

PARTE VI. APOYO SOCIOSANITARIO AL ANCIANO CON DISCAPACIDAD

Capítulo 30. Manejo ambiental

Rosa Jaque Fuentes

El adulto mayor (AM) necesita establecer y mantener una relación funcional con el entorno para llevar a cabo sus actividades de la forma más independiente posible. Las transformaciones en la vida afectiva, física, social y el declive paulatino de sus capacidades, tales como la aparición de déficit sensoriales, trastorno de la marcha, alteración de la destreza manual, déficit cognitivos, entre otros, sumado a la condición de fragilidad de algunos AM, los hace más vulnerables a las barreras del ambiente. Su entorno habitual, que antes era seguro y predecible, se puede transformar en una fuente de peligros y riesgos ambientales. Por otro lado, los factores sociales del ambiente humano tales como el grado de estímulo ambiental, también impactan el desempeño funcional y la salud del AM. Este capítulo tiene como objetivo visualizar aquellas condiciones del contexto que puedan ser modificados o simplificados con el fin de favorecer la funcionalidad y autonomía del AM en su hogar, y que son parte de las recomendaciones y orientaciones terapéuticas dirigidas a los cuidadores y los propios AM para su autocuidado y la mantención de su funcionalidad.

EL ADULTO MAYOR Y SU INTERACCIÓN CON EL AMBIENTE

El ser humano funciona como una unidad integrada en permanente interacción con su entorno. El ambiente ejerce gran influencia en la persona, modela conductas; ofrece oportunidades para la exploración ocupacional, desarrollo de habilidades y destrezas; permite la realización de actividades y desempeño de roles, participación social, etc. Es tanta la relevancia del ambiente en el estado de salud de las personas, que ha sido incorporado en la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud). Según esta clasificación los factores ambientales son externos al individuo y condicionan el nivel de desempeño, realización y capacidad, y están constituidos por el ambiente físico, social y actitudinal en que una persona vive y

conduce su vida¹. Es así como los factores contextuales pueden actuar como facilitadores o barreras, marcando la diferencia entre un estado de independencia o discapacidad en algún momento de la vida. Por otro lado, la interacción de la persona con el ambiente permite comprender su funcionalidad, concepto multidimensional relevante en la medición del estado de salud del adulto mayor que se traduce en la habilidad de la persona para realizar sus actividades de la vida diaria (AVD). Es evidente entonces la relevancia del ambiente físico y social en la funcionalidad del adulto mayor y su autonomía.

En el intento de abordar la relación del adulto mayor con el ambiente, han surgido modelos explicativos. Uno de los más interesantes desde el punto de vista ecológico es el modelo de Lawton o modelo de competencias bajo presión (Lawton, 1986). De acuerdo a este modelo, las capacidades o competencias personales están relacionadas con las demandas del ambiente. La presión que ejercen los factores ambientales será significativamente superior en un adulto mayor con capacidades disminuidas (motoras, cognitivas, sensoriales, perceptivas, etc). Según Ignacio Montorio, "un ambiente físico y estimulante con suficientes ayudas externas, que conjuguen adecuadamente la autonomía y seguridad, contribuyen a que las personas mayores funcionen en niveles de ejecución óptimos. Por el contrario, un ambiente poco estimulante o sin suficientes ayudas técnicas contribuye al incremento de la dependencia conductual"².

De acuerdo al modelo de ocupación humana (MOH), el ambiente está conformado por las características físicas y sociales del contexto particular en que se desenvuelve la persona y está influenciado fuertemente por la cultura (costumbres, creencias y valores). Este modelo hace referencia al concepto de impacto ambiental como las oportunidades, apoyo, demandas y limitaciones que los aspectos físicos y sociales del medio ambiente tienen sobre la persona³.

En la práctica diaria observamos que en los adultos mayores que se desenvuelven con dificultad en su domicilio, el impacto ambiental de las barreras físicas y los niveles de exigencias para desarrollar las actividades son significativamente superiores, originando a corto o mediano plazo mayor discapacidad y dependencia (Figura 1). Tal condición los hace proclives a tener accidentes y caídas, fracturas, limitación de la movilidad, hospitalizaciones, mayor dependencia en las AVD, aislamiento, depresión, deterioro cognitivo, sobrecarga del cuidador y hasta una posible institucionalización precoz.

Las políticas de envejecimiento y las recomendaciones apuntan a retrasar la institucionalización de los pacientes, promoviendo la permanencia en sus hogares con los cuidados necesarios. Es en el hogar del adulto mayor donde se asienta su historia, sus relaciones más significativas. Cada espacio, cada objeto, tiene un significado particular, y es el lugar donde están arraigados sus hábitos más profundos. Desde el punto de vista afectivo, el hogar satisface la necesidad de seguridad, otorga

sentido de identidad y pertenencia. Cuando las capacidades ya no son las mismas y las pérdidas se viven como un duelo, el adulto mayor se aferra con mayor fuerza a lo conocido: las personas, sus afectos, sus pertenencias y sus espacios. Necesitan contar con el apoyo y estímulo social para asumir nuevos roles adaptados a su nueva condición de salud, reorganizar su tiempo con actividades significativas, organizar sus espacios, disponer de ambientes amigables y estimulantes, contar con implementos de apoyo para realizar sus AVD con mayor independencia, usar algún tipo de ayuda técnica para desplazarse con seguridad y cuando el nivel de dependencia es mayor, contar con la asistencia o supervisión permanente de terceras personas capacitadas en el cuidado del adulto mayor.

En este capítulo nos centraremos principalmente en los aspectos físicos del ambiente (objetos y espacios) que puedan ser modificados o adaptados con el fin de favorecer la funcionalidad y autonomía del adulto mayor en su entorno habitual.



Figura 1: Frente a muy altos o muy bajos niveles de exigencias ambientales, el efecto es igualmente negativo para el adulto mayor, surgiendo conductas desajustadas que afectan su desempeño.

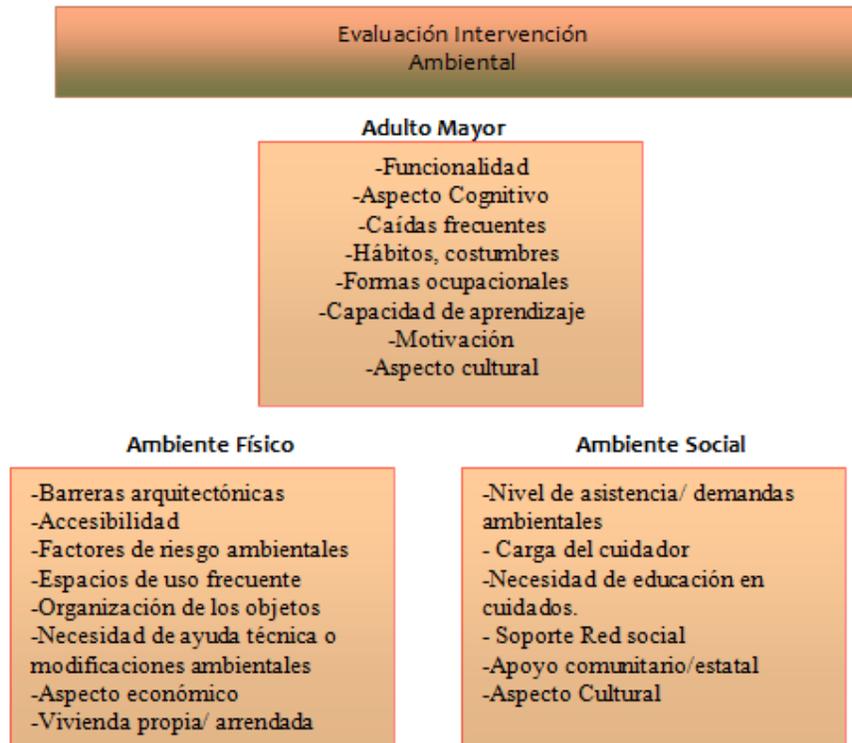
ABORDAJE AMBIENTAL DEL ADULTO MAYOR CON DISCAPACIDAD

Las acciones de manejo del entorno las podemos agrupar como siguen:

- **Evaluación:** de la funcionalidad del AM en las AVD, necesidad de adaptaciones, accesibilidad de la vivienda y factores de riesgo, aspectos económicos, apoyo familiar.

- **Educación, orientación y entrenamiento:** incluye prevención de riesgos ambientales, implementación de modificaciones ambientales y ayudas técnicas, educación en técnicas de protección articular (TPA), conservación de energía (TCE), entrenamiento en actividades de vida diaria, rediseño de rutina diaria, entre otros.

Figura 2. Evaluación ambiental integral



La valoración debería incluir a la persona, el ambiente físico y humano que rodea al adulto mayor. La evaluación de la funcionalidad del AM, de la asistencia requerida en las actividades y la evaluación del nivel de demandas ambientales, permitirán adaptar las características ambientales a las capacidades del AM para lograr el nivel óptimo de funcionamiento. En general no existen evaluaciones ambientales estandarizadas. Como se muestra en la figura, de acuerdo a la necesidad de cada paciente y problemática existente, se seleccionarán las áreas que se evaluarán con mayor detalle.

Las evaluaciones del ambiente que utilizamos en la práctica diaria con nuestros adultos mayores, se refieren a conceptos de seguridad, accesibilidad y detección de riesgos ambientales (Figura 2).

1. Accesibilidad y barreras ambientales

Los AM son un grupo muy sensible a las barreras del entorno. Del total de personas discapacitadas del país, un 45% corresponde

a población de tercera edad. Las principales dificultades a las que se enfrentan los AM en su vida diaria están relacionadas con las alteraciones visuales, el desplazamiento, ponerse de pie y permanecer en esta posición⁴. Más de un tercio presentaría disminuida su capacidad para desempeñar las actividades cotidianas, tema relevante si se piensa en crear y diseñar entornos inclusivos y mejorar las condiciones de accesibilidad y participación.

Entendemos por accesibilidad al conjunto de características que debe disponer un entorno urbano, edificación, producto, servicio o medio de comunicación para ser utilizado en condiciones de comodidad, seguridad, igualdad y autonomía por todas las personas⁵.

Las barreras ambientales son aquellas impuestas específicamente por las condiciones físicas o sociales del medio que limitan la autonomía y participación de las personas⁶. Corresponden a barreras arquitectónicas, urbanísticas, del transporte, ecológicas, de comunicación, o simplemente, barreras de actitud o de rechazo (Figura 3).

