necesidad de ordenar, coordinar, jerarquizar y protocolizar los cuidados sanitarios, a la vez de entramarlos a la malla de la asistencia social, cuando ello corresponda, en especial para los casos con compromiso funcional más irreversible tanto en lo físico como en lo mental.

En el marco del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar y Comunitario, definido con la reforma de salud, se plantea específicamente para las personas adultas mayores plantear un piso básico garantizado mediante la conformación de equipos que realicen la Valoración Geriátrica Integral (VGI) en toda la red asistencial, y la implementación de la Asistencia Geriátrica Integrada en red. Poniendo especial énfasis en:

- **Asistencia integrada.** Se refiere simplemente al hecho que las personas adultas mayores requieren ser integradas a todos los niveles y cartera de servicios con que se dispone.
- **Asistencia integral.** Supone la aproximación holística de la problemática de salud de las personas adultas mayores, vale decir, su dimensión biomédica, mental, funcionalidad física y social, en otras palabras, se refiere a la Valoración Geriátrica Integral, que se debería aplicar en todos los niveles de la red asistencial.
- **Atención progresiva y continuada.** La persona adulta mayor, como cualquier sujeto, puede presentar toda la variante de cuadros médicos, agudos, quirúrgicos etc., pero la tendencia clara es hacia los cuadros crónicos y discapacitantes, por esto último es que se justifica la necesidad de contar con **cuidados continuos**. El **cuidado progresivo** se refiere al “progreso desde la dependencia hasta lograr la independencia”, vale decir, desde el inicio de una enfermedad aguda o crónica reagudizada que discapacita en forma severa hasta completar la recuperación funcional o minimizar las secuelas.

En este punto debe considerarse igualmente el planteamiento de estrategias para el cuidado del cuidador. Sobre todo en el caso de las personas con mayor dependencia.

- **Fase aguda:** Se entiende que en la fase más aguda o crítica de la enfermedad el objetivo prioritario es salvar la vida, pero para el caso de las personas adultas mayores es esencial iniciar de inmediato las medidas rehabilitadoras a fin de minimizar el riesgo de secuelas funcionales futuras. Esta fase incluye desde la misma UCI, pasando por la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) cuando existen, hasta las camas básicas indiferenciadas.
- **Fase intermedia rehabilitadora:** En esta etapa el objetivo es iniciar de inmediato el proceso de rehabilitación, esta etapa no siempre es obligada; y aunque hay algunos servicios europeos que ofertan esta etapa en camas de rehabilitación o de “unidades de recuperación funcional”, se tiende a efectuarlo en el ámbito ambulatorio, por ejemplo en el Hospital de Día como es el caso del Instituto Nacional de Geriátrica del SSMO, o bien a nivel más comunitario como los Centros Comunitarios de Rehabilitación.
- **Fase de cuidados continuados:** Por lo general, aunque no siempre, las personas adultas mayores cuando enferman, en especial los más frágiles o vulnerables, requieren de una vigilancia más activa para el logro de su estabilidad clínica. Esta vigilancia continuada debería ser, en un principio, responsabilidad de los equipos de Atención Primaria.
- **Domiciliaria:** Incorpora a las personas adultas mayores dependientes severas. Falta seguir trabajando en el desarrollo de un plan o programa nacional dirigido a la persona adulta mayor medianamente discapacitado, al frágil o con algún nivel de demencia, en especial aquellas con trastornos conductuales asociados. Estos puntos recién descritos llevan a afirmar la necesidad imperiosa y estratégica de contar con equipos de atención primaria capacitados en la atención de las personas adultas mayores, como se ha venido desarrollando desde hace ya un tiempo desde el Ministerio de Salud, en conjunto con el Instituto Nacional de Geriátrica y Universidades.
- **Atención interdisciplinaria.** La asistencia al paciente geriátrico requiere de todos los profesionales de la salud involucrados independiente del nivel asistencial, vale decir, desde el ámbito comunitario, atención primaria, hasta el nivel terciario. La estrategia sugerida son las intervenciones protocolizadas a través de consultorías de especialidades, con la participación de algunos estamentos profesionales con “mayor intensidad” que otros, según sea el caso clínico.

En síntesis la atención a las personas adultas mayores compromete a los niveles de la red asistencial, comunitarios y sociales, los que deben dar una atención escalonada de acuerdo a los diferentes grados de necesidad según estas surjan desde los distintos

grados de enfermedad y /o discapacidad que planteen las personas mayores dentro de una determinada área. Esta atención debe seguir las características ya descritas de ser integrales, integradas, interdisciplinarias, especializadas y rehabilitadoras para integrar a la persona adulta mayor a su medio.

En el marco del modelo de atención integral de las personas mayores se formulan dos planes a ser implementados progresivamente, el plan de demencia y el plan de rehabilitación.

3. Plan de Rehabilitación

3.1. Antecedentes

La relevancia de la cuantificación a través de la Valoración Geriátrica Integral, es fundamental para la elaboración de un plan de tratamiento. La Organización Mundial de la Salud recomienda para la Atención Primaria de Salud (APS) un registro claro de la funcionalidad de la persona adulta mayor, a fin de contar con datos útiles que permitan determinar la referencia de la persona mayor a la intervención específica requerida.

Con la caracterización y clasificación de la población adulta mayor (FONASA) obtenida a través de los EMPAM y más específicamente del EFAM, se puede proyectar el curso de la intervención, respondiendo así a la pesquisa temprana (diagnóstico), tratamiento, intervención, rehabilitación oportuna, y mantención según la realidad de cada caso y la consecutiva referencia a los dispositivos de salud pertinentes.

3.2. Detección precoz e intervención temprana

Dentro de los procesos de pesquisa diagnóstica en APS se encuentran:

Las Unidades de Atención Oftalmológicas (UAPO), que fueron creadas para ayudar a disminuir las listas de espera y entregar una resolución más rápida a las necesidades de atención oftalmológicas de la población, actualmente todavía escasas, pero con resultados efectivos, por lo que a corto plazo habría que potenciar su aumento, ya que estas pueden brindar información relevante respecto a los trastornos sensoriales visuales que puedan presentar las personas mayores, así como también el GES de hipoacusia en el adulto mayor, artrosis, entre otros. Estos programas deben estar relacionados y en constante comunicación con la APS y con el nivel secundario y terciario. Esto para dar una intervención integral, integrada y coordinada a los usuarios adultos mayores y sus familias.

Como parte importante de la Valoración Geriátrica Integral de la persona adulta mayor, se releva la valoración funcional y social, con el objetivo de obtener información respecto al impacto de la condición de salud en ellas y cuál sería la situación de dependencia y/o discapacidad que presenta, siendo así posible clasificar a la población en control; también permite identificar la situación de la familia y la red de apoyo, considerando la existencia de un cuidador/a principal. Todo esto, con el objeto de proyectar la intervención de los equipos de salud y de rehabilitación abordando la problemática de manera integral e integrada.

3.3. Rehabilitación y prevención de discapacidad¹⁹ y/o dependencia²⁰

La rehabilitación trata de mejorar el funcionamiento individual de una persona (comer, desplazarse, compras, etc.), incluyendo los cambios en el ambiente de esta (eliminación de barreras físicas, sociales, etc.) con el propósito de reducir el impacto de una gran variedad de condiciones de salud. Esto implica la identificación de los problemas y las necesidades de la persona adulta mayor, la relación de los problemas con los factores personales y ambientales de esta, requiriendo de la definición de los objetivos del proceso rehabilitación, de la planificación de la intervención y la evaluación de la misma.

En general, la rehabilitación tiene lugar durante un periodo de tiempo determinado, pudiendo implicar una intervención única o varias por parte de una persona o un equipo de profesionales de la rehabilitación, y también puede resultar necesaria desde la fase aguda o inicial que sigue inmediatamente al reconocimiento de un problema de salud hasta las fases posterior y de mantenimiento. Para un efectivo desarrollo de este proceso, es transcendental que comience en una etapa temprana del disfuncionamiento, y que las personas mayores y sus familias participen activamente; permitiendo así obtener un mejor nivel de salud y de funcionamiento.

Para llevar a cabo el proceso completo, este debe ser integrado y continuo, desde la atención hospitalaria hasta la rehabilitación en la comunidad (Stucki .G., 2007), pudiendo mejorar los resultados sanitarios, reducir costos al bajar el tiempo de permanencia en el hospital (Stucki. G., 2005), disminuir la discapacidad y mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores y sus familias (Forster, A., 2009).

Programas establecidos por la red asistencial que responden a los requerimientos de rehabilitación:

¹⁹ La CIF, entiende el funcionamiento y la discapacidad como una interacción dinámica entre las condiciones de salud y los factores contextuales, tanto personales como ambientales.

²⁰ Situación en la que una persona con discapacidad, precise de ayuda, técnica o personal, para la realización (o mejorar el rendimiento funcional) de una determinada actividad. Miguel Querejeta González. Discapacidad/Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación. Noviembre 2003

- **Unidades o Servicios de Rehabilitación a nivel hospitalario**, intervención temprana desde un enfoque biopsicosocial, orientados a preparar, rehabilitar y mantener a la persona adulta mayor para la continuidad del proceso a nivel comunitario o alta.
- **Programa de Rehabilitación Integral**, considerando rehabilitación desde un enfoque biopsicosocial y desde una perspectiva de derechos humanos, y utilizando la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), OMS, (2012) con el propósito de dar sustento a los procesos de habilitación y rehabilitación a través del desarrollo comunitario. El propósito es mejorar el funcionamiento actividad y participación (OMS, 2001) de las personas adultas mayores, considerando factores personales y ambientales; y a través de intervenciones como orientación en movilidad (trastornos sensoriales visuales); habilidades de comunicación (trastornos sensoriales auditivos); indicación y preparación en uso de ayudas técnicas (órtesis, prótesis y adaptaciones), vinculación con la red social y comunitaria, educación y capacitación a la persona adulta mayor y su familia (promoción y prevención).

El instrumento que se utiliza en rehabilitación para evaluar y medir la situación de discapacidad y el desempeño de las personas en situación de discapacidad a lo largo de todo el ciclo vital es el Instrumento de Valoración de Desempeño en Comunidad, el cual es incorporado en la evaluación que realiza el equipo interdisciplinario de rehabilitación. Con esta evaluación biopsicosocial y con metodología CIF, se podrá medir el impacto de la intervención realizada en conjunto entre la persona adulta mayor, su familia y el equipo, permitiendo identificar las actividades que presenta mayor dificultad la persona e identificar los factores ambientales que son facilitadores u obstaculizadores.

- Programa de Atención Domiciliaria, considerando rehabilitación y mantención, desde un enfoque biopsicosocial y una perspectiva de derechos humanos; cuidados paliativos; apoyo, soporte, educación y capacitación al cuidador/a y a la familia.
- Guías de Práctica Clínica MINSAL (Ministerio de Salud, 2011)
- Orientación y Movilidad para adultos con orígenes de discapacidad visual (en desarrollo actualmente DDR).

3.4. Soporte al cuidador/a

Los cuidadores/as son un grupo vulnerable y en riesgo de presentar condiciones de salud desfavorables que podrían causar una situación de discapacidad, dada la sobrecarga que implican los cuidados dirigidos a las personas adultas mayores, que presentan disminución en su funcionalidad, funcionamiento o situación de dependencia.

La carga de la atención provoca en muchos casos estrés en las familias, sobre todo en las mujeres, que suelen ser las encargadas de las labores domésticas también (Budlender, 2008). Los factores que contribuyen al estrés, y que podrían repercutir en la salud del cuidador/a, son principalmente el tiempo dedicado a la atención de este familiar, el aumento de las labores domésticas, la perturbación del sueño y el efecto emocional de la atención (Rogers, 2003).

Las familias requieren de capacitación para colaborar con los cuidadores/as, determinar las funciones, establecer límites y potenciar a su familiar mayor, necesitando también información sobre los servicios disponibles en la comunidad y en los servicios de salud. Esto debido a que, generalmente, el cuidador es una persona sin conocimientos previos sobre el cuidado, que adquiere estas funciones por su posición familiar, y que por tanto va aprendiendo sobre la marcha.

Los servicios de los Centros de Día permitirían proporcionar a cuidadores/as un descanso de las actividades de atención, y entregar asesoramiento psicosocial a fin de aumentar el bienestar familiar general. El trabajo intersectorial cobra gran relevancia para el desarrollo de servicios de Centro de Día incluyendo el trabajo con instituciones públicas como privadas, orientadas a los cuidados de personas adultas mayores.

4. Plan de Demencia.

Antecedentes

La demencia es un síndrome adquirido, caracterizado por la pérdida progresiva de memoria y de otros aspectos cognitivos. El elemento fundamental que distingue al cuadro de demencia del deterioro cognitivo benigno asociado al envejecimiento normal y del deterioro cognitivo leve, es su capacidad de afectar significativamente el nivel de funcionamiento de la persona, interfiriendo con las habilidades sociales, el trabajo y/o actividades habituales, lo que impide llevar una vida independiente.

Las estimaciones actuales indican que 35,6 millones de personas en el mundo viven con demencia. Este número se duplicará para el 2030 y será más del triple en 2050. El nuevo

informe [Demencia: una prioridad de salud pública](#), publicado por la OMS, (2012) recomienda que se mejore el diagnóstico precoz, la sensibilización del público acerca de la enfermedad y reducir el estigma, y proporcionar una mejor atención y más apoyo a los cuidadores. ([Depresión y demencia son los trastornos mentales que más afectan a los mayores de 60 años en el mundo](#)) (OPS/OMS, 2013).

La etiología y patogenia de la demencia es múltiple. La Organización Panamericana de la Salud señala que el 55% de ellas corresponde a la enfermedad de Alzheimer, un 15% a demencias vasculares y un 13% a causas mixtas, es decir, una asociación de lesiones degenerativas de tipo Alzheimer con lesiones vasculares. (Ministerio de Desarrollo Social, 2006). La demencia afecta progresivamente las capacidades intelectuales, produciendo deterioro de la memoria así como empobrecimiento del juicio, de la conciencia de sí mismo y de la propia situación y capacidad. Afecta también la vida emocional de la persona, produciendo labilidad emocional y/o irritabilidad, apatía y egocentrismo. Todo lo anterior determina un deterioro de la capacidad de rendimiento social y laboral.

En los últimos años la prevalencia de esta patología ha alcanzado un 3,9% de la población mundial, proyectándose un incremento al 6,9% para el año 2020 y al 13,1% para el año 2040 (Ferri, CP., Prince, M., et al., 2005) La prevalencia estimada del deterioro cognitivo leve, oscila entre el 3 al 22% en los mayores de 65 años, según los distintos criterios diagnósticos (Lopez, 2003). Por otra parte, la prevalencia de la demencia oscila entre un 5 a 8 % en los adultos mayores jóvenes (60 a 65 años). y se duplica cada 5 años, llegando a alrededor de un 50% a los 85 años de edad (Kukull, 2000).

En Chile, según la Encuesta Nacional de Discapacidad del 2009, se constató una prevalencia de demencia de 8,5% en personas mayores de 65 años; entre los de 75 a 79 años aumenta a 10,1 % y en los mayores de 85 años a un 32,6%. En relación a la carga de la enfermedad, la demencia tipo Alzheimer (la más frecuente de las demencias) figura en el lugar 18 como causa de pérdida de años de vida saludable (Ministerio de Salud, 2007).

Se analiza la población bajo control, beneficiaria del sistema de salud público en el programa de salud mental, el 10,3% de la población corresponde a población de 65 y más años. Al desagregar según causas, el Alzheimer y otras demencias, son responsables de aproximadamente el 1,12%, de los pacientes bajo control en el programa de salud mental. (7.251), y de estos, el 53% corresponde a mayores de 65 años. Al comparar según sexo, los hombres mayores de 65 años son responsables de aproximadamente el 19% y las mujeres del 34% de los casos atendidos (Ministerio de salud, 2011). Esto obliga al sistema de salud a generar políticas de intervención oportuna en la población adulta orientada a los grupos objetivos descritos.

El mayor desafío en salud en relación con el diagnóstico y manejo de las demencias, se aprecia en la necesidad de pesquisar el deterioro cognitivo en los estadios iniciales. El deterioro cognitivo leve, se considera un estado prodrómico de una futura demencia, del cual sólo una parte de los afectados (cerca de un 10 a 15%), desarrollarán una demencia propiamente tal. Por esto, representa una oportunidad única para intervenciones que prevengan la progresión de la enfermedad (BEHRENS, 2007). Sin embargo, debido a que son patologías de difícil diagnóstico, se estima que aproximadamente el 75% de los pacientes con demencia moderada a severa, y más del 95% de los pacientes con trastornos cognitivos leves, no son pesquiados. (Gifford, 1999)

El equipo de atención primaria es el primer actor del sistema de salud en evaluar a los pacientes con trastornos cognitivos y demencias y constituye la puerta de entrada a la oferta integrada de atención.

