



**Universidad de Valparaíso.**

**Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas.**

**Escuela de Administración Pública.**

**Campus Santiago.**

**Problemas de atención de salud en el sector público al adulto mayor.**

**Caso de estudio: Servicio de Salud Metropolitano Occidente.**

**Seminario de Título para optar al Título de Administrador Público y al Grado de Licenciado en Administración Pública.**

**Alumno Jorge Osvaldo Hernández Brito.**

**Profesor Guía: Mauricio Rodríguez Ramírez.**

**Santiago de Chile**

**2018.**

## Índice

|  |    |
|--|----|
| Agradecimientos .....  | 3  |
| Introducción .....   | 4  |
| Planteamiento del problema .....   | 5  |
| Objetivo .....   | 6  |
| Objetivo general.....  | 6  |
| Objetivos específicos .....  | 6  |
| Metodología.....   | 6  |
| Marco Conceptual .....   | 7  |
| Marco institucional y normativo .....  | 11 |
| Problemas de la tercera edad en Chile.....   | 17 |
| Problemas económicos .....   | 18 |
| Problemas de salud .....   | 22 |
| Factores de riesgo .....   | 24 |
| Listas de espera .....   | 26 |
| Problemas sociales .....   | 27 |
| Participación de Servicio de Salud Metropolitano Occidente.....  | 32 |
| Problemas con los servicios de salud .....   | 36 |
| Primer problema: Sistema de financiamiento .....   | 38 |
| Segundo problema: Limitaciones administrativas restringen la buena utilización de los recursos existentes. ....            | 40 |
| Tercer problema: La Orgánica constitucional limita la capacidad de tomar decisiones estratégicas en el área de salud ..... | 41 |
| Reflexiones y sugerencias .....  | 42 |
| Sugerencias .....  | 44 |
| Conclusión .....   | 46 |
| Referencias y anexos .....   | 47 |
| Referencias: .....   | 47 |
| Anexos: .....  | 50 |

## Agradecimientos

Antes de comenzar quiero agradecer a quienes me ayudaron a sentar la base de llegar a esta instancia.

Primero a mi familia, mi madre por su insistencia y apoyo, en lo que iba relacionado a los estudios que me permitió ascender y enseñarme a ser tenaz, y apoyarme siempre con toda la documentación, para poder lograr las becas que me permitieron continuar mis estudios, a mi padre a mantener a la familia, unas risas y valorar el trabajo como una fuente honesta de salir adelante, y a mi hermana, que tiene un potencial real, pero para crecer debe mejorar su disciplina, pero si logra algo que no pierda su capacidad de sonreír, y a mi abuela que desde el principio ha apoyado a la familia en lo que fuere necesario.

También agradecer al Profesor Mauricio Rodríguez que ha aceptado ayudarme en el ordenamiento y proceso de completar este trabajo, que siempre pone una cuota de humor en cada evaluación y avance, en clases.

En el pasar en esta universidad, he conocido a personas importantes, en Administración pública, en cursos superiores como a Tamara, y quienes a esta hora me acompañan, Diego, eres un agradable sujeto, y un buen “bro”, Olivia, que aparte de poder hablar de varias cosas, es muy adorable, y Feña, eres de verdad cool como persona, gracias por ayudarme a mantener los estribos en situaciones complicadas y a ser una gran confidente, eres bacán, y fuera de la carrera a Marilyn, con la cual compartimos una buena amistad en este tiempo, y en general a las amistades que apoyaron la posibilidad de llegar a este punto.

Al Servicio de Salud Metropolitano Occidente, por mostrarme como un administrador público, lidia con distintas problemáticas, y como afecta a la ciudadanía la acción de los servicios

A Francisca (o Jack como prefiere que le llamen), por todo el cariño y apoyo que dio como mujer y como persona, vas por un muy buen camino, no te detengas, te darás cuenta después de lo genial que eres, te adoro.

Y finalmente, tú has sido de las mejores personas que habré conocido, el mejor amigo que pude conocer, compartiendo de todo, riendo de todo, y cooperando en los mejores y peores momentos, tu corazón era grande para ayudar y amar, apoyabas mis ideas aunque fueran las más absurdas, y esperabas ser el primero en llegar a verme en esta fase, sé que no estarás en una forma física, pero siempre habrá un lugar para ti en ese momento, donde quiera que estés, solo cuídate mucho y nos veremos en otro momento, cumpliendo la promesa que acordamos, esta va por ti .....Víctor.

## Introducción

Chile pasa por un proceso continuo de envejecimiento de la población la cual toma cada vez más fuerza en años recientes, en el año 1990 de 10.1% de la población a un 17.6% en la actualidad (CASEN, 2015) y sigue en aumento hasta el día de hoy. Los cambios de población, generan nuevos desafíos para el estado, entre estos cambios, se tienen cambios en el estilo de vida chilena, el incremento de la esperanza de vida, con 80.5 años, siendo el país que más destaca en este sentido de Latinoamérica, algunos de estos cambios vienen en los ingresos individuales, cambios en el sistema previsional, sistema de salud, tecnología, etc.

El Estado tendrá que enfrentar los desafíos, en las cuales vendrán a consecuencia de todo lo que viene, en variados ámbitos, que impactaran la vida del adulto mayor como por ejemplo: Los bajos ingresos en base a las pensiones, situaciones complicadas como abandono, falta de contacto/apoyo familiar, brechas generacionales fuertes, falta de integración y problemas de profesionalización, participación baja en distintos espacios territoriales y sociales (principalmente locales), y la razón que guía a esta investigación, el nivel de salud y su posibilidad de ingreso a una atención oportuna para el adulto mayor.

A lo largo de la historia, el Estado chileno ha desarrollado distintos programas y políticas públicas, las cuales tienen como objetivo, mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, en gran medida contemplados en el SENAMA (Servicio Nacional del Adulto Mayor), por ejemplo: el Fondo Nacional del Adulto Mayor, la cual apoya y financia proyectos desde comunidades locales incentivando participación de parte de la ciudadanía y la de instituciones públicas y privadas, El Programa de Envejecimiento Activo, el cual ayuda al desarrollo personal de quienes estén en la tercera edad, y generar una participación activa en actividades en las cuales sigan estimulando sus habilidades físicas tanto como mentales, a través de varios talleres, encuentros, jornadas, seminarios, actividades de esparcimiento y recreación, etc.

En el presente Seminario de investigación parte mostrando los principales problemas de los adultos mayores, y como impactan en su condición de salud, lo que se busca es ver la calidad de vida de los adultos mayores y como los servicios de salud, mejoran o empeoran su calidad de vida, ver la participación del Servicio de Salud Metropolitano Occidente influye en la población mayor

Primero se hablará sobre el marco conceptual, institucional y normativo que sentará las bases de lo que se expresa en el seminario. Luego se discutirá sobre los problemas de la población mayor y su impacto en la salud de la población mayor, después se hablará de la participación del SSMOCC y su intervención con la población mayor en el área de salud, continuando con los problemas del sistema de salud público, para finalizar sobre las reflexiones del impacto de la situación de las instituciones de salud a los adultos mayores

El punto de vista en la cual se abordará en esta investigación, es sobre la capacidad de las instituciones de salud para poder abordar las problemáticas en el área de salud de la población adulta mayor, la primera parte, se hará una caracterización de la población mayor, su evolución, sus cambios y efectos en la población chilena, problemáticas y problemas de salud que pasan, sus causas, y la segunda parte se efectuaran entrevistas, las cuales, aclaran las necesidades de la población mayor y sus mayores malestares ante el sistema público.

## Planteamiento del problema

En diversos países, en vías de desarrollo y más aún países desarrollados, siguen la tendencia del crecimiento de su población adulta-mayor, causando rotundos cambios en la pirámide poblacional, la proporción en el caso de Chile en los años 60, es de haber un adulto mayor por cada 10 personas, a uno por cada 5, para el año 2025, incrementando el índice de dependencia (IDD) de un 57,2% a un 60% (INE), enfrentando problemas de dependencia mayores con la población más física y mentalmente capacitada (personas entre 15 y 60 años).

El Estado debe estar atento a las determinantes de calidad de vida, no solo para diseño de políticas públicas, si no tomando las áreas terapéuticas, sociales, económicas, territoriales, para llevar un oportuno diagnóstico de la comunidad/localidad de las enfermedades y complicaciones de salud, que afecten a los adultos mayores de la zona.

El lugar a investigar comprende el sector occidente de Santiago, la cual por su variedad de centros hospitalarios y distintas realidades existentes en las localidades presentes, la cual se determinará algunos puntos, como el ¿Cómo se tratan los adultos mayores?, ¿Se cuentan con programas o apoyo para el desarrollo de estos?, ¿Que quejas en general presentan los usuarios mayores del centro de salud y cuál es la que más persiste?,

¿Cuáles son las enfermedades más comunes en este grupo etario?, lo cual dará luces sobre el actuar de los servicios de salud ante el público mayor.

## Objetivo

Entre los objetivos definidos para trabajar en esta investigación se han definido los siguientes.

### Objetivo general

Comprobar si los servicios de salud en Chile, tienen la capacidad de responder las necesidades de los adultos mayores. Caso de estudio: Servicio de Salud Metropolitano Occidente. (SSMOC)

### Objetivos específicos

- 1- Determinar los problemas principales de la población mayor en distintos segmentos de la sociedad, económico, social, etc. Y como inciden en la calidad de vida del adulto mayor.
- 2- Establecer relación del SSMOC y cómo actúan con respecto a la población mayor y que impacto causan en la población local.
- 3- Revisar la información existente por parte de Instituciones públicas, privadas y sin fines de lucro, para determinar los problemas que tienen los servicios de salud, con, respecto a la atención a los adultos mayores con sus demandas de salud.

## Metodología

La presente investigación tomará la forma de descriptiva, que, a partir de los procesos de investigación, darán cuenta de un perfil de usuario, la cual configurará un perfil, en la que se entiende, entre varias cosas, su contexto social, económico, territorial, la cual lleva a mermar sus condiciones de vida y en mayor manera su salud e integridad física.

Las fuentes de información en las que se va a recurrir para la búsqueda de información para la investigación serán las siguientes: Estudios a nivel nacional, y local, de salud y tercera edad sobre las condiciones de vida del adulto mayor y su relación con el sistema de salud, provenientes por ejemplo del MINSAL, SENAMA, SSMOCC (Servicio De Salud Metropolitano Occidente), INE, Municipalidades, etc. Estas fuentes vendrán de fuentes primarias, secundarias y terciarias, *papers* y documentos de registros y estudios de organizaciones no gubernamentales y de otras instituciones internacionales como, por ejemplo, la ONU, y ejecutar entrevistas a empleados del SMOCC que tengan participación con la comunidad del sector occidente y constatar de estos los efectos de su participación con la ciudadanía, principalmente con la población mayor.

