



PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CHILE
VICERRECTORÍA DE COMUNICACIONES
Y ASUNTOS PÚBLICOS

TEMAS DE LA AGENDA PÚBLICA

Lineamientos para la reformulación de la Política Pública de Salud para personas mayores

DR. PEDRO PAULO MARIN LARRAÍN
Centro de Geriátría y Gerontología
Facultad de Medicina UC



Año 1 / Nº 5 / diciembre 2006

TEMAS DE LA AGENDA PÚBLICA

Lineamientos para la reformulación de la Política Pública de Salud para personas mayores

DR. PEDRO PAULO MARIN LARRAÍN

Centro de Geriátría y Gerontología

Facultad de Medicina UC

Lineamientos para la reformulación de la Política Pública de Salud para personas mayores

DR. PEDRO PAULO MARIN LARRAÍN

Centro de Geriátría y Gerontología
Facultad de Medicina UC

1. Introducción

El envejecimiento experimentado por la población, debido al aumento en las expectativas de vida, junto con ser una de las nuevas características de desarrollo de la mayoría de las sociedades en el siglo XXI, *representa sin duda un éxito y debe ser como tal valorado positivamente*. Sin embargo, simultáneamente al logro en los indicadores de desarrollo que experimenta una sociedad por la prolongación de las expectativas de vida, muchas veces, esta mayor expectativa de vida se vive a nivel personal y familiar como un problema desde un punto de vista médico, social, económico o psicológico.

En el caso de los países pobres o en desarrollo, esta paradoja es aún mayor, puesto que experimentan un envejecimiento más rápido que de los países más avanzados, y al mismo tiempo tienen menos años para implementar acciones en beneficio de este sector, y un presupuesto público más acotado para repartir en múltiples necesidades.

En Chile, si actualmente una de cada diez personas pertenece a lo que se clasifica como Personas Adultas Mayores (PAM), para el año 2025 esta relación aumentará a una de cada cinco personas. Este lapso de tiempo ofrece a gestores y planificadores una ventana de años (oportunidad) para implementar políticas encaminadas a prevenir el desarrollo de dependencia funcional en el envejecido, principal fuente de sufrimiento personal y coste social asociados al aumento de la edad de las poblaciones. Así, Chile se enfrenta no sólo con el desafío de lograr estos objetivos para un número creciente de población, sino que en un plazo menor de años (unos 20 a 25 años), que el que tuvie-

ron los países más desarrollados (cerca de 100 años) para dar respuesta a estos desafíos.

En este documento se afirma que existe una deuda con el diseño e implementación de la Política Nacional de Adulto Mayor (PNAM), respecto a la dimensión médica o sanitaria de ésta.

La dimensión social de la política ha presentado más logros que su dimensión de salud, desde el punto de vista del número de programas y organizaciones sociales desarrolladas (fomentados por el gobierno e implementados por el sector privado) o de los múltiples centros de reunión de clubes sociales, municipales y otros. Estos programas han logrado cambiar en buena medida la percepción hacia los Adultos Mayores (AM), en cuanto a las actividades que son capaces de realizar. Sin embargo la calidad de vida de las personas mayores está directamente relacionada con el bienestar físico-mental y, por lo tanto, con indicadores de salud. Al preguntar a los AM chilenos que viajan en los *Programas de Tercera Edad de SERNATUR* cuáles son los temores del envejecimiento, respondieron en este orden de importancia: perder la salud (sobre todo depender de otros en su cuidado), la pobreza y la soledad. Estos resultados son similares a los obtenidos mundialmente, respecto a que es la salud lo que los AM más valoran.

Es así, de suma importancia, lograr un cambio cultural de la población respecto a la valoración y trato hacia los AM en la atención de salud (hospitales públicos, consultorios y servicios clínicos de apoyo) como en los indicadores de calidad de vida por parte del resto de la población. Se puede afirmar que sin el adecuado número de especialistas en Geriátría, y la mayor for-

mación de profesionales de atención primaria, capacitación de personal de apoyo, como difusión al resto de la sociedad civil, no existirá un trato adecuado para las personas mayores.

2. Antecedentes generales sobre la política pública de Chile respecto al Adulto Mayor

En 1995, en el Gobierno del Presidente Eduardo Frei Ruiz-Tagle, se crea la *Comisión Nacional de Adulto Mayor*¹ constituida por personalidades del mundo académico, político, público y privado, con el expreso mandato de proponer acciones concretas dirigidas en beneficio de las personas adultas mayores.