Figura 3. Barreras ambientales



Entre las barreras ambientales también se puede incluir el concepto de “viejismo” que son conductas negativas hacia la vejez arraigadas en el inconsciente colectivo de la sociedad. El rechazo y discriminación del entorno humano hacia los AM los discapacita socialmente, incrementan la dependencia del AM, subvaloran sus capacidades y crean en el paciente una sensación de inutilidad y sentido de ineficacia en el medio.

Igualmente negativo puede llegar a ser el impacto de las barreras físicas. Muchas veces llegan a nuestra consulta pacientes que han sufrido caídas en la vía pública debido a veredas en mal estado. Una parada de autobús distante, mala señalética, condiciones riesgosas en el transporte público, rampas mal diseñadas, plazas sin bancos o en mal estado, limitan las oportunidades del AM para disfrutar de los espacios públicos, restringiendo su acceso a salas de teatro, centros de recreación, centros comerciales, etc.

También podemos encontrar barreras ambientales en el propio domicilio del AM. Corresponden a barreras arquitectónicas que se han puesto en evidencia con el paso de los años como un escalón a la entrada de la casa, puertas angostas para el paso de una silla de ruedas o baños con la grifería mal distribuida.

De acuerdo a un estudio de dependencia de las personas mayores en Chile, las principales dificultades que presentan los adultos mayores para desenvolverse en la vivienda se encuentran en la cocina, en la entrada de la vivienda y en el baño; siendo este último en el que se informa una mayor dificultad. De acuerdo al estudio, esto puede ser explicado por el grado de movilidad

requerido para desenvolverse usando el W.C o la ducha. A esto se debe agregar que la pérdida de movilidad y la capacidad de agacharse y levantarse es una de las primeras manifestaciones de la pérdida de funcionalidad⁷.

La accesibilidad está intrínsecamente relacionada al concepto de diseño universal o diseño para todos, es decir, adaptaciones y diseños presentes en edificaciones o espacios públicos que no estigmaticen a las personas con discapacidad y que nos pueden beneficiar a todos. Algunas de sus características son ser universales, simples, fáciles de manipular y flexibles en su uso.

La eliminación de las barreras ambientales es un paso hacia la integración, participación y funcionalidad del adulto mayor.

2. Ayudas técnicas y modificaciones ambientales

Las ayudas técnicas adquieren relevancia en la accesibilidad integral, son parte de las tecnologías de apoyo para la rehabilitación y se definen como cualquier producto fabricado especialmente o disponible en el mercado para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones y restricciones en la participación de las personas con discapacidad⁸.

La utilidad de una ayuda técnica (AT) tiene directa relación con las necesidades de la persona, su cultura, capacidad de comprensión y motivación. El entorno y el contexto también impactan en su resultado. Su prescripción requiere un análisis cuidadoso de diferentes factores no solo

individuales, sino también ambientales (aspectos socioeconómicos, culturales, características del domicilio, actividad que realiza la persona, roles, etc.). Por ejemplo, la indicación de una silla de ruedas para un adulto mayor con dependencia moderada debería brindarle la oportunidad de acceder a los espacios domiciliarios de uso más frecuente, previa eliminación de las barreras arquitectónicas. Así podrá realizar sus AVD con una participación más activa. Puede

sucedir que por falta de entrenamiento o uso inadecuado de una AT, no se alcance la funcionalidad que se quiere obtener o se pueda exponer al AM a un accidente o caída, pasando a ser causa de frustración para el paciente y su familia. Se debe visualizar la funcionalidad de la ayuda técnica en el desempeño ocupacional de la persona en su entorno habitual y como éstas impactan en la seguridad, autoconfianza e independencia del AM (ver Tabla 1).

Tabla 1. Clasificación de las AT según la utilidad o apoyo que prestan en las actividades.
(Prescripción de Ayudas Técnicas, SENADIS-Gobierno de Chile)

1. AT que favorece el desplazamiento	Para el cambio postural. Ej.: escalera incorporadora
	Para transferencias. Ej.: tabla de transferencia
	Dentro y fuera del hogar. Ej.: bastón, andador o silla de ruedas
2. AT que favorece una buena postura corporal	Ej.: bipedestador, cojín o colchón antiescaras
3. AT que favorece la alimentación	Para comer. Ej.: cubierto mango engrosado, adaptador universal, mesa con escotadura
	Para beber. Ej.: vaso con escotadura
4. AT que favorecen el vestuario	Vestuario superior. Ej.: alcanzador
	Vestuario inferior. Ej.: colocador de calcetín
5. AT que favorecen el uso del baño y el aseo personal	Uso del baño. Ej.: alza baño, silla de ducha
	Aseo personal. Ej.: esponja con mango
6. AT para actividades del hogar	Para cocinar. Ej.: abre fácil, tabla para cortar
	Para otras tareas del hogar. Ej.: llavero girador
7. AT para comunicarse	Ej.: tablero de comunicación
8. AT para leer y escribir	Para leer. Ej.: atril de lectura
	Para escribir. Ej.: sujetador de lápices
	Para usar el computador. Ej.: <i>mouse</i> adaptado

Existen programas estatales para los AM y personas con discapacidad donde a través postulaciones, se puede optar a algún tipo de AT, prescritas por algún especialista. También se pueden adquirir en el mercado (casas ortopédicas, tiendas de hogar), aunque el acceso es más restringido considerando el costo de ellas.

Algunas AT para la vida diaria se pueden confeccionar siguiendo las indicaciones de profesionales competentes con un mínimo costo, un diseño igualmente funcional y simple, a partir de objetos cotidianos que adaptan con simplicidad y prestan la misma utilidad que una AT adquirida en el mercado. Los terapeutas ocupacionales pueden

diseñar, confeccionar y/o asesorar en el uso de adaptaciones o AT para la vida diaria (alimentación, vestuario o higiene personal, etc.).

Las modificaciones ambientales son todas aquellas acciones en el domicilio del adulto mayor que van desde la incorporación de ayudas técnicas para la vida diaria hasta cambios estructurales de la casa con el objetivo de promover la realización de las AVD con seguridad e independencia y con menor carga asistencial de los cuidadores. La implementación de modificaciones ambientales se realiza, previa valoración ambiental integral del ambiente con la participación activa del paciente y su familia.

Cuando se recomiendan modificaciones ambientales en el hogar, se analiza la relación entre la persona y sus espacios detectando posibles barreras ambientales que impidan realizar las AVD de manera funcional o exista riesgo en su desempeño. Las medidas antropométricas de la persona y los espacios y la selección de objetos adecuados para el desarrollo de las actividades se evalúan al momento de sugerir modificaciones ambientales. Esta decisión se trabaja en conjunto con el adulto mayor y su cuidador, considerando las necesidades más urgentes y recursos disponibles (económicos, condición de la vivienda ya sea arrendada o propia, grado de apoyo social, etc.), realizando los cambios estrictamente necesarios. Se ha visto que ambientes sobreadaptados o con exceso de implementos de ayuda pueden discapacitar igual o aun más que uno desprovisto de estos elementos. La idea es preservar siempre el entorno habitual del adulto mayor, colocando especial atención en la carga afectiva que el ambiente, los espacios y objetos ejercen en la persona mayor y su familia.

3. Detección de riesgos ambientales

Esta es la otra área de intervención cuando se asesora en modificaciones del entorno físico. Muchas veces nos encontramos con que una caída puede ocasionar en un adulto mayor un quiebre ocupacional con respecto a su nivel de funcionamiento previo. Son varios los agentes causales que inciden en las caídas, clasificándose como factores intrínsecos y extrínsecos (ver Capítulo 14). Existen evaluaciones que permiten identificar factores de riesgos ambientales tal como el listado de seguridad domiciliaria (OMS) adaptado y la valoración ambiental⁹. Ambas contienen una lista de chequeo de los factores de riesgo para caídas en el domicilio.

Al diseñar programas de prevención de caídas en el domicilio es fundamental conocer la percepción del AM acerca de los riesgos ambientales en su domicilio y exteriores. Es una lista de situaciones potencialmente peligrosas y el grado de riesgo de cada situación según como lo perciba el adulto mayor¹⁰. El que pueda reconocerlos y tomar conciencia de ellos es

el primer paso para modificar hábitos e incorporar las recomendaciones de los profesionales.

Las medidas de prevención están destinadas a evaluar la seguridad domiciliaria y extradomiciliaria y educar para evitar caídas. La educación será más exitosa si se realiza de manera periódica, con un seguimiento del paciente en su domicilio, intervención de equipos multidisciplinarios y en instancias grupales de educación.

INTERVENCIÓN: RECOMENDACIONES BÁSICAS

A continuación revisaremos algunas orientaciones para el domicilio del adulto mayor con el objetivo de mejorar su funcionalidad, seguridad y calidad de vida. Solo son ideas generales que se deben adaptar de acuerdo a la necesidad y problemática de cada paciente y su entorno.

Entradas y accesos principales de la vivienda (Figura 4)

Deben estar libres de obstáculos, limpios, secos y bien iluminados; las luces con sensor son una buena opción en jardines y accesos.

Idealmente, los accesos deben ser amplios y parejos para permitir el desplazamiento de una persona en silla de ruedas, con bastones o usando andador.

Si existen escalones en las entradas, se deben marcar con color resaltante y/o colocar huincha antideslizante. Si el escalón es muy alto se puede reemplazar por una rampa de pendiente suave o reducir la altura de éste, colocando medio escalón, además de una manilla de sujeción para subir y bajar con seguridad.

Los jardines deben tener espacios de circulación libres de obstáculos como mangueras, herramientas, hojas secas, y otros que puedan ocasionar accidentes. Si es necesario se subirán maceteros y jardineras a la altura de la rodilla del paciente para que pueda realizar actividades de tiempo libre y cuidado de plantas sin riesgo. La colocación de una baranda y espacios adecuados para la realización de actividades puede ayudar a mantener al adulto mayor integrado con los espacios exteriores de la casa y permanecer activo.

Figura 4. Accesos a la vivienda:



Accesos

Orden y limpieza

Medio escalón

Pendiente suave a la entrada

Dormitorio

Es en algunos casos el lugar donde los adultos mayores pasan la mayor parte del día. Se debe evitar la permanencia del adulto mayor en cama por largos periodos de tiempo y la inactividad. La habitación debería contar con luz natural durante el día y colocar orientadores (relojes, fotos, calendarios). La cama debería ser la más adecuada a sus necesidades: lo suficientemente ancha para girar sin problemas y con una altura que permita que el adulto mayor pueda sentarse o pararse sin dificultad (generalmente a la altura de la rodilla o cerca de 50 cm). Si la persona usa silla de ruedas se recomienda que la cama esté a la altura de la silla para facilitar esta transferencia. Si el adulto mayor es más dependiente, el cuidador debe estar capacitado en técnicas de transferencia y manipulación de pacientes en cama para evitar lesiones en el paciente y propias (generalmente su espalda).