El primer paso es efectuar el examen médico preventivo de las personas mayores (EMPAM), cuyo objetivo es evaluar su funcionalidad en general y dentro de sus resultados identifica personas en riesgo o con sospecha de demencia. A Diciembre del 2011 la cobertura de este examen fue de un 41% (tabla N°13), (DEIS.2011).

Tabla N° 13: Cobertura de exámenes de Medicina Preventiva en población mayor de 65 años

Cobertura de exámenes de Medicina Preventiva en población mayor de 65 años, Diciembre 2011						
Acumulado Enero – Diciembre						
Total						
Total SNSS	Ambos sexos	%	Hombres	%	Mujeres	%
Total EMPA	1.386.601	100%	563.637	41%	822.964	59%
65 y más años	566.827	41%	218.679	39%	348.148	61%

Fuente: Departamento Ciclo Vital, DEIS, MINSAL 2011.

Otro desafío en la generación de políticas del adulto con trastorno cognitivo, al igual que en discapacidad, es el apoyo para los familiares y/o cuidadores, quienes poseen un rol prioritario en la atención de estas personas. La presencia de un familiar con demencia provoca un tremendo impacto socio-económico en las familias, en la sociedad, y en el sector salud.

En la Atención Primaria se recibe a las personas que cuidan a pacientes con demencia, afectados por el estrés emocional que supone la lenta pérdida de un ser querido y a la

enorme carga que su cuidado conlleva. Este estrés se produce cuando las demandas internas o externas exceden su capacidad de respuesta (Lazarus, 1984).

Los estímulos que pueden producir estrés son:

- Acontecimientos vitales
- Pequeños contratiempos
- Estímulos permanentes

Por otra parte, es común que se creen complejos lazos y mecanismos psicológicos que agravan más la carga y el sufrimiento.

Ejemplos de relaciones de Cuidador/a – Paciente:

- Hija adulta que cuida a alguno de sus padres ancianos
- Adultos que cuidan a otros parientes, como abuelos, hermanos o tíos
- Cónyuges que cuidan a esposas o esposos ancianos/as
- Padres de edad mediana que cuidan a hijos adultos con discapacidades graves
- Adultos que cuidan a amigos o vecinos
- Hijos que cuidan a padres discapacitados o a abuelos ancianos

Se debe considerar que el acto de *cuidar* está asociado a importantes niveles de sobrecarga emocional y física, así como a numerosos costos personales, afectando el trabajo y/o estudios, vida familiar, pareja, salud, ocio y el tiempo libre (Schulz, 2004)

Además, se enfrentan importantes conflictos con el resto de la familia, que tienen que ver con la manera de entender la enfermedad y las estrategias que se emplean para manejar al familiar. En ocasiones, lejos de ser apreciado, estimulado y comprendido, el cuidador permanente es criticado y no recibe apoyo del grupo familiar.

El objetivo del plan de demencia es desarrollar un trabajo continuo y articulado en la red, que permita tanto el diagnóstico precoz, como la atención integral de las personas mayores con deterioro cognitivo y demencia, a través de toda la red asistencial, poniendo especial énfasis en:

1. Potenciar las acciones de prevención del deterioro funcional en la esfera cognitiva y de la promoción de la salud de forma de favorecer la autonomía y autovalencia de las personas mayores.
2. Mejorar la oportunidad y calidad de la evaluación diagnóstica de las personas con demencia y trastorno cognitivo, a través de la aplicación en APS de instrumentos de evaluación específicos.
3. Establecer un plan de rehabilitación cognitiva para personas mayores con deterioro cognitivo leve y demencia leve.

4. Desarrollar un plan de apoyo psicosocial para cuidadores informales y familiares de personas con demencia leve, moderada y severa.
5. Fortalecer la referencia y contra referencia para la atención y tratamiento de las personas con demencia y su entorno familiar.

Las estrategias del Programa para las personas adultas mayores para la implementación de la atención de la demencia en personas mayores son:

- Fortalecer a los equipos de la Atención Primaria en el diagnóstico presuntivo de la demencia, a través de la capacitación continua a los equipos de salud.
- Implementación de protocolos de referencia y contra referencia, para la resolución de problemas técnicos de especialidad.
- Coordinar acciones con el intersector socio-sanitario para favorecer el diagnóstico oportuno de demencia y trastorno cognitivo en las personas mayores.
- Regular la atención de las personas mayores a nivel terciario mediante la creación de protocolos y guías que contribuyan al adecuado manejo de las personas mayores hospitalizados/as por otras causas y que sean portadores de algún tipo de demencia.

CAPÍTULO V

BORRADOR

PLAN DE ACCIÓN 2013-2020

LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL PLAN

Para alcanzar los objetivos sanitarios para la década, abordar los principales problemas de salud descritos y responder a las necesidades de las personas mayores en Chile, se han identificado las siguientes líneas estratégicas a abordar como Programa de Salud de las Personas Mayores:

Línea Estratégica 1.- Abogacía y fortalecimiento del trabajo intersectorial para atender las necesidades de las personas mayores en salud, favoreciendo su calidad de vida y participación social.

Línea Estratégica 2.- Comunicación social y participación de los medios de difusión.

Línea Estratégica 3.- Elaboración y difusión de Documentos Regulatorios: normas técnicas, guías clínicas, orientaciones técnicas y protocolos de atención que permitan la articulación de la red asistencial en beneficio de las personas mayores

Línea Estratégica 4.- Organización de la Oferta de Servicios en salud, sobre la base del modelo de atención integral de la persona mayor, con aseguramiento de la calidad, oportunidad y continuidad de la atención en la red asistencial

Línea Estratégica 5.- Implementación de intervenciones basadas en la familia y la comunidad que favorezcan la integración social y el nivel de participación de las personas mayores

Línea Estratégica 6.- Desarrollo de Recursos Humanos

Línea Estratégica 7.- Fortalecimiento de sistemas de información confiable

Línea estratégica 8: Aporte financiero consistente, permanente e incremental en concordancia con las necesidades detectadas, prioridades programáticas y la progresión del desarrollo del programa

Línea Estratégica 1.- Abogacía y fortalecimiento del trabajo intersectorial para atender las necesidades de las personas mayores en salud, favoreciendo su calidad de vida y participación social.					
Objetivo: Abogar por que en el más alto nivel de la agenda política se visibilicen los requerimientos y necesidades de las personas adultas mayores en el desarrollo de políticas, planes y programas de todos los sectores públicos y privados, que favorezcan su salud integral, calidad de vida y participación social.					
OBJETIVOS	ACTIVIDADES	INDICADOR	META	PERIODO	RESPONSABLE/ NIVEL
1.1 Constituir alianzas estratégicas con los sectores e instancias del ámbito público y privado que favorezcan la salud integral de las personas adultas mayores, su calidad de vida y participación social.	Constituir alianzas de trabajo intersectorial formalizadas, con: Ministerio de Desarrollo Social, a través del SENAMA; IND; SENADIS, universidades y otros ministerios e instituciones que colaboren con este objetivo.	Actas de compromiso interministeriales para el desarrollo intersectorial, firmadas por autoridades correspondientes	Actas de compromisos propuestas, firmadas al 2018.	Cada 5 años	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores
	Elaborar política de promoción de autonomía y autovalencia y prevención de la dependencia como parte de la política nacional del envejecimiento positivo	Documento de "Política de promoción de autonomía y autovalencia y prevención de la dependencia", elaborada y publicada	Documento publicado al 2015	Elaboración/Actualización cada 10 años	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores

	Implementar política de promoción de autonomía y autovalencia y prevención de la dependencia	Documento de Plan de Implementación "Política de promoción de autonomía y autovalencia y prevención de la dependencia", para la red asistencial	Documento publicado al 2016	Elaboración/Actualización cada 10 años	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores
		% de servicios de salud, que cumplen actividades propuestas para la implementación de la política de promoción de autonomía y autovalencia y prevención de la dependencia	33% de los SS al 2018 50% de los SS al 2020	Anual	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores
	Constitución de mesas técnicas nacionales y regionales, intersectoriales formalizadas con planes de trabajo integrados y respuestas articuladas y oportunas implementadas, de sectores que asignan presupuesto a acciones orientadas al bienestar de las personas mayores.	Mesa técnica intersectorial constituida a nivel nacional	Mesa técnica intersectorial constituida a nivel nacional al 2014	Anual	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores
		Plan de trabajo con calendarización de actividades, por mesa técnica intersectorial nacional	Documento de Plan de trabajo Mesa técnica intersectorial nacional al primer cuatrimestre del 2014	Anual	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores
		% de acciones del Plan de trabajo, desarrolladas por	90% de cumplimiento de Plan de trabajo	Anual	Programa de Salud de las personas adultas mayores/

		mesa técnica nacional	propuesto		
1.2 Participación de las personas mayores y fortalecimiento de las redes sociales.	Desarrollar planes y/o proyectos de participación de las personas adultas mayores con fortalecimiento de las redes sociales en conjunto con el Ministerio de Desarrollo Social	Existencia de Documento con Planes y/o proyectos para fomentar la participación de las personas mayores y fortalecer sus redes sociales, elaborado en conjunto con Ministerio de Desarrollo Social	Documento elaborado con resolución Exenta firmada al 2016	Cada 3 años	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores SENAMA
	Ejecutar planes y/o proyectos de participación de las personas adultas mayores con fortalecimiento de las redes sociales en conjunto con el Ministerio de Desarrollo Social (MDS)	% de cumplimiento de actividades contenidas en documento para el fomento de la participación de las personas mayores	90% de cumplimiento de actividades propuestas	Anual	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores SENAMA

Línea Estratégica 2.- Comunicación social y participación de los medios de difusión					
Objetivo: Establecer alianzas intra e intersectoriales para desarrollar estrategias de comunicación social que favorezcan la construcción de entornos de apoyo, que promuevan comportamientos saludables en esta población, a nivel nacional y regional					
OBJETIVOS	ACTIVIDADES	INDICADOR	META	PERIODO	RESPONSABLE/ NIVEL
2.1- Gestionar programas de Comunicación social con contenidos de promoción de envejecimiento saludable y buenas prácticas de cuidados de las personas mayores	Elaborar documentos con temáticas identificadas para campañas de sensibilización, en conjunto con el intersector.	Documento elaborado con el intersector, que contenga temática relevante para la salud de la persona mayor, a utilizar en campañas de comunicación	Documento aprobado al 2015	Cada 3 años	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores SENAMA
	Elaboración de programa de Comunicación social con contenidos de promoción de envejecimiento saludable y buenas prácticas de cuidados de las personas mayores	% de campañas de comunicación social con contenido de promoción de envejecimiento saludable y buenas prácticas de cuidados de las personas mayores, ejecutado.	90% de cumplimiento de campañas programadas anualmente	Anual	SEREMI/ Programa de las personas adultas mayores.
2.2- Elaborar y mantener actualizada espacio virtual del Programa en pág. web del MINSAL, SEREMI y Servicio de Salud	- Espacio virtual para el Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor, en páginas web institucionales.	Existencia de espacio virtual para el Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores en las páginas web institucionales, actualizadas.	Espacio virtual actualizado mensualmente en página web MINSAL	2014-2020	MINSAL/ Programa de las personas adultas mayores
			Espacio virtual actualizado trimestralmente en página web SS		SEREMI/ Programa de las personas adultas mayores

2.3- Potenciar y difundir desarrollo de experiencias exitosas y/o iniciativas de buenas prácticas en el trabajo con personas mayores, vinculadas a su desarrollo integral.	Sistematizar y difundir Experiencias y/o buenas prácticas vinculadas al desarrollo integral de las personas mayores.	% de SEREMI que han sistematizado y difundido experiencias y/o buenas prácticas.	100% de SEREMI que han sistematizado y difundido experiencias y/o buenas prácticas al 2014	2013-2018	SEREMI/ División de Gestión de Redes Asistenciales/ Programa de las personas adultas mayores
		% de Servicios de Salud que han sistematizado y difundido experiencias y/o buenas prácticas.	100% de SS que han sistematizado y difundido experiencias y/o buenas prácticas al 2014	Anual	SS
	Programar Jornadas nacionales de experiencias y/o buenas prácticas realizadas cada dos años	Jornada nacional de experiencias y/o buenas prácticas realizadas cada dos años	100% de SEREMI participen compartiendo experiencias y/o buenas prácticas		

Línea Estratégica 3.- Elaboración y difusión de Documentos Regulatorios: normas técnicas, guías clínicas, orientaciones técnicas y protocolos de atención que permitan la articulación de la red asistencial en beneficio de las personas mayores					
Objetivo: Establecer el marco regulatorio técnico, administrativo, jurídico y operacional, vinculado a las áreas programáticas priorizadas, para la atención de las personas adultas mayores.					
OBJETIVOS	ACTIVIDADES	INDICADOR	META	PERIODO	RESPONSABLE/ NIVEL
3.1 Diseñar, editar y publicar normas técnicas, guías clínicas, orientaciones técnicas y documentos regulatorios referentes a los temas relacionados con la salud de personas mayores para estandarizar procesos de atención.	Realizar Revisión sistemática en cada tema priorizado	Documento de revisión sistemática en tema priorizado, relacionado con la salud de las personas mayores, para estandarizar procesos de atención	Recepción de informe de resultados de revisión sistemática en tema priorizado a septiembre de cada año	Según programación anual	MINSAL/Programa de Salud de las personas adultas mayores
	Conformación de Grupo de expertos.	Resolución Exenta emitida por subsecretaría de salud pública y Acta de reunión grupo de expertos en el tema relacionado	Resolución exenta firmada y difundida por tema priorizado, según calendarización	Según programación anual	MINSAL/Programa de Salud de las personas adultas mayores
	Elaboración de Documentos normativos y orientadores en áreas temáticas priorizadas	Normas técnicas, orientaciones técnicas, guías clínicas y documentos regulatorios aprobados y publicados en página web MINSAL	100 % de las normas técnicas, orientaciones técnicas, guías clínicas y documentos regulatorios propuestos, aprobados y publicados en página	Según programación anual	MINSAL/Programa de Salud de las personas adultas mayores/División de Atención Primaria/División de Gestión de Redes Asistenciales

			web MINSAL		
	Colaboración en la elaboración de Guías clínicas GES en temas relacionados con la salud de las personas mayores	Guía clínica GES en tema relacionado con la salud de la persona mayor, publicada en página web MINSAL,	100% de las guías clínicas relacionadas con la salud de las personas mayores programadas, publicadas en página web MINSAL	Según programación anual	MINSAL/Programa de Salud de las personas adultas mayores/División de Atención Primaria/División de Gestión de Redes Asistenciales/ Departamento GES
3.2 Mantener coordinación constante con referentes de Subsecretaría de redes asistenciales para trabajar en la implementación de los documentos regulatorios y orientadores	Realizar reuniones con DIGERA para monitoreo de procesos de implementación de las normas, guías, orientaciones técnicas y documentos regulatorios	Porcentaje de reuniones para monitoreo de la implementación de las normas, guías, orientaciones técnicas y documentos regulatorios aprobados	100% de las reuniones programadas, realizadas	Según programación anual	MINSAL/Programa de Salud de las personas adultas mayores/División de Atención Primaria/División de Gestión de Redes Asistenciales
	Difusión de documentos regulatorios y orientadores en la red asistencial	% de Documentos regulatorios difundidos en la red asistencial	100% de los documentos regulatorios, elaborados deben estar difundidos en los distintos niveles de atención.	Según programación anual	MINSAL Programa de las personas adultas mayores.

	Realizar encuestas a referentes para monitoreo de procesos de implementación de las normas, guías, orientaciones técnicas y documentos regulatorios	Porcentaje de Encuestas realizadas para monitoreo de procesos de implementación de documentos regulatorios, en el total de programadas	100% de las encuestas programadas, realizadas	Anual	MINSAL Programa de Salud de las personas adultas mayores/ División de Atención Primaria/ División de Gestión de Redes Asistenciales
	Realizar reuniones con referentes de SEREMI para monitoreo de procesos de implementación de las normas, guías, orientaciones técnicas y documentos regulatorios	Porcentaje de reuniones realizadas en el total de programadas	100% de las reuniones programadas, realizadas	Según programación anual	MINSAL Programa de Salud de las personas adultas mayores/ SEREMI de salud
		Asistencia de referentes SEREMI a reuniones citadas	90% de asistencia de los referentes a reuniones citadas	Según programación anual	MINSAL Programa de Salud de las personas adultas mayores/SEREMI
3.3 Diseñar y coordinar con referentes de Subsecretaría de redes asistenciales plan de trabajo para la implementación de los documentos regulatorios y orientadores	Desarrollar plan de trabajo con referentes de Subsecretaría de redes asistenciales para monitoreo y apoyo en los procesos de implementación de las normas, guías, orientaciones técnicas y documentos regulatorios, en la red asistencial	Documento de Plan de trabajo aprobado por ambas subsecretarías	100% de las reuniones programadas, realizadas	Según programación anual	MINSAL/Programa de Salud de las personas adultas mayores/División de Atención Primaria/División de Gestión de Redes Asistenciales

Línea Estratégica 4.- Organización de la Oferta de Servicios en salud, sobre la base del modelo de atención integral de la persona mayor, con aseguramiento de la calidad, oportunidad y continuidad de la atención en la red asistencial.

