

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**“CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE SALUD DEL
ADULTO MAYOR EN CONTROLES PREVENTIVOS
DE LA PERDIDA DE FUNCIONALIDAD
EN EL CENTRO DE SALUD SANTA JULIA”**

PAMELA URIBE DÍAZ

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PUBLICA

**PROF. GUIA DE TESIS: CLAUDIA CARRASCO DAJAR
ASESOR ESTADÍSTICO: WALDO ARANDA CHACÓN**

Santiago, Diciembre, 2008

INDICE DE CONTENIDOS

CAPITULO I.-INTRODUCCION.....	6
CAPITULO II.- MARCO TEORICO.....	8
1.- Aspectos sociodemográficos y epidemiológicos del AM.....	5
1.1.- Situación del Adulto Mayor en el Mundo y en América Latina.....	8
1.2.- Situación del Adulto Mayor en Chile.....	13
2.- Políticas Públicas Asociadas al Envejecimiento.....	17
3.- Programa del Adulto Mayor en Chile.....	21
3.1.- Prevención de la Perdida Funcionalidad del Adulto Mayor.....	21
3.2.-Fundamento de Acciones en Atención Primaria enfocadas a la Prevención de la Pérdida Funcional.....	23
3.3.- Reseña del Programa del Adulto Mayor.....	26
3.4.- Componentes del Programa de Prevención de la Perdida Funcional del Adulto Mayor en Atención Primaria.....	30
3.5.- Situación Actual del Programa en Relación a la Norma Ministerial.....	37
4.- Adultos Mayores en la Comuna de Macúl y Cesfam Santa Julia.....	44
5.- Evaluación de Programas	48
CAPITULO III.- OBJETIVOS.....	52
1.- Objetivo General.....	52
2.- Objetivos Específicos.....	52
CAPITULO IV.- MATERIAL Y MÉTODO.....	53
1.- Tipo de estudio.....	53
2.- Método.....	53
2.1.- AUDITORIA EN SALUD.....	55
2.1.1- Población.....	55
2.1.2.- Muestra.....	55
2.1.3.- Método.....	55
2.1.4.- Fuentes de Información.....	57
2.1.5.- Criterios de Inclusión.....	58
2.1.5.- Fuentes de Información.....	59
2.1.6.- Instrumentos.....	59
2.1.7.- Variables en Estudio.....	59
2.1.8.- Definición Conceptual de Variables.....	60
2.1.9.- Operacionalización de Variables.....	72

2.1.10.- Análisis de datos.....	72
2.2.- ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD.....	73
3.-Validez y Confiabilidad.....	74
4.-Limitaciones del estudio.....	75
5.- Consideraciones Éticas.....	76
CAPITULO V.- RESULTADOS.....	77
1.- Auditoria en Salud.....	78
1.1.- Distribución de Casos Auditados.....	78
1.2.- Características sociodemográficas y epidemiológicas de los casos auditados.....	82
1.3.- Características de los Controles Preventivos de la Pérdida Funcional del Adulto Mayor en Relación a la Norma.....	88
1.3.1- Características del uso de Tarjeta de Ingreso en relación a la Norma Ministerial.....	88
1.3.2.- Características del Control de Ingreso en relación a la Norma Ministerial.....	91
1.3.3.-Características del Control de Seguimiento en relación a la Norma Ministerial.....	103
1.3.4.-Periodicidad de la Atención de Controles Preventivos de la Perdida Funcional en relación a la Norma Ministerial.....	111
2.- Entrevista en Profundidad.....	113
2.1.-Características de los Actores Involucrados en los Controles Preventivos de la Pérdida Funcional.....	113
2.2.-Percepción de Actores sobre Cumplimiento de Controles Preventivos de la Perdida Funcional en Relación a la Norma.....	115
2.3.- Percepción de Actores sobre Cumplimiento de Objetivos del Programa en Controles Preventivos de la Perdida Funcional en Relación a la Norma.....	118
CAPITULO VI.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	121
1.- Conclusiones Específicas	122
2.- Conclusiones Generales y Sugerencias.....	130
CAPITULO VII.- BIBLIOGRAFIA.....	137
GLOSARIO DE TERMINOS.....	141
ANEXOS.....	142
Anexo 1: Norma de la Atención Integral de Salud del Adulto Mayor.....	143
Anexo 2: Tarjetas y fichas realizadas por el CESFAM Santa Julia.....	165
Anexo 3: Operacionalización de Variables.....	170
Anexo 4: Entrevista en Profundidad.....	179
Anexo 5: Consentimiento Informado.....	184
Anexo 6: Resumen Proyecto de Tesis para Autoridades del Consultorio.....	185

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Causas Principales de Mortalidad en adultos mayores de 60 años en el mundo, año 2002.....	10
Tabla 2. Causas Principales de Morbilidad (AVAD) en adultos mayores de 60 años en el mundo, año 2002.....	10
Tabla 3. Características de la Población de 60 años y más.....	14
Tabla 4. Características de la población atendida en el Programa del Adulto Mayor años 2003, 2004, 2005.....	40
Tabla 5. Características de la población atendida en el Programa del Adulto Mayor, años 2006 y 2007.....	41
Tabla 6. Características de las prestaciones del Programa del Adulto Mayor en el año 2006 según áreas temáticas.....	43
Tabla 7. Índices Biomédicos Comparativos del año 2002.....	45
Tabla 8. Patologías según causas en la Comuna de Macul.....	46
Tabla 9. Población mayor de 65 años según sexo.....	47
Tabla 10. Total de Controles de Ingreso y Seguimiento.....	81
Tabla 11. Distribución de los casos según rangos de edad.....	82
Tabla 12. Distribución de los casos por sexo y rangos de edad.....	83
Tabla 13. Distribución de los casos por tipo de escolaridad y rangos de edad.....	84
Tabla 14. Distribución de los casos por estado civil y rangos de edad.....	85
Tabla 15. Distribución de los casos por patologías crónicas y rangos de edad.....	86
Tabla 16. Tipo de Ficha utilizada en Control de Ingreso.....	92
Tabla 17. Modalidades del Controles de Ingreso.....	104
Tabla 18. Tipos de Fichas utilizada en Control de Ingreso.....	105
Tabla 19. Cantidad de controles de Ingreso y Seguimiento en dos años.....	111
Tabla 20. Cantidad de controles Seguimiento en dos años.....	112
Tabla 21. Cantidad de controles Seguimiento según Grados de Funcionalidad.....	112

INDICE DE GRÁFICOS, DIAGRAMAS Y FLUJOGRAMAS

Gráfico 1. Registros de variables contenidas en Tarjeta de Ingreso.....	90
Gráfico 2. Registro de variables contenidas en Antecedentes Generales de Ficha de Ingreso.....	93
Gráfico 3. Registro de variables contenidas en Antecedentes de Salud de Ficha de Ingreso.....	94
Gráfico 4. Registro de variables contenidas en Antecedentes de Salud de Ficha de Ingreso.....	95
Gráfico 5. Registro de variables contenidas en Antecedentes de Salud de Ficha de Ingreso.....	96
Gráfico 6. Registro de variables contenidas en Examen Físico de Ficha de Ingreso.....	97
Gráfico 7. Registro de variables contenidas en Examen Físico de Ficha de Ingreso.....	98
Gráfico 8. Registro de variables contenidas en Exámenes Sanguíneos de Ficha de Ingreso.....	99
Gráfico 9. Registro de variables contenidas en Diagnostico Integral de Ficha de Ingreso.....	100
Gráfico 10. Registro de variables contenidas en Aspectos Finales de Ficha de Ingreso.....	102
Gráfico 11. Registro de variables contenidas en Antecedentes Generales y Estado de Salud de Ficha de Seguimiento.....	106
Gráfico 12. Registro de variables contenidas en Antecedentes Generales y Estado de Salud de Ficha de Seguimiento.....	107
Gráfico 13. Registro de variables contenidas en Diagnostico Actualizado de Ficha de Seguimiento.....	108
Gráfico 14. Registro de variables contenidas en Diagnostico Actualizado de Ficha de Seguimiento.....	109
Gráfico 15. Registro de variables contenidas en Aspectos Finales de la Ficha de Seguimiento...	110
Diagrama 1. Método de la Auditoria.....	57
Flujograma 1. Distribución de Controles de los Casos Auditado en Fase de Ingreso y Seguimiento.....	79

CAPITULO I.- INTRODUCCION

El envejecimiento de la población ha aumentado en aquellos países que se encuentran en una etapa de transición demográfica avanzada como es el caso de Chile, en donde según el Censo realizado el 2002 un 11,4% de la población son personas de 60 años y más (Instituto Nacional de Estadísticas, 2008). Este cambio demográfico implica replantear los objetivos y las políticas de salud a fin de poder satisfacer las demandas que este grupo etáreo requiere, que son distintas a otros tramos de edad.

Debido a la gran cantidad de adultos mayores (AM) que pertenecen al sistema público de salud, según la encuesta CASEN del 2006, cercano al 87% (MIDEPLAN, 2008) y dentro del contexto demográfico del país, el Ministerio de Salud (MINSAL) pone en marcha el programa de salud del adulto mayor el año 1998. A su vez el año 2002 es realizada la *Norma de la atención integral de salud del Adulto Mayor* la cual pone énfasis en mantener o recuperar la autonomía del AM con el fin de mejorar su calidad de vida y además prevenir la mortalidad por causas evitables contribuyendo de esta manera a prolongar la vida. Es en este periodo cuando también comienza a utilizarse el EFAM Chile, la cual es una herramienta para evaluar el grado de funcionalidad del AM y así predecir el riesgo de la pérdida de este.

Según este enfoque de tipo preventivo y de promoción de la salud, estas actividades deben ser llevadas a cabo a nivel de atención primaria, ya que es aquí donde una importante proporción de AM son atendidos, lo que permite contactos regulares y prolongados que facilitan el cuidado continuo que los AM necesitan para la prevención de enfermedades.

Actualmente no existe un tipo de mecanismo que evalué la situación actual del programa de salud del adulto mayor, por lo tanto el MINSAL a fin de poder evaluar el proceso de ejecución de este y otros programas definió metas en salud a alcanzar en todos los centros de salud primaria. En relación al programa se definió como meta la realización con el EFAM-Chile de una “Evaluación Funcional de Adulto Mayor”, para el año 2007 se exigió una cobertura aproximada para el país de 45% (MINSAL,2007) y para el año 2008 un 55% (MINSAL, 2008).

La evaluación funcional es solo un componente del control de salud del adulto mayor, en la *Norma de la atención integral de salud del Adulto Mayor* entregada por el MINSAL se señalan todos los componentes que debiese tener un control de salud completo para prevenir y retardar la pérdida de la funcionalidad, este incluye además de la evaluación del grado funcional que presenta el adulto mayor, una valoración exhaustiva de aspectos físicos, psicológicos y sociales, y su posterior etapa de intervención.

Dentro de este contexto surge la necesidad de realizar una evaluación de proceso del programa del AM, más allá de evaluar solamente la realización del EFAM-Chile, se pretende con esta tesis medir el cumplimiento según las directrices que señala la norma del MINSAL en los controles de salud preventivos de la pérdida funcional de adultos mayores de 65 años que se atienden en atención primaria.

Con lo datos obtenidos en el estudio se evaluará el proceso del programa del AM en un centro de atención primaria, este tipo de evaluación son de importancia para la ejecución de programas, ya que apoyan la toma de decisiones sobre la marcha y contribuyen a llamar la atención sobre la necesidad de corregir el curso mientras el programa está en funcionamiento (OPS, 1992). Este hecho es fundamental ya que el programa del adulto mayor siendo muy nuevo, se encuentra en pleno proceso de desarrollo, por lo tanto, necesita de intervenciones y modificaciones que permitan superar las falencias y estimular las fortalezas en las

realidades locales, para luego continuar a nivel regional y nacional.

CAPITULO II.- MARCO TEORICO

Dentro del marco teórico se incluirán 5 secciones generales a estudiar: Aspectos Sociodemográficos y Epidemiológicos del Adulto Mayor (AM); Políticas Públicas asociadas al Envejecimiento; Programa del Adulto Mayor en Chile; Adultos Mayores en la Comuna de Macúl y Cesfam Santa Julia. También se incluirá un ítem final relacionado a la metodología a utilizar.

1.- Aspectos sociodemográficos y epidemiológicos del Adulto Mayor

En primer lugar es necesario situarse en el contexto de envejecimiento que se está viviendo actualmente, no solo en un sentido territorial sino también como un proceso de cambio cultural, sociodemográfico y epidemiológico que involucra desde altos mandatos y actores a todo nivel gubernamental hasta a cada persona que vive, crece, convive y cuida a un adulto mayor diariamente.

1.1.- Situación del Adulto Mayor en el Mundo y en América Latina

Situados en esta problemática es cuando se observa que el envejecimiento de la población es un hecho inminente en todo el mundo. Se estima que existen cerca de 600 millones de personas mayores de 60 años, este número se duplicará en el año 2025 y para el año 2050 se habrá transformado en 2000 millones (OMS, 2003). Siendo así el porcentaje de personas mayores se duplicará entre el año 2000 y 2050, pasando de un 10% a un 21% según estimaciones (Naciones Unidas, 2002).

Esos números que impactan por su magnitud traen consigo diferentes componentes a explorar, entre ellos el impacto epidemiológico que conllevan enfermedades más complejas en su etiología y tratamiento como son las enfermedades crónicas.

La transición epidemiológica se manifiesta, según lo señalado por Berríos X, Jadue L, Centeno J. en 1990, en adultos mayores que antes fallecían por envenenamientos, traumatismo y violencia, en contraposición a lo que sucede ahora en donde el vivir un mayor número de años, supone un mayor número de factores de riesgo para enfermedades crónicas (Szot J.,2003).

Enfermedades no transmisibles que con llevan muchas veces complicaciones en la tercera edad y acentúan la discapacidad, lo que repercute en la calidad de vida. Las principales causas que conforman la carga de mortalidad y morbilidad en personas mayores no han variado significativamente a lo largo de la década (Tabla 1 y 2), siendo las enfermedades cardio y cerebrovasculares las que toman ventaja seguida de las de origen respiratorio. En relación a la mortalidad, según reportes mundiales las personas mayores de 60 años tienen un 55% de posibilidades de morir antes de los 80 años, este rango varía entre las diferentes regiones desde 40% en la mayoría de países desarrollados hasta 60% en la mayoría de los países en desarrollo (OMS, 2003).

Tabla 1. Causas Principales de Mortalidad en adultos mayores de 60 años, en todo el mundo, 2002.

Posición	Causa	Defunciones (miles)
1	Cardiopatía Isquémica	5825
2	Enfermedades cerebrovasculares	4689
3	Enfermedades pulmonar obstructiva crónica	2399
4	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	1396
5	Cánceres de traquea, bronquio y pulmón	928
6	Diabetes mellitus	754
7	Cardiopatía hipertensiva	735
8	Cáncer de estomago	605
9	Tuberculosis	495
10	Cáncer de colon y recto	477

Fuente: OMS, 2003

Tabla 1. Causas Principales de Morbilidad (AVAD) en adultos mayores de 60 años, en todo el mundo, 2002.

Posición	Causa	AVAD(miles)
1	Cardiopatía Isquémica	31.481
2	Enfermedades cerebrovasculares	29.595
3	Enfermedades pulmonar obstructiva crónica	14.380
4	Alzheimer y otras demencias	8.569
5	Catarata	7.384
6	Infecciones de las vías respiratorias inferiores	6.597
7	Perdida de oído	6.548
8	Cánceres de traquea, bronquio y pulmón	5.952
9	Diabetes mellitas	5.882
10	Trastornos de la visión	4.776

Fuente: OMS, 2003

Retomando la situación sociodemográfica del envejecimiento se observa, por ejemplo, que este fenómeno se ha producido en Europa en un periodo mucho más largo, que en regiones menos desarrolladas en donde se desconoce su impacto y velocidad (OMS, 2003). Sin embargo los países desarrollados se enfrentan a problemáticas del envejecimiento como lo son el desempleo y la sostenibilidad de los sistemas de pensiones, hecho que los países en desarrollo enfrentan con un envejecimiento simultaneo de la población (Naciones Unidas, 2002).

Al analizar la situación específica de América Latina y el Caribe este cambio sociodemográfico no es diferente, y se debe en primer lugar al descenso de la mortalidad, específicamente al infantil en donde se espera según datos del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) que esta alcance a 10 por mil nacidos vivos para el quinquenio 2045-2050. Sin embargo este primer cambio demográfico no es el que tiene mayor trascendencia en los cambios demográficos experimentados sino es la fecundidad la principal fuerza remodeladora de la estructura etárea y la que incidirá mayormente en el envejecimiento de la población. Esto se debe a que la disminución de la fecundidad desencadena un “envejecimiento de la base”, esta disminución persistente en la proporción de niños llevará a un “envejecimiento por el centro” de la pirámide, para luego combinarse este efecto con la disminución de la mortalidad de edades avanzadas lo que se traducirá en una pirámide de cúspide amplia y una base estrecha (CEPAL/ECLAS, 2000).

Estos cambios en la estructura etárea sumados a los permanentes avances tecnológicos han permitido un aumento de la esperanza de vida, la cual aumenta en promedio 18 años desde el decenio de 1950 a 1990, subiendo de 51 a 69 años. Es así como se espera según proyecciones que la esperanza de vida media de la región sea de 75 años (CEPAL/ECLAS, 2000).

Es importante destacar que el estado de transición demográfica no es igual para todos los países de América Latina y el Caribe ya que algunos van de una transición incipiente hasta otras que se ubican en una transición avanzada, a pesar de esta diferencia todo este proceso se irá desarrollando gradualmente y todavía en los primeros años del siglo XXI persistirá la heterogeneidad observada en periodos anteriores (CEPAL/ECLAS, 2000).

En relación a los cambios que se producirán en la estructura etarea, según proyecciones el 2025 los jóvenes representarán así un 24% de la población regional y los adultos mayores llegarán a 14%, es importante destacar que el índice de dependencia disminuirá ya que la proporción de personas activas será incluso mayor que la observada hace 25 años. En el año 2025 solo en 6 países los mayores de 60 años serán más que los menores de 15 años (CEPAL/ECLAS, 2000). La mayor dependencia y un continente más envejecido, producirá no solo cambios demográficos, sino también social, cultural y político, en donde se deberán redefinir políticas no solo ligadas a la salud, sino también en base a empleo, jubilaciones, pensiones, aspectos sociales etc.

Otro aspecto que también cambia en la estructura etarea, es que a medida que avanza la transición demográfica es mayor el número de adultos mayores de 75 años, su tasa de crecimiento supera a todos los demás grupos etáreos, llegando a 10 millones el año 2000 y a 24 millones el año 2025(CEPAL/ECLAS, 2000). Esta “cuarta edad” no asegura una mejor calidad de vida, sino más bien es probable un aumento de la pobreza, un síndrome de desvinculación y una falta de cuidados para la salud (CEPAL/ECLAS, 2000). Vemos entonces como el aumento de la edad se experimenta a mayor escala en un grupo de más edad, lo que implicaría quizás también una nueva redefinición y conceptualización de las edades a nivel social y cultural, siendo considerada posiblemente las personas menores de 70 años como personas “más jóvenes” que lo que eran consideradas hace 20 años atrás, en donde en relación al esperanza de vida (70 años aprox.) y

nivel de salud eran personas mucho más dependientes y frágiles.

A su vez el aumento de adultos mayores de 75 años se ve potenciado en la población femenina, con una consecuente disminución del sexo masculino lo que lleva a que muchas mujeres se encuentren viudas lo que crea carencias afectivas y repercute en la seguridad emocional (CEPAL/ECLAS, 2000). Por lo tanto, deberá ser una prioridad el tema de las mujeres en las políticas, desarrollando medidas eficaces y eficientes para este género (Naciones Unidas, 2002)

Es así como distintas temáticas sociales y culturales se experimentan con el consecuente envejecimiento de la población, tanto a nivel mundial y más aun en las realidades regionales en donde se experimentan los cambios de una forma más rápida y fluctuante.

1.2.- Situación del Adulto Mayor en Chile

Luego de entender esta transición demográfica, como parte del proceso de envejecimiento que se vive en diferentes países de América Latina, los cuales se encuentran en diferentes etapas de transición. Se puede señalar que Chile se encuentra en "transición demográfica en etapa avanzada" es decir hacia el envejecimiento de su población (BID/CEPAL/CELADE, 2000) , situación que viven varios países en vías de desarrollo, en donde según datos del Censo del 2002 se detectó que en la última década la población de Chile creció a un promedio anual de 1,2% mientras que en el decenio 1982-1992 lo hizo a un ritmo promedio anual de 1,6%; ello significa que nos acercamos al discreto o nulo crecimiento poblacional que experimentan los países desarrollados con el consiguiente envejecimiento de la población (INE, 2008).

Esto se evidencia con el notable crecimiento durante los últimos años de la población adulto mayor, el cual aumenta en un 60% entre el año 1952 al 2000 (Tabla 3).Las proyecciones para el año 2010 muestran una cantidad total de adultos mayores de 17.094.270, lo cual representa un 13% del país (INE, 2008).

Además del aumento de adultos mayores, se evidencia un aumento de la población femenina en relación a los hombres, siendo en 1952 de 1,1 mujeres por cada hombre, a 1,2 mujeres por cada hombre en el 2002 (Tabla 3).

Tabla 3. Características de la Población de 60 años y más

Año Censo	Población Total	Población de 60 años y más			
		Ambos Sexo		Hombres	Mujeres
		N	%		
1952	5.935.995	384.215	6,6	174.902	209.313
1960	7.374.155	499.800	6,8	227.319	272.481
1970	8.884.478	669.910	7,5	304.606	365.304
1982	11.329.736	954.888	8,4	424.021	530.867
1992	13.348.401	1.305.557	9,8	571.117	734.440
2002	15.116.435	1.717.478	11,4	758.049	959.429

Fuente: INE, 2008

Este gran aumento de adultos mayores se ve reflejado también en el aumento de la esperanza de vida, el cual fue de 75 años el año 2001 (72 años para los hombres y 78 para las mujeres) y se espera que para el 2010 este sea de 78 años. Esto sitúa a Chile entre los 3 primeros países con mayor esperanza de vida de América Latina (INE, 2008).

El consiguiente aumento de adultos mayores con lleva la necesidad de satisfacer mayores y nuevas demandas en salud, lo que se traduce en un sistema de salud que se avoque a los problemas epidemiológicos actuales.

Dentro del sistema de salud, los adultos mayores llegan a ser los mayores usuarios de los servicios de salud, en relación a otros grupos etáreos (Wallace S., 2002), según se aprecia con los datos ajustados de acuerdo al Censo del 2002, la gran mayoría son beneficiarios atendidos por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) con un 75,9% (924.124 personas), un porcentaje menor son pertenecientes a las Fuerzas Armadas o a particulares con un 18,2% y por último un 6,6% pertenece al Sistema Isapre. Esta situación se mantiene con los datos entregados por la encuesta de caracterización socioeconómica (CASEN) del 2006 a adulto mayores de 60 años, en donde el 87% pertenece a FONASA, un 6% esta en Isapre, y un 4,5% pertenece a otro tipo de sistemas (MIDEPLAN, 2008). Llama

la atención en este aspecto la diferencia que existe en el tipo de sistema según la edad ya que para la población menor de 65 años la adscripción a FONASA es de 67,6%. Ello revela que con la reducción del ingreso al llegar a la edad de la jubilación, muchos AM acceden a FONASA (Mardones F., 2004).

Es importante destacar que ha ocurrido una disminución en el número de adultos mayores que no poseen ningún sistema provisional en salud, según la encuesta CASEN del 2006, en 1990 un 11% de los adultos mayores de 60 años declaraba no estar en ningún sistema provisional en salud, hecho que disminuye notablemente el 2006 en donde solo un 2,4% se encontraba en esta modalidad. (MIDEPLAN,2008).

Sin embargo este ingreso de adultos mayores al sistema público de salud, no siempre supone la mejor calidad de la atención, según un estudio realizado en base a la encuesta CASEN de 1998, la mayor parte de los adultos mayores (37%) dentro de todos los sistemas previsionales, tanto del sistema público como del privado, pertenece a FONASA B (pensión o ingresos cercanos al mínimo), en segundo lugar (25%) están los que pertenecen a FONASA A (plan para indigentes, para personas que no reciben ingresos) y en tercer lugar (15%) están los que pertenecen a FONASA C y D (reciben mayores ingresos que los anteriores) (Wallace S., 2002). A esta situación se suma que las necesidades de las personas que se atienden en el sistema público son mayores que las personas que están en el sistema privado (Wallace S., 2002). Esta situación determina, por tanto, para la mayoría de los adultos mayores por el plan que tienen acceso, una atención más limitada.

El sistema de salud tanto privado como estatal, debe enfocarse en las enfermedades y causas de mortalidad más prevalentes, al igual que lo que ocurre en el resto del mundo, en Chile las principales causas de defunción en este grupo etáreo son las afecciones isquémicas al corazón y las cerebrovasculares seguidas por las neoplasias y las enfermedades respiratorias. A su vez las causas de mayor morbilidad según el Proyecto de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) son la HTA (52%), la mala visión de cerca (43%), las caídas (36%), la mala visión de lejos (32%), la artritis y artrosis (32%) y la depresión (25%) entre otras (Villalobos,

A; Estrada, V; Guerra, V; Muñoz, M; Gonzáles, N; Garrido, C; Campos, I; Bustos, C; Herrera, P; Barbieri, L., 2002). A su vez reaparecen y se potencian nuevas enfermedades como la neumonía del adulto mayor o la tuberculosis en pacientes portadores del virus de inmunodeficiencia humana (Szot J., 2003).

2.- Políticas Públicas Asociadas al Envejecimiento

Luego de haber dado una mirada a la situación sociodemográfica y epidemiológica del adulto mayor tanto en a nivel global, como local. Se da inicio al segundo tema a tratar el cual se enfoca en las estrategias y principios fundamentales de la política que sustentan los programas de salud para el adulto mayor.

Tanto para organismos internacionales como nacionales de salud el envejecimiento de la población es un tema recurrente y prioritario. En relación a esto la Organización Panamericana de la Salud (OPS), dentro de sus políticas para el envejecimiento saludable en América Latina, propone que cualquier política debe basarse en los siguientes principios (MINSAL,2002):

- El envejecimiento es un fenómeno universal que afecta a todas las personas
- El envejecimiento es parte del curso de la vida, por lo que debe tener un enfoque intergeneracional orientado a la promoción de la salud a lo largo del ciclo vital
- El envejecimiento es un proceso dinámico y aunque es irreversible e inevitable, las condiciones de discapacidad se pueden prevenir o demorar
- El envejecimiento es un tema de desarrollo, la integración del adulto mayor es esencial para el desarrollo de poblaciones en transición.

Así mismo en la Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento realizado en Madrid del 2002, se propone como plan de acción “garantizar que en todas partes la población pueda envejecer con seguridad y dignidad y que las personas de edad puedan continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos en pleno derecho” (Naciones Unidas, 2002) .Dentro de los temas centrales del plan de acción de esta asamblea podemos ver el tema de los derechos humanos; la seguridad y eliminación de la pobreza; participación en la

sociedad; bienestar y realización personal toda la vida; derechos sociales, económicos, culturales, civiles; reprocho a la violencia y discriminación; eliminación de discriminación por sexo; importancia de las familias; la atención de salud y protección social, además de la prevención y la rehabilitación; promoción de asociación entre gobierno y múltiples sectores en pro del envejecimiento; utilización de investigaciones, conocimiento y tecnología; reconocimiento a personas de edad indígena (Naciones Unidas, 2002).

En relación a las políticas asociadas al envejecimiento la OPS ha manifestado su preocupación por la falta de programas adecuados. Señalando que solo algunos países han llevado a cabo iniciativas para satisfacer las necesidades de este grupo, mencionado a Chile como uno de los países que ha desarrollado iniciativas particulares (CEPAL/ECLAC, 2004).

Dentro de estas iniciativas podemos mencionar que Chile consideró dentro de sus *Objetivos Sanitarios y Metas para la Década del 2000- 2010* a los adultos mayores, al respecto señala en el tercer ámbito de acción: “Enfrentar el envejecimiento y los cambios de la sociedad, a aquellos problemas de salud, que no matan, pero que disminuyen la calidad de vida de las personas, generando discapacidad, dolor y angustia”. Dentro de este ámbito se pueden situar los siguientes componentes y metas relacionados al adulto mayor y a su capacidad funcional (MINSAL, 2002):

- Cáncer: mejorar la calidad de vida reduciendo los pacientes terminales con dolor.
- Diabetes: disminuir la discapacidad asociada a la diabetes
- Enf. Osteoarticulares: reducir la discapacidad y dolor crónico.
- Cuidados paliativos: reducir el dolor (calidad de vida) y aumentar la proporción de pacientes que mueren con cuidados paliativos (calidad de muerte)

Otra gran iniciativa que se pone en marcha en Chile y que da un vuelco al sistema de salud es el denominado Plan AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud), el cual determina que ciertos problemas de salud se transforman en garantías de salud, es decir para cada una de estas enfermedades el usuario puede exigir garantías de tipo acceso, oportunidad y protección financiera que deben ser cumplidas por el sistema de salud tanto público como privado.

Del total de 56 problemas de salud que incorpora actualmente el Plan AUGE, siete son enfermedades que afectan especialmente a los adultos mayores, estas son (Ministerio Secretaría General de Gobierno, 2007):

- Cirugía de Cataratas
- Prótesis Total de Caderas
- Neumonía adquirida en la Comunidad
- Vicios de Refracción a la Vista
- Ortesis (Ayudas técnicas por limitaciones físicas)
- Tratamiento Odontológico
- Problemas Auditivos

Además de estas patologías existen otras que también pueden ser aprovechadas por los adultos mayores (MINSAL, 2005), como son:

- Hipertensión Arterial
- Diabetes Mellitus II
- Insuficiencia Renal Crónica Terminal
- Cáncer Cervicouterino
- Cáncer de Mamas
- Cáncer de Testículos
- Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Cáncer
- Implante de Marcapaso

Es decir un cuarto de las patologías que incorpora el plan AUGE son de gran beneficio para los adultos mayores (15 de las 56 patologías). Para el año 2008 también se pretenden incorporar nuevas patologías que beneficien a este

grupo etáreo.

Todas estas políticas públicas asociadas al envejecimiento en Chile se insertan en el actual programa de salud del adulto mayor que se expondrá con más detalle a continuación.

3.- Programa del Adulto Mayor en Chile

El conocer los principios de las políticas públicas asociadas al envejecimiento a nivel macro, permite introducirse en el objetivo fundamental de esta tesis, para lo cual primero se definirán algunos conceptos de funcionalidad, luego se fundamentara los motivos de porque son importantes las acciones tendientes a prevenir la perdida de la funcionalidad en atención primaria. Después se señalará una breve reseña del programa de salud del adulto mayor y sus componentes de tipo preventivos de la funcionalidad. Para finalmente mostrar una breve descripción del actual estado del programa.

3.1.- Prevención de la Perdida Funcionalidad del Adulto Mayor

En primer lugar es importante definir algunos conceptos claves relacionados con la autonomía o capacidad funcional del adulto mayor, ya que son estos conceptos esenciales para comprender el sustento del programa.

Como lo mencionan diferentes organismos el envejecimiento supone un mayor número de enfermedades de tipo degenerativas y crónicas, con la consecuente discapacidad funcional y cognitiva, que afectan principalmente su calidad de vida (MINSAL, 1999). El objetivo primario de la medicina geriátrica, por tanto, no es solamente aumentar las expectativas de vida, sino que prolongar la vida libre de discapacidad (Silva J., Albala C., Barros C., Jerez J., Villalobos A., Herrera P., Estrada V., Bustos C., 2003). Para comprender estos conceptos es fundamental entender que se refiere por adulto mayor sano y funcional.

Según un estudio publicado por la OMS el año 1985, un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal (Sanhueza M., Castro M., Merino J., 2005). La funcionalidad, a su vez, se define como la capacidad para realizar los actos básicos, cotidianos e instrumentales de la vida diaria junto con la capacidad de enfrentar los elementos estresores en los físico, biológico y social (Silva J. et

al., 2003).

Es importante señalar que una de las primeras manifestaciones de enfermedades en el AM se produce a través de alteraciones de la funcionalidad, por tanto estas alteraciones son el único signo de alerta (Silva J. et al., 2003).

Estas implicancias hacen imprescindible la permanente medición integral del grado de autovalencia de los adultos mayores en Chile, para así poder prevenir planificando los cuidados necesarios que permitan promover la salud, evitar las enfermedades y mejorar la calidad de vida.

La medición del grado de funcionalidad se puede realizar con diversos instrumentos, uno de ellos el EFAM- Chile, una de las herramientas usadas actualmente en el sistema de salud chileno que permite poder diferenciar distintos grados de capacidad funcional del adulto mayor, dividiendo los grados funcionales en autovalente, autovalente con riesgo, dependiente y postrado.

La autovalencia o independencia funcional es la capacidad de efectuar determinadas acciones, tareas o actividades requeridas en el diario vivir, estas dicen relación con las que se realizan en la vida cotidiana y permiten la mantención corporal y la subsistencia independiente. Si la persona es capaz de llevar a cabo sus actividad se dice que la funcionalidad esta indemne (MINSAL, 2005).

La autovalencia con riesgo es la capacidad de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria, sin embargo tiene una mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad o condición en algunos años. Entre los factores de riesgo de perdida funcional se pueden mencionar las enfermedades crónicas, los síndromes geriátricos (caídas, pérdidas de equilibrios, incontinencia urinaria, déficit sensorial, mareos, inestabilidad al caminar) (Silva J. et al., 2003).

La dependencia se presenta con una pérdida de la autonomía que puede ser gradual, desde una etapa inicial en donde exista una perdida de la capacidad de realizar actividades complejas como, por ejemplo, desplazarse fuera del hogar, hasta llegar a afectar aspectos básicos de la vida diaria como levantarse, lavarse, vestirse, comer y desplazarse dentro del hogar (Ministerio de Salud, 2005).La dependencia puede llegar al extremo en que la persona deba

permanecer postrada permanentemente.

En relación a esta clasificación según un estudio chileno realizado por Domínguez en el año 1987, se estima que un 67% de la población AM es autovalente, un 30% es autovalente con riesgo y que 3-5% es dependiente (Villalobos, A., et al., 2002).

Además de evaluar el grado funcional, también es importante determinar que factores de riesgo se asociación a discapacidad, ya que en el adulto mayor no solo influyen los aspectos intrínsecos del envejecimiento fisiológico, la edad y las enfermedades que pudiese manifestar sino también se ve afectados por otros factores que pueden aumentar su fragilidad (Marin P., 2000). Dentro de las enfermedades no transmisibles que se asocian a riesgo se encuentran las enfermedades cardiovasculares y la artrosis (Menéndez J.,2005) Otros con relación a hábitos y estilos de vida tales como consumo de fármaco (polifarmacia) (Marin P., 2000) y en cuanto a desuso como son inactividad, inmovilidad, problemas deambulación, déficit nutricional (Marin P., 2000) También existen factores de riesgo de aspectos sociales como son soledad, pobreza, tipo de vivienda, educación etc. (Marin P., 2000) y también algunos relacionados al género, en donde el sexo femenino se asocia a un mayor riesgo (Menéndez J.,2005). Por último podemos mencionar los relacionados a problemas cognitivos o afectivos (Marin P., 2000), en donde se ve influenciada por estados depresivos o por el simple hecho de autoevaluar la salud propia como mala (Menéndez J., 2005).

3.2.-Fundamento de Acciones en Atención Primaria enfocadas a la Prevención de la Pérdida Funcional

Luego de conocer estos conceptos se debe comprender porque es importante que las políticas públicas y organizaciones tanto gubernamentales como no gubernamentales apunten a realizar acciones tendientes a prevenir la pérdida de la capacidad funcional a todo nivel y fundamentalmente en atención primaria. En relación a esto se observa que la población de adultos mayores tiene

sus propias características y problemáticas medico-sociales por lo que las intervenciones deben ser altamente planificadas y eficaces (Marín P., 2000) Es por esto que las políticas de salud apuntan directamente a la promoción de salud y prevención de enfermedades sobre todo las de tipo crónica ya que estas pueden ser potencialmente invalidantes y por lo tanto deterioran la calidad de vida de las personas mayores (MINSAL, 2005). El desafío radica en prevenir la aparición de enfermedades crónicas, modificando conductas de riesgo o mantener la enfermedad crónica, reconociendo que pese a ella se puede mantener la autovalencia (Silva J. et al., 2003). Además es importante que el equipo de salud actúe identificando no solo los problemas de la esfera biomédica, sino que también aquellos aspectos cognitivos, emocionales, funcionales y sociales (Marín P., 2000)

Es importante trabajar en esto ya que la dependencia funcional tiene implicancias en la calidad de vida de la persona, en lo económico y en la vida familiar y social.

