



UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
FACULTAD DE ARTES Y EDUCACIÓN FÍSICA
DEPARTAMENTO DE KINESIOLOGÍA

Seguimiento de pacientes adultos mayores clasificados según el
Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor como riesgo de
dependencia realizado en el CESFAM Juan Pablo II de la comuna de
San Bernardo durante el periodo 2017-2018

Tesis para optar al Grado de Licenciada en Kinesiología

Autoras:

Javiera Álvarez Rivera

Rocío Díaz Pinto

Mónica Peña Contreras

Docente guía: Klg. Marcela Lepe Leiva

Docente Patrocinante: Klg. Natalia Galarce Ortiz

Santiago, Septiembre 2019



UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN
FACULTAD DE ARTES Y EDUCACIÓN FÍSICA
DEPARTAMENTO DE KINESIOLOGÍA

Seguimiento de pacientes adultos mayores clasificados según el
Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor como riesgo de
dependencia realizado en el CESFAM Juan Pablo II de la comuna de
San Bernardo durante el periodo 2017-2018

Tesis para optar al Grado de Licenciada en Kinesiología

Autoras:

Javiera Álvarez Rivera

Rocío Díaz Pinto

Mónica Peña Contreras

Docente Guía: Klga. Marcela Lepe Leiva

Docente Patrocinante: Klga. Natalia Galarce Ortiz

Santiago, Septiembre 2019

AUTORIZACIÓN

2019, Javiera Álvarez R., Rocío Díaz P., Mónica Peña C.

Se autoriza la reproducción total o parcial de este material, con fines académicos, por cualquier medio procedimiento, siempre que se haga la cita bibliográfica que acredite el presente trabajo y sus autoras.

AGRADECIMIENTOS

- Directora del CESFAM Juan Pablo II, Angie Carrasco Vergara, quien nos permitió realizar el estudio en dicho establecimiento brindándonos un espacio físico, además de la entrega de información relevante.
- Kinesióloga Natalia Galarce Ortiz, quien estuvo dispuesta a asumir el rol de investigadora patrocinante, siendo fundamental para la realización de este estudio, destacando su completa disposición frente a cualquier limitación presentada. Agradecer por la paciencia, comprensión, apoyo, dedicación y conocimientos entregados. Recalcando la preocupación por cada detalle que nos involucraba, resguardando siempre nuestra seguridad. Finalmente, agradecerle por ayudarnos a mantener el buen ánimo y la esperanza de poder darle fin a nuestra tesis.
- Personal del CESFAM por su disposición y carisma entregado cada día.

Por otro lado, un pilar fundamental fueron los siguientes docentes de la Universidad:

- Decana de la Facultad de Artes y Educación Física, Verónica Vargas Sanhueza, quien nos iluminó en los momentos más difíciles de este proceso, dándonos el apoyo necesario y, por su disposición a atender nuestros problemas a pesar de tener su agenda tan ocupada, otorgándonos un abanico de soluciones, siempre con una galletita y un café para alegrarnos el día y poder continuar con nuestro proceso.
- Docente Hernán Valenzuela, por las tantas de reuniones y correcciones que con tanta paciencia nos otorgó durante la redacción del estudio. Gracias por explicarnos una y otra vez los procesos de estadística, aunque todavía no los manejemos al 100%.
- Finalmente, a nuestra Docente Guía, Marcela Lepe Leiva, quien nos proporcionó en primera instancia la idea de realizar esta investigación, otorgándonos sus conocimientos necesarios para darle el enfoque al estudio, confiando en nuestras capacidades. Muchas gracias por abrirnos las puertas de su hogar, siempre atendiéndonos de la mejor manera incluyendo un rico tecito.

Quisiera agradecer a mi familia, amigos y amigas quienes siempre estuvieron presentes durante todo el proceso de tesis, por el apoyo incondicional. Sobre todo, por la paciencia entregada en los momentos de mayor estrés y siempre dispuestos a sacarme una sonrisa a pesar de lo que costara. Gracias infinitas a mi enana, por escucharme y ser quien estaba dispuesta a apañarme en todas las bromas y momentos chistosos que alegraban mis días, además de disfrutar esas tardes de películas, cabritas y conversaciones. Por último, agradecerles a mis compañeras de tesis, Monini (Moniqueen, Monita) y Rochi (Roxi, Rosita) por estar dispuestas a pasar de largo redactando, riendo, bailando, cantando, sin olvidar las compras necesarias para el bajón para no estar de mal humor.

Javiera Camila Álvarez Rivera

Agradezco enormemente a mi familia, la cual siempre estuvo presente en este proceso, dándome apoyo cada vez que lo necesitaba, y una gota de humor que siempre fue necesaria. Por otro lado, a mi pareja, quien me dio ánimo y me escuchó cada vez que me quejaba de algo, gracias por la paciencia. A mis amigas y amigos, ya que en todo momento recibía alguna frase de ánimo. Y, por último, gracias amigas y compañeras de tesis, Javierita y Moniqueens, por todos los momentos llenos de risas, comida, y música, momentos que me ayudaron mucho para este proceso.

Rocío Díaz Pinto

Agradezco en primer lugar a mi familia, mami, papi, hermanitos y nanita por darme todo el apoyo y ayuda necesaria para este proceso, que a pesar de la distancia y verlos poco lograban subirme el ánimo con su chacota particular. También agradezco a mi pareja por estar ahí en todo momento, incluyendo los de máximo estrés, otorgándome ánimo, amor y muchas risas. A mis amiguitas y amiguitos bonitos, quienes siempre han estado ahí a pesar de no tener tiempo para verlos. Y, por último, gracias a las mejores compañeras de tesis, Javierita y Rosita, por todo y más, sin olvidar los bailes, karaokes, comidas y pijamadas que involucraron nuestro estudio.

Mónica Isidora Peña Contreras

Contenido

AUTORIZACIÓN	II
AGRADECIMIENTOS	III
RESUMEN	VII
ABSTRACT	VIII
ABREVIATURAS	IX
CAPITULO 1: Introducción	1
1.1. Problema de investigación	3
1.2. Preguntas de investigación	4
1.3. Relevancia (justificación del problema y uso de resultados)	4
CAPITULO 2: Objetivo del estudio	6
2.1. Objetivo general	6
2.2. Objetivos específicos	6
CAPITULO 3: Marco Teórico	7
3.1 Envejecimiento	7
3.1.1. Definición	7
3.1.2. Clasificación	7
3.1.3. Funcionalidad	8
3.1.4. Persona Mayor en CHILE	10
3.2. Políticas Públicas	11
3.2.1. Derechos humanos y personas mayores	11
3.2.2. Políticas orientadas a personas mayores	12
3.2.3. Políticas Públicas del Adulto Mayor en Chile:	12
3.3. Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS)	17
3.3.1. Principios	17
3.3.2. Sectorización	18
3.4. Programa Adulto Mayor	19
3.4.1. Objetivo del programa	19
3.5. Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor	20
3.5.1. Historia	20
3.5.2. EMPAM	20
3.5.3. Plan de atención y seguimiento	24
3.6. Metas IAAPS	25

3.6.1. Meta EMPAM según IAAPS.....	25
3.7. Comuna de San Bernardo y su Población de Adulto mayor.....	25
3.7.1. Red Asistencial.....	26
3.7.2. CESFAM Juan Pablo II.....	27
3.7.3. Prestaciones.....	28
CAPÍTULO 4: Diseño Metodológico	31
4.1. Diseño de investigación.....	31
4.2. Variables	31
4.3. Población de estudio y muestra	32
4.4. Recolección de datos	34
4.5. Procedimientos éticos	34
4.6. Análisis de datos	34
CAPÍTULO 5: Resultados.....	35
5.1. Descripción de la muestra.....	35
5.2. Resultados por Prestación.....	36
I. Según flujograma.....	38
II. Otras prestaciones.....	43
5.2. Resultados Plan de Seguimiento:.....	49
5.3. Resultados EMPAM 2018	50
CAPÍTULO 6: Discusión	53
CAPÍTULO 7: Conclusiones.....	58
CAPÍTULO 8: Referencias Bibliográficas.....	60
CAPÍTULO 9: Anexos	65
Anexo 1 “Hoja de registro EMPAM”	65
Anexo 2 “Hoja de registro Plan de Atención”	70
Anexo 3 “Autorización del CEC del SSMS”	71
Anexo 4” Autorización del Comité Científico de la dirección de salud de la comuna de San Bernardo”.....	73
Anexo 5 “Autorización de la Dirección del CESFAM Juan Pablo II, comuna San Bernardo”	74

RESUMEN

En Chile, el envejecimiento poblacional ha ido en constante aumento, siendo un 11,4% de la población total. Frente a esto, el Estado Chileno ha propuesto a lo largo del tiempo, diversas políticas públicas. Una de estas es el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), instalado el año 2007. Como eje central de este examen, se encuentra la funcionalidad, la cual es el indicador de salud específico para la Población Adulta Mayor (PAM), identificando los factores de riesgo de esta, categorizando a la población en Autovalentes sin Riesgo, Autovalentes con Riesgo, Riesgo de dependencia y Dependientes.

Para una atención integral de la PAM, el Ministerio de Salud propone la aplicación del Examen y ejecución de un Plan de Atención y de Seguimiento.

El **Objetivo** de este estudio fue evaluar la ejecución de las prestaciones de pacientes adultos mayores clasificados con riesgo de dependencia, post primer EMPAM en CESFAM Juan Pablo II de la comuna de San Bernardo para el período 2017-2018.

El **Diseño Metodológico** fue de tipo descriptivo, transversal y observacional. La muestra final de este estudio fue de 55 Personas Mayores clasificados como Riesgo Dependiente pertenecientes al CESFAM Juan Pablo II de la comuna de San Bernardo.

En los **Resultados** se evidencia que la muestra fue constituida principalmente por mujeres, con una media de edad de 78 años. Del total de prestaciones el 20% pertenecía a las dictadas por el Flujograma propuesto por el MINSAL y el 80% a prestaciones categorizadas como “otras prestaciones”, destacando que la mayoría del total no presentaba cumplimiento de las prestaciones. Dentro del Plan de Seguimiento, el control EFAM se cumplió un 9,1%, siendo uno de los pilares fundamentales de este plan.

Conclusión Los resultados revelan que el plan de atención no se cumple en su totalidad, desde el punto de vista de cumplimiento. Y por parte del plan de seguimiento, de igual forma no se cumple, pero además éste no es solicitado por los profesionales de salud. Destacando que los usuarios con mayor pérdida de funcionalidad presentaban menos cumplimiento a sus prestaciones.

Es necesario realizar estudios de la misma naturaleza para comparar resultados.

ABSTRACT

The population aging in Chile has been constantly increasing, being an 11,4% of total population. In front of these, the Chilean State has propose different public politics over time. One of these measures (politics) it's the "Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM)", executed in 2007. As central axis of this test, there is the functionality, which is a specific health indicator for the old people population (PAM; Población Adulta Mayor), indicating the risk factors about it, categorizing the population in Self-Sufficient without Risk, Self-Sufficient with Risk, Dependence Risk and Dependence.

For an integral attention of the PAM, the Ministry of Health propose the Exam application and execution of an Attention and Trace plan.

The **Objective** of this study was to evaluate benefit execution in old people patients, classified with dependence risk, after first EMPAM in CESFAM Juan Pablo II in San Bernardo commune between 2017-2018.

The **Methodologic Design** was descriptive, transversal and observational type. The final sample of the study was 55 old persons classified as Dependence Risk.

The **Results** shows that the sample was principally establish by women with 78 year at average age. Of the total of benefits the 20% belongs to those dictated by the MINSAL flowchart proposed, and the other 80% belongs to benefits categorized as "other benefits", pointed out that most of the people didn't show assistance.

Inside of the follow ship plan, the EFAM control was just 9,1% successfully accomplished, been one of the fundamental column of the plan.

Conclusion. The results reveal that the attention plan it's not completely fulfilled, in the point of view off the assistance. And by the follow ship plan in the same way is not fulfilled, and also this is not solicited by health professionals.

Showing that the users with most functionality loss, report less assistance to the benefits.

It's necessary make studies with same nature to compare results.

ABREVIATURAS

AFP: Administradoras de Fondos de Pensiones
APSV: Aporte Previsional Solidario de Vejez
APS: Atención Primaria de Salud
AUGE: Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud
AVD: Actividades de la Vida Diaria
CASEN: Caracterización Socioeconómica Nacional
CEC: Comité Ético Científico
CECOSF: Centro Comunitario de Salud Familiar
CESFAM: Centro de Salud Familiar
DEIS: Dirección de Estadística e Información de Salud
DM: Diabetes Mellitus
EFAM: Examen de Funcionalidad del Adulto Mayor
EMPAM: Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor
ERA: Enfermedades Respiratorias del Adulto
FONASA: Fondo Nacional de Salud
GES: Garantías Explícitas en Salud
IAAPS: Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud
IMC: Índice de Masa Corporal
Klgo: Kinesiólogo
MAS AMA: Mas Adultos Mayores Autovalentes
MDS: Ministerio de Desarrollo Social
MINSAL: Ministerio de Salud
MMSE: Mini-Mental State Examination
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PACAM: Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor
PAD: Programa de Atención Domiciliaria

PAM: Población Adulto Mayor
PAO: Programa de Atención Oral
PBSV: Pensión Básica Solidaria de la Vejez
PNI: Programa Nacional de Inmunizaciones
PSCV: Programa de Salud Cardiovascular
RISS: Redes Integradas de Servicio de Salud
RM: Región Metropolitana
RUT: Rol Único Tributario
SAPU: Servicio de Atención Primaria de Urgencia
SEGPRES: Ministerio Secretaria General de la Presidencia
SENAMA: Servicio Nacional del Adulto Mayor
SOME: Servicio de Orientación Médico Estadístico
SPS: Sistema de Pensiones Solidarias
SSMS: Servicio de Salud Metropolitano Sur
RBC: Rehabilitación Basada en la Comunidad.
REM: Resumen Estadístico Mensual
T.O: Terapeuta Ocupacional
TUGO: Timed Up and Go
UMCE: Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación
VDLR: Veneral Disease Research Laboratory

Palabras Claves: Chile, Funcionalidad, EMPAM, Persona Adulta Mayor, Plan de Atención y Seguimiento.

CAPITULO 1: Introducción

En Chile se presenta un fenómeno irreversible y acelerado llamado envejecimiento poblacional, lo que se refleja en los resultados del censo, ya que en 1992 las personas mayores (65 años o más) alcanzaron una cifra de un 6,6%, mientras que en los resultados del CENSO 2017 representaron el 11,4% de la población, lo que se proyecta que esta proporción aumente aún más para el año 2020. Esto demuestra que la población mayor continuará aumentando de una manera sostenida (Instituto Nacional de Estadísticas, 2017). Este hecho conlleva, además del cambio demográfico, un cambio epidemiológico importante, otorgando predominio a las enfermedades no transmisibles (Subsecretaría de Salud Pública, s.f.-a). Por tanto, es necesario un manejo anticipatorio y preventivo, que tenga por finalidad lograr un envejecimiento en mejores condiciones de salud.

Este acontecimiento se instaló en Chile hace dos décadas aproximadamente, y como respuesta se generaron cambios en las políticas públicas que persisten hasta la fecha, orientados en los aspectos positivos y oportunidades asociadas al cambio demográfico. En orden cronológico los hitos más importantes son:

- Año 2002, Ley N°19.828. Se crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)
- Año 2005, se crean programas y Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud (AUGE)
- Año 2008, Reforma Previsional, se crea Pilar Solidario de Vejez
- Año 2010, Ley 20.427, introduce el Maltrato al Adulto Mayor en la Legislación Nacional, modificando la Ley 20.006.
- Año 2012, SENAMA inicia la implementación de la Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile 2012-2015. (Abusleme, M.T., Caballero, M., 2014)

Destacando el actual enfoque llamado “envejecimiento positivo”, éste busca crear un futuro deseable, en donde la población adulto mayor (PAM) sea autovalente e integrada en la sociedad. (Calvo, E., 2013)

Por otro lado, el Ministerio de Salud (MINSAL) incorporó acciones dirigidas a la PAM, enfatizando la incorporación del Examen de Funcionalidad del Adulto Mayor (EFAM), el cual permite detectar factores de riesgo de pérdida de funcionalidad. En el año 2007 se instala en el

plan AUGE el actual Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), promoviendo el envejecimiento saludable (Villalobos, A., s.f.; Ministerio de Salud, s.f.-a). Este examen es un proceso de atención de salud enfocado en las personas mayores de ambos sexos a partir de los 65 años (Subsecretaría de Salud Pública, 2014). Éste realiza un diagnóstico multidimensional e interdisciplinario en donde se cuantifican las capacidades y problemas médicos, psicológicos, funcionales y sociales de la persona mayor, con el fin de crear un plan exhaustivo de cuidados adecuados del usuario, para posteriormente clasificar al usuario según corresponda (Autovalente sin Riesgo, Autovalente con Riesgo, Riesgo de Dependencia y Dependiente). Luego de identificar los factores de riesgo presentes, se realizan prestaciones acordes a las necesidades detectadas, las cuales pueden contemplar tanto atenciones entregadas por el equipo de salud, como también acciones comunitarias. Estas pueden ser dentro del nivel primario, secundario o terciario. (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2019)

La funcionalidad es el eje central del examen, siendo éste el indicador de salud específico para la PAM, ya que no sólo basta con los indicadores de morbilidad y mortalidad, debido a que las patologías se expresan de manera oculta, manifestándose finalmente como una modificación en la funcionalidad de cada usuario (MINSAL, 2009). La pérdida de ésta es algo gradual, posible de intervenir para evitar, aliviar, retrasar o contrarrestar los factores que impulsan este proceso (Villalobos, A., s.f.). En el caso de la persona mayor, se comienza una etapa de cambios y pérdida de aspectos fisiológicos, lo que será determinante en el nivel de funcionalidad (Subsecretaría de Salud Pública, 2014). Estos usuarios en Chile, se caracterizan de tal manera que como consecuencia comienzan a perder roles significativos en lo cotidiano.

Es importante destacar que la atención de cada usuario se debe enfocar en una atención integral, englobando al usuario mismo, su familia y la comunidad y además permitir una atención continua, es decir a lo largo de su etapa vital y en distintos escenarios clínicos (Dois et al., 2016). En base a esto, el MINSAL propone un plan de atención y un plan seguimiento.

Esta investigación se realizó en la comuna de San Bernardo, la cual es la séptima comuna más poblada dentro de la Región Metropolitana, con un total de 301.313 habitantes, siendo un 8,7% perteneciente la PAM, el año 2017. (INE, 2018)

El presente estudio, aportará información sobre el funcionamiento del EMPAM, de tal manera que se pesquise el seguimiento de las indicaciones entregadas por el profesional que lo

aplica. Todo con el fin de contribuir a una atención en salud que logre satisfacer el conjunto de necesidades que presente la PAM.

1.1. Problema de investigación

En Chile se instaló un proceso llamado envejecimiento acelerado, el cual se refleja en el aumento de la PAM (de 65 años o más) demostrada en los resultados del CENSO 2017, siendo 11,4% de la población total. Destacando que actualmente cada diez menores de 15 años hay seis personas mayores (de 65 años o más). Todo esto ha generado que exista una pirámide poblacional estacionaria, que se ha ido rectangulizando a partir del año 2011. (Instituto Nacional de Estadísticas, 2017)

Este proceso ha generado distintas problemáticas, siendo prioritario el desafío socio-sanitario, que busca comprender el fenómeno de la dependencia de las personas mayores desde distintos ámbitos, no solo de la enfermedad. (Superintendencia de Salud, 2008)

Para responder a lo mencionado, surgieron diferentes políticas públicas que favorecieron un envejecimiento positivo. Una de éstas es la aplicación del EMPAM, cuya cobertura ha presentado un leve aumento a lo largo del tiempo, correspondiendo a un 42,14% el año 2013. (Froimovich, 2014).