Objetivo: Organizar la oferta de servicios del sistema de salud, sobre la base del modelo de atención integral de la persona mayor, asegurando calidad en los distintos niveles de atención, de manera que respondan de manera integral e integrada a las necesidades de las personas adultas mayores.

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	INDICADOR	META	PERIODO	RESPONSABLE/ NIVEL
4.1 Definir el conjunto de prestaciones de atención en promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en los niveles de atención de la red asistencial, de acuerdo a las áreas temáticas priorizadas por el programa	Establecer el conjunto de prestaciones en los distintos niveles de atención en salud, de acuerdo a las áreas temáticas priorizadas por el programa e incorporarlas a las Orientaciones Programáticas en red y Orientaciones Técnicas del Programa	Documento de Orientaciones Programáticas en red que incorpora las prestaciones definidas por el Programa en los distintos niveles de atención.	Documento de Orientaciones programáticas en red con el 100% de las prestaciones definidas incorporadas por el Programa en los distintos niveles de atención anualmente	Anual	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores
		Documento de Orientaciones Técnicas para la atención en salud de las personas adultas mayores en APS	Documento de Orientaciones Técnicas para la atención en salud de las personas adultas mayores en APS, para el 2014	Cada 3 años	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores
		Documento de Orientaciones Técnicas de atención integral de la persona adulta	Documento de Orientaciones Técnicas de atención integral de la persona adulta	Cada 3 años	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores

		mayor para la red asistencial	mayor para la red asistencial que incorpora las prestaciones definidas por el Programa en los distintos niveles de atención al 2015		
4.2. Definir un plan de acción de cierre de brechas de acceso, en el nivel primario, secundario y terciario de salud	Levantamiento de información para establecer brechas de acceso en los distintos niveles de atención.	Estudio de brechas de acceso en los distintos niveles de atención realizado.	Al 2016 identificada las brechas de acceso en los distintos niveles de atención de salud.	Cada 3 años	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores
	Diseñar Plan de acción progresivo para cierre de brechas identificadas en los distintos niveles de atención	Documento de Plan de acción de cierre de brechas de acceso diseñado y aprobado en su financiamiento en el nivel primario de atención.	Plan de acción de cierre de brechas de acceso diseñado y aprobado en su financiamiento en el nivel primario de atención al 2019	Cada 5 años	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores
		Documento de Plan de acción de cierre de brechas de acceso diseñado y aprobado en su financiamiento en los niveles secundario y	Plan de acción de cierre de brechas de acceso diseñado y aprobado en su financiamiento en los niveles secundario y terciario de atención al 2019	Cada 5 años	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores

		terciario de atención.			
4.3 Implementar nuevo proceso de atención de la persona adulta mayor en la red asistencial, según orientación técnica	Diseñar y difundir la Orientación Técnica del proceso de atención de la persona adulta mayor en la red asistencial	Documento de Orientación técnica para la atención integral de personas adultas mayores en la red asistencial, publicado en página web MINSAL	Documento publicado en la WEB al 2014	2014	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores
	Revisión/actualización de los registros estadísticos mensuales de acuerdo a objetivos y estrategias del programa	Informe con REM revisados /actualizados, de acuerdo a objetivos y estrategias del programa	REM revisados/actualizados al 2016	Actualizado cada 2 años	MINSAL
4.4 Colaborar en los procesos de referencia y contrarreferencia para la atención integral de la persona adulta mayor en la red asistencial procurando	Entregar Orientaciones a los equipos de salud para actualizar sistema de referencia y contra referencia entre los distintos niveles de atención de la red, a través de documentos de Orientaciones	Documentos de Orientaciones Programáticas en red y Orientaciones Técnicas del Programa que incorporen orientaciones a los equipos de salud para actualizar	Documento con propuestas del Programa incorporadas	anual	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores

continuidad de los cuidados y oportunidad de la atención en salud, de acuerdo a la normativa vigente y a los principios orientadores del programa de salud de la persona adulta mayor,	Programáticas en red y de Orientaciones Técnicas del Programa	sistema de referencia y contra referencia entre los distintos niveles de atención			
	Diseñar e implementar Plan de monitoreo de sistema de referencia y contrarreferencia del proceso de atención de las personas adultas mayores en la red asistencial, relacionado con problemas de salud priorizados en el Programa de salud	% de SS con Informe de Plan de Monitoreo anual de sistema de referencia y contrarreferencia del proceso de atención de las personas adultas mayores en la red asistencial, por SS	Monitoreo anual de indicadores definidos en el Plan de Monitoreo anual, en los 29 SS al 2016	A partir del 2016 anualmente	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores
		% de cumplimiento de indicadores señalados en el Plan de Monitoreo del Sistema de referencia y contrarreferencia del proceso de atención de las personas adultas mayores en la red asistencial, relacionado con	60 % de cumplimiento de indicadores señalados en el Plan de Monitoreo del Sistema de referencia y contrarreferencia del proceso de atención de las personas adultas mayores en la red asistencial en los 29	A partir del 2016 anualmente	Programa de Salud de las personas adultas mayores/

		problemas de salud priorizados en el Programa de salud de las personas mayores	SS al 2016, 90% al 2018		
4.5 Diseñar e implementar sistema de evaluación y monitoreo de calidad de la atención de salud para la persona adulta mayor	Diseño de sistema de evaluación y monitoreo de calidad de la atención de salud para la persona adulta mayor, a través de la validación de criterios y estándares definidos internacionalmente	Documento de sistema de evaluación y monitoreo de calidad de la atención de salud para la persona adulta mayor con instrumentos de evaluación definidos.	Documento con sistema de evaluación y monitoreo de calidad de la atención en salud para la persona adulta mayor, desarrollado al 2015	2015 actualización cada 3 años	MINSAL
	Implementar en forma progresiva el sistema de evaluación y monitoreo de calidad de la atención de salud en las redes asistenciales	% de SS con Informe anual de indicadores del monitoreo de la calidad de la atención de salud en la red asistencial, por SS	29 Servicios de Salud con sistema monitoreo implementado al 2016	Anual a partir del 2016	Programa de Salud de las personas adultas mayores/

4.6 Definir plan de asesorías técnicas regionales para seguimiento de la implementación orientaciones del programa(Presencial es, videoconferencias, jornadas macro regionales, otras)	Diseñar, calendarizar e implementar plan de asesorías regionales para seguimiento de la implementación orientaciones del programa a referentes de SEREMI, Servicios de salud y establecimientos asistenciales.	Documento con Plan de asesoría anual elaborado y aprobado por jefatura de ciclo vital y DIPRECE	Documento con Plan de asesoría anual elaborado y aprobado por jefatura de ciclo vital y DIPRECE el 2013	Anual	Programa de Salud de las personas adultas mayores/
		N° de Asesorías realizadas/Asesorías Programadas x100	100% de asesorías programadas y realizadas	Anual	Programa de Salud de las personas adultas mayores

Línea Estratégica 5.- Implementación de intervenciones basadas en la familia y la comunidad que favorezcan la integración social y el nivel de participación de las personas mayores.

Objetivo: Desarrollar estrategias de promoción y prevención orientadas a fomentar factores protectores que contribuyan al desarrollo integral de las personas mayores, con intervenciones basadas en la familia y la comunidad.

OBJETIVOS	ACTIVIDAD	INDICADOR	META	PERÍODO	RESPONSABLE/ NIVEL
5.1- Impulsar programa de apoyo a cuidadores de personas mayores dependientes.	Elaborar a nivel comunal programas de apoyo a cuidadores de personas mayores dependientes.	% de SEREMI que tienen implementado programa de apoyo a cuidadores de personas mayores dependientes, a nivel comunal	30% de las SEREMI tienen implementado programa de apoyo a cuidadores de personas mayores dependientes.	2015	SEREMI/ Programa de las personas adultas mayores.
			50% de las SEREMI tienen implementado programa de apoyo a cuidadores de personas mayores dependientes.	2016	
			100% de las SEREMI tienen implementado programa de apoyo a cuidadores de personas mayores dependientes.	2020	

		% de comunas con programa de apoyo a cuidadores de personas mayores dependientes, instalado	30 % de comunas con programa de apoyo a cuidadores de personas mayores dependientes, instalado	2015	División de Atención Primaria/ Programa de Salud de las personas adultas mayores
			50 % de comunas con programa de apoyo a cuidadores de personas mayores dependientes, instalado	2016	
			100 % de comunas con programa de apoyo a cuidadores de personas mayores dependientes, instalado	2020	
5.2- Impulsar y apoyar la realización de programas para población de personas mayores preferentemente vulnerable y/o en riesgo, a través de actividades comunales con el propósito de promover la salud en forma integral.	Gestionar la capacitación a la comunidad para desarrollar los Programas de Promoción de Salud Integral con población de personas mayores, preferentemente	% de SEREMIS que tienen implementado Programas de Promoción de Salud Integral, para y con población de personas mayores, preferentemente vulnerables y/o en riesgo	30% de las SEREMIs tienen implementado programas para y con población de personas mayores preferentemente vulnerables y/o en riesgo a través de actividades	2015	MINSAL/ programa de las personas adultas mayores

	vulnerables y/o en riesgo		comunales		
			50% de las SEREMIs tienen implementado programas para y con población de personas mayores preferentemente vulnerable y/o en riesgo a través de actividades comunales	2016	SEREMI/ Programa de las personas adultas mayores
			100% de las SEREMIs tienen implementado programas para y con población de personas mayores preferentemente vulnerables y/o en riesgo a través de actividades comunales	2020	SEREMI /División de Atención Primaria/ Programa de Salud de las personas adultas mayores

<p>5.3 Gestionar el desarrollo de estrategias intersectoriales para favorecer la Participación de las personas mayores y fortalecimiento de las redes sociales.</p>	<p>Desarrollar estrategias con el intersector para favorecer la participación de las personas mayores y fortalecer las redes sociales</p>	<p>Número de estrategias intersectoriales para favorecer la participación de las personas mayores y fortalecer las redes sociales desarrolladas.</p>	<p>Contar con al menos 2 estrategias intersectoriales para favorecer la participación de las personas mayores y fortalecer las redes sociales.</p>	<p>2016</p>	<p>MINSAL/ programa de las personas adultas mayores</p>
---	---	--	--	-------------	---

Línea Estratégica 6.- Desarrollo de Recursos Humanos					
Objetivo: Contar con recursos humanos con competencias y habilidades, que respondan a las necesidades y características de la población adulta mayor.					
OBJETIVOS	ACTIVIDADES	INDICADOR	META	PERIODO	RESPONSABLE/ NIVEL
6.1 Definir perfil de competencias y habilidades técnicas para profesionales que brindan atención a población de personas adultas mayores y sus familias	Elaborar definición del perfil de competencias y habilidades técnicas para profesionales que brindan atención a población de personas adultas mayores y sus familias	Documento del perfil de competencias y habilidades técnicas para profesionales que brindan atención a población de personas adultas mayores y sus familias	Existencia del documento consensuado e integrado con centros formadores al 2015.	2014-2015	MINSAL Programa de Salud de las personas adultas mayores/ DIGEDEP/ División de Atención Primaria/ División de Gestión de Redes Asistenciales
6.2- Definir un plan de cierre de brechas de recursos humanos, en el nivel primario, secundario y terciario de salud, capacitados en la atención integral de personas adultas mayores en Chile	Estudio de brechas de RRHH (cantidad, distribución y competencias) para la atención geriátrica, difundido a entidades formadoras	Informe de brechas de recursos humanos identificadas en el nivel secundario y terciario entregado al Programa	Informe de brechas de recursos humanos identificadas en el nivel secundario y terciario entregado al Programa y difundido a entidades formadoras el 2015	2015 y al menos cada 3 años	MINSAL Programa de Salud de las personas adultas mayores/ DIGEDEP

		Documento de Plan de cierre de brechas de RRHH en el nivel primario, secundario y terciario, aprobado en su financiamiento por las autoridades.	Documento de Plan de cierre de brechas de RRHH en el nivel primario, secundario y terciario, aprobado en su financiamiento por las autoridades al 2016	2016 - 2020	MINSAL Programa de Salud de las personas adultas mayores/ División de Atención Primaria/ División de Gestión de Redes Asistenciales
	Diseñar y ejecutar Plan de cierre de brechas de recursos humanos en el nivel primario, secundario y terciario, capacitados en la atención integral de personas adultas mayores, según resultados de estudio.	Plan de cierre de brechas de recursos humanos en el nivel primario, secundario y terciario, capacitados en la atención integral de personas adultas mayores, ejecutado, según etapas del diseño	Primera etapa del Plan de cierre de brechas de recursos humanos en el nivel primario, secundario y terciario, capacitados en la atención integral de personas adultas mayores, ejecutada al 2017	2017-2020	MINSAL Programa de Salud de las personas adultas mayores/ División de Atención Primaria/ División de Gestión de Redes Asistenciales
6.3- Recomendación continua a los centros formadores de pre y postgrado, la incorporación en mallas curriculares de carreras de ciencias de la salud	Desarrollar documento con recomendaciones para los planes de estudio de pre y postgrado en distintas carreras de la salud y afines, para que incorporen contenidos en	Documento con recomendaciones de incorporación curricular de salud integral de las personas adultas mayores, para centros	Documento con recomendaciones de incorporación curricular de salud integral de las personas adultas mayores, difundida	2015	MINSAL/ Programa de Salud de las personas adultas mayores/DIGEDEP/ DIVAP

y afines, contenidos en salud integral de las personas mayores	salud integral de las personas adultas mayores relacionados con los lineamientos del Programa	formadores.	a centros formadores. el 2015		
	Levantamiento de información de establecimientos de educación superior que incorporan recomendaciones de contenidos de salud integral de las personas adultas mayores para los planes de estudio de pre y postgrado en distintas carreras de la salud y afines	% de escuelas de disciplinas de salud y afines con mallas curriculares que incorporan la salud integral de las personas mayores, según recomendaciones ministeriales	100% de escuelas de disciplinas de salud y afines con mallas curriculares que incorporan la salud integral de las personas mayores, según recomendaciones ministeriales al 2020	2016-2020	MINSAL/ Programa de Salud de las personas adultas mayores7DIGEDEP / DIGERA
6.4 Desarrollar un programa de formación continua en modalidad virtual y/o presencial de profesionales que atienden personas adultas mayores en los tres niveles de atención, fortaleciendo el Programa existente.	Consolidar programa de formación continua en modalidad virtual y/o presencial para equipos de salud que atienden personas mayores en el nivel primario de atención de salud, en colaboración con INGER.	Programa de formación continua para equipos de APS aprobado en su financiamiento por las autoridades.	Existencia de programa de formación continua para equipos de APS aprobado en su financiamiento por las autoridades el 2014	Anual	MINSAL
	Diseño de programa de formación continua en modalidad virtual y/o presencial de profesionales que	Programa de formación continua diseñado y aprobado en su financiamiento por las autoridades,	Programa de formación continua diseñado y aprobado en su financiamiento por	Anual	MINSAL

	atienden personas adultas mayores en los niveles secundario y terciario de atención,	para los niveles secundario y terciario de atención,	las autoridades, para los niveles secundario y terciario de atención, el 2014 - 2015		
--	--	--	--	--	--

Línea Estratégica 7.- Fortalecimiento de sistemas de información confiable					
Objetivo: Fortalecer el sistema de información en salud de las personas adultas mayores, generando información de calidad en los distintos niveles, que permita facilitar la toma de decisiones, el monitoreo y la evaluación de las respuestas institucionales.					
OBJETIVOS	ACTIVIDADES	INDICADOR	META	PERIODO	RESPONSABLE/ NIVEL
7.1 Alinear la información de los registros requeridos por el Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores, con el sistema de información institucional de salud actual, que permita generar información de calidad sobre la salud de las personas de	Trabajar en conjunto con División de Planificación en Salud para mantener un Sistema de información nacional de salud con requerimientos del programa incorporados	Sistema de información nacional de salud con requerimientos del programa incorporados	Sistema de información nacional de salud incorpora requerimientos del programa al 2013	Anual	MINSAL/Programa de Salud de las personas adultas mayores/División de Planificación en Salud (DEIS)