Las implicancias de la pérdida de la capacidad funcional se ven afectadas en la calidad de vida, ya que impide el poder cuidarse así misma, y participar en la vida familiar y social (CEPAL/ECLAC, 2004). Esta incapacidad aumenta con los años siendo de un 12% a los 65 a 69 años y de más de un 65% a la edad de 80 (Marín P., 2006). Esto se traduce en dependencia de otra persona que deba cuidar y satisfacer las demandas (CEPAL/ECLAC, 2004). Muchas veces es la familia la que es considerada la unidad más importante para los AM. Mantener al AM en casa, por tanto, implica con frecuencia un alto costo económico y emocional para ellos. (Marín P., 2006).

Además de los efectos físicos y familiares, existe un aumento de los costos en salud ya que existe una mayor demanda en servicios sanitarios. Se estima que un tercio de lo que un individuo gasta en atención médica en su vida lo gasta en el último mes (MINSAL, 1999).

Es importante planificar intervenciones rápidamente, ya que otros países ya desarrollados tuvieron un período de tiempo mucho más largo que Chile para dar respuesta e implementar medidas eficaces para prevenir la dependencia funcional, sin embargo estos mismos países nos dan una ventaja otorgándonos conocimiento de intervenciones eficaces en el desarrollo de adultos mayores funcionales (Marín P., 2006).

Esto se refleja en países más desarrollados en donde intervenciones geriátricas eficaces y focalizadas en la función, han demostrado que la discapacidad esta disminuyendo a pesar del aumento de los AM y de los muy mayores (mayores de 80 años), esto pone en evidencia que es fundamental intervenir con programas eficientes, que solo observar el proceso de envejecimiento patológico (Marín P., 2006).

Dentro de las intervenciones más eficaces se muestra la prevención como medida fundamental. Tanto organismos internacionales como nacionales recalcan la importancia de llevar a cabo el programa a nivel preventivo, es por esto que en la atención primaria es fundamental sensibilizar y mantener programas de actualización ya que este es el lugar más indicado para tratar las dificultades de los AM desde el inicio (Sanhueza M., et Al., 2005). Esto implica detectar a quienes están en riesgo de perder su capacidad funcional y actuar a nivel de prevención primaria, antes que se produzca la discapacidad, ya que si se trata adecuadamente se puede retrasar, aliviar o incluso evitar la incapacidad total y la dependencia (Minsal, 2005). En este mismo aspecto se recalca la importancia de la prevención y la educación a fin de evitar la cascada que lleva desde el deterioro al impedimento y ahí a la discapacidad y/o muerte (Marín P., 2006). Además existen datos que avalan que AM que son educados en base a la promoción de la salud, logran un cambio de hábitos y así previenen muchas enfermedades (Marín P., 2006).

Es así es como los hospitales que reciben una gran cantidad de pacientes geriátricos en estado agudo de la enfermedad, debieran percibir como importante una estrecha relación con los equipos de atención primaria, con el fin de lograr una continuidad en la atención. Hoy en día los discapacitados están siendo atendidos en sus propios hogares, a diferencia de lo que ocurría hace 30 años en donde “persona mayor dependiente = cuidado en institución”. Es por esto que es importante la asistencia continua y a largo plazo, tanto a nivel de cuidados institucionales, como no institucionales (servicios geriátricos domiciliarios y comunitarios), en donde es fundamental el papel del nivel primario (Marín P., 2006).

3.3.- Reseña del Programa del Adulto Mayor

Como se ha examinado la prevención de la funcionalidad es un elemento clave para la atención de salud de los AM, a continuación se expondrá como comienza y se articula el desarrollo del programa del adulto mayor en Chile y como se introducen este, y otros conceptos en el mismo.

Para comenzar es importante destacar que el rápido crecimiento de la población adulto mayor hizo imperativo que el gobierno formulara políticas para este grupo de personas, para ellos convoco a constituir el año 1995 la Comisión Nacional para el AM como una instancia multisectorial encargada de formular políticas de gobierno tendiente a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores (FONASA, 1999). En esa época, a mediados de la década de 1990, el AM estaba excluido a nivel social, identificándose la vejez como sinónimo de dependencia, aislamiento y deficiencia de salud (CELADE, 2006). Es por esto que es de suma importancia, el impulso que muestra este comité para la creación de un organismo encargado de implementar la política y el diseño de programas, es así como el año 2002 es aprobada en el congreso el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) (CELADE, 2006).

El comité nacional del adulto mayor establece, entonces, en su política que se deben planificar acciones con los AM que permitan la autovalencia, lo cual les permite ser más autónomos y tener un envejecimiento activo. Esto implica buscar un enfoque de tipo preventivo no solo a nivel de salud sino también en lo social, psicológico y económico (Comité Nacional para el Adulto Mayor, s/f) Además invita a comprender el envejecimiento como parte del ciclo vital y no como su final (CELADE, 2006). Para esto el comité propone el año 1996 los siguientes principios que guíaran sus acciones programáticas: equidad; solidaridad intergeneracional; autovalencia y envejecimiento activo; prevención; flexibilidad en el diseño de políticas; descentralización; subsidiariedad del estado y su rol regulador. Luego el año 2004, se deciden agregar 3 nuevos principios que permitan dar un orden a lo ya reformulado, como lo son: equilibrio entre autonomía e integración, investigación e innovación integrada y constante; manejo articular de la información. En el año 2005, debido a las necesidades se decide re-definir 4 cuatro principios relacionados con el estado de dependencia de los adultos mayores, estos son: retardar la dependencia, flexibilidad en la aplicación de políticas, subsidiariedad del estado y su rol regulador; permanencia en el hogar lo más prolongada posible (CELADE, 2006). Se observa, entonces, que se van desarrollando nuevos principios cada vez más enfocados a las necesidades reales que vive el país. A fin de que se sigan desarrollando estos principios en la política nacional del AM, se han definido las siguientes propuestas prácticas para el período del 2006 al 2010 (Marín P., 2006):

- “Ampliar la cobertura para nuevos casos en el Plan AUGE”
- “Fortalecer los programas de promoción, desarrollando la autonomía y estimulando la actividad física”
- “Para los adultos mayores dependientes se desarrollara una estrategia de cuidado diario, cercano a la comunidad y de carácter integral”
- “Constituir redes de apoyo familia en el cuidado del AM y proporcionar cuidados continuos a quienes no tienen soporte familia”
- Se diseñará un “modelo de cuidados progresivos ambulatorios” que culmine

con la hospitalización domiciliaría bajo al vigilancia del centro de salud.

Al continuar con la política nacional para el AM, se pueden observar dos componentes claves que fundamentan las acciones, uno enfocado a lo social y otro enfocado a la dimensión médica o sanitaria.

La dimensión social dice relación con aquellas actividades tendientes a mejorar la percepción y el trato que se les da a los adultos mayores, otorgando servicios sociales que permitan su integración a través de talleres y programas de capacitación, y además otorgando protección social a través de la previsión social (Marín P., 2006).

En la dimensión medica o sanitaria se reconoce el programa del AM realizado por el MINSAL, el cual forma parte de esta política de gobierno y se ha diseñado teniendo presente el cambio en el perfil epidemiológico actual. El MINSAL determinó como una de sus prioridades programáticas, las actividades tendientes a mejorar la calidad de vida de los AM beneficiarios del sistema público de salud. Con el propósito de operacionalizar esta política nacional, en el ámbito de las prestaciones de salud, FONASA aumentó la cobertura en aquellas patologías que afectan e este grupo etáreo con mayor frecuencia, a través de la focalización de recursos en los AM beneficiarios pobres (FONASA, 1999).

Al proseguir con la historia del Programa del AM se reconocen sus primeras acciones en el año 1995. La ejecución del programa se realizó en forma descentralizada, siendo los Servicios de Salud la instancia responsable de fijar sus metas en términos del número de elementos a distribuir, para eso el MINSAL transfirió los recursos a los niveles locales. Teniendo presente la gran aceptación que tuvo el programa, el MINSAL decidió ampliar el programa para el año 1996 (FONASA, 1999), sin embargo el inicio oficial del programa data de 1998 (Mardondes F., 2004). Este programa tiene como propósito mantener o aumentar la condición de autovalencia del AM beneficiario de FONASA. Para cumplir lo anterior se ha definido la implementación de un conjunto de actividades y servicios relacionados con atenciones directas a los pacientes, capacitación del personal, un subprograma de alimentación complementaria, un subprograma de dispensación de medicamentos y el diseño de un modelo nuevo de atención para

los AM (Mardondes F., 2004).

El programa del adulto mayor tiene diversos componentes de orden, hospitalario y atención primaria, morbilidad y prevención (Villalobos, A., et al., 2002). Sin embargo como fue señalado el componente principal para prevenir la pérdida de la funcionalidad y así mejorar la calidad de vida, es desarrollar la prevención y promoción al mayor número de AM, es por tanto fundamental el aporte que otorga la atención primaria.

Es así como el nivel primario se realizan prestaciones dirigidas al control preventivo y de morbilidad del adulto mayor, como son (Villalobos, A., et al., 2002):

- Resolución de morbilidad
- Consultas de nutrición, servicio social, kinesiología y otras.
- Vacunación (Antiinfluenza)
- Programa de alimentación complementaria (PACAM)
- Reunión clínica
- Trabajo comunitario e intersectorial
- Salas ERA
- Rehabilitación comunitaria
- Programa de ortesis y prótesis
- Controles de salud preventivos de la pérdida funcional

Al continuar con la historia del programa, se observa que el año 2002 es publicada la *Norma nacional para la Atención Integral de Salud del Adulto Mayor*, documento que permite ser utilizado como base de sustento para el desarrollo del programa en atención primaria de forma práctica, este documento debió ser entregado a niveles locales con el fin de que se pusieran en práctica acciones concretas en cada consultorio del país.

Es importante señalar finalmente que la política nacional para el adulto mayor recalca la importancia de asumir la vejez como una preocupación no solo de gobierno sino de toda la sociedad, es por esto que el objetivo final de esta política es "Lograr un cambio cultural de toda la población sobre la valoración y trato hacia los Adultos Mayores, lo cual implica una percepción distinta sobre el envejecimiento y alcanzar mejores niveles de calidad de vida para todos los

Adultos Mayores" (Comité Nacional para el Adulto Mayor, s/f).

3.4.- Componentes del Programa de Prevención de la Pérdida Funcional del Adulto Mayor en Atención Primaria

Como se mencionó anteriormente existen dentro del programa del adulto mayor diversas actividades o prestaciones dirigidas a este grupo etáreo en los centros de atención primaria. Uno de ellos, que es el pilar fundamental de esta tesis, son los controles de salud preventivos de la pérdida de funcionalidad, definidos en la *Norma nacional para la Atención Integral de Salud del Adulto Mayor* entregada por el MINSAL el año 2002. Estos controles de salud, se fundamentan en los objetivos del programa de salud del AM e incluyen el Ingreso al programa y los Controles de Seguimiento posterior, en ellos se utiliza como eje central el EFAM- Chile para evaluar el grado de capacidad funcional del AM y su posterior evolución, pero también se realiza todo un control integral de salud que incluye la valoración de aspectos físicos, psicológicos y sociales.

A continuación se detallan en letra cursiva los componentes de los controles preventivos de la funcionalidad especificados en la *Norma nacional para la Atención Integral de Salud del Adulto Mayor del año 2002* (Anexo1), los cuales orientan la atención programática del AM en los centros de salud primaria:

3.4.1.- Objetivos Específicos (Anexo 1, Parte 1)

En primer lugar podemos ver en la norma los objetivos específicos que orientan estos controles estos son:

- *Controlar al adulto mayor a su ingreso al Programa de Salud, con el fin de:*

Medir funcionalidad

Identificar los factores de riesgo

Elaborar un plan de atención a ser realizado por el equipo de salud, el propio adulto mayor, su familia, la comunidad y la Inter.-sectorialidad.

- *Controlar al adulto mayor periódicamente para:*

Evaluar el plan de atención del control de salud anterior

Reevaluar funcionalidad

Reevaluar factores de riesgo

Actualizar el plan de atención

3.4.2. - Evaluación de la Funcionalidad en el AM (Anexo 1, Parte 2):

Estos objetivos específicos se insertan en un nuevo modelo de atención, que consideran la atención primaria como herramienta fundamental. A fin de alcanzar estos objetivos se realizó un instrumento que permitiese evaluar el riesgo funcional de personas mayores de 60 años, que estuviese en riesgo de perder la autonomía. Este instrumento llamado EFAM-Chile (evaluación funcional del AM, realizado en Chile) permite en primer lugar discriminar a las personas autovalentes de las dependientes. La segunda parte discrimina a los autovalentes entre sin y con riesgo. En noviembre del 2002 se inició masivamente la implementación de la norma, dando especial énfasis a la medición de la funcionalidad con el EFAM (Mardones, 2004).

El EFAM se aplica a toda persona mayor de 65 años, con una frecuencia de al menos una vez al año, se aplica tanto en controles de salud de ingreso como de seguimiento.

3.4.3.- Control de Ingreso al Programa del AM

Al descomponer el control de salud preventivo de la funcionalidad se considera la primera instancia de control el que se realiza al ingreso, en este se debe realizar la tarjeta de control del adulto mayor y la ficha de ingreso, esta última incluye el EFAM- Chile.

Tarjeta (Anexo 1, Parte 3):_

Se considera ingresado al programa a todo AM de 65 años que se le confecciona una tarjeta. Esta consta de los siguientes componentes:

- *Antecedentes Generales*
 - *Centro de salud*
 - *Fecha de nacimiento*
 - *Fecha de ingreso*
 - *Nº de Ficha*
 - *Nombre*
 - *Sexo (masculino o femenino)*
 - *Domicilio*
 - *Fono*
 - *RUT*
 - *Escolaridad (sin escolaridad, básica, media, universitaria)*
 - *Previsión de salud FONSA grupo*
 - *Estado civil*
 - *Vive con (cónyuge, hijo, pariente, solo, otros)*
 - *Diagnostico (DM, HTA, obesidad, tabaquismo, DLP, sedentarismo, EPOC, asma bronquial)*
 - *Otras patologías concomitantes*
 - *Peso, Talla, CC, IMC al ingreso*
 - *Actividad física (si o no tiene)*
 - *Riesgo cardiovascular (si o no tiene)*
 - *Participación social (si o no tiene, cual es su participación)*
 - *Unidad vecinal nº*

- *Actividades Realizadas*
 - *Fecha, edad, ortesis-protesis, vacunación, visita domiciliaria, educación grupal, talleres, actividad física, resultado ECG, fondo de ojo.*

- *Registro de controles (Se registra antecedentes más importantes de control realizado)*

Ficha de Control de Ingreso (Anexo 1, Parte 4):

El control de salud se debe aplicar a todo adulto mayor que ingrese al establecimiento de Atención Primaria. Este control es un momento privilegiado para detectar factores de riesgo y educar a la persona en asumir su autocuidado. El control consta de 5 componentes a indagar:

- *Antecedentes de salud*

- *Medicamento* (nombre, dosis, indicado por, último control médico)
- *Enfermedades crónicas* (si o no tiene enfermedad crónica, cuales; si o no esta en control actualmente)
- *Caídas* (si o no ha tenido caídas el último año, número de caídas)
- *Vida Sexual* (si o no tiene vida sexual, causas del porque tiene o no vida sexual)
- *Líquidos* (volumen aproximado de consumo al día)
- *Consume Verduras y Frutas* (si o no existe consumo de frutas, número porciones día)
- *Ejercicio físico* (si o no realiza ejercicio físico, tipo de ejercicio, n° de veces por semana, tiempo del ejercicio)

- *Examen físico:*

- *Peso actual*
- *Talla*
- *IMC*
- *Presión Arterial* (presión arterial sentado, presión arterial de pie)
- *Pulso*
- *Audición* (si esta normal o alterada)
- *Visión* (si esta normal o alterada)
- *Cavidad bucal* (si esta buena o regular o mala)
- *Estado de los pies* (si esta normal o alterado, características de la alteración)
- *Incontinencia urinaria* (si o no tiene incontinencia urinaria, características de la incontinencia urinaria)
- *Otros hallazgos no detectados en puntos anteriores*

- *Exámenes al Ingreso*

- Adulto Mayor en General*

- *Glicemia (valores)*
 - *Colesterol total(valores)*
 - *Hemograma(valores)*
 - *Albumina(valores)*

- Adulto Mayor Diabético*

- *Uremia (valores)*
 - *Hemoglobina glicosilada (valores)*
 - *Microalbuminuria (valores)*
 - *Creatinina (valores)*

- Adulto Mayor Asma*

- *VEF*

- Adulto Mayor Epoc*

- *PEF*

- *Diagnostico Integral:*

- Está es la primera instancia en donde se debe realizar la evaluación de la funcionalidad, a través del instrumento EFAM-Chile se diagnostica:*

- *Grado de funcionalidad según EFAM-Chile (autovalente, autovalente con riesgo, dependiente)*
 - *Hallazgos referidos al EFAM-Chile*
 - *Factores de riesgo (tipo biológico, tipo psicológico, tipo social)*

- *Plan de Atención (Compromisos adquiridos según estado de salud por parte de adulto mayor y familia; medidas de autocuidado prioritarias)*

- *Referencias y Motivo (lugar a referir al AM y motivo del mismo)*

- *Finales*

- *Nombre de Profesional*
 - *Citación próximo control*

3.4.4.- Control de seguimiento al Programa del Adulto Mayor

La norma de atención establece que el siguiente control preventivo de la funcionalidad, es el control de seguimiento. Este se realiza luego de haberse aplicado el EFAM en la primera sesión y por lo tanto haberse definido el nivel de funcionalidad del AM y diferentes intervenciones que serán realizadas en el control de seguimiento según el grado de funcionalidad (Autovalente sin riesgo, Autovalente con riesgo, Dependiente y Postrado) (Mardones,2004).

El control de seguimiento puede ser realizado en diferentes modalidades mencionadas a continuación (Anexo 1, Parte 5):

- *Control de seguimiento individual*
- *Control grupal*
- *Talleres de actividad física, autocuidado*
- *Visitas domiciliarias*

Los controles de seguimiento se consideran necesarios para todos los AM, sin embargo la norma establece un número como mínimo de controles según su funcionalidad (Anexo 1, Parte 5):

<u>Grado de funcionalidad</u>	<u>Controles de Seguimiento</u>
- Autovalentes:	<i>Se indican 2 controles al año.</i>
- Autovalentes con riesgo:	<i>Se indican 3 al año como mínimo.</i>
- Dependientes:	<i>Se norman 3 visitas domiciliarias al año</i>

Además se señala una ficha especial para el seguimiento del adulto mayor, a utilizar en cada uno de los controles sucesivos.

Ficha de Control de Seguimiento (Anexo 1, Parte 6):

- *Antecedentes Generales y Estado de Salud*
- *Nombre, fecha, n° ficha*
- *Control PAM*
- *Edad*

- *Peso*
- *Talla*
- *HGT (DM)*
- *Profesional*
- *Enfermedad crónica*
- *Presión arterial (sentado y de pie)*
- *Pulso*
- *IMC*

- *Evaluación del plan de control anterior* (Se evalúa como se cumplió el plan de la sesión anterior)
- *Diagnostico Actualizado*
 - En relación a los antecedentes de salud, se re-evalúa:*
 - *Terapia farmacológica* (Que esta utilizando)
 - Del examen físico, se debe re- evaluar:*
 - *Estado físico y/o hallazgos referido al EFAM- Chile.*
 - Se re-evalúa funcionalidad*
 - *Grado de funcionalidad según EFAM-Chile* (autovalente, autovalente con riesgo, dependiente)
 - *Hallazgos referidos al EFAM-Chile*
 - *Factores de riesgo* (tipo biológico, tipo psicológico, tipo social)
- *Plan de Atención*
 - Se actualiza plan de atención* (Compromisos adquiridos según estado de salud por parte de adulto mayor y familia; medidas de autocuidado prioritarias)
 - *Referencias y Motivo* (lugar a referir al AM y motivo del mismo)
 - *Finales*
 - *Nombre de Profesional*
 - *Citación próximo control*

3.5.- Situación Actual del Programa en Relación a la Norma Ministerial

Luego de entender los diferentes componentes del control de salud de tipo preventivos de la funcionalidad, se observará a continuación como esta siendo evaluado el programa de salud del adulto mayor y específicamente estos controles, los cuales son la pieza principal del programa.

El año 2000 se publicó un documento que mostró como primera y única instancia una evaluación crítica del programa del adulto mayor en Chile, en este se recalcan algunas de las siguientes ideas relacionadas a la presente investigación (Carrasco V., 2000):

- La importancia de que no solo se evalué el grado de funcionalidad del adulto mayor, sino que también se ingrese al usuario al programa realizando una valoración más detallada y exhaustiva, y dirigida al tipo de riesgo.
- La resolutivez del programa es muy limitada en relación a intervenir sobre el riesgo de pérdida de autonomía o la recuperación de esta, ya que muchas veces en los otros niveles de atención no se pueden resolver en el corto plazo los problemas que originan la limitación o el riesgo y además es necesario dotar a los servicios de salud de infraestructura y recurso humano suficiente para cubrir los objetivos del programa.
- La necesidad de que exista un sistema de control y evaluación del programa y sus componentes que permita comprobar la eficiencia del servicio como modelo de atención, estableciéndose instrumentos y sistemas de seguimiento que permitiesen valorar los resultados y corregir o rectificar la acciones en post del cumplimiento de los objetivos.

A pesar de esta importante reseña, en Chile actualmente no existe un mecanismo que evalué o señale cabalmente la situación actual del programa en relación a lo especificado en las normas vigente ministeriales, las cuales se enmarcan en los planes de salud para el adulto mayor. Es así que buscando un

mecanismo que permitiese evaluar el proceso de ejecución de forma sistemática de los diferentes planes de salud en atención primaria, es establecido desde el año 2005 el “Índice de Actividad de la Atención Primaria”(IAAPS), el cual establece un conjunto de ámbitos a evaluar, usando indicadores que son contruidos utilizando los registros de cada centro de salud primaria. Este indicador permite evaluar algunas de las prestaciones o actividades realizadas en los programas de salud de atención primaria, tanto del programa del AM como de los otros programas, permitiendo analizar cada realidad local y así efectuar las modificaciones necesarias al respecto (MINSAL,2008).

Estos indicadores son definidos para el centro de salud como metas de salud a alcanzar, y su cumplimiento genera bonificaciones económicas para el personal del centro de salud. El MINSAL cada año define el porcentaje en que cada meta deberá alcanzarse a nivel nacional, esta meta no es igual para todas las comunas sino solo un promedio, por lo tanto los Servicios de Salud (organismo representante del MINSAL) “negocian” la meta a alcanzar rebajándola o aumentándola conforme la meta alcanzada el año anterior (nunca la meta puede ser inferior al año anterior) sus características epidemiológicas, de recursos y otras particulares (MINSAL, 2008).

El IAAPS establecido para evaluar el desarrollo del programa del adulto mayor es la “Evaluación Funcional de Adulto Mayor” realizado con el EFAM-Chile. Se eligió este indicador para evaluación del programa debido a que intervenciones oportunas en adultos mayores podrían pesquisar, prevenir y retardar la perdida funcional. La meta establecida a nivel nacional para el año 2005 fue que el 85% de la población inscrita mayor de 65 años debía de tener un examen anual de funcionalidad vigente realizado con el EFAM-Chile, el año 2006 esta meta fue rebajada notablemente alcanzando solo un 45% y el año 2007 también fue de 45% (MINSAL, 2007), el año 2008 se estableció el mismo objetivo pero con un 55% de la población (MINSAL, 2008). Es importante que esta meta haya sido incluida dentro de los programas de evaluación nacional, sin embargo la evaluación funcional del AM con el EFAM-Chile no es el único componente del control de salud, como se describió en el punto *3.4.-Componentes del Programa*

de Prevención de la Pérdida Funcionalidad del Adulto Mayor en Atención Primaria, sino que es solo una parte del control de salud, y por lo tanto no permite por si solo poder pesquisar, prevenir y retardar la pérdida funcional, ya que necesita de una valoración exhaustiva y su posterior etapa de intervención a través de planes de salud efectivos. La actual norma en vigencia señala todos los componentes que debiese incluir un control de salud completo para prevenir la pérdida de la funcionalidad en el AM, sin embargo la evaluación del cumplimiento del programa en controles de salud de tipo preventivos de la pérdida funcional no ha sido evaluado según las directrices programáticas entregadas por la norma ministerial.

A través de registros del departamento de estadísticas en salud (DEIS), se pueden observar las prestaciones realizadas a AM en donde se realizó la evaluación funcional del adulto mayor, sin embargo no se posee el número de adultos mayores inscritos a fin evaluar si se cumplió o no la meta. Igualmente, según un análisis secundario realizado con registros del año 2003, 2004 y 2005 (tabla 4) llama la atención el gran número de adultos mayores en control siendo incluso mayor a lo calculado como población estimada para la fecha según datos estimado a partir del Censo 2002. Esto también se contradice con lo señalado en los años 2006 y 2007 (tabla 5) en donde se observa un número considerablemente menor de adultos mayores en control (año 2005 evaluación funcional de 1.375.998 personas, año 2006 evaluación funcional de 558.089 personas), pero que se asemejan mayormente a la realidad del país ya que no todos los adultos mayores se atienden en el sistema público de salud, ni tampoco todos se les realiza la evaluación funcional. No se puede dar una explicación real a este fenómeno observado ya que solo se dispone de estos registros.

Tabla 4. Características de la población atendida en el Programa del Adulto Mayor años 2003, 2004 y 2005

Fuente: Análisis secundario registros DEIS 2006

Año	Población AM Chile*	AM en control del Programa N°	Grado de funcionalidad %	Ingresos al programa N°
2003	1.215.511	1.169.780 (no se agregan ingresos)		93.781
		Autovalente:	792.707	67
		Autovalente con riesgo:	330.578	28
		Dependiente y Postrado:	46.495	3,9
2004	1.252.847	1.183.260 (no se agregan ingresos)		95.810
		Autovalente:	739.917	62
		Autovalente con riesgo:	353.883	29
		Dependiente y Postrado:	89.460	7,5
2005	1.290.181	1.375.998 (no se agregan ingresos)		202.118
		Autovalente:	842.884	61
		Autovalente con riesgo:	390.000	28
		Dependiente y Postrado:	143.114	10,4

* Población estimada según Censo 2002. INE 2008.

Es importante, a pesar de estas diferencias que al analizar cada uno de estos datos (tabla 4 y 5) podemos determinar características similares, observándose como el porcentaje de adultos mayores autovalentes ha ido disminuyendo en el tiempo, siendo esto considerablemente más notorio entre el año 2005 y 2006, los autovalentes con riesgo, por su parte, han permanecido relativamente estables, sin embargo llama la atención el gran aumento de adultos mayores dependientes o postrados, siendo tanto así que el año 2005 y 2006 se observa un porcentaje muy similar de esta categoría con los autovalentes con

riesgo. Estos datos reflejan la importancia de intervenciones efectivas y tempranas para prevenir la pérdida de la funcionalidad. Además este aumento de los adultos mayores dependientes o postrados también puede deberse a que se están pesquizando más adultos mayores de este tipo que antes o que ha aumentado la esperanza de vida por lo tanto existen más adultos mayores de edad más avanzada lo que aumenta el riesgo de estar en esta categoría.

Tabla 5. Características de la población atendida en el Programa del Adulto Mayor, años 2006 y 2007

Fuente: Análisis secundario registros DEIS 2006

Año	Población AM Chile*	AM en control del Programa		Grado de funcionalidad	Ingresos al programa
		Nº		%	Nº
2006	1.340.498	558.089			87.607
		Autovalente:	232.594	41	
		Autovalente con riesgo:	166.290	29	
		Dependiente y Postrado:	159.205	28	
2007	1.390.812	519.158			77.968
		Autovalente:	206.843	39	
		Autovalente con riesgo:	166.583	32	
		Dependiente:	145.732	28	

* Población estimada según Censo 2002. INE 2008.


En relación a los controles de tipo preventivos, aspecto importante para la prevención de la funcionalidad, se registra que un 66% de las atenciones médicas realizadas en atención primaria en Chile el año 2007 corresponden a controles de salud, en correlación a un 33% de atenciones por consultas de morbilidad (DEIS, 2008). Así mismo se señala en la encuesta CASEN 2006, que al aumentar la edad de las personas existe una mayor cantidad de controles de tipo preventivo, según datos un 20% de los adultos mayores de 60 años se habían realizado un control de tipo preventivo en los últimos 3 meses y un 32% en el caso de los mayores de 80 años (MIDEPLAN, 2008). En este mismo aspecto según un estudio realizado

en base a la encuesta CASEN de 1998, con adultos mayores pertenecientes a todos los sistemas de salud (privados y estatales), son los adultos mayores de menores recursos, FONASA A y B, quienes más asistían a los controles de tipo preventivos en relación a los otros sistemas de salud (FONASA C y D, Isapres y Fuerzas Armadas), ya que presentaban un 70% más de probabilidades de atención preventiva que los usuarios de ISAPRES. Sin embargo las tasas igualmente son bajas ya que de FONSA A solo un 25% asiste a este tipo de atención y de ISAPRES un 13% (Wallace S., 2002)

Otro aspecto que es posible analizar del actual estado del programa son el tipo de prestaciones brindadas. A través de un análisis secundario realizado con registros del DEIS del año 2006 (tabla 6) (DEIS, 2008), se observa que las áreas temáticas que presentan un mayor número de consultas (ubicadas al lado izquierdo de la tabla), son las consejerías individuales sobre estilos de vida y autocuidado, seguidas por la actividad física. En cambio en las consejerías grupales la categoría “otros” es la que presenta mayor número de consultas, seguido también por la estimulación de la actividad física.

Tabla 6. Características de las prestaciones del Programa del Adulto Mayor

en el año 2006 según áreas temáticas.

Prestaciones	Áreas Temáticas				
Consejerías individuales	Estilos de Vida y Conductas de Autocuidado	Actividad Física	Tabaquismo	Salud Sexual y Reproductiva	VIH/SIDA y ETS
	109.123	58.186	21.240	5.763	3.454
Educación Grupal	Otros	Estimulación Actividad Física	Estimulación Memoria	Prevención Caídas	
	30.263	13.100	7.937	7.826	
					
Mayor nº de consultas			Menor nº de consultas		

Fuente: Análisis secundario registros DEIS, 2006

Es importante por último destacar que el MINSAL aceptando los desafíos que conlleva el envejecimiento, preparó a más de 600 profesionales, enfermeras y médicos, con un Diploma de Geriátrica y Gerontología. Se espera que la enfermera tenga un rol fundamental en la aplicación del EFAM y en los controles de seguimiento, conjuntamente con los demás profesionales del equipo de salud (Mardones, 2004).

4.- Adultos Mayores en la Comuna de Macúl y Cesfam Santa

Julia

Continuando con el marco teórico, es importante destacar características del lugar donde se realizará la presente tesis.

Este estudio se efectuara en un centro de salud familiar perteneciente a la comuna de Macul de la Región Metropolitana y al Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO). Por lo tanto para comenzar se hará una breve descripción de la situación actual de esta comuna con especial énfasis en el área de salud y más aún en temas relacionados al adulto mayor.

Los siguientes datos e índices son proporcionados por el servicio de salud y la comuna de Macul, y dan cuenta de la situación sociodemográfica de la comuna.

La comuna de Macul según datos del Censo 2002, cuenta con 12,9 kilómetros cuadrados de superficie, en ella habitan 112.535 habitantes lo que la ubica como una comuna de densidad media. Dentro de sus características sociodemográficas (tabla 7) podemos decir que la distribución de la población por edades, permite señalarla como una comuna en etapa avanzada hacia el envejecimiento con un 10% de adultos mayores de 65 años (nacional 8%), un 22% de menores de 15 años y una media de 34,9 años. Esta distribución revela un numero de 29.012 niños y adolescentes entre 0-17 años, 21.881 jóvenes entre 18-29 años, 43.971 adultos entre 30-59 años y 16.136 adultos mayores de 60 y más años (Municipalidad de Macul, 2005).

Tabla 7. Índices Biomédicos Comparativos del año 2002

	MACUL	SSMO	R.M	PAIS
Población estimada (I.N.E.)	112.535	1.115.883	6.173.720	15.116.435
Proporción de población menores de 20 años (%)	32,77	28,78	33,09	34,20
Proporción de población de 65 y más años (%)	10,32	10,62	7,86	8,05
Tasa de natalidad (tasa por 1.000 hab.)	14,54	14,80	16,60	16,10
Tasa de mortalidad general (tasa por 1.000 hab.)	4,40	5,40	5,10	5,20
Tasa de mortalidad infantil (tasa por 1.000 nacidos vivos)	5,80	6,10	7,32	7,80

Fuente: Departamento de Informática de Centro de Salud de la comuna de Macul. Municipalidad de Macul, 2005. Análisis secundario a datos obtenidos por el Departamento de Estadística e Información de Salud del MINSAL año 2002.

El índice de dependencia indica que por cada 100 personas potencialmente activas (15 a 64 años) 47 dependen de ella (Municipalidad de Macul, 2005), siendo este mayor al nacional y al regional (el índice de dependencia nacional y regional es de 31).

El índice de masculinidad señala que por cada 100 mujeres hay 91,2 hombres y por último el índice de vejez indica que por cada 100 personas menores de 15 años, hay 48 personas mayores de 65 años (Municipalidad de Macul, 2005).

Se reconoce, además, según la encuesta CASEN 2003 que un 9,2% de las personas son pobre situación inferior a lo registrado en la región metropolitana con un 13,1%. Además un 100% de sus habitantes cuenta con agua potable y luz eléctrica (Municipalidad de Macul, 2005).

En relación al área salud posee 3 consultorios CESFAM (Centro de Salud Familiar) Santa Julia con 50.379 habitantes inscritos, CESFAM Felix de Amesti con 39.949 habitantes inscritos y actualmente el nuevo CESFAM Padre Hurtado.

Es importante destacar que cerca del 80,27% de la población de la comuna esta inscrita o validada en el servicio de salud municipal. La red de salud además cuenta con: un COSAM (Centro de Salud Mental), un laboratorio comunal (Laboratorio Clínico Básico), un centro odontológico (en proceso de habilitación) y un S A P U (Servicio de atención Primaria de Urgencia). (Municipalidad de Macul, 2008).

Los problemas principales de Salud de la Comuna, son casi los mismos que el resto de las Comunas del área Oriente, y se detallan en la tabla 8.

Tabla 8. Patologías según causas en la Comuna de Macul

CAUSAS	PATOLOGIAS
Mortalidad	Cardiovascular
	Cáncer
	Accidentes
Hospitalización	Embarazo, Partos y puerperio
	Enfermedades del tubo digestivo
	Traumatismos y envenenamiento
	Enfermedades Respiratorias agudas
	Enfermedades Respiratorias agudas
Consultas	Enfermedades Respiratorias agudas
	Enfermedades Crónicas no transmisibles; Hipertensión arterial

Fuente: Departamento de Informática de Centro de Salud de la comuna de Macul. Municipalidad de Macul, 2005. Análisis secundario a datos obtenidos por el Departamento de Estadística e Información de Salud del MINSAL año 2002.

Referente a los adultos mayores de esta comuna, el Censo 2002 confirma un número de 14% de personas mayores de 60 años, superando las cifras regionales (11%) y nacionales (10%). Esta situación demográfica representa para la comuna una orientación del trabajo para este grupo etáreo, por lo que el año 1992 se crea un programa exclusivo destinado a esta área que permita mejorar la calidad de la atención que se presta al adulto mayor. Dentro de esto se crea un centro local de información, referencia y derivación para el AM que se enmarca dentro del convenio celebrado con el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) sobre Intervenciones Innovadoras para el Adulto Mayor (Ilustre

Municipalidad de Macul, 2005) Otros datos del Censo 2002 muestran que de la población de 60 años y más, el 29 % constituye jefatura de hogar, el 25% se encuentra viudo y el 54% esta casado. Dentro de este grupo etáreo 21,3% están activos en término de fuerza de trabajo y un 6% son analfabetos. En relación al área social existen 69 organizaciones comunitarias de adultos mayores (Ilustre Municipalidad de Macul, 2005).