La **Política Nacional para el Adulto Mayor**, proporciona un marco referencial, que orienta las acciones, en función de una serie de principios, objetivos y bases conceptuales. Desde el punto de vista conceptual, cabe resaltar que la Política se crea desde sus inicios reconociendo la transversabilidad de criterios biológicos, psicológicos y sociales que deben ser considerados para implementar acciones específicas en beneficio de la PAM. Del mismo modo, se resalta el carácter universal y no excluyente de ésta (*Equidad; y Solidaridad* intergeneracional), además se relevan los principios de *Autovalencia* y *Envejecimiento Activo*. En cuanto al Estado, la Política también deja claro lo que le compete a éste, a través de los principios de *Flexibilidad en el diseño de políticas, Subsidiariedad del Estado y su rol regulador y Descentralización, tanto regional como al interior de esta*.

Entre otras, en las principales acciones realizadas en el período 2000- 2005, en apoyo de las variables sociales y psicológicas de los Adultos Mayores, se pueden identificar cuatro grandes líneas de acción, que han significado un gran avance para el desarrollo del tema en el país:

Primero, en el área de los **servicios sociales para el adulto mayor**, se destacan los esfuerzos realizados por los municipios, varias ONGs y el Instituto de Normalización Provisional-INP, en materia de apoyo a la integración social por medio de talleres y programas de capacitación como son las casas de encuentro, los talleres de gimnasia, los programas de alfabetización digital e Internet y los programas de turismo interior;

Segundo, en el área de **la protección social**, se destacan los avances logrados en materia de previsión social, y de transferencia de recursos públicos para la protección de los adultos más desvalidos.

Tercero, son los múltiples esfuerzos de coordinación de diferentes instancias gubernamentales y no gubernamentales que ha realizado **SENAMA**, para dar forma a una serie de comisiones y grupos específicos de trabajo.

3. Necesidades en la atención sanitaria de las personas mayores

La política sanitaria para los AM debe considerar las necesidades y problemas singulares que distinguen a las personas mayores de las no ancianas. La Organización Mundial de la Salud (1959) y posteriormente numerosos otros organismos internacionales e investigadores, concuerdan que en los AM lo más importante es mantener *la funcionalidad en el diario vivir*. La funcionalidad es posible medirla o cuantificarla con la llamada “nueva tecnología” que es la Valoración Geriátrica Integral-VGI. Hay consenso que este es el factor más importante en los AM para predecir la posible dependencia a futuro, el uso de recursos sanitarios, recursos económicos y/o la muerte.

Al aumentar el porcentaje de los muy mayores (> 80 años), se proyecta un incremento de la incapacidad desde el 12% a la edad de 65-69 años hasta más del 65% a la edad de 80. El incremento de la incapacidad aumenta las limitaciones emocionales, sociales, económicas y ambientales. Se ha difundido una especie de “apocalipsis de ancianos que invadirían el mundo y que serían totalmente dependientes y muy caros”. Esta visión apocalíptica, dominante en los ambientes planificadores y salubristas de los años 80 e inicios de los 90 se ha visto desmentida por la realidad. Por el contrario, en USA y otros países (incluidos países culturalmente cercanos como España) se ha demostrado de manera consistente en los últimos diez años, la discapacidad está disminuyendo a pesar del aumento de los AM y de los muy mayores. O sea con intervenciones geriátricas eficaces y focalizadas en la función es posible revertir las proyecciones, poniendo en valor el concepto de que más vale la pena actuar e invertir con programas eficientes, que solo observar el proceso del envejecimiento patológico. Algo similar ya se realizó en la lucha mundial contra la desnutrición infantil y también guarda similitud con lo que actualmente se pretende contra la obesidad mórbida.

¹ La Comisión Nacional para el Adulto Mayor fue creada por Decreto Supremo N° 27 en Enero de 1995, presidida por la Sra. Marta Larraechea de Frei.

La Organización Mundial de Salud-OMS actualmente, promueve el “*envejecimiento activo*” que se basa en tres pilares fundamentales: participación social, seguridad económica y salud.

La mayoría de los países avanzan primero en la *participación social*, lo mismo ocurrió en Chile donde los municipios, iglesias, ONGs, clubes y otras organizaciones la han desarrollado para intentar lograr un “envejecimiento participativo” de los AM.

Lograr la *seguridad económica* es complejo y los países lo están enfrentando de diversos modos para lograr un sistema de pensiones digno y sustentable en el tiempo. En Chile, ya se está trabajando en la reforma del sistema de pensiones.