Se deben retirar las bajadas de cama, y todo tipo de objetos que entorpezca el

desplazamiento de la persona mayor. El velador debería contar con los elementos básicos: lámpara, lentes, teléfono, agua, etc. Varias caídas ocurren al tropezarse en las bajadas de cama y enredarse con el cable de teléfono. También un gran número de los accidentes suceden en el tránsito del dormitorio hasta el baño, en especial durante la noche. Retirar alfombras por estas áreas de desplazamiento y mantener una adecuada iluminación son medidas de prevención. El dormitorio debería contar con una silla adecuada a sus necesidades (idealmente con apoya brazos y firme) para vestirse con seguridad. La ropa en el closet debería estar a un fácil alcance, idealmente a la altura de los hombros o rodilla del adulto mayor o inferior a ésta en caso de usar silla de ruedas.

Existen implementos de ayuda utilizados en el dormitorio, como por ejemplo, para incorporarse de una cama o vestirse, que facilitan la tarea de los AM con movilidad reducida (Figura 5).

Figura 5. Adaptaciones en el dormitorio:



Dormitorio



Escalera incorporadora



Barra para levantarse

Figura 6. Adaptaciones para el vestuario:



Al realizar la actividad de vestuario en el dormitorio, se recomienda que la ropa utilizada por el AM sea cómoda, holgada, fácil de colocar y sacar. Se pueden incorporar adaptaciones que facilitan acciones como el abotonar o subir los cierres tales como velcros, suspensores u otros que faciliten la colocación o retiro de las prendas (Figura 6). Siempre se sugiere realizar la actividad en una posición segura (sentado) e incorporar los principios de conservación de energía y de protección articular cuando las condiciones de salud lo ameriten (lumbago, EPOC, entre otras). Existen técnicas de vestuario y simplificación de tareas utilizadas en casos específicos (hemiplejía, Parkinson o artroplastía de cadera). En caso de necesitar mayor asistencia en las AVD por parte de terceros, el cuidador debe estar capacitado en estas técnicas de vestuario.

El uso de un calzado adecuado es fundamental para la correcta deambulación y prevención de caídas. Algunas sugerencias son usar un zapato cómodo, blando, con suela de goma antideslizante, taco medio y ancho. Se debe evitar los cordones o hebillas que puedan producir lesiones o tropiezos, el uso de pantuflas o zapatos de descanso y andar descalzo. También se pueden recomendar adaptaciones para el calzado como velcros o el uso de calzadores.

Figura 7. Silla de baño y mesa con escotadura



Ante usuarios que presentan un mayor grado de discapacidad es necesario llevar a cabo otras actividades en el dormitorio como las tareas de alimentación e higiene. El uso de implementos de apoyo para este tipo de actividades debe ser muy bien seleccionado, sopesando los riesgos y el costo de aquellas junto con la motivación del paciente por incorporarlas en su vida cotidiana (Figura 7). Algunos implementos pueden ser el baño portátil, para AM que necesite mínima asistencia o supervisión en la transferencia de la cama al WC portátil y la mesa con escotadura para silla de ruedas que permite realizar la actividad de alimentación en una posición segura. Además es una mesa multifuncional que favorece el desarrollo de otras actividades de tiempo libre (escritura, lectura, etc.).

Baño

Es el lugar de la vivienda donde las personas mayores presentarían mayor dificultad debida a las demandas que exige esta actividad (Figura 8). Un baño sin los suficientes implementos de seguridad es fuente de riesgos y en estos casos, la supervisión debería ser mayor. La actividad de higiene es básica en el autocuidado y autoestima personal. Por lo tanto, es importante adecuar las condiciones de seguridad, confort e intimidad de estos espacios. Si es necesario se analizará la actividad para simplificar las tareas y brindar la asistencia o supervisión que el adulto mayor necesita. Algunas modificaciones ambientales son:

- Instalación de barras de sujeción en el WC y opcional cerca del lavamanos, para facilitar la aproximación y transferencia al WC y el lavado de manos.
- Colocación de barras de soporte en la tina y ducha de manera que faciliten el

acceso y uso de los implementos del baño con seguridad y mayor independencia.

- Retiro de la tina y diseño de un receptáculo de ducha que facilite el acceso del usuario más discapacitado, brindándole mayor seguridad y comodidad en la actividad de higiene.
- Utilización de sillas de ducha en caso de presentar problemas de equilibrio o trastorno de marcha y/o para facilitar la tarea del cuidador en la actividad de higiene del paciente (Figura 7).
- Uso de duchas teléfono, regulables en altura, que son más fáciles de maniobrar,

grifería adecuada como llaves de monocomando y uso de goma antideslizante en el interior de ducha o tina y también fuera de ésta para evitar resbalones o caídas.

- El uso de alzabaño se recomienda en los casos de pacientes con limitación en la flexión de cadera o rodilla y/o reemplazo articular.
- Uso de implementos adaptados de uso personal que pueden facilitar la higiene en algunos adultos mayores con discapacidad leve a moderada como por ejemplo esponjas con mango alargado o dispensadores de jabón, entre otros (Figura 8).

Figura 8. Implementos para baño (Catálogo Ortomédecia Lifante®)



Barra de sujeción WC abatible



Barra



Receptáculo de ducha



Silla de ducha



Tabla para la tina



Silla Giratoria



Silla para bañera



Alzabaño



Esponja con mango alargado



Cepillo de dientes engrosado

Cocina

Es otro espacio de uso frecuente para el adulto mayor, donde practica las habilidades instrumentales de la vida cotidiana. Organizar los espacios y objetos de uso frecuente, rediseñar los espacios y simplificar algunas tareas, son acciones que se pueden desarrollar en conjunto con la familia.

Algunas recomendaciones son:

- Disponer una correcta distribución del mobiliario y áreas de trabajo.
- Mantener los pisos limpios, secos y despejados.
- Mantener una adecuada ventilación y luminosidad para evitar accidentes y

- favorecer una correcta manipulación de los alimentos.
- Distribuir los utensilios de uso más frecuente al alcance del adulto mayor, evitando agacharse o subirse en pisos, acción que puede resultar riesgosa.}
- Incorporar técnicas de protección articular y simplificación de energía al momento de realizar las actividades.
- Tener precaución con los utensilios cortopunzantes (cuchillos) y líquidos calientes (hervidores, etc.).

- Utilizar implementos adaptados para cocinar tales como peladores de verduras, abre fácil, etc. (Figura 9).

La actividad de alimentación del adulto mayor debería llevarse a cabo en un ambiente grato, tranquilo y de preferencia acompañado. En los casos de personas con discapacidad, existen adaptaciones que pueden utilizarse al momento de alimentarse como, por ejemplo, platos adaptados con bordes altos, cubiertos engrosados, etc.

Figura 9. Implementos adaptados para uso en la cocina.



Conclusión

Como equipos multidisciplinares de atención es nuestra tarea sensibilizar y crear conciencia de los factores ambientales que se pueden modificar para que la persona mayor con discapacidad continúe integrada a la vida sociofamiliar.

Debemos considerar en nuestra intervención las características del ambiente físico y social, las necesidades del paciente y

cuidador, las ayudas técnicas, modificaciones ambientales y su entrenamiento.

A los equipos de salud dedicados a atender a la tercera edad, nos corresponde orientar en actitudes positivas al interior de la familia que apoyen la autonomía del adulto mayor en sus actividades de la vida diaria, autoestima y confianza en sí mismo y capacitar a los cuidadores principales y sus familias en el cuidado del AM y su propio autocuidado.

Referencias

1. Factores Contextuales. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, CIF.
2. Ignacio Montorio Cerrato. Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional. Boletín sobre el envejecimiento IMSERSO, 2004.
3. Gary Kielhofner. El medio ambiente y la Ocupación. Modelo de ocupación humana, Teoría y Aplicación. 2004.
4. Perfil epidemiológico del adulto mayor en Chile. Superintendencia de Salud. Gobierno de Chile. Año 2006 Accesibilidad.
5. Ciudades y espacio para todos. Manual de accesibilidad universal. Conceptos generales. Corporación Ciudad Accesible. www.ciudadaccesible.cl
6. Funcionalidad y discapacidad. Ciudades y espacio para todos. Manual de accesibilidad universal. Conceptos generales. Corporación Ciudad Accesible. www.ciudadaccesible.cl
7. Vivienda. Estudio Nacional de la Dependencia en Personas Mayores Año 2009.
8. Una mirada a la discapacidad. Catálogo de Prescripción de Ayudas Técnicas. SENADIS.
9. Listado de Seguridad Domiciliaria OMS, Adaptado Universidad de Chile TO. Prevención y manejo de las Caídas. Serie guías clínicas del Adulto Mayor. Minsal.
10. Las caídas de los adultos mayores en la calle y en el hogar. Habitar al Envejecer.

Capítulo 31. Garantías Explícitas en Salud

Karina Robles Cárdenas

Contexto chileno

Es indiscutible que Chile ha mejorado su desempeño global en las últimas décadas. Es bien conocido que el crecimiento económico tuvo un despegue a mediados de los ochenta, cuando la economía salía de la crisis de 1982. A finales de los 90 la tendencia al alza se desacelera; sin embargo, permite continuar con el crecimiento^{1,2,3}. Durante este periodo, la bonanza económica es el factor que más contribuye a mejorar los aspectos sociales de la población como bienestar, salud, educación, trabajo, entre otros, lo que permite destacar a nivel regional en una serie de indicadores que se han mantenido en rangos similares a países desarrollados o

han mantenido una tendencia al alza (Tabla 1).

Un gran hito para nuestro país se logra en enero de 2010 cuando Chile se convirtió en el primer miembro de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en Sudamérica y segundo en Latinoamérica, después de México, debido al reconocimiento en los avances económicos de las últimas décadas, desarrollo social y fuerte reestructuración institucional, que lo ha llevado a ubicarse en la treintena de miembros de esta organización que agrupa a las principales economías industrializadas del mundo⁴.