La Comuna de Macul basa sus acciones en relación a las políticas públicas del país y a los objetivos sanitarios propuestos para la década 2000-2010, esto implica según señala las autoridades de la comuna un desafío tanto para los equipos ejecutores, como para las autoridades locales. Teniendo en consideración el aumento de los AM en la comuna, lo que implicará nuevas y mayores demandas de atención, tanto a nivel asistencial, como en actividades de promoción y prevención, de manera tal de mejorar la calidad de vida de este grupo etáreo (Municipalidad de Macul, 2005).

En relación a la situación actual del CESFAM Santa Julia se observa según datos estadísticos del año 2006, proporcionados por dicho establecimiento, (tabla 9) que la población bajo control adulta mayor es de 4.925 personas, los cuales representan un 12,16% de las personas que se atienden en este establecimiento. En tanto la proporción hombres versus mujeres, es de 36% y 63% respectivamente. En relación a la edad, un 32% de los adultos mayores tienen entre 65 y 69 años, y un 67% tienen 70 años y más.

Tabla 9. Población mayor de 65 años según sexo

	Hombres	Mujeres	Total
65 a 69 años	650	955	1.605
70 y más años	1.170	2.150	3.320
Total	1.820	3.105	4.925

Fuente: Estadística CESFAM Santa Julia año 2006.

5.- Evaluación de Programas

Es importante señalar dentro del marco teórico de sustento que existen tres tipos de evaluaciones de programas de salud según el momento en que se ejecutan, aquellos que se realizan antes de efectuarse el programa (ex antes); en el proceso, cuando se está llevando a cabo el programa (seguimiento); y después de haberse realizado el programa, en donde se evalúa el resultado o impacto del programa (ex- post).

Dentro de estas , las *evaluaciones de proceso* son las que tienen sobre todo importancia para la ejecución de programas, apoyan la toma de decisiones sobre la marcha y contribuyen a llamar la atención sobre la necesidad de corregir el curso mientras el programa está en funcionamiento (OPS,1992).

Además es importante mencionar que estas evaluaciones pueden realizarse utilizando metodología cuantitativa o cualitativa. La combinación de ambas entra en la categoría de *Triangulación Metodológica* la cual se define como la combinación de dos o más teorías, fuentes de datos, métodos de investigación, en el estudio de un fenómeno singular (Arias M., 2005). Los resultados permiten aumentar la credibilidad de los hallazgos y si son diferentes surgirán nuevas interrogantes. Sin embargo si son diferentes los resultados entre un método y otro, no se deben invalidar ya que son resultados de diferentes perspectivas de la persona o del hecho (Priscilla U., Robinson E., Tolley E., Organización Panamericana de la Salud, 2006).

Usualmente se ocupa un componente cuantitativo y otro cualitativo. La combinación produce un diseño más poderoso que el que resultaría con una sola estrategia (Priscilla U., et. Al., 2006).

Existen diferentes formas de combinar estos dos métodos según lo señalado por la bibliografía. Es importante señalar que se pueden combinar los métodos permitiendo que la etapa cualitativa al final del estudio cuantitativo pueda ser útil para interpretar los resultados cuantitativos o evaluar una intervención. Es así como el análisis de los datos de uno podrá servir para aclarar la información obtenida por el otro (Priscilla U.,et Al., 2006).

A continuación se da una breve reseña de las 2 técnicas de las metodologías cuantitativas y cualitativas que serán especificados en el diseño:

Metodología Cuantitativa

- Auditoria: se define como una herramienta del sistema de gestión de calidad que evalúa hechos con el objeto de determinar el grado de correspondencia existente entre la condición encontrada y los criterios establecidos (Ministerio de Salud del Perú ,2006). Son utilizadas no solo sólo en el ámbito financiero sino también como herramienta de la gestión clínica, ya que además de evaluar la calidad de estos, trabajan sobre los registros de lo efectuado valorando la calidad de la atención misma, demostrando que hay una relación directa entre la calidad de los registros y la atención prestada (Osorio G., Sayes N., Fernández L., Araya E., Poblete D., 2002). Existen diversos tipos de auditorias en el ámbito clínico todas comparten los mismos principios. Estas se diferencian en clínicas, de salud, médicas. La auditoria en salud busca evaluar cualquier aspecto relacionado con el proceso de atención a los usuarios de una organización de salud, en el eje estructura – proceso – resultado (Ministerio de Salud del Perú ,2006).

El documento ocupado para realizar la auditoria son las fichas clínicas, en ella se registran la totalidad de las prestaciones recibidas por el enfermo, los exámenes realizados, todo aquello que necesita ser dejado en constancia con relación a la patología y a su curación. Es necesario destacar que lo que no esta escrito en este documento legal se supone no realizado (Osorio G. et. Al., 2002).

La auditoria de la ficha clínica es un proceso que incluye tanto su revisión como la de otros documentos vinculados al usuario, la comparación de la evidencia científica existente, y la consulta a expertos. El objetivo fundamental es verificar si en la ficha clínica se han registrado legiblemente todos los antecedentes preestablecidos y en relación a los estándares de calidad. Por lo tanto utiliza normas, protocolos, patrones estándares, estadística hospitalaria, a fin de poder comparar y analizar la información. (Osorio G., et. Al., 2002).

Los pasos que sigue una auditoria son (UBHT Clinical Audit Central Office, 2005):

- Elección de tema a auditar
- Revisión de estándares
- Recolección de registros de la práctica diaria
- Comparación de registros con estándares
- Implementación de los cambios necesarios

Es también importante destacar que el auditor que realiza cada uno de estos pasos debe tener ciertas características como son conservar su independencia y objetividad, mantener su capacidad profesional y por supuesto proteger la confidencialidad (Ministerio de Salud del Perú ,2006).

En otro aspecto es importante señalar como se relaciona la auditoria con la investigación convencional. En ello podemos ver que la auditoria comparte pero también se diferencia de la investigación. Ambas contestan una pregunta específica referente a la calidad del cuidado, sin embargo sus objetivos son diferentes ya que la investigación tiene como objetivo conocer cual es la mejor práctica, en cambio la auditoria tiene por objetivo saber si se esta siguiendo esta mejor práctica (UBHT Clinical Audit Central Office, 2005).

Finalmente podemos agregar que la utilidad de la auditoría es permitir el conocimiento de los errores cometidos y así trabajar en su corrección (Osorio G., et Al., 2002), su fin último por tanto es mejorar la calidad de la atención, proporcionando una base que justifique la implementación de recomendaciones que posibiliten mejoras por parte de la dirección de la entidad auditada (Ministerio de Salud del Perú ,2006).

Metodología Cualitativa

- Entrevista en Profundidad: se define como una conversación en la que se ejercita el arte de formular preguntas y escuchar respuestas. Su objetivo es comprender la perspectiva de los entrevistados acerca de ideas, valores, situaciones vividas en relación a un objetivo específico formulado por el investigador. Se utiliza en investigaciones de salud para conocer las percepciones, actitudes, valores y opiniones de los distintos actores que intervienen durante la prestación de los servicios de salud. Algunas de las características del entrevistador son respetar las reglas de comunicación, ser profesional, posibilitar la influencia recíproca entre las partes (retroalimentación) y evitar condicionar las respuestas. (Navarrete. M., Ferreira M., Mogollón A., Fernández M., Delgado M, 2005)

Entre las entrevistas en profundidad existen 2 tipos estructuradas y semi-estructuradas. La entrevista semi-estructurada, se formula a partir de una guía que recoge los temas que quieren ser explorados. Esta guía no obliga a seguir un orden determinado, sino que se consulta para que ningún tema sea olvidado, el objetivo es seguir una conversación y profundizar en las respuestas hasta conocer la mayor información posible en relación al tema de objeto de estudio (Navarrete. M., et Al., 2005).

En relación a la selección de muestra de las entrevistas, esta debe ser realizada de forma sistemática pero flexible, seleccionando cuidadosamente casos que puedan aclarar el objeto de estudio (Priscilla U., et Al., 2006).

Luego de haber revisado las distintas referencias bibliográficas que dan sustento al marco teórico del contexto de este estudio, surge la pregunta de investigación:

¿Cuál es el cumplimiento de la norma técnica propuestas por el ministerio de salud del programa del adulto mayor, en controles de salud preventivos de la pérdida funcional en atención primaria?

CAPITULO III.- OBJETIVOS

1.1.-General

- Medir el cumplimiento del programa de salud del adulto mayor en controles preventivos de la pérdida de funcionalidad en relación a la norma ministerial.

1.2.-Específicos

- 1.- Construir el flujograma de manejo los casos auditados
- 1.- Describir las características sociodemográficas y epidemiológicas de los casos auditados
- 3.- Caracterizar los controles preventivos de la pérdida funcional del adulto mayor en relación a la norma respecto a: uso de la tarjeta de ingreso, control de ingreso y de seguimiento, sistema de registro y modalidades de ingreso y seguimiento, periodicidad del control.
- 4.- Explorar la percepción de los actores del centro de salud Santa Julia respecto de los objetivos del programa del control preventivo de la pérdida funcional del adulto mayor y de su grado de cumplimiento respecto de a la norma.

CAPITULO IV.- MATERIAL Y METODO

1.- Tipo de estudio

Descriptivo: Estudio de caso de carácter retrospectivo.

Se definió de esta manera ya que se estudio una situación única y de una forma lo más intensa y detallada posible, dando énfasis en la comprensión de proceso dentro de su contexto.

2.- Método

La metodología utilizada para describir el estudio de caso, del cumplimiento del programa de salud del adulto mayor en controles preventivos de la perdida de funcional fue la *Evaluación de Proceso* de dicho programa que esta en funcionamiento hace relativamente poco tiempo.

La manera más efectiva que se eligió para poder realizar esta evaluación es a través de la combinación de 2 métodos, el *Cuantitativo* y el *Cualitativo*. Esta investigación será direccionada teóricamente por métodos *Cuantitativos* incorporando un componente *Cualitativo* complementario. Es así como al finalizar el estudio se combinaron los dos métodos, permitiendo que la etapa cualitativa pueda ser útil para interpretar los resultados cuantitativos en cierta forma y así evaluar de forma mas integra y coherente el problema central. El propósito de esta unión es obtener datos diferentes pero complementarios sobre un mismo tema, esto permite que las debilidades de un método sean las fortalezas del otro y así los resultados no son una mera replica.

Cada metodología utilizó una técnica para la recolección de los datos:

- Metodología Cuantitativa: Utilizó como herramienta la *Auditoria en Salud*, la cual busca determinar el grado de correspondencia existente entre la condición encontrada en este estudio y los criterios establecidos por las normas técnicas del país.
- Metodología Cualitativa: Utilizó como herramienta la *Entrevista en Profundidad*

A continuación se expondrá en primer término la metodología utilizada en la *Auditoria en salud* y en segundo termino la metodología utilizada en la *Entrevista en Profundidad*.

2.1.-Auditoria en Salud

2.1.1.-Población

La población auditada fueron adultos mayores (65 años y más) atendidos en el CESFAM Santa Julia de la Comuna de Macúl, la cual corresponde a un total de 4.925 personas (Hasta Abril del 2007).

2.1.2.-Muestra

La muestra esta constituida por 369 casos de adultos mayores de 65 años pertenecientes al programa del adulto mayor del CESFAM Santa Julia de la Comuna de Macúl. Esta muestra fue elegida aleatoriamente, calculada con un 95% de nivel de confianza y un error del 5%. Se estimó según estos criterios que con un total 356 adultos mayores se lograba la representatividad total de adultos mayores del centro de salud familiar, por lo tanto se cumplió este criterio.

Es importante destacar que se denomino cada caso de adulto mayor, como *caso auditado* quien apporto con los registros de uno, o mas controles de salud de tipo preventivos de la perdida funcional, por lo tanto la muestra final estuvo constituida por 542 controles.

2.1.3.-Método

Siguiendo el esquema señalado en el marco teórico, la auditoria se realizó siguiendo los siguientes pasos:

1.- Se eligió el tema a estudiar:

El cual corresponde al programa del adulto mayor en controles de salud de tipo preventivos de la perdida funcional en atención primaria.

2. - Revisión de estándares:

Se revisó la actual norma técnica en vigencia, *Norma nacional para la Atención Integral de Salud del Adulto Mayor del año 2002*, la cual señala cual es la normativa que debe seguirse en los controles preventivos de la pérdida funcional de los adultos mayores que se atienden en atención primaria

3.- Recolección de registros de la práctica diaria:

Se auditaron los registros de controles preventivos de la pérdida funcional en un total de 369 casos de adultos mayores. Revisándose los registros de la tarjetas, fichas de ingreso y fichas de seguimiento, hasta completar un periodo de 2 años con cada adulto mayor (Diagrama 1).

Los 542 controles que registraban el total de casos auditados se dividieron en dos fases:

- Controles denominados como en fase de ingreso, se audito como ficha de ingreso:

Corresponde a usuarios que fueron ingresados al programa del adulto mayor habiéndoseles realizado por *primera vez la ficha de ingreso*

- Controles denominados como en fase de seguimiento, se auditó como ficha de seguimiento:

Corresponde a usuarios que presentaban un control se seguimiento, ya que se les *había realizado el ingreso con anterioridad* a la fecha auditada o simplemente *no se les había realizado el ingreso* (Casos que no se les realizo un ingreso oficial con las fichas correspondientes)

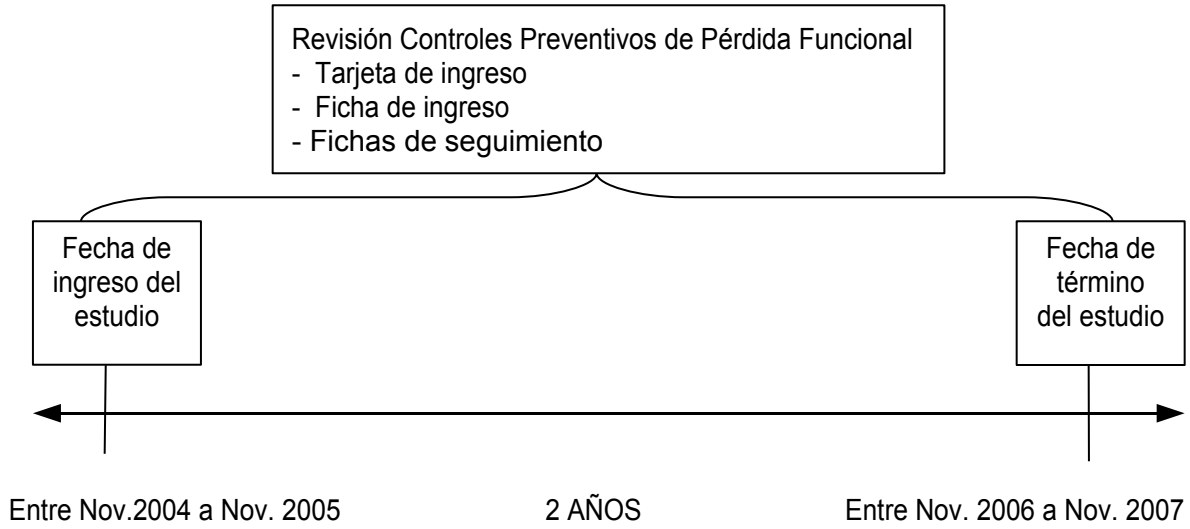
4.- Comparación de registros con estándares:

En los resultados se compararon los registros de cada caso auditado con lo señalado por la norma técnica. A fin de describir su conformidad o disconformidad.

5. - Implementación de los cambios necesarios:

En las conclusiones, se mostraron los resultados más importantes y se dieron a conocer las recomendaciones a tener en consideración.

Diagrama 1. Método de la Auditoria



2.1.4.-Fuentes de información

Se incluyó la información de los registros de atención de 369 casos auditados provenientes de tres fuentes, tarjeta de ingreso, ficha de ingreso y ficha de seguimiento. Debido a que esta es una auditoría, se deben valorar las realidades locales de cómo se lleva a cabo el programa, lo que se expresa en que el CESFAM Santa Julia además de las tarjetas y fichas mencionadas en la norma ministerial del programa del adulto mayor, utiliza otros tipos de registros para realizar el control de tipo preventivo de la funcionalidad. A continuación se dan a conocer los registros utilizados en cada una:

Tarjeta de ingreso: Se auditaron casos con dos tipos de registro

- Tarjeta elaborada por la Norma de Atención Integral de Salud del MINSAL (Anexo 1, Parte 3)
- Tarjeta realizada por las autoridades locales del Servicio de Salud al que pertenece el CESFAM (Anexo 2, Parte 1)

Ficha de control de ingreso: Se auditaron casos con 2 tipos de registro

- Ficha de Ingreso elaborada por la Norma de Atención Integral de Salud del MINSAL

(Anexo 1, Parte 4)

-Ficha de Ingreso realizada por las autoridades locales del Servicio de Salud al que pertenece el CESFAM

(Anexo 2, Parte 2)

Ficha de Control de Seguimiento: Se auditaron casos con 3 tipos de registro

- Ficha de Seguimiento elaborada por la Norma de Atención Integral de Salud del MINSAL

(Anexo 1, Parte 6)

- Ficha de Ingreso o Seguimiento realizada por las autoridades locales del Servicio de Salud al que pertenece el CESFAM (nueva)

(Anexo 2, Parte 3)

- Ficha de Ingreso realizada por las autoridades locales del Servicio de Salud al que pertenece el CESFAM

(Anexo 2, Parte 2)

2.1.5.-Criterios de Inclusión

- Se consideró a todo adulto mayor de 65 años y más que pertenezca al CESFAM Santa Julia, que esté ingresado en el programa del Adulto Mayor habiéndosele realizado la tarjeta de ingreso (no es necesario que se les haya realizado la ficha de control de ingreso).
- Se incluyó en el estudio todos aquellos casos que tengan una consulta de cualquier tipo entre Noviembre del 2004 y Noviembre del 2005(esteste control puede ser cualquier instancia en donde el usuario se atendió en el CESFAM, no siendo necesariamente un control de tipo preventivo de la perdida funcional), desde esta fecha se definió el ingreso al estudio hasta completar dos años.

- Se incluyeron usuarios que hayan ingresado al programa tanto al momento de realizarse la auditoria como con anterioridad a la fecha auditada.
- La fecha de ingreso al estudio puede ser cualquier tipo de control que se haya realizado el adulto mayor, pero se privilegió como fecha de ingreso si es que presenta, el primer control de tipo preventivo de la funcionalidad pudiendo ser un control de ingreso o de seguimiento.
- Se consideraron usuarios que estén en estado vigente en el consultorio, para esto se auditaron las tarjetas que registrasen algún tipo de atención el 2007. Este criterio de inclusión se tomó con el fin de asegurar que el usuario esta vigente en el consultorio y así certificar que si los controles preventivos de la funcionalidad no se realizaron, no fue porque el usuario falleció o se cambio de consultorio.

2.1.6.-Instrumento

Las variables auditadas, extraídas desde tarjetas y fichas, fueron traspasadas directamente por el investigador a una base de datos en formato Excel, esta plantilla fue piloteada previamente en 20 casos. En el punto *2.1.9 de Operacionalización de variables* se detalla el nombre de la variable abreviada para la base de datos y el indicador para la base de datos.

2.1.7.-Variables en Estudio

Como esta es una auditoria las variables ha estudiar se tomaron en relación a lo señalado por la norma, referido en la sección del marco teórico (Punto *3.2.- Componentes del Programa de Prevención de la funcionalidad del Adulto Mayor en Atención Primaria*). Cada una de estas variables se definió utilizando como referencia lo especificado por la norma a ser cumplido en el programa y por lo tanto registrado cuando se esta realizando el control de salud en cada uno de las documentos (tarjetones y fichas) que presente cada caso auditado. Además se utilizaron variables generales que corresponden a aquellas variables que permiten tener un orden de la base de datos y la auditoria a realizar.

Se agruparan las variables en tres tipos:

- *Variables Generales*
- *Variables contenidas en Tarjeta de Ingreso*
- *Variables contenidas en Fichas de controles de Ingreso*
- *Variables contenidas en Fichas de Seguimiento*

2.1.8.-Definición Conceptual de Variables

En primer lugar se conceptualizaron las variables generales, que dicen relación con aspectos que permitan dar un orden al investigador. Luego se realizó la conceptualización de variables contenidas en la tarjeta de ingreso, en las fichas de ingreso y seguimiento.

Variables generales

- Identificación de caso: Corresponde al número del caso de un paciente auditado que se asigna de forma correlativa
- Fecha auditoria: Corresponde a la fecha en la cual se realizo la auditoria del caso de un paciente
- Ficha: Corresponde al número de ficha del caso auditado
- R.U.T.: Corresponde al número de rol único tributario que tiene la persona que se audito
- Tipo de caso auditado: Corresponde al tipo de caso que fue auditado, pudiendo ser:

Ingreso sin Controles Antiguos: Se considera a aquellos usuarios que se les realiza su control formal de ingreso* dentro de la fecha auditada, sin tener controles antiguos *.

* Control formal de ingreso: solo casos que se ocupo ficha realizada por MINSAL o Cesfam Santa Julia como forma de ingreso

* Controles antiguos: son todos aquellos controles preventivos de la pérdida de la funcionalidad que se realizaron sin ficha o con fichas antiguas ocupadas por el consultorio.

Ingreso con Controles Antiguos: Se considera a aquellos usuarios que se les realiza su control formal de ingreso dentro del área auditada pero además tienen controles antiguos.

Seguimiento sin Controles Antiguos: Se considera a aquellos usuarios que se les realiza su control formal de ingreso antes de la fecha auditada, por lo tanto el primer control auditado corresponde a un control de seguimiento, no presenta controles antiguos.

Seguimiento con Controles Antiguos: Se considera a aquellos usuarios que se les realiza su

control formal de ingreso antes de la fecha auditada, pero además presentaban controles antiguos.

Seguimiento Sin Ingreso sin Controles Antiguos: Se considera aquellos usuarios que nunca se les realizó un control formal de ingreso, solo presentan seguimientos, no tiene controles antiguos.

Seguimiento Sin Ingreso con Controles Antiguos: Se considera aquellos pacientes que nunca se les realizó un control formal de ingreso, solo presentan seguimientos y también presentan controles antiguos.

Sin Registro: Se considera a aquellos usuarios que no se les realizó ningún control preventivo de la pérdida funcional (ni ingreso ni seguimiento) dentro de la fecha auditada.

Seguimiento luego Ingreso: Presenta su control formal de ingreso pero después de seguimiento (Se hizo al revés primero seguimiento y luego ingreso)

- Fecha ingreso formal al programa: Corresponde a la fecha en la cual se ingreso formalmente al usuario en el programa del adulto mayor, pudiendo ser esta fecha anterior a los criterios de inclusión del estudio (Antes de noviembre del 2004). El ingreso formal al programa se refiere a la instancia en donde se utiliza la ficha de ingreso entregada por la norma técnica del MINSAL (Anexo 1, Parte 4 y 6) ó la elaborada por el CESFAM Santa Julia (Anexo 2, Parte 2 y 3).
- Tipo de control de ingreso formal: Corresponde si el control de ingreso formal mencionado anteriormente fue realizado con ficha MINSAL o CESFAM.
- Fecha ingreso del estudio: Corresponde a la fecha en que se decide ingresar al adulto mayor en la auditoria, debiendo ser esta una fecha en donde se haya realizado un control de cualquier tipo. Preferentemente se utilizará la fecha en la cual se ingreso formalmente al programa del adulto mayor ó aquella fecha más cercana al control de ingreso.
- Fecha término del estudio: Corresponde a la fecha en donde se cumplen los 2 años de auditoria. Esta fecha se obtiene al sumar 2 años desde la fecha de ingreso del estudio mencionada anteriormente.
- Fecha de primer control de la auditoria: Corresponde a la fecha del primer control de tipo preventivo de la pérdida de la funcionalidad que se le realizó al caso auditado dentro de los 2 años de la auditoria. Esta fecha puede concordar o no con la *fecha de ingreso formal al programa*, y también puede o no concordar con la *fecha de ingreso al estudio*.
- Tipo de primer control: Corresponde al tipo del primer control, pudiendo ser este de ingreso (Adulto mayor que se ingresa formalmente por primera vez justo en fecha auditada) o de seguimiento (Adulto mayor que se ingresó formalmente antes de la

fecha auditada).

- Fecha segundo control: Corresponde a la fecha en la cual se realizó el segundo control preventivo de la pérdida funcional dentro de la fecha auditada
- Fecha tercer control: Corresponde a la fecha en la cual se realizó el tercer control preventivo de la pérdida funcional dentro de la fecha auditada
- Fecha cuarto control: Corresponde a la fecha en la cual se realizó el cuarto control preventivo de la pérdida funcional dentro de la fecha auditada
- Fecha de último control: Corresponde a la última fecha registrada en la carpeta en la que se atendió el usuario en el consultorio, puede ser dentro o fuera del área auditada.
- Cantidad total de controles: Corresponde al número total de controles de ingreso y seguimiento de tipo preventivos de la pérdida funcional realizados en el área auditada.
- Cantidad controles de seguimiento: Corresponde al número total de controles de seguimiento de tipo preventivos de la pérdida funcional realizados en el área auditada.

Variables de Tarjeta de Ingreso

- Fecha de nacimiento: Corresponde al registro del día, mes, y año cuando la persona nace.
- Sexo: Corresponde al registro de la condición orgánica del individuo.
- Escolaridad: Corresponde al registro de los años completos cursados por una persona a nivel educacional.
- Estado civil: Corresponde al registro de la situación de la persona en relación a su relación de pareja.
- Previsión de salud: Corresponde al registro del tipo de sistema de salud para enfermedades y tratamientos que posea la persona.
- Participación social: Corresponde al registro de si la persona participa o no en actividades sociales.
- Tipo de participación social: Corresponde al registro del tipo de actividad en que participa socialmente.
- Estado de patología crónica: Corresponde a si tiene o no tiene patologías crónicas.
- Patologías crónicas: Corresponde al registro de si presenta o no alguna enfermedad de tipo crónica.
- Diabetes, hipertensión arterial, tabaquismo, dislipidemia, enfermedad respiratoria, depresión, alcoholismo, accidente cerebrovascular, artrosis: Corresponde al registro de si presenta o no estas enfermedades crónicas.
- Otras patologías o diagnósticos: Corresponde a otras patologías que se hayan mencionado en el registro y que no sean las mencionadas en la variable anterior.
- Estado Nutricional: Corresponde al registro de si presenta o no el estado nutricional de la persona
- Tipo de estado nutricional: Corresponde a la situación nutricional que presente la persona calculado a partir del índice de masa corporal (IMC) (La clasificación del estado nutricional fue realizada por el personal de salud del consultorio que registró en las tarjetas auditadas).
- Riesgo cardiovascular: Corresponde a si presenta o no registro del riesgo cardiovascular.

- Tipo de riesgo cardiovascular: Corresponde al riesgo que presente una persona a adquirir una patología cardiovascular calculada según diferentes factores de riesgo que presente el sujeto. (La clasificación del riesgo cardiovascular fue realizada por el personal de salud del consultorio que registró en las tarjetas auditadas).
- Cantidad de Tarjetones: Corresponde al número de tarjetones que presenta el caso auditado al momento de realizar la auditoria.
- Tipo de Tarjetones: Corresponde al tipo de tarjetón que presenta el caso auditado al momento de realizar la auditoria.

Variables Ficha de Ingreso

- Tipo de primer control: Corresponde al prototipo del primer control preventivo de la pérdida de la funcionalidad que fue auditado.
- Tipo de ficha de primer control: Corresponde al tipo de ficha que se utilizó en el primer control auditado.
- Nombre: Corresponde a si presenta o no registro del nombre de la persona auditada.
- N° de ficha: Corresponde a si presenta o no registro del número de ficha auditada.
- Fecha: Corresponde a si presenta o no registro de la fecha en que fue realizada esa ficha. También se incluye la fecha que se registro.
- Edad: Corresponde a si presenta o no registro de la edad de la persona al realizar la ficha.
- Nombre medicamento: Corresponde a si presenta o no registro del nombre de los medicamentos usados por el usuario.
- Dosis medicamento: Corresponde a si presenta o no registro de la dosis de cada medicamento usado por el usuario
- Profesional indica medicamento: Corresponde a si presenta o no registro del nombre o tipo de profesional que indica o indicó el fármaco.
- Fecha control medicamento: Corresponde a si presenta o no registro de la fecha cuando se realizó ultimo control del medicamento que se esta ocupando.
- Patología crónica: Corresponde a si presenta o no registro de alguna patología crónica.
- Control patología crónica: Corresponde a si presenta o no registro de que se esta actualmente controlando o no las patologías crónicas que presenta.
- Estado de caídas: Corresponde a si presenta o no registro de que ha presentado o no caídas el usuario.
- Cantidad de caídas: Corresponde a si presenta o no registro de la cantidad de caídas sufridas por el usuario.
- Vida sexual: Corresponde a si presenta o no registro de que tiene o no vida sexual activa.

- Causa ausencia vida sexual: Corresponde a si presenta o no registro del argumento, y cual es esa explicación que la persona argumenta por no tener una vida sexualmente activa.
- Consumo líquido: Corresponde a si presenta o no registro de la cantidad de líquido que consume el usuario al día.
- Consumo verduras: Corresponde a si presenta o no registro de si consume o no verduras al día.
- Cantidad de verduras: Corresponde a si presenta o no registro de la cantidad de verduras que consume al día.
- Consumo frutas: Corresponde a si presenta o no registro de si consume o no frutas al día.
- Cantidad de frutas: Corresponde a si presenta o no registro de la cantidad de frutas que consume al día.
- Práctica de ejercicio: Corresponde a si presenta o no registro de si realiza o no ejercicio.
- Tipo de ejercicio: Corresponde a si presenta o no registro del tipo de ejercicio y cual es ese ejercicio que realiza.
- Cantidad de veces de registro: Corresponde a si presenta o no registro de las veces que realiza ejercicio por semana.
- Cantidad de tiempo de ejercicio: Corresponde a si presenta o no registro del tiempo que realiza ejercicio en un día.
- Peso: Corresponde a si presenta o no registro del peso del usuario al momento del control.
- Talla: Corresponde a si presenta o no registro de la talla del usuario al momento del control.
- Índice de masa corporal (IMC): Corresponde a si presenta o no registro del índice de masa corporal del usuario.
- Presión arterial sentada: Corresponde a si presenta o no registro de medición de la presión arterial cuando la persona esta sentada.
- Presión arterial de pie: Corresponde a si presenta o no registro de la medición de la presión arterial cuando la persona esta de pie.

- Pulso: Corresponde a si presenta o no registro de la medición del pulso
- Audición: Corresponde a si presenta o no registro del estado en que se encuentra la audición.
- Visión: Corresponde a si presenta o no registro del estado de la visión.
- Estado bucal: Corresponde a si presenta o no registro del estado en que se encuentra la cavidad bucal.
- Estado de pies: Corresponde a si presenta o no registro del estado en que se encuentran los pies.
- Características alteración pies: Corresponde a si presenta o no registro de los pies y cuales son las características de los pies alterados.
- Incontinencia urinaria: Corresponde a si presenta o no registro de si presenta o no incontinencia urinaria.
- Examen físico o Hallazgos EFAM: Corresponde a si presenta o no registro del examen físico o hallazgos encontrados al realizar el EFAM- Chile y cuales son estos síntomas o hallazgos encontrados.
- Exámenes sanguíneos: Corresponde a si presenta o no registro de si se anotaron o no los valores de exámenes sanguíneos ó si se solicitaron ó están pendientes los resultados.
- Glicemia: Corresponde a si presenta o no registro de los valores del examen.
- Colesterol total: Corresponde a si presenta o no registro de los valores del examen.
- Hematocrito: Corresponde a si presenta o no registro de los valores del examen.
- Hemoglobina: Corresponde a si presenta o no registro de los valores del examen.
- Grado funcional: Corresponde a si presenta o no registro de si se midió el grado de funcionalidad con la escala de EFAM- Chile.
- Factor de riesgo biológico: Corresponde a si presenta o no registro del riesgo biológico que presenta el adulto mayor para perder la funcionalidad.
- Factor de riesgo psicológico: Corresponde a si presenta o no registro del riesgo psicológico que presenta el adulto mayor para perder la funcionalidad.
- Factor de riesgo social: Corresponde a si presenta o no registro del riesgo social que presenta el adulto mayor para perder la funcionalidad.

- Plan de atención: Corresponde a si presenta o no registro de un plan de atención de salud a ser cumplido por el usuario.
- Compromisos: Corresponde a si se presentan o no registrados y compromisos adquiridos por el propio usuario a realizar como plan de salud.
- Referencia: Corresponde a si presenta o no registro de algún tipo de registro de derivación ya sea a un profesional o a un tratamiento, o de haberle recordado un control o tratamiento pendiente.
- Profesional: Corresponde a si presenta o no registro del tipo de profesional que realizó la atención.
- Citación: Corresponde a si presenta o no registro de una fecha de citación para un próximo control preventivo de la perdida funcional.

Variables Fichas de Seguimiento

- Tipo de primer seguimiento: Corresponde al prototipo del primer control de seguimiento preventivo de la pérdida de la funcionalidad que fue auditado.
- Tipo de control personas: Corresponde al tipo de control según la cantidad de personas que participaron.
- Tipo de control modalidad: Corresponde al tipo de control según la modalidad utilizada.
- Tipo de control estado ficha: Corresponde a si presenta o no una ficha que se pueda auditar, o simplemente se realizo el control anotando en la carpeta del usuario sin usar ninguna ficha de modelo de atención.
- Nombre S: Corresponde a si presenta o no registro del nombre de la persona auditada en el seguimiento.
- N° de ficha S: Corresponde a si presenta o no registro del número de ficha auditada en el seguimiento.
- Fecha S: Corresponde a si presenta o no registro de la fecha en que fue realizado el seguimiento. También se incluye la fecha que se registro.
- Edad: Corresponde a si presenta o no registro de la edad de la persona al realizar la ficha.
- Patologías crónicas S: Corresponde a si presenta o no registro de alguna patología crónica.
- Peso S: Corresponde a si presenta o no registro del peso del usuario al momento del control.
- Talla S: Corresponde a si presenta o no registro de la talla del usuario al momento del control.
- Índice de masa corporal (IMC): Corresponde a si presenta o no registro del índice de

masa corporal del usuario

- Medida de talla S: Corresponde a la medida de una persona
- Presión arterial sentado S: Corresponde a si presenta o no registro de medición de la presión arterial cuando la persona esta sentada.
- Valor de presión arterial sentado S: Corresponde al valor de la presión arterial cuando la persona esta sentada.
- Presión arterial de pie S: Corresponde a si presenta o no registro de la medición de la presión arterial cuando la persona esta de pie.
- Valor de presión arterial de pie S: Corresponde al valor de la presión arterial cuando la persona esta sentada.
- Pulso S: Corresponde a si presenta o no registro de la medición del pulso
- Valor de Pulso: Corresponde al valor de las pulsaciones a nivel arterial producidas por el movimiento del corazón.
- Hemoglucolest S: Corresponde a si presenta o no registro del nivel de glucosa en el momento del control de personas diabéticas, medido con un maquina de medición instantánea del nivel de glucosa.
- Nivel de glucosa en sangre S: Corresponde a los niveles de glucosa en sangre.
- Valor de índice de masa corporal S: Corresponde al índice del peso de una persona en relación con su altura, calculado por el profesional que efectuó la atención.
- Evaluación plan control anterior S: Corresponde a si presenta o no registro de haber evaluado como se cumplió en este control de seguimiento el plan de enfermería realizado en el primer control que se efectuó de prevención de la pérdida funcional.
- Nombre de medicamentos S: Corresponde a si presenta o no registro de los nombres de los medicamentos que actualmente consume el usuario.
- Examen físico o Hallazgos EFAM S: Corresponde a si presenta o no registro del examen físico o hallazgos encontrados al realizar el EFAM- Chile.
- Grado funcional S: Corresponde a si presenta o no registro de si se midió el grado de funcionalidad con la escala de EFAM- Chile.
- Factor de riesgo biológico S: Corresponde a si presenta o no registro del riesgo biológico que presenta el adulto mayor para perder la funcionalidad.
- Factor de riesgo psicológico S: Corresponde a si presenta o no registro del riesgo

psicológico que presenta el adulto mayor para perder la funcionalidad.