## Marco Conceptual

Antes de entrar de lleno en la investigación, es necesario explicitar términos que son necesarios para entender los temas que van a tratarse aquí, las cuales irán en concordancia con el trabajo que se realiza, y concretar los objetivos planteados.

**Adulto mayor:** Según la Organización Mundial de la Salud, se entiende como "adulto mayor", a toda persona que es mayor a los 60 años, pero a causa de los múltiples cambios en la esperanza de vida, se añaden nuevas definiciones y extensiones a la definición.

|              |            |
|--------------|------------|
| Tercera edad | 60-74 años |
| Cuarta edad  | 75-89 años |
| Longevos     | 90-99 años |
| Centenarios  | 100 y más  |

Es importante hacer mención que la Organización de Naciones Unidas (ONU), es que se denomina "adulto mayor" de un modo general, y que acorde al país, según la esperanza de vida y nivel socio-económico del país en cuestión, varían las edades mínimas para que una persona sea considerada mayor.

En el plano nacional el SENAMA (Servicio Nacional del Adulto Mayor), que fue creado a través de la ley N°19828 y define en el Art.1 inciso 2°, la cual reafirma la definición anterior, lo define desde los 60 años y más (65 años en el sexo masculino y 60 años en el caso femenino), la cual plantea los términos "adulto mayor" y "persona mayor" como denominaciones a las personas de la tercera edad, las cuales se aplican como términos comunes y formales, y evitando denominaciones peyorativas de la sociedad.

## **Envejecimiento**

Acorde a la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de su informe sobre el envejecimiento (Organización Mundial de la Salud, 2015), plantea que el envejecimiento se relaciona con cambios moleculares y celulares que reducen las reservas fisiológicas, dando como resultado el estar en mayor riesgo de contraer enfermedades, principalmente crónicas, como, por ejemplo: enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, accidentes cerebrovasculares, alteración y disminución de los sentidos (ejemplo: visión, audición, equilibrio), trastornos mentales de diversa índole como el alzhéimer, demencia senil, depresión, etc. Estas enfermedades no necesariamente afectan de manera inmediata o le será imposible de evitar, todo eso depende del estilo de vida de la persona, antecedentes familiares, factores de riesgo a lo largo de su vida, esto abre un espectro de posibilidades, desde una persona en las cuales se encuentran en todas sus funciones motoras y sin enfermedades crónicas, hasta personas en situación de delicadez extrema, a consecuencia de enfermedades crónicas sin cura, y con revisión médica muy constante.

Las variaciones de las condiciones de la vida a la que puede llegar una persona a su vejez son bastante variadas, como: Nivel socio-económico, políticas públicas implementadas, medio ambiente, interacciones con los miembros de la sociedad, etc.

El SENAMA plantea una concepción clara sobre la definición de envejecimiento, que va en la línea de pensamiento de la ONU, expresándola de la siguiente manera:

*“El proceso que se inicia con el nacimiento y termina con la muerte, que conlleva cambios biológicos, fisiológicos y psicosociales de variadas consecuencias. El envejecimiento individual se haya inscrito en el ciclo vital de las personas y, por tanto, está determinado por los contextos en que el individuo se ha desarrollado, sus estrategias de respuesta y*

*adaptabilidad y los resultados de dichas estrategias”* (Organización Mundial de la Salud, 2016)

En este punto el SENAMA, no solo pone una definición para empezar a desarrollarse, y definir sus actividades alrededor de esta, si no que expresa especificaciones al término, diferenciando entre el "envejecimiento individual" y "envejecimiento poblacional", tomando como punto de referencia para objetivo, el segundo, y este se expresa como:

*“El envejecimiento poblacional hace referencia al proceso de transformación demográfica de las sociedades, caracterizado por el crecimiento de la proporción de individuos de edades avanzadas respecto de los más jóvenes”* (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2016)

Se trabaja esta definición de manera general, evitando las interpretaciones peyorativas, y armando las bases de las políticas públicas con respecto a los adultos mayores y las funciones y propósito de los servicios especializados en este tema.

### **Envejecimiento positivo**

Para avanzar con el trabajo, se aplicará la definición entendida por el SENAMA, que la entiende como:

*“La creación dinámica de un futuro atractivo para las personas y las sociedades. Opera simultáneamente como proceso biográfico a nivel individual e histórico a nivel social. Para las personas comienza con la gestación y termina con un buen morir (...)”*  
(Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2012)

Esta definición trabaja principalmente con el crecimiento y cuidado de las personas a través de su vida, y el Estado, provee productos y servicios a la persona acorde a cada momento de su vida, estas varían en los países acorde a su cultura, relación con el adulto mayor, nivel socioeconómico, capacidad institucional, tipo de medicina implementada, etc.

### **Adulto mayor funcional**

Este término tiene diferentes acepciones, dependiendo al foco que se enfatice, el SENAMA lo define como:

*“La capacidad de una persona de llevar por sí misma la orientación de sus actos, hacer lo que ella o él desee de su entorno, realizando las actividades de la vida diaria desde el punto de vista psíquico, físico y social” (Servicio Nacional del Adulto Mayo, 2016).*

En la definición se encuentran las tres componentes de la salud de una persona. Teniendo en cuenta una de sus partes más esenciales que es la independencia de acción por condición de salud, social y mental, las cuales inciden en gran medida en como terminara cuando llegue a la tercera edad y el cómo termina su vida, y el Estado debe ser un garante de que la persona pueda tener las condiciones necesarias para un buen desarrollo de todas las fases de su vida

Desde una perspectiva funcional, los adultos mayores considerados sanos son aquellos cuales pueden enfrentar el proceso de envejecimiento a un nivel adecuado de salud y adaptación funcional y social. De esta forma, el concepto de funcionalidad es clave dentro de la definición de salud para los adultos mayores, por ello la OMS, En tanto la Organización Panamericana de la Salud (OPS) enfatiza que la salud de los adultos mayores debe medirse en términos de conservación de la funcionalidad y no en razón de lo que se ha perdido, en síntesis, se entiende funcionalidad de la siguiente manera:

*“La funcionalidad o independencia funcional es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está indemne” (Parra, Salas, & Escobar, 2005)*

## Marco institucional y normativo

### **Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)**

Este fue creado en el mandato del presidente Eduardo Frei Ruiz-Tagle, bajo el nombre de Comisión Nacional del Adulto Mayor, la cual funcionaba como un órgano asesor del presidente en la formulación de las políticas públicas, planes y programas para el beneficio del adulto mayor. Sin embargo, a través de los años, esta comisión da paso a la creación del Comité Nacional para el Adulto Mayor, en la cual su función es de coordinar y articular las políticas públicas en este ámbito. Y para el año 2002 año se promulga la Ley 19.828 que Crea y establece la institución tal como la conocemos actualmente, el Servicio Nacional del Adulto Mayor – SENAMA-, la cual establece su naturaleza jurídica, objetivos a cumplir, funciones a desempeñar y estructura organizativa existente.

El SENAMA es, además un servicio público descentralizado, que cuenta con personalidad y patrimonio propio, bajo la vigilancia del Presidente de la República a través del Ministerio de Desarrollo Social. Acorde a la Ley 19.828 que crea al SENAMA, su función principal es de proponer políticas, programas destinadas a mejorar la integración familiar, y dar apoyo, social y médico, de manera efectiva del adulto mayor y la solución de los problemas que lo afectan.

### **Ministerio de Salud (MINSAL)**

El Ministerio de Salud de Chile es el Ministerio el cual su objetivo central es coordinar, mantener y organizar la atención de la salud de los chilenos. Actualmente está encabezado por Emilio Santelices. Entre las instituciones que dependen de este ministerio, se encuentran la subsecretaría de Salud Pública, actualmente encabezada por Jaime Burrows Oyarzún, y la subsecretaría de Redes Asistenciales, bajo el mando de Ana Gisela Alarcón Rojas.

La misión de este ministerio es construir un modelo de salud sobre la base de una atención primaria fortalecida e integrada, que pone al paciente en el centro, con énfasis en el cuidado de poblaciones durante todo el ciclo de vida, y que además estimule la promoción y prevención en salud, así como el seguimiento, trazabilidad y cobertura financiera.

Las funciones las cuales desempeña en el ministerio las cuales son explicitadas en el decreto ley N°2763 del año 1979 y la actualización que ha recibido en forma de la ley N°19937 del año 2004, las cuales son<sup>1</sup>:

- 1- 1.- Ejercer la rectoría del sector salud, la cual comprende, entre otras materias:
  - a) La formulación, control y evaluación de planes y programas generales en materia de salud.
  - b) La definición de objetivos sanitarios nacionales.
  - c) La coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios.
  - d) La coordinación y cooperación internacional en salud.
  - e) La dirección y orientación de todas las actividades del Estado relacionadas a la provisión de acciones de salud, de acuerdo con las políticas fijadas.
- 2.- Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema, para ejecutar actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas.
- 3.- Velar por el debido cumplimiento de las normas en materia de salud, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, sin perjuicio de la competencia que la ley asigne a otros organismos.
- 4.-Efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población.
- 5.- Tratar datos con fines estadísticos y mantener registros o bancos de datos respecto de las materias de su competencia.
- 6.- Formular el presupuesto sectorial.
- 7.- Formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas.
- 8.-Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidades de las personas.

---

<sup>1</sup> Información extraída en [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)

9.-Fijar las políticas y normas de inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos públicos que integran las redes asistenciales.

10.-Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles.

11.-Establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios.

12.- Establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funciona.

13.- Establecer un sistema de certificación de especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales de salud legalmente habilitados para ejercer sus respectivas profesiones, esto es, de las personas naturales que otorgan prestaciones de salud.

14.- Establecer, mediante resolución, protocolos de atención en salud. Para estos efectos, se entiende por protocolos de atención en salud las instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados. Estos serán de carácter referencial y sólo serán obligatorios, para el sector público y privado, en caso de que exista una causa sanitaria que lo amerite, lo que deberá constar en una resolución del Ministerio de Salud.

15.- Implementar, conforme a la ley, sistemas alternativos de solución de controversias sobre responsabilidad civil de prestadores individuales e institucionales, públicos o privados, originada en el otorgamiento de acciones de salud, sin perjuicio de las acciones jurisdiccionales correspondientes.

16.-Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud.

### **Fondo Nacional de Salud (FONASA)**

El Fondo Nacional de Salud (Fonasa), fue creado en el año 1979 a partir del Decreto Ley N° 2763, el FONASA es un ente financiero que cuya función consiste en recaudar, administrar y distribuir los dineros estatales, que se destinan al sector salud, la cual

permite financiar las prestaciones de salud de los beneficiarios (el 7% de los ingresos imponibles en salud). Esto funciona en un mecanismo de libre elección, este fondo viene en la evolución del extinto SERMENA y del SNS.