Por ende, dentro de los objetivos sanitarios del MINSAL 2011-2020, se propone mantener y ampliar la cobertura y calidad del examen, con el propósito de lograr el correspondiente cumplimiento del plan de intervención, el cual consta de dos partes: plan de atención y plan de seguimiento. (Ministerio de Salud, s.f.-b)

En la actualidad se desconoce si existe un seguimiento al plan de intervención de los EMPAM realizados en el CESFAM (Centro de Salud Familiar) Juan Pablo II de San Bernardo, ya que no hay bibliografía pública disponible. Cabe destacar que en el REM (Resumen Estadístico Mensual) nacional 2017 la comuna no presenta información sobre la población mayor bajo control, ni planes de acción y cobertura actual.

A raíz de lo anterior, este estudio analizó el seguimiento del plan de intervención posterior al primer EMPAM aplicado a la PAM bajo control clasificada como Riesgo Dependiente entre los años 2017-2018 en el respectivo CESFAM.

1.2. Preguntas de investigación

De acuerdo con los antecedentes expuestos en los párrafos anteriores, se desprenden las siguientes interrogantes:

- ¿Se ejecuta el plan de seguimiento de la PAM clasificada, según EFAM, con riesgo de dependencia?
- ¿Se realizan las prestaciones intra-CESFAM derivadas del EMPAM en la población con riesgo de dependencia?
- ¿Existe diferencias en el porcentaje de cumplimiento (asistencia, retiro o aplicación) según el nivel de clasificación EFAM al año 2018?

1.3. Relevancia (justificación del problema y uso de resultados)

Chile es catalogado como un país envejecido, donde su acelerado ascenso es una de las razones por la cual el gobierno decide implementar estrategias para su contexto poblacional, enfocándose en la calidad de vida y funcionalidad de los adultos mayores.

Una de las estrategias preventivas implementadas es el EMPAM, el cual lleva más de una década desde su aplicación en la población perteneciente al sistema público, detectando el nivel de funcionalidad mediante un diagnóstico multidimensional e interdisciplinario. Este examen destaca por contribuir al seguimiento del usuario para favorecer la calidad de vida, mejorando o impidiendo el deterioro del nivel funcional en el que se encuentre la persona mayor en cuestión.

Es importante destacar el rol del Kinesiólogo, ya que, en primer lugar, es uno de los profesionales de la salud que se encargan de aplicar el EFAM en centros de salud primaria, siendo un profesional que evalúa la funcionalidad en personas mayores e interviene de manera multidimensional. La realización de esta prueba diagnóstico es una herramienta muy importante para dar a conocer el estado de las personas mayores. Los usuarios sometidos a esta prueba requieren un plan de trabajo, que en el caso de los autovalentes con riesgo y riesgo de dependencia presentan mayor número de prestaciones solicitadas y además la realización del EFAM antes de seis meses.

Este estudio tiene como fin aportar información sobre el seguimiento del plan de intervención luego de la realización del primer EMPAM de tal manera que se puedan reforzar las áreas falentes y mantener las logradas, y así contribuir a una atención en salud que logre satisfacer el conjunto de necesidades.

Además, permitirá entregar toda la información recabada al CESFAM Juan Pablo II de la comuna de San Bernardo a través de la entrega de una copia de tesis y presentación correspondiente, con los resultados adquiridos respecto a su funcionamiento, estrategias dirigidas a la persona mayor y los resultados en relación al EMPAM, pudiendo ser material de apoyo para fortalecer las estrategias del CESFAM.

Este estudio tiene como finalidad aportar información al Departamento de Kinesiología de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación (UMCE), sobre una de las realidades que se presenta en Atención Primaria de Salud (APS), enriqueciendo el desarrollo de asignaturas enfocadas a este tema, tales como APS, Gestión en Salud y Adulto Mayor.

CAPITULO 2: Objetivo del estudio

2.1. Objetivo general.

Evaluar la ejecución de los planes de intervención (seguimiento) de pacientes adultos mayores (mayor o igual a 65 años) clasificados con riesgo de dependencia, post primer EMPAM en CESFAM Juan Pablo II de la comuna de San Bernardo para el período 2017-2018.

2.2. Objetivos específicos.

- Cuantificar el número de prestaciones cumplidas y/o entregas de prestaciones: contabilizando las asistencias y/o entregas de la totalidad de la muestra y agrupándolas por tipo de prestación.
- Evidenciar ejecución del plan de seguimiento: es decir, la aplicación EFAM cada 6 meses y ficha del plan de seguimiento.
- Identificar las prestaciones del nivel primario intra-CESFAM: correspondiente a las prestaciones que se solicitan, asisten y/o entregan en el CESFAM Juan Pablo II de la comuna de San Bernardo.
- Determinar la ventana de tiempo del cumplimiento de las prestaciones otorgadas

CAPITULO 3: Marco Teórico

3.1 Envejecimiento

3.1.1. Definición.

El envejecimiento es una experiencia única, y su significado puede variar según cada cultura, es un fenómeno multidimensional, es un proceso complejo donde se experimentan cambios físicos, psicológicos y sociales, entre otros, cargados de afectos y sentimientos (Organización Mundial de la Salud, 2018). Se entiende, de acuerdo a Barraza & Castillo (2006), como un proceso natural, universal, irreversible, dinámico, progresivo, declinante, continuo, heterogéneo e inevitable, que se desarrolla a lo largo de toda la vida. Describiéndose con las siguientes palabras.

- Universal: perteneciente a toda persona
- Irreversible: no puede volver a su estado anterior
- Dinámico: evoluciona con el tiempo
- Progresivo: se desarrolla de manera continua
- Heterogéneo: Compuesto de partes de diversa naturaleza
- Declinante: funcionalidad del organismo se debilita paulatinamente

Los mecanismos del envejecimiento son aleatorios y se ven influidos por la interacción de diversos factores: genéticos, sociales, culturales, y del estilo de vida. Desde un punto biológico se produce una disminución gradual de las capacidades físicas y mentales del ser humano, debido a la acumulación de variedad de daños moleculares y celulares. Estos daños reducen la reserva fisiológica y aumentan el riesgo de diversas patologías. Los cambios que se presentan no son lineales ni uniformes. El envejecimiento, no son sólo cambios físicos, sino que además existen cambios de roles y posiciones sociales, y la necesidad de hacer frente a la pérdida de relaciones estrechas. Algunos de estos cambios son el resultado de la adaptación a la pérdida, o reflejan el desarrollo psicológico sostenido en la edad avanzada, asociado con la adquisición de nuevos roles, puntos de vista y varios contextos sociales. (OMS, 2015)

3.1.2. Clasificación.

Al referirse al envejecimiento, existen diferentes clasificaciones, las cuales no sólo incluyen aspectos fisiológicos sino también psicológicos y sociales. Dentro de éstas, en Chile

se destacan tres miradas del envejecimiento, las cuales han influido en las políticas públicas a partir de la década de los '90. En 2013, Calvo las describe como:

- Envejecimiento saludable: hace hincapié en el individuo y en conservar por mayor tiempo sus condiciones de salud y su autonomía funcional, y así poder ser un ente participativo en la sociedad.
- Envejecimiento activo: se atribuye tanto a individuos como a grupos poblacionales, permitiendo a estos realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de la vida siendo partícipe de manera continua en la sociedad.
- Envejecimiento positivo: se enfoca en los dos tipos de envejecimiento descritos anteriormente, donde su mirada actual destaca a la persona mayor como un individuo con derechos, existiendo una preocupación explícita por el bienestar subjetivo.

3.1.3. Funcionalidad.

La funcionalidad o independencia funcional es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir para mantener el cuerpo y subsistir independientemente. Cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está indemne. (Silva, 2005)

En el año 1976, la Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomendaron el uso de la autonomía o estado de salud funcional como el indicador más relevante del estado de salud para la PAM. Seis años después, en la Asamblea Mundial del Envejecimiento se concreta la definición de la funcionalidad como el indicador de salud específico para la PAM, debido a que los indicadores de morbilidad y mortalidad, comúnmente usados en el resto del ciclo vital, no son los más adecuados para este grupo etario. En este grupo, la morbilidad no posibilita instaurar diferencias entre sujetos sanos y enfermos, en vista de que habitualmente la PAM manifiesta enfermedades crónicas. Las patologías se expresan de manera oculta y se manifiestan como modificaciones en la funcionalidad. Al evaluar la funcionalidad, se favorece la identificación de factores de riesgo que sean capaces de amenazar la independencia y autonomía de la persona mayor. De este modo, es posible organizar y llevar a cabo acciones anticipatorias. (MINSAL, 2009)

Con respecto a este término, se conoce que la persona mayor comienza una etapa de cambios y pérdida de aspectos fisiológicos, lo que determina el nivel de funcionalidad de éste

en diferentes categorías, las cuales corresponden a cuatro niveles desde el más funcional al menos funcional: autovalente sin riesgo, autovalente con riesgo, riesgo de dependencia y por último dependiente. (Subsecretaría de Salud Pública, 2014)

Esta clasificación y caracterización de la PAM se obtiene como resultado de la evaluación funcional realizada en el EMPAM (Anexo 1). Esto permite planificar y proyectar la intervención para la PAM, permitiendo así una pesquisa prematura del diagnóstico, tratamiento, intervención, y rehabilitación temprana. Con esta clasificación, es posible realizar intervenciones específicas para cada grupo (Subsecretaría de Salud Pública, 2014).

Según MINSAL (2014) se describen como:

- Autovalente sin riesgo: se centra en el autocuidado, intersectorialidad y educación, teniendo como objetivo mantener y promover la funcionalidad, promoviendo el envejecimiento saludable.
- Autovalente con riesgo
- Riesgo de dependencia

Tanto el autovalente con riesgo como el riesgo dependiente se le realiza identificación de factores de riesgo, tratamiento y rehabilitación integral, fortalecimiento de red de apoyo de los usuarios, intersectorialidad, ayudas técnicas, talleres y educación. Esta intervención tiene como fin prevenir la pérdida de la funcionalidad tanto física, psíquica como social.

- Dependiente: intervención basada en la atención domiciliaria (hospitalización domiciliaria, Programa de Atención Domiciliaria (PAD)), y ayudas técnicas. Su objetivo es velar por mantener una buena calidad de vida de los usuarios y de los cuidadores de estos.

En el caso de esta investigación, se enfocó en la categorización de personas mayores con riesgo de dependencia. Este grupo se caracteriza por una aminoración de la resistencia y de sus reservas fisiológicas, provocando que éste sea quien más utiliza los servicios de salud, aumentando sus ingresos hospitalarios, además de presentar pluripatologías, mayor frecuencia de caídas, muertes precoces y polifarmacia. En relación a lo mencionado anteriormente, es importante que se conserve la continuidad de la atención de salud,

enfocándose en un trato personalizado y cercano, para así lograr un efecto positivo de forma inmediata, permitiendo evitar y retardar la dependencia. Todo esto genera un gran desafío para el sistema de salud, tanto a mediano como a largo plazo. (Villalobos, A., s.f.)

3.1.4. Persona Mayor en CHILE.

Según el Estado de Chile, la PAM se considera a partir de los 60 años, edad establecida por la ley N° 19.828, artículo número uno (Ministerio Secretaría General de la Presidencia, 2002). Con relación a esto, los resultados de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2015 revelaron que la PAM ascendió a un 17,6% de la población total, destacando que en el año 1990 esta población representaba solo el 10,1% (MDS, 2017). Producto de este aumento se dice que Chile vive un proceso de envejecimiento poblacional, y esto ha significado un cambio epidemiológico importante (Subsecretaria de Salud Pública, s.f.-a), el cual conlleva a alcanzar cifras cada vez mayores respecto a la esperanza de vida al nacer, la cual según el CENSO 2002 fue de 80,8 años para mujeres y 74,8 años para hombres y, actualmente se alcanzan cifras de 85 y 80 años respectivamente. (Organización Panamericana de la Salud, s.f.)

Es importante caracterizar a la PAM de Chile, donde los sujetos mayores de 60 años aseveran realizar actividades de la vida diaria (AVD) sin ayuda, proporción que disminuye con el paso de los años, afirmando que evitan salir de casa (Castillo, 2018). Situación que se agrava cuando más del 90% de la población no realiza algún tipo de actividad física. (Subsecretaría de Salud Pública, 2017)

En consecuencia, pierden roles significativos en lo cotidiano debido al proceso de jubilación y la pérdida del rol de trabajador activo. (Castillo, 2018)

En relación al ámbito sanitario, un 36,3% afirma concurrir menos de una vez al mes o incluso nunca a algún servicio de salud (Castillo, 2018). Destacando que la mayoría de la PAM son poli-patológicos crónicos. (Villalobos, A., s.f.)

Continuando con el punto anterior, según el REM del año 2016, publicado por la Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS), se establece que el número total de personas mayores en control corresponde a 846.688. La cual se subdivide según su clasificación funcional:

- Adulto Mayor sin riesgo: 43,2%
- Adulto Mayor autovalente con riesgo: 27,7%
- Adulto Mayor en riesgo de dependencia: 14,7%
- Adulto Mayor dependiente: 14,4%

3.2. Políticas Públicas

Roqué & Amaro (s.f), declaran que:

Chile es uno de los países más envejecidos de América del Sur, siendo la PAM un grupo etario con cualidades y problemas de salud característicos, que conforman una problemática, la cual debe ser resuelta mediante el diseño e implementación de programas específicos que fomenten el desarrollo de un envejecimiento positivo, a través de políticas públicas con diferentes intervenciones y propuestas. Siendo uno de los principales enfoques el reconocimiento de los derechos humanos de esta población y el mejoramiento de la calidad de vida.

3.2.1. Derechos humanos y personas mayores.

En una sociedad, la agrupación de normas jurídicas debe ser interpretada como la manifestación de un conjunto de relaciones políticas, culturales, sociales y económicas que rigen en un momento establecido en una época trascendental, lo cual hace referencia a la vejez como una construcción social e histórica reciente.

En la declaración del Plan de Viena, en la década de los 80, se origina una identidad política específica basada en la pertenencia a un determinado grupo etario. Así, la PAM comienza a establecerse como sujetos políticos identificables en la vejez, originado por los cambios sociodemográficos que han ido modificándose y dándole protagonismo en la sociedad.

La identidad política, nace por sus experiencias, las demandas, necesidades y problemas propios e inherentes a la edad, las cuales requieren respuestas a este grupo etario.

Esta necesidad comenzó a concretarse mediante herramientas jurídicas de índole internacional y regional que han sido un fuerte aporte en la elaboración y consolidación del paradigma de derechos humanos vigente, en las políticas que se enfocan en la vejez.

El paradigma de los derechos humanos en las políticas orientadas a la vejez instaura fundamentos como los de autonomía, participación e inclusión social de la PAM en la vida

comunitaria y en los organismos que les atañen directamente, el fortalecimiento y la propagación de la seguridad social, la cultura del buen trato, la integridad, la mejora de la calidad de vida y el envejecimiento positivo entre otros.

3.2.2. Políticas orientadas a personas mayores.

Como respuesta al envejecimiento poblacional nacen las políticas públicas gerontológicas, las cuales han ido progresando en conjunto con los procesos políticos, sociales, económicos y culturales.

A finales del siglo XX e inicios del siglo XXI comienza un hito en donde las políticas se centran en los paradigmas de los derechos humanos favoreciendo a la creación de nuevas institucionalidades enfocadas en las políticas públicas para el envejecimiento. Estas instituciones han efectuado desde su inicio las políticas en las que la persona mayor es entendida como persona ciudadana con derechos y obligaciones. A partir de esto en Chile se crea el SENAMA.

3.2.3. Políticas Públicas del Adulto Mayor en Chile:

Chile se encuentra en una transición demográfica con el envejecimiento de la población, en etapa avanzada, producto de una reducción de las tasas de mortalidad y a la vez la disminución de las tasas de fecundidad.

Los primeros abordajes nacen en la década de los 90, con el Presidente Patricio Aylwin Azócar, quien instaló como grupo prioritario para la política pública a las personas de 60 años y más.

En este período se llevaron a cabo las primeras valoraciones sobre la condición de la PAM comenzando así, intervenciones relacionadas a las transferencias de recursos a los municipios.

En el gobierno de Eduardo Frei Ruiz-Tagle, se nombra una Comisión Nacional para el Adulto Mayor, la cual comienza su funcionamiento el año 1995. A raíz del informe que entregó la Comisión, el cual incluía un diagnóstico y propuestas para la institucionalización, se creó oficialmente, a través del Decreto Supremo N°203 el Comité Nacional para el Adulto Mayor el cual fue presidido por la Primera Dama Marta Larraechea de Frei. Al año siguiente, en 1996, el Consejo de Gabinete de Ministros del Área Social aprobó la Política de Gobierno para el Adulto

Mayor. Durante 1997, se dictaminó el Decreto Supremo N°009, el cual originaba los Comités Regionales para la PAM, debiendo ser coordinado por el Intendente Regional y constituido por los Secretarios Regionales Ministeriales del área social y por representantes de organismos de la sociedad civil. Estos comités tienen por labor llevar a cabo la política a nivel regional. (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2009)

Las políticas públicas son descritas a continuación:

SENAMA (2002).

En el año 1999 se envió al Congreso el Proyecto de Ley que crea el SENAMA, siendo aprobado, mediante la Ley N°19.828 por el Congreso de la República el año 2002 bajo la tutela del gobierno del presidente Ricardo Lagos, siendo perteneciente al Ministerio de Desarrollo Social (MDS).

En el año 2003 comienza la labor del SENAMA, siendo éste un servicio público, el cual trabaja de manera descentralizada, con patrimonio propio y personalidad jurídica. Está relacionado con el Ministerio Secretaria General de la Presidencia (SEGPRES). (SENAMA, 2009)

Su misión es: “Fomentar el envejecimiento activo y el desarrollo de servicios sociales para las personas mayores, cualquiera que sea su condición, fortaleciendo su participación y valoración en la sociedad, promoviendo su autocuidado y autonomía, y favoreciendo el reconocimiento y ejercicio de sus derechos; por medio de la coordinación intersectorial, el diseño, implementación y evaluación de políticas, planes y programas”. (SENAMA, 2012)

Actualmente el SENAMA se encarga de la participación y cuidado de la PAM, por medio de diversos programas. Los programas de participación buscan promocionar la contribución de las personas mayores a la sociedad y la promoción del envejecimiento activo, mientras que los programas de cuidados socio sanitarios, benefician a personas con algún grado de dependencia.

Plan AUGE (2005).

El proceso de cambio epidemiológico producto del envejecimiento de la población, de las modificaciones en las condiciones de trabajo y en los hábitos de vida, entre otros factores, se ven reflejados en el planteamiento de las nuevas metas sanitarias nacionales para los años

comprendidos entre 2011 y 2020. Se plantean objetivos que tienen una relación directa e indirecta con los desafíos provenientes del envejecimiento de la población y de la transformación que experimenta la sociedad.

El año 2005 se crea el plan AUGE, el cual cubre 80 situaciones de salud, de las cuales siete son exclusivas de las personas mayores (Instituto de Políticas Públicas en Salud, s.f.). Estas son atendidas en la red asistencial pública para los beneficiarios de FONASA, mientras los y las inscritos(as) en el sistema privado pueden acceder mediante la red de aseguradoras particulares. (SENAMA, 2009)

La política de salud, además, tiene componentes específicos orientados a mantener la capacidad funcional de la persona mayor. En base a esto, el Programa del Adulto Mayor contempla acciones de prevención, como un control anual de salud (EMPAM) y controles periódicos de enfermedades. En el contexto de recuperación se incluyen consultas de morbilidad para la PAM que llegue con cualquier tipo de enfermedad al consultorio u hospital.

Entre las prestaciones de salud dirigidas a la PAM ha sido de alto impacto la eliminación del copago para quienes tienen 65 años y más.

Reforma previsional (2008).