- Factor de riesgo social S: Corresponde a si presenta o no registro del riesgo social que presenta el adulto mayor para perder la funcionalidad.
- Plan de atención S: Corresponde a si presenta o no registro de un plan de atención de salud a ser cumplido por el usuario, que contenga las medidas de autocuidado prioritarias. En algunas fichas debe realizar flujograma como plan de cuidados a realizar.
- Compromisos S: Corresponde a si se presentan o no registrados y compromisos adquiridos por el propio usuario a realizar como plan de salud.
- Referencia S: Corresponde a si presenta o no registro de algún tipo de registro de derivación ya sea a un profesional o a un tratamiento, o de haberle recordado un control o tratamiento pendiente.
- Profesional S: Corresponde a si presenta o no registro del tipo de profesional que realizó la atención.
- Citación S: Corresponde a si presenta o no registro de una fecha de citación para un próximo control preventivo de la pérdida funcional

2.1.9.- Operacionalización de Variables

La operacionalización de cada una de las variables definidas en el punto anterior, incluyó el nombre de la variable y su indicador, y sus homólogos en la base de datos (Anexo 4).

2.1.10.-Análisis de datos

Los datos fueron ingresados en una base de datos creada en el programa Excel 11.0, luego se transfirieron al programa Stata 9.0, en donde fueron procesados. El tipo de análisis fue puramente descriptivo de las variables expuestas anteriormente, identificándose:

- La distribución de casos de la muestra estudiada. En donde se señala principalmente como se realizó el levantamiento de la información en términos de número de casos y controles auditados. Esta información fue obtenida de las denominadas *Variables Generales*.
- Las características sociodemográficas y epidemiológicas de la muestra. En donde se permite caracterizar la muestra en estudio. Esta información fue obtenida de las denominadas *Variables contenidas en Tarjeta de Ingreso*.
- Las características de los controles preventivos de la pérdida funcional del adulto mayor en relación a lo señalado en la norma. En donde se señala principalmente el uso de la tarjeta, ficha de ingreso y ficha de seguimiento en relación a la presencia del documento, tipo de documento, cantidad de documentos, modalidad de atención y el registro de las variables; todos

estos datos fueron comparándose con lo señalado en la *Norma nacional para la Atención Integral de Salud del Adulto Mayor* a ser cumplidos en estos controles. Esta información fue obtenida de las denominadas *VARIABLES CONTENIDAS EN TARJETA DE INGRESO Y, VARIABLES CONTENIDAS EN FICHAS DE CONTROLES DE INGRESO Y SEGUIMIENTO*.

2.2-Entrevista en Profundidad

Como se señaló anteriormente esta tesis descansó en la Auditoría como técnica con un uso complementario de un reducido número de entrevistas en profundidad. Las entrevistas en profundidad se realizaron a tres actores reconocidos en el centro de atención primaria como fuertemente involucrados en el programa del adulto mayor del CESFAM Santa Julia, debido a su experiencia trabajando con adultos mayores en los controles preventivos de la pérdida funcional durante varios años. Cabe destacar que el total de actores involucrados en estos controles durante los 2 años auditados no fueron más de 6 personas.

El tema a explorar fue sobre la percepción que tienen ellos acerca del cumplimiento de las actividades de prevención de la funcionalidad del adulto mayor que se estén realizando en el CESFAM en relación a lo señalado por la norma técnica propuesta por el MINSAL.

El tipo de entrevista que se utilizó fue de tipo semi-estructurada, la cual fue dividida en sub-temas. A fin de poder recoger la información se elaboró una guía tentativa con las preguntas a realizar (Anexo 5).

Los actores fueron todos aquellos que voluntariamente aceptaron participar en el estudio y que firmaron un consentimiento informado que se les entregó, con una copia para el entrevistador (Anexo 6).

El análisis de datos se realizó grabando las conversaciones de las entrevistas en profundidad, luego se transcribió y finalmente se realizó un análisis

de contenido de las entrevistas codificando aquellos aspectos relevantes encontrados en diferentes categorías según los objetivos del estudio. Esta información se complementó con lo realizado en la parte cuantitativa.

3.- Validez y Confiabilidad

Dentro de algunas características que dieron validez y confiabilidad al estudio se pueden mencionar:

- La muestra fue elegida según el periodo a estudiar completando un número de casos, el cual es representativa para el centro de salud en el periodo estudiado y no es extrapolable a toda la comuna ya que es un estudio de caso por lo que en otro centro de salud la situación puede ser diferente.
- La validez y confiabilidad del estudio esta dada por un correcto tamaño de muestra que pueda ser extrapolado a la población general del CESFAM.
- Además se combinan métodos cuantitativos y cualitativos lo que permite fundamentar o completar lo que un método no tiene con lo señalado por el otro.
- No fue un sesgo para esta investigación aquellos datos que no se encontraron registrados y si se realizaron, o con letra ilegible que no permite obtener toda la información, puesto que el objetivo de esta tesis es poder revelar estas situaciones y así revertir este tipo de negligencias que ocurren en la práctica clínica.
- A fin de evitar la limitación que pudiese existir para acceder a la información

requerida por parte de los funcionarios, además de conversar con el Director del Centro de Salud y con la enfermera supervisora acerca de los objetivos y la metodología de la tesis quienes autorizaron la realización, se confeccionó un documento resumen de la tesis a realizar, el cual fue leído por las autoridades del consultorio a fin de que se asegurase la realización de la presente investigación (Anexo 7).

- Debido a que el criterio de inclusión fue utilizar la tarjeta del usuario, luego de tener esta se procedía a buscar la ficha del mismo, algunas veces no se encontraron las fichas en primera instancia por lo que se procedió a buscarlas en una segunda instancia, si esta no estaba no se busco nuevamente.
- En relación al estudio cualitativo para lograr cumplir con los criterios de validez y confiabilidad de la muestra. Se selecciono deliberadamente a aquellos actores que hubieran tenido una mayor participación en los controles del adulto mayor para así obtener una información más rica sin embargo el total de actores que realizaron estos controles durante los 2 años, no superaban a más de 6 personas por lo tanto, como solo se entrevisto a 3 personas no se pudo alcanzar la saturación.

4.- Limitaciones del Estudio

Dentro de las limitaciones surgidas en la realización de este estudio se pudieron identificar los siguientes aspectos:

- Las características del estudio pueden considerarse como limitación puesto que es exploratorio en el tema por lo tanto no se pudo comparar esta información con la realidad del programa en otros centros de salud y así lograr una discusión en torno a fortalezas y debilidades.
- Existió escasez del recurso humano para una investigación que pudiese haberse realizada en un tiempo menor.
- También el hecho de no contar con más recurso humano imposibilito poder realizar un estudio de caso no solo de lo que ocurre a nivel de centro de

salud, sino de toda la comuna.

- El hecho de no haberse encontrado en ciertas oportunidades con la ficha del usuario, dificultó poder acceder a la información en forma expedita y adjudicó un sesgo en la información de este estudio. Se debería haber caracterizado a los usuarios de las tarjetas en donde no se encontró la ficha.
- También fue una limitación para poder realizar una discusión sobre los resultados encontrados, el no encontrar evidencias científicas de evaluación del programa del adulto mayor en Chile en controles preventivos de la pérdida funcional según las directrices programáticas entregadas por la norma ministerial.
- No fue una limitación el poder contar con la información, siendo la recogida de la información tanto de la parte cuantitativa como de la cualitativa muy expedita y sin inconvenientes, ya que tanto las autoridades del centro como los miembros del equipo de salud y administrativos estuvieron siempre con la mejor disposición a participar o facilitar la información.
- En relación al estudio cualitativo fue una limitación no poder realizar más entrevistas en profundidad que permitieran alcanzar criterios de saturación.

Las limitaciones propias del método se han tratado de minimizar utilizando lo referido en validez y confiabilidad del estudio.

5.- Consideraciones Éticas

Dentro de las consideraciones éticas que sustentan la legitimidad y dan valor moral a todo estudio se incluyeron los siguientes puntos:

- Se pidió autorización a las autoridades correspondientes del centro de salud a auditar, proporcionándoles toda la información necesaria en relación a los objetivos del estudio y a las metodologías a utilizar.
- Se guardó estricta confidencialidad con la identidad de los pacientes.
- Se guardó confidencialidad con los actores que participaron en las entrevistas y se entregó un consentimiento informado a cada uno de los

actores que participaron en la entrevista en profundidad, con copia para el entrevistador.

CAPITULO V.- RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos provenientes de las dos metodologías utilizadas, como principal fuente (Estudio cuantitativo) se auditó la población de adultos mayores que se realizan los controles de tipo preventivos de la pérdida funcional y como fuente complementaria (Estudio cualitativo) se entrevistó a actores fuertemente involucrados en estos controles del programa del adulto mayor. Como primera instancia se señalarán los resultados cuantitativos y luego los cualitativos.

1.- AUDITORIA EN SALUD

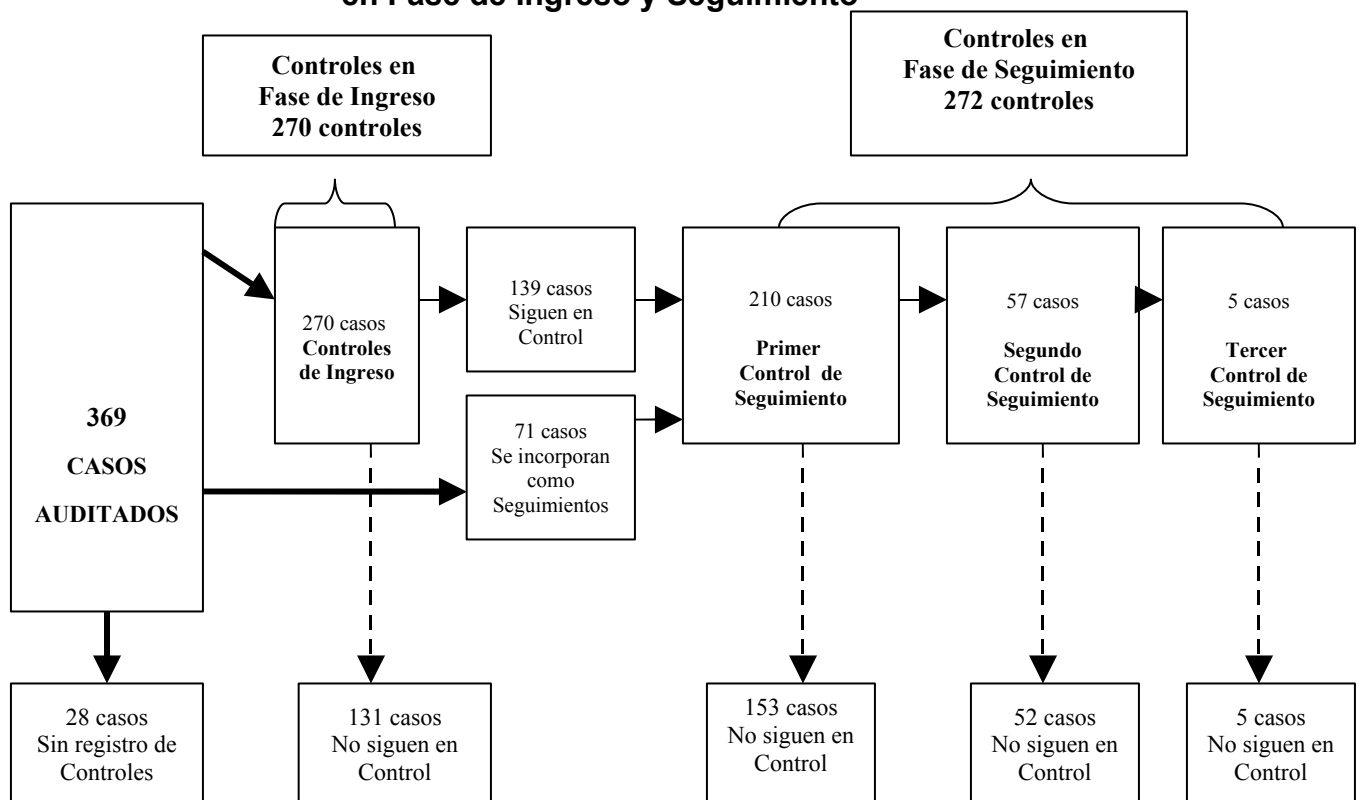
Como metodología cuantitativa se realizó la auditoria en salud, el levantamiento de la información de la auditoria de fichas clínicas se realizó entre Noviembre del 2007 a Febrero del 2008. Los resultados que se presentan a continuación corresponden a una muestra constituida por 369 casos de adultos mayores que fueron obtenidos en esta auditoria.

En primer punto se expondrá la distribución de casos de la muestra estudiada, y luego las características sociodemográficas y epidemiológicas de la muestra.

1.1- Flujograma de manejo de los Casos Auditados

Como se mencionó en la metodología de este estudio, cada caso auditado representado por cada adulto mayor, apporto uno o más controles de tipo preventivos de la perdida funcional. A continuación se explicará como se realizó el levantamiento de la información según los controles que aportaba cada caso auditado (Flujograma 1).

Flujograma 1. Distribución de Controles de los Casos Auditados en Fase de Ingreso y Seguimiento



Del total de 369 casos, 341 casos (92%) presento registros de controles de tipo preventivos de la perdida funcional y 28 casos (8%) no presentó ningún control de tipo preventivo. De estos 341 casos que si presentaban controles de ingreso o seguimiento, cada uno apporto u o más controles preventivos, los cuales fueron clasificados en dos fases:

- **Los controles denominados como en fase de ingreso**, corresponde a 270 casos que fueron ingresados al programa del adulto mayor

habiéndoseles realizado por primera vez la ficha de ingreso. (La elaborada por la Norma de Atención Integral de Salud del MINSAL ó la elaborada por las autoridades locales del Servicio de Salud al que pertenece el CESFAM) Estos fueron seguidos durante el área auditada, observándose que alrededor de un 51% (139 casos) presentaron controles de seguimiento, el 48% restante (131 casos) no presentaron controles preventivos de seguimiento.

- **Los controles denominados como en fase de seguimiento**, corresponden a 272 controles de seguimiento, estos fueron extraídos de dos fuentes primarias, los 139 casos que ya se les había realizado la ficha de ingreso y 71 casos que solo presentaban ficha de seguimiento dentro del área auditada (A estos casos ya se les había realizado el ingreso con anterioridad a la fecha auditada o simplemente no se les había realizado el ingreso oficial con la ficha entregada por MINSAL o CESFAM). Es así como dependiendo si el caso tenía uno más controles de seguimiento se dividieron en:
 - **Primer control de seguimiento:** Presentaron un primer control de seguimiento 210 casos
 - **Segundo control de seguimiento:** De los casos que se les había realizado el primer control de seguimiento, presentaron un segundo control de seguimiento 57 casos, los demás no siguieron en control dentro del área auditada (153 casos)
 - **Tercer control de seguimiento:** De los casos que se les había realizado el segundo control de seguimiento, presentaron un tercer control de seguimiento solo 5 casos, los demás no siguieron en control dentro del área auditada (52 casos)

De los 71 casos que se clasificaron como controles de seguimiento y que fueron incluidos en la fase de seguimiento:

- A 38 casos (53% del total de 71 casos) se les había realizado un ingreso formal con anterioridad a la fecha auditada
- A 33 casos (46% del total de 71 casos) no se les realizó el ingreso formal

con la ficha entregada por el MINSAL o CESFAM

Se puede resumir entonces como se observa en la tabla 10, que se auditaron un total de 542 controles, de estos 270 fueron controles de tipo ingreso y 272 controles de tipo seguimiento, estos últimos se dividieron en controles que fueron realizados en una primera, segunda y tercera instancia dentro del área auditada.

Tabla 10. Total de Controles de Ingreso y Seguimiento

	Características		Total de Controles
Controles de Ingresos	Presentan un control de Ingreso		270
Controles de Seguimiento	Primer control de Seguimiento	210	272
	Segundo control de Seguimiento	57	
	Tercer control de Seguimiento	5	
Total de Controles			542

1.2- Características Sociodemográfica y Epidemiológicas de los Casos Auditados

Debido a que esta es una auditoria y por lo tanto los datos son obtenidos de los registros, los antecedentes sociodemos y epidemiológicos que permiten caracterizar a la muestra se encontraron registrados en la tarjeta de ingreso de los casos auditados. Cabe destacar que fue solamente la información sobre distribución por sexo y edad en la que se obtuvo el registro de todos los casos.

1.2.1.-Distribución por Edad

La edad de los adultos mayores al momento de ingresar al estudio fluctúa entre los 65 a 88 años. El promedio de edad es de 72 años con una desviación estándar de 5 años y una mediana de 72 años.

Los hombres y mujeres mostraron características similares ya que ambos promediaban una edad de 72 años y el rango de edad era muy semejante (65 a 87 años y 65 a 88 años, respectivamente).

Al distribuir la muestra por dos grupos de edades vemos que la denominada “cuarta edad”, es decir los mayores de 75 años, representan un tercio del total de la muestra (Tabla 11).

Tabla 11. Distribución de los casos según rangos de edad

Edad (años)	Nº	%
65 a 74	246	66,6
75 a 88	123	33,3
Total	369	100

1.2.2.- Distribución por Sexo

En relación a la distribución por sexo podemos ver el predominio de las mujeres por sobre los hombres, siendo estas primeras alrededor de tres cuartas partes de la muestra.

Al distribuir en rangos de edades podemos ver que las mujeres y hombres se distribuyen de forma similar en los diferentes grupos etáreos de 65 a 74 y de 75 a 88 años (Tabla 12).

Tabla 12. Distribución de los casos por sexo y rangos de edad

Sexo	Rangos de edad				Total	
	65 a 74		75 a 88		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Mujeres	166	67,4	76	61,7	242	65,5
Hombres	80	32,5	47	38,2	127	34,4
Total	246	100	123	100		

1.2.3.- Escolaridad

La información se encontró registrada en 217 casos (58% de los casos auditados). Como se observa en la tabla adjunta un 17% de los casos no cursaron ningún tipo de enseñanza, más de la mitad sólo alcanzó la enseñanza básica y menos de un cuarto llegó a la enseñanza media.

Al distribuir en rangos de edades podemos ver que en la denominada “cuarta edad” es mayor el porcentaje de personas sin escolaridad (22%) que desde los 65 a 74 años (15%), al igual que en la enseñanza básica en donde se registra un mayor porcentaje con enseñanza básica entre los 65 a 74 años. Diferente es la situación en la enseñanza media y universitaria en donde el porcentaje es similar en ambos grupos etáreos (Tabla 13).

Tabla 13. Distribución de los casos por tipo de escolaridad y rangos de edad

Tipo de Escolaridad	Rangos de edad				Total	
	65 a 74		75 a 88		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Sin escolaridad	24	15,1	13	22,0	37	17,0
E. Básica	96	60,7	32	54,2	128	58,9
E. Media	35	22,1	12	20,3	47	21,6
E. Universitaria	3	1,8	2	3,3	5	2,3
Total	158	100	59	100	217	100

1.2.4.- Estado Civil

En relación al estado civil de la muestra, se encontró registro de 287 casos (77% de los casos auditados). Como se observa en la tabla adjunta, más de la mitad de los casos se encontraba casado y más de un cuarto se encontraba viudo. Es importante señalar que más de un 15% de los casos se encontraba soltero o separado (Tabla 14).

Al distribuir por rangos de edades podemos ver que aumenta el porcentaje de los casos que se encuentran sin pareja ya que de los 65 a 74 años un 37,4% no tiene pareja (Solteros, separados y viudos), en cambio de 75 a 88 años un 55,3% se encuentra en esta condición (Tabla 14).

Tabla 14. Distribución de los casos por estado civil y rangos de edad

Estado Civil	Rangos de edad				Total	
	65 a 74		75 a 88		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Soltero	21	11,2	15	14,8	36	12,5
Casado	116	62,3	45	44,5	161	56,0
Separado	7	3,7	4	3,9	11	3,8
Viuda	42	22,5	37	36,6	79	27,5
Total	186	100	101	100	287	100

1.2.5.- Patologías Crónicas

Se encontró registro de presencia o ausencia de patologías crónicas en 366 casos (99% de los casos auditadas). De estos casos en un 96% se registro algún tipo de patología crónica y sólo un 3% registro que no tenía ninguna patología crónica. En relación al tipo de patología crónica, se aprecia que del total de casos con registro (366 casos) la gran mayoría de los adultos mayores presenta hipertensión arterial, más de un tercio presenta diabetes mellitus. Es importante señalar que alrededor de un 12% presenta alteraciones visuales o auditivas, y cerca de un 20% presenta alteraciones cardíacas o respiratorias (Tabla 15).

Al distribuir por rangos de edades podemos ver (Tabla 15) que en general se presentan las mismas proporciones de las patologías crónicas entre los 65 a 74 años y los 75 a 88 años según el número de casos auditados de cada grupo etáreo (243 casos de 65 a 74 años y 123 casos de 75 a 88 años), siendo levemente mayor la diabetes y la artrosis en la denominada “cuarta edad”, y mayor las alteraciones auditivas entre los 65 a 74 años.

Tabla 15. Distribución de los casos por patologías crónicas y rangos de edad

Tipo de Patología Crónica	Rangos de edad				Total	
	65 a 74		75 a 88		Nº	%
Nº	%	Nº	%			
Hipertensión Arterial	210	86,4	106	86,1	316	86,3
Diabetes Mellitus	91	37,4	51	41,4	142	38,8
Dislipidemia	37	15,2	20	16,2	57	15,5
Artrosis	24	9,8	16	13,0	40	10,9

Alteraciones Respiratorias	26	10,6	13	10,5	39	10,6
Alteraciones Cardiacas	23	9,4	10	8,1	33	9,0
Alteraciones Visuales	23	9,4	10	8,1	33	9,0
Depresión	13	5,3	7	5,6	20	5,4
Alteraciones Auditivas	11	4,5	1	0,8	12	3,2
Accidente Cerebrovascular	7	2,8	3	2,4	10	2,7
Total de Casos	243		123		366	

1.2.6.- Previsión de Salud

Se encontró registro de 154 casos (42% de los casos auditado). Como este número es menor a la mitad de la muestra se decidió no incluir dentro de las características sociodemográficas de la población en estudio. Sin embargo se puede mencionar que el 100% de los caso auditados pertenecía a FONASA.

1.3- Características de los Controles Preventivos de la Pérdida Funcional del Adulto Mayor en Relación a la Norma

Luego de haber analizado las características básicas de las muestras en estudio, expondremos los resultados concretos de la investigación realizada.

1.3.1- Características del uso de Tarjeta de Ingreso en relación a la Norma Ministerial

La *Norma nacional para la Atención Integral de Salud del Adulto Mayor* señala el uso que debe tener la tarjeta de ingreso. En relación a esto se observó el uso de la tarjeta, el tipo y la cantidad de tarjetas, el registro de cada una de los componentes que señala la norma a ser incluidos en esta.

1.3.1.1.- Presencia de Tarjeta

La norma señala que se debe realizar una tarjeta de ingreso a todo adulto mayor. En relación a esto todos los casos presentaban una tarjeta de ingreso ya que este era un criterio de inclusión para la muestra.

1.3.1.2.- Tipo de Tarjeta

La norma señala un tipo de tarjeta a utilizar, no describiendo que no puedan realizarse modificaciones locales. En relación a esto en el consultorio existen dos tipos de tarjetas para el adulto mayor:

- Tarjeta elaborada por la Norma de Atención Integral de Salud del MINSAL

(Anexo 1, Parte3)

- Tarjeta realizada por las autoridades locales del Servicio de Salud al que pertenece el CESFAM (Anexo 2, Parte 1)

Ambas contienen características muy similares en el tipo de registro que contienen. En los casos auditados se observó que se utilizan ambas tarjetas con similar frecuencia, siendo levemente superior el uso de la tarjeta del CESFAM (27%), por sobre la del MINSAL (25%). Sin embargo el mayor uso es el de ambas tarjetas (46%) en aquellos casos en donde existía más de una tarjeta en uso.

1.3.1.3.-Cantidad de Tarjetas

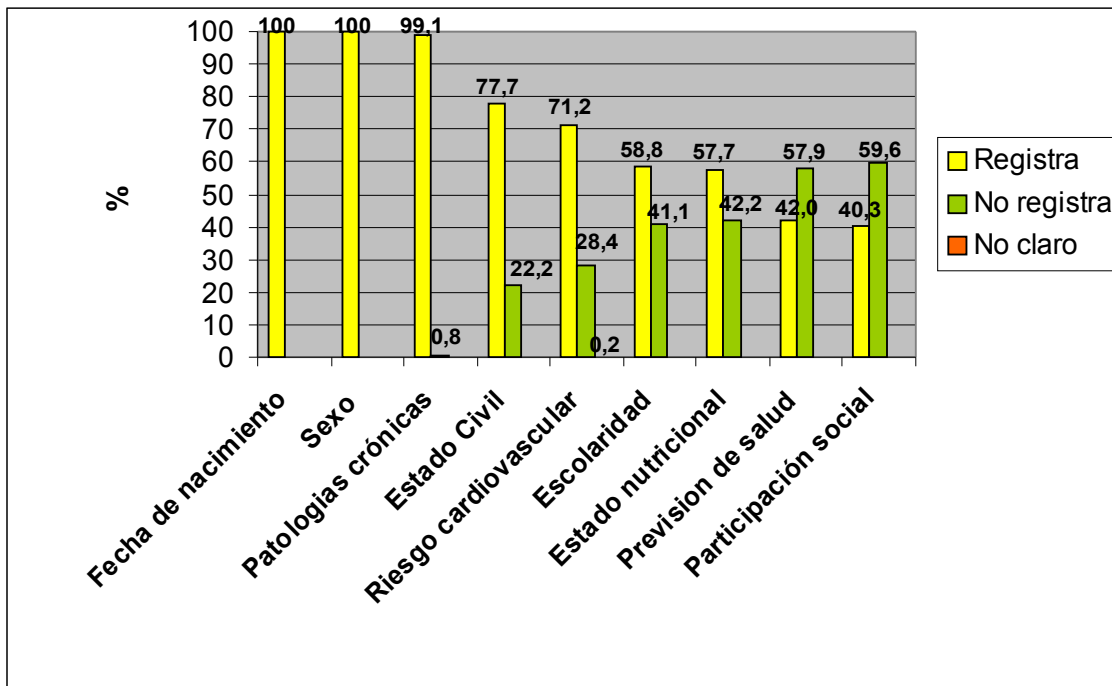
La norma señala que debe llenarse una tarjeta de ingreso, no señala si se debe usar más de una. En relación a esto se observa en los registros que cada adulto mayor posee de 1 a 4 tarjetas de identificación, generalmente corcheteadas. El uso de dos tarjetas es lo más usado (47% casos auditados) seguido del uso de 1 tarjeta (27%) y 3 tarjetas (22%). En estos la información completa del registro se presenta, a veces, solo en uno de los tarjetones por lo tanto se debe buscar el tarjetón que contenga un registro más completo, y no se puede determinar con claridad cual de los tarjetones contiene la información más vigente como por ejemplo estado nutricional, riesgo cardiovascular, patologías crónicas.

1.3.1.4.- Registros de Tarjeta de Ingreso

Debido a que en esta institución se utilizan dos tipos de tarjetas de ingreso para el adulto mayor se decidió auditar una mezcla de los ítems que contienen las dos.

La norma señala que debe registrarse completamente la tarjeta. En relación a esto se observó en las variables auditadas que corresponden a los registros que debían llenarse en cada tarjeta de ingreso, que los ítem *fecha de nacimiento*, *sexo* y registro de presencia o ausencia de *patologías crónicas* presentaban un registro de un 100% aprox. de los datos, por su parte el *estado civil* y el *riesgo cardiovascular* tuvo un registro cercano al 75%. Las variables *escolaridad* y *estado nutricional*, en cambio, tuvieron un registro de 58% aprox. Menor fue el registro de la *previsión de salud* y la *participación social* las cuales tuvieron un registro cercano al 40% (Gráfico1)

Gráfico 1. Registros de variables contenidas en Tarjeta de Ingreso



1.3.2.-Características del Control de Ingreso en relación a la Norma Ministerial

La *Norma nacional para la Atención Integral de Salud del Adulto Mayor* señala el uso de la ficha de ingreso, valorando esta instancia como una oportunidad de evaluación más integra de aspectos funcionales, biológicos, psicológicos y sociales del adulto mayor, ya que la ficha de seguimiento no es tan exhaustiva en estos aspectos, por lo tanto como primera instancia es importante una valoración integra.

En relación esto se observó la presencia de ficha de control de ingreso, el tipo de ficha utilizada y el registro de cada una de los componentes que señala la norma a ser incluidos en este tipo de ingreso.

1.3.2.1.- Presencia de Ficha de Control de Ingreso

La norma señala que a todo adulto mayor debiese realizarse luego del

tarjetón de ingreso, una ficha de ingreso. En relación a esto se observó que del total de 369 casos auditados, un 16% (61 casos) no presentaba un control formal de ingreso luego de habersele realizado la tarjeta de ingreso, el 83% restante (308 casos) si presentaba ficha de ingreso.

1.3. 2.2.- Tipo de Ficha de Control de Ingreso

La norma señala un tipo de ficha de ingreso a utilizar, no describiendo que no puedan realizarse modificaciones locales. En relación a esto en el consultorio existen 2 tipos de fichas de ingreso:

- Ficha de Ingreso elaborada por la Norma de Atención Integral de Salud del MINSAL (Anexo 1, Parte 4)
- Ficha de Ingreso realizada por las autoridades locales del Servicio de Salud al que pertenece el CESFAM (Anexo 2, Parte 2)

En los 308 casos que presentaba ficha de ingreso, 38 casos se clasificaron como en *Fase de Seguimiento* ya que se les había realizado la ficha de ingreso con anterioridad a la fecha auditada, todos estos casos habían utilizado la ficha de ingreso elaborada por la Norma Ministerial, los restantes 270 casos se clasificaron como en *Fase de Ingreso*.

De estos 270 clasificados como en *Fase de Ingreso*, 236 casos (87%) utilizaron la ficha elaborada por el CESFAM como forma de ingreso, el resto de los 34 casos (12%) utilizaron la ficha elaborada por la norma del MINSAL (Tabla 16).

Tabla 16. Tipo de Ficha utilizada en Control de Ingreso

Tipo de Ficha	Nº	%
Ficha de ingreso CESFAM	236	87
Ficha ingreso MINSAL	34	12
Total	270	100

1.3.2.3.- Registros de Ficha de Control de Ingreso

Se clasificaron en *Fase de Ingreso* un total de **270 controles**, por lo tanto esto es lo que se audito en este apartado.

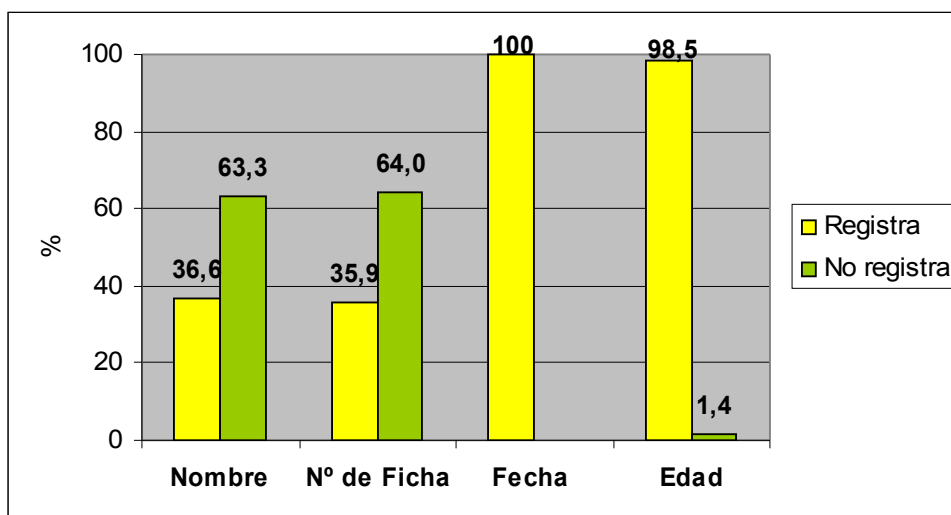
Debido a que en esta institución se utilizan dos tipos de fichas de ingreso para el adulto mayor se decidió auditar una mezcla de los ítems que contienen las dos, sin embargo estos cambios fueron muy leves ya que son muy similares.

La norma señala que debe registrarse completamente la ficha de ingreso, para auditar esto se decidió dividir el control en 6 partes, cada parte contiene las variables auditadas que corresponden a los registros que debían llenarse completos en cada ficha:

- *Antecedentes Generales:*

Como se observa (gráfico 2) dentro de los datos generales del paciente, el *nombre* y el *número de ficha* no son registrados en un 64% aprox. de las fichas de ingreso .La *fecha* y *edad* del usuario fue registrada en la gran mayoría.

Gráfico 2.Registro de variables contenidas en Antecedentes Generales de Ficha de Ingreso

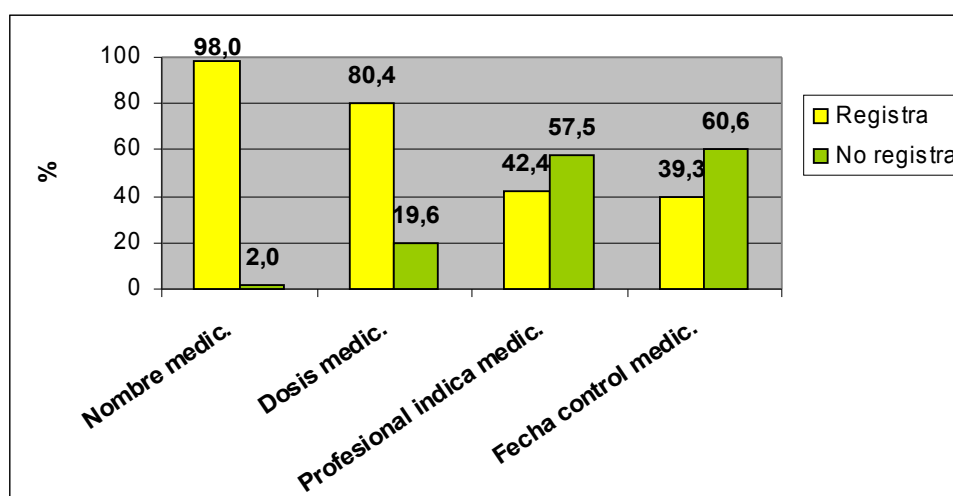


- *Antecedentes de salud:*

En relación a los antecedentes de salud se observó que en el ítem *patología crónica* fue registrado en un 95% (87% aprox. registro patologías y un 8% se clasificó como no aplicable ya que no presentaba patologías), el 4% aprox. restante no registro nada existiendo o no una patología. En aquellas fichas en donde se indicaba si estaba en *control de su patología crónica*, 94% aprox. registro que si o no estaba en control, el 6% restante no registro este ítem. En relación a este punto la norma señala además, que es importante que la persona conozca su condición de crónico ya que si lo desconoce es muy difícil que asuma su autocuidado.

De los usuarios que tomaban algún medicamento (Gráfico 3), se registro en la gran mayoría el *nombre del medicamento* (98%), en menos proporción (80%) se indico la *dosis del medicamento* en uso. En aquellas fichas en donde se debía señalar el *profesional que indicaba el medicamento*, se registro solo en un 42% aprox., menos aún fue el registro de la *fecha del último control del medicamento* en uso, la cual fue registrada en un 40% aprox. de los casos (3). En relación a este punto la norma señala además que estos registros de vigilancia farmacológica son importantes debido a la presencia de pluripatologías, automedicación y baja adherencia a tratamiento farmacológico.