Tabla 1. Principales indicadores sociales, demográficos, de nutrición y salud, Programa mundial de alimentos Naciones Unidas.

Países de América Latina y el Caribe: Principales Indicadores Sociales, Demográficos y de Salud

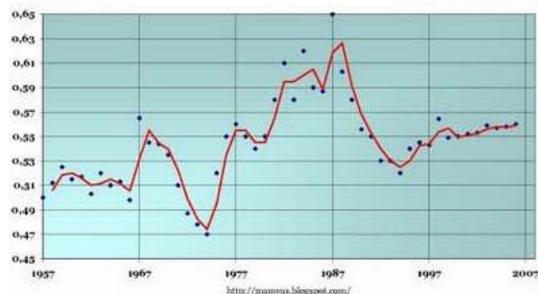
País	Población (millones) Unicef 2008	% Población Indígena Banco Mundial, 1990	Índice de Desarrollo Humano PNUD 2007/2008	Tasa de Mortalidad Materna (/100,000 nac. vivos) Unicef 2008	Bajo Peso al Nacer (%) Unicef 2008	Tasa de Mortalidad Infantil (< 1) (/1,000 nac. vivos) Unicef 2008	Tasa de Mortalidad en niños < 6 años (/1,000 nac. vivos) Unicef 2008	Expectativa de vida al nacer (años) Unicef 2008
Bolivia	9354	71.0%	0.695	290	7	50	61	65
Colombia	45558	2.0%	0.791	130	9	17	21	73
Cuba	11267	n/a	0.838	45	5	5	7	78
Dominican Republic	9615	2.0%	0.779	150	11	25	29	72
Ecuador	13202	43.0%	0.772	210	16	21	24	75
El Salvador	6762	7.0%	0.735	170	7	22	25	72
Guatemala	13029	42.8%	0.689	290	12	31	41	68
Haití	9446	n/a	0.529	670	25	60	80	60
Honduras	6969	15.0%	0.700	280	10	23	27	70
Nicaragua	5532	5.0%	0.710	170	12	29	36	72
Panamá	3288	6.0%	0.812	130	10	18	23	75
Peru	27589	47.0%	0.773	240	11	21	25	71
Argentina	39134	1.0%	0.869	77	7	14	16	75
Brazil	189323	0.2%	0.800	110	8	19	20	72
Chile	16465	8.0%	0.867	16	6	8	9	78
Costa Rica	4399	1.0%	0.846	30	7	11	12	74
Guyana	739	8.1%	0.750	470	13	46	62	66
Jamaica	2699	2.0%	0.736	170	12	26	31	72
Mexico	105342	14.0%	0.829	60	8	29	35	74
Paraguay	6016	3.0%	0.775	150	9	19	22	71
Suriname	455	6.0%	0.774	72	13	29	39	70
Trinidad and Tobago	1328	2.0%	0.814	45	19	33	38	69
Uruguay	3331	0.0%	0.852	20	8	11	12	76
Venezuela	27191	2.0%	0.792	57	9	18	21	73

Sin embargo, existe un tema país que impacta cada vez con más fuerza: la desigualdad en la distribución de los ingresos y por ende, el acceso a bienes y servicios. Esto provoca una gran brecha en las oportunidades para las personas y queda claramente graficado al analizar los indicadores de desarrollo social por grupo de ingresos o por distribución geográfica. Los adultos mayores han sido tradicionalmente una población golpeada por esa desigualdad.

Al observar la desigualdad en el grupo de países de alto índice de desarrollo humano, Chile posee altos índices de desigualdad: el 10% más rico se lleva el 47% de los ingresos y el 10% más pobre obtiene sólo el 1,2% de los ingresos. Los indicadores de desigualdad se han mantenido relativamente constantes en el tiempo y siguen estando entre los más altos del mundo.

Un indicador de desigualdad es el coeficiente de Gini, que puede tomar un valor entre 0 y 1 (mientras más alto indica mayor desigualdad). En nuestro país en las últimas 3 décadas ha estado persistentemente sobre 0,5 (Figura 1).

Figura 1. Coeficiente Gini para Chile 1957 - 2007



Si contrastamos el índice de Gini con la pobreza, se puede ver que a pesar de la tendencia a la mantención de la desigualdad, la pobreza disminuye y esto se debe a dos grandes factores: el buen estado macroeconómico (PIB) y las políticas sociales⁵.

Reforma de salud chilena

En este contexto del país, en la década de los noventa se gestó la reforma de salud chilena, que pretende lograr una mejor salud para todos los chilenos, garantizando igualdad de derechos e implementando

políticas basadas en la equidad, solidaridad, efectividad técnica, eficiencia en el uso de los recursos y participación social en la formulación, puesta en marcha y evaluación de políticas y programas sectoriales.

Los objetivos declarados del proceso de reforma de salud chileno son los siguientes:

- Mejorar la salud de la población, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad.
- Reducir las desigualdades en salud.
- Mejorar la salud de los grupos menos favorecidos de la sociedad.

El proceso de reforma a la salud chilena se intensifica a partir del año 2000 cuando se establece la Comisión de Estudios de la Reforma y el Presidente de la República se compromete a presentar un conjunto de cinco proyectos legislativos al Congreso Nacional. Estos proyectos fueron:

1. Derechos y deberes del paciente.
2. Financiamiento.
3. Instituciones de Salud Previsional (Ley de Isapres).
4. Autoridad sanitaria y gestión.
5. Garantías Explícitas en Salud.

El primer proyecto es el único que aun está en trámite legislativo. Los cuatro restantes están aprobados y vigentes.

GARANTIAS EXPLICITAS EN SALUD (GES)

En el año 2004 se promulga la ley que establece un régimen general de garantías en salud, las cuales son exigibles por cualquier persona que tiene un seguro de salud público (FONASA) o privado (ISAPRE), que cumple con todas las características definidas para cada problema de salud en el decreto GES vigente y que se atiende en la red de prestadores definidos⁶. Además, el GES define un examen de medicina preventiva que es un plan de evaluación periódica de salud, de carácter voluntario y gratuito.

Las Garantías Explícitas en Salud se definen como aquellos derechos en materia de salud relativos a acceso, calidad, oportunidad y protección financiera con que deben ser otorgadas las prestaciones, asociadas a los problemas de salud incluidos en el Régimen GES (Tabla 2). Dichas

garantías se orientan fundamentalmente a los siguientes aspectos:

Garantía Explícita de Acceso: obligación del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud contempladas en el régimen GES, garantizadas a los beneficiarios.

Garantía Explícita de Calidad: otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado.

Garantía Explícita de Oportunidad: referida al plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determina el Decreto Vigente.

Garantía Explícita de Protección Financiera: la contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones está definida en la Ley GES. El copago (diferencia a pagar por parte del usuario) se sobrepone con otras legislaciones, y se determina de la siguiente forma⁷:

No realizan copagos: todos los beneficiarios y beneficiarias de los tramos A y B de FONASA, los que no pagan por ninguna

atención garantizada en el GES. Tampoco los beneficiarios PRAIS y quienes tengan 60 años y más, independiente de su tramo. Además serán gratis las atenciones garantizadas que se otorguen en el nivel primario de atención, así como aquellas prestaciones de alto costo que FONASA contemple en su seguro catastrófico para todos los beneficiarios, independiente de su tramo.

Realizan copagos: todos los beneficiarios menores de 60 años, de los tramos C y D, deben cancelar como máximo el 10% y 20%, respectivamente, en aquellas atenciones garantizadas y prestaciones que tengan asociado algún copago. Sin embargo, la suma de todos los copagos, dentro de un período de 12 meses, tendrá un tope máximo de dos o tres sueldos, aproximadamente, si el grupo familiar tiene otros problemas de salud incluido en el GES.

Si bien el GES instala la necesidad de realizar gestión clínica y exige cambios en la práctica clínica, la estrategia ha sido de incorporación progresiva de nuevos problemas de salud y sus prestaciones aseguradas, entre los años 2005 y 2010, para permitir la adaptación paulatina de los equipos de salud a esta nueva forma de atención.

Tabla 2. Decretos que incorporan los problemas de salud GES.

• DECRETO 170 (2005):	25 problemas de salud
• DECRETO 288 (2006):	40 problemas de salud
• DECRETO 44 (2007):	56 problemas de salud
• DECRETO 1 (2010):	69 problemas de salud

Cobertura para el adulto mayor

Dado que la población adulto mayor en Chile es una de las más vulnerables, está priorizada dentro de los problemas GES. Sin embargo, este grupo etario tiene una cobertura de protección en el seguro público de salud más amplio que el GES y que lo incluye⁸.

Programa Adulto Mayor

Los beneficios del programa del adulto mayor se dividen en aquellas que se acceden

en la modalidad Atención Institucional y las que se acceden en modalidad Libre Elección.

Beneficios modalidad Atención Institucional

Todas las atenciones de salud que reciba en la Modalidad Institucional serán totalmente gratuitas para todos los beneficiarios de 60 años o más. Para acceder a los beneficios que se otorgan a través de la Modalidad Institucional, los beneficiarios mayores de 60 años - independiente del grupo en que se

encuentren clasificados (grupos A, B, C o D) - deben concurrir al consultorio de su comuna, desde donde serán derivados al hospital si el médico lo indica.

Los beneficios más conocidos y que paulatinamente han incluido a la gran mayoría de los beneficios de este grupo son los actuales problemas de salud GES.

Problemas de salud incluidos en GES

Específicos para el adulto mayor

- **Artrosis de cadera con limitación funcional severa, en mayores de 65 años.**
- **Órtesis o ayudas técnicas para mayores de 65 años.**
- **Artrosis de cadera o rodilla, leve o moderada en mayores de 55 años.**
- **Hipoacusia bilateral que requiere de audífonos en mayores de 65 años.**
- Vicios de refracción en mayores de 65 años.
- Neumonía adquirida en la comunidad, en mayores de 65 años.
- Salud integral para adultos mayores de 60 años, incluye prótesis.