El objetivo principal de los sistemas de previsión y jubilación consiste en proteger a la población del riesgo de pérdidas de ingresos en la vejez. (SENAMA, 2009)

Durante la reforma establecida en los años 80, la cual fue radical, el sistema de pensiones pasó a un sistema de capitalización individual, en donde las pensiones se pagan con cargo a cuentas individuales de ahorro previsional. Este debía resolver tres problemas del sistema de reparto:

- El bajo valor de las pensiones
- La escasa cobertura de los trabajadores independientes
- El desfinanciamiento del sistema

Sin embargo, tras 27 años de aplicación, la mayoría de los trabajadores no lograron cotizar con la constancia requerida y el rendimiento de sus aportes no ha sido suficiente. Antes de la puesta en marcha de la reforma previsional, existían más de ocho millones de personas

afiliadas a través de una Administradora de Fondos de Pensiones (AFP) al sistema de capitalización individual. (SENAMA, 2009)

En base a esto, en el año 2008 fue promulgada la Ley Sobre Reforma Previsional (Ley N° 20.255) siendo aprobada por el Congreso Nacional. Esta reforma creó un Sistema de Pensiones Solidarias (SPS) que beneficia a aquellos que no pertenecen a un sistema previsional o no tienen derecho a pensión.

Los principales beneficios para las personas mayores de 65 años son:

- Pensión Básica Solidaria de Vejez (PBSV): beneficio monetario mensual de cargo fiscal al que tienen derecho todas las personas que no cotizaron en el régimen previsional. Beneficia al 40% más pobre de la población.
- Aporte Previsional Solidario de Vejez (APSV): aporte monetario mensual que incrementa las pensiones autofinanciadas inferiores a 255.000 pesos.
- Bono por hijo nacido vivo: se otorga a todas las mujeres que cumplan con los requisitos correspondientes. Consistente en un aporte estatal que equivale al 10% de 18 ingresos mínimos mensuales.

Diez años posterior a la promulgación de la Ley N° 20.255, el 50% del total de jubilados que percibieron una pensión de vejez por edad obtuvieron menos de \$151.000 (\$135.000 si no se incluyera el APSV). Inclusive la mitad de quienes cotizaron más de 30 años, recibieron menos de \$296.332, lo que superó ligeramente al salario mínimo de fines de 2018, no obstante, se encuentra bajo el salario mínimo vigente. Este considerable desequilibrio previsional, es mayor en el caso de las mujeres, dado que el 50% de ellas, recibieron una pensión menor a \$138.000 (\$107.000 si no se incluyera el APSV). Por último, cabe destacar que ocho de cada diez nuevos pensionados en Chile, ni siquiera logran superar la línea de pobreza con su pensión, lo cual refleja que después de casi 40 años de funcionamiento del sistema de cuentas individuales administrado por las AFP, no se consiguió llevar a cabo el objetivo primordial: pagar pensiones suficientes. (Gálvez, R., & Kremmerman, M., 2019)

Ley N°20.427: Maltrato al Adulto Mayor

Abusleme, M.T. & Caballero, M. en 2014 relatan que:

Desde el 2009, a través del SENAMA, se evidenció un aumento de consultas por maltrato hacia las personas mayores. En ese año se establecía la Ley N°20.066 de Violencia Intrafamiliar, la cual se modificó por la Ley N°20.427, la cual establece que “el Estado adoptará políticas orientadas a prevenir la violencia intrafamiliar, en especial contra la mujer, los adultos mayores y los niños, y a prestar asistencia a las víctimas”. Así el Estado debe establecer políticas orientadas a la prevención de violencia intrafamiliar hacia las personas mayores.

Ante esto, el SENAMA, declarado en la Ley N°19.828, es quien debe velar por la protección de este grupo etario, y además es quien tiene la facultad de proponer políticas destinadas a los problemas que se presenten.

A partir de esto se crea el Programa contra el Maltrato y Abuso al Adulto Mayor, el cual se implementó a partir del año 2012 a nivel nacional.

Política integral del Envejecimiento Positivo 2012-2025

Como se mencionó anteriormente, el envejecimiento positivo como concepto abarca tanto el envejecimiento saludable y activo. El envejecimiento desde el punto de vista de política pública busca integrar a la PAM en distintos ámbitos de la sociedad, promoviendo la autovalencia y además posiciona a la persona adulta mayor como un sujeto de derecho. Por otro lado, este envejecimiento busca generar un país el cual afronte de manera óptima los cambios demográficos que se están llevando a cabo. (Kornfeld, 2012)

El autor anterior destaca que este envejecimiento que si bien, busca la autovalencia y niveles de bienestar, no implica eliminar los aspectos negativos per se del envejecimiento, como los problemas de salud y el miedo a depender de otros, si no que busca intensificar los aspectos positivos y amainar los aspectos negativos de este.

Siguiendo con lo anterior, esta política pública tiene tres objetivos generales para cumplir sus principales funciones, los cuales son; proteger la salud funcional de las personas mayores, mejorar su integración y participación en distintos ámbitos de la sociedad y, por último, incrementar el bienestar subjetivo de estos usuarios.

A nivel nacional el envejecimiento ha ido en aumento, proyectando un incremento al triple de la PAM al año 2050 en relación con la actualidad. Debido a esto es necesario una Política Integral de Envejecimiento Positivo, por lo que el país tendrá que realizar esfuerzos

para garantizar la salud funcional de las personas mayores, mejorar sus niveles de integración y participación en distintos ámbitos de la sociedad e incrementar su bienestar subjetivo. (SENAMA, s.f.)

3.3. Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS)

Según MINSAL, se define MAIS como “El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al usuario 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”. (Subsecretaría de Redes Asistenciales, s.f.)

3.3.1. Principios.

Este modelo se sustenta en tres principios irrenunciables basados en atención primaria, los cuales operan en un marco de un trabajo en red y en equipo (Figura 1).



Figura 1: “Modelo de atención integral de Salud Familiar y Comunitaria”

Según Dois et al. (2016), se describen:

- Centrado en las personas: Se basa principalmente en la corresponsabilidad del equipo de salud, los usuarios, su familia y la comunidad, con respecto al cuidado de la salud, haciendo énfasis en los derechos y deberes de los usuarios.
- Integralidad de la atención: Función que incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, los cuales deben ser suficientes ante las necesidades de salud biopsicosocial-espirituales y cultural de las personas.

- Continuidad del cuidado: Se relaciona con la coherencia y conexión que el usuario distingue en las distintas acciones concernientes al cuidado de su salud, a lo largo de su etapa vital y en distintos escenarios clínicos.

3.3.2. Sectorización

Es una estrategia interna de acercamiento a la población usuaria, definida por superficie, número de habitantes, equipamiento e infraestructura comunitaria y recursos, que determinan la subdivisión de un área geodemográfica de acuerdo con ciertos criterios para agrupar a la población adscrita en sectores. La Subsecretaría de Redes Asistenciales (2008) señala que los criterios pueden ser:

- Administrativos: unidades vecinales
- Epidemiológicos: socioeconómicos (delincuencia, adicciones, pobreza, mujeres jefas de hogar, etc.), demográficos (zonas de alta densidad, índice de vejez), etc.
- Geográficos y de accesibilidad: separaciones naturales como cauces de agua o cerros.
- Culturales: preferencias, identidad, aspectos históricos u otros.

Por otra parte, cada sector está a cargo de un equipo de cabecera (Enfermera, Técnico Paramédico, Médico, Matrona y Asistente Social), con tareas y funciones determinadas. Este equipo considera las características epidemiológicas, geográficas, sociodemográficas, de vivienda, etc., y determina los recursos comunitarios u otros que se encuentran a disposición en el área del sector, para así permitir el conocimiento de la población y fomentar una relación más cercana con los usuarios.

Por último, se determinan los equipos de apoyo transversal, quienes deben interrelacionarse con cada equipo de cabecera permitiendo un flujo permanente de información. Su deber es el apoyo al constante cuidado y promoción de la salud del total de población inscrita en el CESFAM, sin ser parte directa de los equipos de cabecera. Quienes forman parte de este grupo son los Psicólogos, Nutricionistas, Kinesiólogos, Terapeutas Ocupacionales, Odontólogos, Orientadores Familiares, Tecnólogos Médicos, etc. (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2008)

3.4. Programa Adulto Mayor

El Programa Nacional del Adulto Mayor se implementa para organizar las estrategias en salud de personas de 65 años y más con el enfoque de ciclo y del MAIS, considerando el género y la interculturalidad. Este grupo etario se atiende principalmente en centros de APS, donde el ingreso se realiza mediante el EMPAM, siendo éste la primera prestación de salud. (Corporación Municipal de Educación y Salud De San Bernardo, 2018)

3.4.1. Objetivo del programa

Según el MINSAL el objetivo del programa consiste en “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 derecho, 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”. (Subsecretaría de Salud Pública, 2014)

Uno de los programas más reconocidos y potentes pertenecientes a este programa es el Programa Mas Adulto Mayor Autovalente, conocido como una intervención promocional y preventiva en el área de la salud. (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2015)

Según la Orientación Técnica del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes este programa tiene como propósito colaborar con la mejora de la calidad de las personas mayores o igual a 65 años, retrasando la dependencia y prolongando su autovalencia, promoviendo un envejecimiento activo, gracias a una atención integral, basándose en el modelo de Salud Familiar y Comunitaria. Contempla la participación de Personas Mayores (65 años o más) categorizadas en el EMPAM como Autovalentes, Autovalentes con Riesgo y Riesgo de Dependencia y da inicio con una intervención de estimulación de habilidades motoras y cognitivas, prevención de caídas, autocuidado y estilo de vida saludable.

Este programa se realiza en la comunidad, gracias a la acción del equipo de salud de atención primaria, principalmente el Kinesiólogo y Terapeuta Ocupacional. (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2015)

3.5. Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor

3.5.1. Historia

En el año 1996, “la política nacional explícita para el adulto mayor consistía en lograr un cambio cultural de toda la población referente a la valoración y trato hacia los adultos mayores, lo cual implica una percepción distinta acerca del envejecimiento y así alcanzar mejores niveles de calidad de vida para los adultos mayores. Se propone incentivar acciones en las áreas de promoción, prevención y atención curativa específica en las perspectivas de un envejecimiento activo” (Barraza & Castillo, 2006). Siguiendo la línea de esta política, en el año 1999 se incorpora en la APS el EFAM, el cual es reconocido como Garantía Explícita de Salud (GES). Este permite evaluar la funcionalidad para identificar el riesgo de dependencia y la fragilidad, la cual es entendida como un constructo complejo con aspectos biológicos, funcionales y clínicos, los cuales contribuyen con un enfoque de riesgo favorable para la planificación en salud (Gajardo, 2017). Posteriormente, en el año 2008 el MINSAL ingresa, oficialmente, el EMPAM, como la sucesión del proyecto de Control Sano del Adulto Mayor. (Villalobos, A., s.f.)

3.5.2. EMPAM

El EMPAM es un proceso de atención de salud enfocado en las personas mayores de ambos sexos a partir de 65 años, beneficiarios del sistema público de salud, ejecutado por un profesional de salud debidamente capacitado (médico, enfermero/a, kinesiólogo/a, nutricionista y matrón/a). En zonas rurales podrá además ser realizado por técnico paramédico de nivel superior capacitado, el cual deberá ser supervisado en la elaboración del plan de atención por un profesional a cargo (DIPRECE, 2014). Se realiza en 60 min aproximadamente, con una periodicidad anual. Este examen consta de tres objetivos principales:

- Evaluar la salud integral y la funcionalidad de la PAM, entendiéndose funcionalidad como el centro principal del examen.
- Identificar y controlar los factores de pérdida y riesgo de la funcionalidad
- Elaborar un plan de atención y seguimiento para ser ejecutado por el equipo de salud.

Este examen es un proceso de diagnóstico multidimensional e interdisciplinario en donde se cuantifican las capacidades y problemas médicos, psicológicos, funcionales y sociales de la

persona mayor, a través de una evaluación clínica, mental, social y funcional, que tiene como objetivo pesquisar, prevenir y retardar la pérdida de la autonomía e independencia, con el fin de crear un plan exhaustivo de cuidados adecuados del usuario, donde la clave es clasificar la funcionalidad del usuario presentada en el EMPAM, destacando que su alteración constituye el signo de alerta más importante de enfermedades de la persona mayor. Luego de identificar los factores de riesgo presentes, se realiza una derivación acorde a las necesidades detectadas, las cuales pueden contemplar tanto atenciones entregadas por el equipo de salud, como también acciones comunitarias. (Subsecretaría de Salud Pública, 2014; Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2019)

3.5.2.1. Componentes- Instrumentos

Es una evaluación que consta de ocho componentes (Anexo 1), los cuales se describen según el “*Manual de Aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor*” de la Subsecretaría de Salud Pública:

- I. Mediciones de signos vitales y antropometría: incluye presión arterial, pulso, peso, talla, Índice de Masa Corporal (IMC), circunferencia de cintura y actividad física.
- II. Diagnóstico funcional (EFAM- Chile)

- a) EFAM: permite clasificar a los adultos mayores según grado de funcionalidad y detecta los factores de riesgo de la persona.

Esta parte no se aplica a usuarios que visiblemente presentan una situación de discapacidad (se les realiza Índice de Barthel)

Parte A: La parte A del EFAM está compuesta por nueve preguntas:

- Las preguntas 1-5: son respecto a actividad de la vida diaria y la capacidad de ejecutarlas. Cada pregunta tiene máximo seis puntos.
- Las preguntas 6-7: son respecto al estado y reserva cognitivos a través de la educación formal. La pregunta número seis es la evaluación de Mini-Mental State Examination (MMSE). La pregunta número siete responde sobre los años de escolaridad que posee el adulto mayor. La pregunta número seis tiene como máximo 19 puntos y la pregunta número siete tiene como máximo seis puntos.
- Las preguntas 8-9: son respecto a la funcionalidad del tren superior e inferior. Cada pregunta tiene un máximo de seis puntos.

Si el puntaje es ≤ 42 puntos: la persona se califica en Riesgo de Dependencia y debe ser derivado a médico.

Si el puntaje es ≥ 43 puntos: la persona se califica como Autovalente y se le aplica la Parte B del Instrumento

Parte B: Esta parte es para discriminar si la persona es autovalente con riesgo o sin riesgo.

La parte B del EFAM está compuesto por seis preguntas, las que incluyen:

- Preguntas 1- 2: Apuntan al riesgo cardiovascular. Cada pregunta tiene un puntaje máximo de 13 puntos.
- Las preguntas 3-4: Apuntan al estado cognitivo actual. En donde la pregunta cuatro se repite el puntaje obtenido en la parte A de la aplicación de MMSE. Cada pregunta tiene un total de nueve puntos.
- Las preguntas 5-6: Apuntan a sospecha de depresión y ansiedad. Cada una con un puntaje máximo de nueve puntos.

Si el puntaje es ≥ 46 puntos: La persona se califica como Autovalente Sin Riesgo, y debe ser derivado a acciones de promoción y prevención.

Si el puntaje es ≤ 45 puntos: La persona se califica como Autovalente Con Riesgo, y debe ser derivado a médico y/o educar en la adherencia al Programa que corresponda.

Presencia de Redes: La existencia y calidad de redes determinan la calidad de vida en la vejez.

Índice de Barthel para la Clasificación de Dependencia: Este índice es utilizado sólo para usuarios clasificados como dependientes. Aquellos que posean ayuda técnica u órtesis, también que necesiten de otra persona para el diario vivir o que posean alguna discapacidad severa o psíquica.

Escala de Depresión Geriátrica Yesavage: Se utiliza para tamizaje de la sospecha depresión.

Cuestionario de Actividades Funcionales Pfeffer: Complementa la evaluación del estado cognitivo. Esta información se obtiene de un familiar o cuidador. Se aplica cuando el MMSE es menor a 13 puntos.

Riesgo de Caídas: Se realizan dos pruebas: estación unipodal y “Timed Up and Go” (TUGO).

- III. Sospecha de Maltrato: Si se presenta más de un factor de riesgo o está presente algún indicador de maltrato o negligencia, el usuario debe ser derivado a médico y a la asistente social
- IV. Exámenes: Se consideran exámenes de glicemia, colesterol total y la prueba serológica para la sífilis (VDLR), los cuales deben tomarse una vez al año y si corresponde se incluye la baciloscopia.
- V. Adicciones
- VI. Diagnósticos: Contar con la totalidad de diagnósticos de la persona mayor en forma de resumen.
- VII. Terapia Farmacológica: Conocer y registrar los medicamentos que consume el usuario.
- VIII. Plan de Atención y seguimiento: La atención integral de la PAM, involucra la confección de un Plan de Atención, cada vez que se realice el EMPAM, según los resultados obtenidos. (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2019)

3.5.3. Plan de atención y seguimiento

El plan de atención consiste en todas las prestaciones a realizar a cada usuario en la red de salud, familias y comunidades conforme a los resultados obtenidos y factores de riesgo detectados en cada EMPAM anual. El MINSAL presenta flujogramas de plan de atención para cada clasificación EFAM. Para las personas con Riesgo de Dependencia el plan corresponde a la Figura 2:

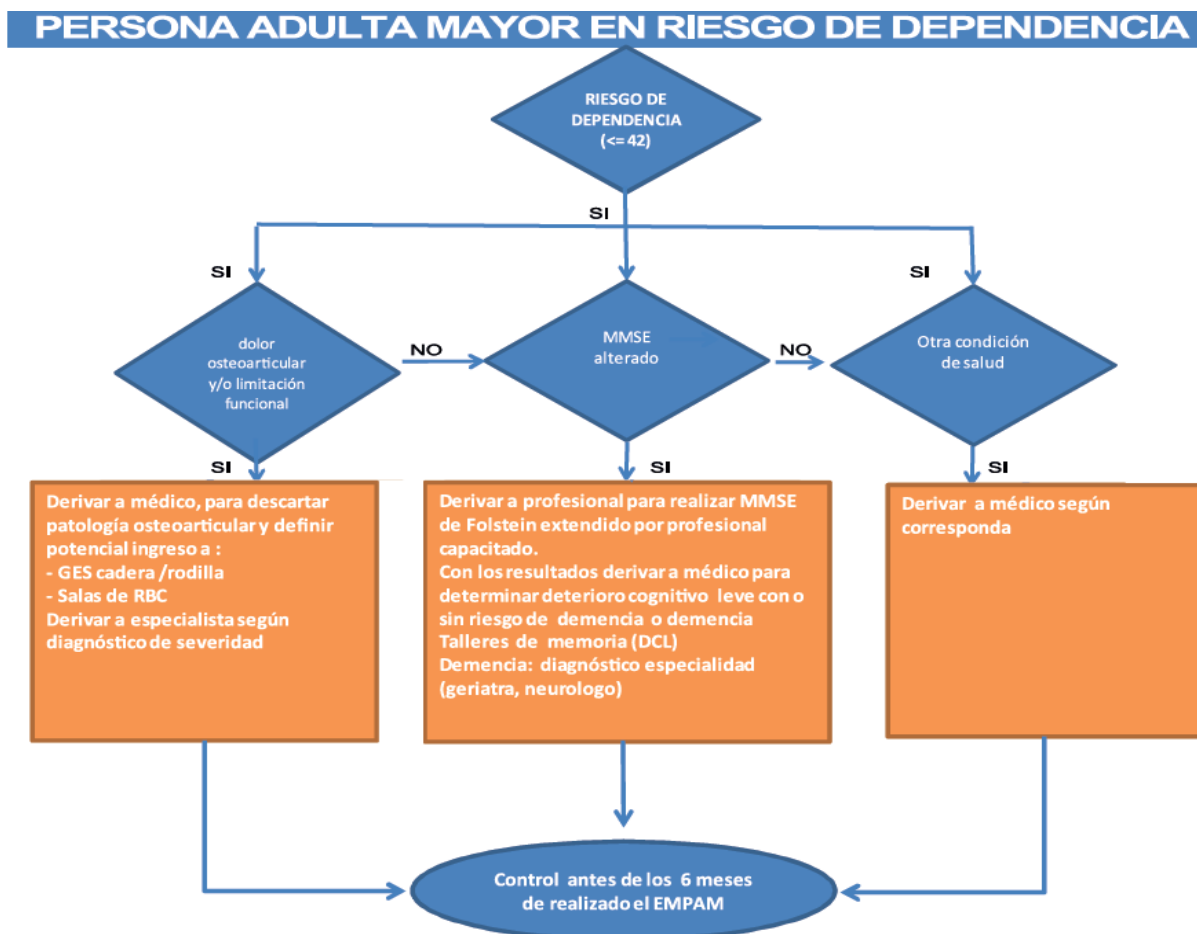


Figura 2: “Flujograma persona adulta mayor en riesgo de dependencia”

Cabe destacar que la ficha EMPAM, debe integrarse a la historia clínica del usuario para que cada profesional pueda ver su diagnóstico. (Subsecretaría de Salud Pública, s.f.)