Fonasa es parte importante del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y se relacionada con el poder ejecutivo a través del Ministerio de Salud. Está esta supervisada y controlado por la Superintendencia de Salud desde el 1 de enero del 2005. Su sede central está en Santiago y como servicio público descentralizado tiene Direcciones Regionales.

### **Servicio de Salud Metropolitano Occidente (SMOCC)**

Este servicio se expresa como una red que une las comunas, en las que se generan relaciones de manera local, en las que atienden solicitudes ciudadanas, se concentran y coordinan las instituciones del sector occidente enfocados a objetivos en común, coordinar soluciones en conjunto para resolución de solicitudes de alta complejidad de distintos pacientes, etc.

Las atribuciones, funcionamiento y condiciones para los funcionarios de los servicios son especificados en la ley N°19664, en las cuales toma en cuenta el servicio.

El servicio trabaja con Hospitales, Centros de Atención Primaria de Salud (APS), Centros de Salud Familiar (CESFAM), los Servicios de Urgencia de Alta Resolución, Centros de especialidad, Centros de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), etc.

Su misión institucional es el de ser una Red de salud integrada, con atención digna para las personas, familias y comunidades de la zona poniente de la Región Metropolitana, comprometiendo acciones de calidad, con oportunidad, acceso y buen trato.

Y su visión es la de “Entregar una atención de salud digna e integrada a las personas, familias y comunidades de nuestra red, con compromiso, probidad, respeto y excelencia, y con énfasis en el fortalecimiento del sistema público.”

El Servicio de Salud Metropolitano (SSMOCC), comprende la zona geográfica del Sector occidente de la región Metropolitana que comprende dos sub zonas, la zona Norponiente y la Surponiente cuentan con un total de 1.529.091 habitantes (INE, 2017) (716.341 en la zona Norponiente y 812.750 en la Surponiente), Y entre las comunas, que participan para desempeñar las funciones del servicio y conectar con las instituciones de salud son las

siguientes: Cerro Navia, Pudahuel, Quinta Normal, Renca, Melipilla, Peñaflor, Lo Prado, El Monte, Talagante, Isla de Maipo, María Pinto, Padre Hurtado, Alhué, Maipú.

Tabla 2: Centros de salud que cubre el Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

| Tipos de Centros de atención      | Centros de atención existentes  |
|-----------------------------------|---|
| <b>Atención hospitalaria</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Hospital San Juan de Dios</li> <li>-Hospital Clínico Dr. Félix Búlnes</li> <li>-Instituto Traumatológico Dr. Teodoro Gebauer Weisser</li> <li>-Hospital de Peñaflor</li> <li>-Hospital de Talagante</li> <li>-Hospital San José de Melipilla</li> <li>-Hospital de Curacaví</li> <li>-CRS Salvador Allende Gossens</li> </ul>   |
| <b>Centros de Especialidad</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>-CRS Salvador Allende Gossens</li> <li>-Instituto traumatológico Dr. Teodoro Gebauer Weisser</li> </ul>  |
| <b>Atención Primaria de Salud</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-CESFAM Pudahuel Estrella</li> <li>-Consultorio Pudahuel Poniente</li> <li>-CESFAM Gustavo Molina</li> <li>-CESFAM Raúl Silva Henríquez</li> <li>-CESFAM Violeta Parra</li> <li>-CESFAM Irene Frei</li> <li>-CESFAM Garín</li> <li>-CESFAM Andes</li> <li>-CESFAM Lo Franco</li> <li>-CESFAM Huamachuco</li> <li>-CESFAM Renca</li> <li>-CESFAM Bicentenario</li> <li>-CESFAM Dr. Hernán Urzúa</li> <li>-CESFAM Dr. Francisco Boris Soler</li> <li>-CESFAM Dr. Edelberto Elgueta</li> <li>-CESFAM Alfarera Rosa Reyes de Pomaire</li> <li>-CESFAM San Manuel</li> <li>-CESFAM Consultorio Monckeberg</li> <li>-CESFAM Peñaflor</li> <li>-CESFAM Consultorio Santa Anita</li> <li>-CESFAM Pablo Neruda</li> <li>-CESFAM Yazigi</li> <li>-CESFAM Consultorio Avendaño</li> <li>-CESFAM Consultorio El Monte</li> <li>-CESFAM Consultorio Dr. Alberto Allende Jones</li> <li>-CESFAM Isla de Maipo</li> <li>-CESFAM Islita</li> <li>-CESFAM Consultorio Adriana Madrid Costabal</li> <li>-CESFAM Juan Pablo II</li> </ul> |

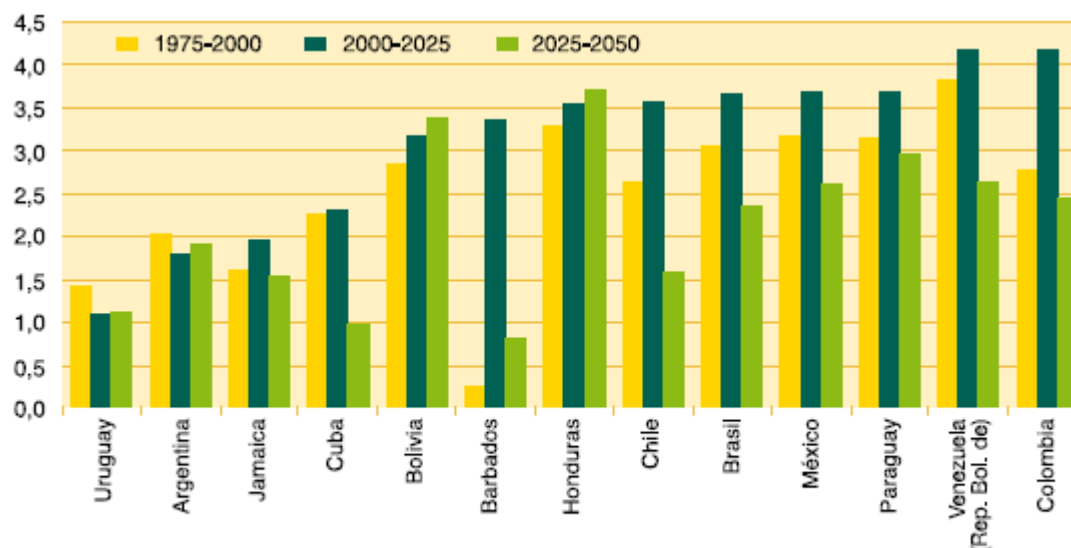
|               |   |
|---------------|---|
|               | -CESFAM Posta Alhué<br>-CESFAM San Pedro  |
| <b>CECOSF</b> | -CECOSF Los Lagos<br>-CECOSF Padre Félix Gutiérrez<br>-CECOSF Guillermo Flores<br>-CECOSF Río Claro<br>-CECOSF Santa Corina<br>-CECOSF Mar Caribe<br>-CECOSF Irene Frei<br>-CECOSF Catamarca<br>-CECOSF Antumalal<br>-CECOSF Padre Alberto Lizama<br>-CECOSF Codigua<br>-CECOSF Padre Demetrio<br>-CECOSF VALMI AGUIRRE   |
| <b>SAPU</b>   | -SAPU Dr. Arturo Albertz<br>-SAPU Dr. Adalberto Steeger<br>-Enfermero Luis Chavarría SAPU largo<br>-SAPU Pudahuel Estrella<br>-SAPU Pudahuel Poniente<br>-SAPU Violeta Parra<br>-SAPU Dr. Gustavo Molina<br>-SAPU Garín<br>-SAPU Lo Franco<br>-SAPU Renca Huamachuco<br>-SAPU Renca<br>-SAPU Renca Dental<br>-SAPU Dr. Francisco B. Soler<br>-SAPU Dr. Edelberto Elgueta<br>-SAPU Dr. Fernando Monckeberg<br>-SAPU Cesfam Peñaflo<br>-SAPU Santa Anita<br>-SAPU Pablo Neruda<br>-SAPU Dr. Yazigi<br>-SAPU El Monte<br>-SAPU Talagante<br>-SAPU Isla de Maipo<br>-SAPU Adriana Madrid C<br>-SAPU Santa Rosa de Chena<br>-SAPU Hacienda Alhué |
| <b>SAR</b>    | -SAR Pudahuel Estrella<br>-SAR CRS Salvador Allende Gossens<br>-SAR RENCA   |

Fuente: Producida en base a los datos otorgados por (Servicio de Salud Metropolitano Occidente)

## Problemas de la tercera edad en Chile

Como se mencionaba con anterioridad, los cambios a la masa poblacional, en su distribución, alrededor del mundo tienen variados motivos, especialmente en América Latina, principalmente en aspectos como natalidad, cambios en la economía, cambios educativos y políticos, en relación a otros países Chile ha continuado de manera sostenida en el tiempo, ha permitido el incremento de la población, que en la actualidad disminuye su aumento por reducción de las tasas de natalidad, y cambios en el estilo de vida de la población, en la siguiente tabla se explica las variaciones de la población mayor, en los países de Latinoamérica.

Tabla 1: *Tasas de crecimiento de la población de 60 años y más, 1975-2050 (Por 100 habitantes)*