No específicos para el grupo etario

- Cataratas
- Hiperplasia benigna de próstata
- Cáncer de próstata
- Cáncer de testículo
- Cáncer cérvico-uterino
- Cáncer de mama
- Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos.
- Linfomas en personas mayores de 15 años.
- Cáncer gástrico en personas de 15 años y más.
- Leucemia
- Diabetes mellitus tipo 1
- Diabetes mellitus tipo 2
- Retinopatía diabética
- Insuficiencia renal crónica terminal
- VIH/SIDA
- Hipertensión arterial esencial en personas de 15 años y más.
- Epilepsia no refractaria en personas mayores de 15 años.
- Parkinson
- Hemofilia

- **EPOC de manejo ambulatorio**
- Infarto agudo al miocardio
- Trastornos de impulso cardíaco y su conducción en personas que requieren marcapasos.
- **Hernia del núcleo pulposo**
- **Artritis reumatoide**
- Depresión en personas de 15 años y más
- Esquizofrenia
- Desprendimiento de retina
- **Accidente cerebro vascular Isquémico en personas de 15 años y más.**
- Tumor primario del sistema nervioso central.
- Trauma ocular grave
- Urgencia odontológica ambulatoria
- **Quemaduras graves o de riesgo vital**
- Politraumatismo grave
- TEC moderado o severo
- **Hemorragia cerebral por ruptura de aneurisma**
- Examen preventivo de salud.

Las patologías que aparecen destacadas tienen asegurada por ley, la rehabilitación motora, sensorial, cognitiva o integral en todo el territorio nacional. Por ejemplo, la rehabilitación postartroplastia total de cadera, el entrenamiento realizado por kinesiólogo cuando se entrega una ayuda técnica, la evaluación del uso de audífonos por parte de fonoaudiólogo, sesiones anuales con terapeuta ocupacional en artritis reumatoide, la atención kinésica integral como parte del tratamiento médico en artrosis leve a moderada de rodilla o cadera, en EPOC o en patologías como rotura de aneurisma cerebral y hernia del núcleo pulposo operada. En accidente cerebrovascular isquémico, la atención incluye la evaluación por fonoaudiólogo, atención kinésica y de terapia ocupacional. El manejo del gran quemado también considera la rehabilitación integral con kinesiólogo, terapeuta ocupacional, confección de órtesis y sistemas elásticos compresivos.

El decreto especifica el mínimo legal y tipo de prestaciones, como por ejemplo, 2 atenciones kinésicas integrales en la entrega de cada órtesis, y es de resorte de los establecimientos diseñar, implementar y evaluar programas de rehabilitación que cumplan con el decreto y tengan como orientación la Guía Clínica GES ministerial de

cada problema de salud. Por lo tanto, el sistema GES pone el piso mínimo y todos somos responsables de contar con más y mejores planes de rehabilitación.

Sin duda alguna, considerar la rehabilitación como prestación mínima y obligatoria, ha presionado a priorizar la rehabilitación dentro de los servicios de salud y los establecimientos públicos, situación histórica en nuestro país. La puesta en marcha de patologías GES ha permitido contratar cargos de profesionales de rehabilitación en el sistema público de salud e implementar atenciones que previamente no se realizaban por los costos elevados que implicaban.

En el decreto GES vigente están definidos específicamente¹⁰ para cada uno de los problemas de salud, cuáles son las garantías de acceso, es decir, las características específicas que debe cumplir el beneficiario para ingresar al problema de salud y la etapa de atención clínica a la que le debemos asegurar el ingreso. La garantía de oportunidad define el tiempo máximo en el cual le debemos dar las prestaciones aseguradas y la garantía financiera en los adultos mayores es del 100%. Además están definidas, en este documento, las prestaciones aseguradas por cada problema de salud en el anexo llamado Listado de Prestaciones Específicas (LEP), que está definido en el Decreto como parte del mismo y es modificado con la aprobación de un nuevo Decreto.

Dado que el GES ha sido y seguirá siendo una herramienta de regulación sanitaria, en desarrollo e implantación constante, es imprescindible conocer la normativa vigente para poder manejar las

garantías de cada problema de salud dado que lo que fue asegurado en el pasado puede ser modificado en el futuro.

Beneficios no GES

Atención oportuna para cirugías electivas

Las intervenciones quirúrgicas incluidas en el programa son: coleditiasis, hernia abdominal y prolapso uterino. En el caso de un diagnóstico de cáncer en que se indique intervención quirúrgica, ésta debe realizarse en un plazo no superior a 30 días. Los plazos sólo serán válidos si el paciente reúne las condiciones clínicas necesarias para que ésta se efectúe. Si el beneficiario no acude a operarse, deberá volver al hospital y pedir una nueva fecha para la intervención.

Si han transcurrido los 3 meses y el beneficiario aún es llamado para operarse, podrá formular su reclamo por escrito, directamente a la Dirección del Hospital correspondiente. Si no recibe una respuesta satisfactoria, el beneficiario debe dirigirse a cualquier sucursal de FONASA con los antecedentes.

Beneficios modalidad Libre Elección

Los beneficios que se otorgan a través de la Modalidad de Libre Elección son para aquellos beneficiarios de 55 años o más que accedan a la atención ya sea con profesionales o instituciones de salud en convenio con FONASA (hospitales privados, clínicas, médicos, enfermeras, entre otros).

Entre los beneficios que se otorgan a los beneficiarios mayores de 55 años se encuentran: bonificación de lentes ópticos y audífonos, atención integral de enfermería en domicilio, atención integral de enfermería en centros del adulto mayor.

Referencias

1. Schmidt-Hebbel, Klaus. El Crecimiento Económico de Chile. Documentos de Trabajo Banco Central de Chile, N° 365, 2006.
2. De Gregorio, José. Crecimiento económico en Chile: Evidencia, fuentes y perspectivas. Estudios Públicos 2005; N° 98.
3. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico OCDE, Estudio Económico de Chile, 2010.
4. OCDE. (11-01-2010). «Chile, primer país sudamericano miembro de la OCDE». Consultado el 18/01/11.
5. Ruiz-Tagle, Jaime. «Chile: 40 años de Desigualdad de Ingresos». Documento de Trabajo N° 165, Departamento de Economía, Universidad de Chile. 1999.
6. Ley N° 19.966 de la República de Chile.
7. De: <http://augeenlínea.fonasa.cl/portal>
8. Sitio web FONASA. «Beneficios del Programa Adulto Mayor».
9. Sitio web red Minsal http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g_gesauge/g_publico/gesaugeyadultomayorhtml
10. Decreto Supremo N°1 de 2010, de Salud y de Hacienda.

Capítulo 33. Programa de apoyo al cuidado de personas con discapacidad severa

María Paz Lavín Palma

Existe un aumento creciente de personas con discapacidad severa, que se encuentran postradas y están siendo atendidos por su entorno familiar y comunitario, resultando de ello, en muchos casos, un cuidado inadecuado y una presión agobiante para la familia, particularmente para mujeres cuidadoras.

Es un deber ético y una responsabilidad del equipo de salud, proporcionar alivio y cuidado a la familia, mejorar el ambiente socio-familiar y el equilibrio psicológico de sus miembros, incluido aquel que padece la discapacidad.

Ante esta realidad, desde el año 2006, el Ministerio de Salud diseñó un Programa de apoyo al cuidado domiciliario de personas de toda edad con discapacidad severa o pérdida de autonomía, con fondos que son traspasados desde los Servicios de Salud a los municipios para su administración.

Este programa incluye:

- Capacitación a cuidadores con el objeto de velar por la condición y calidad del cuidado al interior del domicilio.
- Apoyo y asistencia técnica de un equipo de salud a personas con postración permanente y/o con pérdida de autonomía, a través de visita domiciliaria.
- Entrega de un estipendio para el cuidador de personas postradas y/o con pérdida de autonomía, en situación de indigencia o pobreza.

Objetivos del Programa

- Mejorar la calidad del cuidado y la calidad de vida de las personas con postración severa y/o con pérdida de autonomía, apoyando particularmente a los cuidadores familiares.
- Capacitar permanentemente a la familia que cuida.

- Aliviar a la familia pobre o indigente que cuida con un apoyo monetario.
- Evitar la institucionalización.

Los beneficiarios de este programa son las personas beneficiarias del Sistema Público de Salud, que de manera permanente sufren de postración y/o pérdida de autonomía severa según el índice de Katz (Figura 1). El índice de Katz evalúa un conjunto de funciones que se desarrollan y deterioran en general en un orden preciso, generando diversos grados de dependencia en las actividades de vida diaria (AVD) como bañarse, vestirse, usar el inodoro, trasladarse, ser continente de los esfínteres, alimentarse.



Clasificación del nivel de dependencia:

Leve: aquel que no precisa ayuda o utiliza ayuda de otro, sólo para un componente de sus actividades de la vida diaria.

Moderada: aquel que requiere de asistencia para más de una actividad, pero puede realizar algunas actividades sin ayuda o supervisión.

Severa: aquel que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la supervisión o guía para todos los componentes de la AVD.

Figura 1. Ficha de aplicación índice de Katz

Ficha de Aplicación del INDICE DE KATZ
Evalúa las Actividades Básicas de la Vida Diaria

Nombre.....Rut.....Edad.....Sexo.....

Actividades Básicas de la Vida diaria	Dependiente Leve	Dependencia Moderada	Dependencia Severa o POSTRADO
Bañarse	Se baña completamente sin ayuda, o recibe ayuda sólo para lavarse alguna parte del cuerpo, por ejemplo: la espalda	Necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, y/o recibe ayuda para entrar y salir de la bañera	Totalmente incapacitado para darse un baño por sí mismo
Vestirse	Coge la ropa y se viste completamente, o recibe exclusivamente ayuda para atarse los zapatos	Recibe ayuda para coger la ropa y/o vestirse completamente	Totalmente incapacitado para vestirse por sí mismo
Usar el inodoro	Va al inodoro, se limpia y ajusta la ropa	Recibe ayuda para acceder al inodoro, limpiarse, ajustarse la ropa y/o recibe ayuda en el uso del orinal	Totalmente incapacitado para usar el inodoro
Trasladarse	Se levanta y se acuesta, se incorpora y sienta de manera independiente	Recibe ayuda personal o mecánica para realizar estas funciones	Totalmente dependiente para levantarse o acostarse o para incorporarse o sentarse o ambas
Continencia	Controla completamente los esfínteres de la micción y defecación	Incontinencia en la micción y/o defecación, parcial o total, o necesita control parcial o total por enema, sonda o uso reglado de orinales	Depende totalmente de pañal, sonda o colostomía
Alimentarse	Sin ayuda	Necesita ayuda para comer o necesita ayuda solo para cortar carne o untar el pan	Es alimentado por otra persona, por sonda o vía parenteral

Clasificación

Dependencia Leve	Se considera a una persona Dependiente Leve, aquel que no precisa ayuda o utiliza ayuda solo para un componente de la actividad
Dependencia Moderada	Es aquella persona que requiere de asistencia para más de un componente, pero puede realizar otros componentes de la actividad sin ayuda o supervisión
Dependencia Severa o Postrado	Es aquella persona que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la supervisión o guía para todos los componentes de la actividad.