Por otra parte, se encuentra el plan de seguimiento, la cual es una atención brindada por un profesional del equipo de salud. Según MINSAL éste implica que el equipo de salud debe monitorear todas las prestaciones solicitadas a partir del EMPAM, en los diferentes niveles de atención. Esto permitirá responder los cambios clínicos encontrados en la atención y evolución,

generando continuidad en la atención de cada usuario y así disminuir, mantener, aumentar o suprimir futuras prestaciones. (DIPRECE, 2014)

Este plan de seguimiento es documentado mediante una ficha de registro de las prestaciones solicitadas (Anexo 2), esta debe ser adjuntada en cada ficha EMPAM.

Para el caso de los Autovalentes y Riesgo Dependiente, el plan de seguimiento incluye además la realización del EFAM con una periodicidad de máximo seis meses posteriores a la realización del EMPAM.

3.6. Metas IAAPS

Según la Subsecretaría de Redes Asistenciales “El Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud (IAAPS) obra como un conjunto de indicadores que permite evaluar el funcionamiento integral de la atención primaria desde la perspectiva de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)”.

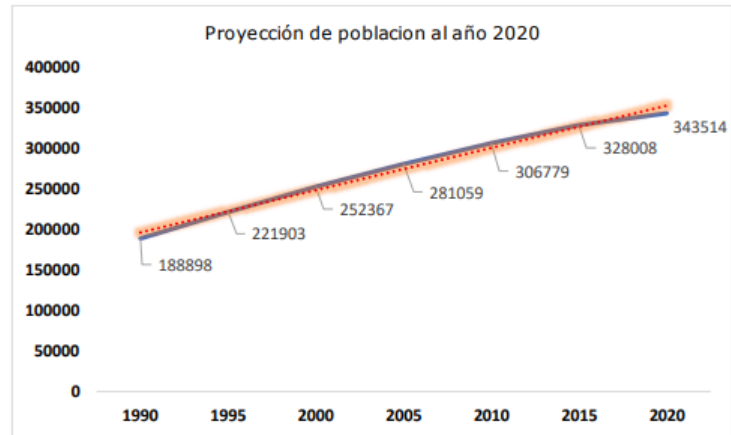
Para el año 2019, el conjunto de indicadores y metas IAAPS continúa como mecanismo para evaluar el progreso y cumplimiento de la atención primaria a través de indicadores que respondan ante la estrategia de RISS, entendida como el centro de desarrollo para la APS. (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2019)

3.6.1. Meta EMPAM según IAAPS.

Según la Orientación Técnica IAAPS se establece que al año 2019 la meta de cobertura anual corresponde a un 55%, la cual es fiscalizada por el Servicio de Salud correspondiente. La construcción del indicador se hará solamente con los EMPAM realizados en el año y dado que tiene una vigencia de un año no se incorporan los anteriores al corte. (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2019)

3.7. Comuna de San Bernardo y su Población de Adulto mayor

Al año 2017, la séptima comuna más poblada de la Región Metropolitana (RM), San Bernardo, se ubica en la zona sur de Santiago y cuenta con una población total de 301.313 habitantes. Para el año 2020 se proyecta un aumento de 42.201 habitantes (Figura 3). (CORSABER, 2018)



Fuente INE

Figura 3: "Proyección de población al año 2020"

De la población total un 8,7% pertenece al grupo etario de 65 o más años, dentro de este porcentaje se encuentra un 12,7% de la población clasificado con dependencia demográfica (INE, 2018). Del total de personas mayores, hay 20.766 inscritos en los centros de salud de la comuna en el año 2015 (Dirección de Salud San Bernardo, 2016). Esta comuna cuenta con 35 centros de atención pública.

3.7.1. Red Asistencial.

El sistema de salud presenta una red asistencial que describe los establecimientos que la conforman, su complejidad y el alcance de sus servicios, que deben ser complementarios, para así otorgar respuesta a las necesidades de la población. Este diseño asegura que el flujo de comunicación e información circule de manera segura y eficiente, denominándose referencia y contrarreferencia.

3.7.1.1 Definición de prestación

Según el departamento de gestión de procesos asistenciales, MINSAL, se define referencia (sinónimo de derivación) como "la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un usuario derivado de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad, con la finalidad de asegurar la continuidad de la prestación de servicio" y contrarreferencia "la respuesta del especialista, dirigida al profesional del establecimiento o Servicio Clínico de origen del usuario, respecto de la interconsulta solicitada. Es aquel procedimiento, mediante el cual se retorna al usuario al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, luego de haberse atendido satisfactoriamente el

requerimiento. Este procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada”. (Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales, s.f.)

La comuna de San Bernardo junto con las comunas de Buin, Calera de Tango, El Bosque, La Cisterna, parte de La Granja, Lo Espejo, Paine, Pedro Aguirre Cerda, San Joaquín y San Miguel integran el Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), el cual cuenta con siete hospitales acreditados: Hospital Barros Luco Trudeau, Hospital Exequiel González Cortés, Hospital Lucio Córdova, Hospital San Luis de Buin y Paine, Hospital El Peral, Hospital El Pino y el Hospital Parroquial de San Bernardo. (Servicio de Salud Metropolitano Sur, s.f.)

Por su parte, San Bernardo dispone de dos hospitales, cuatro Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) y siete CESFAM, de los cuales sólo uno no cuenta con Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU).

3.7.2. CESFAM Juan Pablo II

El CESFAM Juan Pablo II es uno de los cuatro CESFAM del área oriente de la comuna, atendiendo al 43% de la población beneficiaria total de la comuna.

Al año 2017, este centro de salud cuenta con una población total de inscritos de 28.969, en donde un 13% corresponde a la PAM, de los cuales un 41,6% pertenecen al sexo masculino y un 58,4% al femenino. Es por esto que es nombrado como el cuarto establecimiento con mayor cantidad de habitantes de 65 años o más. Según REM 2017, al año 2018 la PAM total experimentó un incremento de un 1.46%.

Según el Plan de Salud 2015, la PAM que se atiende en el CESFAM Juan Pablo II cuenta con los siguientes Programas Nacionales: Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, PACAM, Programa de Atención Oral (PAO), Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) y además de un control de salud anual de la persona mayor mediante el EMPAM (Dirección de Salud San Bernardo, s.f.). Actualmente cuenta con un mesón de atención exclusiva para el adulto mayor, en el sector transversal, que se creó con el fin de generar una atención más expedita para el usuario.

Es necesario recalcar que este examen logró una cobertura de un 100% de la meta IAAPS propuesta para este centro al año 2015, siendo uno de los cuatro CESFAM de la comuna con meta lograda. (Dirección de Salud San Bernardo, s.f.)

De la PAM total, quienes se encuentran en control por condición de funcionalidad resultante del EFAM se ven reflejados en la Tabla 1:

Tabla 1: “Condición de funcionalidad resultante del EFAM según sexo en CESFAM Juan Pablo II de la comuna de San Bernardo, 2017”

Condición de Funcionalidad	Total				Total Nacional (2016)
	Ambos Sexos	% Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	% Ambos Sexos
Autovalente sin riesgo	740	40,6%	314	426	43,2%
Autovalente con riesgo	641	35,1%	241	400	27%
Riesgo de Dependencia	285	15,6%	86	199	14,7%
Dependiente Leve	121	6,6%	41	80	14,4%
Dependiente Moderado	23	1,3%	7	16	
Dependiente Grave	6	0,3%	1	5	
Dependiente Total	8	0,4%	2	6	
Total Adultos Mayores en control	1824	100%	692	1132	

Fuente: REM

3.7.3. Prestaciones.

En el CESFAM Juan Pablo II, a partir del EMPAM, se despliegan variadas prestaciones de diferentes áreas de la salud, de las cuales sólo algunas se realizan fuera del establecimiento. Para esta investigación, serán de interés sólo las prestaciones intra CESFAM, las cuales serán agrupadas para facilitar la comprensión de esta investigación:

Prestaciones según flujograma de Plan de Atención presentado por MINSAL:

- Consulta por otra condición de salud (Médico, Nutricionista, Neurólogo, Asistente Social, salud mental, y Kinesiólogo)
- Consulta Médico por MMSE y alteración cognitiva: Derivación a médico para establecer y confirmar deterioro cognitivo, a través de pruebas más específicas por profesional capacitado (MMSE extendido).

- Control EFAM: Se debe realizar antes de los seis meses posteriores al EMPAM, correspondiente al plan de seguimiento.
- Ayudas Técnicas: Esta prestación no es intra-CESFAM de por sí, sin embargo, para acceder a esta prestación es necesario ingresar a sala GES, perteneciente al CESFAM, en donde se realiza el ingreso para posteriormente retirar la ayuda técnica.
- Sala de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC): Prestación basada en el desarrollo comunitario para la rehabilitación, considerando la participación del usuario, la familia, las organizaciones y comunidades. (Figueroa, 2013)

Otras prestaciones:

Las primeras corresponden a programas Ministeriales

- Vacunación anti influenza y/o neumocócica: Se solicita aplicación de inmunización en vacunatorio del CESFAM, en periodo de campaña de invierno (anti influenza) y según calendario de inmunización (neumocócica).
- Educación: Prestación donde el profesional informa, aconseja y sugiere sobre diversas temáticas como, por ejemplo: autocuidado, motivación a realizar actividad física, adherencias a programas, actividades enfocadas en cuidado cognitivo, entre otras. Se realiza inmediatamente finalizado el EMPAM.
- Sala de Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA): Prestación que considera el procedimiento, prevención, promoción, pesquisa precoz, manejo técnico, control y la rehabilitación respiratoria de adultos con enfermedades respiratorias agudas y crónicas. (División de Atención Primaria, 2015)
- Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM): Programa orientado al apoyo alimentario nutricional de carácter preventivo y de recuperación que distribuye alimentos fortificados con micronutrientes para la PAM. (Subsecretaría de Salud Pública, 2016)
- Programa Más Adultos Mayores Autovalente (MAS AMA): Programa que tiene como objetivo prolongar la autovalencia de la persona mayor (65 años y más), beneficiarios de FONASA, con EMPAM al día, categorizados como autovalentes sin riesgo, autovalentes con riesgo y en riesgo de dependencia, esto a través de la entrega continua de estimulación funcional, cognitiva y motora, siendo sus ejes principales la

intersectorialidad, promoción de salud, fomento de la participación social, trabajo comunitario en salud y trabajo en equipo en salud (González, 2015).

- Control de Salud: Prestación que contempla diversos programas de salud como Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) y el programa de nutrición, los cuales son derivados dependiendo del usuario, con el fin de mantener sus patologías controladas y prevenir futuras complicaciones.
- Programa Hipotiroidismo: Programa orientado al tamizaje y tratamiento básico del hipotiroidismo.
- Curación de pie diabético: Prestación enfocada en promoción, curación de complicaciones de pie en usuarios con diabetes y en la prevención de mayores complicaciones de estos mismos, como la amputación, realizadas por profesional de salud (enfermera/o) del establecimiento.
- PAD: Prestación dirigida a todo usuario que sufra algún grado de dependencia severa tales como física, psíquica o multidéficit que hayan sido clasificados según el Índice de Barthel. Además, se enfoca en la preparación de las familias que están sometidas al cuidado de este tipo de pacientes. Permite la mejora y continuidad de la atención de estos pacientes, mejorando así su calidad de vida (División de Atención Primaria, 2014).
- Exámenes: Prestación solicitada al finalizar el EMPAM, cada usuario debe pedir hora para la posterior realización de estos en el establecimiento. Incluye diversos exámenes, como exámenes de laboratorio y electrocardiograma (ECG).
- Podología a pacientes con Diabetes Mellitus: Prestación enfocada en la promoción, educación y prevención de posibles complicaciones (heridas) en EEII en pacientes con Diabetes Mellitus.
- Vitamina B12: Prestación entregada y administrada al finalizar el EMPAM, incluye un cuestionario específico de cada usuario.
- Pastillero: Prestación en donde se le hace entrega de un pastillero al finalizar el EMPAM, para facilitar la ingesta de los medicamentos de cada usuario.
- Neurobionta: Prestación que se debe retirar en farmacia del CESFAM, para luego ser administrada por profesional de salud del establecimiento.

CAPÍTULO 4: Diseño Metodológico

4.1. Diseño de investigación

El presente estudio corresponde a una investigación de tipo descriptivo, transversal, observacional.

- *Descriptivo:* Recoge información sobre la ejecución del Plan de Seguimiento y Atención en población categorizada como Riesgo Dependiente tras la aplicación del EMPAM 2017 en el CESFAM Juan Pablo II de la comuna de San Bernardo.
- *Transversal:* Realizado en un momento y lugar determinado, no se realizará seguimiento de la investigación.
- *Observacional:* No se realizará intervención a la muestra.

4.2. Variables

Las principales variables del estudio se relacionan con las prestaciones solicitadas y otorgadas intra-CESFAM registradas mayormente en documentos físicos, que se definen operacionalmente a continuación (Tabla 2):

Tabla 2: “Variables del estudio”

Variables	Definición conceptual	Tipo	Medición
Área de Prestación	Servicios Intra-CESFAM otorgados por diferentes profesionales de la salud.	Cualitativa Nominal	Control EFAM Ayuda Técnica Sala RBC Médico por MMSE alterado Consulta por otra condición Control de salud Educación Vitamina B12 Exámenes Programa MAS AMA Pastillero PACAM

			Vacunas Podología Programa de Hipotiroidismo Neurobionta Sala ERA Curación Pie Diabético PAD
Cumplimiento de Prestación.	Determinación de cumplimiento	Cuantitativa Discreta	Cantidad de prestaciones cumplidas
Tiempo de ventana de cumplimiento	Cantidad de tiempo en que el usuario cumplió su prestación solicitada.	Cuantitativa Continua	Meses, semanas, días.
Prestaciones por usuario	Cantidad de prestaciones derivadas por el EMPAM para cada usuario.	Cuantitativa Discreta	Numerativo
Clasificación EMPAM	Funcionalidad obtenida en EFAM	Cualitativa Ordinal	Autovalente Autovalente con Riesgo Riesgo de dependencia Dependiente

4.3. Población de estudio y muestra

La población objetivo correspondió a personas mayores de 65 años o más con diagnóstico funcional riesgo dependiente según el EMPAM 2017. Esta población se sometió a los siguientes criterios de inclusión:

- Persona mayor de 65 años o más que pertenezca al CESFAM Juan Pablo II, San Bernardo.
- Persona mayor de 65 años o más clasificado con diagnóstico funcional en riesgo de dependencia según EMPAM en el año 2017.
- Persona mayor 65 años o más que cumple con dos EMPAM realizados en el período de estudio (2017 - 2018).

Al año 2017 en el CESFAM Juan Pablo II, la PAM en control era de 1824 personas (1132 mujeres y 692 hombres), de los cuales 285 correspondían a personas mayores de 65 años o más clasificados con riesgo de dependencia (199 mujeres y 86 hombres), siendo estos últimos nuestra población objetivo.

Para este estudio se verificó la existencia y accesibilidad de la información necesaria que comprende a la población objetivo, no pudiendo acceder a la información de 123 personas, quienes finalmente fueron excluidos del estudio.

De las 162 personas mayores (de 65 años o más) restantes se le aplicaron los criterios de inclusión y fueron excluidos del estudio 107 usuarios, siendo incluidos al estudio 55 usuarios.

Finalmente, la población de estudio coincide con la muestra final de 55 usuarios, que corresponde a personas mayores de 65 años o más, donde 41 personas eran mujeres y 14 eran hombres (Figura 4)

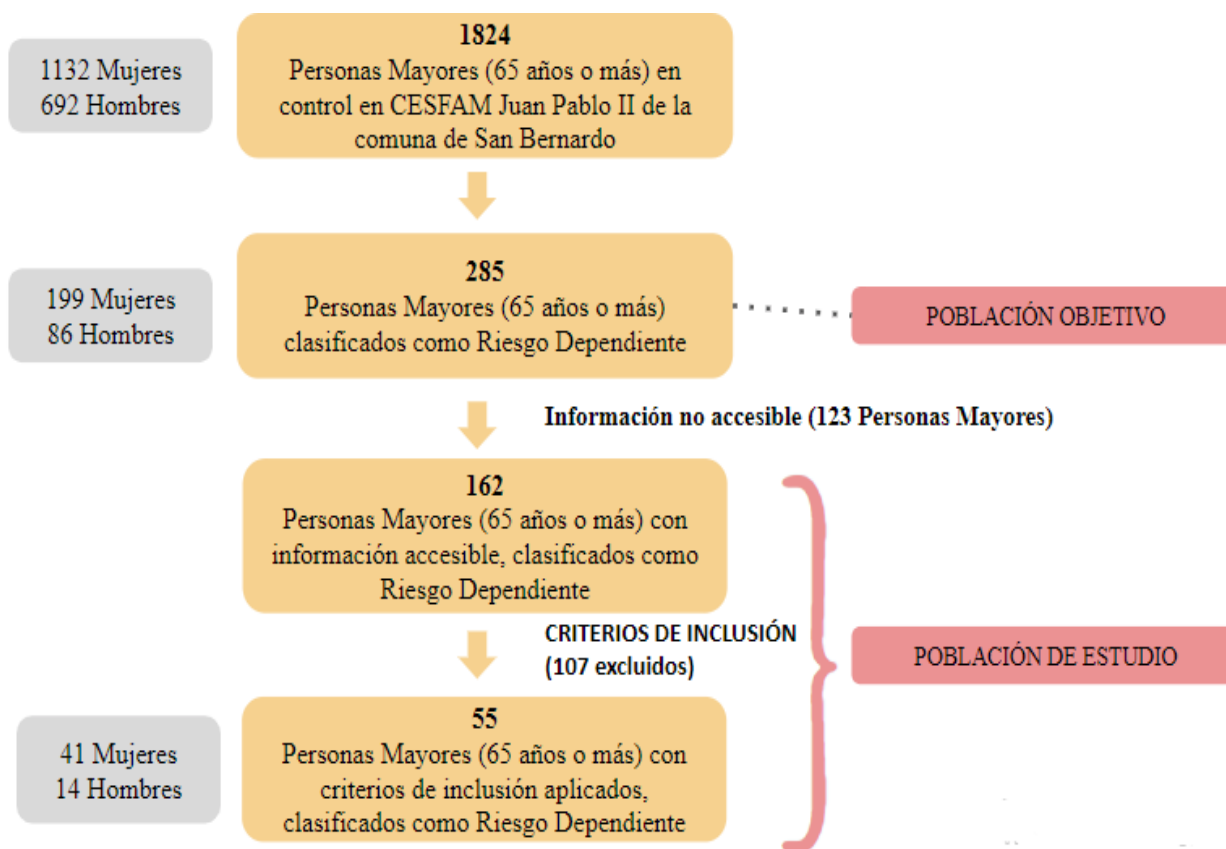


Figura 4: “Flujograma de muestra”

4.4. Recolección de datos

Procedimiento obtención de datos: En primera instancia, las investigadoras llevaron a cabo una revisión de la información proporcionada por la investigadora patrocinante, Klga. Natalia Galarce, en el CESFAM Juan Pablo II. Dicha información se encontraba de forma anónima, incapacitando a las investigadoras alguna asociación de nombres o con Rol Único Tributario (RUT) con los usuarios. Esta revisión tuvo como objetivo extraer los datos de Adultos Mayores clasificados con riesgo de dependencia según EFAM del año 2017 y con el cumplimiento de cada prestación entregada a cada usuario post EMPAM 2017. Posteriormente esta información se traspasó a una planilla de Excel ad-hoc, transformándola en una base de datos, codificando a cada usuario.