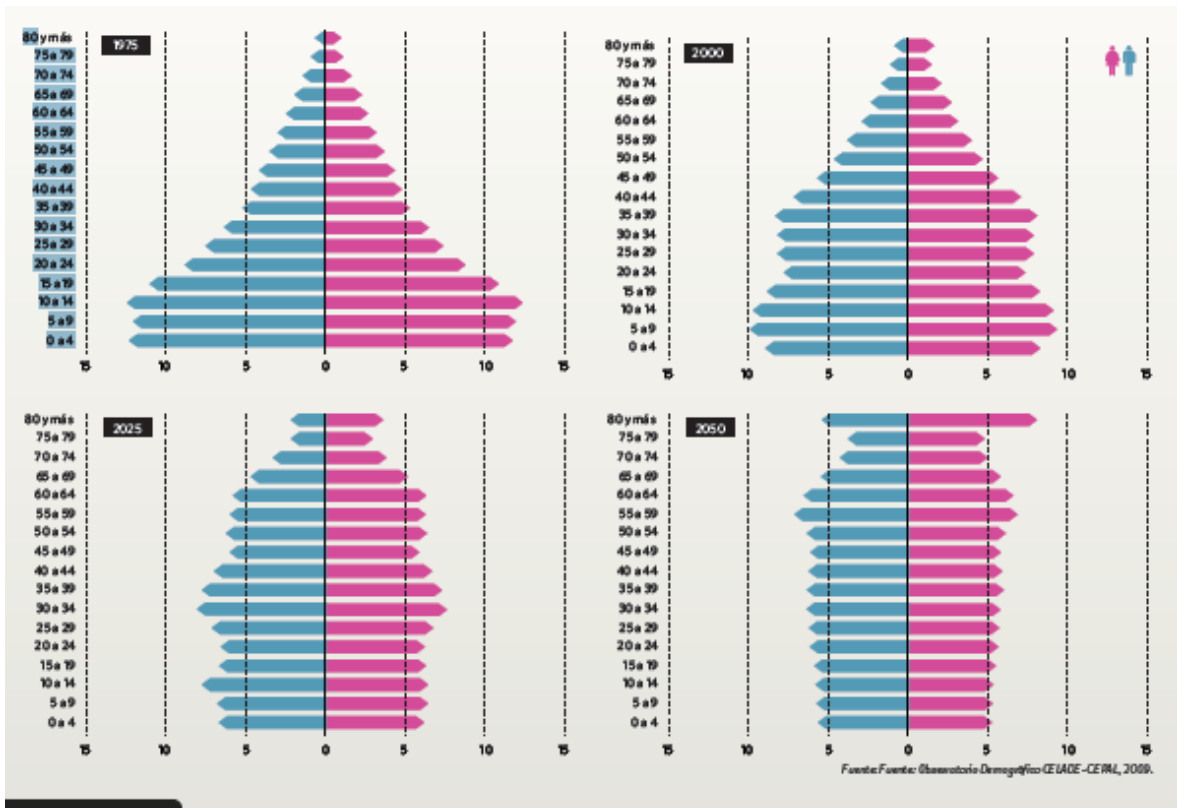
Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base del cuadro A.2 del anexo.

Fuente: (CELADE-CEPAL, Observatorio demográfico, 2009)

Los cambios del crecimiento de la población mayor, se expresan en base a los cambios de la tasa de recambio poblacional, que ya para el año 2004 son inferiores a la tasa promedio de natalidad (2,1 hijos como promedio internacional) a 1,9 hijos por mujer.

A nivel nacional, los cambios en la pirámide poblacional han sido bastante notables en el siglo XX y continúa hasta la actualidad, alterando los grupos etarios significativamente, a continuación se mostraran las distintas etapas de Chile con respecto a su población.

Gráfico: Pirámide poblacional de Chile desde 1975 hasta el 2050.

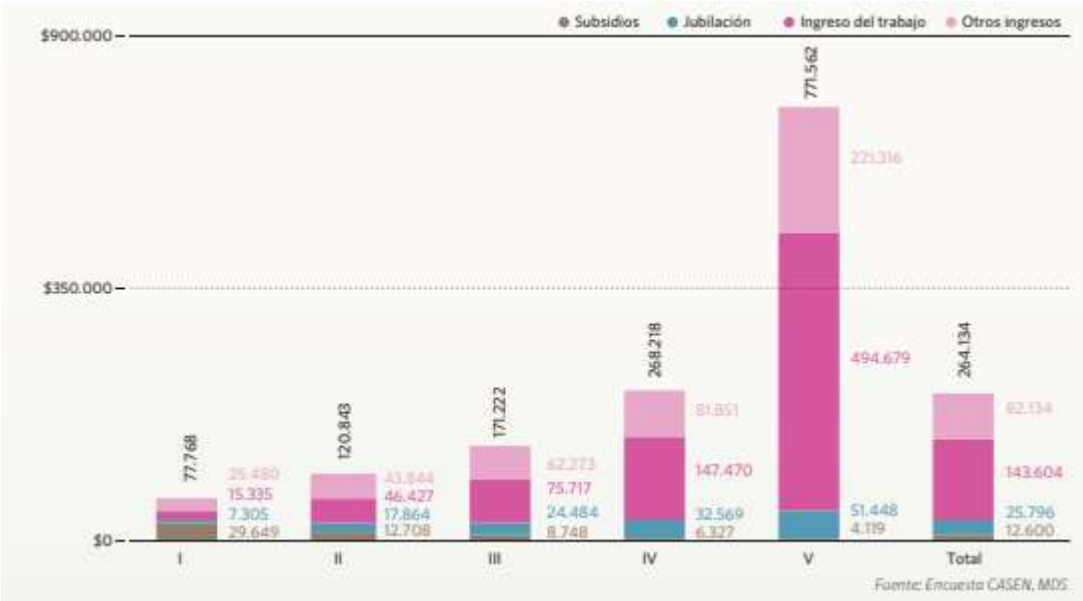


Fuente:(CELADE-CEPAL, Observatorio demografico, 2009)

Los cambios que han sucedido desde el año 1975 al año 2000 aun conservaban características de una población joven con baja población mayor, pero en acuerdo con el avance hasta el año 2025 y la proyección hasta 2050, se visualiza no solo una disminución en la población joven, sino una mayor permanencia de la población mayor la cual da en cuenta la mejora de la calidad de vida y la esperanza de vida extendida, en la que presenta futuros desafíos en la sociedad chilena, principalmente temas de salud, previsión y sociales, la cual se especificara en el trabajo.

### Problemas económicos:

La población mayor en este espectro dependiendo de su nivel de vejez y tipo de empleo en la cual se ha desempeñado, obtiene distintas cantidades de ingreso, principalmente distinguiéndose entre clases económicas, ocupaciones y el uso de su tiempo en áreas productivas, para entender el contexto de la situación económica, primero se presentara en un gráfico de ingresos según quintiles.

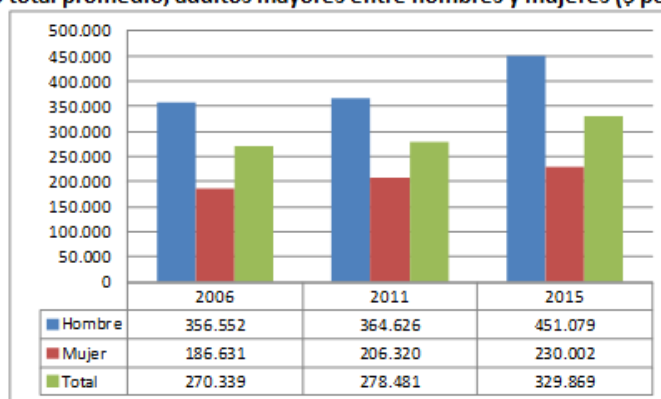


Fuente: (Ministerio de Desarrollo Social, 2012)

En el gráfico no solo se expresa las bases económicas de las que disponen si no de que fuentes económicas de las cuales dependen, el primer quintil se sostiene principalmente por subsidios, bonos, apoyos del estado, pero a pesar que en el creciente tiempo han crecido, sigue siendo insuficiente para cubrir las necesidades básicas de la población mayor. A medida que avanzan en quintil hasta el cuarto, la dependencia es menor de los subsidios e incrementa su ingreso, por medio de la continuación de su trabajo y la recepción de una jubilación mejor remunerada, con un crecimiento constante entre quintiles hasta llegar al quinto, pero aun así, no cubre lo que comprende el sueldo mínimo que actualmente está fijo en 276.000 pesos chilenos de acuerdo a la ley N°20.395 (Dirección del trabajo, 2018) y menor a la mínima para adultos mayores por sobre los 65 Años y menores de 15 años que consta de 206.041 pesos chilenos, solo en el caso del quinto quintil, se logra una cobertura mayor por trabajos altamente valorados, y altos ingresos en base a la continuación del empleo y jubilación.

La distribución de ingresos no solo es dispar en lo que se refiere a estratos económicos, sino que los ingresos para la tercera edad son dispar en relación al sexo, la cual mostraremos a continuación.

**Gráfico N°1: Ingreso total promedio, adultos mayores entre hombres y mujeres (\$ pesos, noviembre 2015)**



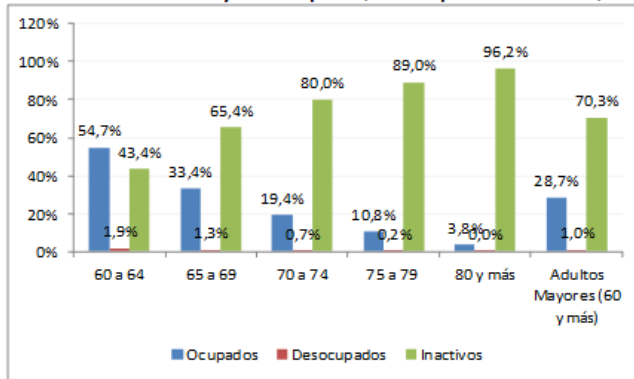
Fuente: LyD sobre la base encuestas CASEN.

(Fundación Oportunidad Mayor, 2015)

La notable desigualdad de género se expresa, no solo en su participación en el mercado laboral, en el caso de la mujer su participación es de solo el 48,5% del total de mujeres en edad de trabajar, en comparación al 71,2% de la población masculina, teniendo un promedio de brecha salarial de un 25%, y de la población femenina que trabaja, el 31,9% lo hace de manera informal (INE), lo cual perjudica a toda posible fuente de ingreso que la mujer pueda crear para su jubilación, eso destacando que su esperanza de vida es mayor a la del hombre, la cual obliga a dividir a más cuotas de menor valor de jubilación, mermando su calidad de vida significativamente, más aun de que 4 de 10 mujeres no pueden trabajar por situaciones permanentes.

Otras situaciones laborales que debe pasar la población mayor, es el de cuanto en verdad deja de trabajar o qué situación ocupacional se encuentra, influye en su estilo de vida y el cómo pasara el resto de su vida en relación a lo siguiente se mostrara un gráfico con el nivel de participación de la tercera edad en la fuerza laboral activa.

Gráfico N° 8: Adultos mayores ocupados, desocupados e inactivos, 2015



Fuente: LyD sobre la base encuestas CASEN

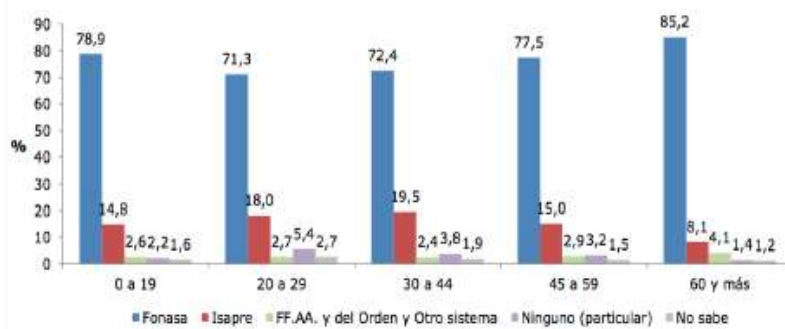
Fuente: (Fundación Oportunidad Mayor, 2015)

Acorde a la información mostrada, se expresa una necesidad de seguir trabajando aun después de la edad de retiro, las bajas remuneraciones causan escenarios negativos al adulto mayor, por la que a cambio de trabajar más años de la edad del debido retiro, al momento de no tener opción de retiro, tendrá una base financiera, de jubilación más sustancial la cual, ayudara en cubrir parte de sus necesidades.