Características del Programa de Atención Domiciliara

Incluye un conjunto de acciones de carácter sanitario que se realizan en el domicilio del paciente para atender los problemas de salud de la persona que se encuentra en situación de incapacidad física, temporal o definitiva, que les impiden desplazarse fuera de su hogar. Los pacientes con dependencia severa constituyen una población que habitualmente está bajo control en la atención primaria de salud.

Esta actividad se realiza independientemente de la edad de la persona y necesariamente incorpora a los demás integrantes de la familia y comunidad con una visión biosicosocial integral. La frecuencia y los profesionales con que se realicen las intervenciones de apoyo (evaluación, capacitación etc.) dependerán de las condiciones del paciente y su grupo

familiar y de las capacidades de cada consultorio o centro de salud familiar.

El programa apunta a dar apoyo a personas que sufren de dependencia severa y son cuidados por su familia, por lo tanto, se excluye a adultos mayores que vivan en instituciones de larga estadía o que tengan cuidadores formales remunerados.

Existen una serie de formularios de registro utilizados en el programa, desde donde se pudieran sistematizar los datos para así obtener información acerca de esta población usuaria. La fuente de datos con el que hoy contamos son los REM (resúmenes estadísticos mensuales) y el registro local del programa de estipendio al cuidador.

El número de pacientes postrados severos incluye las cifras de pacientes postrados con escaras y pacientes postrados terminales. Las estadísticas separan los ingresos al programa de personas menores

de 20 años, entre 20 y 64 años y de 65 y más años.

Estipendio al cuidador

Es la ayuda económica mensual para el cuidador de la persona postrada y/o con pérdida de autonomía en situación de indigencia o pobreza.

Los criterios de inclusión son:

- Que el paciente clasifique como postrado permanente según el índice de Katz.
- Que el paciente se encuentre incluido en el Programa Postrados de Atención Domiciliaria en APS.
- Que cuente con un familiar o cuidador responsable que viva con él y esté capacitado por el equipo del Centro de Salud.
- Que la persona no se encuentre en residencia institucionalizada.
- Para que el cuidador reciba el estipendio, el beneficiario debe estar clasificado como FONASA A o B, beneficiario del programa Chile Solidario o beneficiario de pensiones asistenciales.

Para que el cuidador continúe como receptor del estipendio se debe verificar por medio de una visita domiciliaria mensual, la sobrevida de la persona postrada y/o con pérdida de autonomía. Se debe aprobar los estándares de higiene personal y ambiental

del paciente y certificar que se mantenga el cuidado del paciente postrado, por parte del familiar cuidador identificado y comprometido con el paciente.

Responsabilidad del equipo de salud de atención primaria

1. Identificar y categorizar en su comuna a los beneficiarios que cumplen con las condiciones de inclusión en el programa.
2. Identificar y enrolar al familiar cuidador de las personas beneficiarias del programa.
3. Ingresar al programa con ficha y tarjetón correspondiente, en el que debe estar identificada la persona que realizará los cuidados directos.
4. En el contexto del plan de salud familiar, el equipo de salud de cabecera debe efectuar dos visitas semestrales para actualizar el estado clínico del paciente.
5. Capacitar o reforzar la educación a los cuidadores con el propósito de detectar condiciones de riesgo en el entorno del paciente, educar al cuidador y familia para la modificación de éstas y ofrecer alternativas de enfrentamiento.
6. Realizar visita mensual para verificar la mantención de las condiciones de inclusión del paciente y su familiar cuidador y velar por que el paciente reciba los cuidados adecuados.

Referencias

1. Presentación Departamento de Coordinación de Redes, Servicio de Salud Metropolitano Oriente, 2009.

Capítulo 33. Servicio Nacional de la Discapacidad

Lorena Cerda Aburto

El antiguo Fondo Nacional de la Discapacidad fue transformado en el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS) en el año 2010 por mandato de la Ley 20.422. Es un servicio público descentralizado, dependiente del Ministerio de Planificación,

que tiene por finalidad promover la igualdad de oportunidades, inclusión social, participación y accesibilidad de las personas con discapacidad.

Los objetivos estratégicos de SENADIS se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Objetivos estratégicos del SENADIS

Asesorar e integrar las políticas públicas hacia las personas con discapacidad en el marco de los lineamientos de la política nacional de la discapacidad, con el objetivo de incorporar la discapacidad como parte de toda política pública, cumpliendo con lo señalado en la Ley y las convenciones internacionales.
Coordinar el conjunto de prestaciones y acciones sociales para las personas con discapacidad, mediante acuerdos y convenios, con el objetivo de optimizar la oferta hacia las personas con discapacidad.
Promover el diseño y la implementación de estrategias inclusivas para las personas con discapacidad, mediante la ejecución de programas y proyectos con pertinencia territorial que apunten al desarrollo de su autonomía, independencia, autovaloración y sociabilidad.
Liderar acciones que contribuyan al desarrollo de una cultura de respeto de los derechos de las personas con discapacidad a través de estrategias de información, educación y protección.
Promover y proteger el cumplimiento efectivo de los derechos de las personas con discapacidad que favorezcan la inclusión social, creando mecanismos para la plena participación de las personas con discapacidad, mediante la evaluación y certificación de la inclusión social y el desarrollo de acciones para la defensoría de derechos.

Funciones de SENADIS

Las funciones que desempeña el SENADIS son múltiples y abarcan aspectos como estudios nacionales e internacionales sobre discapacidad; accesibilidad y tecnologías, educación, inclusión laboral y salud de personas con discapacidad.

Algunas de estas funciones son:

- Proporcionar información a nivel nacional sobre prevalencias, categorías y causales de la discapacidad.
- Evaluar convenciones internacionales y medir el estado de avances del cumplimiento de las mismas por parte del estado chileno.
- Construir indicadores sobre discapacidad, que muestren las tendencias y brechas de la demanda y oferta del Estado y entidades privadas.
- Promover recursos para mejorar y difundir la accesibilidad y el diseño

universal a través de la creación y desarrollo de nuevos productos estratégicos y la mejora de calidad de los existentes.

- Orientar de manera técnica a las instituciones públicas y privadas respecto a la normativa existente en accesibilidad y cooperar en el desarrollo de nueva normativa, normas técnicas y guías.
- Asesorar y proponer las políticas públicas intersectoriales para promover el diseño universal y el acceso de las personas con discapacidad a una información completa y oportuna.
- Diseñar y gestionar los programas de tecnología asistiva y de servicios de apoyos, para personas con discapacidad de forma coordinada con los diferentes departamentos de SENADIS en base a la gestión intersectorial.
- Generar levantamientos permanentes de información relacionado a las nuevas tecnologías existentes para potenciar

mesas de trabajo intersectorial relacionado con la tecnología asistiva.

- Desarrollar acciones que incrementen la cobertura de la personas con discapacidad en los distintos niveles y modalidades del sistema educativo.
- Crear, implementar, monitorear y controlar estrategias colaborativas entre instituciones de educación pública y privada para la transferencia de competencias que apunten a la inclusión educativa.
- Asesorar y proponer las políticas públicas intersectoriales para la inclusión educativa de las personas con discapacidad.
- Desarrollar acciones y estrategias que incrementen las condiciones de empleabilidad de las personas con discapacidad.
- Orientar la ejecución territorial de productos que aumenten el acceso al trabajo de las personas con discapacidad.
- Asesorar y proponer las políticas públicas intersectoriales para la inclusión laboral de las personas con discapacidad.
- Diseñar, integrar e implementar programas y proyectos en el ámbito de la salud de las personas con discapacidad, abarcando desde la prevención hasta la rehabilitación, con el fin que desarrollen el mayor grado de participación, y capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en consideración a la deficiencia que causa la discapacidad.
- Asesorar y proponer las políticas públicas intersectoriales para la prevención y rehabilitación de las personas con discapacidad.

Los programas administrados por SENADIS más utilizados por los individuos y organizaciones de la discapacidad son los de ayudas técnicas, intermediación laboral y los fondos concursables.

Programa de ayudas técnicas

A fin de contribuir a la autonomía, mejorar las posibilidades de participación social y el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, el Programa

de Ayudas Técnicas realiza el financiamiento total o parcial de ayudas técnicas para personas con discapacidad, focalizando su accionar en las personas de escasos recursos, o personas jurídicas sin fines de lucro que las atiendan.

Una ayuda técnica es, cualquier producto fabricado especialmente o disponible en el mercado, para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones y restricciones en la participación de las personas con discapacidad. El uso de una ayuda técnica representa un aumento significativo de la autonomía de la persona con discapacidad, por cuanto posibilita o contribuye a posibilitar su acceso a las oportunidades de desarrollo y de participación social en igualdad de condiciones, mejorando su calidad de vida.

Para hacer efectivo el acceso de las personas con discapacidad al beneficio de las Ayudas Técnicas, éstas deben ser indicadas por un profesional calificado para ello. Con dicha prescripción, las personas con discapacidad deben postular al Servicio Nacional de la Discapacidad a través de las instituciones intermediarias que tienen convenio marco con la institución (municipios, hospitales, servicios de salud, organizaciones de y para personas con discapacidad, etc.) de acuerdo al procedimiento establecido en la Guía para la Postulación de Ayudas Técnicas 2010.

Fondos concursables

El SENADIS desarrolla cada año el concurso nacional de proyectos para la inclusión social de personas con discapacidad, procedimiento que asegura la transparencia en el proceso de adjudicación y hace efectiva la participación de las personas con discapacidad y de las organizaciones que las representan o agrupan, promoviendo la complementariedad de recursos y la continuidad de los proyectos.

Las bases del concurso tienen por objeto establecer los requisitos generales que deberán cumplir todos los proponentes al presentar su proyecto para su declaración de elegibilidad y eventual adjudicación, fijando las normas que regirán la ejecución de los proyectos adjudicados.

El concurso nacional de proyectos busca favorecer el desarrollo de iniciativas inclusivas orientadas a la participación ciudadana, la accesibilidad y la equiparación de oportunidades de las personas con discapacidad. Permite acceder a financiamiento total o parcial de proyectos para desarrollar actividades ligadas a la inclusión social de las personas con discapacidad.