Instrumentos a utilizar: Se utilizó la base de datos anónima realizadas por las investigadoras principales en base a la información proporcionada por la Klga. Natalia Galarce. Además, se utilizó información del REM 2017-2018 del CESFAM Juan Pablo II de la comuna de San Bernardo.

4.5. Procedimientos éticos

La ejecución de este estudio fue autorizada por el Comité Científico de la dirección de salud de la comuna de San Bernardo, por el Comité Ético Científico (CEC) del SSMS y por la Dirección del CESFAM Juan Pablo II de la comuna de San Bernardo (Anexos 3, 4 y 5 respectivamente).

Para resguardar la identidad de la persona, la muestra se transformó en códigos lo que impidió ser asociados con su nombre o su Rut, conservando el anonimato de los usuarios. Asimismo, sólo se dio uso de esta información para la presente investigación de hasta cinco años posteriores a su término.

4.6. Análisis de datos

- **Variabes cuantitativas:** se analizó la media, desviaciones estándar, modas y medianas.
- **Variabes cualitativas:** se analizó a través de: frecuencias y proporción.
- Se construyeron gráficos descriptivos para facilitar la comunicación de los datos.

CAPÍTULO 5: Resultados

5.1. Descripción de la muestra.

La muestra final definida como Personas Mayores de 65 años y más clasificados como Riesgo Dependiente post EMPAM 2017, en el CESFAM Juan Pablo II de la comuna de San Bernardo, fue constituida por 55 personas adultas mayores, con una media de edad de 78,5 años, siendo una mínima edad de 67 años y la máxima 94 años (Tabla 3).

*Tabla 3: Edad de la muestra (años)**

Media	DS	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda
78,5	5,83	67	94	78	77

*Se considera la edad de la persona a la fecha de extracción de datos (21/08/2019)

La muestra fue constituida principalmente por mujeres, siendo 41 personas mayores de sexo femenino (75%) y 14 sexo masculino (25%). Las medias de edad fueron iguales para ambos, siendo de 78 años aproximadamente, encontrándose diferencias en las edades mínimas y máximas (Tabla 4).

Tabla 4: Edad según sexo de la muestra.

Sexo	N°	%	Media de edad	DS	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda
Femenino	41	75%	78,6 años	6,3	67	94	78	77
Masculino	14	25%	78,4 años	4,4	70	84	77,5	84
Total:	55	100%						

Por otro lado, se calculó el número de prestaciones por usuario, donde la media fue 5,18 prestaciones solicitadas a partir del EMPAM, siendo la mínima dos prestaciones y la máxima 10 (Tabla 5).

Tabla 5: n° prestaciones por usuario

Media	DS	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda
5.22	1,67	1	10	5	4

5.2. Resultados por Prestación

Para su mayor comprensión, las prestaciones encontradas se clasificaron en dos, en primer lugar, según el flujograma Plan de Atención para la población clasificada como Riesgo Dependiente, publicado por MINSAL, y en segundo lugar otras prestaciones solicitadas a partir del EMPAM 2017, que no pueden ser clasificadas en el primer grupo al no estar estrictamente estipuladas en la definición del flujograma.

Se entiende que las prestaciones son solicitadas por el/la profesional de salud que ejecute el EMPAM, donde el usuario, persona mayor de 65 años o más con riesgo de dependencia, debe cumplir con las prestaciones solicitadas. En este caso corresponde a asistir a citas con profesionales de salud, retiros de insumos, asistencia a la aplicación de insumos.

A partir de ahora se entenderá como prestación cumplida a cada prestación que un usuario asistió, retiró o aplicó según corresponda.

Se encontró un total de 287 prestaciones solicitadas, donde un 79,8% corresponde a la categoría de otras prestaciones y un 20,2% corresponde a las prestaciones según flujograma Plan de atención dictado por MINSAL, presentado en la página 24, del capítulo tres de este documento.

Esto se presenta en la siguiente Figura.

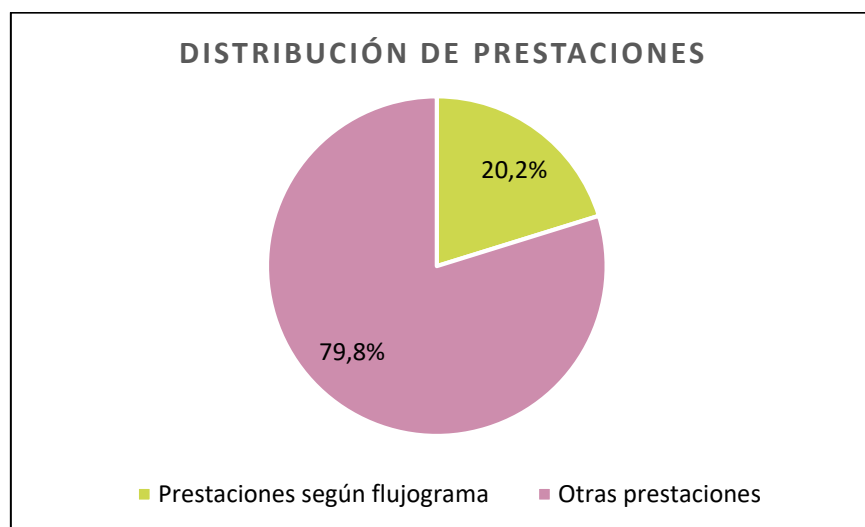


Figura 5: "Distribución de prestaciones"

De las 287 prestaciones, 203 fueron cumplidas (70,7%), 80 no presentaban registros (27,9%) y 4 fueron rechazadas explícitamente por los usuarios (1,4%) (Figura 6).

Además, se analizó el número de prestaciones cumplidas excluyendo las prestaciones que se otorgan inmediatamente finalizado el EMPAM (Educación, Vitamina B12 y Pastillero), quedando el cálculo de todas las prestaciones que deben ser cumplidas días posteriores al Examen. Se obtuvo un total de 191 prestaciones solicitadas, donde 107 fueron cumplidas (55,5%), 80 no presentaban registro (41,9%) y 4 fueron rechazadas (2,1%) (Figura 7).

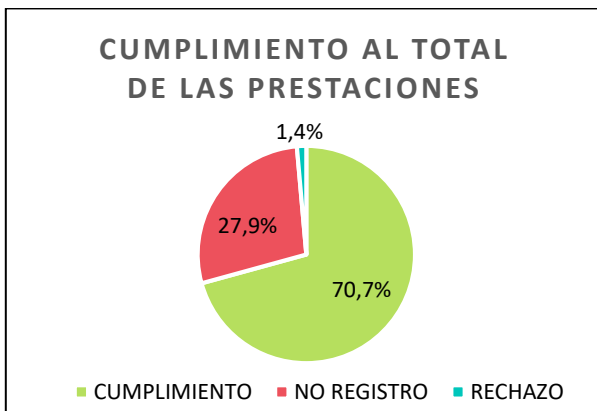


Figura 6: "Cumplimiento al total de prestaciones"

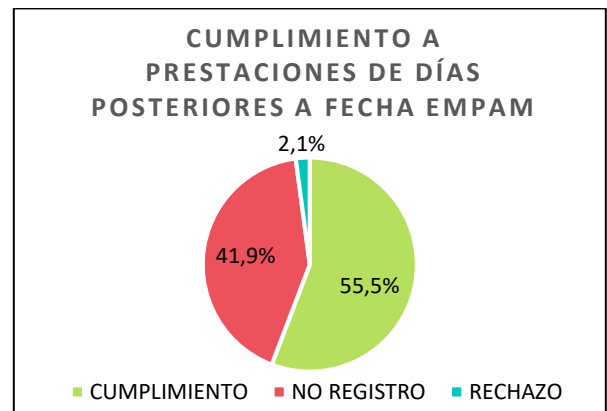


Figura 7: "Cumplimiento a prestaciones de días posteriores a fecha EMPAM"

I. Según flujograma.

Se incluyó las siguientes prestaciones: Ayuda Técnica (GES), Sala RBC, Médico por alteración de MMSE, Consulta por otra condición de salud y Control EFAM. Cabe mencionar que el flujograma establece que la primera prestación pertenece al médico para que éste decida derivar al lugar que corresponda, pero en este estudio se incluyó el cumplimiento de prestaciones a los lugares específicos, ya que no se mostró el paso uno mencionado anteriormente.

En la Figura ocho se refleja en el eje vertical el porcentaje de prestaciones solicitadas y en el eje horizontal las categorías de prestaciones según el flujograma. Se solicitó un total de 58 prestaciones distribuidas en 32 personas mayores. Del total de prestaciones un 46,6% corresponde a Consulta por otra condición de salud, 24,1% Control EFAM, 12,1% Médico por alteración del MMSE, 10,3% Sala RBC y 6,9% a Ayudas Técnicas.

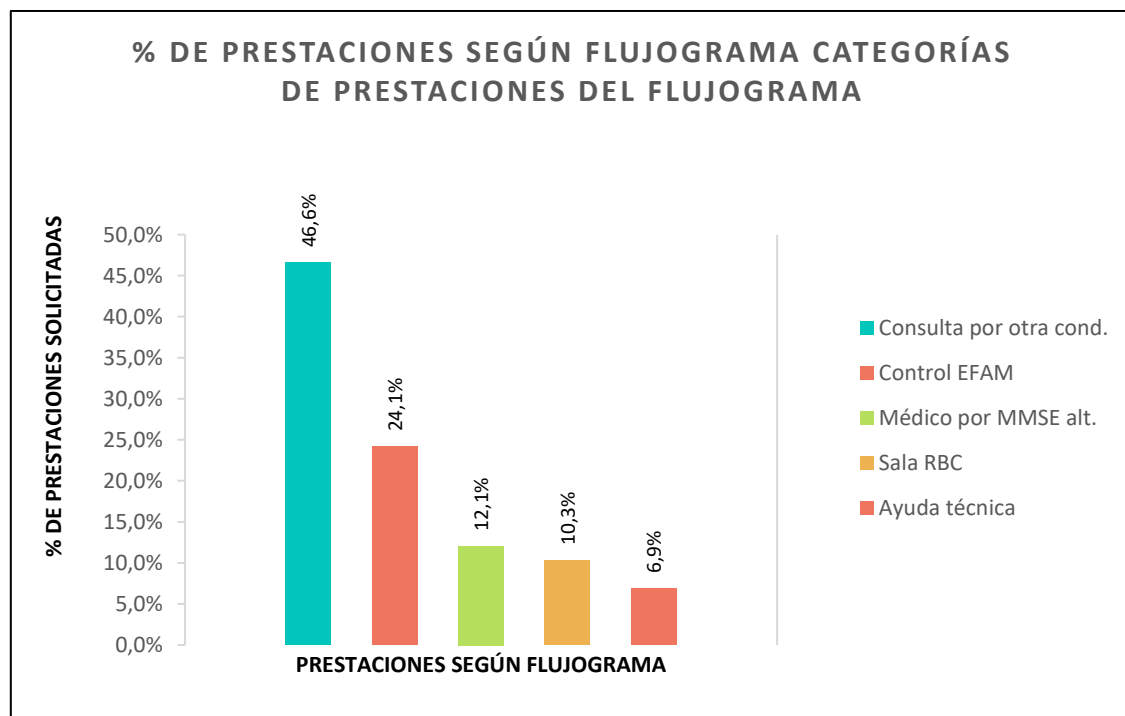


Figura 8: “% de prestaciones solicitadas según categorías de prestaciones del flujograma”

1) Consulta por otra condición de salud: Se solicitó 27 prestaciones a diferentes profesionales de la salud, las cuales fueron distribuidas en 19 personas mayores, donde seis usuarios se les solicitó más de una.

De las 27 prestaciones, 15 correspondían a Médico general (55,6%), seis a la Asistente Social (22,2%), dos a Nutricionista (7,4%), dos a Kinesiólogo (Klgo) o Terapeuta ocupacional (T.O) (7,4%), una a Neurólogo (3,7%) y una a Salud Mental (3,7%) (Figura 9):

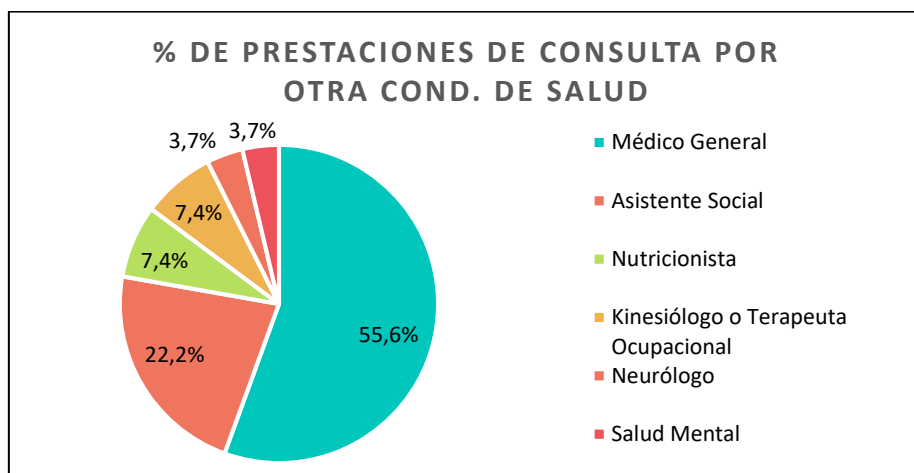


Figura 9: "Distribución n° de prestaciones de consulta por otra cond. De salud"

En la Figura 10 se refleja en el eje vertical el número de prestaciones solicitadas y en el eje horizontal los profesionales de salud que realizan consultas de salud. Se incluyó las prestaciones cumplidas, no registradas y rechazadas. Detallando su asistencia:

- Médico general: Un total de 15 prestaciones, de ellas cinco fueron cumplidas y 10 no presentaban registro
- Asistente Social: Un total de seis prestaciones, de ellas tres fueron cumplidas, dos no presentaban registro y una fue rechazada explícitamente por el usuario.
- Nutricionista: Un total de dos prestaciones, de ellas una fue cumplida y la otra no presentaban registro.
- Kinesiólogo o Terapeuta Ocupacional: Un total de dos prestaciones, de ellas ninguna presentaba registro de cumplimiento.
- Neurólogo: Un total de una prestación, la cual no presentaba registro de cumplimiento.
- Salud Mental: Un total de una prestación, la cual no presentaba registro de cumplimiento.



Figura 10: “N° de prestaciones según profesional de salud”

En la Tabla 6 se evidencia el tiempo de ventana de cumplimiento por “otra condición de salud” según profesional:

- Médico general: Del total de las prestaciones cumplidas, la media de tiempo de ventana de cumplimiento correspondió a 44,6 días.
- Asistente Social: Del total de las prestaciones cumplidas, la media de tiempo de ventana de cumplimiento correspondió a 110,33 días.
- Nutricionista: La única cumplida presentaba un tiempo de ventana de cumplimiento de 68 días.
- Respecto a las prestaciones “KlgO. o Terapeuta Ocupacional”, “Neurólogo” y “Salud Mental” no hubo cálculo de ventana de tiempo, debido a que éstas no presentaban registro de asistencia.

Tabla 6: “Tiempo de ventana de asistencia a Consultas por otra cond. De salud, según profesional” (días)

	Media	DS	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda
Médico general	44,6	68,2	1	159	5	1
Asistente social	110,33	93,04	3	168	160	No existe
Nutricionista	68	-	-	-	-	-

2) Control EFAM antes de 6 meses: Se solicitó 14 prestaciones de Control EFAM.

Del total de las prestaciones solicitadas, cinco fueron asistidas (35,7%) y nueve no presentaban registro de cumplimiento (64,3%) (Figura 11).

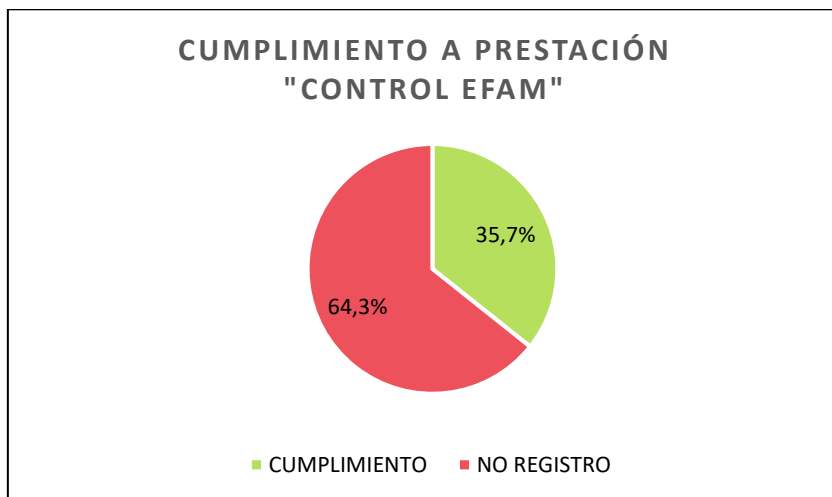


Figura 11: "Cumplimiento de prestación" Control de EFAM"

De los cinco asistentes, la media de tiempo de ventana de cumplimiento correspondió 4,8 días (Tabla 7). Para la prestación Control de EFAM, el cálculo de ventana de tiempo se calculó a partir de la fecha máxima que le correspondía asistir, es decir seis meses después de la aplicación del EMPAM 2017. Uno de los usuarios tuvo tiempo de ventana de -34 días, quiere decir que efectivamente ese usuario cumplió dentro del periodo establecido ya que fue antes de que se cumplieran los seis meses y de igual forma hubo usuarios que asistieron el mes que se cumplían los seis meses.

Tabla 7: "Tiempo de ventana de asistencia a prestación "Control EFAM" (días)"

Media	DS	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda
4,8	33,18	-34	58	0	0

3) Médico por MMSE alterado: Se solicitó siete prestaciones de Médico por MMSE alterado y deterioro cognitivo.

Del total de las prestaciones solicitadas, ninguno presentó registro de asistencia (100%).

4) Sala RBC: Se solicitó seis prestaciones de Sala RBC.

Del total de las prestaciones solicitadas, cumplieron asistencia tres personas mayores (50%) y tres personas mayores no tenían registro de cumplimiento (50%) (Figura 12).



Figura 12: "Asistencia a prestación "Sala RBC""

Dentro del total de las prestaciones cumplidas, la media de tiempo de ventana de cumplimiento correspondió a 181,3 días (Tabla 8).

Tabla 8: "Tiempo de ventana de cumplimiento a prestación "Sala RBC" (días)"

Media	DS	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda
181,33	194,78	6	391	147	No existe

5) GES/ Ayuda técnica: Se solicitó cuatro prestaciones de Ayuda Técnica. Primero se registra en sala GES perteneciente al CESFAM.

Del total de las prestaciones solicitadas, cumplieron dos personas mayores (50%) y no había registro de asistencia de dos personas (50%) (Figura 13).

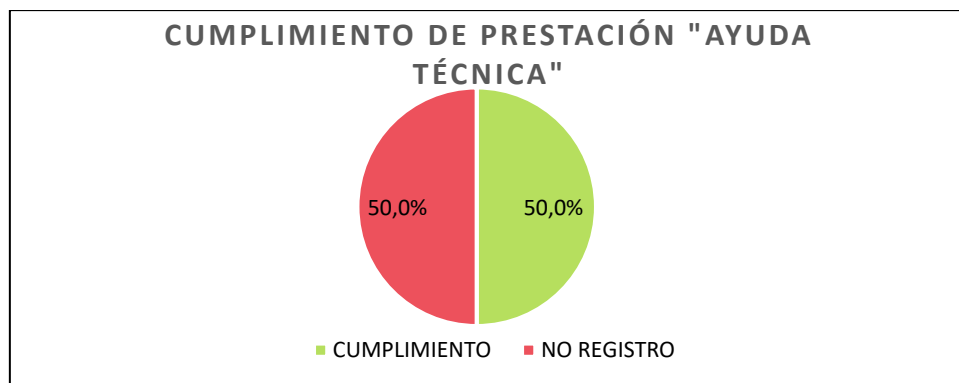


Figura 13: "Cumplimiento a prestación "Ayuda Técnica""

Dentro de los asistentes, una persona mayor no presentaba su fecha de cumplimiento, por tanto, no se pueden calcular tiempo de ventana de cumplimiento.