65 años y más					
7.2 Mantener actualizado el diagnóstico epidemiológico nacional, regional y por SS de las personas adultas mayores del país.	Actualizar anualmente el diagnóstico epidemiológico de las personas adultas mayores del país, a nivel nacional, regional y por SS	Existencia de documento con Diagnóstico epidemiológico actualizado cada año, a nivel nacional, regional y por SS	Diagnóstico epidemiológico actualizado a nivel nacional, regional y por SS, cada año	Anual	MINSAL/ Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores / SEREMI/ SS
7.3- Desarrollar estudios que permitan conocer el impacto de la implementación del proceso de	Licitación estudio de evaluación de impacto del proceso de atención integral de la persona adulta mayor en APS	Informe con resultado del Estudio de evaluación de impacto de implementación del proceso de atención	Informe de Estudio de evaluación de impacto de implementación del proceso de atención integral de	2018-2019	MINSAL /Programa de Salud de las personas adultas mayores/

atención de la persona adulta mayor en la red asistencial		integral de la persona adulta mayor en APS	la persona adulta mayor en APS, recibido al 2020		
	Licitación estudio de evaluación de impacto del proceso de atención integral de la persona adulta mayor en los niveles secundario y terciario de salud.	Informe con resultado del Estudio de evaluación de impacto de implementación del proceso de atención integral de la persona adulta mayor en los niveles secundario y terciario de salud.	Informe de Estudio de evaluación de impacto de implementación del proceso de atención integral de la persona adulta mayor en los niveles secundario y terciario de salud, recibido el 2020	2019 - 2020	MINSAL /Programa de Salud de las personas adultas mayores/

Línea estratégica 8: Aporte financiero consistente, permanente e incremental en concordancia con las necesidades detectadas, prioridades programáticas y la progresión del desarrollo del programa					
Objetivo: Desarrollar un plan de soporte financiero sustentable que permita la implementación del Programa Nacional de Salud de las Personas Mayores, realizando anualmente evaluación de logro de resultados comprometidos.					
OBJETIVOS	ACTIVIDAD	INDICADOR	META	PERÍODO	RESPONSABLE /NIVEL
8.1-Contar con los recursos financieros necesarios para la ejecución del Programa a nivel país, asegurando equidad accesibilidad, y eficiencia.	Elaboración de informe de estimación presupuestaria de recursos humanos, infraestructura y equipamiento	Informe con estimación presupuestaria de recursos humanos, infraestructura y equipamiento.	Contar con informe de estimación presupuestaria de recursos humanos, infraestructura y equipamiento	Anual	MINSAL/SEREMI / programa de las personas adultas mayores
	Elaboración de presupuesto anual asignado al Programa alineado con los objetivos sanitarios definidos para la década	Presupuesto anual asignado al programa alineado con los objetivos sanitarios definidos para la década.	Contar con presupuesto anual asignado al programa alineado con los objetivos sanitarios definidos para la década.		
8.2- Contar con mecanismo de asignación de recursos acordes a la realidad para el programa de salud integral de las personas adultas mayores, en la red asistencial.	Elaboración de mecanismos de asignación de recursos para el programa de Salud Integral de las personas adultas mayores en los diferentes niveles de atención en la red asistencial	Mecanismo de asignación de recursos para el programa de atención de salud integral de las personas adultas mayores en los diferentes niveles de atención en la red asistencial.	Contar con Modalidad de asignación de recursos del Programa de Salud Integral de las personas mayores definida en los diferentes niveles de atención en la red asistencial.	2014-2020	MINSAL/ programa de las personas adultas mayores

I. MONITOREO

1. Indicadores Nivel Nacional								
Tipo de indicador	Dimensión de la calidad que mide	Nombre del indicador	Formula de calculo	Fuente /Medio verificador	Periodicidad	Meta	Responsable de Monitoreo	Responsable de ejecución
Proceso	Efectividad	Actas de compromiso interministeriales para el desarrollo intersectorial, firmadas por autoridades correspondientes	Actas de compromiso firmadas al final del período/ Actas de compromiso propuestas en el período *100	Documentos firmados	Cada 5 años	Actas de compromiso propuestas, firmadas al 2018	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores
Estructura	Oportunidad Atención centrada en el paciente	Documento de "Política de promoción de autonomía y autovalencia y prevención de la dependencia", elaborada y publicada	Existencia de documento con Resolución Exenta en página web MINSAL SI / NO	Documento publicado en página web MINSAL	Elaboración /Actualización cada 10 años	Documento publicado al 2015	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores
Proceso	Efectividad Eficiencia	Documento de Plan de Implementación "Política de promoción de	Existencia de documento con Resolución Exenta en página web	Documento publicado en página web MINSAL	Elaboración /Actualización cada 10 años	Documento publicado al 2016	Programa para la atención en salud de las personas	Programa para la atención en salud de las

		autonomía y autovalencia y prevención de la dependencia”, para la red asistencial	MINSAL SI / NO				adultas mayores	personas adultas mayores
Estructura	Competencia profesional	Mesa técnica intersectorial constituida a nivel nacional	Resolución Exenta del MINSAL que indica constitución de la Mesa Técnica Intersectorial SI / NO	Resolución Exenta que indica constitución de mesa técnica	Anual	Mesa técnica intersectorial constituida a nivel nacional al 2014	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores
Proceso	Efectividad Competencia profesional	Plan de trabajo con calendarización de actividades, por mesa técnica intersectorial nacional	Existencia de documento de Plan de trabajo anual, al primer cuatrimestre SI / NO	Documento de Plan de trabajo aprobado en acta, por mesa técnica nacional	Anual	Documento de Plan de trabajo Mesa técnica intersectorial nacional al primer cuatrimestre del 2014	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores
Proceso	Efectividad Oportunidad	% de acciones del Plan de trabajo, desarrolladas por mesa técnica nacional	N° de acciones desarrolladas por mesa técnica/N° total de acciones programadas en Plan de trabajo *100	Informe de actividades trimestral, con medios de verificación adjuntos (Fotos,	Anual	90% de cumplimiento de Plan de trabajo propuesto	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores

				folletos, actas, listado de asistencia, etc.)				
Estructura	Accesibilidad Oportunidad Atención centrada en el paciente	Documento con Planes y/o proyectos para fomentar la participación de las personas mayores y fortalecer sus redes sociales, elaborado en conjunto con Ministerio de Desarrollo Social	Existencia de Documento con Planes y/o proyectos para fomentar la participación de las personas mayores y fortalecer sus redes sociales, elaborado en conjunto con Ministerio de Desarrollo Social SI / NO	Resolución Exenta firmada por autoridades de ambos ministerios que aprueba Documento	Cada 3 años	Documento elaborado con resolución Exenta firmada al 2016	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores SENAMA	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores SENAMA

Proceso	Efectividad	% de cumplimiento de actividades contenidas en documento para el fomento de la participación de las personas mayores	N° de actividades desarrolladas para el fomento de la participación de las personas mayores/N° de actividades propuestas en Documento *100	Informe de actividades trimestral, con medios de verificación adjuntos (Fotos, folletos, actas, listado de asistencia, etc.)	Anual	90% de cumplimiento de actividades propuestas	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores SENAMA	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores SENAMA
Estructura	Efectividad	Documento elaborado con el intersector, que contenga temática relevante para la salud de la persona mayor, a utilizar en campañas de comunicación	Existencia de Documento con temática relevante para la salud de la persona mayor, a utilizar en campañas de comunicación SI / NO	Documento aprobado por autoridades del Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores y de SENAMA	Cada 3 años	Documento aprobado al 2015	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores SENAMA	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores SENAMA

Proceso	Efectividad	% de campañas de comunicación social con contenido de promoción de envejecimiento saludable y buenas prácticas de cuidados de las personas mayores, ejecutado.	N° de campañas de comunicación social con contenido de promoción de envejecimiento saludable y buenas prácticas de cuidados de las personas mayores, ejecutadas/N° de campañas programadas *100	Campaña ejecutada en medios de comunicación escogidos	Anual	90% de cumplimiento de campañas programadas anualmente	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores SENAMA	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores SENAMA
Estructura	Accesibilidad Oportunidad	Existencia de espacio virtual para el Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores en las páginas web institucionales, actualizadas.	Existencia de espacio virtual para el Programa de personas adultas mayores SI / NO	Espacio virtual publicado en página web MINSAL	Anual	Espacio virtual actualizado mensualmente en página web MINSAL	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores

Proceso	Efectividad	Jornada nacional de experiencias y/o buenas prácticas realizadas cada dos años	N° de SEREMI que participan en jornada nacional de experiencias y/o buenas prácticas/Total de SEREMI *100	Listado de asistencia y presentación de buena práctica por SEREMI	Cada 2 años	100% de SEREMI participen compartiendo experiencias y/o buenas prácticas	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores
Estructura	Efectividad Eficiencia	Documento de revisión sistemática en tema priorizado, relacionado con la salud de las personas mayores, para estandarizar procesos de atención	Existencia de documento de revisión sistemática en tema priorizado, relacionado con la salud de las personas mayores, para estandarizar procesos de atención SI / NO	Documento de revisión sistemática elaborado por empresa externa, recibido por el Programa	1 documento de revisión sistemática, según tema priorizado, al año	Recepción de informe de resultados de revisión sistemática en tema priorizado a septiembre de cada año	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores
Proceso	Competencia profesional	Conformación de Grupo de expertos.	Existencia de Resolución Exenta de conformación de grupo de expertos en tema seleccionado SI / NO	Resolución exenta firmada por subsecretaria de salud pública	Anual	Grupo de expertos conformado, según tema seleccionado, de acuerdo a la programación anual con resolución	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores

						exenta.		
Estructura	Accesibilidad Efectividad	Existencia de normas técnicas, orientaciones técnicas, guías clínicas y documentos regulatorios aprobados y publicados en página web MINSAL	Existencia de documento con Resolución Exenta Firmada SI / NO	Documento publicado en página web MINSAL	Anual	100% de los documentos propuestos, aprobados y publicados en página web	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores
Estructura	Accesibilidad Eficiencia Atención centrada en el paciente.	Guía clínica GES elaboradas en tema relacionado con la salud de la persona mayor, publicada en página web MINSAL,	Existencia de documento de Guía clínica con Resolución Exenta Firmada SI / NO	Documento publicado en página web MINSAL	Anual	100% de guías clínicas programadas, aprobadas y publicadas en página web	Unidad GES	Unidad GES

Proceso	Efectividad	Porcentaje de reuniones para monitoreo de la implementación de las normas, guías, orientaciones técnicas y documentos regulatorios aprobados	Nº de reuniones con representantes de redes asistenciales, realizadas/ Total de reuniones con representantes de redes asistenciales programadas *100	Actas de reuniones para monitoreo firmadas por asistentes	Según programación anual	100% de las reuniones programadas, realizadas	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores
Estructura	Efectividad Eficiencia	Documento de Orientaciones Programáticas en red que incorpora las prestaciones definidas por el Programa en los distintos niveles de atención.	Prestaciones definidas por el programa incorporadas al Documento Orientaciones Programáticas en Red SI / NO	Documento de Orientaciones Programáticas en red que incorpora las prestaciones definidas por el Programa en los distintos niveles de atención publicado	Anual	Documento de Orientaciones programáticas en red con el 100% de las prestaciones definidas incorporadas por el Programa en los distintos niveles de atención anualmente	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores

Estructura	Efectividad Eficiencia	Documento de Orientaciones Técnicas para la atención en salud de las personas adultas mayores en APS	Existencia de documento de Orientaciones Técnicas para la atención en salud de las personas adultas mayores en APS SI / NO	Documento publicado en página web MINSAL	Cada 3 años	Documento de Orientaciones Técnicas para la atención en salud de las personas adultas mayores en APS, para el 2014	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores
Estructura	Efectividad Eficiencia	Documento de Orientaciones Técnicas de atención integral de la persona adulta mayor para la red asistencial	Existencia de Documento de Orientaciones Técnicas de atención integral de la persona adulta mayor para la red asistencial SI / NO	Documento publicado en página web MINSAL	Cada 3 años	Documento de Orientaciones Técnicas de atención integral de la persona adulta mayor para la red asistencial que incorpora las prestaciones definidas por el Programa en los distintos niveles de atención al 2015	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores

Estructura	Accesibilidad	Estudio de brechas de acceso en los distintos niveles de atención realizado.	Existencia del estudio de brechas de acceso en los distintos niveles de atención. SI NO	Documento de estudio de brechas	Cada 3 años	Al 2016 identificada las brechas de acceso en los distintos niveles de atención de salud.	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores
Proceso	Accesibilidad Efectividad	Documento de Plan de acción de cierre de brechas de acceso diseñado y aprobado en su financiamiento en el nivel primario de atención.	Existencia de Documento de Plan de acción de cierre de brechas de acceso diseñado y aprobado en su financiamiento en el nivel primario de atención.	Si NO	Cada 5 años	Plan de acción de cierre de brechas de acceso diseñado y aprobado en su financiamiento en el nivel primario de atención al 2019	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores
Proceso	Accesibilidad Efectividad	Documento de Plan de acción de cierre de brechas de acceso diseñado y aprobado en su financiamiento en los niveles secundario y	Existencia de Documento de Plan de acción de cierre de brechas de acceso diseñado y aprobado en su financiamiento en los niveles secundario y	Si NO	Cada 5 años	Plan de acción de cierre de brechas de acceso implementado, en su primera etapa, en los niveles secundario y terciario de atención al	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores

		terciario de atención.	terciario de atención.			2020		
Estructura	Efectividad Eficiencia	Documento de Orientación Técnica para la atención integral de las personas adultas mayores en la APS publicado en página web MINSAL	Existencia de documento de Orientación Técnica para la atención integral de las personas adultas mayores en la APS publicado en página web MINSAL	Documento publicado en página web MINSAL	Actualizado cada 3 años	Documento publicado en la WEB al 2014	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores
Proceso	Efectividad	Informe con solicitud de REM revisados/Actualizados, de acuerdo a objetivos y estrategias del programa	Informe con solicitud de REM revisados/Actualizados, de acuerdo a objetivos y estrategias del programa	SI NO	Actualizado cada 2 años	REM actualizados cada 2 años	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores
Estructura	Efectividad Eficiencia	Documento de Orientación técnica para la atención integral de personas adultas mayores en la red asistencial, publicado en	Existencia de Documento de Orientación técnica para la atención integral de personas adultas mayores en la red asistencial, publicado en	Documento publicado en página web MINSAL	Actualizado cada 3 años	Documento publicado en la WEB al 2014	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores

		página web MINSAL	página web MINSAL					
Estructura	Efectividad Eficiencia	Documentos de Orientaciones Programáticas en red y Orientaciones Técnicas del Programa que incorporen orientaciones a los equipos de salud para actualizar sistema de referencia y contra referencia entre los distintos niveles de atención	Existencia de documento de Orientaciones programáticas con propuestas incorporadas	Documento de Orientaciones Programáticas en red que incorpora las prestaciones definidas por el Programa en los distintos niveles de atención publicado	Anual	Documento con propuestas del Programa incorporadas	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	DIGERA DIVAP

Proceso	Accesibilidad Oportunidad Efectividad	% de cumplimiento de indicadores señalados en el Plan de Monitoreo del Sistema de referencia y contrarreferencia del proceso de atención de las personas adultas mayores en la red asistencial, relacionado con problemas de salud priorizados en el Programa	Nº de indicadores cumplidos señalados en el plan de monitoreo del sistema de referencia y contrarreferencia del proceso de atención *100/Nº total de indicadores	Informe	Anual	60 % de cumplimiento de indicadores señalados en el Plan de Monitoreo del Sistema de referencia y contrarreferencia del proceso de atención de las personas adultas mayores en la red asistencial en los 29 SS al 2016, 90% al 2018	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	
Proceso	Efectividad Eficiencia Atención centrada en el paciente	Documento de sistema de evaluación y monitoreo de calidad de la atención de salud para la persona adulta mayor con instrumentos de evaluación	Existencia de Documento de sistema de evaluación y monitoreo de calidad de la atención de salud para la persona adulta mayor con instrumentos de	Documento	Anual	Documento con sistema de evaluación y monitoreo de calidad de la atención en salud para la persona adulta mayor, desarrollado al 2015	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	

		definidos.	evaluación definidos.					
Proceso	Efectividad	Documento con Plan de asesoría anual elaborado y aprobado por jefatura de ciclo vital y DIPRECE	Existencia de Documento con Plan de asesoría anual elaborado y aprobado por jefatura de ciclo vital y DIPRECE	Informe	Anual	Documento con Plan de asesoría anual elaborado y aprobado por jefatura de ciclo vital y DIPRECE el 2013	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores
Proceso	Efectividad	% de cumplimiento del plan de asesoría anual elaborada por el programa de las personas adultas mayores	Nº de asesorías realizadas*100/ Nº de asesorías planificadas	Informe	Anual	100% de asesorías programadas realizadas	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores
Estructura	Atención centrada en el paciente Oportunidad Accesibilidad	Número de estrategias intersectoriales para favorecer la participación de las personas mayores y fortalecer las	Documento elaborado con número de estrategias intersectoriales para favorecer las redes sociales desarrolladas	Documento	Anual	Contar con al menos 2 estrategias intersectoriales para favorecer la participación de las personas mayores y fortalecer las	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores

		redes sociales desarrolladas.				redes sociales.		
Estructura	Competencia profesional	Documento del perfil de competencias y habilidades técnicas para profesionales que brindan atención a población de personas adultas mayores y sus familias	Existencia de Documento del perfil de competencias y habilidades técnicas para profesionales que brindan atención a población de personas adultas mayores y sus familias	Documento	Anual	Existencia del documento consensuado e integrado con centros formadores al 2015.	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores
Estructura	Competencia profesional Efectividad	Informe de brechas de recursos humanos identificadas en el nivel secundario y terciario entregado al Programa	Existencia de Informe de brechas de recursos humanos identificadas en el nivel secundario y terciario entregado al Programa	Documento	Anual	Informe de brechas de recursos humanos identificadas en el nivel secundario y terciario entregado al Programa y difundido a	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores

						entidades formadoras el 2015		
Proceso	Eficiencia	Documento de Plan de cierre de brechas de RRHH en el nivel primario, secundario y terciario, aprobado en su financiamiento por las autoridades.	Existencia de Documento de Plan de cierre de brechas de RRHH en el nivel primario, secundario y terciario, aprobado en su financiamiento por las autoridades.	Documento	Año 2016	Documento de Plan de cierre de brechas de RRHH en el nivel primario, secundario y terciario, aprobado en su financiamiento por las autoridades al 2016	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores
Proceso	Efectividad Competencia profesional	Plan de cierre de brechas de recursos humanos en el nivel primario, secundario y terciario, capacitados en la atención integral de personas adultas mayores, ejecutado, según etapas del diseño	Elaboración de Plan de cierre de brechas de recursos humanos en el nivel primario, secundario y terciario, capacitados en la atención integral de personas adultas mayores, ejecutado, según etapas	Documento	Año 2017	Primera etapa del Plan de cierre de brechas de recursos humanos en el nivel primario, secundario y terciario, capacitados en la atención integral de personas adultas mayores, ejecutada al	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores

			del diseño			2017		
Proceso	Competencia Profesional	Documento con recomendaciones de incorporación curricular de salud integral de las personas adultas mayores, para centros formadores.	Existencia de documento con Resolución Exenta en MINSAL SI / NO	Documento publicado en MINSAL	2015	Documento con recomendaciones de incorporación curricular de salud integral de las personas adultas mayores, difundida a centros formadores. el 2015	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores
Proceso	Competencia profesional	% de escuelas de disciplinas de salud y afines con mallas curriculares que incorporan la salud integral de las	Nº de escuelas de disciplinas de salud y afines con mallas curriculares que incorporan la salud integral de las personas mayores, según	Documento	2016-2020	100% de escuelas de disciplinas de salud y afines con mallas curriculares que incorporan la salud integral de las	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores

		personas mayores, según recomendaciones ministeriales	recomendaciones ministeriales * 100/nº total de escuelas de disciplina de salud y afines			personas mayores, según recomendaciones ministeriales al 2020		
Proceso	Competencia profesional	Programa de formación continua para equipos de APS aprobado en su financiamiento por las autoridades.	Existencia de Programa de formación continua para equipos de APS aprobado en su financiamiento por las autoridades.	Documento	Anual	Existencia de programa de formación continua para equipos de APS aprobado en su financiamiento por las autoridades el 2014	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores/ DIVAP
Proceso	Competencia profesional	Programa de formación continua diseñado y aprobado en su financiamiento por las autoridades, para los niveles secundario y	Existencia de Programa de formación continua diseñado y aprobado en su financiamiento por las autoridades, para los niveles secundario y terciario de	Documento	Anual	Programa de formación continua diseñado y aprobado en su financiamiento por las autoridades, para los niveles secundario y	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores / DIGERA

		terciario de atención,	atención,			terciario de atención, al 2014 - 2015		
Estructura	Efectividad	Sistema de información nacional de salud con requerimientos del programa incorporados	Actas de reuniones y acuerdos firmados, institucionalmente	Documento	Bianual	Sistema de información nacional de salud incorpora requerimientos del programa al 2014	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores / DEIS
Proceso	Accesibilidad	Documento con Diagnóstico epidemiológico actualizado cada año, a nivel nacional, regional y por SS	Existencia de documento con Diagnóstico epidemiológico actualizado , a nivel nacional, regional y por SS	Documento	Anual	Diagnóstico epidemiológico actualizado a nivel nacional, regional y por SS,	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores / SEREMI/ SS

Proceso	Accesibilidad	Estudio de evaluación de impacto de implementación del proceso de atención integral de la persona adulta mayor en APS	Informe del Estudio de evaluación de impacto de implementación del proceso de atención integral de la persona adulta mayor en APS	Informe	Año 2020	Informe de Estudio de evaluación de impacto de implementación del proceso de atención integral de la persona adulta mayor en APS, recibido al 2020	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores/ DIVAP
Proceso	Accesibilidad	Estudio de evaluación de impacto de implementación del proceso de atención integral de la persona adulta mayor en la red asistencial	Informe con resultado del Estudio de evaluación de impacto de implementación del proceso de atención integral de la persona adulta mayor en la red asistencial	Informe	Año 2020	Informe de Estudio de evaluación de impacto de implementación del proceso de atención integral de la persona adulta mayor en los niveles secundario y terciario de salud, recibido el 2020	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores/ DIGERA

Estructura	Eficiencia	Informe con estimación presupuestaria de recursos humanos, infraestructura y equipamiento.	Existencia de Informe con estimación presupuestaria de recursos humanos, infraestructura y equipamiento.	Informe	Anual	Contar con informe de estimación presupuestaria de recursos humanos, infraestructura y equipamiento	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores/ DIVAP/ DIGERA
Estructura	Eficiencia	Presupuesto anual asignado al programa alineado con los objetivos sanitarios definidos para la década.	Informe de Presupuesto anual asignado al programa alineado con los objetivos sanitarios definidos para la década. SI NO	Informe	Anual	Contar con Presupuesto anual asignado al programa alineado con los objetivos sanitarios definidos para la década.	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores/ DIVAP/ DIGERA
Estructura	Eficiencia	Mecanismo de asignación de recursos para el programa de atención de salud integral de las personas adultas mayores en los diferentes niveles de	Existencia de Mecanismo de asignación de recursos para el programa de atención de salud integral de las personas adultas mayores en los diferentes niveles de atención en la	Documento	Triannual	Contar con Modalidad de asignación de recursos del Programa de Salud Integral de las personas mayores definida en los diferentes niveles de	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores/ DIVAP/ DIGERA

		atención en la red asistencial.	red asistencial. SI NO			atención en la red asistencial.		
--	--	---------------------------------	------------------------------	--	--	---------------------------------	--	--

2. Indicadores Nivel Regional: SEREMIS

Tipo de indicador	Dimensión de la calidad que mide	Nombre del indicador	Formula de calculo	Fuente /Medio verificador	Periodicidad	Meta	Responsable de Monitoreo	Responsable de ejecución
Estructura	Competencia profesional	Mesas técnicas intersectoriales constituidas a nivel regional	Resolución Exenta que indica constitución de la Mesa Técnica por SEREMI SI / NO	Resolución Exenta de SEREMI que indica constitución de mesa técnica enviada a MINSAL	Anual	29 Mesas técnicas intersectoriales constituidas a nivel regional al 2014	SEREMI	SEREMI
Proceso	Competencia profesional	Plan de trabajo con calendarización de actividades, por mesa técnica intersectorial regional	Existencia de documento de Plan de trabajo anual, al primer cuatrimestre, por SEREMI SI / NO	Documento de Plan de trabajo aprobado en acta, por mesa técnica regional	Anual	Documento de Plan de trabajo Mesa técnica intersectorial regional al primer cuatrimestre del 2014	SEREMI	SEREMI

Proceso	Competencia profesional	% de acciones del Plan de trabajo, desarrolladas por mesas técnicas regionales	N° de acciones desarrolladas por mesa técnica/N° total de acciones programadas en Plan de trabajo, por SEREMI *100	Informe de actividades por SEREMI trimestral, con medios de verificación adjuntos (Fotos, folletos, actas, listado de asistencia, etc.) enviado a MINSAL	Anual	90% de cumplimiento de Plan de trabajo propuesto	SEREMI	SEREMI
Estructura	Accesibilidad	Existencia de espacio virtual para el Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores en página Web de SEREMI.	Existencia de espacio virtual para el Programa de personas adultas mayores SI / NO	Espacio virtual publicado en página web SEREMI	Anual	Espacio virtual actualizado trimestralment e en página web SEREMI	SEREMI	SEREMI

Proceso	Eficiencia	% de SEREMI que han sistematizado y difundido experiencias y/o buenas practicas.	N° de SEREMI que han sistematizado y difundido experiencias y/o buenas practicas/ Total de SEREMI *100	Informe anual de experiencias y/o buenas prácticas enviado a MINSAL	Anual	100% de SEREMI que han sistematizado y difundido experiencias y/o buenas practicas al 2014	SEREMI	SEREMI
Proceso	Atención centrada en el paciente	% de SEREMI que tienen implementado programa de apoyo a cuidadores de personas mayores dependientes, a nivel comunal	N° de SEREMI con Programa de apoyo a cuidadores de personas mayores dependientes implementado, por comuna/ Total de SEREMI *100	Informe del Programa de apoyo a cuidadores de personas mayores dependientes a nivel comunal, por SEREMI	Año 2015	30% de SEREMI con Programa de apoyo a cuidadores de personas mayores dependientes implementado	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	SEREMI
					Año 2016	50% de SEREMI con Programa de apoyo a cuidadores de personas mayores dependientes implementado	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	SEREMI

					Año 2020	100% de SEREMI con Programa de apoyo a cuidadores de personas mayores dependientes implementado	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	SEREMI
Proceso	Eficiencia Accesibilidad Oportunidad	% de SEREMIS que tienen implementado Programas de Promoción de Salud Integral, para y con población de personas mayores, preferentemente vulnerables y/o en riesgo	Nº de SEREMI con Programas de Promoción de Salud Integral, para y con población de personas mayores, preferentemente vulnerables y/o en riesgo *100/ Nº de SS	Informe de Programa de Promoción por SEREMI	Año 2015	30% de las SEREMIs tienen implementado programas para y con población de personas mayores preferentemente vulnerables y/o en riesgo a través de actividades comunales	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	SEREMI

					Año 2016	50% de las SEREMIs tienen implementado programas para y con población de personas mayores preferentemente vulnerable y/o en riesgo a través de actividades comunales	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	SEREMI
					2020	100% de las SEREMIs tienen implementado programas para y con población de personas mayores preferentemente vulnerables y/o en riesgo a través de actividades comunales	Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores	SEREMI

3. indicadores nivel Servicios de Salud

Tipo de indicador	Dimensión de la calidad que mide	NOMBRE del INDICADOR	Formula de calculo	Fuente /Medio verificador	Periodi-cidad	Meta	Responsa-ble de Monitoreo	Respon-sable de ejecu-ción
Proceso	Efectividad Atención centrada en el paciente	% de servicios de salud, que cumplen actividades propuestas en el Plan de implementación de la política de promoción de autonomía y autovalencia y prevención de la dependencia	N° de SS que cumplen actividades propuestas para implementación de política de promoción de autonomía y autovalencia y prevención de la dependencia/Total de SS *100	Informe SS/ Registro REM	Primer Informe al 2018, Segundo Informe al 2020	33% al 2018 50% al 2020	Servicios de Salud	Servicios de Salud
Estructura	Accesibilidad	Existencia de espacio virtual para el Programa para la atención en salud de las personas adultas mayores en página web del SS.	Existencia de espacio virtual para el Programa de personas adultas mayores SI / NO	Espacio virtual publicado en página web SS	Anual	Espacio virtual actualizado trimestralmente en página web SS	SS	SS

Proceso	Eficiencia	% de Servicios de Salud que han sistematizado y difundido experiencias y/o buenas prácticas.	Nº de SS que han sistematizado y difundido experiencias y/o buenas prácticas/ Total de SS *100	Informe anual de experiencias y/o buenas prácticas enviado a MINSAL	Anual	100% de SS que han sistematizado y difundido experiencias y/o buenas prácticas al 2014	SS	SS
Proceso	Accesibilidad Oportunidad Efectividad	% de SS con Informe de Plan de Monitoreo anual de sistema de referencia y contrarreferencia del proceso de atención de las personas adultas mayores en la red asistencial	Nº de SS con informe de plan de Monitoreo anual de sistema de referencia y contrarreferencia del proceso de atención de las personas adultas mayores en la red asistencial * 100/Nº de SS	Informe SS/	Anual	el 100% de los SS tengan monitoreo anual de indicadores	SS	SS
Proceso	Accesibilidad Oportunidad Efectividad	% de SS con Informe anual de indicadores del monitoreo de la calidad de la atención de salud en la red asistencial, por SS	Nº de SS con informe anual de indicadores de monitoreo de calidad de la atención de salud en la red asistencial, *100/ Nº de SS.	Informe SS/	Anual a partir del 2016	29 SS con sistema de monitoreo implementado al 2016	SS	SS

Proceso	Atención centrada en el paciente	% de comunas con programa de apoyo a cuidadores de personas mayores dependientes, instalado	Nº de comunas con programa de apoyo a cuidadores de personas mayores dependientes, instalado * 100/Total de comunas	Informe comunal	Año 2015	30 % de comunas con programa de apoyo a cuidadores de personas mayores dependientes, instalado	DIVAP	DIVAP
					Año 2016	50 % de comunas con programa de apoyo a cuidadores de personas mayores dependientes, instalado	DIVAP	DIVAP
					Año 2020	100 % de comunas con programa de apoyo a cuidadores de personas mayores dependientes, instalado	DIVAP	DIVAP

ANEXOS

Anexo I: Matriz Programación Actividades Nivel Primario Atención Del Adulto Mayor

Actividades básicas para la Atención de la persona mayor en APS									
Actividad	Población				Recursos				
	N°	Cobertura	A atender	Concentración	Número de Actividades		Rendimiento por hora	Horas requeridas	
					Anuales	Diarias		Anuales	Diarias
	a	b	c= a*b/100	D	e=(c*d)	f=(e/220)	g	h=(e:g)	I=(h:220)
EMP del AM	Población Fonasa validada	60%		1			1 por hora		
Control	PBC PM de Programa crónico (PSCV ERA, ETC)	100%					2 por hora		
Visita Domiciliaria	Total PM en Control (REM P05) con Dependencia No Severa	70%		1			1 por hora		
Talleres Educativos	Total PM en Control (REM P05)	50%					1 por hora		
Consejería	Total PM en Control (REM P05)	70%		1			4 por hora		
Intervención Psicosocial	Total PM en riesgo Psicosocial (REM P06)	100%					2 por hora		

Anexo II: Pauta de Supervisión de Acciones de Salud para la población de Personas Mayores

I. ANTECEDENTES GENERALES

Fecha de visita:	
Comuna	
Establecimiento	
Especifique certificación de CESFAM (Grado de desarrollo):	
El centro de salud cuenta con referente de salud del AM	Si: No: Nom bre:

II ANTECEDENTES DEMOGRÁFICOS DEL ESTABLECIMIENTO

POB. Asignada:	Pob. inscrita:	
Población PM		
Porcentaje Población PM		

III ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS DE SALUD DE LAS PM

Registre Población PM Bajo Control Según Funcionalidad	
<i>Autovalente</i>	
<i>Autovalente con Riesgo</i>	
<i>Riesgo de Dependencia</i>	
<i>Dependencia Leve</i>	
<i>Dependencia Moderada</i>	
<i>Dependencia Severa</i>	
Registre Población PM Bajo Control en los diferentes Programas existentes	
PM con riesgo Cardiovascular Muy Alto:	
PM con riesgo Cardiovascular Alto:	
PM con riesgo Cardiovascular Moderado:	
PM con riesgo Cardiovascular Bajo:	

PM con Hipertensión Arterial:	
PM con Diabetes	
PM con Dislipidemia	
PM en tratamiento con insulina:	
PM con evaluación pie diabético:	
PM con curaciones avanzadas de pie diabético:	
PM con Depresión	
PM con Maltrato	
PM con EPOC	
PM con Asma	
Registre Población PM Bajo Control en Atención de Salud por Dependencia Severo y/o Pérdida de Funcionalidad	
Número de cuidadores de pacientes PM con dependencia Severa:	
Número de cuidadores de pacientes PM con dependencia Severa capacitados:	
Describa capacitación a cuidadores de pacientes PM con dependencia Severa	

III CAPACITACIÓN

Capacitación en temáticas del PM al Equipo de Salud en el último año (SI - NO)	
Describa nombre de capacitación y destinatarios:	

IV INTERVENCIÓN EN SALUD

IV.1.- PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN PRIMARIA	
Describa estrategias de Promoción de la Salud dirigidas a PM:	
Describa estrategias de educación en Estilos de Vida Saludable:	

Describe estrategias intersectoriales en Red de PM: (Municipio, SENAMA, Chile Deportes, otros)	
Cobertura PACAM:	
Enumerar estrategias implementadas en el CESFAM para aumentar la Cobertura de PACAM	
Cobertura de Vacunación Anti influenza (última Campaña)	
Describe las estrategias implementadas para lograr Cobertura de 95% y más:	
Cobertura de Vacunación antineumocócica:	
Describe las estrategias implementadas para lograr Cobertura de 95% y más:	
IV.2.- PREVENCIÓN SECUNDARIA	
Cobertura de Examen de Medicina Preventiva (EMP) de AM (al momento de la visita)	
Meta de Cobertura de EMP Comprometida	
Enumere las estrategias implementadas en el centro de salud para aumentar la Cobertura de EMP en AM	
Número de Estudios de Familia presentados por sector que corresponden a familia con PM en Riesgo	
En Mapa Epidemiológico del centro de salud, existe registro de AM vulnerable: (SI - NO)	
Describe estrategias de seguimiento de casos de riesgo o vulnerabilidad de la Persona Mayor:	
Describe estrategias de coordinación para las personas mayores en la Atención de Salud cardiovascular :	
Describe las estrategias de coordinación general y/o supervisión de la provisión de medicamentos para el PM:	
Existe provisión permanente de medicación para las PM: (SI - NO)	
En caso de desabastecimiento de Medicamentos, especifique el tipo de Medicamentos:	
Describe las medidas adoptadas por el centro de salud frente a desabastecimiento de algún medicamento para las PM:	

IV.3.- PREVENCIÓN TERCIARIA	
Describa las estrategias de Rehabilitación física que existen en el centro de salud, para la persona mayor:	
Describa estrategias de coordinación para la persona mayor en la Atención de salud en Rehabilitación	
Describa estrategias de coordinación para la persona mayor en la Atención de salud en Domicilio	
Describa las estrategias de coordinación para la persona mayor en la atención de pacientes con Cáncer Terminal o fin de vida	
Describa las estrategias de coordinación para la persona mayor en la entrega de órtesis	
Otras Observaciones de la Supervisión:	

Nombre del profesional que supervisa:	
Profesión:	
Cargo:	

Anexo III: Gestión del programa nacional del adulto mayor

Factores condicionantes del nivel de salud de las personas mayores

Población adulta mayor y sus características

- Población total de personas mayores de la comuna, del servicio de salud y por Centro de Salud
- Distribución de las personas mayores por subgrupo de edad: 60-74 y 75 y más.
- Distribución de las personas mayores por Sexo.
- Población de personas mayores urbana y rural.
- Establecimientos de larga estadía.
- Esperanza de vida al nacer y a los 60 años.
- Años de vida libres de discapacidad.