Se puede postular a las siguientes líneas de financiamiento: prevención y rehabilitación, educación, trabajo, accesibilidad. Los fondos concursables están dirigidos a personas naturales (con y sin discapacidad) y personas jurídicas acreditadas por SENADIS como consultorios, clubes de adulto mayor, municipios, agrupaciones de familiares de discapacitados, etc.

Intermediación laboral

El programa de intermediación laboral del SENADIS funciona desde el año 2002, como una alternativa a la propia búsqueda de trabajo de los trabajadores y trabajadoras que presentan discapacidad, promoviendo las oportunidades de empleo para dicho colectivo.

El programa establece un vínculo permanente con los empresarios, especialmente a través de los departamentos de recursos humanos, quienes tienen la oportunidad de contar con un servicio de orientación, evaluación y descripción de los puestos de trabajo disponibles y la obtención de un trabajador o trabajadora acorde a los requerimientos del cargo ofertado por la empresa.

El programa desarrolla un nexo permanente con las personas con discapacidad que, cumpliendo con el perfil del usuario predefinido, cuentan con un servicio de evaluación de sus potencialidades, orientación laboral e intermediación laboral, buscando el puesto de trabajo acorde a sus potencialidades e intereses.

Referencias

www.senadis.cl

Sociedad civil

La experiencia indica que muchos de los avances que Chile ha logrado en el ámbito de la discapacidad en los últimos años, han sido fruto del trabajo sistemático de las organizaciones.

El trabajo que se ha logrado desarrollar entre la sociedad civil y los diferentes sectores públicos y privados nos ha permitido crecer y avanzar en la construcción de un Chile más inclusivo; sin embargo, necesitamos organizaciones que continúen fortaleciéndose, que trabajen por hacer exigibles sus derechos y estén alertas a su cumplimiento.

SENADIS ofrece un espacio a las diferentes organizaciones de y para personas con discapacidad para participar en el sitio web enviando sus actividades, noticias, historias de vida y experiencias que se encuentren desarrollando.

Se debe continuar trabajando en conjunto, fortaleciendo una red intersectorial que nos permita avanzar hacia a una cultura más inclusiva, en los diversos ámbitos: cultura, accesos a los espacios físicos, deporte y la recreación, educación y la inserción laboral, para asegurar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad de nuestro país.

Conclusiones

El SENADIS es un servicio público orientado a las personas con discapacidad que está en permanente evolución y crecimiento.

Los equipos de salud que atienden adultos mayores con limitaciones funcionales deben conocer todos los beneficios a los que pueden acceder desde el SENADIS y promover su uso.

Probablemente este grupo etario se beneficie especialmente de los programas de ayudas técnicas distintas a las que entrega el programa GES y del concurso nacional de proyectos en temas de prevención, rehabilitación y accesibilidad, a los que postulan distintas organizaciones que trabajan con el AM.

Capítulo 34. Rehabilitación con base comunitaria

María Lucía Ríos Fuentes

Rehabilitación comunitaria en Chile

El modelo de salud en Chile ha tenido un cambio importante en el último tiempo, pasando de ser un modelo centrado en la enfermedad a ser un modelo centrado en el paciente y su familia. Este proceso de desarrollo ha llevado a la creación de los centros de salud familiar (CESFAM) que han venido a reemplazar a los conocidos consultorios de salud. La rehabilitación no ha quedado ajena a esta transformación y también ha tenido un cambio importante gracias a la implementación por parte del Ministerio de Salud desde el año 2004, de un programa de rehabilitación centrado en el paciente e inmerso en la comunidad conocido como Rehabilitación con Base Comunitaria (RBC).

La Rehabilitación de Base Comunitaria constituye una estrategia de desarrollo local para la rehabilitación que tiene como objetivo la disminución del déficit, la equiparación de oportunidades y la integración social de todas las personas con discapacidad. Dentro de este contexto, el adulto mayor (dado el propio proceso de envejecimiento y la pérdida progresiva de funcionalidad) va generando una condición de mayor vulnerabilidad que puede transitar desde la autonomía a la fragilidad, la dependencia y finalmente hasta la postración.

Cada día se hace mayor la necesidad de disponer de estos servicios en la comunidad, así como la calificación de los recursos humanos que se dedican a la atención de este grupo poblacional que sean capaces de transmitir educación a los adultos mayores para que estos incorporen hábitos y habilidades en materia de rehabilitación que los ayuden a preservar la salud. Esta acción viene a complementar el trabajo realizado por las instituciones hospitalarias donde se ofrecen servicios de rehabilitación para el adulto mayor.

Implementación y funcionamiento del modelo de RBC

La implementación del modelo requiere de un equipo altamente motivado y capacitado. Actualmente en Chile se encuentran varios centros comunitarios de rehabilitación (CCR) en funcionamiento. Estos cuentan con los profesionales kinesiólogo y terapeuta ocupacional insertos dentro del Centro de Salud Familiar (CESFAM) e integrados en las actividades que allí se realizan con otros profesionales de la salud como el médico general, asistente social, psicólogo/a, nutricionista, paramédico, entre otros.

El equipo del CCR se incorpora tanto a las actividades educacionales multidisciplinarias y actividades en terreno como la visita domiciliaria integral al paciente postrado, en su mayoría adulto mayor.

El equipo es el responsable de realizar las evaluaciones que están determinadas por el programa: evaluación funcional, evaluación de actividades de la vida diaria (AVD), evaluación laboral o educacional, evaluación de órtesis y ayudas técnicas, evaluación de adaptaciones en el hogar.

Las actividades específicas llevadas a cabo por los profesionales corresponden a aplicación de fisioterapia, masoterapia y ejercicios terapéuticos, formación de monitores, inclusión social, actividades recreativas, habilitación laboral o educacional, confección de órtesis, confección de adaptaciones, actividades terapéuticas, hogares adaptados, consejería familiar, consejería individual, entrenamiento en AVD, visita domiciliaria integral.

Corresponde también al equipo, la coordinación para la adquisición de ayudas técnicas por medio de los programas vigentes como la solicitud de ayudas técnicas vía GES y a través de SENADIS. Para esto último, el equipo debe solicitar la credencial de discapacidad por medio del trámite realizado por el asistente social en la oficina del COMPIN (comisión de medicina preventiva e invalidez).

El espacio destinado a la atención de pacientes y la implementación de la sala de RBC están normados por el Ministerio de Salud en el documento “Desarrollo metodológico de la rehabilitación integral en APS y hospitales de menor complejidad”.

Patologías tratadas en los CCR

El programa en parte está orientado a prevenir la discapacidad en la población en riesgo. Dentro de este grupo el adulto mayor ocupa un importante lugar dado el propio del proceso de envejecimiento y las patologías que lo acompañan.

Dentro de las patologías específicas a atender se encuentran las patologías GES que incluyen rehabilitación como:

- Enfermedades reumatológicas: principalmente artritis reumatoide, incluida como apoyo al proceso de rehabilitación que se sugiere en la guía clínica GES. Este proceso incluye la terapia física, el entrenamiento de las AVD y la confección de órtesis de extremidades superiores.
- Accidente cerebrovascular: este proceso comienza desde el alta hospitalaria del paciente. Incluye la intervención en la etapa subaguda y crónica, trabajando en la reducción de déficit, la independencia funcional y la reinserción social y comunitaria. Se participa también en la indicación y entrenamiento de ayudas técnicas y en el proceso de obtención de estas por medio del GES o de SENADIS cuando se requiera.
- Enfermedad de Parkinson: dado que es una patología prevalente en el adulto mayor, se aborda desde su diagnóstico, independiente del grado de discapacidad que tenga. Los planes de intervención incluyen terapias grupales e individuales dependiendo de la etapa en que se encuentre el paciente.

Las patologías no GES que determinen discapacidad y requieren de rehabilitación, también se abordan con estrategia de RBC como los síndromes dolorosos de origen músculo-esquelético (dolor lumbar, hombro doloroso, cadera y rodilla dolorosa). Se aplican protocolos de atención comunes para todos los CCR, pero cada uno desarrolla su propio sistema de acuerdo a las

características del centro de salud en el que está inmerso.

Todos los pacientes deben estar en tratamiento o control por médico, dependiendo de cómo está conformada la red de rehabilitación en cada comuna. Este médico puede ser un médico general del CESFAM o médico especialista si así lo amerita la patología. El recurso médico fisiatra aún es escaso en nuestro medio, pero de existir, idealmente debe tener en control a los pacientes de mayor complejidad para planificar el proceso de rehabilitación caso a caso con el equipo.

Acciones en RBC para la prevención de la discapacidad en el adulto mayor

Las actividades de prevención de discapacidad ocupan un tiempo importante del trabajo desarrollado en los CCR.

La prevención en el adulto mayor está orientada al usuario en riesgo, detectado por la evaluación funcional del adulto mayor (EFAM). Este consiste en un instrumento de tamizaje aplicado a todos los mayores de 60 años en el control de salud una vez al año.

El adulto mayor autovalente con riesgo ingresa a un programa educativo de prevención de discapacidad y estimulación cognitiva.

El adulto mayor que resulta dependiente debe ser evaluado por el equipo para detectar que condición determina esta dependencia y así proponer un plan de rehabilitación específico, por ejemplo, reeducación de marcha y acondicionamiento general.

Redes de apoyo

El equipo que integra el CCR tiene definido dentro de sus acciones lograr una correcta articulación de la red de salud. Esta articulación incluye el contacto con las entidades de salud dependientes de la municipalidad y del servicio de salud respectivo. El equipo es el encargado de desarrollar y dar a conocer los protocolos de atención actualizados con los que se está trabajando.

Otra parte de la articulación de la red consiste en contactar a las entidades comunales que trabajan en torno a la discapacidad y el adulto mayor, como son los

clubes de adulto mayor, la dirección de desarrollo comunal, el Programa Vínculo, la oficina municipal de información laboral, los centros de mediación vecinal, entre otros. Este proceso genera las redes de apoyo necesarias para lograr la integración de los adultos mayores atendidos a la comunidad.

El trabajo intersectorial es el que da el sello a los centros de rehabilitación comunitarios; sin esta etapa en el proceso, no seríamos capaces de entregar integración comunitaria como se plantea en el modelo.

Futuro de la RBC en Chile

La RBC en Chile ha tenido un notorio avance en menos de 10 años, logrando insertar un nuevo modelo de atención en rehabilitación que ha demostrado ser pertinente y efectivo.