Gráfico 3.Registro de variables contenidas en Antecedentes de Salud de Ficha de Ingreso

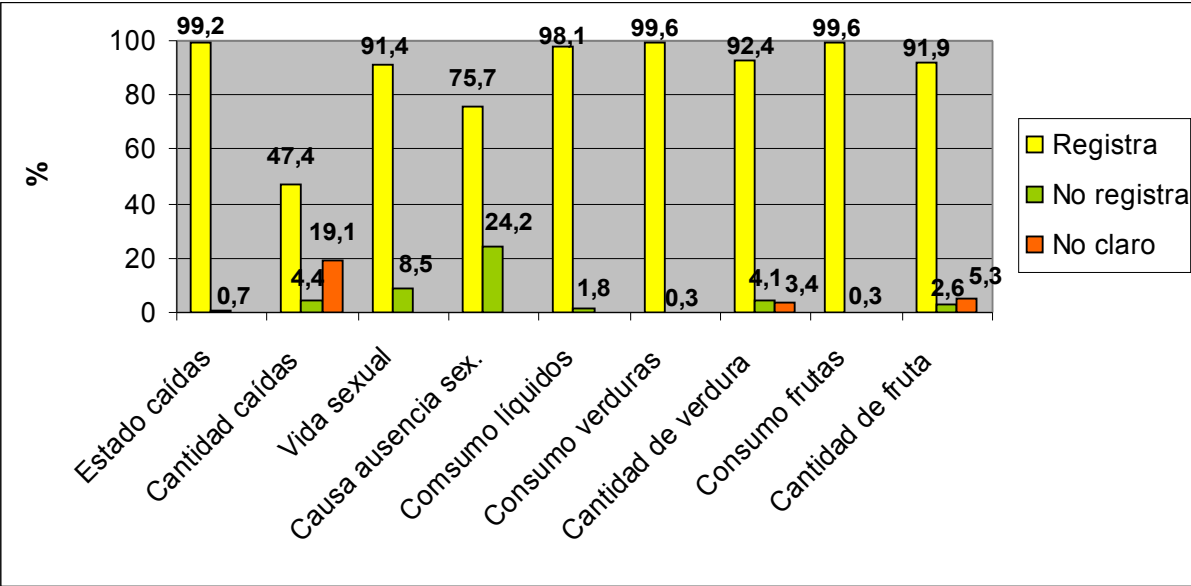


En relación a los hábitos de salud, se observa (Gráfico 4) que la gran mayoría (99% prox.) registro el *estado de caídas* (si había o no presentado caídas), el *consumo de líquidos*, el *consumo de verduras* y el *consumo de frutas*

(99% aprox. cada uno) menor fue el registro de la *vida sexual* (91% aprox.). En relación a los registros específicos de estos hábitos de salud (Gráfico 4), se observó que la *cantidad de caídas, verduras y frutas* no se registró o no fue claramente especificado en un 23%, 7% y 8% respectivamente. En relación al consumo de estos líquidos y alimentos la norma señala que es muy frecuente encontrar que el adulto mayor no ingiere una cantidad adecuada de líquidos y el consumo de fibras es fundamental para el equilibrio. Además señala que es importante identificar la presencia de caídas y cuantificarlas, y así determinar si existe un mayor riesgo por diferentes factores de causa intrínseca e intrínseca del paciente que puedan estar influenciando este patrón.

La *causa de ausencia de vida sexual* también tuvo un menor registro (Gráfico 4), ya que no se registro en un 24% de los casos. La norma señala muy que más que la importancia de cuantificar si existe o no vida sexual activa, es valorar sobre la conformidad de esta y en el caso de que no existiera la causa de la ausencia.

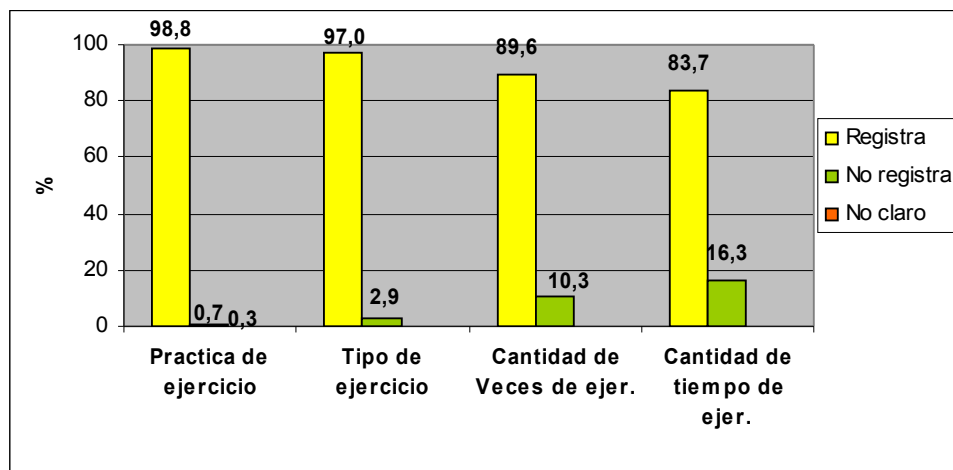
Gráfico 4.Registro de variables contenidas en Antecedentes de Salud de Ficha de Ingreso



En relación al hábito de ejercicio (Gráfico 5) en la gran mayoría, cercano a 98%, se registro la *práctica de ejercicio* y el *tipo de ejercicio* que realizaba el usuario. Un menor registro se obtuvo en el ítem *cantidad de veces de ejercicio* y

cantidad de tiempo de ejercicio que le dedicaba a la semana el usuario, no registrándose en un 10% y 16% de los casos respectivamente. La norma señala en este punto que es importante conocer no solo si realiza ejercicio sino cual es la calidad de estos en términos de tiempo y veces por semana, a fin de que cumpla con el objetivo de mejorar la capacidad cardiorrespiratoria, fuerza y movilidad, entre otras.

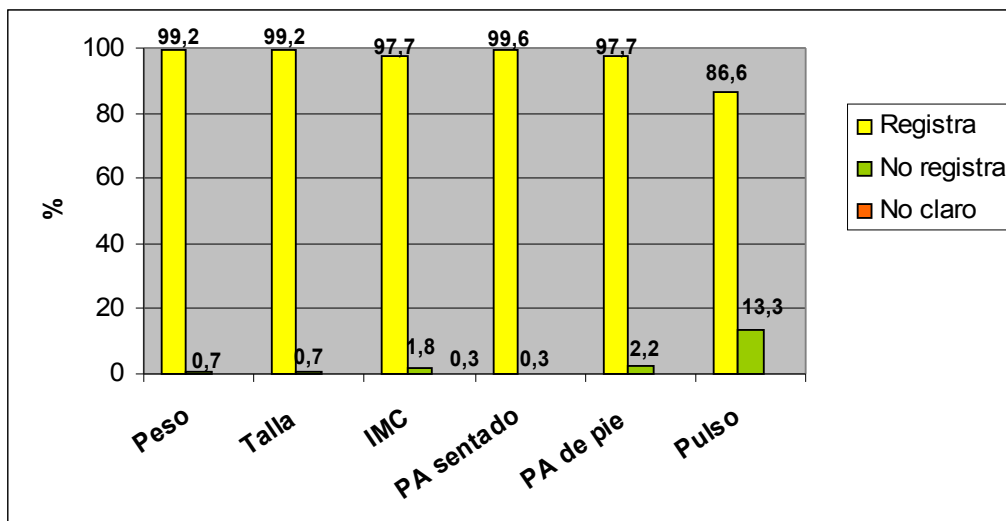
Gráfico 5.Registro de variables contenidas en Antecedentes de Salud de Ficha de Ingreso



- *Examen físico:*

Las medidas antropométricas (*peso, talla e IMC*) y los signos vitales (*presión arterial sentado y de pie*) fueron registrados en la mayoría de los casos (Gráfico 6). Sin embargo se observó un menor registro en la variable *pulso* (Gráfico 6), la cual no se registró en un 13% aprox. de los casos. En relación a esto la norma señala además que es importante controlar periódicamente los parámetros antropométricos y derivar en caso de alteración de estado nutricional. Además indica que es frecuente la hipotensión ortostática por lo tanto es importante tomar la presión sentado y de pie, en relación al pulso también es importante identificar sus características.

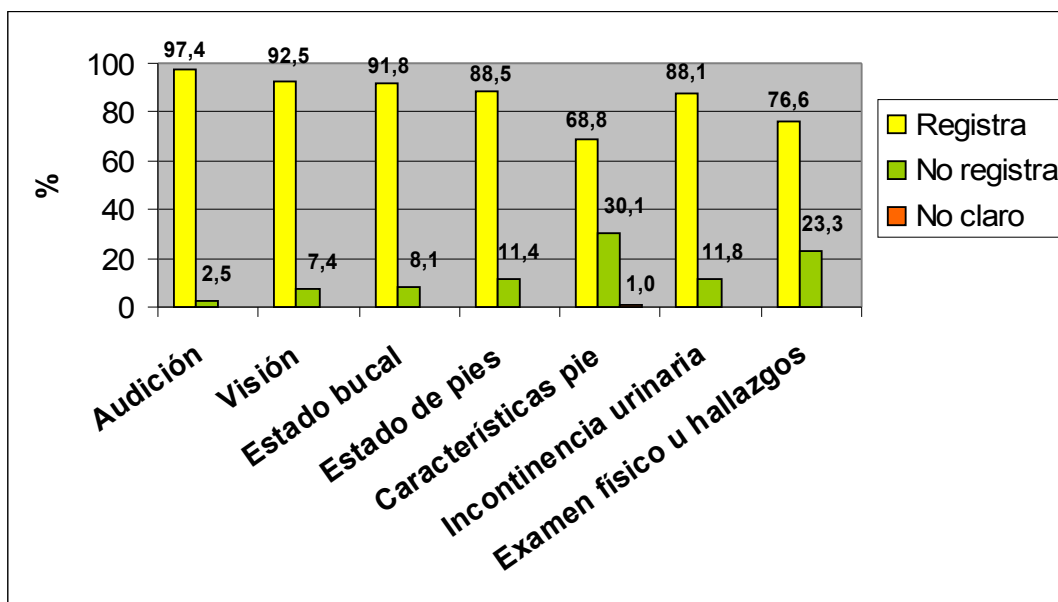
Gráfico 6.Registro de variables contenidas en Examen Físico de Ficha de Ingreso



En relación a aspectos físico a valorar en este grupo etáreo (Gráfico 7), se registro en más de un 90% de los casos, el *estado de audición, visión y bucal* (97%, 92% y 91% respectivamente). En menor proporción, 88% aprox., se registro el *estado de los pies* y la presencia o ausencia de *incontinencia urinaria*. Llama la atención en los casos en donde se observó un pie alterado, que no se registró las *características del pie* en un 30%. En relación a estos aspectos la norma señala además que importante controlar la visión debido a que pueden producirse cegueras, la cavidad bucal puede presentar signos de infección u otras enfermedades, además, de hábitos de autocuidado inadecuados, la incontinencia urinaria en general no es informada por el adulto mayor y por último que es importante el registro del estado de los pies por la alta frecuencia de alteraciones.

En la ficha también se señala un apartado con respuesta abierta para el *examen físico* u otros *hallazgos* que no estén incluidos en los puntos anteriores, en este ítem se observó un subregistro de un 23%(Gráfico 7).

Gráfico 7.Registro de variables contenidas en Examen Físico de Ficha de Ingreso



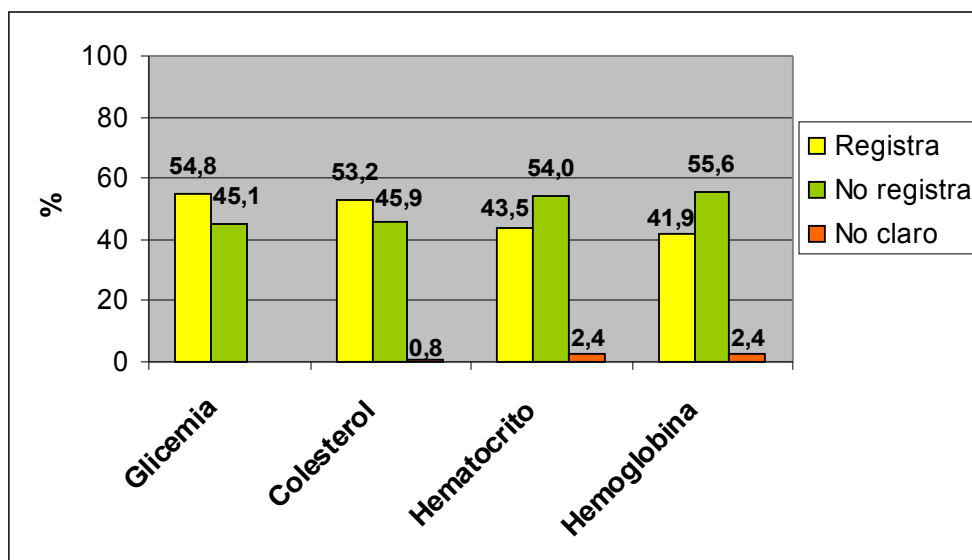
- *Exámenes al Ingreso:*

En relación a los *exámenes sanguíneos* que recomienda la norma a ser tomados para cada adulto mayor que ingresa, se observó que de los 270 casos, 222 casos (82,2%) registraron algún tipo de examen ó los solicitaron, ya que no se les había pedido todavía. En los 48 casos restantes (17,7 %) no se les solicitó o registró los exámenes de ingreso.

Los 222 casos se dividieron entonces, en 146 casos (54% del total) en donde se les solicito exámenes sanguíneos y en 76 casos (28% del total) se registraron los resultados de algunos de los exámenes que señala la norma, pues ya habían sido tomados.

Es decir del total de 270 pacientes, a 124 casos se les debía registrar cada uno de los exámenes sanguíneos que señala la norma (No se tomaron en cuenta lo 146 casos que solicitaron el examen) De estos 124 casos no se registró ni se solicito la *glicemia* y el *colesterol* en un 45% de los casos, del hemograma no se registró el *hematocrito* en un 54% y la *hemoglobina* en un 55% (Gráfico 8). En relación a los exámenes de laboratorio la norma señala que es importante su registro por las causas degenerativas del proceso de envejecimiento que aumentan el riesgo de diferentes patologías.

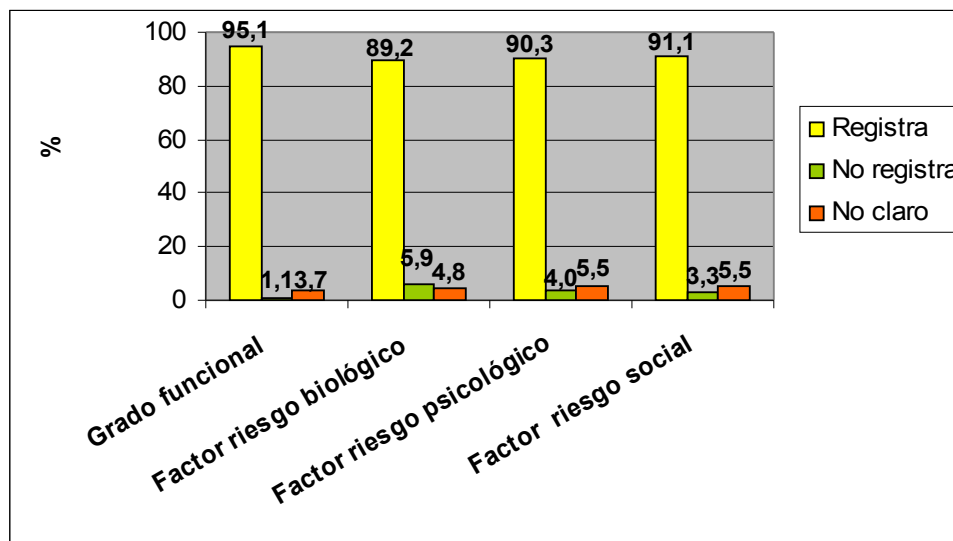
Gráfico 8.Registro de variables contenidas en Exámenes Sanguíneos de Ficha de Ingreso



- *Diagnostico Integral:*

La norma señala que el diagnostico integral es la primera instancia en donde se evalúa el grado funcional del adulto mayor y factores de riesgo asociados, con relación a la determinación del *grado de funcionalidad* se observó (Gráfico 9) un registro de un 95%, llama la atención que alrededor de un 4% de los casos restantes se realizó un registro no claro de su capacidad funcional. También se debía registrar en esta evaluación los factores de riesgo de perdida de capacidad funcional que se observaron en el transcurso del ingreso y al realizar el EFAM, en ello se observó un subregistro y un registro no claro de 10,7% en el *factor de riesgo biológico*, 9,5% en el *factor de riesgo psicológico* y 8,9% en el *factor de riesgo social*.

Gráfico 9.Registro de variables contenidas en Diagnostico Integral de Ficha de Ingreso



- *Plan de Atención:*

La norma señala que el plan de atención es elaborado conjuntamente por el personal de salud, el usuario y su familia, en él se expresan las medidas de autocuidado prioritarias y los compromisos que adquiere el usuario y su familia. En relación a esto se observó que en el 99,2% de los casos existía registro de un *plan de atención* o intervención, sin embargo no se indago en la calidad de este en términos si contenía o no las medidas de autocuidado prioritarias y pertinentes para el usuario. Si se observó que solo un 5,5% de los casos auditados presentó registro de algún *compromiso* adquirido por el usuario. Este *compromiso* no fue explícitamente citado en el registro pero si se señalaba en la norma a ser cumplido, por lo tanto también se incluyo en este estudio.

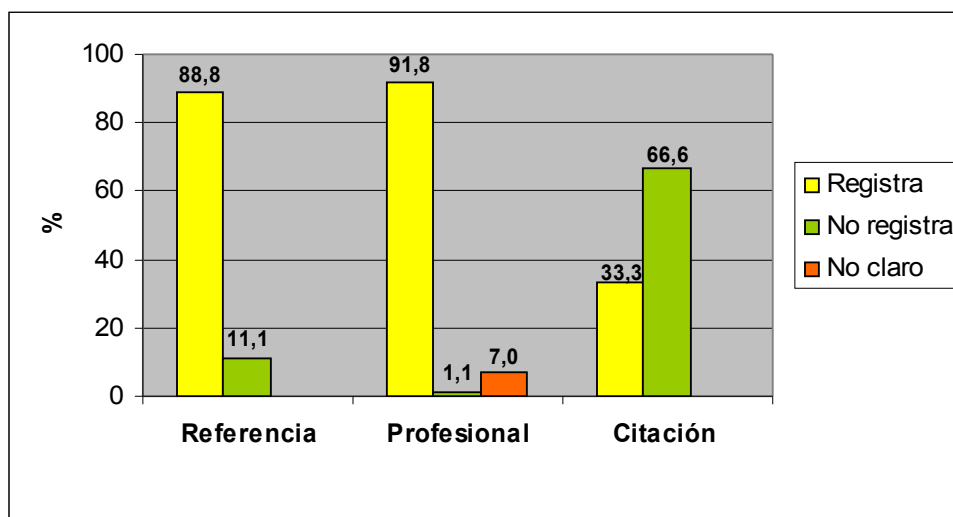
- *Referencia, Profesional y Citación*

Como aspectos finales del ingreso se observó (Gráfico 10) que en un 88% aprox. de los casos se *refirió* al adulto mayor a un profesional o a un tratamiento, o se le recordó sobre un control o tratamiento pendiente. Es importante destacar que este ítem no necesitaba haberse registrado en 100%, ya que según lo señalado en la norma no es necesario siempre referir o derivar al adulto mayor.

En relación al *profesional* que realizó la atención en el 91% aprox. de los casos este se identificó por su profesión, un 7% solo registró el nombre o la firma (No claro) y un 1% no registró nada (Gráfico 10).

Un ítem que mostró un bajo registro fue el de la *citación* del adulto mayor a un próximo control de salud preventivo de la pérdida funcional, esta no fue registrada en un 66% aprox. de los casos (Gráfico 10).

Gráfico 10. Registro de variables contenidas en Aspectos Finales de Ficha de Ingreso



1.3.3-Características del Control de Seguimiento en relación a la Norma Ministerial

La *Norma nacional para la Atención Integral de Salud del Adulto Mayor* señala el uso de la ficha de ingreso y valora esta instancia como una oportunidad de control periódico de evaluación del control anterior, reevaluando funcionalidad y factores de riesgo y donde se actualiza el plan de atención.

En relación esto se observo la presencia de ficha de seguimiento, modalidad del control, el tipo de ficha utilizada y el registro de cada una de los componentes que señala la norma a ser incluidos en este tipo de seguimientos.

1.3.3.1.- Presencia de Ficha de Control de Seguimiento

La norma señala que a todo adulto mayor debiese realizarse luego de la ficha de ingreso, una ficha de seguimiento.

En relación a esto se observo que del total de 272 casos que se les realizó una ficha de ingreso, en 139 casos (51,1%) se les realizó al menos un control de seguimiento dentro del área auditada. Más resultados en relación a la periodicidad de los controles se expondrán luego.

1.3.3.1.- Modalidad del Control de Seguimiento

La norma señala que el control de seguimiento puede realizarse en diferentes modalidades, ya sea como un control individual o grupal, ó como talleres de actividad física y autocuidado, ó como visitas domiciliarias.

En relación a esto se observó (Tabla 17) que del total de casos auditados 272 controles fueron clasificados como en *fase de seguimiento*, todos estos controles fueron de tipo individual, no se registraron talleres y solo un 2,5% fueron visitas domiciliarias en donde no se uso una ficha de control de tipo preventivo de la funcionalidad.

Tabla 17.Modalidades del Controles de Ingreso

Modalidad del Control	Nº	%
Con Ficha de Seguimiento	265	97,4
Sin Ficha de seguimiento (Visita domiciliaria)	7	2,5
Total	272	100

1.3.3.2.- Tipo de Ficha de Control Seguimiento

La norma señala un tipo de ficha de seguimiento a utilizar, sin embargo no señala que no puedan existir modificaciones locales. En relación a esto en el consultorio existen 3 tipos de fichas utilizadas en el seguimiento:

- Ficha de Seguimiento elaborada por la Norma de Atención Integral de Salud del MINSAL (Anexo 1, Parte 6)
- Ficha de Ingreso o Seguimiento (Nueva) realizada por las autoridades locales del Servicio de Salud al que pertenece el CESFAM (Anexo 2, Parte 3)
- Ficha de Ingreso realizada por las autoridades locales del Servicio de Salud al que pertenece el CESFAM (Anexo 2, Parte 2)

Del total de 265 controles de seguimiento que si utilizaron ficha, se obtuvo (Tabla 18) que la mayoría utilizó la ficha de ingreso elaborada por el CESFAM (60%) que también se utilizó en el control de ingreso, es decir no diferencian el registro entre el control de ingreso y seguimiento. En segunda instancia utilizan una nueva ficha elaborada por las autoridades locales (28%) y en baja proporción utilizan la ficha de seguimiento entregada por el MINSAL (11%).

Tabla 18. Tipos de Fichas utilizada en Control de Ingreso

Tipo de Ficha	Nº	%
Ficha de ingreso CESFAM	159	60,0
Ficha ingreso o seguimiento del CESFAM (nueva)	75	28,3
Ficha seguimiento MINSAL	30	11,3
Ficha ingreso MINSAL	1	0,3
Total	265	100

1.3.3.3.- Registros de Ficha de Control de Seguimiento

Se clasificaron en *Fase de Ingreso* un total de 272 controles, de estos presentaban ficha de seguimiento **265 controles**, por lo tanto esto es lo que se audito en este apartado.

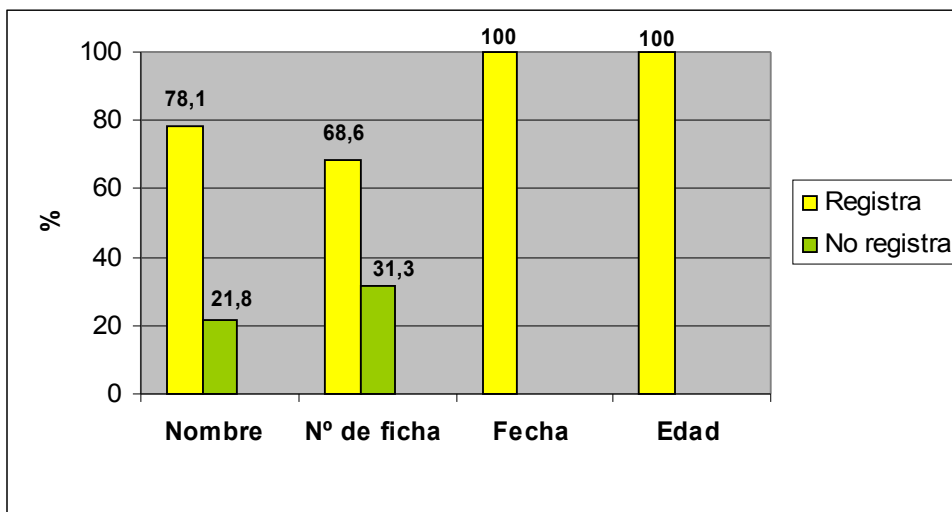
Debido a que en esta institución se utilizan tres tipos de fichas de seguimiento se decidió auditar los registros que señala la norma a ser cumplidos, sin embargo en aquellas fichas en donde no se especificaba ese registró o variable se clasifico como no aplicable. En general los registros eran similares en estos tres tipos de registros.

La norma señala que debe registrarse completamente la ficha de seguimiento, para auditar esto se decidió dividir el control en 5 partes, cada parte contiene las variables auditadas que corresponden a los registros que debían llenarse completos en cada ficha.

- *Antecedentes Generales y Estado de Salud*

Como se observa (Gráfico 11) dentro de los datos generales del paciente, el *nombre* y el *número de ficha* no es registrado en un 21% y un 31% respectivamente de las fichas de ingreso .La *fecha* y *edad* del usuario, en cambio, fue registrada en el 100% de los controles.

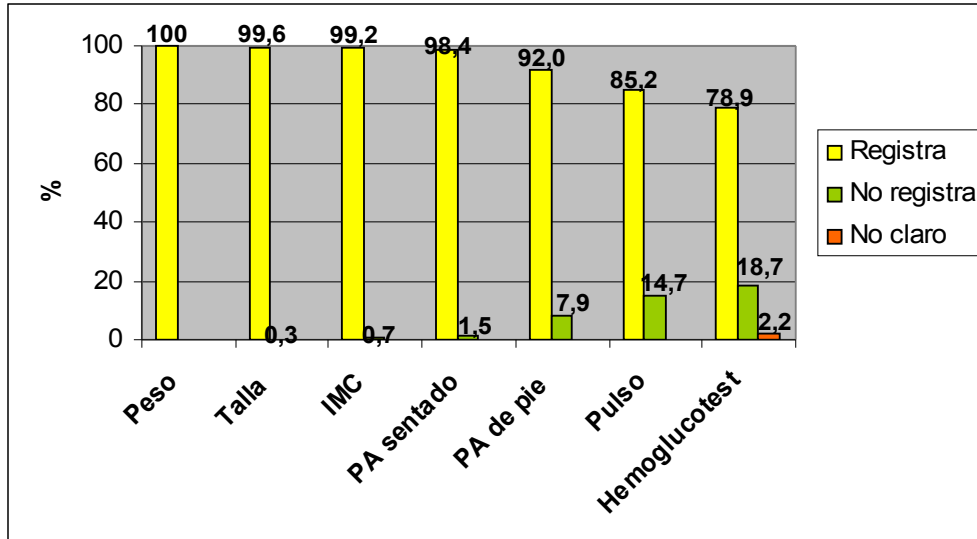
Gráfico 11.Registro de variables contenidas en Antecedentes Generales y Estado de Salud de Ficha de Seguimiento



En relación a los antecedentes de salud se observó que en el ítem *patología crónica* fue registrado en un 97% (92% aprox. registro patologías y un 5% se clasificó como no aplicable ya que no presentaba patologías), el 2% aprox. restante no registro nada existiendo o no una patología.

Las medidas antropométricas (*peso, talla e IMC*) fueron registrados en la mayoría de los casos, es decir más de un 99% (Gráfico 12). Dentro de los signos vitales la *presión arterial sentado* fue registrada en un 98%, menor fue el registro de la *presión arterial de pie*, la cual fue registrada en un 92% de los controles, la variable *pulso*, en cambio, no se registró en un 14% aprox. de los controles. En esta categoría se debía también registrar el resultado de un hemoglucotest en aquellos pacientes diabéticos, lo cual no fue registrado o no fue claro en 21% aprox. de los controles.

**Gráfico 12.Registro de variables contenidas
en Antecedentes Generales y Estado de Salud de Ficha de Seguimiento**



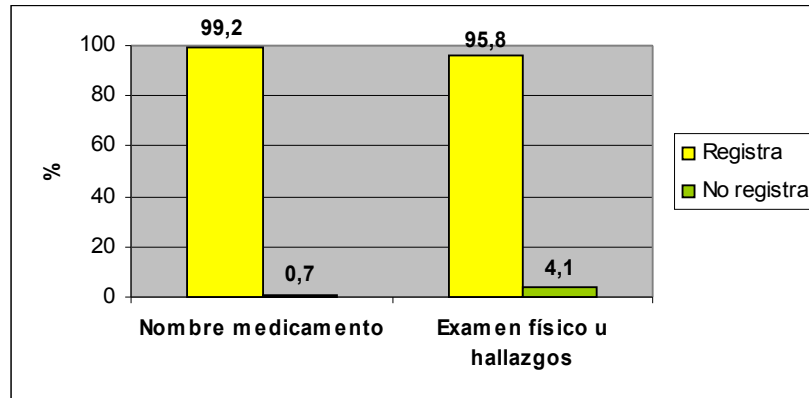
- *Evaluación del plan de control anterior:*

Se evaluó el registro solo en aquellas fichas que contenían esta variable, la cual considera según lo señalado por la norma realizar una evaluación de lo que se planteo en el plan de control anterior o si se habían realizado los controles con diferentes profesionales, en esto se observo que un 79,5% registro este ítem y un 20,4% no lo registro.

- *Diagnostico Actualizado:*

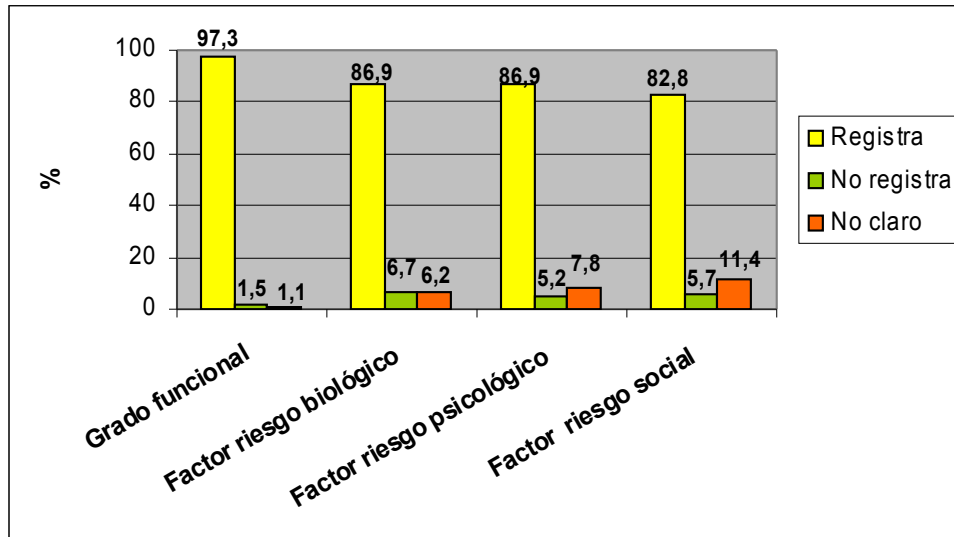
En el diagnostico actualizado según lo señalado en la norma se reevalúan ciertos aspectos del estado de salud y se reevalúa la *terapia farmacológica* actual, en este punto se pudo observar (Gráfico 13) que se registro el *nombre del medicamento* en la mayoría de los casos. En relación a lo señalado en la norma también se debe reevaluar el examen físico, en este punto se observó (Gráfico 13) que se registraron *hallazgos referido al EFAM* ó del *examen físico* en un 95% de los controles.

Gráfico 13.Registro de variables contenidas en Diagnóstico Actualizado de Ficha de Seguimiento



En este diagnóstico actualizado se reevalúan los diferentes aspectos de la funcionalidad, siendo el *grado funcional* registrado en un 97% de los casos, con relación a los factores de riesgo de pérdida de capacidad funcional que se observaron en el transcurso del control y al realizar el EFAM, se observó un subregistro y un registro no claro de 12,9% en el *factor de riesgo biológico*, 13% en el *factor de riesgo psicológico* y 17,1% en el *factor de riesgo social* (Gráfico 14).

Gráfico 14. Registro de variables contenidas en Diagnóstico Actualizado de Ficha de Seguimiento



- *Plan de Atención:*

Según lo señalado en la norma en este nuevo plan de atención actualizado de acuerdo a los antecedentes recolectados y en donde se deben expresar las medidas de autocuidado prioritarias y los compromisos que adquiere el usuario y su familia, se observó que en el 98,8% de los controles existía registro de un *plan de atención* o intervención, sin embargo no se indagó en la calidad de este en términos si contenía o no las medidas de autocuidado prioritarias y pertinentes para el usuario. Si se observó que solo un 4,5% de los controles auditados presentó registro de algún *compromiso* adquirido por el usuario. Este *compromiso* no fue explícitamente citado en el registro pero si se señalaba en la norma a ser cumplido, por lo tanto también se incluyó en este estudio.

- *Referencias, Profesional y Citación:*

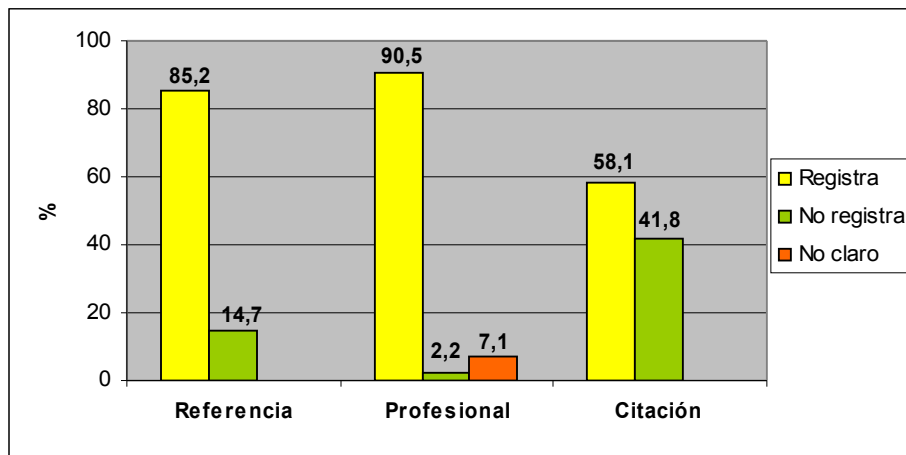
Como aspectos finales del control de seguimiento se observó (Gráfico 15) que en un 85% aprox. de los controles se *refirió* al adulto mayor a un profesional o a un tratamiento, o se le recordó sobre un control o tratamiento pendiente. Es importante destacar que este ítem no necesitaba haberse registrado en 100%, ya que según lo señalado en la norma no es necesario siempre referir o derivar al adulto mayor.

En relación al *profesional* que realizó la atención, se observó (Gráfico 15) que

en el 90% aprox. de los controles éste se identificó por su profesión, un 7% aprox solo registro el nombre o la firma (No claro) y un 2% aprox. no registró nada.

Un ítem que mostró un bajo registro fue el de la *citación* del adulto mayor a un próximo control de salud preventivo de la perdida funcional (Gráfico 15), ya que esta no fue registrada en un 41,8% aprox. de los casos.

Gráfico 15.Registro de variables contenidas en Aspectos Finales de la Ficha de Seguimiento



1.3.4.-Periodicidad de la Atención de Controles Preventivos de la Perdida Funcional en relación a la Norma Ministerial

La *Norma nacional para la Atención Integral de Salud del Adulto Mayor* señala que se debe realizar una vez al año el control de ingreso. El control de seguimiento, en cambio, depende del grado de funcionalidad detectado en el control de ingreso, siendo de un control al año para el autovalente, y tres al año para el autovalente con riesgo y dependiente. En relación esto se observó la periodicidad de los controles de ingreso y seguimiento, y la periodicidad de los

controles de seguimiento según grado funcional

1.3.4.1.- Registros de Periodicidad de Control de Ingreso y Seguimiento

Del total de 369 casos auditados, 341 casos (92%) presentaron registros de controles de tipo preventivos de la funcionalidad. Cada caso presento de 1 a 3 controles de tipo ingreso o seguimiento en los dos años auditados, con un promedio de 1,5 controles en dos años. Es decir en los dos años de estudio al menos la mitad presentó un control, y un 49% presento al menos dos controles (Tabla 19).

Tabla 19. Cantidad de controles de Ingreso y Seguimiento en dos años

Numero de Controles	Nº	%
Uno	172	50,4
Dos	141	41,3
Tres	28	8,2
Total	341	100

Del total de casos que solo se habían realizado controles de seguimiento durante dos años, se encontró que existían de 1 a 3 controles de seguimiento en los dos años auditados por cada caso, con un promedio de 1,4 controles en dos años. Es decir en los dos años de estudio más de la mitad presento un control, y un 43% presento al menos dos controles. (Tabla 20).