Los aspectos de *salud* son sin embargo más plausibles, al estar sus grandes directrices ya probadas en otros países y ambientes, por lo que disponemos del conocimiento sobre el modo correcto de hacer, con lo que ello comporta de ahorro de esfuerzo y dinero aún más complejos. A grandes rasgos, los sistemas eficientes de salud para adultos mayores han de respetar las siguientes líneas maestras: servicios integrados y que se desarrollen simultáneamente: prevención y promoción masiva para lograr un “envejecimiento saludable” en la mayoría de la población; atención de salud ambulatoria; atención geriátrica hospitalaria para los casos agudos; implementación de unidades de recuperación geriátrica funcional (media estancia) y del desarrollo de atención prolongada en domicilio y en instituciones. Todo esto, junto con un número adecuado de Geriatras, equipos de salud capacitados y programas académicos de perfeccionamiento. *Es en este aspecto, en el que estamos más atrasados y que el país debe enfrentar en los próximos años, o sea desarrollar los servicios geriátricos necesarios y la capacitación del personal de salud y otros profesionales.*

3.1. La Dimensión de la Salud en la Política Nacional de Adulto Mayor en Chile

Siendo la variable salud, uno de los temas cruciales que repercute en la calidad de vida de la PAM, resulta de especial importancia la actuación del Ministerio de Salud, en cuanto a la implementación de programas específicos. Es así como en la declaración de los “*Objetivos Sanitarios para la década 2000- 2010*”, se indica que “si no se aborda el tema (de la salud) a corto plazo - en relación con el riesgo del progresivo compromiso del Estado de Salud Funcional, para los grupos de mayor edad - la

población con dependencias aumentará, con los incrementos en costos económicos y sociales que significa”².

Derivado de la Política Nacional para el Adulto Mayor-PNAM, el MINSAL-Ministerio de Salud está efectuando una serie de Programas destacables como son: Programa de Control de Salud; Consultas de Morbilidad, Programa Cardiovascular, Programa Respiratorio, Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor (PACAM), Programa de Vacunación contra la Influenza, y Seguro Catastrófico o Atenciones de Salud de Alto Costo.

Adicionalmente, para el periodo 2006- 2010 se propone:

- Ampliar la cobertura para nuevos casos en el *Plan Auge* (a las actuales garantías para las prótesis de cadera, la operación de cataratas, la Hipertensión y la Diabetes, se agregarán otras acciones orientadas a mantener la visión y la audición).
- Fortalecer los programas de promoción de la salud con acciones que desarrollen la autonomía y estimulen la actividad física y la capacidad cognitiva”, aunque el MINSAL no especifica aún cuales serán los programas específicos.
- Para los *adultos mayores dependientes*, se plantea un modelo general, con una organización “lo suficientemente flexible para adaptarse a la realidad epidemiológica y social, así como a los recursos locales, que permite incorporarlos al proceso de gestión de salud, promoviendo un real empoderamiento y la auto responsabilidad del cuidado en salud de las personas” y que pondrá prontamente en ejecución, planteando lo siguiente: “para los adultos mayores que presenten una dependencia leve o moderada, se desarrollará una estrategia de cuidado diario, cercano a la comunidad y de carácter integral”.
- El nuevo modelo de atención familiar-comunitario implica articularse con otros actores sociales para constituir redes de apoyo familiar en el cuidado del adulto mayor y proporcionar cuidados continuos a quienes no tienen soporte familiar.
- Desde la perspectiva de la red asistencial, se diseñará *un modelo de cuidados progresivos ambulatorios* que

2 Fuente: “Construyendo La Nueva Agenda Social Desde la Mirada de los determinantes Sociales de la Salud”. Documento Síntesis del Ciclo de Diálogos Democráticos, OMS-OPS O. Panamericana de la Salud, MINSAL Gobierno de Chile, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales de Chile., Stgo 2005.

culmine con la hospitalización domiciliaria bajo la vigilancia del centro de salud primario. Para ello, cada red asistencial determinará un modelo de continuidad de atención para los adultos mayores, “que considere el uso adecuado de los dispositivos de atención cerrada y una gestión de cuidados acorde al requerimiento de los pacientes”, del mismo modo se plantea para los adultos mayores postrados ampliar la cobertura a cargo del nivel primario.

4. Redefinición de la política sanitaria para los AM

Una vez presentados todos los antecedentes y alcances de la actual política de salud del AM en Chile, es posible afirmar que hoy en día en Chile se necesita realizar una reevaluación del método por el cual se concibe, se organiza y se ofrece la atención sanitaria para las personas mayores.

A continuación se presentan los nueve criterios fundamentales para la reevaluación de la política:

- **Efectividad y costos**

Como se expuso anteriormente, los países deben fomentar todos los servicios que permitan a los ancianos frágiles permanecer en su casa por la mayor cantidad de tiempo posible. Esto porque el soporte comunitario es menos costoso y reemplaza la necesidad de la asistencia institucional, manteniendo la calidad de vida. La consideración de los costos, además de lo que ya se comentó previamente sobre la concepción de estos costos como inversión y no como gasto, precisa de otra consideración. *El no hacer nada lleva aparejado muchos más costos a medio largo plazo que los que la intervención genera a corto plazo*, dato que habitualmente se ignora en los modelos económicos en uso. Por ende, el costo de oportunidad de la no intervención es muy elevado.