Medio ambiente físico

- Saneamiento básico.
- Vivienda.
- Higiene ambiental y control de zoonosis.
- Industrias u otros.
- Transporte.

Medio ambiente económico y sociocultural

- Escolaridad, analfabetismo.
- Ingreso económico.
- Actividad laboral.
- Previsión social y de salud.
- Beneficios otorgados a la persona mayor por el intersector (PACAM, vínculos, atención domiciliaria social, etc.).
- Tipos de recreación
- Organizaciones sociales y redes comunitarias (junta de vecinos, clubes deportivos, clubes de personas mayores, consejos comunales, etc.).

Atención de salud de los centros de salud correspondientes al servicio

- Ubicación de los centros de salud.
- Población beneficiaria que tiene el servicio y por establecimiento.
- Población inscrita que tiene el servicio y por establecimiento.
- Población bajo control. Calcular brechas.
- Accesibilidad a los establecimientos de los diferentes niveles de atención de la red.
- Planta física.
- Maquinarias y equipos.
- Insumos.
- Organización administrativa de la atención.
- Procedimientos estandarizados para la atención.

- Comunicación interna y externa.
- Indicadores de calidad de la atención (funcionalidad, población bajo control compensada, poli consulta, satisfacción usuaria, etc.).
- Indicadores de gestión (capacidad resolutive, rechazos, etc.).

Nivel de salud de la población adulta mayor

Funcionalidad

- Población de personas mayores autovalentes.
- Población de personas mayores autovalentes con riesgo.
- Población de personas mayores en riesgo de dependencia.
- Población de personas mayores dependientes (leve, moderado, severo).
- Población de personas mayores en situación final de vida.

Morbilidad en centros de salud

- Consultas de morbilidad médica y odontológica.
- Egresos hospitalarios de personas mayores
- Estado nutricional de la población personas mayores
- Enfermedades crónicas de la persona mayor y lugar de atención
- Estado nutricional
- Población según patología crónica
- Demanda potencial (Tasa consulta habitante año y población beneficiaria según programa), en centro de salud.

Mortalidad

- Mortalidad general
- Mortalidad según edad y causas
- Mortalidad según enfermedades específicas

Indicadores del Programa

Aparece relevante conocer con algún grado de detalle, el impacto que el Programa del Adulto Mayor está produciendo en su población objetivo. Por esta razón se han elaborado indicadores referidos a las intervenciones que se realizan con esta población.

El/la encargado del Programa a nivel local deberá contar con esta información, la que debe generarse con los registros estadísticos mensuales (REM) y con los registros a nivel local según corresponda.

1. Número de personas mayores con evaluación funcional vigente/ Número de personas mayores bajo control.
2. Número de personas mayores inscritos/as por año / Población total adulta mayor beneficiaria por año.
3. Número de personas mayores bajo control según patología crónica / Población total adulta mayor beneficiaria según prevalencia de patología crónica específica.
4. Número de personas mayores con evaluación funcional vigente / Población adulta mayor beneficiaria.
5. Número de consultas de morbilidad de personas mayores / Número total de consultas de morbilidad.
6. Número de personas mayores vacunadas con vacuna anti influenza / número de personas mayores beneficiarias de vacuna anti influenza.
7. Número de personas mayores vacunadas con vacuna antineumocócica / número de personas mayores beneficiarias de vacuna antineumocócica.
8. Número de personas mayores con malnutrición / número de personas mayores bajo control.
9. Número de personas mayores pertenecientes a Programa Chile Solidario / Número de personas mayores inscritas.
10. Número de directores de ELEAM de la comuna contactados/ Número de ELEAM Autorizados.

Anexo IV. "Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor"

Establecimiento _____ Comuna _____

Fecha _____

Nombre: _____ Edad: _____ RUT: _____

I.-MEDICIONES

Presión arterial sentada: PAS/PAD: _____ Presión arterial de pie PAS/PAD: _____ Pulso/FC: _____
 Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ CC: _____

Baja de peso involuntariamente en los últimos 6 meses: Sí _____ No _____

Observaciones _____

II.ANTECEDENTES:

Realiza actividad física: Sí _____ No _____ Solo _____ Grupo _____
 Vacunación: Influenza Sí _____ No _____ Neumocócica Sí _____ No _____ fecha _____
 PACAM: Sí _____ No _____

Patologías:

Patologías Crónicas	Patologías Crónicas	Patologías Agudas
HTA	EPOC	Neumonía
DM	Depresión	Fractura de muñeca
Dislipidemia	Demencia	Fractura cadera
Obesidad	Secuela ACV	Fractura columna
Desnutrición	Parkinson	IAM
Hipotiroidismo	ASMA	Ataque cerebro vascular ACV
Artritis Reumatoidea	Hipoacusia	
LCFA	Enfermedad Renal crónica	
IC- Cardiopatía coronaria-	Constipación	
Incontinencia urinaria	D.H.C (Daño hepático crónico)	
Osteoporosis/	Alteración oral	
Ceguera, Baja Visión	Cáncer	
Otras	Artrosis	

Terapia Farmacológica

Solo marque con una X el fármaco respectivo cuando corresponda o agregue

Atenolol	Fluoxetina	Metformina
Anticoagulante	Genfibrozilo	Nifedipino
Alprazolam	Glibenclamida	Omeprazol
Amitriptilina	Hidroclorotiazida	Propranolol
Aspirina	Insulina	Paracetamol
Celecoxib	Imipramina	Sertralina
Clorfenamina	Salbutamol	Tolbutamida
Clordiazepóxido	Bromuro ipratropio	OTROS
Diazepam	Ibuprofeno	
Diclofenaco	Corticoides inhalados	
Enalapril	Losartan potásico	
Furosemida	Levodopa	

III.- Evaluación Funcional EFAM

Parte A				Parte B		Ptje	MMSE	Ptje
Item	Ptje	Item	Ptje	1. PA			1.-	
1. bañarse		6. MMSE		2.DM			2.-	
2. dinero		7. escolaridad		3.leer			3.-	
3. fármacos		8. brazos ext.		4.MMSE			4.-	
4. comida		9. en cuclillas		5.deprimido (Y)			5.-	
5. tareas casa				6.-angustiado			6.-	
TOTAL:				TOTAL:			TOTAL: ≥14: Normal ≤13: Alterado (Pf)	
≤ 42: Riesgo de Dependencia. ≥43: Autovalentes → ≥46: Autovalentes sin Riesgo ≤45: Autovalentes con Riesgo								

En Riesgo de dependencia, Autovalentes con riesgo, Autovalentes sin riesgo.

Otras observaciones al aplicar EFAM

Usted observa	SI	NO	Usted observa	SI	NO
Mareos			Dolor del hombro		
Temblores			Dolor de espalda		
Alteración del equilibrio			Alteración visual		
Dolor de cadera			Alteración auditiva		
Dolor de rodilla			Otros		

ÍNDICE DE BARTHEL

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse,	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (Valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (Valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Severo
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

YESAVAGE 0-5: Normal..... 6-9: Depresión leve.....>10: Depresión Establecida.....

Minimental Extendido (MMSE extendido) o Test de Folstein:

Puntaje Normal	Puntaje Deterioro Cognitivo	Puntaje Demencia
Igual o mayor a 27 puntos	22 a 26 puntos	De 0 a 21 puntos

CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES FUNCIONALES PFEFFER (al cuidador).

≥6 pts.: screening (+)

(Se aplica con MMSE abreviado ≤ 13)

IV.- RIESGO DE CAÍDAS

CAÍDAS: ¿Ha tenido caídas este año? Si _____ No _____

(1) Estación Unipodal	Derecha.....segundos	Izquierda.....segundos	≥ 5 seg: Normal ≤ 4 seg: Alterado
(2) TIMED UP AND GOsegundos	<10 seg: N Riesgo 11-19: Riesgo leve >20 seg: Alto Riesgo	

Equilibrio Dinámico (1), Equilibrio estático (2).

V.- IDENTIFICACIÓN DE REDES.

En caso de tener problemas, por ejemplo de salud, de soledad, etc. ¿Tiene quien lo apoye?

SI _____ NO _____

En caso que la respuesta sea Si, la ayuda proviene de:

Familia Amigos Vecinos Grupos organizados

VI.- SOSPECHA DE MALTRATO

Sí _____ NO _____

Observaciones _____

VII.- EXAMENES ANUALES PONER MEDIDAS DE CADA UNA

Glicemia _____ Mg/dl Colesterol total _____ mg/dl Baciloscopia (BAAR) +/- _____

VDRL _____ Test de VIH: Sí _____ NO _____ Otros _____

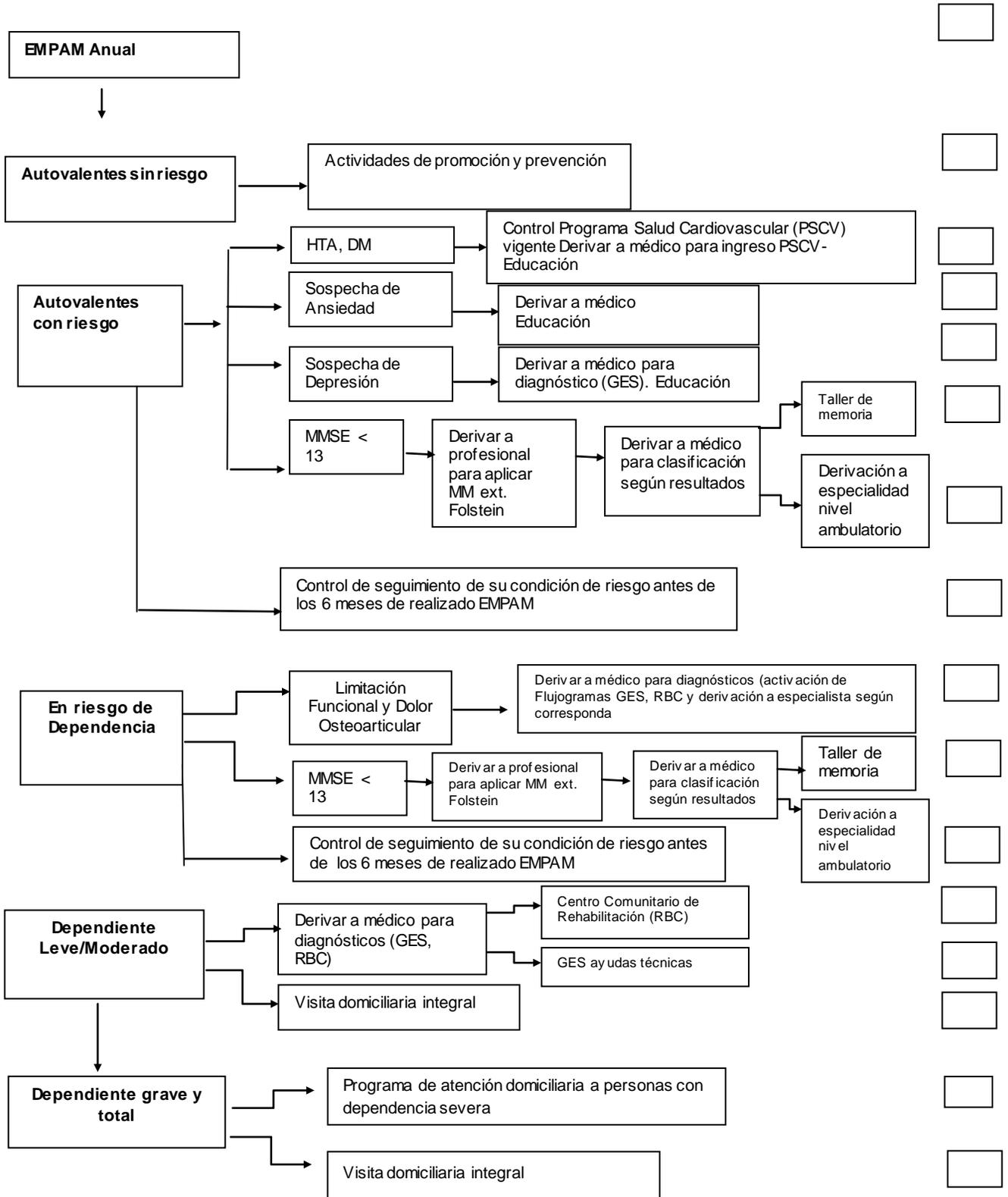
VIII.- ADICCIONES:

¿Bebe? SI _____ NO _____ Puntaje > 7 puntos _____ Bebedor Problema: AUDIT: _____

¿Fumar? : Sí _____ No _____ nº cigarros día _____ Consejería breve antitabaco _____

IX.- PLAN DE ATENCIÓN: Marque con una X las acciones que llevará a cabo según riesgos detectados

• **SEGÚN NIVEL DE FUNCIONALIDAD**



SEGÚN OTRAS CONDICIONES DE SALUD PESQUISADAS:

CONDICIÓN DE SALUD	DERIVADO A

Profesional _____

Nombre y Firma del Responsable _____

Anexo V: Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM), (MINSAL, 2003), EFAM-Chile

PARTE A

Discrimina entre Autovalente y Dependiente

INSTRUCCIONES	ITEM	PUNTAJE
1. ¿Puede bañarse o ducharse?	Puede bañarse o ducharse	
	Incapaz	0
	Con alguna ayuda	3
	Sin ayuda	6
2. ¿Es Ud. capaz de manejar su propio dinero?	Es capaz de manejar su propio dinero	
	Incapaz	0
	Con alguna ayuda	3
	Sin ayuda	6
3. ¿Puede Ud. tomar sus propios medicamentos?	Puede usted tomar sus propios medicamentos	
	Incapaz	0
	Con alguna ayuda	3
	Sin ayuda	6
4. ¿Prepara Ud. su comida?	Preparación de la comida	
	Es incapaz de...	0
	Con alguna ayuda	3
	Sin ayuda	6
5. ¿Puede hacer las tareas de la casa?	Puede hacer las tareas de la casa	
	Es incapaz de ...	0
	Lo hace con alguna ayuda	3
	Lo hace sin ayuda	6
6. Aplique Minimental Abreviado. Indique con un círculo en columna izquierda el puntaje obtenido. Marque la ponderación correspondiente (misma línea), en columna derecha.	MMSE	
	>13	0
	13 a 14	3
	15 a 17	4
	18 a 19	6
7. Escolaridad. Pregunte por los años de escolaridad cumplidos	Años de escolaridad	
	0 a 1	0
	2 a 3	1
	4 a 5	2
	6 a 8	3
	8 a 10	4
	11 a 12	5
	13 ó más	6
8. La persona adulta mayor de pie intentará tomar un objeto realizando máxima extensión de brazos sobre su cabeza.	Con los brazos extendidos lo máximo posible sobre los hombros , tomar con ambas manos un objeto	
	No lo logra	0
	Presenta dificultad con ambas manos para lograrlo	2
	Lo logra sin dificultad con una mano	4
	Lo logra sin dificultad con ambas manos	6
9. En posición de pie, encuclílese, tome el objeto desde el suelo.	De pie y derecho, agáchese, tomar un objeto desde el suelo y levantarse	
	Le cuesta mucho ponerse en cuclillas o no lo logra	0
	Se encuclilla bien pero tiene dificultad para tomar el objeto y levantarse	2
	Se encuclilla y toma el objeto sin dificultad, pero le cuesta levantarse espontáneamente	4