Tabla 20. Cantidad de controles Seguimiento en dos años

Número de Controles	Nº	%
----------------------------	-----------	----------

Uno	40	56,3
Dos	29	40,8
Tres	2	2,8
Total	71	100

1.3.4.2.- Periodicidad de Control de Seguimiento según Grado de Funcionalidad

Luego de definir el grado de funcionalidad en el control de ingreso o en el primer control de seguimiento, se observó que todos los casos independiente del grado de funcionalidad presentaban aproximadamente 1,4 controles de seguimiento durante los dos años de estudio y que en general se observaron entre uno y dos controles de seguimiento en los dos años auditados.

Tabla 21. Cantidad de controles Seguimiento según Grados de Funcionalidad

Número de Controles	Grado Funcional					
	Autovalentes		Autovalentes con riesgo		Dependientes	
	Promedio 1,4 controles en dos años		Promedio 1,5 controles en dos años		Promedio 1,4 controles en dos años	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Uno	11	64,7	8	50,0	20	55,5
Dos	5	29,4	8	50,0	15	41,6
Tres	1	5,8	-	-	1	2,7
Total	17	100	16	100	36	100

2.- ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

Como metodología cualitativa se realizaron entrevistas en profundidad entre Diciembre y Mayo, del 2007 y 2008. En primer punto se expondrán las características de los actores pertenecientes al CESFAM Santa Julia involucrados en los controles preventivos de la perdida funcional, luego la percepción de estos acerca del cumplimiento de los controles en relación a la norma y finalmente la percepción de esto en relación al cumplimiento de los objetivos del programa según lo señalado en la norma Ministerial.

2.1- Características de los Actores Involucrados en los Controles Preventivos de la Pérdida Funcional

2.1.1.- Características básicas

El número de entrevistados son tres, el cargo que desempeñan es de enfermeras de sector de CESFAM, cada una ha participado activamente en los controles preventivos de la pérdida funcional de ingreso y seguimiento del adulto mayor por un tiempo aproximado de 4 años.

2.1.2.- Características del contexto

A fin de que los entrevistados pudieran expresar su percepción sobre el cumplimiento de los controles preventivos de la pérdida funcional según lo señalado por la norma, se investigó cual era el grado de conocimiento tanto de la norma, como de lo que ellos entendían por los controles preventivos de la funcionalidad. Luego de reconocer el grado de conocimiento que tenían sobre estos temas se les verificó, rechazó o complemento la información que ellos tenían con lo que señala la norma a fin de unificar criterios. En relación al grado de conocimiento que tenían de estos temas se observó:

- **Identificación de Controles Preventivos de la Pérdida Funcional:**

Los actores involucrados identifican los controles preventivos de la pérdida funcional como aquella instancia en donde se realiza principalmente el EFAM y se realiza un diagnóstico de la situación actual de la persona:

“Los controles que se realizan, sobretodo el EFAM, está especialmente para las personas para verles la funcionalidad, porque muchas veces las personas a veces tú la ves físicamente y puedes decir que está bien, pero después que tu le aplicas el mini mental o te cuentan que tienen artrosis, muchas veces tú piensas que es autovalente, pero no lo son y a veces la escolaridad te baja mucho y a veces te salen hasta dependiente”

- **Contenidos de la Norma de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor del MINSAL:**

Al identificar el conocimiento de la existencia de la norma de atención integral de salud del adulto mayor del MINSAL y el grado de conocimiento que ellos creían tener acerca de esta, se observa que reconocen su existencia y que alguna vez la leyeron, recordándola de forma general no profundamente:

“Si la he visto, pero también me acuerdo haberla leído” “De manera detallada no”

Al identificar el grado de conocimiento de los objetivos generales y específicos del ingreso y seguimiento que señala la norma, se observa que en general recuerdan más los objetivos específicos del ingreso y seguimiento, que el general:

“No sé si está bien. Primero se debe hacer un diagnostico de la funcionalidad del adulto, para ver si son autovalentes. Teniendo esos datos uno toma las medidas y actua en forma especial”

“Osea mantener la autovalencia es el objetivo central, es mantener la autovalencia lo mas posible durante el mayor tiempo posible, eso si”

2.2 Percepción de Actores sobre Cumplimiento de Controles Preventivos de la Perdida Funcional en Relación a la Norma

A continuación se muestran los resultados de la percepción que tienen los actores en relación al cumplimiento de la norma en el uso del tarjetón de ingreso, la ficha de ingreso , la ficha de seguimiento, las modalidades del seguimiento y la periodicidad de los controles.

2.2.1- Percepción de Actores sobre los Registros de Tarjeta de Ingreso

Según la norma debiese realizarse tarjetón de ingreso a todo adulto mayor y este registro debiese ser completo.

Al identificar la percepción del cumplimiento del sistema de registro en las tarjetas de ingreso se observa que si perciben que se realiza tarjetón de ingreso a todo adulto mayor, pero que no se registran todos los datos en esta tarjeta y que a veces se registra erróneamente:

“No. Lamentablemente no porque muchas veces colocaban el nombre, el rut y a veces ponían profesión cesante. Y yo tenía que cambiar los datos como va a ser una profesión cesante y yo tenía que preguntarles y ahí había que llenar los datos. Tuve que rellenar nuevamente los datos”

“No siempre, pero no es por la persona que hace el examen sino porque el paciente adulto mayor no viene solamente al EFAM a examinar viene sino también a otras cosas... Eso lo hace el SOME. La función de nosotros es llenar la parte de atrás, bueno igual si uno sabe algo va completando, pero el tiempo no da para hacerlo todo”

2.2.2.- Percepción de Actores sobre los Registros de Ficha de Ingreso

Al identificar la percepción del cumplimiento del sistema de registro en las fichas de ingreso se observa que perciben que se realiza en general la ficha de ingreso a todo adulto mayor que ingresa al programa y que se registran en general todos los datos en este documento, a excepción de los factores de riesgo realizados en el diagnostico integral y la cantidad de fruta y verdura:

“Tratamos que se realizaran a todos (Adulto Mayores). Pero yo no estaba en el SOME, pero ahí yo veía que nos mandaban la mayoría”

“Cuando la ocupan las enfermeras Si (Registros de ficha de ingreso). Yo te puedo

decir de mi parte yo registraba todo...Generalmente no se registraban por ejemplo las patologías, los factores de riesgo, a veces no ponían todo porque querían hacerlo rápido no se llenaba muy bien”

“A veces faltaban otros datos en cuanto a la alimentación, el líquido que tomaban, consumía fruta y verdura. A veces ponían SI y NO, no ponían la cantidad”.

2.2.3.- Percepción de Actores sobre los Registros de Ficha de Seguimiento

Al identificar la percepción del cumplimiento del sistema de registro en las fichas de seguimiento se observa que perciben que se realiza en general el seguimiento a todo adulto mayor y que se registran en general todos los datos, además se observa que no existe gran diferencia entre el ingreso y seguimiento salvo que en este último se evalúa el plan de atención anterior:

“A veces miraba para atrás la ficha y les preguntaba si iban avanzando o iba retrocediendo (en relación al plan anterior). Lo hacía para ver no para copiar, porque yo lo hacía de nuevo. Siempre colocaban el plan eso sí... el autocuidado, el plan de alimentación”.

“No hay mucha variación entre el ingreso y lo que uno hace en el seguimiento, más que nada en el seguimiento uno vuelve atrás y le pregunta que le indicaron, qué ha hecho usted. Esa es como la diferencia que uno va viendo, que va siguiendo a este paciente”

2.2.4.- Percepción de Actores sobre Modalidades de Seguimiento

Al identificar la percepción de las diferentes modalidades que pueden utilizarse en el control de seguimiento se observó que los entrevistados identificaban otras modalidades que se realizaban en la realidad local además del uso de la ficha de seguimiento, como las visitas domiciliarias y los talleres de actividad física:

“Ahora como el tiempo no nos alcanza, les damos prioridad a los pacientes postrados, pero de vez en cuando también hacemos visitas a otros adultos mayores que nos necesitan”

“Por ejemplo, uno derivaba en caso de obesidad habían profesores la gente podía hacer gimnasia, entonces en caso de obesidad derivaba a nutrición y luego pasaban a médico para hacer actividad física”

2.2.5.-Percepción de Actores sobre la Periodicidad de los Controles

Al identificar el grado de conocimiento de la periodicidad del control de seguimiento que señala la norma, se observa que en general desconocen que existan diferencias en la periodicidad de los controles de seguimiento según el grado funcional, identificando que a todo adulto mayor independiente de su grado de funcionalidad y si es ingreso o seguimiento, se le controla a todos una vez al año:

“Eso no se cumple (periodicidad diferenciada según funcionalidad). Claro una vez al año. No se puede cumplir la norma, porque no hay...las enfermeras tenemos harta pega”.

“Lo que pasa es que nosotras ya no tenemos horas ni nada, todos es una vez al año. No, pero con el autovalente si se cumple.... Pero la norma no se cumple mucho, con la entrega de los productos del PACAM, porque los adultos mayores no se les preguntan si son autovalentes o no para entregarles el alimento. Una vez al año les entregan el producto igual. No es coincidente la norma con la entrega del producto. Además que nos cuesta un mundo hacer eso (Realizar el EFAM una vez al año)”.

2.3 Percepción de Actores sobre Cumplimiento de Objetivos del Programa en Controles Preventivos de la Perdida Funcional en Relación a la Norma

Uno de los puntos a conocer dentro del cumplimiento de la norma que fue evaluado solo cualitativamente, fue conocer la percepción de los actores sobre si se estaban cumpliendo los objetivos señalados por la norma en las realidades locales, en relación a esto se pregunto por el objetivo general y el especifico, si el entrevistado no conocía estos objetivos se les dieron a conocer.

2.3.1.-Percepción de Actores sobre Cumplimiento de Objetivos Generales

El objetivo general según lo señalado en la norma es *Contribuir a mantener o recuperar la autonomía del adulto mayor, con el fin de mejorar su calidad de vida y prevenir la mortalidad por causas evitables*, la percepción del cumplimiento de este objetivo en la realidad del centro de salud es que se cumple en cierto grado pero no completamente por diversos factores que influyen derivados del equipo de salud, del paciente y del medio ambiente:

“Se ha hecho en menor forma 100% no, pero se cumplía”

“Yo creo que algunas veces, depende del nivel de educación de los pacientes porque mucha gente viene y lo que le dices se le entra por un oído y le sale por el otro. Pero algo uno puede contribuir no al 100%, pero por ejemplo uno a veces le habla sobre las caídas, ejercicios de memoria. Entonces yo creo que uno un poco contribuye. Ahora no se cuanto contribuye, eso no podría decírtelo. Estos controles son como de los niños, uno se demora años, que la gente se habituara, yo creo que también el adulto mayor no es un control aislado, es un control que parte con un control de seguimiento hasta que se haga un hábito”.

“Yo diría que se hacen esfuerzos a todo nivel a todas la edades de la misma manera no es que este privilegiado el programa del adulto mayor...y tratando de hacer una atención integral de salud familiar...y eso significa que esta afeitado un equipo que apunta a los objetivos de prevención”

“Una le dice al adulto mayor camine media hora al día porque tiene problemas de rigidez osteoarticular, problemas cardiovasculares, obesidad o sobrepeso etc, entonces camine señora y va al cardiólogo y le dice media hora al día, entonces señorita ...no salgo porque me da miedo que me asalten ya me han asaltado varias veces , entonces ese adulto mayor no puede salir a caminar en su barrio, otras veces la gente me pide plata para micro entonces yo no le puede decir que camine en un sector que sea mas seguro”

“Yo le prepongo a la persona tal cosa, hay razones a veces psicológicas que la gente no cumple las cosas que uno le dice porque están en una actitud medio autodestructiva, digamos pero hay gente que en verdad quieren hacer cosas y yo en general las mando donde las asistente social para que la comuniquen con otro grupo que ya tenga una trayectoria de luchar por su autovalencia y ahí entonces a veces las cosas fructifican, digamos pero no es fácil que el adulto mayor cumpla las cosas que uno le dice por variadas razones que están relacionadas con el ambiente de pobreza que hay en el sector, ósea la atención de enfermería en un sector de pobreza, no es lo mismo que hacer una atención de enfermería en un sector de clase media o media alto “.

2.3.2.-Percepción de Actores sobre Cumplimiento de Objetivos Especificos

El objetivo específico del control de ingreso según lo señalado en la norma es *Medir la funcionalidad, identificar factores de riesgo y elaborar un plan de atención a ser realizado por el equipo de salud, el adulto mayor, su familia, la comunidad y la intersectorialidad*, por su parte el objetivo específico del control de seguimiento es *Evaluar el control de salud anterior, reevaluar funcionalidad, reevaluar factores de riesgo y actualizar el plan de atención*, la percepción del cumplimiento de estos objetivos en la realidad del centro de salud es que en general se cumple:

“Si medir factores de riesgo y funcionalidad, pero no en el 100%...Por ejemplo, una vez lo mandaron a educación grupal y el paciente vino, y ahí anotabas y evalúas si el paciente está cumpliendo esto”.

“No he hecho un estudio de todas las personas, pero lo que yo veo en general, yo creo que sí. No podría decir cuánto por ciento. Uno ve el EFAM anterior tiene tantos puntos, ahora tiene tantos menos. O a veces es al revés”.

“Yo creo que si se cumplen. Por ejemplo, si había una persona que tenía un problema psicológico yo lo derivaba a psicólogo ó a médico para que le diera remedios, por ejemplo si estaba con depresión. Al derivar uno al hacer el plan de atención, uno derivaba a las personas por ejemplo si esta enflaquecido nutrición, si tiene colesterol alto a nutrición, a pesar de que uno también le daba consejo, hacia el plan de atención y daba los consejos pertinentes si era Hipertenso, que no comiera con sal, régimen hipocalórico yo no se si la gente te escuchaba todo.... Yo creo que si se cumplen”.

CAPITULO VI.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Este estudio incorporo dos metodologías para el desarrollo de sus objetivos, con el fin de dar mayor coherencia y entregar un mayor nivel de profundidad a los resultados:

- En la **fase de tipo cuantitativa** la muestra estuvo constituida por 369 casos de adultos mayores de 65 años, pertenecientes y vigentes en el programa del adulto mayor del Centro de Salud Familiar Santa Julia ubicado en la comuna de Macúl. La muestra fue elegida aleatoriamente, tomando usuarios que registraran un control entre Noviembre del 2004 a Noviembre del 2005, desde esta fecha se audito los registros contenidos en las tarjetas y fichas clínicas hasta completar un periodo de dos años. Finalmente la muestra estuvo constituida por 369 casos de adultos mayores.
- En la **fase cualitativa** se incluyo la información proporcionada por tres actores que han participado activamente en los controles preventivos de la perdida funcional de ingreso y seguimiento del adulto mayor en el CESFAM Santa Julia por un tiempo aproximado de 4 años, estos actores expresaron la percepción que tenían sobre el cumplimiento de la norma en estos controles que ellos mismos realizaban en la práctica diaria.

Las siguientes conclusiones cohesionaran la fase cuantitativa con la cualitativa de forma complementaria. Estas serán expuestas en relación a los objetivos específicos de este estudio, finalizando con un apartado de conclusiones generales y sugerencias relacionadas.

1.- Conclusiones Específicas

1.1.- Se concluye que el flujograma de manejo de los casos auditados se presento de la siguiente forma:

- Cada uno de los 369 casos de adultos mayores apporto con uno o más controles de salud de tipo preventivos de la perdida funcional, siendo un total de 542 controles auditados.

- Estos 542 controles se dividieron en 210 controles en *Fase de Ingreso* (Se audito en relación a la ficha de ingreso) y 272 en *Fase de Seguimiento* (Se auditó en relación a la ficha de seguimiento).

1.2.- Se concluye que las características sociodemográficas de los casos auditados son las siguientes:

- El promedio de edad es de 72 años, con una d.e. de 5 años. Existiendo una mayoría de los clasificados entre 65 a 74 años (66,6%) a los denominados en la “cuarta edad”, 75 a 88 años (33,8%).
- En relación al sexo, las mujeres (65,5%) se presentan como mayoría por sobre los hombres (34,4%), siendo estas alrededor de tres cuartas partes del total.
- En el nivel educacional, el mayor porcentaje lo obtuvieron aquellos con enseñanza básica (58,9%), seguidos de los con enseñanza media (21,6%), sin escolaridad (17%) y finalmente educación universitaria (2,3%).
- En el estado civil, el mayor porcentaje lo registran los casados (56%) en relación a los sin pareja 44% (Viuda 27,5%, Soltero 12,5%, Separado 3,8%).

1.2.- Se concluye que las características epidemiológicas de los casos auditados son las siguientes:

- Alrededor de un 96% tenia alguna patología crónica, observándose en la gran mayoría hipertensión arterial (86,3%), seguida de diabetes mellitus en alrededor de un tercio (38,8%), y en menos de un cuarto dislipidemia (15,5%), artrosis (10,9%), alteraciones respiratorias (10,9%), alteraciones cardiacas (9%) y alteraciones visuales (9%), en menor proporción se

observó depresión, alteraciones auditivas y accidentes cerebrovasculares (menos del 5% cada una).

1.3.- Se concluye que el uso de la tarjeta de ingreso en relación a lo señalado en la norma, se caracterizó por:

- La norma señala que todos los ítems de la tarjeta de ingreso debiesen registrarse en un 100%. En relación a esto se observaron las siguientes variables:
 - Registradas entre 90% y 100% de los casos: *Sexo, Fecha de Nacimiento y Patología Crónica.*
 - Registradas entre 75% y 90% de los casos: *Estado Civil.*
 - Registradas entre 50% y 75% de los casos: *Riesgo Cardiovascular, Escolaridad, Estado Nutricional.*
 - Registradas en menos de la mitad de los casos: *Previsión de Salud y Participación Social.*
- Estos datos concuerdan por lo percibido por los actores quienes además señalan que a veces estos registros contenían información errónea.
- La norma señala que debiesen registrarse todos estos datos completos, ya que como se señaló en el marco teórico, la soledad, la escolaridad, el déficit nutricional se asocian como factores de riesgo de discapacidad por lo tanto es importante su valoración.

1.4.- Se concluye que el control de ingreso en relación a lo señalado en la norma se caracteriza por:

- En un 16% de los casos auditados no se realizó la ficha de control de ingreso, después de habersele ingresado al programa. Según lo señalado en la norma todo adulto mayor debiese tener este control como una instancia de evaluación más integra de aspectos funcionales, biológicos, psicológicos y sociales, ya que la ficha de seguimiento no es tan exhaustiva

en estos aspectos, por lo tanto como primera instancia es importante una valoración íntegra.

- La norma señala que todos los ítems de la ficha de ingreso debieran registrarse en un 100%. En relación a esto se observaron las siguientes variables:
 - Registradas en más del 90% de los casos (No se registro en menos de un 10%): *Fecha, Edad, Patología Crónica, Nombre Medicamento, Estado de Caídas, Consumo Líquidos, consumo Verduras, Consumo frutas, Cantidad de Frutas Práctica de Ejercicio, Tipo de Ejercicio, Peso, Talla, Índice de Masa Corporal, Presión arterial sentado, Presión Arterial de Pie, Audición Visión, Estado Bucal, Grado Funcional, Factor de Riesgo Psicológico, Factor de Riesgo Social, Plan de Atención, y Profesional.*
 - Registradas entre el 75% y 90% de los casos (No se registro entre un 10% y 25%): *Dosis medicamentos, Causa Ausencia sexualidad, Cantidad de Veces de Ejercicio y Cantidad de Tiempo de Ejercicio, Pulso, Estado de Pies, Incontinencia Urinaria, Examen Físico u Hallazgos, Factor de riesgo biológico, Referencia*
 - Registradas entre el 50% y 75% de los casos (No se registro entre un 25% y 50%): *Características pie, Glicemia, Colesterol.*

 - Registradas en menos de la mitad de los casos (No se registro entre un 25% y 65%): *Nombre, N° de Ficha, Profesional que indica medicamento, Fecha Control de medicamentos, Cantidad de Caídas, Hematocrito, Hemoglobina, Citación*
- Estos datos concuerdan en ciertos aspectos con la percepción del cumplimiento del sistema de registro en las fichas de ingreso según los actores involucrados, quienes perciben que se realiza en general la ficha de ingreso a todo adulto mayor que ingresa al programa y que se registran en

general todos los datos en este documento, a excepción del registro de los factores de riesgo realizados en el diagnóstico integral (factores biológicos, psicológicos y social) y la cantidad de fruta y verdura, los cuales se registran en menor proporción.

1.5.- Se concluye que el control de seguimiento en relación a lo señalado en la norma se caracteriza por:

- Del total de casos que se les realizó una ficha de ingreso, en un 51% se les realizó al menos un control de seguimiento dentro del área auditada. Según lo señalado en la norma todo adulto mayor debiese tener este control como una instancia de control periódico de evaluación del control anterior, reevaluación de funcionalidad y factores de riesgo y en donde se actualiza el plan de atención.
- La norma señala que todos los ítems de la ficha de seguimiento debieran registrarse en un 100%. En relación a esto se observaron las siguientes variables:
 - Registradas en más del 90% de los casos (No se registro en menos de un 10%): *Fecha, Edad, Peso, Talla, Índice de Masa Corporal, Presión arterial sentado, Presión Arterial de Pie, Hemoglucotest Examen Físico u Hallazgos, Nombre Medicamento, Plan de Atención, Grado Funcional, Profesional*
 - Registradas entre el 75% y 90% de los casos (No se registro entre un 10% y 25%): *Nombre, Pulso, Evaluación plan de control anterior, Factor de Riesgo Biológico, Factor de Riesgo Psicológico, Factor de Riesgo Social, Referencia.*
 - Registradas entre el 50% y 75% de los casos (No se registro entre un 25% y 50%): *Nº de Ficha, Citación*

- Estos datos concuerdan parcialmente con la percepción de los actores sobre el cumplimiento del sistema de registro en las fichas de seguimiento, en donde los actores expresan que en general se realiza el seguimiento a todo adulto mayor y que se registran en general todos los datos, además expresan que no existe gran diferencia entre el ingreso y el seguimiento salvo que en este último se evalúa el plan de atención anterior.

1.6.- Se concluye que el sistema de registro que se utiliza para el ingreso y seguimiento en relación a lo señalado en la norma se identifico por:

- Utilizar nuevos registros en el tipo de tarjeta y fichas de ingreso y seguimiento, estos cambios en general no diferían sustancialmente con lo señalado en la norma por lo que se pudieron auditar. En relación a esto la norma propone registros de atención para este tipo de controles y no señala que no puedan existir variaciones en los registros utilizados en las realidades locales.
- Utilizar dos tipos de registro con relativa igual frecuencia como tarjeta de ingreso, siendo estos el registro señalado por la norma Ministerial y el elaborado por el CESFAM, es importante destacar que el formato y contenido de ambos es muy similar. Además se utiliza como promedio 2 tarjetas corcheteadas para cada usuario, esto dificulta la lectura del profesional y puede llevar a interpretaciones erróneas de los registros. La norma no especifica el número de tarjetas, pero se sub entiende que en términos de orden de lectura y comprensión es preferible que toda la información este en una sola tarjeta.
- Utilizar dos formatos o tipos de registro como ficha de ingreso, siendo el formato mayormente usada en este caso el elaborado por el CESFAM (87%) que el señalado por la norma Ministerial (12%). En relación al

contenido de ambas se observó que es muy similar, salvo que en la primera se extrajeron variables relacionadas al uso de medicamentos e introdujeron otros (tabaco, alcohol, exámenes sanguíneos)

- Utilizar tres formatos como ficha de seguimiento, siendo el mayormente usado la ficha elaborada por el CESFAM (60%) que también se utiliza en el ingreso, es decir se utiliza la misma ficha para estas dos instancias, en segunda instancia se utilizó una nueva ficha elaborada por el CESFAM (28%) y en tercera instancia la ficha señalada por la norma Ministerial (11%). Los contenidos de estas tres fichas son disímiles, ya que la ficha de seguimiento elaborada por el CESFAM es más completa que la elaborada por la norma y también que la nueva ficha del CESFAM. Esto es interesante ya que se podría concluir que en este centro se está ocupando más tiempo en el control de seguimiento ya que se ocupa una ficha más larga, además esta ficha no contiene el apartado en donde se evalúa el plan de atención entregado en el control anterior.

1.7.- Se concluye que las modalidades que se utiliza para el seguimiento en relación a lo señalado en la norma se identifican por:

- Utilizar dos tipos de modalidades, siendo en su mayoría el control individual con ficha de seguimiento (97%) y en baja proporción las visitas domiciliarias (2%), no se utilizaron otras modalidades como señala la norma a ser utilizadas como talleres de actividad física y autocuidado, o controles grupales. Esta situación concordó con la percepción de los actores quienes

identificaron otras modalidades como visitas domiciliarias que se hacían pero en menor proporción, pero no concordó con lo señalado por estos acerca de que también se realizaban talleres de actividad física.

1.8.- Se concluye que la periodicidad de los controles en relación a lo señalado en la norma está determinado por:

- Un 92% de los casos presentaron controles de tipo preventivos de la funcionalidad de cualquier tipo. En relación a esto señala la norma que todo adulto mayor debiese presentar controles preventivos de la pérdida funcional.
- La periodicidad de estos controles de tipo ingreso o seguimiento fue de 1,5 controles en dos años, con un mínimo de 1 control a un máximo de 3. Lo que muestra que no se está realizando el control una vez por año independiente si es ingreso o seguimiento.
- La periodicidad del control solo de seguimiento fue de 1,4 controles en dos años. La norma señala que depende del grado de funcionalidad detectado en el control de ingreso es la periodicidad del control, siendo de un control al año para el autovalente, y tres al año para el autovalente con riesgo y dependiente. Al evaluar estos controles según el grado de funcionalidad se observó que independiente del grado de funcionalidad, todos presentaban aproximadamente 1,4 controles en dos años, por lo tanto no se cumple la periodicidad de los controles según lo señalado en la norma.
- Estos datos concuerdan con lo percibido por los actores del centro de salud quienes en general desconocen que la periodicidad del control de seguimiento es determinada por el grado funcional del usuario, identificando que a todo adulto mayor independiente de su grado de funcionalidad y si es

ingreso o seguimiento, se le controla a todos una vez al año argumentando que la sobrecarga de trabajo que existe en el centro no permite un mayor número de controles.

1.9.-Percepción de actores sobre cumplimiento de objetivos señalados en la norma:

- La percepción es que el objetivo general de la norma que es “*Contribuir a mantener o recuperar la autonomía del adulto mayor, con el fin de mejorar su calidad de vida y prevenir la mortalidad por causas evitables*”, se cumple en cierto grado pero no completamente por diversos factores que influyen del paciente como son la falta de hábitos en salud, el bajo nivel de educación y del medio ambiente como es la delincuencia, la cual crea un ambiente desfavorable para el desarrollo óptimo del adulto mayor.
- Diferentes es la percepción de cumplimiento del objetivo específico del control de ingreso y seguimiento, el cual es mucho más basado en lo que se realiza concretamente en cada control. Con relación a estos objetivos los actores expresan que en general se cumple.

2.- Conclusiones Generales y Sugerencias

En términos generales podemos concluir y sugerir en relación a lo especificado anteriormente, los siguientes puntos:

- Como primer punto es importante señalar que los resultados obtenidos serán de mayor utilidad para el centro de salud en donde se realizó la investigación y para la comuna ya que como se mencionó en el marco

teórico Macúl presenta un gran porcentaje de adultos mayores, y entre sus políticas esta contemplado aumentar la prevención y promoción de la salud en este grupo etáreo.

- Aunque estos resultados no son generalizables pueden dar una pauta de cómo se está desarrollando el programa de salud del adulto mayor en controles preventivos en las realidades locales, observándose las limitaciones y fortalezas de la actual norma ministerial en vigencia.
- En relación a los resultados concretos de esta investigación se pudo observar en relación a los registros de los datos, que dentro de los tres sistemas de registros auditados (Tarjeta, Ficha Ingreso y Seguimiento), es la tarjeta de ingreso la que presenta menor registro de sus datos y de una forma menos clara para el personal de salud, ya que se utilizan como promedio tres tarjetas.

En relación a esto se sugiere que se proponga mantener solo una tarjeta con los registros de datos completos, a fin de tener un documento que permita a todos los profesionales de la salud contar con un registro sintético del actual estado del paciente en términos de nivel educacional, patologías, riesgo cardiovascular etc.

- En relación al registro de las variables contenidas en el control de ingreso y seguimiento, estas se registran en gran proporción en más del 75% de los casos auditados.
 - Dentro de los casos auditados llama la atención el subregistro de los *exámenes sanguíneos*, ya que en un 17% de los casos totales no se registro ningún tipo de examen, además en los casos que si se registro algún examen, se registró cada examen solicitado por la norma en promedio en un 48% solamente.

Es importante destacar en este punto, que la norma no es absolutamente clara y categórica en señalar que a todo adulto mayor debiesen realizarse todos estos exámenes, tal vez por esto su bajo registro.

Se sugiere entonces que se normen más claramente los exámenes que deben tomarse al adulto mayor en el ingreso. Ya que como se observó en la investigación esta es una excelente instancia para solicitar exámenes.

- Otra variable subregistrada en gran proporción fue la de *citación* a un próximo control, la cual no fue registrada en un promedio de 54% de los casos de ingreso y seguimiento.

Se sugiere a fin de que se mantenga la continuidad de la atención que siempre se cite al usuario para el próximo control preventivo de la pérdida funcional, ya que esta es la instancia más importante de enganche con el usuario.

- También se observó que en promedio no se registra en el ingreso y seguimiento, el *nombre* del usuario en un 42% y el *número de ficha* en un 47%.

En relación a esto se sugiere que es importante identificar el nombre ya que esto permite lograr empatía y acercamiento, a su vez el número de ficha es importante por cualquier extravío de este documento legal.

- Otra variable que fue subregistrada fue la del *profesional que indica el medicamento* y la *fecha del último control médico* en donde se controló el fármaco, estas no se registraron en un 57% y 60% respectivamente.

Es importante destacar con relación a estas variables que como bien se observó en este estudio, en donde el centro incorporó nuevas fichas, uno de los registros que justamente se eliminó de la ficha entregada por la norma fue acerca de estos dos ítems.

- Una variable que no fue explícitamente señalada en el registro del plan de atención pero si en la norma, fue la de registrar los *compromisos* adquirido por el usuario, la cual se observó en un 5% aprox. de los casos de ingreso y seguimiento.

Creemos que aunque esta variable no es especificada en el registro de plan de atención, es muy importante su registro ya que permite que el adulto mayor se comprometa en adquirir ciertos hábitos o indicaciones de salud siendo él mismo el responsable de seguir las acciones indicadas y que no sea meramente una imposición.

- Aunque es bajo en general el porcentaje de subregistro de los ítems de los registros, es importante que se registren cada una de las variables ya que como se señalo en el marco teórico existe una relación directa entre la calidad del registro y la calidad de la atención prestada.

- El subregistro de variables y el hecho de que se utilicen nuevas fichas creadas por los organismos locales más que la señalada por la Norma Ministerial, nos lleva a plantearnos no solo la existencia de este hecho sino también a reflexionar sobre las causas que lo originan.

En relación a las causas que originan este subregistro se plantean las siguiente interrogantes ¿existe conformidad con los registros?, ¿son realmente todos los registros útiles para las personas que realizan la atención? Estas interrogantes nos llevan a valorar la importancia de actualizar los registros de la norma, ya que como todo registro en su uso se puede ver realmente su eficacia y utilidad práctica.

Aunque es importante cada uno de estos registros habría que valorar el porque de su subregistro. Algunas hipótesis podrían estar vinculadas a que no se le encuentra sentido o importancia al registro, o también pudiese ser que es difícil de evaluar o valorar.

- En relación a las características del control de ingreso y seguimiento, se sugiere que exista una diferenciación entre cada uno, partiendo primero por utilizar una ficha de seguimiento propiamente tal y no la misma que en el ingreso, ya que esta primera necesita de más tiempo para ser completarse. Además es importante que esta sea una instancia de reevaluación sobretodo del plan de atención entregado en el control anterior, el cual no fue registrado en un 20% de los casos, ya que si no es así sólo se esta repitiendo la información y no se esta cumpliendo el objetivo del programa.
- En este control de seguimiento también pueden utilizarse otras modalidades como talleres grupales, actividad física y visitas domiciliarias. Estas distintas metodologías permiten mantener los hábitos en salud en que se educo al ingreso de una forma más participativa y estimulante de su propio cuidado, por lo cual se sugiere su implementación.
- Como se observó, actualmente no se esta diferenciado la periodicidad del control según funcionalidad, y no se esta realizando tampoco alguno de los controles una vez por año, ya que se realiza 1,5 controles de ingreso o seguimiento en dos años. Si este control de seguimiento se realiza en menor tiempo se podría cumplir la norma en términos de poder realizar más de una vez al año este control en los adultos mayores autovalentes con riesgo y dependientes.
- Otro punto también observado dice relación con cuan profundamente el personal de salud conoce las normas ministeriales. En relación a esto queda claro que lo ideal seria leer cuidadosamente la norma, ya que es aquí en donde se le da mayor énfasis a cada uno de los aspectos del control de salud, enfocándose en el porque es importante el registro de las variables, la periodicidad de los controles, las modalidades de atención y los objetivos que persigue este control.

- En relación a los resultados cualitativos (entrevista) es interesante concluir que sus percepciones en general concuerdan con los resultados cuantitativos (auditoria) sobretodo en el subregistro de los tarjetones.

Tal como se pudo observar en estas entrevistas para cumplir el objetivo del programa del adulto mayor, que dice relación con mantener o recuperar la autonomía del adulto mayor, es importante que confluyan diversos factores como son: contar con el recurso humano que realice controles de salud permanente (actualmente déficit de enfermeras) y un ambiente propicio para el desarrollo de hábitos de salud (no siempre existen las mejores condiciones de vivienda, recurso económico, ambiente social, nivel educacional).

Se sugiere entonces realizar futuras investigaciones en relación a las causas que dificultan el control de salud del adulto mayor y el logro de los objetivos de la norma. Además de realizar planes de salud íntegros que abarquen no solo el ámbito de la salud, sino también de la educación, vivienda, pensión asistencial etc.

- Como aspectos finales es importante destacar que del total de casos auditados un 92% si presentaba algún control de tipo preventivo de la perdida funcional en dos años (Ingreso o Seguimiento) , y un 49% presentaba al menos un control por año.

Recordemos que dentro de este control se evalúa la funcionalidad con el EFAM- Chile, ya que como se explicó en el marco teórico el Índice de Actividad de Atención Primaria estableció como meta a nivel nacional para el año 2006/2007 que el 45% de la población inscrita mayor de 65 años debía de tener un examen anual de funcionalidad vigente realizado con el EFAM-Chile.

Hecho que nos permitiría concluir que la meta nacional se esta cumpliendo.

- Es de vital importancia el cumplimiento de esta meta establecida por el MINSAL, sin embargo como se señaló en la presente investigación la norma ministerial es mucho más estricta en términos de cobertura y periodicidad de la atención.

Es posible pensar que la diferencia de ambas es que la norma se proyecta como algo idealmente alcanzable a largo plazo, pero las metas en salud son compromisos reales y que deben cumplirse efectivamente en atención primaria, y por lo tanto son más medibles a corto plazo, como consecuencia de ello se permite mejorar la atención oportunamente.

- También se debe destacar que aunque es un avance que se este evaluando como meta relacionada con el control de salud preventivo de la perdida funcional, la evaluación del grado funcional con la realización del EFAM- Chile. Es importante que también se evalué a nivel nacional los demás aspectos del control integral de ingreso y seguimiento, ya que la evaluación de la funcionalidad es solo un componente de esta atención integral, por lo tanto no evaluarlo no permite determinar en cierto grado el alcancé de los objetivos generales y específicos que señala la norma a ser cumplidos en este tipo de controles.
- Cabe mencionar que actualmente se están realizando modificaciones al actual programa del adulto mayor en los controles preventivos de la funcionalidad en algunos centros de atención primaria. Estos cambios no considerarían en el control el uso de la ficha de ingreso y seguimiento sino una nueva ficha perteneciente al examen de medicina preventiva (EMP) que incluye en su valoración además de los contenidos del EMP, solo la valoración del grado funcional, es decir, se eliminaría esta completa valoración que se realiza acerca de antecedentes de salud y examen físico específicos para el adulto mayor, hecho que podría ser perjudicial para conseguir los objetivos propuestos por la norma del programa de salud del adulto mayor.