Hoy en día, los AM son, los nuevos clientes o usuarios de los servicios de salud y ellos concentran la mayor mortalidad y grados de dependencia. Esto es un hecho real, como también lo es la posibilidad de reducir las tasas de discapacidad y por lo tanto los gastos innecesarios. En los países más envejecidos se demostró que es más barato intervenir que sólo observar el proceso de envejecimiento ya que se transforma en patológico y discapacitante.

- **Medios de soporte y aplicación**

El principal objetivo de una política sanitaria nacional para ciudadanos mayores debería ser mantener a este

grupo física y mentalmente autónomo e independiente por el mayor tiempo posible. Evidentemente, esto requerirá de un sistema efectivo de atención sanitaria y de adecuados medios económicos.

En las naciones industrializadas y más ricas, la familia se considera la unidad más importante de soporte para los AM. Las familias asisten a sus parientes ancianos enfermos para mantener su funcionamiento independiente en casa, con la provisión de ayuda doméstica y concertando el cuidado médico necesario. La dedicación informal del cuidado a la mayoría de enfermos se proporciona con frecuencia a costa de un alto precio emocional y económico.

Se hace evidente que las unidades familiares estables, tanto si consisten en cónyuges ancianos o hijos adultos, reducen las demandas del sistema de atención sanitaria a la vez que minimizan la clase de aislamiento que frecuentemente se relaciona con la incapacidad crónica. Se deduce, por tanto, que una política sanitaria efectiva debería incluir los esfuerzos para consolidar a la familia y estimular su papel continuado en el cuidado en casa de los ancianos frágiles. Podrían ser impulsados varios incentivos económicos y legales, que incluyeran las bonificaciones fiscales por ingresos y propiedades, la compensación directa por la provisión familiar de los servicios de atención personal y otros.

- **Prevención y autocuidado**

Hoy está establecido que las medidas preventivas sanitarias son apropiadas para los AM. Hay suficientes datos que avalan la capacidad de las personas mayores que son educadas en los pilares de la promoción de salud, logran cambiar sus hábitos como también una mejor prevención de muchas enfermedades. El gran problema en contra de estos logros en los AM, es su escaso nivel de educación, que muchas veces se asocia además con pobreza.

El viejo, como el joven, tiene la capacidad de influir en su bienestar antes o en el momento o después de una enfermedad e incapacidad. Reconocer síntomas y entender los diagnósticos, formular las preguntas apropiadas, seguir los regímenes prescritos, modificar hábitos y llevar a cabo los tratamientos apropiados son algunas de las variantes sobre las cuales el individuo tiene control. La adopción de estilos de vida más sanos (por ejemplo aptitud física, nutrición, pérdida de peso, manejo del tiempo libre) y el dominio del conocimiento práctico de su propio cuidado, reduce la morbilidad e incapacidad entre

la población de más edad, así como mejora su funcionamiento diario. Tales prácticas realzan los sentimientos de independencia, confianza en sí mismo y en su propio valor, y promueven un sentido de significado de la vida. El desarrollo sanitario, la prevención y las actividades de mantenimiento de la salud pueden tener también un valor económico que no debe ser ignorado.

Lograr una sociedad más saludable implica desarrollar una amplia diseminación de información sobre promoción sanitaria, prevención y mantenimiento a través de sencillos libros de bolsillo, programas radiales o de televisión con conocimientos prácticos, así como programas de educación formal, instrucción y consulta tanto para profanos como para profesionales. También debería emprenderse la investigación para identificar la prevención efectiva y las estrategias de autocuidado para AM. Estas nuevas orientaciones los ayudarán a ellos y a sus familiares o cuidadores a anticipar y contrarrestar las demandas físicas y emocionales en condiciones de incapacidad crónica y a hacer un mejor uso de los escasos recursos de la atención sanitaria.

• Asistencia a largo plazo o prolongados

La asistencia a largo plazo, consiste en “aquellos servicios designados a proporcionar diagnóstico, prevención, terapéutica, rehabilitación, soporte y mantenimiento a los individuos que tengan deterioro crónico físico y/o mental, en una variedad de marcos de asistencia sanitaria institucionales y no institucionales, incluido el domicilio, con el objetivo de promover niveles óptimos de funcionamiento físico, social y emocional”.