A parte de una situación complicada en el ámbito laboral, también comprende el área del sistema previsional, su participación entre quintiles y que medios de previsión social usa para jubilarse.

Gráfico: Distribución de la población según situación de afiliación a sistema previsional de salud por tramo de edad (2015)

(Porcentaje, población total por tramo de edad)



Fuente: (Ministerio de Desarrollo Social, 2015)

Los avances de los sistemas de salud, permitieron una variedad de opciones para que la persona pueda asegurarse en un sistema previsional otorgado por el Estado o por sistemas privados, a elección personal de la persona, el nivel de afiliación a Fonasa se extiende principalmente por los costos de transacción comparando los sistemas de ISAPRES con la de FONASA (exceptuando sistemas de previsión de las fuerzas armadas), principalmente el coste de medicamentos intrahospitalarios, si son incluidos en la cuenta de la atención hospitalaria, la variación de cuanto es la cobertura en el caso de ISAPRES es de 25% a 100% en todos los tramos, En cambio FONASA, en los tramos A y B y mayores de 60 años cuentan con una atención gratuita en las redes de atención Publicas, en los tramos C y D, en las que cubre 90% y 80% respectivamente, algunos problemas que FONASA tiene con respecto a otros sistemas de previsión son la falta de cobertura externa de medicamentos, como en los casos de ópticas, atención dental, farmacias privadas, etc. que solo pueden atenderse en hospitales, SAPU, postas, las que causan un tiempo de espera, a veces bastante considerables, las ISAPRES, al contar con acuerdos con clínicas especiales, entregan un servicio integral de salud, con bajos tiempos de espera, a parte se forman distintos problemas con respecto a la atención de los usuarios, por parte de FONASA, como son problemas de infraestructura y comunicación, para pedir horas médicas y atención al usuario (Tusalud, s.f.), las razones por la que se elige FONASA por sobre ISAPRES, son la cobertura mayor de los costos de la enfermedad, ser un servicio más cercano territorialmente hablando, las condiciones simples de su afiliación y falta de barreras de ingreso (especialmente económicas), para poder unirse.

### **Problemas de salud:**

Como se mencionaba con anterioridad, las intervenciones del Estado durante los años han incidido de manera exponencial, al incremento de la calidad de vida en conjunto de un cambio fuerte de la población chilena, acabando con variedad de pandemias, y cambiando el estilo de vida de la población en general, sin embargo, a pesar de los avances del Estado haber dado resultados significativos, también a lo largo del tiempo, han surgido enfermedades que afectan a la población de manera negativa y sus consecuencias se extienden por el periodo de vida de las personas, aquí se caracterizara

el perfil de Chile con respecto a que enfermedades tienen más probabilidad de enfrentarse los adultos mayores y la población que envejecerá a futuro.

La mortalidad en la tercera edad en Chile de los 65 a los 79 años es de 28,7 por cada 1000 habitantes, las principales enfermedades que afectan a este grupo etario son:

| Causa de muerte en personas de 65 a 79 años | Casos afectados (por cada 100.000 personas) |
|---|---|
| enfermedades del sistema circulatorio       | 916,3                                       |
| tumores                                     | 866,4                                       |
| enfermedades del sistema respiratorio       | 243,2                                       |
| enfermedades del sistema digestivo          | 238,0                                       |

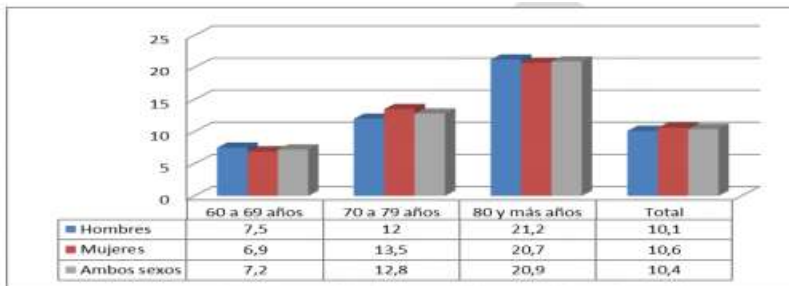
Fuente: (OMS)

Las causas de estas enfermedades se entiende, por una adaptación a un estilo de vida más acelerado y descuidado, con respecto a descuidos en la salud, del adulto mayor que impacta en una manera certera su funcionamiento y su nivel de dependencia para la realización de actividades comunes.

Más de un 20% de la población mayor, tiene algún trastorno mental o neurológico, de las cuales un 6.6% se expresan como trastornos del sistema nerviosos, las enfermedades que más afectan a la población mayor, son depresión y demencia las enfermedades más comunes encontradas en este grupo etario (Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile).

A través de un seguimiento que comenzó desde el 2009, se ha determinado un perfil de condiciones que alteran la vida del adulto mayor y factores de riesgo para enfermedades,

en el gráfico que se presenta ahora se determina el nivel de afección de enfermedades mentales entre sexos.

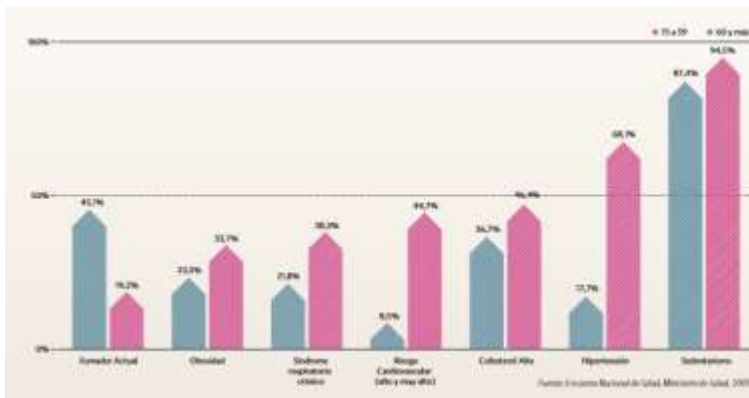


Fuente: (MINSAL)

## Factores de riesgo

La población al generar cambios en su estilo de vida, también puede generar problemas de salud constantes, que afectan con mayor fuerza a la población más longeva, mermando sus capacidades físicas como mentales. Una de las causas más evidentes de la mala salud a largo plazo, es el sedentarismo continuo de la población, un 87,4% de la población menor a 60 años tiene un estilo de vida sedentario, sin realizar ningún tipo de actividad física, entre los adultos mayores, esta cifra se incrementa al 94% de los adultos mayores bajo un estilo de vida sedentario la cual incrementa el riesgo de hipertensión y problemas cardiovasculares, otro factor que influye en la alteración de salud a largo plazo, es del consumo del tabaco, la cual el 45,1% de la población joven es consumidor, en comparación al 19,2% de los adultos mayores que la consume.

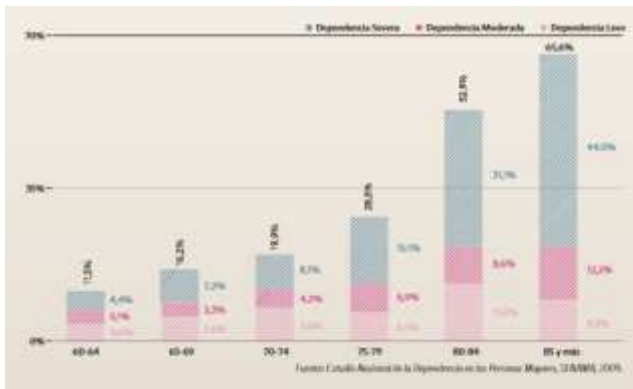
Gráfico: Factores prevalentes de riesgo en la salud Chilena.



Fuente: (Ministerio de Desarrollo Social, 2012)

Entre todas las enfermedades que merman la vida del adulto mayor, este genera niveles de dependencia según cuan afectado se encuentre, se entiende como dependencia el tener que recurrir a otra persona o medio para suplir una necesidad, y a medida que avanza el adulto mayor en edad, la dependencia crece de manera constante, limitando las acciones normales de la persona, estas se dividen según la severidad de las enfermedades y secuelas, estas son: Dependencia leve, Dependencia, moderada y Dependencia severa.

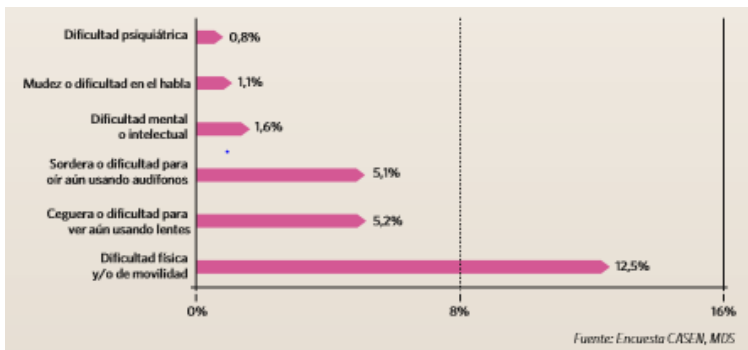
Gráfico: Distribución según nivel de dependencia.



Fuente: (Ministerio de Desarrollo Social, 2012)

Las condiciones de dependencia varían según el nivel de discapacidad de las personas, en las cuales, algunas afectan de mayor manera a otras, estas son algunas de las que más afectan a la población mayor.

Gráfico: Prevalencia de condiciones permanentes de larga duración, en personas mayores de 60 años.



Fuente: (Ministerio de Desarrollo Social, 2012)

## Listas de espera:

Una de los problemas que más afecta a la salud de la población chilena, con respecto al sistema de salud chileno, tiene que ver con las listas de espera para atención de salud, cirugías, exámenes de distinta índole, y los adultos mayores se ven severamente afectados, en el año 2018 se ha presentado un informe por parte de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, que trata la situación de listas de esperas GES Y no GES, por fallecimientos de personas esperando una atención, en total se cuenta en total para junio la lista de espera en la atención de ges asciende a 10.249 casos para el 2018 y 11.053 en el año 2017, en caso de las cirugías y atención no GES 1.786.126 casos y 1.535.018 personas afectadas (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2018) .