La persona mayor que sí asistió presentaba tiempo de ventana de cumplimiento, el cual fue de seis días.

II. Otras prestaciones.

Se encontró otras 12 categorías de prestaciones, las cuales no pertenecen a las entregadas en el flujograma de Plan de Salud.

Dentro de estas 12 categorías, se solicitó un total de 229 prestaciones distribuidas en 55 personas mayores. Del total de prestaciones, un 23,1% corresponde a Control de Salud, 21,8% a Educación, 16,6% a Vitamina B12, 15,7% a Exámenes, 11,3% a Programa MAS, 3,5% Entrega de Pastillero, 2,6% a PACAM, 2,6% a Vacunas, 0,9% Podología, 0,9% Programa Hipotiroidismo, 0,4% Entrega de Neurobionta, 0,4% a Sala ERA, 0% Cuidado pie diabético y 0% PAD. (Figura 14)

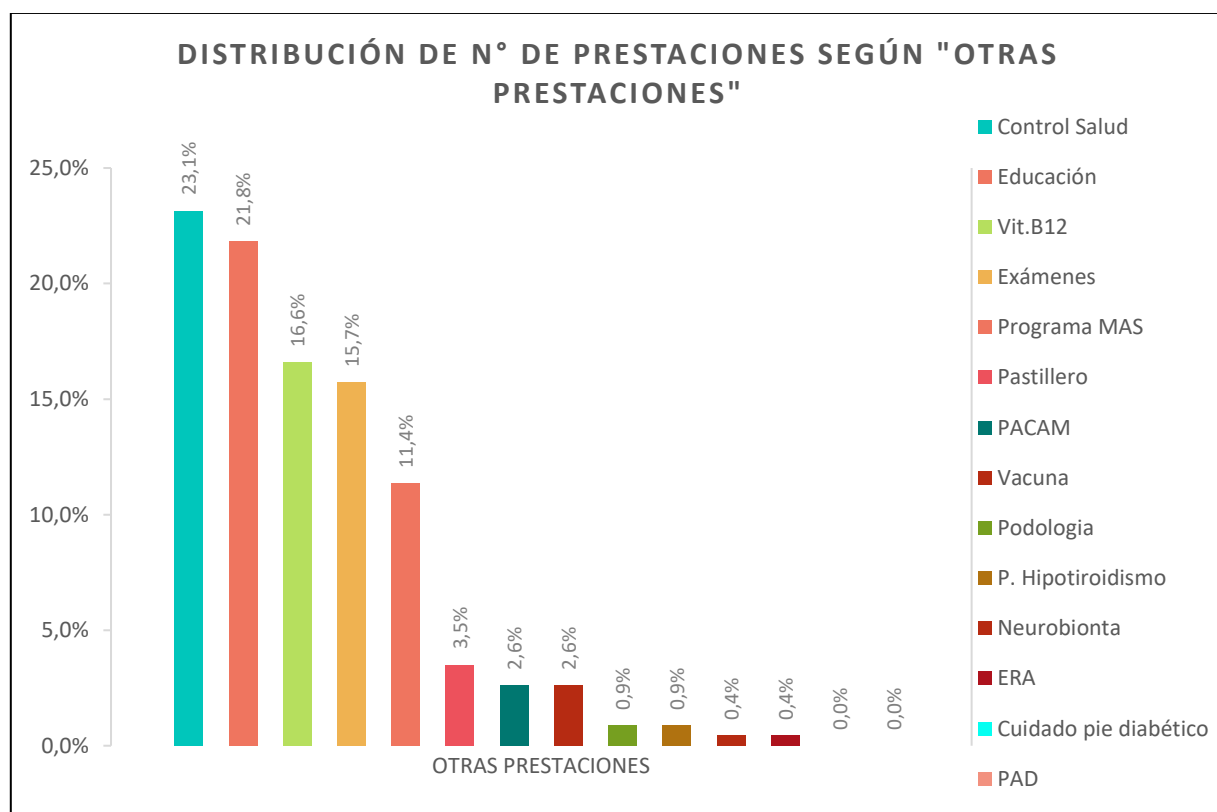


Figura 14: “% de prestaciones solicitadas según “Otras prestaciones””

- 1) Control de Salud: Se solicitó 53 prestaciones para Control de Salud, distribuidas en dos tipos de controles de salud: Médico de Programa de salud Cardiovascular y Programa Nutrición. El total de prestaciones fueron entregadas a 49 usuarios, donde a cuatro de ellos se les solicitó cumplimiento para ambos controles.

En la Figura 15 se refleja en el eje vertical la cantidad de prestaciones solicitadas y en el eje horizontal el tipo de Control de Salud (Médico de PSCV y Programa de Nutrición). En relación a “Médico de PSCV” se solicitó un total de 46 prestaciones, de las cuales 41 presentaron registro de cumplimiento (89,1%) y cinco no presentaban registro (10,9%). Para “Programa de Nutrición” el total de prestaciones fue de siete, donde todas fueron cumplidas (100%).

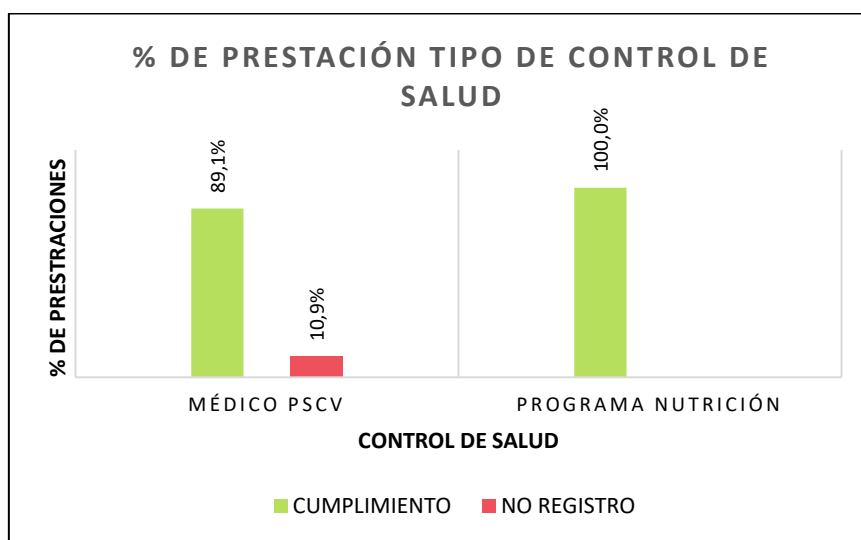


Figura 15: “% de prestación según tipo de control de salud”

La Tabla 9 presenta el tiempo de ventana de cumplimiento a prestación según el tipo de control, destacando que esta prestación es solicitada incluyendo el mes al cual debiese asistir. Es por esto que la ventana de tiempo se calculó para cada usuario a partir del mes que se le solicitó. Los días en números negativos significa que el usuario asistió días antes al mes correspondiente.

- Médico de PSCV: De las 41 prestaciones cumplidas, la media de tiempo de ventana de cumplimiento correspondió 45,8 días.
- Control Nutricionista: De los siete cumplimientos, la media de tiempo de ventana de cumplimiento correspondió 11,85 días.

Tabla 9: “Tiempo de ventana de cumplimiento a prestación según tipo de control” (días)

	Media	DS	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda
Médico PSCV	45,8	68,2	-15	283	0	0
Programa Nutrición	11,85	35,97	-10	93	0	0

- 2) Educación: Se entregó la prestación de educación a 50 personas mayores, finalizado el EMPAM. Como esta se entrega inmediatamente terminada la realización del EMPAM, el 100% cumplió con la prestación, con un tiempo de ventana de cumplimiento de cero días.

- 3) Vitamina B12: Se solicitó 38 prestaciones de Vitamina B12, finalizado el EMPAM. Como se entrega inmediatamente terminada la aplicación del EMPAM, el 100% cumplió con la prestación, con un tiempo de ventana de cumplimiento de cero días.

- 4) Exámenes: Se solicitó 36 prestaciones de Exámenes, las cuales se dividen en dos, Laboratorio (sangre y/u orina) y Electrocardiograma. Del total de prestaciones, se distribuyeron en 32 personas, donde cuatro de ellas se les solicitó cumplimiento para ambos exámenes.

En la Figura 16 se refleja en el eje vertical la cantidad de prestaciones solicitadas y en el eje horizontal el tipo de examen (Laboratorio y Electrocardiograma). Se incluyen prestaciones cumplidas y no registradas.

En relación a “Laboratorio” se solicitó un total de 29 prestaciones, de las cuales 25 presentaron registro de cumplimiento (86,2%) y cuatro de ellas no presentaron registro (13,8%). Para “Electrocardiograma” el total de prestaciones fueron siete, donde cinco presentaron registro de cumplimiento (71,4%) y dos no presentaron registro (28,6%).

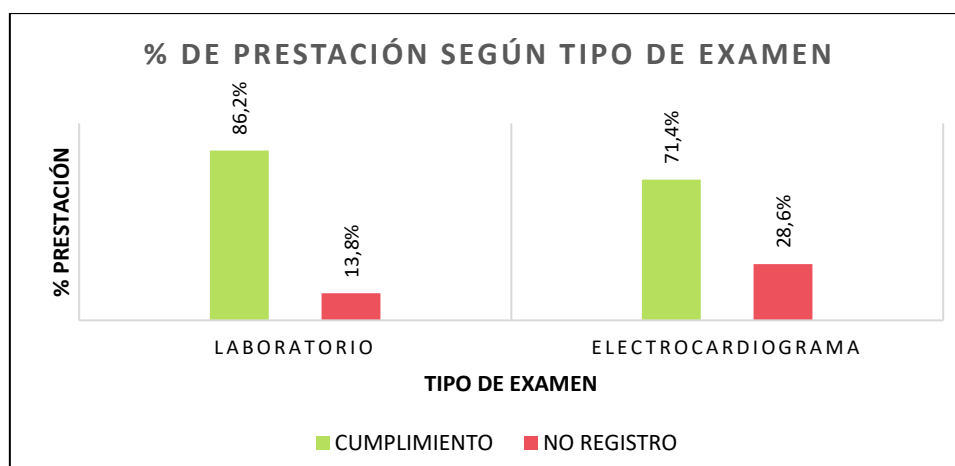


Figura 16: “Nº de prestación según tipo de examen”

La Tabla 10 presenta el tiempo de ventana de cumplimiento de la prestación “Exámenes (laboratorio y electrocardiograma)”:

- Exámenes de laboratorio: De las 29 prestaciones asistidas, la media de tiempo de ventana de cumplimiento correspondió 39,52 días.
- Exámenes electrocardiograma: De los cinco asistentes, la media de tiempo de ventana de cumplimiento correspondió 48,25 días.

Tabla 10: “Tiempo de ventana de cumplimiento a prestación “Exámenes” días)”

	Media	DS	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda
Laboratorio	39,52	41,48	0	130	19	0
Electrocardiograma	48,25	57,41	6	133	27	No existe

- 5) Programa MAS: Se encontró 26 prestaciones de Programa MAS. Del total de las prestaciones solicitadas, cuatro fueron cumplidas (15,4%), 20 no presentaban registro de cumplimiento (76,9%) y dos fueron rechazadas explícitamente (7,7%). (Figura 17)

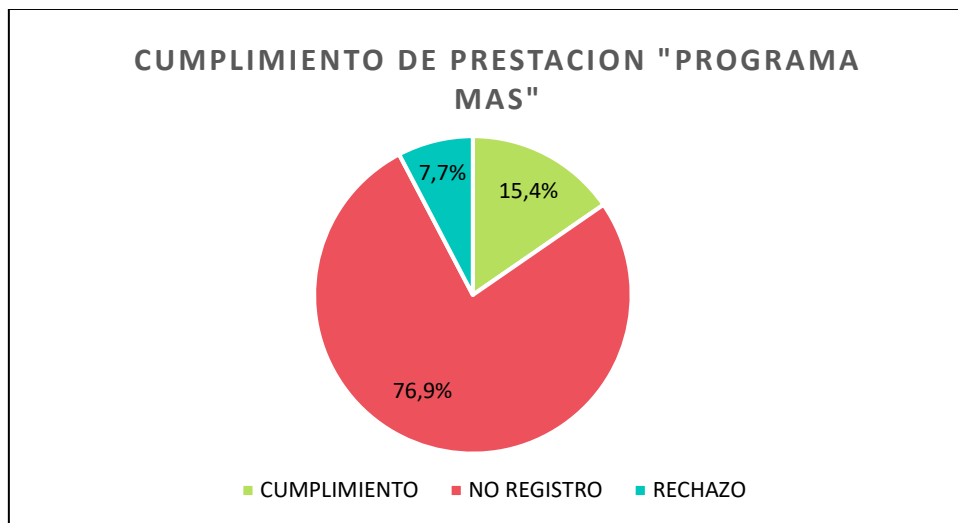


Figura 17: “Cumplimiento de prestación “Programa MAS””

De los cuatro asistentes, la media de tiempo de ventana de cumplimiento correspondió 102,75 días. (Tabla 11)

Tabla 11: “Tiempo de ventana de cumplimiento de prestación “Programa MAS” (días)”

Media	DS	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda
102,75	115,788	0	229	91	No existe

- 6) Pastillero: Se encontraron ocho prestaciones de pastilleros, finalizado el EMPAM. Como esta se entrega inmediatamente terminada la aplicación del EMPAM, el 100% cumplió con la prestación con un tiempo de ventana de cero días.

- 7) PACAM: Se encontraron seis prestaciones de PACAM. Del total de las prestaciones tres fueron cumplidas (50%) y tres no presentaban registro de cumplimiento (50%). (Figura 18)

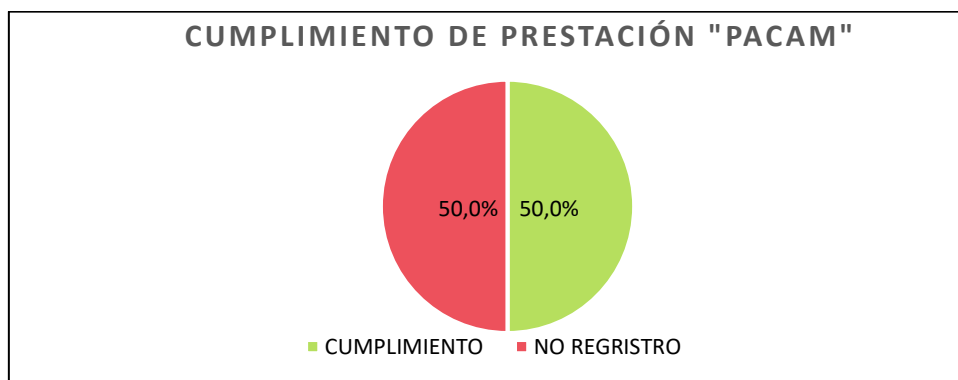


Figura 18: "Cumplimiento de prestación "PACAM" "

Con respecto a los tiempos de ventana de cumplimiento la media correspondió a cero días.

- 8) Vacunas: Se encontraron seis prestaciones de Vacunas, las cuales pueden ser influenza y neumocócica. Del total de prestaciones, se distribuyeron en cuatro personas, donde a dos personas se le solicitó cumplimiento para ambas vacunas.

Del total de las prestaciones, cinco no presentaban registro (83,3%) y una fue explícitamente rechazada por el usuario (16,7%) (Figura 19).



Figura 19: "Cumplimiento de prestación "Vacunas" "

- 9) Podología: Se encontraron dos prestaciones de Podología. Del total de las prestaciones, ninguno presentaba registro de cumplimiento (100%).

10) Programa Hipotiroidismo: Se encontraron dos prestaciones de Programa Hipotiroidismo. Del total de las prestaciones solicitadas, el 100% asistió.

De los dos asistentes, la media de tiempo de ventana de cumplimiento correspondió 290 días. (Tabla 12)

Tabla 12: “Tiempo de ventana de cumplimiento de prestación “Programa Hipotiroidismo” (días)”

Media	DS	Mínimo	Máximo	Mediana	Moda
290	74,95	237	343	290	No existe

11) Neurobionta: Se encontró una prestación de neurobionta, la cual no presenta registro de cumplimiento (100%).

12) Sala ERA: Se encontró una prestación de Sala Era, la cual fue cumplida (100%) (Figura 34). El tiempo de ventana de cumplimiento fue de 167 días.

13) Cuidado pie diabético y PAD: No se encontró ninguna prestación de éstas.

5.2. Resultados Plan de Seguimiento:

De los 55 usuarios encontrados, ninguno tenía adjuntada su ficha de registro de seguimiento, por tanto, el 100% no cumplió el Plan de Seguimiento general. Sin embargo, como se mencionó previamente, la prestación control EFAM también pertenece al Plan de Seguimiento para la población Riesgo Dependiente, dicho esto, se cumplió en cinco usuarios, correspondiente al 9,1% de la muestra.

5.3. Resultados EMPAM 2018

Las 55 personas mayores incluidas en este estudio tenían realizado tanto un EMPAM 2017 y uno realizado el 2018. En este último existieron cambios en la clasificación EFAM, donde 24 personas mantuvieron su clasificación, es decir, riesgo de dependencia (43,6%), 14 personas se clasificaron como autovalentes con riesgo (25,5%), 10 personas como autovalentes (18,2%), cuatro personas como dependientes leves (7,3%) y tres personas como dependientes moderados (5,5%) (Figura 20).

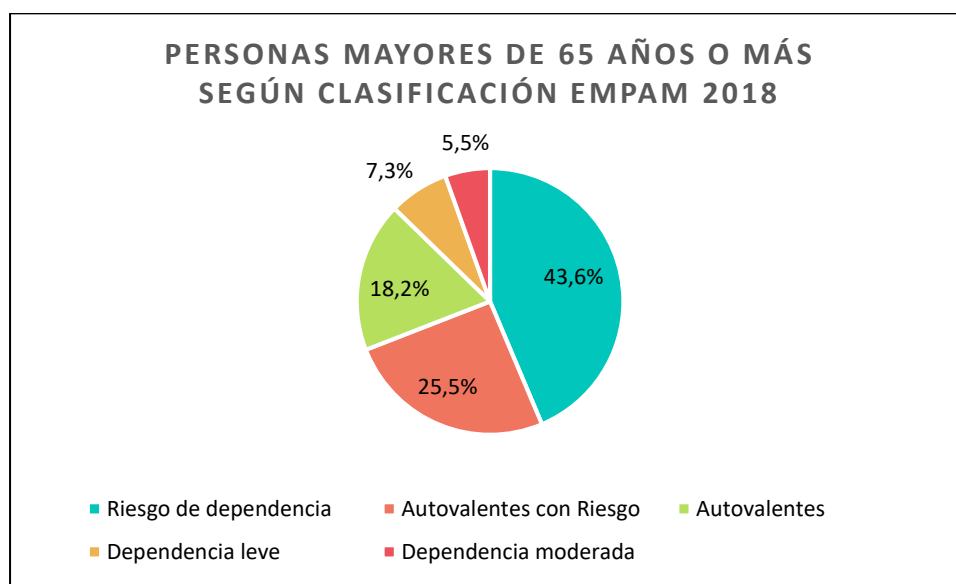


Figura 20: "Personas mayores de 65 años o más según clasificación EMPAM 2018"

Se analizó el cumplimiento de sus prestaciones otorgadas en el EMPAM 2017 según su nueva clasificación del 2018, destacando que uno de los objetivos de este examen es poder identificar y controlar los factores de pérdida y riesgo de la funcionalidad. Por tanto, si nos basamos en este punto, su nueva clasificación es la manera que hay disponible para verificar si este objetivo se está cumpliendo.