Esto implica que el AM frágil o con limitaciones, a diferencia de poblaciones más jóvenes, requiere de cuidados prolongados dentro del abanico de servicios sanitarios. Estos se pueden realizar en la comunidad o en instituciones. La mayoría de los discapacitados está siendo atendida en sus propios hogares, esto implica que se les debe apoyar con programas focalizados para capacitar a los cuidadores y uso de tecnología apropiada. Las instituciones de cuidados crónicos (hogares de ancianos) y los servicios ofrecidos deben ser homologadas para que la población general tenga una información fidedigna de cuales son brindados y hasta que nivel de complejidad puede ser mantenido ese adulto mayor en dicha institución. Hace 30 años el discurso era “persona mayor dependiente = cuidado en institución”, hoy en día se promueve el cuidado del AM en sus propios hogares, tanto por las ventajas desde el punto de vista económico

como de calidad de vida. Aún así, se acepta que siempre habrá un porcentaje (no más del 5%) de AM institucionalizados y que el Estado debe velar por sus derechos y obligaciones.

• Coordinación del servicio e integración

Las personas mayores necesitan un *abanico de servicios integrados*, que se ofrecen en una variedad de instituciones. Idealmente, un sistema de asistencia sanitaria debería proveer la mejor atención en la relación costo-eficacia en el nivel, tiempo y establecimiento correctos y también asegurar el mantenimiento del individuo en el máximo estado alcanzable de bienestar y calidad de vida. Esto depende, en gran medida, de las estructuras que permitan coordinar e interpretar los servicios geriátricos, los cuales son responsabilidad de las autoridades y órganos gubernamentalmente a niveles nacional, regional y local.

La resolución de estos problemas es más crítica a nivel comunitario, ya que las dificultades cotidianas para acertar, asignar, conectar y supervisar los servicios pueden resultar con frecuencia en una fragmentación y superposición de los servicios, así como la duplicación de su costo. En primer lugar, se debe intentar establecer entidades locales autónomas para manejar, coordinar y organizar la provisión de servicios geriátricos domiciliarios, comunitarios e institucionales de asistencia a largo plazo. Estos “órganos canalizantes” identificarán a la población de alto riesgo, valorarán las necesidades, determinarán la elegibilidad, planificarán y prescribirán los servicios, organizarán la asistencia y supervisarán su provisión.

En USA, la Organización de Mantenimiento Social/Sanitario (S/HMO) es un sistema prototipo de asistencia sanitaria para ancianos, dentro del cual un único proveedor asume la total responsabilidad para un completo campo de servicios de paciente agudo ingresado, ambulatorio, rehabilitación, asistencia prolongada, y soporte sanitario de alojamiento y personal, bajo un presupuesto fijo determinado anticipadamente. En la S/HMO serán financiados por igual los costos negociados per capita a partir de una variedad de programas públicos de financiación y pagos individuales mensuales, para cubrir los costos del vasto campo de prestaciones, con la S/HMO como proveedora compartiendo con el gobierno el riesgo financiero del presupuesto negociado. Actualmente, el mejor modelo ya que es barato y eficiente, es ON-LOCK en San Francisco-USA, ya que está basado en una

comunidad que desarrolló redes propias para obtener un mejor acceso y apoyo al AM.

- **Función del hospital**

Como se ha dicho, el Servicio Geriátrico hospitalario y su red comunitaria, sobre todo en Europa y otros países, es la piedra angular de la provisión de la asistencia sanitaria para pacientes AM y ha probado ser costo-efectiva.

Hasta hace poco, los hospitales de Estados Unidos han rehuido este papel, en parte debido al énfasis de MEDICARE en la asistencia a corto plazo de agudos y a su tradicional orientación hacia la medicina curativa de alta tecnología. A causa de que ahora se reconoce que los ancianos están llegando a ser rápidamente uno de los mayores grupos de pacientes de hospital y por lo tanto, la clave de su viabilidad social y financiera, cada vez más hospitales comunitarios han empezado a explorar caminos para diversificar sus servicios más allá de la institución de asistencia a agudos, para enfatizar la asistencia continuada. De acuerdo con la Asociación Americana de Hospitales y la Comisión de Investigación y Educación Hospitalaria (1980) “el único potencial del hospital es para proveer no tan sólo atención médica a los ancianos durante los episodios agudos de la enfermedad, sino también para proveer la atención geriátrica que responda a un mucho más amplio campo de necesidades sanitarias y sociales en la que pueda ser una institución más socialmente aceptable para los ancianos”.

No existe ninguna duda de que los hospitales suelen actuar como un importante punto de enfoque para la recepción de servicios médicos, sanitarios y sociales para la población anciana. Consecuentemente, el desarrollo de una orientación más humana con énfasis en la recuperación funcional, menos tecnificada hacia sus pacientes internos con tratamiento médico será una innovación bien recibida. Sin embargo, el hecho dominante en el cuidado del paciente y en términos económicos, es el Departamento, Servicio o Unidad de Geriátrica del hospital que hace el papel central tanto en la provisión como en la coordinación de los servicios de asistencia continuados en una estrecha relación con los equipos de atención primaria. Es obvio que esto dependerá en gran medida, de cómo se capacite en el pregrado y postgrado a los estudiantes de medicina especializados en Geriátrica. Esta es la línea de desarrollo actual de la Comunidad Europea y otros países.