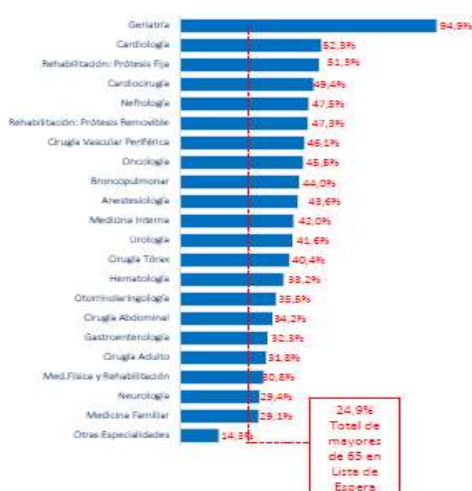
La razón de la confección de ese informe, son las muertes que han ocurrido en espera de una atención de salud el año 2017 que suman un total de 14.695 personas, las cuales 1.573 tenían retrasada una atención del Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud (AUGE), 12.750 personas murieron esperando a una consulta o intervención no AUGE, y 372 tenían atenciones pendientes en las dos listas. Además del total de personas que fallecieron en las listas de espera, 11.121 personas pertenecían a la población mayor, cuyos principales diagnósticos consistían en enfermedades asociadas al sistema circulatorio.

Para entender la problemática de cómo la población mayor tiene que lidiar con el problema de las listas de espera, el Ministerio de salud de salud ha confeccionado en mayo del 2018 (MINSAL, 2018) un informe actualizando con información actualizada sobre el adulto mayor, incluyendo los aspectos que involucran las listas de espera y las enfermedades y condiciones que más retrasadas tienen sus garantías de salud.

Gráfico: Porcentaje de garantías GES en mayores de 65 años por problemas de salud



Gráfico: Porcentaje de personas en lista de espera No GES por Consulta Nueva de Especialidad por especialidad para casos de mayores de 65 años.



Fuente: (MINSAL, 2018)

### Problemas sociales:

Según el país o cultura en que sitúa la población mayor tiene distintas consideraciones y apoyo por parte de la sociedad, a parte la participación que tengan en el diario hacer y en políticas, tanto locales como a nivel nacional, en el caso de Chile, las distintas localidades tienen programas que ayudan a la población mayor nacional, acá veremos cómo funciona la vida diaria del adulto mayor en Chile, y como la sociedad los percibe.

Un aspecto a revisar es en que viven los adultos mayores del país, ya sea si su hogar es propio, arrendado, hace usufructo de una, la cual permite ver en qué tipo de situación habitacional puede encontrarse.



Fuente: (Fundación Oportunidad Mayor, 2015)

El 81,8% por ciento de los adultos mayores encuestados por la CASEN, cuenta con un hogar propio, la cual permite mostrar cierto grado de independencia, por lo menos a nivel territorial, los casos en la cual es cedida la vivienda es de un 9,4% es cedida, en base a problemas económicos o alteraciones del adulto mayor que no le permitan circular de manera normal en su hogar propio, 7,3% de los encuestados, arrienda un lugar por situaciones económicas insuficientes para su bienestar.

Aparte de la situación económica en la que se encuentra, la situación de compañía del adulto mayor se mantiene como tópico, en la cual, según el nivel de dependencia y edad puede mejorar o empeorar su salud física, tanto como mental.



Fuente: (Fundación Oportunidad Mayor, 2015)

El nivel de vida en pareja, se logra mantener cerca del promedio, a medida que la población envejece, la cantidad de adultos mayores de sexo femenino que viven en pareja, ya sea por divorcio, viudez, situaciones familiares y económicas. Con respecto al último punto el nivel de viudez de las parejas chilenas incrementa con la edad, estilos de vida, enfermedades y nivel de dependencia, lo que causa a largo plazo al perder a su pareja, situaciones de abandono, complicación de enfermedades de alta dependencia, etc.

Gráfico N° 12: Población Adulto Mayor en situación de viudez, por sexo y edad, 2015



Fuente: LyD sobre la base encuestas CASEN.

Fuente: (Fundación Oportunidad Mayor, 2015)

La esperanza de vida del hombre al ser menor, obliga en los casos de parejas en la mayoría de los casos en situaciones de abandono, principalmente de los casos de los 70 a 74 años y 80 y más años.

La situación de abandono en los adultos mayores, es sostenida a medida que sus afecciones merman su calidad de vida, más de un 20% de las personas en el mundo sobre 60 años sufre un trastorno mental o neuronal, y un 6.6% de este grupo mayor, tiene discapacidades en base a este tipo de trastornos, y los más comunes son la depresión y demencia. Aparte los trastornos de ansiedad que afectan al 3,8% de la población mundial y el 1% por abuso de sustancias psicotrópicas, en este aspecto, generalmente suceden por errores de receta tanto como voluntariamente.

A parte de la fragilidad física que experimenta el adulto mayor, este se ve comprometido a situaciones emocionales y experiencias complicadas, ya sea, la pérdida de seres queridos, descenso de nivel socioeconómico, por jubilaciones, o discapacidades, generando aislamiento, mayores niveles de dependencia.

Pero de los males que más daña su condición en una sociedad, es el maltrato, este problema se entiende como:

“Acción u omisión que produce daño a un adulto mayor y vulnera el respeto a su dignidad y el ejercicio de sus derechos como persona” (SENAMA)

-El maltrato puede ocurrir de manera intencionada como, puede ocurrir por desconocimiento de manera no intencionada.

-El daño producido a un adulto mayor puede ser físico, psíquico o patrimonial.

-El primero se entiende como el uso de la fuerza física en contra de un adulto mayor que daña su integridad corporal, que causa dolor, lesión y/o discapacidad permanente y en algunos casos la muerte

-El segundo se define como acciones que causan pena, estrés, sentimientos de seguridad, baja auto estima, y/o agreden la identidad, dignidad y respeto de la autonomía de la persona mayor.

-El tercero, es el mal uso, explotación o apropiación de los bienes del adulto mayor, por parte de terceros, sin consentimiento o con consentimiento viciado, fraude o estafa, engaño o robo de su dinero o patrimonio.

Entre los tipos de abuso que se pueden ejecutar son las tres más mencionadas pero también existe, el abuso sexual, la negligencia que viene en tres formas, la negligencia activa, la negligencia activa, y la auto-negligencia, y como último tipo de maltrato aunque no tan conocido, es el maltrato estructural y societario, la cual se define como aquel que ocurre en las estructuras sociales, mediante normas legales, sociales, culturales que actúan como trasfondo de los otros tipos de maltrato al adulto mayor.

En el año 2014, el SENAMA a partir de su informe, “Maltrato a las personas mayores en Chile: Haciendo visible lo invisible”, que establece los distintos tipos de abuso que ocurren contra la población mayor y se establecen los distintos contextos del maltrato

CUADRO 2. Chile: Tipos de maltrato 2009-2012 (porcentajes)

|                       | 2009       | 2010       | 2011       | 2012       |
|-----------------------|------------|------------|------------|------------|
| FÍSICO                | 18,2       | 9,6        | 13,9       | 9,3        |
| PSICOLÓGICO           | 40,1       | 26,9       | 28,2       | 25,2       |
| PATRIMONIAL/ECONÓMICO | 8,3        | 15,8       | 12,5       | 13,2       |
| ABANDONO              | 12,5       | 16,9       | 18,5       | 11,7       |
| NEGLIGENCIA           | 10,4       | 12,7       | 14,3       | 14,7       |
| ABUSO SEXUAL          | ---        | ---        | ---        | ---        |
| OTROS                 | 10,4       | 18,1       | 12,5       | 25,5       |
| <b>Total de casos</b> | <b>100</b> | <b>100</b> | <b>100</b> | <b>100</b> |

Fuente: Elaboración propia. Para 2009-2011, Caballero, 2012; Para 2012, Senama, 2012 b).

Fuente: (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2014)

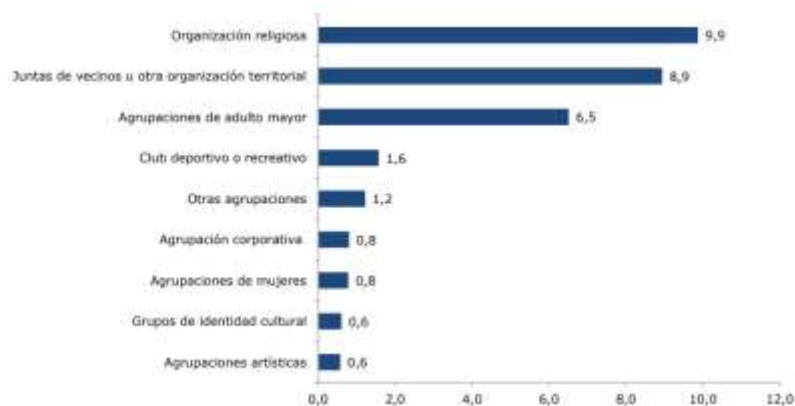
Los datos de abuso sexual, fueron omitidos para evitar dañar la privacidad de los adultos mayores consultados.

Cuando esta realidad se hizo ver de una manera más extensa por la sociedad se ejecutó la ley 20427 que realiza cambios en la ley 20.066 de violencia intrafamiliar (MINISTERIO DE JUSTICIA), la cual permite introducir a la población mayor y especifica los casos de violencia intrafamiliar en las cuales se involucran, las circunstancias y medios por la que la justicia actuara en favor de la población mayor.

Otro punto que se aborda en la sociedad es la participación política, pero con mayor detenimiento, son sobre los grupos en las que participa, ya sea grupos religiosos, talleres, organizaciones no lucrativas, etc. La importancia de estos grupos es la conexión que establecen distintos adultos mayores, disminuyendo la sensación de soledad, y en el caso de talleres deportivos, ayudan a mantener y mejorar la condición física y mental.

El CASEN especifica el año 2013 el nivel de participación de los adultos mayores, en distintas organizaciones, para distintos propósitos, en el siguiente grafico se explicita la presencia de la población mayor.

Gráfico: Porcentaje de adultos mayores que participan en organizaciones o grupos organizado.



Fuente: (Ministerio de Desarrollo Social, 2015)

Por lo que se menciona en el gráfico, la participación de adulto mayor sigue siendo bastante baja en general, ninguna sobrepasando el 10% de participación total, las agrupaciones que logran atraer a los adultos mayores en mayor manera, son los grupos que tienen afiliaciones con grupos religiosos, las agrupaciones del adulto mayor y juntas de vecinos y otras agrupaciones (principalmente en las áreas locales y municipalidades), logran aprovechar la cercanía territorial con el adulto mayor para iniciar distintas actividades, las cuales, al congregar a los adultos mayores, intenta mejorar la participación a nivel local.