INSTRUCCIONES	ITEM	PUNTAJE
	Se encuclilla y toma el objeto y se levanta sin dificultad	6
TOTAL		

PARTE B

Discrimina entre Autovalente con y sin riesgo

INSTRUCCIONES	ITEM	PUNTAJE
1. Tomar la presión arterial. Los medicamentos deben ser los indicados por el médico tratante	Presión arterial	
	PA normal, sin antecedentes HTA	13
	PA normal, con diagnóstico previo, en control y con medicamentos	13
	PA normal, con diagnóstico previo, sin control pero con medicamentos	9
	PA normal, con diagnóstico previo, con o sin control y sin medicamentos	6
	PA elevada, sin antecedentes HTA	3
	PA elevada y con diagnóstico previo, con o sin control o sin medicamentos.	0
2. ¿Tiene Ud. diagnóstico de diabetes? Los medicamentos deben ser los indicados por el médico tratante	Diabetes	
	Sin diabetes	13
	Diagnosticada, en control y con medicamentos	6
	Diagnosticada, sin control o sin medicamentos	3
3. ¿Lee Ud. diario, revista o libro?	Diagnostificada, sin control y sin medicamentos	0
	Lee diario, revista o libro	
	Casi nunca o nunca	0
	De vez en cuando	2
	Una vez por semana	5
	2 o 3 veces por semana	7
Todos los días	9	
4. Copie puntaje de MMSE aplicado.	MMSE	
	13 a 14	5
	15 a 18	7
	19	9
5. ¿En el último mes se ha sentido deprimido(a) o "bajoneado" (a) que nada logra animarlo?	En el último mes se ha sentido deprimido	
	Casi todo el tiempo	0
	Bastante seguido	2
	Casi nunca	7
	Nunca	9
6. En el último mes, ¿se ha sentido Ud. muy nervioso, ansioso o angustiado? Marque una sola alternativa.	En el último mes se ha sentido nervioso o angustiado	
	Casi todo el tiempo	0
	Bastante seguido	2
	Casi nunca	7
	Nunca	9
TOTAL		

Instrucciones para la Aplicación de EFAM-Chile

Al inicio de la aplicación de EFAM se debe tomar la presión arterial de la persona adulta mayor.

Las preguntas 1 a 5, apuntan a la posibilidad de realizar las actividades de la vida diaria. La importancia aquí reside en detectar capacidad de ejecutar la acción más que ejecución misma de ella.

PARTE A

1. Puede bañarse o ducharse

- Se pregunta a la persona si actualmente puede bañarse solo (a)
- En el ámbito rural, ya que no siempre existe ducha o tina, se realiza la equivalencia a lavarse por sí solo.
- Puntuación 6 significa sin ayuda de otra persona

2. Es capaz de manejar su propio dinero

- La pregunta se orienta a evaluar la capacidad de la persona para manejar el dinero, aun cuando sea un familiar el que lo haga.
- Se asignan 3 puntos cuando la persona tiene fallas de memoria, pero aún es capaz de planificar el uso del dinero.
- Se asignan 6 puntos cuando la persona conoce el valor del dinero y es capaz de planificar sus gastos del mes.
- En la situación que una tercera persona cobre la jubilación por razones de seguridad, debe igual preguntarse por la capacidad de manejar el dinero.

3. Puede usted tomar sus medicamentos

- Se considera que la persona obtiene puntaje 6, cuando sabe para tratar que enfermedad toma el medicamento y además, cuando puede tomar sus medicamentos de acuerdo a dosis y horario indicado.

4. Preparación de la comida

- El puntaje es 6 cuando la persona es capaz de idear y elaborar la comida.
- Si la persona adulta mayor no cocina porque alguien provee la comida, es necesario indagar si podría hacer la comida si tuviera que hacerla. En este caso se evalúa con 6 puntos.
- Si la persona colabora en la preparación de la comida, porque no es capaz de hacerlo sola (o) se califica con puntaje 3.
- Es necesario tener en cuenta que para el caso de los hombres, que probablemente no han sido entrenados ni realizan esta actividad, lo que se está midiendo es su capacidad de preparar alimento en la eventualidad que éste no sea provisto.

5. Puede hacer las tareas de la casa

- El puntaje es 6 cuando la persona es capaz de idear y realizar las tareas de la casa.
- Si la persona adulta mayor no realiza las tareas de la casa, porque alguien más las realiza, es necesario indagar si podría hacerlas. En este caso se evalúa con 6 puntos.

- Si la persona colabora en la mantención de las tareas de casa, porque no es capaz de hacerlo sola (o) se califica con puntaje 3.
- Es necesario tener en cuenta que para el caso de los hombres, que probablemente no han sido entrenados ni realizan esta actividad, lo que se está midiendo es su capacidad de desarrollar estas tareas, en caso que ellas no sean realizadas por un tercero.

Las preguntas 6 y 7 apuntan a estado cognitivo actual y reserva cognitiva adquirida a través de la educación formal.

6. Mini-Mental: Aplicar evaluación cognitiva (MMSE abreviado), que está al final de parte B de EFAM.

- Evalúa la orientación temporal y espacial de la persona mayor a través del conocimiento del mes, día del mes, año y día de la semana. Se contabiliza cada respuesta correcta con 1 punto.
- Evalúa la memoria a corto plazo a través de recordar 3 palabras, se le asigna un punto por cada respuesta correcta, total 3 puntos. Estas tres palabras se pueden repetir hasta cinco veces. Recuerde consignar las veces que repitió.
- Es importante que quien aplique el test no cambie las palabras: árbol, mesa, avión, por otras.
- Evalúa atención, concentración, abstracción, comprensión, memoria e inteligencia. La instrucción se entrega una sola vez: “le voy a nombrar unos números, usted debe repetirlos de atrás para adelante”
- El puntaje de esta pregunta está dado por la mantención de la serie de los números impares, aun cuando la persona adulta mayor omite o reemplaza un número; por ejemplo:
 - 9-7-5-3-1= 5 puntos
 - 9-8-5-3-1= 4 puntos
 - 9-7-4-2-1= 2 puntos
 - 9-5-3-1= 4 puntos
 - Otras combinaciones
- Evalúa la capacidad ejecutiva, es decir, la capacidad de seguir instrucciones. En esta prueba, la instrucción debe ser entregada en forma lenta, pausada y de una sola vez. Se asignan tres puntos, un punto por cada acción realizada correctamente.
- Evalúa memoria a largo plazo. “Hace un momento le solicité que recordara 3 palabras, repítalas en cualquier orden”. Se asigna un punto por cada respuesta correcta, no importando el orden.
- Evalúa la capacidad viso constructiva. Cuando esta capacidad está alterada, la persona adulta mayor debe ser derivada urgente a médico por sospecha de un estado confusional agudo.
- Quien aplica el test debe presentar a la persona adulta mayor un dibujo con los círculos que convergen en tamaño grande.

El puntaje total de la aplicación del MMSE es 19 puntos: Se considera alterado si el puntaje es menor de 13 puntos.

7. Años de escolaridad

Los años de escolaridad corresponden a los realizados en forma continua en la educación formal. Se considera años de escolaridad a los realizados en forma completa. No se contabilizan los años de capacitación o regularización de estudios en etapa adulta. La escolaridad, factor no modificable en la vejez, es importante en dos grandes sentidos. El primero es que la educación instala a temprana edad, un desarrollo de la función cognitiva, lo que a su vez constituye la reserva cognitiva en la vejez. Lo segundo tiene que ver con la estrechez de posibilidades de lograr una buena inserción en el mercado laboral y de este modo obtener buenos ingresos, y posteriormente una buena jubilación. Podemos apreciar que falta de educación y fragilidad en la vejez van de la mano.

Las preguntas 8 y 9 miden funcionalidad del tren superior e inferior.

8. Con los brazos extendidos al máximo posible sobre los hombros, tomar con ambas manos un objeto.

- Quien aplica el test debe demostrar la acción al momento del examen.
- Se solicita que la persona adulta mayor se ponga de pie con los pies levemente separados.
- Se solicita que la persona extienda ambos brazos sobre la cabeza lo que más pueda.
- Se pasa un objeto (siempre el mismo objeto, ejemplo, un plumón) a la altura de la mayor extensión de los brazos.
- El objeto debe tomarlo con ambas manos
- La persona tiene puntaje 0 cuando al hacer la extensión de ambos brazos, no logra el rango articular del hombro completo
- Tiene puntaje 2 cuando al hacer la extensión de ambos brazos, logra el rango articular de hombro completo, pero no toma el objeto con ambas manos.
- Tiene puntaje 4 cuando logra el rango articular de hombro completo y toma el objeto con una sola mano.
- Tiene puntaje 6 cuando logra el rango articular de hombro completo y toma el objeto con ambas manos.

9. En posición de pie, encuclílese, tome el objeto desde el suelo y levántese

- Quien aplica el test debe demostrar la acción al momento del examen.
- Se solicita que la persona adulta mayor se ponga de pie con los pies levemente separados. La persona adulta mayor debe estar al lado de una silla o mesa para apoyarse en caso necesario.
- Se solicita que la persona realice flexión completa de rodilla y cadera.
- Si la persona adulta mayor realiza la flexión completa, se solicita tomar el objeto (siempre el mismo objeto, ejemplo, un plumón) desde el suelo con una mano.

- La persona tiene puntaje 0 cuando no logra la flexión completa de rodilla y cadera.
- La persona tiene puntaje 2 cuando solamente realiza la flexión de rodilla y cadera y no logra tomar el objeto del suelo.
- La persona tiene puntaje 4 cuando realiza la flexión completa, toma el objeto desde el suelo, pero requiere apoyo para levantarse.
- La persona tiene puntaje 6 cuando realiza flexión completa, toma el objeto desde el suelo y se levanta sin apoyo.

Si el puntaje suma menor o igual a 42, la persona es calificada en **riesgo de dependencia**. Si la persona adulta mayor fue calificada en riesgo de dependencia, debe ser derivada a médico para diagnosticar y tratar los factores de riesgo de pérdida de funcionalidad pesquisados.

Si el puntaje es mayor o igual a 43 la persona es calificada como **autovalente**.

Si la persona de 65 años y más fue calificada como **autovalente**, **debe aplicar la Parte B del Instrumento que discrimina entre autovalente con o sin riesgo**.

PARTE B

Las preguntas 1 y 2, apuntan al riesgo cardiovascular

1. Presión Arterial

- La presión arterial debe ser tomada al inicio de la aplicación del EFAM
- Se considera presión alterada cuando la presión sistólica es de a 140 mm Hg o más y/o presión diastólica de 90 mm Hg o más.

2. Diabetes Mellitus

- Se aplican las alternativas descritas en el instrumento.

Las preguntas 3 y 4 se refieren al estado cognitivo actual

3. Lee diarios, revista o libros

- Se aplican las alternativas descritas en el instrumento.
- No se considera lectura diaria, el leer titulares de diarios o revistas.

4. MMSE

- Se repite el puntaje obtenido en la parte A

Las preguntas 5 y 6 apuntan a sospecha de depresión y ansiedad.

5. En el último mes se ha sentido deprimido

- Es importante que el evaluador sitúe la persona adulta mayor en los últimos 30 días.

6. En el último mes se ha sentido nervioso o angustiado.

Es importante que el evaluador sitúe la persona adulta mayor en los últimos 30 días.

EVALUACION COGNITIVA (MMSE ABREVIADO)

<p>1. Por favor, dígame la fecha de hoy.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p style="text-align: center;">Sondee el mes, el día del mes, el año y el día de la semana</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p style="text-align: center;">Anote un punto por cada respuesta correcta</p> </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="width: 10%;">BIEN</th> <th style="width: 10%;">MAL</th> <th style="width: 10%;">N.S</th> <th style="width: 10%;">N.R</th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td rowspan="4" style="vertical-align: middle; text-align: center;">TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Día mes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Año</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Día semana</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p style="font-size: small;">N.S = No sabe N.R = No responde</p>		BIEN	MAL	N.S	N.R		Mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/>	Día mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Día semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	BIEN	MAL	N.S	N.R																								
Mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/>																							
Día mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Día semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<p>2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante. ¿Tiene alguna pregunta que hacerme?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p style="font-size: x-small;">Explique bien para que el entrevistado entienda la tarea. Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos. Se anota un punto por cada objeto recordado en el primer intento.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p style="font-size: x-small;">Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió hacer.</p> </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="width: 10%;">CORRECTA</th> <th style="width: 10%;">NO SABE</th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Arbol</td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle; text-align: center;">TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Mesa</td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Avión</td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Número de repeticiones</p>		CORRECTA	NO SABE		Arbol	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/>	Mesa	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Avión	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>													
	CORRECTA	NO SABE																										
Arbol	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/>																									
Mesa	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>																										
Avión	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>																										
<p>3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés:</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">1 3 5 7 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p style="text-align: center;">Anote la respuesta (el número), en el espacio correspondiente.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p style="font-size: x-small; text-align: center;">La puntuación es el número de dígitos en el orden correcto. Ej: 9 7 5 3 1 = 5 puntos</p> </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 40%;">Respuesta Entrevistado</td> <td style="width: 10%;"><input style="width: 30px;" type="text"/></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>Respuesta Correcta</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> </tbody> </table> <p>N° de dígitos en el orden correcto ↓</p> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/></p>	Respuesta Entrevistado	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>		Respuesta Correcta	9	7	5	3	1															
Respuesta Entrevistado	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>																								
Respuesta Correcta	9	7	5	3	1																							
<p>4. Le voy a dar un papel; tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóqueselo sobre las piernas:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p style="text-align: center;">Entregue el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.</p> </div>	<p>Ninguna acción 0</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 20%;">Correcto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Toma papel con la mano derecha</td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Dobla por la mitad con ambas manos</td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Coloca sobre las piernas</td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 40px;" type="text"/></p>		Correcto	Toma papel con la mano derecha	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Dobla por la mitad con ambas manos	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Coloca sobre las piernas	<input style="width: 40px;" type="text"/>																			
	Correcto																											
Toma papel con la mano derecha	<input style="width: 40px;" type="text"/>																											
Dobla por la mitad con ambas manos	<input style="width: 40px;" type="text"/>																											
Coloca sobre las piernas	<input style="width: 40px;" type="text"/>																											
<p>5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y Ud., repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p style="text-align: center;">Anote un punto por cada palabra que recuerde. No importa el orden.</p> </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="width: 10%;">CORRECTO</th> <th style="width: 10%;">INCORRECTO</th> <th style="width: 10%;">NR</th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Arbol</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td rowspan="3" style="vertical-align: middle; text-align: center;">TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Mesa</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Avión</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		CORRECTO	INCORRECTO	NR		Arbol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/>	Mesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
	CORRECTO	INCORRECTO	NR																									
Arbol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/>																								
Mesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
Avión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
<p>6. Por favor copie este dibujo:</p> <p style="font-size: x-small;">Muestre al entrevistado el dibujo con los círculos que se cruzan. La acción está correcta si los círculos no se cruzan más de la mitad. Contabilice un punto si el dibujo está correcto.</p> <div style="text-align: center; margin: 10px auto;"> </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 10%;">CORRECTO</th> <th style="width: 10%;">INCORRECTO</th> <th style="width: 10%;">NR</th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle; text-align: center;">TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		CORRECTO	INCORRECTO	NR			<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/>																	
	CORRECTO	INCORRECTO	NR																									
	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/>																								
<p style="text-align: center;">Sume los puntos anotados en los totales de las preguntas 1 a 6</p>	<p style="text-align: center;">Suma total = <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">El puntaje máximo obtenible es de 19 puntos.</p> <p style="text-align: center;">Normal = ≥14 Alterado = ≤13</p>																											

RESPONSABLES MINISTERIALES DEL DOCUMENTO

Dra. Lorna Luco Canales

Jefa de División de Prevención y Control de Enfermedades, DIPRECE, MINSAL.

Dra. Sylvia Santander Rigollet

Jefa del Departamento de Ciclo Vital, DIPRECE, MINSAL.

RESPONSABLES TÉCNICOS DEL DOCUMENTO

Dra. Jenny Velasco Peñafiel

Encargada del Programa Nacional de
Salud del Adulto Mayor
Departamento de Ciclo Vital, MINSAL.

Klga. Paloma Herrera Omega

Asesora Programa Nacional de Salud
del Adulto Mayor
Departamento de Ciclo Vital, MINSAL.

Dra. Mariola Mestanza Yépez

Médico especialista en Salud Pública
Asesora Programa Nacional de Salud
del Adulto Mayor
Departamento de Ciclo Vital, MINSAL.