- **Conexión de la asistencia de enfermos físicos y mentales**

Los AM están en alto riesgo de problemas físicos y mentales. El deterioro mental y la depresión se relacionan con cierto número de factores que incluyen causas orgánicas, escasa salud física, pobreza, desamparo y aislamiento social. En el caso de la demencia existe la preocupación de cómo dirigir las necesidades de los pacientes mayores con estas enfermedades, particularmente cuando a la vez sufren un deterioro físico como la osteoartritis, osteoporosis u otras. La demencia aumenta a la vez que las poblaciones se envejecen.

- **Calidad de la asistencia**

La evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria es complicada. Si el objetivo de la asistencia a largo plazo está en la consecución del funcionamiento físico óptimo, el bienestar emocional y la calidad de vida dentro de ciertos límites financieros, surge la necesidad de definir qué significan estos términos, para convenir con los indicadores concretos y establecer un mecanismo para obtener una autorregulación sistemática de los proveedores, así como de los AM y de los miembros de la familia.

La tarea de determinar la calidad de la asistencia a largo plazo se complica con la falta de criterios objetivos en algunas áreas y, por lo tanto, con la necesidad de confiar en los juicios valorativos de los profesionales o las opiniones de aquellos que están a su cuidado. Por ejemplo, es más fácil valorar la calidad técnica del cuidado de enfermería que el impacto de un servicio en la calidad de vida. Además, la medición de la calidad depende de tener una definición universalmente aceptada de la asistencia a largo plazo, sus objetivos y los elementos de un sistema coordinado.

Una vez que se comience a trabajar en los beneficios y los costos de los servicios comunitarios e institucionales existentes, surgirá la necesidad real de desplegar una información objetiva y significativa sobre todas las dimensiones de la calidad. Además se hace necesario homologar los servicios ofrecidos.

- **Formación de Recursos humanos en Geriátrica**

Hoy, todas las personas mayores de 60 años (AM) y beneficiarios de FONASA, de los grupos A; B; C y D tienen atención gratuita en los hospitales públicos. Sin embargo, no existe una oferta de personal médico especialista en Geriátrica que pueda satisfacer la demanda de atención en los hospitales del sistema público. Además,

tanto en atención comunitaria (primaria) como en la intrahospitalaria no hay suficiente personal del equipo de salud capacitado en Gerontología. En Inglaterra, España, Costa Rica y otros países, se recomienda un Geriatra por cada 5mil personas mayores de 60 años o uno cada 10mil adultos mayores de 65 años o uno cada 4mil mayores de 75 años. Estamos muy lejos de estas cifras ya que, Chile cuenta con muy pocos médicos especialistas en Geriatría (no más de 15) y hay sólo dos hospitales estatales de recuperación funcional geriátricos.

En el 2004, la Comisión Nacional de Certificación de Especialidades Médicas -CONACEM- reconoció la especialidad de Geriatría como una sub-especialidad de la Medicina Interna haciéndola similar a la Cardiología, Gastroenterología, etc. En estos programas han egresado a la fecha seis médicos de la Universidad de Chile y tres de la Pontificia Universidad Católica de Chile, ninguno de los cuales está trabajando en servicios estatales. En los últimos cinco años y solo en la minoría de las universidades, el currículo de pre-grado de las carreras del área salud (medicina, enfermería y kinesiología) han incorporado los conceptos básicos de geriatría y gerontología.

Por lo anterior, se estima que el programa de Formación de Recursos Humanos contemplado en el Plan de Gobierno para el período 2006-2010, es fundamental. Este programa plantea reforzar la capacitación de los recursos humanos de atención primaria en los conceptos generales de la práctica gerontológica, a través de la formación mediante un diplomado para 560 profesionales de 103 consultorios del país durante el año 2006. Además, se sumarán 50 kinesiólogos en los temas de rehabilitación; 60 enfermeras en atención domiciliaria y 25 técnicos en postas rurales. El 2007 se financiarán por el MINSAL, con fondos centrales, cuatro cupos para especializarse en Geriatría en las universidades tradicionales.

Sin embargo y a pesar de los esfuerzos enunciados, se estima que falta aún bastante para poder dar respuesta satisfactoria a los objetivos específicos, relacionados a la salud de los AM, y definidos como prioritario en la PNAM, como es el de Formación de Recursos Humanos especialistas en Geriatría, ya que el MINSAL ofreció el 2005 sólo tres becas para formar especialistas en Geriatría, las cuales no fueron finalmente llenadas. Por otra parte, los diplomados no dan el estándar de especialista (son teóricos y por corto tiempo), o sea un médico puede tomar un diplomado en Diabetes o Cardiología y no ser especialista clínico.