## Participación de Servicio de Salud Metropolitano Occidente

A medida que se trabaje con la población y las instituciones de salud del Sector Occidente, el SMOCC participa a favor de lo que se define como “envejecimiento positivo” a través de distintos programas de salud que apoyan a la tercera edad, algunos de estos son:

- ◆ Hagamos cargo de la demencia: El rol del SSMOCC es de repartir información a través de la ciudadanía sobre las causas y cuidados que las personas deben tomar con respecto al caso de tener esta enfermedad.
- ◆ Programas de donación de órganos: En este aspecto no solo se desarrolla información de concientización, si no, coordina con otros centros de salud para poder lograr operaciones de alta complejidad, y conformar distintas unidades cada una de estas con profesionales capacitados, para cumplir con la coordinación,

recepción, generación de donantes, y envío de órganos, todo esto acorde a lo establecido en la ley N°20.413, vela que el funcionamiento de los centros de salud, ya sean privados o públicos, funcionen de manera ética y óptima.

- ◆ Campañas de capacitación a los ciudadanos y a funcionarios: Para mejorar el trato al usuario, para poder integrar a la población en general a tomar conciencia y actuar en favor de la población mayor, se generan capacitaciones, en la cual se usan las dependencias del SSMOCC, como centros de aprendizaje, estas clases surgen a medida que la población varíe y tenga necesidades o problemas con aspectos distintos que involucre su salud, en la entrevista ejecutada a Lenin Arroyo, se continua estas capacitaciones con cursos de RCP (respiración cardiopulmonar) en personas pertenecientes a juntas de vecinos, con el objetivo de apoyar a los sectores más locales tengan métodos de rescatar a sus vecinos.
- ◆ Campañas de prevención: Las campañas desarrolladas con el propósito de disminución del impacto de enfermedades, tienen como primer propósito ser preventivas, explicando a la mayor cantidad posible, de las medidas a aplicar e integrar a la mayor cantidad de personas posibles, en el caso de las campañas de invierno, se toma como prioridad de atención a la población mayor, población infantil y población femenina embarazada, entregando medicamentos y exámenes preventivos, libre de costo y extendido a funcionarios y estudiantes.

Para poder corroborar la situación de los adultos mayores, se procedió a entrevistar al actual jefe de OIRS y participación ciudadana, Lenin Arroyo, sobre las distintas temáticas que afectan al sector occidente con respecto a la población mayor, a continuación, se mostraran las preguntas efectuadas con un resumen de las respuestas dadas, para revisar más a fondo las respuestas revisen Anexo A<sup>2</sup>.

Pregunta 1: ¿Cuáles son las dificultades más comunes que tienen los adultos mayores, con respecto a los servicios de salud para poder atenderse?

Respuesta: Se comenta el caso de las listas de espera a nivel nacional, la saturación de los sistemas de salud, que obstruye su atención, bajo financiamiento de servicios de salud , y las listas de espera que llegaron a tal límite de haber una cantidad de adultos mayores que han fallecido esperando una atención, mencionando el caso del Hospital de

---

<sup>2</sup> Entrevista se encuentra en el Anexo A, página 50

Rancagua, en la cual borraba los nombres de los pacientes en lista de espera, por la cual se tomaron medidas excepcionales para poder atender a la población mayor pendiente, y como último problema, la falta y costo de los medicamentos que complica los tratamientos que son constantes.

Pregunta 2: ¿Qué organismos, gubernamentales, privados o sin fines de lucro en el sector occidente cooperan con este servicio para resolver las distintas demandas del adulto mayor en temas de salud?

Respuesta: Principalmente se cuenta con el apoyo de las municipalidades y los centros de salud, que comunican, o es comunicado a través de las demandas de los usuarios, y sobre ella se edifican planes de acción con la comunidad, con los concejos consultivos, concejos locales, las cuales tienen reuniones continuas con el servicio, para generar mayores acuerdos en el área de salud.

Pregunta 3: ¿Existen proyectos en pro de la salud y actividades sociales que tenga participación de adultos mayores en el sector occidente en la cual se haga presente el servicio?

Respuesta: A través de estos concejos consultivos, se elaboran distintas actividades, principalmente en el área de prevención, con los consultorios, CESFAM y sociedad civil, entre estos, se contemplan programas sobre la prevención de VIH, a través de los centros de salud, y añadir capacitación de RCP para juntas de vecinos, y personas de la sociedad para poder resolver situaciones críticas en la cual las personas puedan sufrir infartos cardiorrespiratorios y cerebrovasculares.

Pregunta 4: ¿Qué dificultades tienen como servicio de salud a la hora de trabajar con adultos mayores?, ¿Cuáles son sus dificultades que han tenido al trabajar con la población mayor?

Respuesta: Primero, es la falla del Estado con la ciudadanía con respecto a sus expectativas con respecto a la resolución de sus problemas de salud, y en la conformación de centros de salud, el foco a la atención del paciente se ve de manera muy superficial, los problemas financieros de los sistemas de salud, y no se responde el unir a

los hospitales públicos y privados en orden de resolver los problemas de saturación del sistema

Pregunta 5: ¿Qué programas o proyectos en ejecución vienen de nivel central y apoyen el tema de los adultos mayores y esta este servicio participando?

Respuesta: Este servicio participa en programas, de prevención principalmente, de invierno, para las campañas de vacunación, en marzo, y la otra es la participación continua en “Elige vivir sano”, continúa promoviendo la actividad física y en los sistemas de salud, se promueve la alimentación saludable de distintas formas.

Pregunta 6: ¿Cómo ha cambiado el OIRS para poder adaptarse a las demandas de los adultos mayores?

Respuesta: se ha avanzado con respecto a los medios tecnológicos, y facilidades con respecto a los medios para la petición de su solicitud, pero se pierde el contacto visual y físico con la persona, por la cual se hará un proceso de apertura y de instalar stands de OIRS, en diversos lugares, para reganar el contacto con la población mayor, y tratar de capacitar de mejor manera a los funcionarios, para la atención a usuarios mayores.

Pregunta 7: ¿Qué aspectos, cree a su punto de vista, deben mejorar o cambiar, para mejorar la atención del adulto mayor como servicio, y con las otras instituciones de salud?

Respuesta: Lo que se menciona para mejorar los servicios es principalmente la mejora de la atención hacia el solicitante, de parte de todos los escalafones de los servicios, el ingresar una mayor cantidad de profesionales especialmente en las áreas que más requiere la población mayor, y menor intervención y captura de los servicios por parte de los partidos políticos

## Problemas con los servicios de salud

Hasta ahora se han mencionado de las condiciones base y los problemas que acomplejan su situación en distintos ámbitos de su vida pero de lo mostrado en el trabajo se pueden tener las siguientes afirmaciones:

- 1- A pesar que la esperanza de vida se incrementa de manera sostenida gracias al avance de políticas públicas orientadas a mejorar el sistema de salud, las enfermedades catastróficas, y que generen alta dependencia, física como psíquica, siguen causando un desgaste a largo plazo para los adultos mayores, y no siempre se da una respuesta óptima para continuar con su vida.
- 2- Los niveles de ingreso de los adultos mayores, hasta el quintil 4, son insuficientes para cubrir sus necesidades básicas, la forma en la cual el 85% de las personas mayores asegura su futuro de salud, la dispone en el sistema estatal de salud (FONASA), por nivel cobertura de salud, en costos, y un contrato simple, y una no discriminación de quienes pueden ingresar, pero los problemas con la sobrepoblación de usuarios y pacientes, genera una enorme lista de espera, en conjunto de pago de insumos médicos, falta de acuerdos con farmacias y otros centros médicos para beneficiar al usuario.
- 3- Los adultos mayores se ven forzados a trabajar más allá de la edad señalada para el retiro (65 años hombres, 60 años mujeres) para reunir más fondos para su vejez, trabajando hasta entre los 65-70 años, otro problema que afecta a la población mayor y en especial a la mujer mayor, es que al recibir menor cantidad de ingresos, su remuneración de pensión también será menor, y siendo la mujer la que más problemas conlleva a futuro.
- 4- Los adultos mayores se encuentran en su mayoría desocupados, pueden mejorar su calidad de vida, a través de talleres, agrupaciones de vecinos, etc. Lo que permite que adultos mayores tengan mayores interacciones y actividades para el ocio y desarrollo de la comuna, las comunas como localidades tienen un enorme

potencial para desarrollar, un estilo de vida activo e incentivo para la inclusión en actividades de distintas áreas (salud, vivienda, etc.).

- 5- En los últimos años se está logrando un proceso de sensibilización sobre el abuso al adulto mayor, el SENAMA dio varias especificaciones del tipo de abuso, no solo físico o psicológico, si no otros que merman económicamente la situación del adulto mayor a través del abuso patrimonial, se considera el abuso sexual y el abuso social, que integra a la sociedad y las herramientas de esta, como medios para mermar al adulto mayor, la importancia de las modificaciones de ley de violencia intrafamiliar, es la de que los adultos mayores posean distintas herramientas legales para poder ayudar a solucionar disputas legales.

A medida que la población mayor avanzaba en el uso de sistemas públicos de salud y atención primaria, se presentan una mayor cantidad de desafíos que el Estado y las instituciones de salud deben asumir, como son los siguientes:

1. Las dificultades que tienen con respecto a la falta de ingresos, para mantener la cantidad de recursos hospitalarios disponibles para los pacientes.
2. La demandas por atención hospitalaria son constantes y continúan en crecimiento, por distintas razones, desde medicación hasta hospitalización, por enfermedades de alta dependencia, la cual los servicios de salud intentan adaptarse para poder atender a la mayor cantidad de pacientes posibles, el problema es que los recursos, personal e infraestructura se tornan insuficientes, generando listas de espera que aún esperan ser atendidos.
3. Elevados niveles de comorbilidad crónica en los servicios de salud, la complejidad en la atención y el cruce con varios pacientes puede generar más contagios intrahospitalarios, y algunas enfermedades pueden ramificarse o sumarse a las que ya padecen.

A mayor edad, el nivel de dependencia física y mental incrementa, y en casos de dependencia severa son asociadas a personas con algún nivel de discapacidad, los costos que significan la mantención, medicación, personal activo en los pacientes, son elevados, eso sin contar con el hecho de cuan prolongado tengan que ser los

cuidados del paciente, la cual complica el uso de infraestructura, y listas de espera de distintos pacientes.

Esto apunta a las complicaciones que tiene el sistema de salud chileno con respecto a sus pacientes, con respecto a su atención, administración, y cooperación en las redes de servicios públicos a lo largo de las comunas del sector occidente de la capital.

En el año 2014, Espacio público elaboro un informe revisando los distintos problemas y fallas del sistema de salud chileno, las cuales van en directa relación con los problemas de atención de la población mayor.

Uno de los mayores problemas en el sistema de salud, recae en su funcionamiento en red, que en teoría, su correcto uso, permite ciertas ventajas como:

1. Las decisiones toman eficiencia, dejando las decisiones a un nivel sistémico, organizando la prestación de servicios y la producción de estos, esto principalmente en hospitales y consultorios.
2. Permite modular la demanda de pacientes de manera eficiente, por medio del racionamiento de prestaciones complejas, a través de una puerta a un primer nivel, que es el nivel primario de salud, la que supone una población a cargo que puede anticipar situaciones adversas.