Primero se agruparon a los usuarios según clasificación otorgada en EMPAM 2018, y como a cada usuario se le otorgo un número de prestaciones diferentes el uno con el otro, se calculó el porcentaje de cumplimiento de las prestaciones solicitadas por el usuario.

En la tabla 13 se presentan las personas mayores de 65 años o más ordenados por su clasificación otorgada en el EMPAM 2018 y se agrupó según el porcentaje de cumplimiento a sus prestaciones solicitadas, donde:

- Autovalentes: de un total de 10 personas, cuatro personas mayores cumplieron entre el 26-50% de sus prestaciones solicitadas (40%), cuatro cumplieron entre el 51-75% de sus prestaciones solicitadas (40%) y dos personas mayores entre 76-100% de sus prestaciones (20%).
- Autovalentes con riesgo: de un total de 14 personas, tres personas mayores cumplieron entre el 0-25% de sus prestaciones solicitadas (21,4%), cuatro personas mayores entre el 26-50% (28,6%), cuatro personas mayores entre el 51-75% (28,6%) y tres entre el 76-100% de sus prestaciones (21,4%).
- Riesgo de dependencia: de un total de 24 personas, tres personas mayores cumplieron entre 0-25% de sus prestaciones (12,5%), siete entre el 26-50% de sus prestaciones (29,2%), siete entre 51-75% de sus prestaciones (29,2%) y siete entre 76-100% de sus prestaciones (29,2%).
- Dependencia leve: de un total de cuatro personas, una cumplió entre el 0-25% de sus prestaciones solicitadas (25%), dos personas entre 26-50% de sus prestaciones (50%) y una persona cumplió entre 51-75% de sus prestaciones solicitadas (25%).
- Dependencia moderada: de un total de tres personas, una persona mayor cumplió entre 0-25% de sus prestaciones solicitadas (33,3%), una persona entre 26-50% (33,3%) y otra entre 76-100% de sus prestaciones (33,3%).

Tabla 13: Distribución de usuarios por porcentaje de cumplimiento de prestaciones según clasificación EMPAM 2018.

EMPAM 2018	% DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIONES				
	0-25%	26-50%	51-75%	76-100%	TOTAL
AUTOVALENTES	0	4	4	2	10
AUTOVALENTES CON RIESGO	3	4	4	3	14
RIESGO DE DEPENDENCIA	3	7	7	7	24
DEPENDENCIA LEVE	1	2	1	0	4
DEPENDENCIA MODERADA	1	1	0	1	3

Se puede observar, además, que de las personas mayores autovalentes seis de ellas cumplió más de la mitad de sus prestaciones solicitadas, de las personas mayores autovalentes con riesgo siete de ellas cumplió más de la mitad de sus prestaciones solicitadas, de las personas con riesgo de dependencia 14 de ellas cumplieron más de la mitad de sus prestaciones solicitadas, de la población con dependencia leve sólo una de ellas cumplió más de la mitad de

sus prestaciones solicitadas y por último de la población con dependencia moderada sólo una de ellas cumplió más de la mitad de sus prestaciones.

Esto nos revela que la población autovalente es quien cumplió más sus prestaciones solicitadas y es la clasificación que mejor funcionalidad presenta una persona mayor. Por el contrario, las clasificaciones que nos indican un peor estado funcional es la dependencia y este estudio nos revela que son quienes menos logran cumplir con sus prestaciones solicitadas.

CAPÍTULO 6: Discusión

Según REM 2017 (DEIS) el total nacional de Personas Mayores de 65 años o más en control es de 176.562. En relación al REM Regional (RM) y Servicio de Salud presentan sus datos totales, pero al entrar en detalle se observa que los datos de los centros de salud de la comuna de San Bernardo están en cero, es decir, no se presentan de manera pública, por lo que los datos totales no contabilizan a la población de la comuna de San Bernardo. A pesar de esto, se tuvo acceso a dichos datos mediante información proporcionada por el Servicio de Orientación Médico Estadístico (SOME) del CESFAM Juan Pablo II, en donde la población mayor (65 años o más) en control de salud corresponde a un total de 1824, siendo 285 clasificados como Riesgo Dependientes.

En relación a esto, es sorprendente que se presenten resultados nacionales públicamente donde no se contabilice toda la población nacional, no presentando registros de ciertos centros de salud, teniendo en cuenta que esos datos si existen, como es el caso del CESFAM Juan Pablo II. Esto podría indicar que el flujo de comunicación no está siendo efectivo, lo que finalmente abre la siguiente interrogante ¿El MINSAL tendrá la suficiente información que le permita saber qué está sucediendo con la PAM en la comuna de San Bernardo?

Por otro lado, la cobertura de acciones promocionales y preventivas en Atención Primaria destinadas a mantener y/o mejorar la salud de la PAM es insuficiente, esto se ve reflejado en el EMPAM, donde no existe información pública actualizada de la cobertura tanto nacional como comunal, siendo el año 2013 el último dato actualizado a nivel país, el cual correspondió a un 42,14%.

Continuando con el EMPAM, el año 2016 a nivel nacional la población autovalente correspondía a un 43,2%, autovalentes con riesgo 27%, riesgo de dependencia 14,7% y dependientes 14,4%. Mientras que en el CESFAM Juan Pablo II de la comuna de San Bernardo la población autovalente correspondía a 40,6%, autovalentes con riesgo 35,1%, riesgo de dependencia 15,6%, y dependientes 8,6%. Esta información permite visualizar una similitud entre la población con riesgo de dependencia tanto nacional como dentro del CESFAM.

Siguiendo con la población riesgo dependiente, en el CESFAM Juan Pablo II, para el año 2017, se clasificaron 285 personas en esta categoría

El presente estudio se centró en la población Riesgo Dependiente del CESFAM Juan Pablo II. Producto de la falta de acceso de información y aplicación de criterios de inclusión, este estudio contempló una muestra final de 55 usuarios, de los cuales el 75% pertenecen al sexo femenino y 25% al sexo masculino. De esta población total el promedio de edad fue de 78,5 años. Donde tanto para la población femenina y masculina corresponde de igual manera una media de 78 años aproximadamente. Tanto la persona con mayor y menor edad del estudio corresponden a sexo femenino.

El total de la muestra, como bien se mencionó, corresponde a usuarios clasificados con riesgo de dependencia el año 2017 y a pesar de pertenecer a la misma clasificación, el número de prestaciones solicitadas por usuarios varió, siendo entre uno a diez por cada usuario, con una moda de cuatro prestaciones.

Esta investigación tuvo como primer objetivo evidenciar la ejecución del plan de atención y plan de seguimiento de las prestaciones otorgadas para cada usuario posterior al EMPAM. En base a esto, el plan de atención cumplió con la ejecución del 70,7% del total de las prestaciones otorgadas. Si consideramos que hay prestaciones que se otorgan y ejecutan el mismo día, es necesario diferenciarlos de aquellos que requieren agendar una próxima cita. Dicho esto, si no contabilizamos las asistencias de Educación, Pastillero y Vitamina B12, el cumplimiento de plan de atención disminuye a un 56%. Se destaca, que dentro de las prestaciones que se otorgan para otro día, la prestación de controles de salud es la única donde entregan fechas de asistencia a un mes específico y correspondió a la que obtuvo mayor número de prestaciones otorgadas con un 92,5% de asistencia.

Por otro lado, si se enfoca en el plan de seguimiento, el cual consta de la ficha de seguimiento y de la realización del EFAM antes de los seis meses posterior al EMPAM, se evidencia que sólo un 9,1%, correspondiente a cinco usuarios de la muestra cumple con la ejecución de la realización del EFAM y, un 100% no presenta la ficha de seguimiento adjunta al EMPAM.

Dado a lo anterior gran parte de los usuarios a los que se les realiza este examen quedan estancados entre la clasificación de su funcionalidad y la solicitud de asistencia a las prestaciones. Mientras que otro grupo minoritario logra completar su plan de atención con diferencias en sus ventanas de tiempo, demostrando así que este examen no logra una atención

integral completa, por lo que no se obtiene una retroalimentación del plan de atención y, por tanto, se desconoce el verdadero efecto que provocan las prestaciones a las condiciones pesquisadas del usuario.

Es necesario mencionar que el MINSAL sugiere que el cumplimiento se lleve a cabalidad para así lograr un impacto en la condición de salud de cada usuario, postergando y/o evitando la disminución de su funcionalidad.

El siguiente objetivo corresponde a la caracterización de las prestaciones del nivel primario intra-CESFAM, donde se decidió dividir en dos categorías para su mayor comprensión. El 20% corresponde a las prestaciones según flujograma del plan de atención y el 80% son otras prestaciones, incluyendo prestaciones que pertenecen al Programa Adulto Mayor. Es decir, la mayoría de las prestaciones solicitadas corresponden al grupo “otras prestaciones”, lo que podría indicar que aquellas que pertenecen al grupo “flujograma” no son suficientes para todas las necesidades que presenta cada usuario.

En relación a la determinación de la ventana de tiempo del cumplimiento de las prestaciones otorgadas, el promedio es de 96,64 días (tres meses aproximadamente). Cabe destacar que gran parte de las prestaciones presenta una ventana de tiempo muy heterogénea, debido a que la brecha entre el mínimo y el máximo de asistencia es muy amplia. Esto refleja un posible problema administrativo por parte del establecimiento, como falta de personal, agendas reducidas. Por otro lado, se puede asociar a un problema netamente del usuario, como la falta de interés, de recursos y de educación.

A raíz de lo mencionado en los párrafos anteriores, es relevante mencionar que el afán de intentar aumentar la cobertura del EMPAM para cumplir las metas IAAPS y recibir los incentivos monetarios ofrecidos por el Estado, no se correlaciona con el cumplimiento de los principales objetivos del examen, lo que da cuenta de una atención incompleta que no responde a la naturaleza del examen. Esto se evidencia en el año 2015, en el que la meta se cumplió al 100%, sin embargo, el cumplimiento a las prestaciones visualizada en este estudio correspondió a sólo un 37,3%. Por lo que es necesario que el lector se pregunte ¿El cumplimiento de las metas es el objetivo principal al momento de la realización del EMPAM?

Según Alvarado & Ron (2014) la funcionalidad de los adultos mayores va en decadencia a medida que avanzan en edad, tanto en los ámbitos físicos como cognitivos y sociales. Es por esto, que la prevención es un factor fundamental en la pérdida de esta, siendo el EMPAM una gran herramienta predictor que cumpliría con su objetivo, si posterior a este tamizaje se generaran las acciones correspondientes de forma suficiente y continua, por lo que el cumplimiento de las prestaciones es fundamental a la hora de mantener la funcionalidad. Es por esto, que la prevención es un factor fundamental en la pérdida de esta, siendo el EMPAM una gran herramienta predictor que cumpliría con su objetivo, si posterior a este tamizaje se generaran las acciones correspondientes de forma suficiente y continua, por lo que el cumplimiento de las prestaciones es fundamental a la hora de mantener la funcionalidad del usuario.

Esto se refleja en los resultados organizados obtenidos según la clasificación del EMPAM 2018 de los 55 usuarios. Llamando la atención que quienes cumplieron menos de un 50% de sus prestaciones solicitadas en el EMPAM 2017 corresponden a la población dependiente, mientras que quienes cumplieron con más de un 50% de sus prestaciones es la población clasificada como autovalente.

6.1 Limitaciones de la investigación

Se consideró como limitación el hecho de presentar la información del año 2017 y la mayoría del año 2018 en forma física, escrita a mano, lo que generó dificultad al momento de transformarla a la base de datos a utilizar, además que algunos documentos no se encontraban disponibles debido a su antigüedad.

Por otro lado, se reflejó la existencia de errores humanos, como la aplicación de otro EMPAM el mismo año, en vez de realizar el control de seguimiento EFAM y, además, un par de usuarios presentaban su EFAM como parte de su plan de seguimiento, pero en la cartola EMPAM no se registró la derivación a tal prestación, por tanto, no se consideró en el estudio. Siguiendo este último punto, es relevante mencionar que el estudio estuvo sujeto a confiar en una correcta evaluación y posterior clasificación de cada usuario, entregando las prestaciones atingentes a las necesidades de cada uno de estos.

Como otra limitación, se aclara que sólo existe registro de la ejecución del cumplimiento de la prestación, por lo que no es correcto afirmar que el usuario no cumplió, sino más bien que no hay registro de aquello.

CAPÍTULO 7: Conclusiones

Este estudio entrega información sobre el cumplimiento del plan de atención y de seguimiento a partir de la realización del EMPAM anual. Como resultado se obtuvo que los planes no se ejecutan correctamente, desde el punto de vista del cumplimiento, dejando los objetivos MINSAL inconclusos, destacando que el plan de seguimiento, el cual debió ser solicitado a toda la muestra, logró un porcentaje mínimo de solicitud y escaso número de cumplimiento.

Actualmente, la causalidad de este hecho es desconocida, pero se propone lo siguiente para su mejora:

- Agendar las citas de prestaciones solicitadas inmediatamente finalizada la aplicación del examen.
- Recordar al usuario, vía telefónica, sobre la cercanía de la fecha de su próxima cita.
- Darle mayor importancia al mesón Adulto Mayor del CESFAM, pudiendo entregar ahí mismo las citas a todas las prestaciones necesarias.
- Regular el registro de las prestaciones luego de la aplicación del examen por parte de los/las profesionales de salud, para que todos ejecuten éste de manera igualitaria e incluyan la solicitud del plan de seguimiento completo, es decir la ficha de seguimiento y aplicación EFAM.
- Darle mayor consideración y dedicación tanto al Kinesiólogo como el Terapeuta Ocupacional, dado que en el REM nacional sólo se considera a Médicos, Enfermeros/as, Matrones/as y Técnico Paramédico como profesionales que ejecutan los controles de salud por ciclo vital, dejando de lado a Kinesiólogos/as y Terapeutas Ocupacionales, destacando que ellos son profesionales de salud que presentan mayor relación al área de funcionalidad, y, por tanto, pueden ser un aporte importante que estos ejecuten el plan de seguimiento, aplicando la ficha de seguimiento y control EFAM.

A partir de septiembre de 2018 el CESFAM cuenta con nueva tecnología para el registro de documentación, conocido como programa de registro clínico electrónico RAYEN, el cual es una herramienta que simplifica la gestión y administración en la atención de los usuarios, pudiendo permitir monitorear el seguimiento, debido a que entrega un acceso expedito a todo registro

como lo es la realización de prestaciones, lo que es una oportunidad para desarrollar un flujograma de seguimiento que dé cuenta del impacto de este tamizaje asociado al cumplimiento de las acciones desempeñadas y así fomentar el desarrollo de un modelo de atención familiar integral.

Es por esto que se llama a realizar nuevas investigaciones como esta, con datos más actualizados, pudiendo obtener resultados más favorables ya que su base de datos podría ser más completa.

Referencias Bibliográficas

- Abusleme, M.T., Caballero, M. (2014) *Maltrato a las Personas Mayores en Chile: Haciendo visible lo invisible*. Santiago: Senama, 2014. Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor
- Barraza R., A., & Castillo P., M. (2006). *El envejecimiento*.
- Calvo, E. (2013). *Enfoques sobre el envejecimiento: envejecimiento saludable, activo y positivo*. Recuperado de http://www.esteban-calvo.com/wp-content/uploads/2015/02/Calvo_2013_enfoques-envejecimiento-maltrato-PUC.pdf
- Castillo, J. (2018, 27 noviembre). *Difícil realidad de los adultos mayores en Chile*. Recuperado de <https://enlinea.santotomas.cl/blog-expertos/dificil-realidad-los-adultos-mayores-chile/>
- Corporación Municipal de Educación y Salud de San Bernardo. (2018). *Plan de Salud 2019 - 2021*. Recuperado de <https://www.corsaber.cl/interiores/salud/pdf/2018-PLAN-DE-SALUD.pdf>
- Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales. (s.f.). *Sistema de Referencia- Contrarreferencia*. Recuperado de https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/9_NORMA-DE-REFERENCIA-Y-CONTRAREFERENCIA.pdf
- Dirección de Salud San Bernardo. (s.f.). *Plan de Salud 2015*. Recuperado de https://www.corsaber.cl/descargas/PLAN_DE_SALUD_2015.pdf
- Dirección de Salud San Bernardo. (2016). *Plan de Salud 2017*. Recuperado de <http://www.corsaber.cl/interiores/salud/pdf/2017-PLAN-DE-SALUD.pdf>
- División de Atención Primaria. (2015). *Manual Operativo Programas de Salud Respiratoria*. Recuperado de https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Manual_operativo_Programas_de_Salud_Respiratoria.pdf
- División de Atención Primaria. (2014). *Orientación Técnica Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa*.
- División de Prevención y Control de Enfermedades. (2014). *Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor EMPAM: Programa Nacional Adulto Mayor*. Recuperado

- de https://web.minsal.cl/sites/default/files/files/8-Abril%20-2014%20%20EMPAM-Dra_%20%20Jenny%20Velasco.pptx
- Dois, A., Contreras, A., Bravo, P., Mora, I., Soto, G., & Solís, C. (2016). *Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los usuarios*. *Revista médica de Chile*, 144(5). Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000500005
 - Figueroa, M. (2013). *Rehabilitación Basada en la Comunidad y CCR*
 - Froimovich, K. (2014). *Diagnóstico EMPAM*. Recuperado de http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/8%20-4-14%20Diagn%C3%B3stico%20EMPAM-%20Socl_%20karin%20Froimovich.pptx
 - Gajardo, J. (2017). *Ampliando oportunidades para promover funcionalidad y prevenir la dependencia en población adulta mayor*. *Revista médica de Chile*, 145(6), 817–818. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872017000600817>
 - Gálvez, R., & Kremerman, M. (2019). *Pensiones bajo el mínimo Recaredo Gálvez - Marco Kremerman Resultados del sistema de capitalización individual en Chile*. Recuperado de <http://www.fundacionsol.cl/wp-content/uploads/2019/07/Pensiones-bajo-el-minimo-2019-1.pdf>
 - González, N. (2015). *Programa Más Adultos Mayores Autovalentes*. Recuperado de https://www.corsaber.cl/descargas/PLAN_DE_SALUD_2015.pdf
 - Instituto de Políticas Públicas en Salud. (s.f.). *¿Qué es el Auge y cuáles son sus beneficios?* Recuperado de <http://www.ipsuss.cl/ipsuss/que-es-el-auge-y-cuales-son-sus-beneficios/2014-11-01/235304.html>
 - Instituto Nacional de Estadísticas. (2007). *Enfoque Estadístico - Adulto Mayor en Chile*. Recuperado de <https://www.ine.cl/docs/default-source/FAQ/enfoque-estad%C3%ADstico-adulto-mayor-en-chile.pdf?sfvrsn=2>
 - Instituto Nacional de Estadísticas. (2017). *Primeros resultados definitivos del Censo 2017: un total de 17.574.003 personas fueron efectivamente censadas*. Recuperado de <https://www.ine.cl/prensa/detalle-prensa/2017/12/22/primeros-resultados-definitivos-del-censo-2017-un-total-de-17.574.003-personas-fueron-efectivamente-censadas>