La visión especializada en Geriatría para la adecuada atención médica de los AM, es vital a la hora de efectuar un diagnóstico y tratamiento, ya que al igual que los niños, este grupo etario también presenta manifestaciones y particularidades médicas, tanto en las formas específicas de presentar los síntomas y evolución o complicaciones de las patologías, como en los tratamientos. Adicionalmente, la falta de capacitación puede llevar a incurrir en errores de tratamiento. Los AM igual que los niños necesitan especialistas para que atiendan a los casos más complejos y enseñen a los otros colegas y miembros del equipo de salud.

Hoy se estima que la variable de la salud es fundamental en cuanto a la calidad de vida de las personas mayores, siendo el principal indicador *la capacidad funcional*. En efecto, se ha demostrado que la capacidad funcional es el mejor indicador del bienestar de la persona, el mayor indicador de recursos humanos y económicos, valor predictivo de discapacidad y de muerte prematura³. La capacidad funcional a su vez depende mucho de la prevención, por lo tanto no es posible pensar que sin una atención especializada en Geriatría se logre una buena calidad de vida para los AM. La PAM presenta sus propias particularidades características de las dolencias, la manifestación y evolución de las enfermedades, como la respuesta a tratamientos y complicaciones.

Adicionalmente también, los estudios actuales demuestran que los AM tienen muy buena capacidad de respuesta a los tratamientos médicos adecuados a mantener la capacidad funcional. Este aspecto, no sólo es de importancia para la calidad de vida de las personas mayores que son tratadas, sino que también para la sociedad, ya que para el país resulta mas barato tener un mayor número de adultos mayores autovalentes que adultos postrados o discapacitados.

Hoy, en los consultorios, la persona mayor es atendida por el médico general quién decide si requiere de la atención o evaluación de un especialista (no geriatra). Cuando el médico especialista considera que requiere alguno de los tratamientos que se incluyen en los Programas especiales para AM (antes indicados), lo envía para que pueda recibirlos. Otras veces, son atendidos por múltiples especialistas dificultando el tratamiento e incrementando los costos.

Muchas veces, una persona mayor de 70 años frente a una queja de algún dolor o dolencia en un centro médico, se le responde: "¡pero con su edad que mas quiere!". Esto indica la falta de conocimiento de las personas

que deben entregar las prestaciones de salud tanto en los consultorios, tomas de muestras, servicios de especialidades y hospitales. Se demuestra que carecen de personal con la adecuada capacitación en gerontología, conocimientos que resultan importantes si se quiere realmente lograr los objetivos planteados por la Política Nacional para el Adulto Mayor, como son a) lograr un cambio cultural de la población respecto a la valoración y trato hacia los AM, por parte del resto de la población b) cambiar la percepción existente sobre el envejecimiento, tanto por parte de los mismos Adultos Mayores como por la sociedad en general y c) mejorar la calidad de vida de los AM.

5. Conclusiones

A modo de balance sobre las medidas implementadas de la *Política Nacional para el Adulto Mayor*, podemos decir que de las tres áreas prioritarias, como son la biológica (médica), psicológica y social definidas como interactuantes y por lo tanto en las acciones y medidas a realizar, la biológica ha tenido un ritmo de ejecución más lento que las otras dos. Tomando sólo en consideración la dimensión médica, podemos afirmar que uno de los aspectos más relegados ha sido la formación de recursos humanos especializados o sea Geriátras, a pesar que estos se encuentran entre los objetivos específicos de la misma PNAM y guardan estrecha relación con las acciones de prevención, atención y prestación de salud para este grupo etario. Los servicios geriátricos integrales, son imprescindibles si no queremos discriminar a los adultos mayores y mejorar su calidad de vida.

Mantener la salud de la PAM y crear los *Servicios de Geriatria para cubrir las necesidades de asistencia médica continuada*, constituye uno de los hechos más importantes de política pública con el que se enfrentan las naciones de todo el mundo. Los actuales programas y formas de prestación de servicios médicos deben modernizarse en los conceptos geriátricos para no discriminar a los AM.

Si la política sanitaria para las personas mayores está relacionada con elevar al máximo el nivel de funcionamiento físico y mental de este grupo de edad, hay que abordar el desafío en su totalidad. Las condiciones fundamentales sociales, económicas y ambientales de los AM deben ser consideradas simultáneamente con el financiamiento de la organización y prestación de servicios sanitarios. Esto está demostrado y por dos razones: primera, mejorar la calidad de vida puede prevenir o retardar la decadencia médica y funcional; y secundariamente puede amortiguar muchos efectos colaterales de las enfermedades crónicas de los ancianos incapacitados. En ambas instancias hay un ahorro real para la sociedad tanto en términos económicos como humanos y una mejor calidad de vida que es algo que todos queremos para nosotros mismos al llegar a esa edad.