Soc. Clara Bustos Zemelman

Asesora Programa Nacional de Salud
del Adulto Mayor
Departamento de Ciclo Vital, MINSAL.

Soc. Karin Froimovich Guendelman

Asesora Programa Nacional de Salud
del Adulto Mayor
Departamento de Ciclo Vital, MINSAL.

Dra. Mirza Retamal Moraga

Médico especialista en Salud Pública
Asesora Programa Nacional de Salud
del Adulto Mayor
Servicio de Salud Metropolitano
Occidente

Nut. Xenia Benavides

Profesional Asesora
División de Atención Primaria

Mat. Pamela Burdiles Fraile

Asesora Programa Nacional de Salud
Integral de Adolescentes y Jóvenes
Depto. Ciclo Vital
División de Prevención y Control de
Enfermedades

QF. Karina Castillo Arias

Profesional Asesora
División de Atención Primaria

E.U. Patricia Contreras Cerda

Profesional Asesora Depto.
Enfermedades Transmisibles
División de Prevención y Control de
Enfermedades

Encargada Salud del Adulto Mayor
División de Atención Primaria, MINSAL

T.O. Constanza Piriz Tapia

Profesional asesora Depto.
Discapacidad y Rehabilitación
División de Prevención y Control de
Enfermedades

E.U Paola Pontoni Zuñiga

Coordinadora de Gestión. Unidad de
Salud Respiratoria
División de Atención Primaria

Dra. María Cristina Escobar

Jefa Depto. Enfermedades no
Transmisibles
División de Prevención y Control de
Enfermedades

E.U. Bárbara Leyton Cárdenas

Asesora Programa Nacional de Salud
de la Infancia
Depto. Ciclo Vital
División de Prevención y Control de
Enfermedades

Dra. Adriana López Ravest

Geriatra Asesora Salud del Adulto
Mayor
División de Atención Primaria, MINSAL

Nut. Irma Vargas Palavicino.

Dr. José Rosales Caniumil
Jefe Depto. Salud Bucal
División de Prevención y Control de
Enfermedades

Dra. María Fernanda Rozas

Profesional Programa de Salud
Cardiovascular
División de Prevención y Control de
Enfermedades

E.U. Ana María San Martín
Jefa Departamento del Programa
Nacional de Prevención
Y Control de VIH/SIDA e ITS

Adm. Públ Teresa Soto Castillo
Profesional Unidad de Prevención de
Violencia Intrafamiliar
División de Prevención y Control de
Enfermedades

Klgo. Raúl Valenzuela S.
Profesional Unidad de Salud
Respiratoria
División de Atención Primaria

Ps. Cecilia Zuleta Callejas
Profesional Asesora Depto. Salud
Mental
División de Prevención y Control de
Enfermedades

COLABORADORES Y ASESORES EXTERNOS, POR ORDEN ALFABÉTICO

Dra. Daniela Berroeta Mauriziano
Pontificia Universidad Católica de Chile

EU. Solange Campos
Pontificia Universidad Católica de Chile

Odontóloga Isabel Riquelme
Asesora Depto. Salud Bucal
División de Prevención y Control de
Enfermedades

EU. Elizabeth González Videla
Encargada Programa Adulto Mayor
Servicio de Salud Metropolitano
Occidente

Dr. Patricio Herrera Villagra
Geriatra del Instituto Nacional de
Geriatría

Dra. Juana Silva
Geriatra
Directora Instituto Nacional de
Geriatría

Dr. Marcelo Villalón C
Escuela de Salud Pública
Facultad de Medicina
Universidad de Chile

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albala, C. e. (2007). *INFORME FINAL EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR EN ISAPRES*. Santiago.
- Arteaga, O., Urzúa, I., Espinoza, I., Muñoz, A., & Mendoza, C. (2008). Prevalencia de Caries y Pérdida de Dientes en Población de 65 a 74 Años de Santiago, Chile. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabíl. Oral*, 2(3):161-166.
- Ayres Carvalho-Mesquita, J. (2002). Ceneptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 67-82.
- Barrantes, M. (2006). *Scielo*. Recuperado el 26 de marzo de 2013, de Género, vejez y salud: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2006000200008&script=sci_arttext
- BEHRENS, M. S. (2007). Guías Clínicas de Diagnóstico y Tratamiento de las demencias. *Revista Chilena de neuropsiquiatria*, 45(3):189-190.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development*. (Ediciones Paidós ed.). Cambridge: Harvard University Press.
- Budlender, D. (2008). The statistical evidence on care and non-care work across six countries. *Geneva, United Nations Research Institute for Social Development*.
- Callegos-Carrillo, K., & al, e. (2006). Autopercepción del estado de salud del estado de salud: un aproximación a los ancianos de México. *Rev Saúde Pública*, 40 (5).
- Carrasco, A. (1998). Constitución de género y ciclo vital entre los aymarás contemporáneos del norte de Chile. *revista Chungará*.
- CEPAL. (1997). *Ageing: four dimensions of all ages*. Santiago: CEPAL.
- CEPAL. (2011). *Observatorio Demográfico América Latina y el Caribe*.
- CEPAL, ECLAC. (2006). *Observatorio Demografico: America Latina y el Caribe*.
- Comisión Nacional del Adulto Mayor. (1995). *Comisión Nacional del Adulto Mayor*. Santiago, Chile.
- Comisión Nacional del Adulto Mayor. (1996). *Política Nacional del Adulto Mayor*. Santiago, Chile.
- D Kuh, Y. B.-S. (1997). *A life course approach to chronic disease epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Forster. A., e. a. (2009). Rehabilitation for older people in long-term care. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, 1 CD004294- PMID: 19160233.

- Frenz, P. (2005). Desafíos de la salud pública de la reforma: Equidad y determinantes sociales de la salud. *Rev Chil Salud Pública*, 103-110.
- Gangul., K. &. (2000). Epidemiology of Dementia. *Neurol Clin*, 18 (4):923-50. .
- Gifford, D. C. (1999). Evaluating dementia screening tests. *Neurology.*, 52: 224-7.
- Ginebra: OMS. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud*. España.
- Gita Sen, A. G. (2005). *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas*. OPS.
- Gómez, A. (1999). La revolución de las canas: reflexiones y experiencias sobre el envejecer de las mujeres. *Rev de Salud de las Mujeres Latinoamericanas del Caribe*, 4.
- Honneth, A. (2011). *La sociedad del desprecio*. Madrid: Trotta.
- Huenchuan, S. (2009). Envejecimiento, Derechos Humanos y Políticas Públicas. En S. Huenchuan, *Envejecimiento, Derechos Humanos y Políticas Públicas* (págs. 23-25). CEPAL.
- Huenchuan, S. e. (2007). *Protección y participación en la vejez: escenarios futuros y políticas públicas para enfrentar el envejecimiento poblacional en Chile*. Santiago: CELADE.
- Huenchuan, Sandra. (1999). Envejecimiento desde una perspectiva cultural. El caso de los mapuches en la Araucanía. *Perspectivas: notas sobre intervención y acción social*, 20-27.
- Huenchuan, Sandra. (2010). *Envejecimiento y género: acercamiento a la situación específica de las mujeres mayores en América Latina*. UNFP.
- INE. (2010). *Esperanza de vida*. Santiago, Chile.
- Instituto Nacional de Estadística. (2007). *evolución de la Mortalidad en Chile según causas de muerte y edad 1990 - 2007*. Santiago Chile.
- Instituto Nacional de Estadística. (2009). *Estadísticas Demográficas*. Santiago, Chile.
- J., G. P. (2007). Prevención de la Dependencia en Persona Mayores. *Primera Conferencia de Prevección y Promoción de Salud en España*. Semfiyc Ediciones.
- Jadue H.L., D. B. (2004). Análisis del nuevo modelo de salud de la Encuesta CASEN 2000. *Rev. Med. de Chile*, 750-60.
- Ferri, CP., Prince, M., et al. (2005). *Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study.*, 366(9503): 2112-7.

- Foster. A. et al (2009). Rehabilitation for older people in long-term care. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, Jan 21(1) CD004294- PMID: 19160233.
- Katz, e. a. (1963). Studies of illness in the aged: the index of ADL. *Journal of the American Association n°185, New York, American Sociological Association*.
- Kukull, W. G. (2000). Epidemiology of dementia: concepts and overview. *Neurol Clin*, 18 (4):923-50.
- Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *revista Cuicuilco. Escuela Nacional de Antropología e Historia, distrito Federal México*.
- Lawrence, J., Bremner, J., & Bier, F. (1966). Osteo-arthritis. Prevalence in the population and relationship between symptoms and x-ray changes. *Ann Rheum Dis*, 25 (1):1-24.
- Lawton MP, B. E. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 179-86.
- Lazarus, R. y. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York: Springer: Antartica .
- Lopez, O. J. (2003). Prevalence and Classification of Mild Cognitive Impairment in the Cardiovascular Health Study Cognition Study. *Arch Neurol*, 60: 1385-1389.
- Martínez Santillán, F. (2000). *Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad*. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos.
- MIDEPLAN. (2000). *Perfil del Adulto Mayor Rural*. Santiago.
- Ministerio de Planificación. (2007). *Diagnostico de la situación económica y social de los adultos mayores*. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud. (2005). *Modelo integral de atención en salud*. Santiago, Chile: MINSAL.
- Ministerio de Salud. (2007). *Informe Final. Estudio de Carga de enfermedad y Carga atribuible*. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud. (2008). *Manual de Aplicación del examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor*. Santiago, Chile: MINSAL.
- Ministerio de Salud. (2009). *DEIS*. Obtenido de www.deis.cl
- Ministerio de Salud. (2010). *Encuesta Nacional de Salud*. Obtenido de <http://www.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
- Ministerio de Salud. (2011). *Orientaciones para la Planificación y Programación en Red*. Santiago: MINSAL.

- Ministerio de Salud. (2011). *Departamento de Estadísticas e Información en Salud*. Obtenido de <http://www.deis.cl/>
- Ministerio de Salud. (2011). *Estrategia Nacional de Salud*. Obtenido de <http://www.minsal.cl/portal/url/itcm/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
- Ministerio de salud. (2011). <http://www.deis.cl/>. Recuperado el 2011 de 2011, de <http://www.deis.cl/>.
- Ministerio de salud. (2011). http://www.minsal.cl/portal/url/page/minsalcl/g_gesauge/guias.html. Recuperado el 2011
- Ministerio de Salud. (2012). *Orientaciones para la Planificación y Programación en Red*. Santiago, Chile: MINSAL.
- Ministerio de Salud. (2012). *Patologías AUGE*. Obtenido de www.minsal.cl
- Ministerio de Salud. (2012). Programa Nacional de Inmunizaciones. MINSAL.
- Ministerio de Salud Pública . (2013). *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de la salud familiar y comunitaria*. Santiago de Chile: Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud,. (2011). *Funciones Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud de Chile 2011*. Obtenido de MINSAL: http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_conozcanos/g_subs_salud_publica/SEREMI_funciones.html.
- Ministerio de Salud. (2007). Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible. *Departamento de Epidemiología*, .
- Ministerio de Desarrollo Social, (2006) Mesa del plan nacional de demencia: Propuesta de acción, las personas y los trastornos demenciantes en Chile
- Ministerio Desarrollo Social. (2009). *CASEN*.
- Ministerio Desarrollo Social. (2011). *CASEN*. Santiago.
- Naciones Unidas. (1983). *Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Nicolau B., M. W. (2012). How will a life course framework be used to tackle wider social determinants of health. *Community Dentistry Oral epidemiology*, 33-38.
- NU. (1991). *Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad*. Resolución 46/91.
- OMS. (1974). *Planificación y Organización de los servicios geriátricos*. Ginebra: OMS.
- OMS. (2001). *Hombres, envejecimiento y salud*. Ginebra: OMS.
- OMS. (2008). *Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Informe de la secretaría*.

- OMS. (2011). *Control mundial de la tuberculosis*. OMS.
- OMS. (2011). *Esperanza Sanitarias Mundiales*. Ginebra: OMS.
- OMS. (2011). *Informe Mundial sobre la Discapacidad*. OMS.
- OMS. (2012). Guía para la rehabilitación basada en la comunidad (RBC). *Capítulo Rehabilitación*.
- OMS. (2013). . Obtenido de <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/index.html>
- OPS/OMS, 2013
- Depresión y demencia son los trastornos mentales que más afectan a los mayores de 60 años en el mundo
- ONU. (2001). *Derechos Humanos y personas de edad*. ONU.
- OPS. (2002). 54ª Sesión del Comité Regional, la Salud y el Envejecimiento. *26ª Conferencia Sanitaria Panamericana de la Salud*. Washington.
- OPS. (2009). *Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable*. OPS.
- OPS. (2011). *Estrategia de cooperación de OPS/OMS con Chile 2011-2014*. Obtenido de <https://www.worldcat.org/title/cooperacion-tecnica-entre-paises-para-el-desarrollo-tecnologico>
- Osorio, P. (2007). *Scielo*. Recuperado el 3 de abril de 2013, de Construcción social de la vejez y expectativas ante la jubilación en mujeres chilenas: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-23762007000200013&script=sci_arttext
- PAHO. (2009). *PLAN OF ACTION ON THE HEALTH OF OLDER PERSONS, INCLUDING ACTIVE AND HEALTHY AGING*. Obtenido de <https://www.worldcat.org/search?q=PAN+AM>
- Programa Adulto Mayor, MINSAL. (2010). *Gestor de Caso del Adulto Mayor en Riesgo de Dependencia*. Santiago.
- Programa del Adulto Mayor, MINSAL. (2002). *Norma de la atención integral de salud del adulto mayor*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
- Programa del Adulto Mayor, MINSAL. (2010). *Manual de prevención de caídas en el adulto mayor*. Santiago.
- Reyes, L., & Villasana, S. (2006)). *Los estudios sociales de vejez en población indígena*. . México: Instituto de geriatría.
- Rodríguez Mañas L, S. J. (2001). *Bases de la Atención Sanitaria al Anciano*. Madrid: SEMEG.
- Rogers, M. H. (2003). Family life with children with disabilities: the key role of rehabilitation. *Journal of Marriage and the Family*, 65:818-833. doi:10.1111/j.1741-3737.2003.00818.x.

- Salgado Alba A, A. A. (1993). *Valoración del paciente anciano*. Barcelona: Masson.
- Salvador Carulla L, C. S.-S. (2004). *Longevidad: tratado integral sobre la salud en la segunda mitad de la vida*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Saunders JB, A. O. (1993). .Development of the Alcohol Use Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 791-804.
- Schulz, R. M. (2004). Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry.*, 12: 240–2.
- SENADIS. (2004). *Estudio Nacional de Discapacidad*. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social.
- SENAMA. (2009). *Las personas mayores en Chile. Situación, avances y desafíos del envejecimiento y vejez*. Santiago, Chile: SENAMA.
- SENAMA. (2012). *Política Integral de envejecimiento positivo*. Obtenido de <http://www.senama.cl/filesapp/PoliticaAM.pdf>
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). (2012). *Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile 2012 - 2025*. Santiago de Chile: SENAMA - Ministerio de Desarrollo Social.
- Singh-Manoux Archana, e. a. (2004). Socioeconomic trajectories across the life course and health outcomes in midlife: evidence for the accumulation hypothesis? *International Journal of Epidemiology*, 1072-1079.
- Stucki. G., U. T. (2005). Applying the ICF for the acute hospital and early post-acute rehabilitation facilities. . *Disability and Rehabilitation.*, 27:349-352- doi:10.1080/09638280400013941 PMID:16040535.
- Stucki .G., R. J. (2007). Organizing human functioning and rehabilitation research into distinct scientific fields. Part II: Conceptual descriptions and domains for research. *Journal of Rehabilitative Medicine:official journal of the UEMS Europ*, 39: 299-307.
- UN. (1997). *International Year of Older Persons. Ageing: Four Dimensions of society for all ages*. Santiago, Chile.
- UN. (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento*. Madrid.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division. (2009). *Population ageing and*

- development*. New York: United Nations.
- Universidad de Chile; SENAMA. (2011). *Segunda Encuesta Nacional: Inclusión y exclusión del adulto mayor en Chile. Opiniones, expectativas y evaluaciones de la población chilena sobre las diferentes modalidades de inclusión y exclusión de las personas adultas mayores*. Santiago, Chile: SENAMA.
- Vásquez-Bronfman. (2006). *Amor y sexualidad en las personas mayores*. España: Gedisa.
- Vogel, N. (2010). Observaciones del envejecimiento desde la ruralidad chilena: caso de Malalcahuello, IX región. *Tesis presentada para obtener el grado de Magister en Antropología y Desarrollo*. Santiago, Chile.
- WHO. (2002). *Active Ageing. A Policy Framework*. Geneva: WHO.
- WHO. (2007). *WHO*. Obtenido de Women, Ageing and Health: A framework for action. Focus on Gender: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43810/1/9789241563529_eng.pdf.