Esta situación lleva a plantear que tanto los servicios de salud y coordinadores de redes debiesen estudiar este punto mayormente ya que sería de más utilidad revisar el actual programa y en relación a este realizar las modificaciones pertinentes.

- En relación a este ultimo punto, es fundamental que se realicen nuevos estudios que evalúen el proceso de cómo se esta llevando a cabo el programa en forma práctica desde que se creo la norma, es decir hace 6 años. Estos estudios podrían indagar tanto en los aspectos mostrados en la presente investigación como en otros relacionados con la percepción que tienen los adultos mayores de este tipo de controles; la opinión de diferentes actores involucrados en el programa acerca de sus principales fortalezas y debilidades, y las formas de solución de los mismos; la eficacia de los controles en términos de mantención de funcionalidad y autonomía, hábitos saludables, estado nutricional, disminución de factores de riesgo etc.
- Finalmente es importante destacar el rol de la enfermera universitaria en la realización de este control integral en donde se deben valorar múltiples aspectos que pudieran estar influyendo en el estado de funcionalidad presente y futuro.

CAPITULO VII.- BIBLIOGRAFIA

- ❖ Arias M. (2005)*La Triangulación Metodológica: Sus Principios, Alcances y Limitaciones*. Investigación y educación en enfermería. XVIII (1)

- ❖ Banco Interamericano de Desarrollo/ Comisión Económica para América Latina y el Caribe/ Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía La Transición Demográfica en América Latina (2000) *La Transición Demográfica en América Latina*. Recuperado 2 de Noviembre de 2007 en http://www.eclac.cl/Celade/SitDem/DE_SitDemTransDemDoc00e.html
- ❖ Carrasco V. (2000) *Ministerio de Salud de Chile. Programa de Salud del Adulto Mayor: "Una visión Crítica"*. Ministerio Salud Chile
- ❖ Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (2006) *Mecanismos participativos en el diseño, formulación e implementación de leyes, políticas y programas sobre el envejecimiento*. Serie 70.
- ❖ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2000) *El proceso de envejecimiento de la Población de América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica*.
- ❖ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2004) *Población, envejecimiento y desarrollo*. Recuperado 2 de Noviembre de 2006 en <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/6/15126/DGE-2235-SES30-16.pdf>
- ❖ Comité nacional para el adulto mayor (s/f) *Política nacional para El adulto mayor*. Recuperado 2 de Noviembre 2007 en http://www.eclac.org/celade/agenda/1/10761/PolNac_Chile.pdf
- ❖ Departamento de estadística e información en Salud (2008) *Estadísticas de atención en Salud*. Recuperado 2 Marzo de 2008 en <http://deis.minsal.cl/index.asp>
- ❖ Fondo Nacional de Salud (1999) *Una mirada a fondo a la modernización de FONASA 1994-1999*.
- ❖ Instituto Nacional de Estadísticas, Chile (2008) *Censo de Población y Vivienda 2002*. Recuperado 12 de Abril de 2008 en www.ine.cl.

- ❖ Mardones F (2004) *Equidad en la atención y en la promoción de la salud para el adulto mayor en Chile*. ARS Médica. Pontificia Universidad Católica de Chile. 8 (8)

- ❖ Marín P (2000) *Fragilidad en el adulto mayor y valoración geriátrica integral*. Centro de Geriátrica y Gerontología. Facultad de Medicina UC.29 (1/2)

- ❖ Marín P (2006) *Lineamientos para la reformulación de la Política Pública de Salud para personas mayores*. Centro de Geriátrica y Gerontología. Facultad de Medicina UC.1 (5)

- ❖ Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. (2005) *Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe*. Rev Panam Salud Pública. 17(5/6).353–61.

- ❖ Ministerio de Planificación Nacional de Chile (2007) *Encuesta CASEN 2003*. Recuperado 12 de Noviembre de 2007 en <http://www.mideplan.cl/casen/>

- ❖ Ministerio de Planificación Nacional de Chile (2008) *Encuesta CASEN 2006*. Recuperado 27 Marzo de 2008 en <http://www.mideplan.cl/final/categoria.php?secid=25&catid=124>

- ❖ Ministerio de Salud de Chile (2002) *Los objetivos sanitarios para la década del 2000-2010*. Resumen Ejecutivo.

- ❖ Ministerio de Salud de Chile (2005) *Cambio Demo y Salud Pública*. Seminario: Las Transformaciones Demográficas en Chile y sus Consecuencias para las Políticas Publicas.

- ❖ Ministerio de Salud de Chile (2005) *Funcionalidad Del Adulto Mayor y Aplicación de Instrumento Predictor de Perdida de Funcionalidad Efam-Chile*. Recuperado 17 de Junio de 2007 en http://www.minsal.cl/ici/adulto_mayor/funcionalidad_adulto_mayor_efam_chile.doc

- ❖ Ministerio de Salud de Chile (2007) *Orientaciones para la programación en red año 2007.*
- ❖ Ministerio de Salud de Chile (2008) *Orientación técnica y metodológica de evaluación. Índice de actividad de la atención primaria. IAAPS año 2008.*
- ❖ Ministerio de Salud del Perú (2006) *Norma Técnica de Auditoría en Salud para el Mejoramiento de la Calidad en los Servicios.*
- ❖ Municipalidad de Macul (2005) *Los cabildos comunales 2005-2008.* Recuperado 23 Abril de 2007 en <http://www.munimacul.cl/images/stories/archivos/CuentaAlcalde2006/INDEX.html>
- ❖ Ministerio Secretaria General de Gobierno (2007) *Siete coberturas Auge están especialmente destinadas a Adultos Mayores.* Recuperado 20 de Junio de 2008 en <http://www.msgg.gov.cl/noticias/regiones/10.10.07.pdf>
- ❖ Naciones Unidas (2002) *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*
- ❖ Navarrete M., Ferreira M., Mogollón A., Fernández M., Delgado M (2005) *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud*
- ❖ Organización Mundial de la Salud (2003) *Informe sobre la salud en el mundo. Mortalidad y Morbilidad en adultos en edad avanzada.*
- ❖ Organización Panamericana de la Salud (1992) *Evaluación de programas de salud y toma de decisiones*
- ❖ Osorio G., Sayes N., Fernández L., Araya E., Poblete D. (2002) *Auditoría médica: herramienta de gestión moderna subvalorada. Rev. Méd Chile.130 (2).*
- ❖ Priscilla U., Robinson E., Tolley E., Organización Panamericana de la Salud (2006) *El diseño del estudio. Investigación aplicada en salud pública: métodos*

cuantitativos.

- ❖ Sanhueza M., Castro M., Merino J. (2005) *Adultos Mayores funcionales: un nuevo concepto en salud*. Ciencia y enfermería. 11 (2)
- ❖ Silva J., Albala C., Barros C., Jerez J., Villalobos A., Herrera P., Estrada V., Bustos C. (2003) *Evaluación funcional del adulto mayor*. EFAM-Chile Santiago: Proyecto FONDEF. MINSAL
- ❖ Szot J.(2003) *La transición demo-epidemiológica en Chile,1960-2001*. Rev. Esp. Salud Pública. 77 (5)
- ❖ United Bristol Healthcare Clinical Audit Central Office (2005) *What is Clinical Audit?*.Recueperado 2 de Marzo de 2008 en http://www.ubht.nhs.uk/documents/what_is_ca.pdf
- ❖ Villalobos, A; Estrada, V; Guerra, V; Muñoz, M; Gonzáles, N; Garrido, C; Campos, I; Bustos, C; Herrera, P; Barbieri, L. (2002). *Norma de atención integral del adulto mayor*. MINSAL
- ❖ Wallace S. (2002) *Equidad en la atención médica del adulto mayor en Chile: papel de la previsión*. Rev. de la CEPAL. 78

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

El siguiente es un glosario realizado con diferentes términos, que se utilizan principalmente en el material bibliográfico.

AM: Adultos Mayores

BID: Banco Interamericano de Desarrollo

AUGE : Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud
CASEN: Encuesta de Caracterización Socioeconómica
CEPAL/ECLAC: Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CELADE: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CESFAM: Centro de Salud Familiar
COSAM: Centro de Salud Mental
DEIS: Departamento de Estadística e Información en Salud
EFAM- Chile: Herramienta de Evaluación Funcional del Adulto Mayor
FONASA: Fondo Nacional de Salud
IAAPS: Índice de Actividad de la Atención en Atención Primaria
INE: Instituto Nacional de Estadísticas
INTA: Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos
MINSAL: Ministerio de Salud
MIDEPLAN: Ministerio de Planificación Nacional
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PACAM: Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor
Proyecto SABE: Proyecto de Salud, Bienestar y Envejecimiento
SAPU: Servicio de Atención Primaria de Urgencia
SABE: Proyecto de Salud, Bienestar y Envejecimiento realizado en Chile
SSMO: Servicio de Salud Metropolitano Oriente
SENAMA: Servicio Nacional del Adulto Mayor

ANEXOS

ANEXO 1: Norma de la atención integral de salud del adulto mayor.



ANEXO 1, PARTE 1: Orientación Programática y Objetivos

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

ORIENTACIONES PROGRAMÁTICAS PARA LA POBLACION ADULTA MAYOR EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Los objetivos de la atención de salud son:

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

Objetivos Específicos en la Atención Primaria son:

- Controlar al adulto mayor a su ingreso al Programa de Salud, con el fin de:
 - medir la funcionalidad
 - identificar los factores de riesgo
 - elaborar un plan de atención a ser realizado por el equipo de salud, el propio adulto mayor, su familia, la comunidad y la inter-sectorialidad
- Controlar al adulto mayor periódicamente para:
 - evaluar el plan de atención del control de salud anterior
 - reevaluar funcionalidad
 - reevaluar factores de riesgo
 - actualizar el plan de atención.

Actividades derivadas de los Controles de Salud:

- Resolución de morbilidad
- Consultas de nutrición, servicio social, kinesiología y otras
- Vacunación
- Programa de Alimentación Complementaria (PACAM)
- Reunión clínica
- Trabajo comunitario e intersectorial

ANEXO 1, PARTE 2: EFAM- Chile

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

Criterios de Evaluación de la Población Adulta Mayor según Funcionalidad

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

INSTRUCCIONES	ITEM	PUNTAJE
8. El Adulto Mayor de pie intentará tomar un objeto realizando máxima extensión de brazos sobre su cabeza.	Con los brazos extendidos lo máximo posible sobre los hombros, tomar con ambas manos un objeto	
	No lo logra	0
	Presenta dificultad con ambas manos para lograrlo	2
9. En posición de pie, encucillílese, tome el objeto desde suelo.	Lo logra sin dificultad con una mano	4
	Lo logra sin dificultad con ambas manos	6
	De pie y derecho, agáchese, tomar un objeto desde el suelo y levantarse	
	Le cuesta mucho encucillarse y no lo logra	0
	Se encucilla bien pero tiene dificultad para tomar el objeto y levantarse	2
	Se encucilla y toma el objeto sin dificultad, pero le cuesta levantarse espontáneamente	4
	Se encucilla y toma el objeto y se levanta sin dificultad	6
TOTAL		

Clasificación Puntaje

Si suma puntaje ≤ 42 = persona dependiente

Si suma puntaje > 42 = persona autovalente

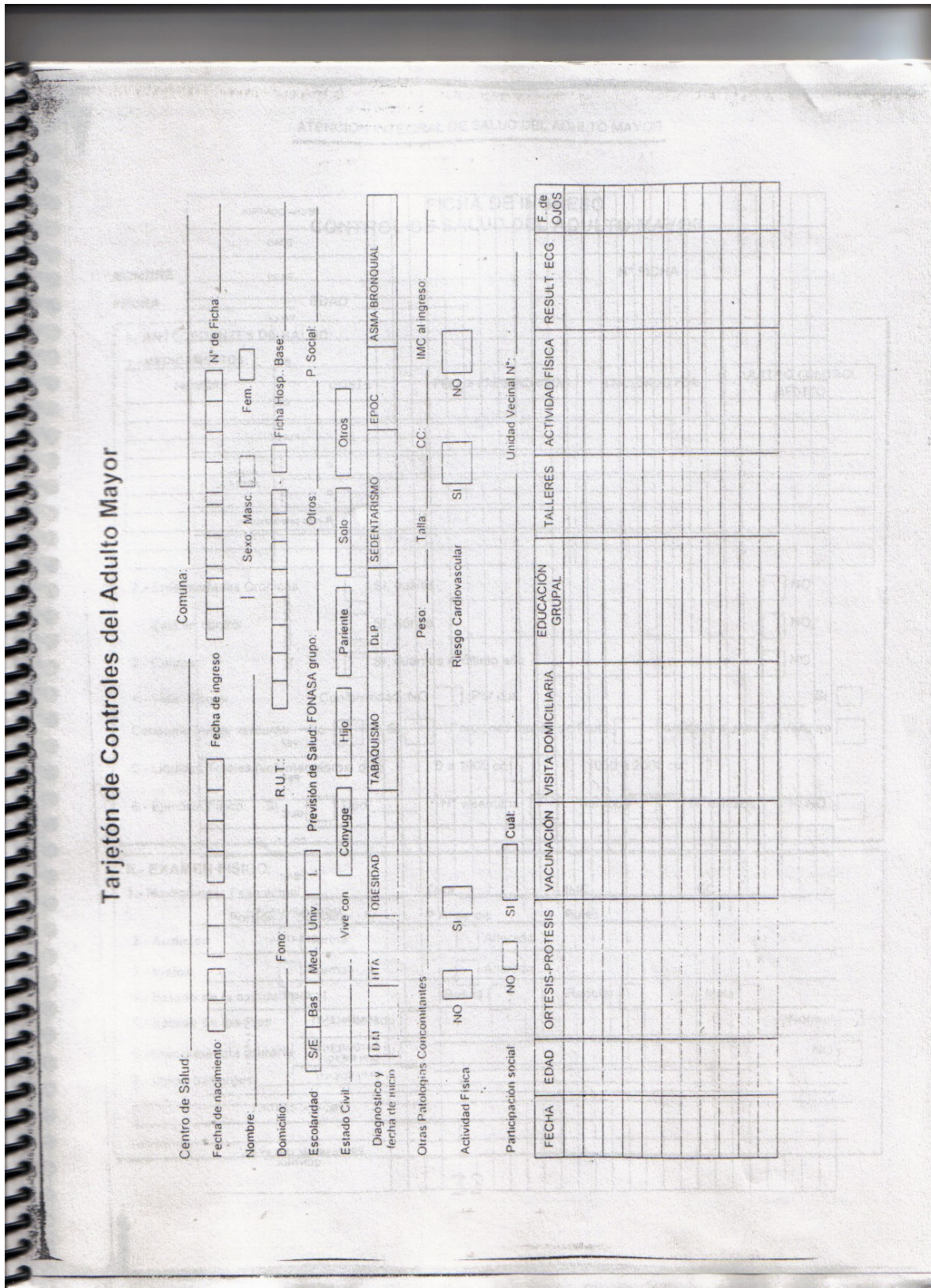
Aplicar parte B a la persona con puntaje autovalente, para determinar condición de riesgo

PARTE B

Discrimina entre Autovalentes con y sin riesgo

INSTRUCCIONES	ITEM	PUNTAJE
1. Tomar la presión arterial. Los medicamentos deben ser los indicados por el médico tratante	Presión arterial	
	PA norma. sin antecedentes HTA	13
	PA norma. con diagnóstico previo. en control y con medicamentos	13
	PA normal. con diagnóstico previo. sin control, pero con medicamentos	9
	PA norma. con diagnóstico previo. con o sin control y con medicamentos	7
	PA elevada. sin antecedentes HTA	3
2. ¿Tiene Ud. diagnóstico de Diabetes? Los medicamentos deben ser los indicados por el médico tratante	PA elevada y con diagnóstico previo. con o sin control o sin medicamentos	0
	Diabetes	
	Sin diabetes	1.
	Diagnosticada. en control y con medicamentos	6
	Diagnosticada. sin control o sin medicamentos	3
	Diagnosticada. sin control y sin medicamentos	1.

ANEXO 1 , PARTE 3: Tarjeta de Ingreso



ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

FECHA CONTROL	
	EDAD
	PESO
	TALLA
	IMC
	CC
	PULSO
S	PRESIC. ARTERIAL
D	
	Riesgo cardiovascular
	MEDICAMENTOS
	VEF
	PEF
	GLIC
	COL T
	HBA _{1c}
	MICROALBUMINURIA
	CREATININA
	FIE
	CAIDA
	AUTOVALENTE
	AUTOVALENTE CON RIESGO
	DEPENDIENTE
	PROXIMO CONTROL
	PROFESIONAL QUE REALIZA CONTROL

ANEXO 1, PARTE 4: Ficha de Control de Ingreso e Instructivo

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

FICHA DE INGRESO

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

III.- EXAMENES AL INGRESO:

a) Adulto Mayor		b) Adulto Mayor Diabético	
Glicemia	_____	Uremia	_____
Colesterol Total	_____	Hemoglobina glicosilada(HbA1)	_____
Hemograma	_____	Microalbuminuria	_____
Albúmina	_____	Creatinina	_____
		b) Adulto Mayor ASMA	
		VEF	_____
		b) Adulto Mayor EPOC	
		PEF	_____

IV.- DIAGNOSTICO

- Funcional EFAM-Chile: Autovalente _____ Autovalente con riesgo _____ Dependiente _____
 - Hallazgos referidos al EFAM-Chile _____

PARTE A	PUNTAJE	PARTE B	PUNTAJE
1		1	
2		2	
3		3	
4		4	
5		5	
6		6	
7			
8			
9			
TOTAL		TOTAL	

- Biológico _____
 - Psicológico _____
 - Social _____

V.- PLAN DE ATENCION

VI.- REFERENCIAS Y MOTIVO

NOMBRE DEL PROFESIONAL _____ CITACION PROXIMO CONTROL _____

Instructivo para control de Ingreso

INSTRUCTIVO CONTROL DE SALUD DE INGRESO DEL ADULTO MAYOR

El control de salud se debe aplicar a todo Adulto Mayor que ingresa al Establecimiento de Atención Primaria. Este control es un momento privilegiado para detectar factores de riesgo y educar a la persona en asumir su autocuidado.

Los objetivos del Control son:

- Evaluar integralmente al Adulto Mayor, en los aspectos funcionales biológicos, psicológicos y sociales.
- Identificar los factores de riesgo de pérdida de funcionalidad
- Elaborar un plan de atención y de seguimiento, para ser ejecutado por el conjunto del equipo del Establecimiento.

Disponer de información para la toma de decisiones del equipo.

El Control consta de cinco componentes:

1. *Antecedentes de Salud*
2. *Examen Físico*
3. *Exámenes de Laboratorio*
4. *Diagnóstico Integral*
5. *Plan de Intervención*

1. Antecedentes de Salud

1.1 Medicamentos: El envejecimiento modifica la farmacocinética y la farmacodinamia. La presencia de pluripatología, automedicación, baja adherencia al tratamiento farmacológico y el uso de la contención farmacológica, son problemas frecuentes en la población adulta mayor. La vigilancia de la terapia farmacológica es un factor necesario en las medidas preventivas del mantenimiento de la funcionalidad.

Se debe indagar y consignar las siguientes variables:

a) Adulto Mayor

Glucemia

Triglicéridos

Coolesterol Total

Hemoglobina

Albumina

- **Nombre:** Solicitar a la persona mayor que diga el nombre de los medicamentos que está tomando, consignar en la ficha. Generalmente la persona mayor no conoce el nombre de los medicamentos ni para qué están indicados, por lo tanto se recomienda que al momento de la citación al control la persona lleve todos los medicamentos que está tomando, incluidas las yerbas, homeopatía y otros.

- **Dosis:** Preguntar por la dosis que está tomando actualmente por cada fármaco, consignar en la ficha y verificar si corresponde a la indicación médica. Si no corresponden, corregir de inmediato. Es frecuente que la persona cambie la dosis del fármaco sin consulta médica. El adulto mayor recibe a veces fármacos de la misma familia en forma repetida indicados por otros médicos; sin informar al profesional tratante, lo que conlleva riesgos de caídas por ejemplo.

- **Indicado por:** Preguntar si el fármaco fue indicado por médico tratante, auto recetado, indicado por la farmacia, por la radio, por un amigo, etc. Si no fue indicado por médico dérivelo a morbilidad.

- **Ultimo control médico:** Preguntar por la última visita al médico, para verificar control de los fármacos que el adulto mayor está consumiendo. Es frecuente que la persona mayor tenga tratamiento farmacológico y pase mucho tiempo sin consultar. Si es ésta la situación derive a morbilidad.

Educación:

- Consecuencias de la automedicación
- Los medicamentos deben conservarse etiquetados y envasados
- Verificar la fecha de vencimiento del fármaco
- Control médico periódico, si tiene tratamiento farmacológico es de vital importancia educar al paciente, familia u otros cuidadores en como organizar la toma de medicamentos durante el día

2. Enfermedades crónicas: A menudo la persona mayor no conoce su condición de enfermo crónico, es decir que la enfermedad es para toda la vida, de desarrollo larvado, silencioso y se manifiesta sólo cuando hay un gran compromiso de los órganos, como corazón, riñón, ojos, cerebro, pared vascular, etc. Si la persona no conoce su condición de cronicidad es muy difícil que asuma su autocuidado.

5. Líquidos: Es muy frecuente encontrar que el adulto mayor no ingiere una buena cantidad de líquido predisponiéndose a la deshidratación (piel seca, astenia, labios secos etc.). Marcar en casillero correspondiente los volúmenes aproximados que ingiere en 24 horas.

6. Consume verduras / frutas: El consumo de fibras es fundamental en el equilibrio de la dieta en el adulto mayor.

7. Realiza ejercicio físico: La realización de ejercicio físico en forma regular mejora capacidad cardiorrespiratoria, fuerza muscular, flexibilidad, mantiene rangos articulares, ayuda en el control del dolor en las patologías crónicas, calidad de vida y funcionalidad.

Educación:

- Informar a la persona mayor y a su familia, que es frecuente que el adulto mayor no tenga sed (hipodipsia, disminución de la sed), por ello es absolutamente necesario tomar conciencia de la ingesta de agua diaria.
- A medida que se envejece se produce una reducción del agua intracelular
- La ingesta de líquido debe ser a lo menos de dos litros diarios considerando las comidas, exceptuando personas con insuficiencia renal u otra contraindicación médica.

2. Examen Físico

2.1 Mediciones antropométricas:

Peso: Controlar el peso con la menor cantidad de ropa. Si se registra bajo peso en los últimos seis meses, sin hacer dieta, se debe derivar a médico, esto puede constituir una señal de enfermedad. Puede estar asociado a una falta de ingesta alimentaria relacionada con trastornos orales, mala dentadura, alteraciones del tracto digestivo; presencia de diarreas crónicas o vómitos frecuentes. Descartar falta de recurso económico u otros impedimentos para obtener sus alimentos.

Talla: Realizar la medición al ingreso con un podómetro de adulto, la talla de la persona mayor va disminuyendo por cambios en la arquitectura ósea.

Índice de masa corporal: Es el indicador del estado nutricional más recomendable en el adulto mayor.

ESTADO NUTRICIONAL	Índice de Masa Corporal (IMC)
Enflaquecido/a	Menor de 23
Normal	23,1 a 27,9
Sobrepeso	28 a 31,9
Obeso	32 o más

Si la persona está enflaquecida u obesa enviar a médico y nutricionista

- **Presión Arterial:** Es frecuente la hipotensión ortostática en las personas mayores, causa importante de caídas, por ello se debe tomar la presión sentado y de pie. Se registra el valor más alto para clasificarlo. Si la cifra está alterada enviar a control seriado de PA.
- **Pulso:** Se busca pesquisar alteraciones del ritmo, frecuencia y amplitud. Si se detecta algún problema derivar a médico.

Educación:

- En la importancia de controlar periódicamente los parámetros antropométricos
- Si hay alteración de alguno de ellos consultar médico

2.2 Audición

Preguntar al adulto mayor si tiene que subir el volumen de los aparatos de televisión, radio para escuchar.

Educación:

- A la familia que cuando converse con la persona mayor module bien, con un tono normal, asegurándose que la persona lo esté mirando en un lugar iluminado
- Visitar al otorrino, si no escucha bien, es frecuente que la persona mayor tenga un tapón de cerumen en el oído.

2.3 Visión: Preguntar a la persona como ve con lentes o sin lentes

Educación:

- No ver bien constituye un serio riesgo de caída y de aislamiento
- Control regular por oftalmólogo ya que pueden desarrollarse otras patologías degenerativas, como por ejemplo catarata, si no se trata puede llevar a la ceguera.

2.4 Cavidad bucal

- Observar encías que pueden estar dolorosas y sangrantes, signo de enfermedad periodontal, frecuente en las personas mayores y causantes de la pérdida de piezas dentarias.
- Observar úlceras o manchas en la mucosa bucal en búsqueda de cáncer de cavidad oral, frecuente en este grupo etáreo.
- Observar la hidratación de la mucosas, debido a una menor producción de saliva agravada por el poco líquido que toman las personas mayores
- Preguntar por la calidad de la higiene (frecuentemente deficiente), esto sumado a las condiciones descritas anteriormente dañan en forma importante la dentadura de las personas mayores

Clasifique las condiciones de la cavidad bucal en:

- **Buena:** cuando no hay alteraciones significativas, ausencia de infección
- **Regular:** si existen focos infecciosos, encías inflamadas
- **Mala:** Pérdida importante de piezas dentaria, encías sangrante

Educación:

- Visitar periódicamente al odontólogo
- Lavado frecuente de los dientes, después de cada comida
- Sacarse todas las noches las prótesis dental y lavarlas con el cepillo dental

2.5 Estado de los pies: Para mantener la marcha los pies son esenciales, con frecuencia se observan muchos problemas en las personas mayores asociado a pie diabético, onicomicosis, queratosis, heridas y deformaciones. Es importante en el control de salud registrar piel, temperatura, coloración y volumen del pie.

Educar:

- Cuidar en forma regular los pies
- Visitar al podólogo regularmente

2.6 Continencia urinaria: las personas mayores en general no informan al médico de pérdidas involuntarias de orina, por esta razón es importante preguntar sistemáticamente en el control de salud si hay pérdida involuntaria; si esta condición es habitual u ocasional y en que situaciones se produce: tos, secundaria a esfuerzo, etc.

Educar:

- Realizar ejercicios de suelo pélvico.
- Sugerir evacuar orina en forma periódica durante el día evitando rebalses.

2.7 Otros hallazgos: Registrar otras situaciones detectadas que no estén incluidas en los puntos anteriores

3. Exámenes de Laboratorio.

3.1 Creatinina: Considerando que con el proceso de envejecimiento se produce una pérdida progresiva de la función renal (6 a 10% cada 10 años, a partir de la 4° década) es dable esperar que los adultos mayores tengan un deterioro significativo de su función renal. Esta situación puede verse aumentada por la mayor incidencia de la HTA y DM en este grupo etareo, cuadros crónicos que agravan más el deterioro renal. Por otro lado debemos considerar que los adultos mayores son en gran medida polimedamentados (polifarmacia), y en este caso debemos asumir siempre una potencial nefrotoxicidad de los fármacos por lo cual se hace necesario conocer la función del estado renal del adulto mayor.

Se determina el valor de creatinina plasmática en el afán de conocer la tasa de filtración glomerular, pero como es sabido el adulto mayor disminuye su masa muscular, lo cual se refleja en los valores de creatinina sérica plasmática; se puede dar el caso de que adulto mayor con una creatinina normal realmente tenga deterioro en su función renal. Por el motivo anterior es que se recurre al cálculo de la función renal mediante, el clearance corregido de creatinina, a través de la siguiente fórmula:

$$\text{Aclaramiento de creatinina = } \frac{\text{Peso corporal (Kgs)} \times (140 - \text{edad})}{72 \times \text{creatinina sérica}} \\ \text{(Clearance corregido)}$$

* en el caso de las mujeres este resultado final se multiplica por 0.85

3.2 Glicemia: La medición predice potenciales individuos diabéticos asintomático, de una manera rápida y barata. Su utilidad no solamente esta remitida a la detección precoz de Diabetes Mellitus, sino que también a la detección precoz de la intolerancia a la glucosa. Para los criterios diagnósticos de estas entidades señalada, según los valores de la glicemia encontrada refiérase a las Guías clínicas y Normas Técnicas MINSAL. La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades mas importantes de la población adulta mayor.

La Diabetes es responsable de alteraciones microvasculares (específicas) como la retinopatía, nefropatía, neuropatía; y otras complicaciones macrovasculares asociadas (no específicas) tales como: enfermedad coronaria, cerebrovasculares y arterial periférica. Por estas situaciones se considera la diabetes mellitus uno de los altos factores de riesgo en geriatría y de ahí su importancia en detección precoz.

3.3 Colesterol Total: Ver Norma de Dislipedemia, Minsal

3.4 Hemograma: En general los individuos de edad avanzada sufren los mismos trastornos hematológicos de los jóvenes aunque hay algunas procesos más comunes en adultos mayores Ej. Anemia microcítica, ferropriva que representa el 60% de las anemias de adultos mayores de 65 (volumen corpuscular medio menor 80). Cuando no hay deficiencia de hierro en la dieta ni una mala absorción generalizada o secundaria a gastrectomía por ejemplo, se debe descartar pérdidas hemáticas sobre todo a través de tracto digestivo o génito urinario.

FICHA DE CONSULTA NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR

Si la persona es diabética agregar:

3.5 Uremia: Examen básico para detectar eventual falla renal antes que aparezcan los síntomas típicos del síndrome urémico, lo que es más habitual en el anciano.

3.6 Hemoglobina glicosada (HbA_{1c}): Constituye con un parámetro de mal control de la alimentación (régimen), del diabético cuando los valores de HbA_{1c} están elevados.

3.7 Microalbuminuria: Método para la detección de la nefropatía diabética incipiente, es este caso, una señal de alerta para el manejo farmacológico del paciente. Se puede prescindir de este examen si se cuenta con proteinuria previa de más de 0,5 gr. en 24 horas, lo que nos indica una nefropatía declarada.

4. Diagnóstico Integral: El adulto mayor debe ser mirado integralmente, es necesario entonces, plantearse un abordaje donde forme parte el paciente, la familia, equipo de salud, comunidad y la intersectorialidad.

5. Plan de Intervención: El plan de intervención debe considerar en su ejecución:

- Describir factores de riesgos existentes.
- Dar a conocer al adulto mayor y su familia cual es su situación de salud, escribir los compromisos adquiridos.
- Educar y registrar en la ficha las medidas de autocuidado prioritarias.

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

Consulta de Morbilidad

Concentración	Observado en el nivel local
Rendimiento	4 por hora
Instrumento	Hora médico
Registro	Ficha Clínica

Consulta Nutricional

Cobertura	100% Diabéticos y 100% Adultos Mayores con alteración estado nutricional
Concentración	Observado en nivel local
Rendimiento	Individual 3 por hora - grupal 4 - 8 por hora
Instrumento	Nutricionista

Consulta Social

Cobertura	60% de adulto mayor con riesgo
Concentración	2 - 3
Rendimiento	3 por hora
Instrumento	hora Asistente Social

Consulta Odontológica

Cobertura	Determinada a nivel local
Concentración	Observado en nivel local.-
Rendimiento	3 por hora
Instrumento	Hora Odontológica

Consulta Kinésica

Cobertura	Adulto Mayor con HTA, osteoarticular, obesidad, diabetes.
Concentración	Observado en nivel local.
Rendimiento	3 por hora - grupal 4 - 8 por hora
Instrumento	Kinesiólogo

- PLANIFICA
1. Adulto autovalen
 2. Adulto adulta n
 3. Adulto mayor e
- 1.- ADULTO MA
- | |
|----------------|
| Nivel de Inter |
| Objetivos |
| Estrategias |
| Actividades |
- Control de Sa
- | |
|-------------|
| Grupo de Ed |
| Cobertura |
| Orientación |
| Concentraci |
| Rendimiento |
| Instrumento |

Reuniones Clínicas

El objetivo de esta actividad es que los integrantes de los equipos que atienden al adulto mayor autovalente con riesgo, es decir, médico, enfermera, nutricionista, asistente social y kinesiólogo, analicen los casos de adultos mayores, que a pesar del tratamiento no mejoran su descompensación, y en conjunto elaboren una estrategia común de manejo integral del paciente, con el propósito de evitar que la persona pierda autovalencia y pase al grupo del adulto mayor dependiente.

Orientación	3 casos por reunión
Concentración	24 anuales
Rendimiento	3 casos en 2 horas
Instrumento	Médico, enfermera, nutricionista, asistente social, kinesiólogo

Salas ERA

Rehabilitación Comunitaria

Programa de Ortesis y Prótesis

3.- ADULTO MAYOR DEPENDIENTE

Niveles de Intervención	Prevención Secundaria Tratamiento – Rehabilitación Cuidados paliativos
Objetivos	Mantener y/ o mejorar calidad de vida del Adulto Mayor, del cuidador y de la familia Muerte Digna
Estrategias	Atención Domiciliaria Trabajo Comunitario Intersectorial Cuidados Paliativos Programa de Ortesis y Prótesis, ayudas técnicas Coordinación Interniveles Integración de la red
Actividades	Visita domiciliaria PACAM Vacunación Antinfluenza Grupos de autoayuda Voluntariado

Visita Domiciliaria

Es la atención proporcionada al adulto mayor dependiente o postrado en su hogar con objetivo de mantener o mejorar la calidad de vida del adulto mayor, el cuidador y la familia. Las actividades a realizar en el hogar son: examen integral del adulto mayor; observar piel, higiene, alimentación, movilización, recreación, socialización, toma de fármacos, hidratación, continencia urinaria y fecal.

Cobertura	100% de los adultos mayores dependientes o postrados
Concentración	Mínimo 3 visitas al año
Rendimiento	1 visita por hora
Instrumento	enfermera, médico, auxiliar de enfermería, asistente social.

Consulta Social

Cobertura	100% de los adultos mayores dependientes o postrados
Concentración	Mínimo 3 visitas al año
Rendimiento	1 visita por hora
Instrumento	enfermera, médico, auxiliar de enfermería, asistente social.

Consulta Odontológica

Cobertura	100% de los adultos mayores dependientes o postrados
Concentración	Mínimo 3 visitas al año
Rendimiento	1 visita por hora
Instrumento	enfermera, médico, auxiliar de enfermería, asistente social.

Consulta Kinesia

Cobertura	100% de los adultos mayores dependientes o postrados
Concentración	Mínimo 3 visitas al año
Rendimiento	1 visita por hora
Instrumento	enfermera, médico, auxiliar de enfermería, asistente social.

ANEXO 1, PARTE 6: Ficha de Control de Seguimiento

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

FICHA DE CONTROL DE SEGUIMIENTO ADULTO MAYOR

NOMBRE _____ N° FICHA _____
 FECHA _____ PROFESIONAL _____
 CONTROL PAM _____ ENFERMEDAD CRÓNICA _____
 EDAD _____ Pres. Art. SENTADO _____
 PESO _____ Pres. Art. PIE _____
 TALLA _____ PULSO _____
 HEMOGLUCOTEST (DM) _____ IMC _____

EVALUACIÓN DEL PLAN DEL CONTROL ANTERIOR

IV.- DIAGNOSTICO ACTUALIZADO

- Funcional EFAM-Chile: Autovalente _____ Autovalente con riesgo _____ Dependiente _____

- Hallazgos referidos al EFAM-Chile

PARTE A	PUNTAJE	PARTE B	PUNTAJE
1		1	
2		2	
3		3	
4		4	
5		5	
6		6	
7			
8			
9			
TOTAL		TOTAL	

- Biológico _____

- Psicológico _____

- Social _____

Terapia farmacológica _____

Otros hallazgos _____

Plan de atención _____

Referencia _____

Próximo Control: _____ Firma del profesional: _____

ANEXO 2: Tarjetas y fichas realizadas por el CESFAM Santa Julia

ANEXO 2, PARTE1: Tarjeta de Ingreso

EPAM- CHILE	Dependiente	
	AUTOVALENTE CON RIESGO	
	AUTOVALENTE	
CAIDAS		
PIE DIABETICO		
CREATINA		
MICROALBUMINURIA		
TRIGLICERIDOS		
LDL		
HDL		
HBA1		
COLESTEROL TOTAL		
GLIC		
PEF		
VEF		
MEDICAMENTOS		
CARDIOVASCULAR RIESGO		
PRESIÓN ARTERIAL	S	
	D	
PULSO		
CC		
IMC		
TALLA		
PESO		
EDAD		
FECHA CONTINUA		

ANEXO 2, PARTE 2: Ficha de Control de Ingreso

FICHA DE CONTROL DEL ADULTO MAYOR.