El nivel de recursos que podrán utilizarse en un futuro previsible significa que deben tomarse firmes alternativas de política pública. Estas decisiones no sólo requieren una valoración realista de la total amplitud de las necesidades y solicitud de servicios de los AM, sino también una comprensión de los problemas existentes y de los cauces en que estos recursos pueden utilizarse para obtener los mejores resultados. Este escrito ha intentado aportar una interpretación de la compleja clase de hechos y cuestiones que puede ser encaminada a un replanteamiento de la política sanitaria para las personas adultas mayores.

Se requiere de una visión multiprofesional y no sólo médica para abordar este complejo tema, donde queda claro por las investigaciones internacionales, que se envejece según como se ha vivido y que por otro lado las personas mayores responden a las indicaciones de salud (promoción y prevención), que siempre es posible hacer algo útil por esta población y que requieren servicios geriátricos y médicos especialistas para atenderlos cuando corresponda. No olvidemos que como país les debemos a los AM una mejor calidad de vida ya ellos fueron los encargados de lograr el desarrollo que vivimos actualmente. El peor escenario es solo observar el proceso y no aprovechar la ventana de años que tenemos para actuar.

6. Referencias

- **ALMA Academia de profesores de Geriátria** (2005) “Propuestas de contenidos mínimos para los programas docentes de pregrado en Medicina Geriátrica en América Latina”. Revista Panamericana Salud Pública; 17: 429-36.
- **Baztán, J. J., Suárez, F., García, F.J.** “Informe sobre las necesidades de unidades geriátricas como parte de los recursos especializados para personas mayores”. Editado por Sociedad Medicina Geriátrica-SEMEG, España.
- **CEPAL-CELADE** (2003). “Estrategia Regional de la implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento”.
- **División de Coordinación Interministerial Ministerio Secretaría General de la Presidencia y Secretaría de Comunicaciones Ministerio Secretaría General de Gobierno** (2006). “Situación de la Administración del Estado, Anexo del Mensaje Presidencial Gobierno de Chile, 21 de Mayo”.
- **Estudio NTRA-OMS**, realizado por Centro de Geriátria y Gerontología UC y MINSAL, (2003). “Perfil del adulto mayor en Chile: desarrollando respuestas integradas de sistemas de cuidado de salud para una población de rápido envejecimiento”. Chile.
- **Facultad de Medicina UC, CIEDES y Colmena Golden Cross** (2005). “Los desafíos actuales del adulto mayor: cambiando la visión negativa de la tercera edad”.
- **Macías, J. J., Guillén, F., Ribera, J.M.** (2005). “Geriátria: desde el principio”. Editorial Glosa., España.
- **Marín, P.P.** (1997). Artículo Especial: “La situación del adulto mayor en Chile”. Rev Med Chile; 125:1207-12.
- **Marín, P.P., Carrasco, M., Cabezas M., et al.** (2004) “Impacto biomédico de los viajes en adultos mayores chilenos”. Rev Med Chile; 132:573-78.
- **Marín P.P., Cubilos A.M.** (1991). “Evaluación del estado nutricional, perfil de morbilidad y situación económica de una población ambulatoria de mayores de 65 años”. Rev Chil Nutr; 19:63-69.
- **Marín, P.P., Gac, H.** (2004). “Manual de Geriátria y Gerontología”. Ediciones UC.
- **Marín, P.P., Valenzuela, E., Castro, S., et al.** (1998) “Resultados al aplicar el sistema de clasificación de pacientes RUG-T18 en ancianos hospitalizados”. Rev med Chile; 126:761-68.
- **Marín, P.P., Villalobos A., Carrasco M., Kalache, A.** (2005). “Resultados generales del Proyecto INTRA-OMS en Chile”. Rev Med Chile; 133:331-37.
- **Marín, P.P., Wallace, S.P.** (2002) “Health care for elderly in Chile: a country in transition”. Aging Clinical Exp Res; 14:271-78.
- **MIAH - Merck Institute on Ageing and Health** (2004). “The state on ageing and health in the America’s”, USA.
- **OMS y Milbank Memorial Fund** (2000). “Hacia un consenso internacional sobre la política de atención de salud a largo plazo en el envejecimiento”.
- **Organización Panamericana de Salud, OPS-OMS** (2002). “Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores”.
- **Rodríguez, J., Solano, J. J.** “Bases de la atención sanitaria al anciano”. Editado por Sociedad Medicina Geriátrica - SEMEG, España.



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

VICERRECTORÍA DE COMUNICACIONES Y ASUNTOS PÚBLICOS
DIRECCIÓN DE ASUNTOS PÚBLICOS

Alameda 390, 3^{er} piso. Teléfono: 354 6563. Email: asuntospublicos@uc.cl www.uc.cl