- Instituto Nacional de Estadísticas. (2018). *Resultados CENSO 2017 por país, regiones y comunas*. Recuperado de <http://resultados.censo2017.cl/Region?R=R13>
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2017). *Resultados Definitivos CENSO 2017*. Recuperado de http://www.censo2017.cl/wp-content/uploads/2017/12/Presentacion_Resultados_Definitivos_Censo2017.pdf
- Kornfeld, R. (2012). *Políticas Públicas para las Personas Mayores en Chile: Servicio Nacional del Adulto Mayor*. Recuperado de <https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/05rosakornfeld.pdf>
- Ministerio de Desarrollo Social. (2017). *Casen 2015 Adultos Mayores Síntesis de Resultados*. Recuperado de http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_adultos_mayores.pdf
- Ministerio de Salud. (s.f.-a). *Protección de la Salud del Adulto Mayor*. Recuperado de <https://www.minsal.cl/salud-del-adulto-mayor/>
- Ministerio de Salud. (s.f.-b). *Estrategia Nacional de Salud Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011 - 2020*. Recuperado de <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
- Ministerio de Salud. (2009). *Guía Clínica Examen De Medicina Preventiva*. Recuperado de <https://www.minsal.cl/portal/url/item/73b3fce9826410bae04001011f017f7b.pdf>
- Ministerio de Salud. (2014). *Orientación Técnica para la Atención en Salud de las Personas Adultas Mayores en Atención Primaria*. Recuperado de <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/440/Orientacion-tecnica-para-la-atencion-en-salud-de-las-personas-adultas-mayores-en-AP-MINSAL-Chile-2014-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ministerio Secretaría General de la Presidencia. (2002). *LEY-19828 27-SEP-2002*. Recuperado de <http://bcn.cl/1v31p>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Envejecimiento y salud*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la Salud*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=49B317055C42136B4D81DC2BB16C67ED?sequence=1

- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Nuevo informe Salud en las Américas +2017 de la OPS: en Chile la esperanza de vida al nacer es de 80 años para los hombres y 85 años para las mujeres*. Recuperado de https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=956:nuevo-informe-salud-en-las-americas-2017-de-la-ops-en-chile-la-esperanza-de-vida-al-nacer-es-de-80-anos-para-los-hombres-y-85-anos-para-las-mujeres&Itemid=1005
- Roqué, M., & Amaro, S. (s.f.). *Políticas Públicas sobre Envejecimiento en los Países del Cono Sur*. Recuperado de <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Politicaspublicas-vejez-cono-Sur.pdf>
- Servicio de Salud Metropolitano Sur. (s.f.). *Rol de la Red Asistencial*. Recuperado de <http://ssms.cl/como-me-atiendo/rol-de-la-red-asistencial/>
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2009). *Las Personas Mayores en Chile Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez*. Recuperado de <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Las-personas-mayores-de-chile-situacion-avances-desafios-del-envejecimiento-y-vejez-2009.pdf>
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. (s.f.). *Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile 2012 - 2025*. Recuperado de <http://omayor.cl/wp-content/uploads/2016/05/Pol-tica-Integral-de-Envejecimiento-Activo.pdf>
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2012). *Políticas Públicas Para las Personas Mayores en Chile*. Recuperado de <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Politicaspublicas-vejez-cono-Sur.pdf>
- Silva, J. (2005). *Evaluación funcional adulto mayor EFAM-Chile*. *Medwave*, 5(1). <https://doi.org/10.5867/medwave.2005.01.667>
- Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2008). *En El Camino a Centro de Salud Familiar*. Recuperado de <http://buenaspracticapsaps.cl/wp-content/uploads/2014/07/MINSAL-2008-En-el-camino-a-Centro-de-Salud-Familiar.pdf>
- Subsecretaría de Redes Asistenciales. (s.f.). *Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria*. Recuperado de <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2015). *Orientación Técnica Programa Más Adultos Mayores Autovalentes*. Recuperado de <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp->

- content/uploads/2018/01/013.Orientaci%C3%B3n-T%C3%A9cnica-Programa-Ms-Autovalentes.pdf
- Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2019). *Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud*. Recuperado de <https://www.ssmaule.cl/dig/ControlDeGestion/Metas%20IAAPS/2019/definiciones/Orientaci%C3%B3n%20T%C3%A9cnica%20IAAPS%202019.pdf>
 - Superintendencia de Salud. (2008). *Dependencia de los Adultos Mayores en Chile*. Recuperado de http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articulos-4471_recurso_1.pdf
 - Subsecretaría de Salud Pública. (2017). *Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 Primeros resultados*. Recuperado de https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf
 - Subsecretaria de Salud Pública. (s.f.). *Manual de Aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor*. Recuperado de <http://www.minsal.cl/portal/url/item/ab1f81f43ef0c2a6e04001011e011907.pdf>
 - Subsecretaría de Salud Pública. (2016). *Norma Técnica de los Programas Alimentarios*. Recuperado de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2016.04.20-Norma-Técnica-Prog.-Alimentarios-aprobada-por-Jurídica.pdf>
 - Subsecretaría de Salud Pública. (2014). *Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores*. Recuperado de https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf
 - Villalobos, A. (s.f.). *Gestor de Caso del Adulto Mayor en Riesgo de Dependencia*. Recuperado de <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c2c4348a0dbb9a8be040010165012f3a.pdf>

CAPÍTULO 9: Anexos

Anexo 1 “Hoja de registro EMPAM”



“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	
Diazepam	Ibuprofeno	OTROS
Diclofenaco	Corticoides inhalados	
Enalapril	Losartan potásico	
Furosemida	Levodopa	

III.- Evaluación Funcional EFAM

Parte A				Parte B		Ptje	MMSE	Ptje
Ítem	Ptje	Ítem	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		
Temblor			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 (ver anexo 4.)

0-5: Normal..... 6-9: Depresión leve.....>10: Depresión Establecida.....

Minimental Extendido (MMSE extendido) o Test de Folstein: (ver anexo 7)

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). ver anexo 5

≥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 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

SI _____ NO _____

Observaciones _____

VII.- EXAMENES ANUALES PONER MEDIDAS DE CADA UNA

Glicemia _____ Mg/dl Colesterol total _____ mg/dl Baciloscopia (BAAR) +/- _____

VDRL _____ Test de VIH: SI _____ NO _____ Otros _____

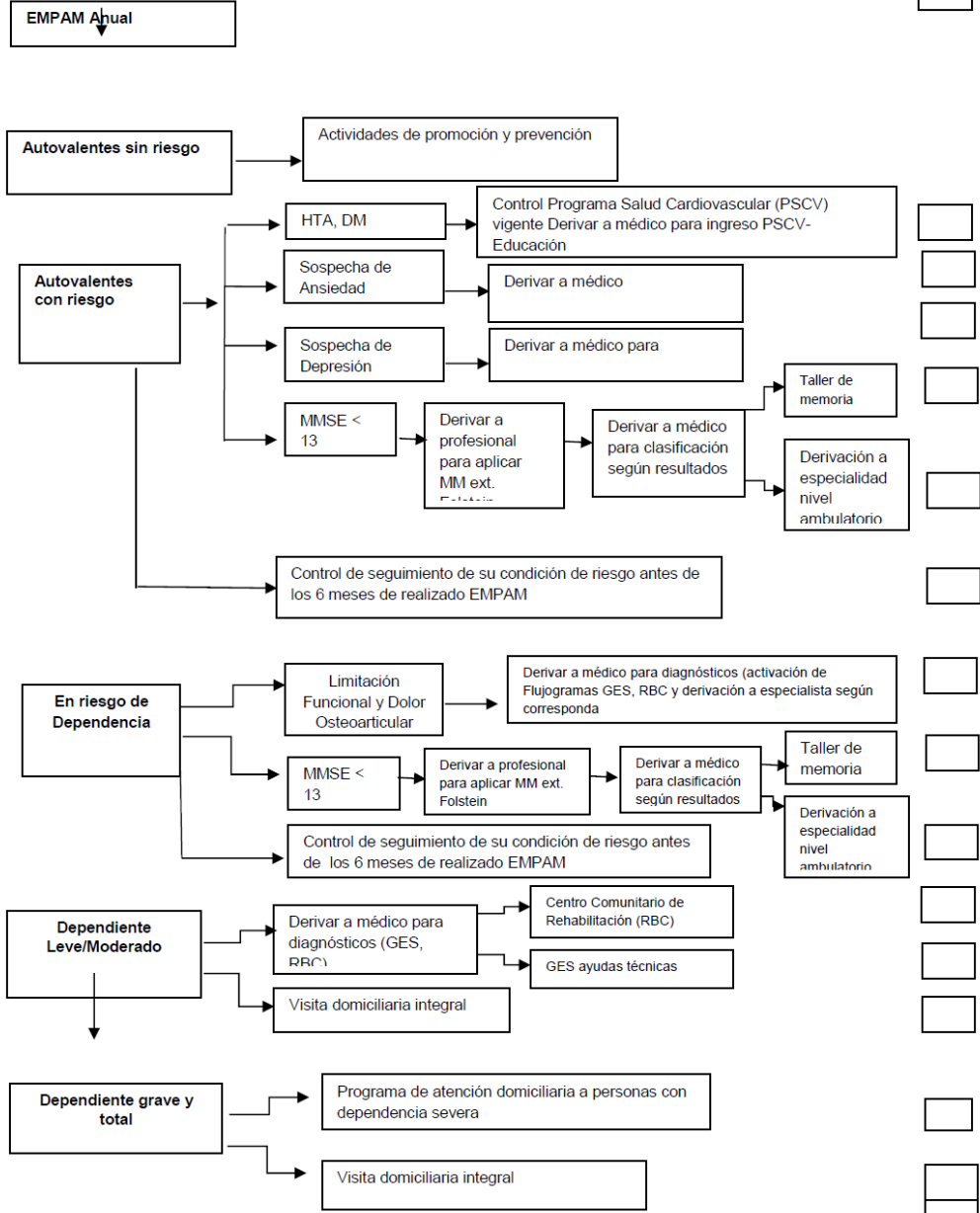
VIII.- ADICCIONES:

¿Bebe? SI _____ NO _____ Puntaje > 7 puntos _____ Bebedor Problema: AUDIT: _____

¿Fumar? : SI _____ 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 2 “Hoja de registro Plan de Atención”

I. DIAGNÓSTICO FUNCIONAL				
II. PROBLEMAS DE SALUD	DERIVACIÓN DE SALUD (APS) MARCAR CON X	CAUSA DE DERIVACIÓN NIVEL SECUNDARIO	DE A	ESPECIALIDAD DONDE SE DERIVA
PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR Y/O RESPIRATORIO	PESQUISA			
	DESCOMPENSADO			
	SEGUIMIENTO			
	INGRESO O REINGRESO			
SALUD MENTAL	SOSPECHA DEPRESIÓN			
	SOSPECHA ANSIEDAD			
	MINIMENTAL < 13			
	OTRAS			
SOCIAL	VIF			
	AUDIT ALTERADO			
	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA			
	RIESGO SOCIAL			
REHABILITACIÓN FÍSICA A PACIENTES FRÁGILES O EN RIESGO DE DEPENDENCIA (MÉDICO, KINESIÓLOGO) CCR o RBC	ARTROSIS			
	PARKINSON			
	DOLOR ARTICULAR			
	RIESGO DE CAÍDAS			
	AYUDAS TÉCNICAS(ÓRTESIS)			
ALTERACIONES SENSORIALES	ALTERACIÓN VISUAL			
	ALTERACIÓN AUDITIVA			
	ALTERACIÓN BUCAL			
PACAM				
VISITA DOMICILIARIA	SEGUIMIENTO			
	PROCEDIMIENTO			
PROGRAMA ATENCIÓN DOMICILIARIA	INGRESO			
	SEGUIMIENTO			
MALNUTRICIÓN POR EXCESO O DEFICIT	NUTRICIONISTA			
	MÉDICO			
OBSERVACIONES				

Anexo 3 “Autorización del CEC del SSMS”



MEMORANDUM N°: 211/2019

MAT.: Resultado de evaluación de Proyecto código 20-12042019

Santiago, 13 de junio de 2019

**Srta. ROCIO DIAZ PINTO
INVESTIGADOR PRINCIPAL**

PROYECTO: “Seguimiento de pacientes adultos mayores clasificados según el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor como riesgo de dependencia realizados en el periodo 2017-2018 en CESFAM Juan Pablo II de la comuna de San Bernardo”

**UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE CIENCIAS DE LA EDUCACION (UMCE) -
CESFAM JUAN PABLO II – SAN BERNARDO
PRESENTE**

Informamos a Ud. que la Directiva del Comité Ético Científico (CEC) del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), tomó conocimiento y evaluó los siguientes antecedentes del Proyecto: **“Seguimiento de pacientes adultos mayores clasificados según el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor como riesgo de dependencia realizados en el periodo 2017-2018 en CESFAM Juan Pablo II de la comuna de San Bernardo”**, remitidos mediante carta fechada el 28/03/2019, recepcionada el 12/04/2019:

I. Antecedentes revisados y evaluados por la Directiva del CEC SSMS, en reunión del 30/04/2019: (se adjunta asistencia)

1. Carta de intención, fechada 28/03/2019, dirigida a Pdta. CEC SSMS, firmada por Rocío Belén Díaz Pinto.
2. Carta de intención, fechada 28/03/2019, dirigida a Pdta. CEC SSMS, firmada por Javiera Álvarez Rivera.
3. Carta de intención, fechada 28/03/2019, dirigida a Pdta. CEC SSMS, firmada por Mónica Peña Contreras.
4. Solicitud de exención de arancel, fechada 15/04/2019, dirigida a Dra. Carmen Aravena Cerda, Directora SSMS, firmada por Kiga. Natalia Galarce Ortiz, Investigadora Responsable Administrativa del Establecimiento.
5. Certificado de autorización, fechado 08/04/2019, firmado por Angie Carrasco Vergara, Directora de Cesfam Juan Pablo II, Corporación Municipal de Educación y Salud San Bernardo.
6. Certificado de autorización, fechado 08/04/2019, firmado por Kiga. Natalia Galarce Ortiz, Docente Patrocinador Cesfam Juan Pablo II.
7. Certificado, fechado 28/03/2019, firmado por Javiera Álvarez Rivera, declarando no ser partícipe de algún estudio de investigación a esta fecha.
8. Certificado, fechado 28/03/2019, firmado por Mónica Peña Contreras, declarando no ser partícipe de algún estudio de investigación.
9. Certificado, fechado 28/03/2019, firmado por Rocío Díaz Pinto, declarando no ser partícipe de algún estudio.
10. Constancia, fechada 28/03/2019, firmada por Directora Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, certificando que Javiera Álvarez R. ha cursado las asignaturas de Marco Ético legal de la Profesión.
11. Constancia, fechada 28/03/2019, firmada por Directora Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, certificando que Rocío Díaz P. ha cursado las asignaturas de Marco Ético Legal de la Profesión.
12. Constancia, fechada 28/03/2019, firmada por Directora Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, certificando que Mónica Peña C. ha cursado las asignaturas de Marco Ético Legal de la Profesión.
13. PROYECTO: “Seguimiento de pacientes adultos mayores clasificados según el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor como riesgo de dependencia realizados en el periodo 2017-2018 en CESFAM Juan Pablo II de la comuna de San Bernardo”

14. PROYECTO: "Seguimiento de pacientes adultos mayores clasificados según el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor como riesgo de dependencia realizado en el período 2017-2018 en CESFAM Juan Pablo II de la comuna de San Bernardo" (02 copias)
15. Nómina de Investigadores, fechada 28/03/2019.
16. Curriculum Vitae de Mónica Peña Contreras.
17. Formulario Carta de Compromiso Investigador, fechado 28/03/2019, firmado por Mónica Peña Contreras.
18. Curriculum Vitae de Javiera Alvarez Rivera.
19. Formulario Carta de Compromiso Investigador, fechado 28/03/2019, firmado por Javiera Alvarez Rivera.
20. Curriculum Vitae de Rocío Díaz Pinto.
21. Formulario Carta de Compromiso Investigador, fechado 28/03/2019, firmado por Rocío Díaz Pinto.

II. Por lo anterior, el Comité Ético Científico (CEC) del SSMS determina, con fecha **30/04/2019** que **el Estudio no presenta reparos Éticos y lo aprueban para el Cesfam Juan Pablo II, de San Bernardo.**

III. Además, se adjuntan los siguientes documentos:

- Asistencia de la Reunión del Comité Ético Científico del S.S.M.S.
- Declaración de Cumplimiento de las Buenas Prácticas Clínicas, Versión 4.0, actualizada el 11/12/18 en Sesión del CEC del S.S.M. SUR

Solicitamos a Ud. comunicar a este Comité:

1. El inicio de la ejecución del estudio.
2. Estado de avance y los eventos observados asociados y no asociados con el estudio.
3. Cualquier antecedente importante que se observe durante la ejecución de la investigación.
4. Finalizado el estudio, remitir informe final.

Saludan atentamente,

SERVICIO DE SALUD
METROPOLITANO SUR
PRESIDENTA
[Firma]
VERONICA RIVERA SCIARAFFIA
PRESIDENTA
COMITÉ ETICO CIENTIFICO
S.S.M.S.

[Firma]
DR. HECTOR JORQUERA VERGARA
SECRETARIO
COMITE ETICO CIENTIFICO
S.S.M.S.

C./c.:

- **Director de Atención Primaria:** Dr. Daniel Ruiz Maldonado
- **Directora Cesfam Juan Pablo II, comuna San Bernardo:** Angie Carrasco Vergara
- Archivo Memos CEC SSMS
- Archivo Protocolo.

Comité Ético Científico S.S.M.S. re-acreditado según Resolución Exenta N° 052170 del 20/09/2017 del SEREMI de Salud.

Av. Santa Rosa N° 3453 - San Miguel - Santiago - Tel.: 225763637
Celular institucional Presidencia de CEC: 58582831 - correo: veronica.rivera@redsalud.gov.cl

Anexo 4” Autorización del Comité Científico de la dirección de salud de la comuna de San Bernardo”



San Bernardo, 01 de Agosto del año 2019

Srita Angie Carrasco

Director de CESFAM Juan Pablo Segundo de la comuna de San Bernardo

PRESENTE

Mediante el presente certificado se informa que el Estudio de “Seguimiento de pacientes adultos mayores clasificados en el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor como riesgo de dependencia realizado en el CESFAM Juan Pablo II de la comuna de San Bernardo durante el periodo 2017 - 2018” del CESFAM JUAN PABLO II fue revisado por el Comité Científico de la comuna, no encontrándose objeciones para ser evaluado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS) ni para ser ejecutado en la comuna.

El Comité le sugiere a Ud. En su calidad de Director de CESFAM la aprobación del Estudio. Se informó a la autora que el Director del CESFAM es quien finalmente aprueba o rechaza la realización del estudio en el establecimiento.

Saludan atentamente a Ud.


Pamela Morates von S.
Médico Familiar
Rut: 12.498.067-4

Dra Pamela Morales

PRESIDENTE COMITÉ CIENTIFICO E INNOVACION COMUNAL
CORPORACION MUNICIPAL DE SAN BERNARDO


Dr. Felipe Opazo Anriquez
Rut: 15.959.412-4
Cirujano Dentista

Dr Felipe Opazo

SECRETARIO COMITÉ CIENTIFICO E INNOVACION COMUNAL
CORPORACION MUNICIPAL DE SAN BERNARDO

Anexo 5 “Autorización de la Dirección del CESFAM Juan Pablo II, comuna San Bernardo”



CERTIFICADO DE AUTORIZACION

ANGIE CARRASCO VERGARA
DIRECTORA CESFAM JUAN PABLO II

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

“Seguimiento de pacientes adultos mayores clasificados según el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor como riesgo de dependencia realizado en el CESFAM Juan Pablo II de la comuna de San Bernardo durante el periodo 2017 - 2018”

En cumplimiento de las buenas prácticas de investigación y en mi carácter de Director(a) del Centro de Salud Juan Pablo II de la comuna de San Bernardo, informo que estoy en conocimiento del estudio antes mencionado y autorizo su evaluación por parte del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Metropolitano Sur.

Este estudio aportará información de la comuna respecto a estrategias dirigidas al adulto mayor, por lo tanto se sugiere aprobar su ejecución.

Este estudio será realizado por estudiantes de la carrera de Kinesiología de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, Javiera Álvarez Rivera, Rocío Díaz Pinto, Mónica Peña Contreras.

Atentamente,



Angie Carrasco Vergara

Directora de Cesfam Juan Pablo II

Corporación Municipal de Educación y Salud San Bernardo