Fecha: _____ Edad: _____ años. Enfermedad crónica: _____

PA sentado _____ PA de pie _____ Pulso _____ HGT _____

Peso _____ Talla _____ IMC _____

Caídas en el último año: NO SI cuántas _____

Vida Sexual: NO Por qué? _____ SI

Consumo verduras: NO SI porciones/día _____

Consumo frutas: NO SI porciones/día _____

Líquidos totales: 0 a 1000 cc 1000 a 2000 cc

Actividad física: NO SI Tipo _____ v/sem _____ Tpo _____

Exámenes de control: / /

Hto	ELP	ECG
Hb	Colesterol total	Fondo de ojo
Glicemia	Triglicéridos	Orina completa
Hb glicosilada	HDL	Microalbuminuria
Creatinina	LDL	PEF

Terapia farmacológica: _____

Examen físico: Síntomas: _____

Audición: normal alterada Visión: normal alterada

Estado bucal: bueno regular malo Incontinencia urinaria: SI NO

Estado de pies: normal alterado Pie diabético: _____ puntos.

Hábitos: Tabaco _____ Alcohol _____ Otros _____


Autovalente Autovalente con riesgo Dependiente

Parte A	Parte B	
1	1	
2	2	Biológico
3	3	
4	4	
5	5	Psicológico
6	6	
7		
8		Social
9		
Total	Total	

Plan de atención:

Profesional: _____

ANEXO 2, PARTE 3: Ficha de control de Ingreso o Seguimiento

 GOBIERNO DE CHILE <small>SERVICIO DE SALUD MULTISPECIALIDAD ASISTENCIAL</small> Dpto. Coordinador de la Red Asistencial	COMUNA <input style="width: 100%;" type="text"/> CENTRO DE SALUD <input style="width: 100%;" type="text"/> FECHA <input style="width: 100%;" type="text"/> SECTOR <input style="width: 100%;" type="text"/> N° FICHA <input style="width: 100%;" type="text"/>																																																																		
CONTROLES DE SALUD DEL ADULTO MAYOR EN ATENCIÓN PRIMARIA																																																																			
IDENTIFICACION Control de Seguimiento <input type="checkbox"/> NOMBRE: <input style="width: 80%;" type="text"/> Control de Ingreso <input type="checkbox"/> Fecha Nacimiento <input style="width: 100px;" type="text"/> Edad: <input style="width: 30px;" type="text"/> años N° RUT <input style="width: 100px;" type="text"/> Dirección <input style="width: 80%;" type="text"/> Fono <input style="width: 100px;" type="text"/> ESCOLARIDAD: Ninguno <input type="checkbox"/> Básica <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/>																																																																			
I.- MEDICIONES ANTROPOMÉTRICAS PA Sentado <input style="width: 50px;" type="text"/> PA de pie <input style="width: 50px;" type="text"/> Pulso <input style="width: 50px;" type="text"/> Peso <input style="width: 50px;" type="text"/> kg Talla <input style="width: 50px;" type="text"/> cm IMC <input style="width: 50px;" type="text"/> CC <input style="width: 50px;" type="text"/> cm.																																																																			
II.- EVALUACION DE LAS ACCIONES INDICADAS EN EL PLAN DE ATENCIÓN ANTERIOR <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 33%;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th>Derivar a</th><th>Si</th><th>No</th></tr> <tr><td>Médico</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Kinesiólogo</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> <td style="width: 33%;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th>Derivar a</th><th>Si</th><th>No</th></tr> <tr><td>Nutricionista</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Tecnólogo Médico</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> <td style="width: 33%;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th>Derivar a</th><th>Si</th><th>No</th></tr> <tr><td>Asistente Social</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Comunidad</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Educación grupal</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> </tr> </table> Otras Observaciones: <input style="width: 80%;" type="text"/>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th>Derivar a</th><th>Si</th><th>No</th></tr> <tr><td>Médico</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Kinesiólogo</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Derivar a	Si	No	Médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kinesiólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th>Derivar a</th><th>Si</th><th>No</th></tr> <tr><td>Nutricionista</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Tecnólogo Médico</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Derivar a	Si	No	Nutricionista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tecnólogo Médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th>Derivar a</th><th>Si</th><th>No</th></tr> <tr><td>Asistente Social</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Comunidad</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Educación grupal</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Derivar a	Si	No	Asistente Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Educación grupal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th>Derivar a</th><th>Si</th><th>No</th></tr> <tr><td>Médico</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Kinesiólogo</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Derivar a	Si	No	Médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kinesiólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th>Derivar a</th><th>Si</th><th>No</th></tr> <tr><td>Nutricionista</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Tecnólogo Médico</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Derivar a	Si	No	Nutricionista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tecnólogo Médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th>Derivar a</th><th>Si</th><th>No</th></tr> <tr><td>Asistente Social</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Comunidad</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Educación grupal</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Derivar a	Si	No	Asistente Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Educación grupal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Derivar a	Si	No																																																																	
Médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
Kinesiólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
Derivar a	Si	No																																																																	
Nutricionista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
Tecnólogo Médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
Derivar a	Si	No																																																																	
Asistente Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
Comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
Educación grupal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
III.- DIAGNOSTICO FUNCIONAL <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th>Parte A</th><th>Puntaje</th><th>Parte B</th><th>Puntaje</th><th>Parte C</th><th>Puntaje</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.-</td><td></td><td>1.-</td><td></td><td>1.-</td><td></td></tr> <tr><td>2.-</td><td></td><td>2.-</td><td></td><td>2.-</td><td></td></tr> <tr><td>3.-</td><td></td><td>3.-</td><td></td><td>3.-</td><td></td></tr> <tr><td>4.-</td><td></td><td>4.-</td><td></td><td>4.-</td><td></td></tr> <tr><td>5.-</td><td></td><td>5.-</td><td></td><td>5.-</td><td></td></tr> <tr><td>6.-</td><td></td><td>6.-</td><td></td><td>6.-</td><td></td></tr> <tr><td>7.-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8.-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9.-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Total</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <div style="margin-top: 10px;"> Autovalente sin riesgo <input type="checkbox"/> Autovalente con riesgo <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> </div>		Parte A	Puntaje	Parte B	Puntaje	Parte C	Puntaje	1.-		1.-		1.-		2.-		2.-		2.-		3.-		3.-		3.-		4.-		4.-		4.-		5.-		5.-		5.-		6.-		6.-		6.-		7.-						8.-						9.-						Total					
Parte A	Puntaje	Parte B	Puntaje	Parte C	Puntaje																																																														
1.-		1.-		1.-																																																															
2.-		2.-		2.-																																																															
3.-		3.-		3.-																																																															
4.-		4.-		4.-																																																															
5.-		5.-		5.-																																																															
6.-		6.-		6.-																																																															
7.-																																																																			
8.-																																																																			
9.-																																																																			
Total																																																																			
Otras Observaciones al aplicar EFAM: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th>Ud. observa</th><th>Si</th><th>No</th><th>Ud. observa</th><th>Si</th><th>No</th><th>Ud. observa</th><th>Si</th><th>No</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mareos</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Dolor de cadera</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Dolor de espalda</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>Temblor de reposo</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Dolor de rodilla</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Alteración visual</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>Alteración del equilibrio</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Dolor de hombro</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Alteración auditiva</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		Ud. observa	Si	No	Ud. observa	Si	No	Ud. observa	Si	No	Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temblor de reposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de rodilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteración visual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteración del equilibrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de hombro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteración auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
Ud. observa	Si	No	Ud. observa	Si	No	Ud. observa	Si	No																																																											
Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
Temblor de reposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de rodilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteración visual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
Alteración del equilibrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de hombro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteración auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
IV.- DIAGNOSTICOS: Sólo marque con una X el diagnóstico respectivo cuando corresponda: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Hipertensión Arterial</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Diabetes Mellitus</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dislipidemia</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Artrosis</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>EPOC</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Asma</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Depresión</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Trastorno cognitivo</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Alteración auditiva</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Alteración visual</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> </tr> </table> Otros:.....		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Hipertensión Arterial</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Diabetes Mellitus</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dislipidemia</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Artrosis</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>EPOC</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	Dislipidemia	<input type="checkbox"/>	Artrosis	<input type="checkbox"/>	EPOC	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Asma</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Depresión</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Trastorno cognitivo</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Alteración auditiva</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Alteración visual</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Asma	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	Trastorno cognitivo	<input type="checkbox"/>	Alteración auditiva	<input type="checkbox"/>	Alteración visual	<input type="checkbox"/>																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Hipertensión Arterial</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Diabetes Mellitus</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dislipidemia</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Artrosis</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>EPOC</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	Dislipidemia	<input type="checkbox"/>	Artrosis	<input type="checkbox"/>	EPOC	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Asma</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Depresión</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Trastorno cognitivo</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Alteración auditiva</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Alteración visual</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Asma	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>	Trastorno cognitivo	<input type="checkbox"/>	Alteración auditiva	<input type="checkbox"/>	Alteración visual	<input type="checkbox"/>																																														
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>																																																																		
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>																																																																		
Dislipidemia	<input type="checkbox"/>																																																																		
Artrosis	<input type="checkbox"/>																																																																		
EPOC	<input type="checkbox"/>																																																																		
Asma	<input type="checkbox"/>																																																																		
Depresión	<input type="checkbox"/>																																																																		
Trastorno cognitivo	<input type="checkbox"/>																																																																		
Alteración auditiva	<input type="checkbox"/>																																																																		
Alteración visual	<input type="checkbox"/>																																																																		
V.- EXAMENES AL INGRESO Glicemia capilar <input type="checkbox"/> Hemograma <input type="checkbox"/> Colesterol total <input type="checkbox"/> Baciloscopia <input type="checkbox"/>																																																																			

VI.- TERAPIA FARMACOLÓGICA:

Sólo marque con una X el fármaco respectivo cuando corresponda o agregue:

Glibenclamida	Nifedipino	Propranolol	Enalapril	Fluoxetina	Inflamida	
Metformina	Atenolol	Furosemida	Hidroclorotiazida	Paracetamol	Aspirina	
Tolbutamida	Insulina	Losartan	Diazepan	Salbutamol		

VII.- OTROS FACTORES DE RIESGO

Tabaquismo ¿Usted fuma? No Sí → Consejería Breve
Beber Problema ¿Consumo bebidas alcohólicas? No Sí → AUDIT puntos
 Consejería según tipo de consumo
 Si > 16 pts. Referir a Programa de Alcohol y Drogas

VIII.- DETECCIÓN DE DEPRESIÓN

¿Se ha sentido cansada(o) o decaída(o), casi todos los días? No Sí
 ¿Se ha sentido triste, deprimida(o) o pesimista, casi todos los días? No Sí
 ¿Siente que ya no disfruta o ha perdido interés por cosas o actividades que antes le resultaban agradables o entretenidas? No Sí

Las personas con uno o más síntomas presuntivos de depresión, referir a Médico

IX.- CONTROL GINECOLÓGICO

¿PAP Vigente? Sí No
 ¿Examen de mama o mamografía vigente? Sí No } Derivar a Matrona

X.- PREVENCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA

Cuestionario de síntomas prostáticos "Referidos el último mes"

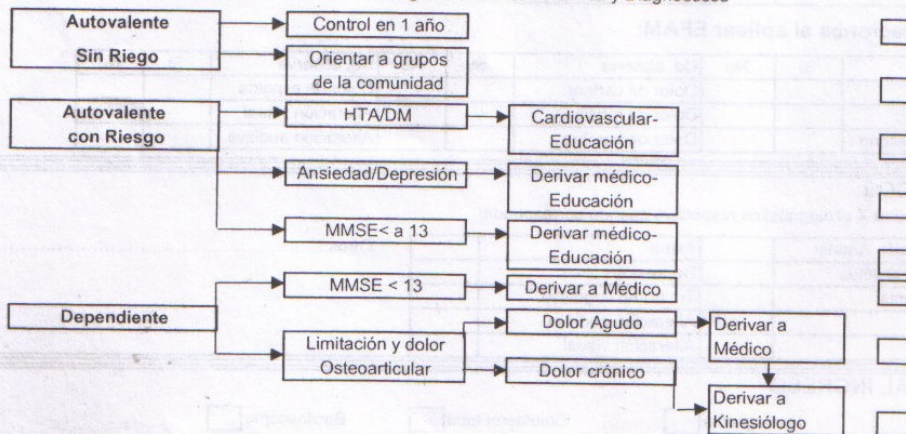
1 ¿Ha tenido la sensación de no vaciar por completo la vejiga? No Sí
 2 ¿Ha tenido la sensación de volver a orinar después de terminar la micción? No Sí
 3 ¿Ha notado que su micción se detiene intermitente mientras orina? No Sí
 4 ¿Le ha resultado difícil posponer la micción? No Sí
 5 ¿Ha notado que el chorro de su orina es más débil? No Sí
 6 ¿Ha tenido que hacer fuerza para comenzar a orinar? No Sí
 7 ¿Ha tenido que levantarse a orinar durante la noche? No Sí

Con dos o más respuestas afirmativas derivar a Médico

XI.- PLAN DE ATENCIÓN: Lo siguiente constituye una guía práctica.

El plan debe ser integral con enfoque familiar.

Marque con una X las acciones que llevará a cabo según resultados de EFAM y Diagnósticos



Profesional que realiza el EMP:

Próximo Control:

Firma:

ANEXO 4: Operacionalización de Variables

Variables Generales

Variable Completa	Variable Base de Datos	Indicador	Indicador Base de Datos
Identificación de caso	G ID	N° de Caso	Número
Fecha auditoria	Gfechaadu	Fecha	día/mes/año
Ficha	Gnficha	N° de Ficha	Número
R.U.T.	Grut	N° de R.U.T.	Número
Tipo de caso	Gtipocasoaudit	Ingreso sin Controles Antiguos Ingreso con Controles Antiguos Seguimiento sin Controles Antiguos Seguimiento con Controles Antiguos Seguimiento Sin Ingreso sin Controles Antiguos Seguimiento Sin Ingreso con Controles Antiguos Sin Registro Seguimiento luego Ingreso	1 3.1 2 3.2 0 3.0 4 9.2
Fecha ingreso formal al programa	Gfechaingform	Fecha	día/mes/año
Tipo de control de ingreso formal	Gtipocontrolform	Tipo control formal de ingreso No registra	Tipo MINSAL Tipo CESFAM
Fecha ingreso estudio	Gfechaingreso	Fecha	día/mes/año
Fecha termino de estudio	Gfechatermino	Fecha	día/mes/año
Fecha de primer control	Gfechacontroles1	Fecha No registra	día/mes/año NR
Tipo de primer control	Gtipoingr	Ingreso Seguimiento No registra	0 1 4
Fecha segundo control	Gfechcontroleseg2	Fecha No registra	día/mes/año NR
Fecha tercer control	Gfechcontroleseg3	Fecha No registra	día/mes/año NR
Fecha cuarto control	Gfechcontroleseg4	Fecha No registra	día/mes/año NR
Cantidad total de controles	Gncontroles	N° total de controles por caso	Número
Cantidad controles de seguimiento	Gnseg2	N° total de controles de seguimiento por caso	Número
Fecha de último control	Gfechultimocontrol	Fecha	día/mes/año

Variables Tarjeta de Ingreso

Variable Completa	Variable Base de Datos	Indicador	Indicador Base de Datos
Fecha de nacimiento	Tfechna	Registrado No registrado	día/mes/año NR
sexo	Tsexo	Femenino Masculino No claro	0 1 NC
Escolaridad	Ttipoesco	Sin escolaridad Básica Media Universitaria No registrado No claro	0 1 2 3 999 888
Estado civil	Testcivi	Soltera(o) Casada(o) Conviviente Separada(o) Viuda(o) No registrado No claro	0 1 2 3 4 999 888
Previsión de salud	Tprevsal	Sin Previsión Fonasa No registrado No claro	2 4 999 888
Participación social	Tparsoc	No participa Si participa No registrado No claro	0 1 999 888
Tipo participación social	Ttiposoc	Tipo de actividad	Respuesta abierta
Estado de patología crónica	Testadopatcro	No presenta ninguna patología crónica Si presenta alguna patología crónica	0 1
Patologías crónicas	Tpatcro	Registra No registra(Puede tener y no estar registrado) No claro	777 999 888
Diabetes Mellitus	Tdm	Registra No registra No claro	777 999 888
Hipertensión Arterial	Thta	Registra No registra No claro	777 999 888
Tabaquismo	Ttab	Registra No registra No claro	777 999 888
Dislipidemia	Tdisli	Registra No registra No claro	777 999 888
Enfermedad respiratoria	Tresp	Registra No registra No claro	777 999 888
Depresión	Tdepre	Registra No registra No claro	777 999 888
Alcoholismo	Toh	Registra No registra No claro	777 999 888

Accidente cerebrovascular	Tave	Registra No registra No claro	777 999 888
Artrosis	Tartro	Registra No registra No claro	777 999 888
Otra patología o diagnostico	Totrotipopato	Tipo de patologia o diagnostico	Respuesta abierta
Estado Nutricional	Tregnut	Registra No registra No claro	777 999 888
Tipo de Estado Nutricional	Tnuttipo	Bajo peso Normal Sobrepeso Obesidad	0 1 2 3
Riesgo cardiovascular	Trcv	Registra No registra No claro	777 999 888
Tipo de Riesgo Cardiovascular	Trcvtipo	Bajo Moderado Alto Máximo	0 1 2 3
Cantidad de tarjetones	Tnumero	Nº de Tarjetones	Número
Tipo de Tarjetones	Ttipotarje	Tipo CESFAM Tipo MINSAL	0 1

Variables Ficha de Ingreso

Variable Completa	Variable Base de Datos	Indicador	Indicador Base de Datos
Tipo de primer control	R1tipoco	Ingreso Seguimiento No presenta ningún control	0 1 2
Tipo de ficha de primer control	Itipofich	Tipo MINSAL ingreso Tipo CESFAM ingreso	0 1
Nombre	Inombre	Registra No registra No claro	777 999 888
Nº de Ficha	INºF	Registra No registra No claro	777 999 888
Fecha	lfecha	Registrado No registrado	día/mes/año
Edad	Iregedad	Registra No registra No claro	777 999 888
Nombre medicamento	Imednom	Registra No registra No claro No se aplica (no usa medicamentos)	R NR 888 666
Dosis medicamento	Imedosis	Registra No registra No claro No se aplica (no usa medicamentos)	R NR 888 666
Profesional indica medicamento	Imedprof	Registra No registra No claro No se aplica (no usa medicamentos, no se aplica para tipo de ficha)	777 999 888 666
Fecha control de medicamento	Imedfecha	Registra No registra No claro No se aplica (no usa medicamentos, no se aplica para tipo de ficha)	777 999 888 666
Patología crónica	Iregpatcro	Registra No registra No claro No se aplica (no presenta patologías crónicas)	777 999 888 666
Control patología crónica	lpatcon	Registra No registra No claro No se aplica (no presenta patologías crónicas)	777 999 888 666
Estado de caídas	lcaida	No presenta caída Si presenta caída No registra	0 1 999

		No claro	888
Cantidad de Caídas	Iregn°caida	Registra No registra No claro (Varías caídas)	777 999 888
Vida sexual	Isexual	No presenta vida sexual Si presenta vida sexual No registra No claro	0 1 999 888
Causa ausencia vida sexual	Isexono	Explicación por no tener vida sexual No registra	Respuesta abierta NR
Consumo liquido	Iliquido	0 a 1000 cc día 1000 a 2000 cc día No registra No claro	0 1 999 888
Consumo verduras	Iverdu	No consume Si consume No registra No claro	0 1 999 888
Cantidad de Verduras	Iregn°verd	Registra No registra No claro (a veces, poco, ocasional)	777 999 888
Consumo frutas	Ifruta	No consume Si consume No registra No claro	0 1 999 888
Cantidad de Frutas	Iregn°frut	Registra No registra No claro (a veces, poco, ocasional)	777 999 888
Práctica de ejercicio	Iejer	No realiza Si realiza No registra No claro	0 1 999 888
Tipo de ejercicio	Iejertipo	Tipo de ejercicio	Respuesta abierta
Cantidad de Veces de Ejercicio	Iregvec	Registra No registra No claro	777 999 888
Cantidad de Tiempo de Ejercicio	Iregejertp	Registra No registra No claro	777 999 888
Peso	Iregpeso	Registra No registra No claro	777 999 888
Talla	Iregtalla	Registra No registra No claro	777 999 888
IMC	Iregimc	Registra No registra No claro (No escribe número, sino estado nutricional)	777 999 888
Presión arterial sentado	Iregpasen	Registra No registra No claro	777 999 888
Presión arterial de pie	Iregpapie	Registra No registra No claro	777 999 888
Pulso	Iregpulso	Registra	777

		No registra No claro	999 888
Audición	laudi	Normal Alterada No registra No claro	0 1 999 888
Visión	lvision	Normal Alterada No registra No claro	0 1 999 888
Estado bucal	lboca	Bueno Regular Malo No registra No claro	0 1 2 999 888
Estado de pies	lpies	Normal Alterada No registra No claro	0 1 999 888
Características de alteración pie	lpiealte	Características de la alteración del pie No registra	Respuesta abierta NR
Incontinencia urinaria	lorina	No presenta incontinencia Si presenta incontinencia No registra No claro	0 1 999 888
Examen físico o Hallazgos Efam	lfisico	Hallazgos, signos y síntomas No registra	Respuesta abierta NR
Exámenes de sangre	lregexame	Si registra valores de exámenes No registra valores de exámenes Registra que se piden o que esta pendiente resultado No claro	777 999 555 888
Hematocrito	lreghto	Registra No registra No claro	777 999 888
Nivel de hematocrito	lhto	Porcentaje	Número
Hemoglobina	lreghb	Registra No registra No claro	777 999 888
Nivel hemoglobina	lhb	mg/dl	Número
Glóbulos blancos	lregblan	Registra No registra No claro	777 999 888
Nivel de Glóbulos blancos	lblan	Nivel	Número
Glicemia	lregli	Registra No registra No claro	777 999 888
Nivel de glicemia	lglice	mg/dl	Número
Colesterol	lregcol	Registra No registra No claro	777 999 888
Nivel de colesterol	lcoltot	mg/dl	Número
Albumina	lregalbu	Registra No registra No claro	777 999 888
Nivel de albumina	lalbu	mg/dl	Número

Grado funcional	lfuncio	Autovalente Autovalente con riesgo Dependiente No registra No claro (Registra por separado todos o algunos de los puntajes de parte A, B y Minimental)	0 1 2 999 888
Factor de riesgo biológico	lregbio	Registra No registra No claro (Registra 0 ó 1, también coloca NO) No se aplica (Tipo de ficha no lo incluye)	777 999 888 666
Tipos de factores de riesgo biológico	lbio	Tipos de factores	Respuesta abierta
Factor de riesgo psicológico	lregpsi	Registra No registra No claro (Registra 0 ó 1, también coloca NO) No se aplica (Tipo de ficha no lo incluye)	777 999 888 666
Tipos de factor de riesgo psicológico	lpsi	Tipos de factores	Respuesta abierta
Factor de riesgo social	lregsoc	Registra No registra No claro (Registra 0 ó 1, también coloca NO) No se aplica (Tipo de ficha no lo incluye)	777 999 888 666
Tipos de factor de riesgo social	lsoc	Tipos de factores	Respuesta abierta
Plan de atención	lregplan	Registra No registra No claro	777 999 888
Compromisos	lplancomp	Colocar si existen compromisos	Respuesta abierta
Referencia	lref	Registra No registra	777 999
Profesional	lprof	Registra (Enfermera) No registra No claro (Solo nombre ó solo firma de profesional)	Enfermera NR Solo nombre Solo firma
Citación	lcita	Fecha de citación No registra	día/mes/año NR

Variables Ficha de Seguimiento

Variable Completa	Variable Base de Datos	Indicador	Indicador Base de Datos
Tipo de primer seguimiento S	Rsegui	Si presenta control de seguimiento No presenta control de seguimiento	0 1
Tipo de control personas S	Stipoperso	Control individual Control grupal	0 1
Tipo de control modalidad S	Stipomodali	Taller actividad física Taller autocuidado Visita domiciliaria Ficha de ingreso CESFAM Ficha seguimiento MINSAL Ficha seguimiento MINSAL nueva Ficha ingreso MINSAL	0 1 2 3 4 5 6
Tipo de control estado ficha S	Sficha	Presente Ausente	0 1
Nombre S	Snombre	Registra No registra No claro	777 999 888
Nº de ficha S	SNºF	Registra No registra No claro	777 999 888
Fecha S	Sfecha	Registrado No registrado	día/mes/año
Edad S	Iregedad	Registra No registra No claro	777 999 888
Peso S	Sregpeso	Registra No registra No claro	777 999 888
Talla S	Sregtalla	Registra No registra No claro	777 999 888
Hemoglucotest S	Sreghgt	Registra No registra No claro No se aplica (Personas no diabeticas)	777 999 888 666
Patología crónica S	Sregpatcro	Registra No registra No claro No se aplica (no presenta patologias crónicas)	777 999 888 666
Presión arterial sentado S	Sregpasen	Registra No registra No claro	777 999 888
Presión arterial de pie S	Sregpapie	Registra No registra No claro	777 999 888
Pulso S	Sregpulso	Registra No registra No claro	777 999 888

IMC S	Sregimc	Registra No registra No claro (No escribe número, sino estado nutricional)	777 999 888
Evaluación plan control anterior S	Sevalu	Registra No registra No claro No se aplica (Paciente que presenta su primer control formal hoy, por lo tanto no tiene planes de enfermería anteriores, o porque no se incluye en tipo de ficha)	777 999 888 666
Grado funcional S	Sfuncio	Autovalente Autovalente con riesgo Dependiente No registra No claro(Registra por separado todos o algunos de los puntajes de parte A, B y Minimental)	0 1 2 999 888
Factor de riesgo biológico S	Sregbio	Registra No registra No claro (Registra 0 ó 1, también coloca NO) No se aplica (Tipo de ficha no lo incluye)	777 999 888 666
Factor de riesgo psicológico S	Sregpsi	Registra No registra No claro (Registra 0 ó 1, también coloca NO) No se aplica (Tipo de ficha no lo incluye)	777 999 888 666
Factor de riesgo social S	Sregsoc	Registra No registra No claro (Registra 0 ó 1, también coloca NO) No se aplica (Tipo de ficha no lo incluye)	777 999 888 666
Nombre medicamentos S	S1farmaco	Registra No registra No claro No se aplica (Usuario que no usa terapia farmacologica)	777 999 888 666
Examen físico o Hallazgos EFAM S	S1fisico	Registra No registra No claro	777 999 888
Plan de atención S	Sregplan	Registra No registra No claro	777 999 888
Plan compromisos S	Splancomp	Colocar si existen compromisos	Respuesta abierta
Referencia S	Sref	Registra No registra	777 999
Profesional S	Sprof	Registra (Enfermera) No registra No claro (Solo nombre ó solo firma de profesional)	Enfermera NR Solo nombre Solo firma
Citación S	Scita	Fecha de citación No registra	día/mes/año NR

ANEXO 5: Entrevista en Profundidad

ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

Objetivo

Identificar la percepción de los actores del centro de salud Santa Julia involucrados en el programa del AM acerca del cumplimiento de los controles preventivos de la pérdida funcional del adulto mayor según lo señalado en la norma técnica propuesta por el MINSAL.

Inicio de entrevista

Muy buenas tardes, le agradezco que haya querido participar, gracias a su colaboración se podrá realizar una parte importante de esta investigación ya que se podrá conocer la realidad del programa del adulto mayor desde la perspectiva de las propias personas que trabajan en este centro de salud. Para que usted este bien informado le leeré el consentimiento informado a continuación. Para facilitar el análisis posterior de la información, y si usted no tiene inconvenientes, solicito a usted me permita grabar la entrevista. Gracias nuevamente, por su comprensión y confianza. Por favor, siéntase libre para opinar o preguntar desde el comienzo hasta el final de la entrevista.

Temas y Preguntas de la Entrevista

Tema 1	
Busca explorar:	<ul style="list-style-type: none">• Identificar el cargo del entrevistado• Identificar grado de entendimiento a lo que se refieren los controles preventivos de la perdida funcional del adulto mayor, en la realidad local.• Identificar la relación que tiene con dichas actividades o controles preventivos• Identificar cantidad de tiempo que han desarrollado dichos controles
Preguntas:	a) ¿Qué cargo tiene usted? b) ¿Que entiende usted, por lo que se realiza en este consultorio, que son los controles preventivos de la perdida funcional del adulto mayor? Se puede mencionar al entrevistado, si el no lo relaciona, que son aquellos controles en donde se ingresa al programa al adulto mayor, se le realiza el ingreso y sus posteriores controles de seguimiento. c) De estas actividades o controles ¿cuales realiza usted? d) ¿Hace cuanto tiempo usted realiza estas actividades o controles?

Tema 2	
Busca explorar:	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar conocimiento acerca de la existencia de la norma de atención integral de salud del adulto mayor del MINSAL • Identificar grado de conocimiento de dicha norma en diferentes aspectos • Identificar percepción del cumplimiento del sistema de registro en las tarjetas y fichas de ingreso, y seguimiento según lo señalado en la norma • Identificar percepción del cumplimiento de los objetivos que señala la norma en la realidad local en relación a las actividades preventivas de la pérdida funcional del adulto mayor • Identificar percepción del cumplimiento en la realidad local de la periodicidad de los controles preventivos de la pérdida de la funcionalidad según lo señalado en la norma
Preguntas:	<p>a) ¿Usted conoce la existencia de la norma de atención integral de salud del adulto mayor del MINSAL?</p> <p>b) ¿Usted ha leído esta norma? ¿La recuerda en general o profundamente?</p> <p>En relación a los siguientes aspectos contenidos en la norma relacionados a los controles preventivos de la pérdida funcional:</p> <p>Tarjetón de ingreso</p> <p>c) ¿Usted cree que se realiza un tarjetón de ingreso a todo adulto mayor que ingresa al programa?</p> <p>d) ¿Usted cree que se cumple el registro de los datos en el tarjetón de ingreso?</p> <p>Ficha de control de Ingreso</p> <p>e) ¿Usted cree que se cumple utilizar la ficha de ingreso para personas que recién ingresan?</p> <p>f) ¿Usted cree que se cumple el registro de los datos en estas fichas de ingreso?</p> <p>Ficha de control de Seguimiento</p> <p>g) ¿Usted cree que se cumple utilizar la ficha de seguimiento para personas que ya han ingresado formalmente?</p> <p>h) ¿Usted cree que se cumple el registro de los datos en estas fichas de seguimiento?</p> <p>i) ¿Usted sabe si se realizan otro tipo de modalidades para el control de seguimiento (Individual, grupal, talleres de actividad física, talleres de autocuidado, visitas domiciliarias)?</p>

Término de la Entrevista

Le reitero las gracias por su aporte, ya que éste es parte fundamental de mi tesis, cualquier duda sea libre en hacérmelo saber. De esta conversación se extraerán los aspectos más importantes con lo que se realizará un informe final. Reitero la estricta confidencialidad en el manejo de la información. La entrevista ha finalizado.

ANEXO 6: Consentimiento Informado

“Cumplimiento del Programa de Salud del Adulto Mayor en Controles Preventivos de la Perdida de Funcionalidad en el Centro de Salud Santa Julia”

Consentimiento Informado

Yo acepto participar de esta investigación que se realiza en el CESFAM Santa Julia de la comuna de Macúl de Santiago de Chile, a cargo de la enfermera universitaria Pamela Uribe quien realiza esta misma para optar por el grado académico de Magíster en Salud Pública de la Universidad de Chile.

La entrevista en profundidad solicita información acerca de la percepción que tengo como actor involucrado en el CESFAM Santa Julia acerca del cumplimiento de la norma técnica propuesta por el MINSAL en relación al Programa de Prevención de la Funcionalidad del Adulto Mayor en Atención Primaria.

La duración de esta entrevista dependerá de lo que yo pueda aportar acerca de mi experiencia personal en el programa del adulto mayor en este consultorio.

No existe riesgo conocido asociado a mi participación y toda la información que entregue será confidencial, por lo que mi nombre no aparecerá en el cuestionario.

Soy libre de elegir contestar o no esta entrevista y eso no me afectará de ninguna manera.

Se la ha elegido a usted debido a su experiencia práctica con el programa del adulto mayor en este CESFAM.

Responder esta entrevista permitirá conocer en parte la situación del programa del adulto mayor en atención primaria, reconociendo sus fortalezas y debilidades se podrá llevar a cabo intervenciones que permitan mejorar el programa y a su vez la calidad de vida de adultos mayores.

Si tengo alguna duda como participante de este estudio, puedo contactar a la Srta. Pamela Uribe al teléfono 09-7485684.

He leído (o alguien me ha leído) esta información. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Yo acepto participar de esta investigación. Se me ha entregado una copia de esta forma.

_____ Firma Participante _____ Fecha
_____ Firma Investigador

ANEXO 7: Resumen Proyecto de Tesis para Autoridades del Consultorio



Universidad de Chile
Facultad de Medicina
Escuela de salud pública
Magíster en Salud Pública

Proyecto de tesis para optar al grado de **Magíster en Salud Pública**

Cumplimiento del Programa de Salud del Adulto Mayor en Controles Preventivos de la Perdida de Funcionalidad en el Centro de Salud Santa Julia

Chile se encuentra en una etapa de transición demográfica avanzada con un 11,4% de personas de 60 años y más. A su vez en la comuna de Macúl este número supera el nacional siendo este de 14% (CENSO, 2002)

A fin de enfrentar el envejecimiento de la población, el MINSAL el año 2002 realiza la *Norma de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor* la cual pone énfasis en mantener o recuperar la autonomía del adulto mayor con el fin de mejorar su calidad de vida y además prevenir la mortalidad por causas evitables, es además en este periodo cuando comienza a utilizarse la herramienta de la evaluación funcional, EFAM Chile. La norma da directrices de cómo y cuando se deben realizar los controles, y que documentos deben ser llenados.

Actualmente el Ministerio de Salud evalúa el grado de funcionalidad del adulto mayor exigiendo una cobertura de EFAM realizado según población inscrita. No son evaluados nacionalmente otros componentes de la Norma, como la periodicidad del control, la metodología a utilizar en los controles, la evaluación de resultados de las intervenciones etc. Este hecho es preocupante ya que es importante sobretodo en este grupo etáreo actuar realizando y evaluando como se están desarrollando las actividades preventivas de la funcionalidad, la cual es predictor de calidad de vida y envejecimiento saludable según lo señalan diversos estudios.

PROPOSITO Y OBJETIVO:

Realizar una evaluación del cumplimiento de la norma técnica propuesta por el MINSAL acerca de los **controles de tipo preventivos de la pérdida funcional del adulto mayor**.

La evaluación del programa permite describir de forma concreta como se esta vivenciando el programa en la práctica diaria, a fin de que esta sea una herramienta que permita superar las falencias y estimular las fortalezas. Esto permite además apoyar la toma de decisiones sobre la marcha y contribuir a llamar la atención sobre la necesidad de corregir el curso mientras el programa está en funcionamiento.

METODOLOGÍA:

La manera más efectiva para poder realizar esta evaluación es a través de la combinación de 2 métodos, el cuantitativo y el cualitativo.

- Método Cuantitativo: **Auditoria de fichas y tarjetas clínicas** de 356 adultos mayores de 65 años, los cuales serán seguidos por un periodo de 2 años.

La auditoria permite determinar el grado de correspondencia existente entre la condición encontrada y los criterios establecidos, proporcionando una

base que justifique la implementación de recomendaciones.

- Método Cualitativo: **Entrevista en Profundidad** a actores involucrados en el programa del consultorio, acerca de la percepción sobre el cumplimiento de las actividades de prevención de la funcionalidad del adulto mayor según lo señalado en la norma técnica propuesta por el MINSAL.

CONSIDERACIONES ETICAS:

- Se pedirá autorización a las autoridades correspondientes del consultorio a auditar, proporcionándoles toda la información necesaria en relación a los objetivos del estudio y a las metodologías a utilizar.
- Se guardará estricta confidencialidad con la identidad de los pacientes.
- Se guardará confidencialidad de la identidad de los actores que participen en las entrevistas y se les entregará un consentimiento informado, con copia para el entrevistador.

AUTORIDADES DEL CONSULTORIO:

Por favor lea este resumen de mi trabajo a fin de poder realizar completamente mi investigación en su consultorio.

Muchas gracias de antemano por toda su ayuda. Pamela Uribe