Actualmente los centros comunitarios de rehabilitación se han implementado en las comunas con más de 20.000 habitantes de población asignada. Es de esperar que la RBC se siga proyectando en su desarrollo y logremos incorporar un mayor número de comunas al modelo, independientes de su población. Para esto es necesario continuar con la sensibilización de las autoridades comunales.

Si bien la RBC contempla dos tipos profesionales del área de la rehabilitación (kinesiólogo y terapeuta ocupacional), el equipo aún no se encuentra completo. Es necesario que más adelante el modelo pueda incluir a otros profesionales como el fonoaudiólogo. El profesional fisiatra debe ir siendo incorporado, en todos los servicios de salud para que pueda asumir su rol natural de líder en el equipo de rehabilitación.

Referencias

1. Programa de Rehabilitación Integral en la Red de Salud. Subsecretaría de Salud Pública, Unidad de Discapacidad y Rehabilitación, Subsecretaría Redes Asistenciales, Departamento de Diseño y Operación. 2007
2. Desarrollo Metodológico de la Rehabilitación Integral en APS y Hospitales de Menor Complejidad. Subsecretaría de Salud Pública, Unidad de Discapacidad y Rehabilitación, Subsecretaría Redes Asistenciales, Departamento de Diseño y Operación. 2009

Capítulo 35. Cuidados de largo plazo

Rosa Alarcón Hernández

En Chile se observa claramente la existencia de dos tipos de cuidados; en primer lugar, los que se verifican en el ámbito de la familia y de la comunidad y en segundo lugar, los que se brindan en los establecimientos de larga estadía.

Como resultado del proceso de modernización, la vida familiar ha sufrido profundos cambios en su estructura y funcionamiento, influenciada por los siguientes factores:

- La creciente participación laboral de las mujeres con las responsabilidades que conlleva, genera grandes dificultades para combinar sus tareas en el trabajo y en la familia. La mujer casada o madre de familia que trabaja tiene una doble jornada laboral y en algunos casos además debe sumar el cuidado de adultos mayores.
- El aumento de la jefatura de hogar femenina requiere que el rol de cuidados de los niños sea asumido por otros integrantes de la familia como los abuelos. Si los abuelos sufren un cambio en el estado de salud, se genera una crisis familiar, ya que no hay nadie que asuma sus cuidados.

El envejecimiento de la población como consecuencia de las mayores expectativas de vida requiere políticas públicas que resguarden la calidad de vida de los adultos mayores, sobretodo de aquellos que no cuentan con una red familiar.

Los establecimientos de larga estadía otorgan cuidados a personas mayores sin red familiar o con familias que no están en condiciones de brindar apoyo en los cuidados básicos de la vida diaria. En este ámbito existen dos tipos de instituciones, las formales (autorizadas) e informales (no se ajustan al reglamento existente). Estos dos ámbitos resultan insuficientes para cubrir la diversidad de requerimientos de cuidados de adultos mayores discapacitados, tanto en cobertura, como en especialización y tipo de servicios.

La falta de garantía de un buen cuidado del adulto mayor en domicilio explica que no pocas personas permanezcan hospitalizadas sin requerirlo estrictamente después de estabilizada la enfermedad que lo descompensó. La hospitalización prolongada por motivos sociofamiliares significa una alta carga en términos de recursos humanos, técnicos y financieros para el sistema de salud.

Establecimientos de larga estadía

El país cuenta con un reglamento de los establecimientos de larga estadía para adultos mayores según la normativa establecida en el Decreto 134/2006 del Ministerio de Salud que regula su instalación y funcionamiento. Dicho decreto establece en su artículo N° 2 que se entenderá por establecimiento de larga estadía: “aquel en que residen adultos mayores que, por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados para la mantención de su salud y funcionalidad, y que cuenta con autorización para funcionar en esa calidad otorgada por la Secretaría Ministerial de Salud competente en que se encuentra ubicado”.

El mencionado reglamento estipula, además, que serán las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) las encargadas de la fiscalización, control y supervisión de los establecimientos de larga estadía, siendo necesaria la aprobación de cualquier modificación en la planta física del establecimiento. Las fiscalizaciones de cumplimiento del reglamento son llevadas a cabo por las oficinas de profesiones médicas de las SEREMI.

En el ámbito institucional, es decir, aquel que se configura a partir de los servicios y cuidados a los adultos mayores que acceden a los establecimientos de larga estadía, existen los formales y los informales. Dentro de los formales (que suman 664 registrados por el MINSAL el año 2007) se consideran las fundaciones u organismos no gubernamentales que cuentan con

autorización que obtuvieron al cumplir con los requisitos establecidos en el reglamento anteriormente mencionado. Los establecimientos informales no están registrados en los organismos de salud correspondientes, no son cuantificables y carecen de una prestación de servicios y estándares mínimos en cuidados para el adulto mayor con consecuencias como desprotección y vulnerabilidad frente al maltrato.

Las postulaciones a los hogares formales se hacen cumpliendo con los requisitos exigidos por cada uno de ellos. En el caso de fundaciones, se solicita informe social, informe médico y evaluaciones que realizan los propios establecimientos de larga estadía.

Los requisitos de ingreso a los establecimientos informales son propuestos por ellos, generalmente tienen que ver con exigencias de financiamiento de la estadía y la tramitación la hacen en forma personal los familiares o cuidadores de los adultos mayores. El ingreso de un adulto mayor a estos establecimientos supone un riesgo, ya que no tienen supervisión de ningún organismo del Estado y su funcionamiento es de responsabilidad de sus propietarios.

Características de los establecimientos de larga estadía

En la provisión de cuidados de largo plazo existe una multiplicidad de respuestas dependiendo del tipo de cuidado que se brinda, la cobertura, la calidad, el recurso técnico y humano utilizado, la infraestructura con que se cuenta, el lugar donde se proveen los cuidados, entre otros.

La institucionalización deriva generalmente de factores extra-sanitarios, situación que desvincula al adulto mayor del ámbito familiar y de la comunidad en la cual habita. Esta institucionalización está asociada generalmente a abandono y/o negligencia familiar, malos tratos, y problemas económicos y laborales de las familias de origen.

Los establecimientos de larga estadía que cuentan con autorización, la obtuvieron al cumplir con los requisitos establecidos en un Reglamento, que pone de relieve criterios fundamentalmente sanitarios, pero que no considera estándares psicosociales para la

prestación de servicios y cuidados de las personas mayores. Así, las condiciones en que viven los mayores en este tipo de establecimientos están directamente relacionadas con la voluntad de quienes las dirigen y de quienes brindan los cuidados, más que de un sistema de acreditación que oriente sobre el funcionamiento y sobre las necesidades reales de los adultos mayores.

La situación en que se encuentran las personas mayores institucionalizadas es una problemática difícil de determinar. Existe precariedad en los datos, indicando la poca relevancia que las políticas públicas le han dado a la necesidad de cuidados prolongados de las personas mayores con dependencia funcional.

Existen estudios realizados por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) que dan cuenta de la realidad de los establecimientos de larga estadía autorizados en el país y de las personas que residen en ellos. A continuación se presentan algunos resultados.

Un catastro de los establecimientos de larga estadía (ELE) constata que en el total de centros estudiados ($n=530$), el número de personas internadas alcanza a 13.187, ajustándose a un promedio de 24,9 pacientes por centro. Dado que el número de personas mayores por centro es altamente variable (desviación estándar=26,2), hay que destacar el dato que arroja la mediana, el cual dice que la mitad de los centros estudiados atiende un número de 16 personas mayores o menos. Con este último dato, se puede afirmar que los ELE suelen ser establecimientos de tamaño más bien pequeño, en relación al número de usuarios atendidos.

En términos del género de las personas mayores que atienden los ELE, es posible observar que en gran parte de ellos (75,7%) no se hacen distinciones entre la aceptación de hombres y mujeres al momento del ingreso. El estudio indica que el 20% sólo admite el ingreso de personas del sexo femenino y una cifra menor sólo recibe varones (4,3%). El hecho que alrededor de 110 establecimientos autorizados acepten sólo a mujeres, pone de relieve que hay un número mayor de mujeres institucionalizadas que hombres en esa situación.

Los estudios arrojan información respecto a que existe en los ELE una alta

presencia de personas mayores dependientes, siendo casi la mitad del total de residentes (49,3%). Esta cifra se debe desglosar entre aquellas personas mayores con dependencia de tipo física (30,3%) y de aquellos con dependencia de tipo psíquica (19,1%). Las personas mayores autovalentes ascienden a un 32,5% del total. Quienes presentan postración son el 18,1% y corresponden a quienes demandan un tipo de atención más especializada y continua.

Las recomendaciones que hace el SENAMA basadas en el Reglamento que regula el funcionamiento de los establecimientos de larga estadía, que fue publicado en el diario oficial el 7 de junio de 2005, se resumen a continuación.

Aquellos establecimientos en que residan personas mayores postradas, deberá contarse con:

- Un auxiliar de enfermería por 12 horas diurnas y uno de llamada en la noche.
- Un cuidador por cada siete residentes, en el turno diurno de 12 horas y uno por cada 10 residentes en el turno nocturno. De acuerdo con ello, a partir de ocho

residentes ya corresponden dos cuidadores diurnos, a partir de 15 corresponden tres, y así sucesivamente, operando del mismo modo para los cuidadores nocturnos.

Aquellos establecimientos en que residan individuos dependientes (físicos o psíquicos) se deberá contar con:

- Un auxiliar de enfermería de dos horas diarias de permanencia y de llamada 24 horas.
- Un cuidador por cada 12 residentes dependientes, 12 horas del día y uno por cada 20 en horario nocturno. De acuerdo con ello, a partir de 13 residentes ya corresponden dos cuidadores diurnos, a partir de veinte corresponden tres y así sucesivamente.

Aquellos establecimientos en que residan personas autovalentes, el reglamento establece que se deberá contar con un cuidador por cada 20 residentes durante las 24 horas del día.

Referencias

1. Las personas mayores en Chile, situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez. SENAMA. 2009. Consultado en: senama.cl/archivos/libroblanco.pdf
2. Mónica Chadi. Redes sociales en el trabajo Social. Buenos Aires: Editorial Espacio, 2000.
3. Liliana Cordero, Silvia Cabanillas, Gladys Lerchundi. Trabajo social con adultos mayores. Buenos Aires: Editorial Espacio, 2003.
4. Nidia Aylwin, María Olga Solar. Trabajo social familiar. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile, 2003.
5. Antonio Martín y cols. Envejecimiento sociedad y salud. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, 1999.