Esto muestra tres elementos que impiden que se materialicen estas ventajas, el primer elemento es el sistema de financiamiento, segundo, las limitaciones administrativas y gestión de los hospitales y último elemento es la orgánica institucional del subsistema de provisión pública en las cuales se describirá con más detalle.

## **Primer problema: Sistema de financiamiento**

Problemas en el sistema de financiamiento : el subsistema público funciona en base a un único asegurador, que es FONASA, que centraliza todas las operaciones que vienen de los afiliados, más el aporte fiscal, ofreciendo una cobertura única a todos sus beneficiarios, que se clasifican según ingresos brutos disponibles y numero de cargas familiares que la persona debe mantener. A parte, la prestación de servicios está a cargo de prestadores públicos (atención primaria, secundaria y terciaria), a través de distintas

modalidades: La modalidad de atención institucional (MAI), y los prestadores privados que estén habilitados para dar servicios, por medio del modelo de libre elección (MLE). FONASA sigue actuando como comprador de estos servicios, tanto a prestadores privados tanto como públicos.

En los casos de atención primaria de salud, (APS, este se constituye de consultorios, servicios primarios de urgencia, y centros de salud familiar), FONASA, transfiere a través de los respectivos Servicios de Salud de las comunas a cargo de dichos servicios, a través de un pago capitado, ajustado por los factores de riesgo de la población. Estas derivaciones de las APS a los hospitales no son financiadas con cargo a su presupuesto, si no que el respectivo hospital financia los diagnósticos o tratamientos solicitados.

En el caso de los Hospitales, estos se financian de dos maneras: el programa de prestaciones valoradas (PPV) y el programa de prestaciones institucionales (PPI). El primero tiene una función de transferencias variables según las transacciones realizadas, en cambio la segunda, funciona como un complemento presupuestario histórico del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Las composiciones de ambos medios de financiamientos, son muy variables, las instituciones de mayor complejidad alcanzan el 90% del PPV, mientras que los hospitales de menor complejidad pueden abarcan el 100% financiadas a través del PPI.

El sistema de financiamiento tiene la siguiente forma de funcionamiento:



Fuente: (Espacio Público, 2014)

El esquema de financiamiento tiene varios problemas con los que debe lidiar, el primer problema es que FONASA no financia la gestión en red y los incentivos que ofrecen al sistema de compra/financiamiento actual que alteran la puesta en marcha de la ventaja cooperativa que debía ofrecer la salud pública, que es la provisión de servicios a través de una red asistencial, y para que esta sea efectiva, que sea el gestor de la red (servicios de salud) sea el que compre los servicios que otorguen los hospitales de la red a que pertenecen. Los hospitales se superponen al rol de los servicios de salud de salud como coordinadores de la red de salud para proveer servicios de salud a la población objetivo, la desigualdad también se expresa en la manera de recibir los ingresos, siendo que los hospitales reciben de manera directa, los ingresos y en cambio otros servicios de salud, deben negociar para poder lograr lo cual complica la gestión financiera.

El problema de Fonasa es el rol que adopta, como adoptar roles que no son propios de un seguro, si no como el de administrador. La cual le desgasta e impide el enfocarse en otras tareas de alta relevancia y propias de un seguro, teniendo como objetivo, el acceso de servicios de salud de manera equitativa y de calidad para sus afiliados.

Un problema que persiste es que el financiamiento vía PPI a hospitales públicos, no tienen exigencias de gestión claras o estándares predeterminados que incentiven la eficiencia y costo-efectividad de la atención médica y sanitarias de la entidades que reciben estos fondos, evitando que los hospitales tomen cargo de su gestión o las consecuencias de esta y este esquema de financiamiento que administra FONASA, no otorga incentivos significativos a sistemas primarios de salud para moderar derivaciones a hospitales, principalmente por que estas no impactan en el presupuesto.

## **Segundo problema: Limitaciones administrativas restringen la buena utilización de los recursos existentes.**

En el año 2002 se buscó, el trabajar en distintos mecanismos que impulsaran la buena gestión en los hospitales, volviéndolas en Establecimientos Auto gestionados en Red (EAR), con el objetivo de dar mayor autonomía a los hospitales en su administración.

Sin embargo, estos avances, no fueron sustantivos, algunos recintos, carecen de recursos, para poder enfrentar el debilitamiento de su infraestructura y realizando inversiones en la reposición de equipos, lo cual deben contar con el gobierno central representado por la subsecretaria de redes asistenciales que decide para poder continuar

recibiendo ingresos, de lo contrario las áreas sin recursos, deben ser muy restringidas al público.

El tema de los recursos humanos hay también complicaciones (este sigue a cargo de los servicios de salud), principalmente la falta de especialidades médicas y médicos disponibles y a mayor falta de infraestructura adecuada, causa que las concentraciones de horas médicas en cirugías, que continua en las horas de espera.

La falta de dotación de médicos especialistas (por ejemplo anestesistas), y el nivel de salario entre los médicos del sector público y el privado, la cual re resta la competitividad entre servicios de salud, la cual se recurren a ideas informales que afectan a la administración de recursos públicas e impiden avances en los servicios de salud.

### **Tercer problema: La Orgánica constitucional limita la capacidad de tomar decisiones estratégicas en el área de salud**

A pesar que el funcionamiento de los sistemas de redes de salud se mantiene hasta la actualidad, la orgánica institucional de provisión pública, es muy frágil e inestable por distintas razones. En primer lugar existen roles que se contraponen con los del Ministerio De Salud, de este dependen la Subsecretaria de Salud Pública, que se encarga de autorizar, fiscalizar y regular los servicios otorgados por hospitales, Subsecretaría de Redes Asistenciales, encargada de gestionar la red asistencial, la cual limita la capacidad de cumplir estas funciones de manera adecuada.

El segundo lugar, el carácter unipersonal de la cadena de mando dentro de la red pública (director de hospital que depende del director del servicio de salud, que a su vez es depende del subsecretario de Redes Asistenciales) hace que los que estén a cargo de tomar decisiones para mejorar el funcionamiento de la red deben, enfrentar de manera individual, una enorme responsabilidad, lo que desincentiva la toma de decisiones por parte del gestor hospitalario, lo que desincentiva la toma de decisiones, sobre la administración del hospital, especialmente cuando se ven afectado los intereses del gremios del sector, lo que desencadena conflictos de interés, al final ese sistema de gobierno hospitalario queda en manos del Ministerio de Salud, que toma el papel de ente regulador, la poca claridad de las funciones genera mucha confusión entre las personas y los servicios de salud.

## Reflexiones y sugerencias

En este trabajo, se ha hablado de las distintas dificultades que tienen el adulto mayor en los distintos ámbitos de la sociedad, pero todas conectan en alterar la capacidad de acceder a un sistema de salud óptimo, o perjudicando sus condiciones actuales de vida.

En el plano económico, los fondos recibidos por la población mayor, son insuficientes para cubrir sus necesidades básicas (menores que el sueldo mínimo actual que consiste de 276000 pesos chilenos)<sup>3</sup>, la cual les fuerza a continuar trabajando más allá de su edad normal para jubilarse (65 años hombres, 60 mujeres) para poder incrementar la cantidad de dinero recibida por su jubilación, y si se hace la división por género, la mujer tiene una diferencia de en promedio cien mil pesos con respecto al hombre al hombre, encareciendo aún más a la población mayor femenina. Con respecto a los problemas de la previsión de salud, los trabajadores no siempre tienen la opción de escoger a qué tipo de previsión afiliarse, los servicios previsionales privados, ejercen una discriminación en base al estado de salud, la edad del que desea afiliarse y base económica para ingresar, a quienes representen un riesgo financiero al sistema privado de previsión, en el caso de sistemas de previsión de salud pública, a pesar de contar con una cobertura de costos y de atención a enfermedades inscritas en el GES y no GES, la saturación de usuarios, los problemas con la red de salud y las listas de espera continuas de atención hospitalarias, evitan que la opción pública sea una opción adecuada de tomar.

En la salud, las razones por que el adulto mayor tiene condiciones complicadas de tratar, es por el estilo de vida que lleva, entre los factores de riesgo de estas enfermedades, los que más persisten y agravan la condición de salud, son la obesidad, Hipertensión, tabaquismo, colesterol alto y el factor más prominente es el sedentarismo, que desencadena una variedad de enfermedades, las cuales son enfermedades respiratorias, tumores, enfermedades cardíacas y estomacales, en problemas de lista de espera, que involucre problemas de salud de personas sobre 65 años que GES, asciende al 58.44% promedio de las garantías retrasadas y un 24,9% promedio de los adultos mayores, está en lista de espera no GES, por consultas de especialidad por casos mayores de 65 años (MINSAL, 2018), y a medida que avancen en edad, los adultos mayores sufren una mayor dependencia, y más aún la dependencia severa, incapacitando actividades diarias,

---

<sup>3</sup> Datos otorgados por la Dirección del Trabajo

también se tiene poca consideración con enfermedades mentales principalmente los casos que involucren demencia y depresión, la cual se vuelven más complicados para las familias, para tratar con ellos.

Por el lado de los problemas de los servicios de salud para lograr la atención adecuada para los adultos mayores se especifican tres grandes problemas, el primero son los problemas con el orden financiero con FONASA que obstruye en la administración y redistribución financiera, principalmente entre hospitales y servicios de atención primaria de salud y en el caso de los APS, estos reciben ingresos a través de las Municipalidades, por medio de un pago capitado, según los factores de riesgo que se encuentren en la población objetivo, y las derivaciones a hospitales públicos no son cargadas a su presupuesto, en cambio los hospitales tienen dos formas de financiamiento, el Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) y el Programa de Prestaciones Institucionales (PPI) y estos fondos son recibidos de manera directa, a través del ofrecimiento de sus servicios, esto limita la utilidad de las redes para la cooperación entre servicios de salud.

El segundo problema es que los intentos para mejorar la autonomía de los servicios de salud público, no han funcionado de manera adecuada, puesto que el presupuesto con el que cuentan no cubre las necesidades de la institución, principalmente en la infraestructura, y equipos de tratamiento, y la falta de independencia y posibilidades de pedir apoyo económico, que continua la necesidad económica, por mantención y reposición (Espacio Público, 2014), en la cual debe continuar con la espera de financiamiento por medio del gobierno central.

El tercer problema es la frágil orgánica que limita a decisiones de alta relevancia, por distintas razones, la primera son los roles contrapuestos al interior del Ministerio de Salud, que de este depende la Subsecretaría de Salud Pública, encargada de regularizar, fiscalizar y autorizar los servicios otorgados por los hospitales y subsecretarías de redes asistenciales se encarga de gestionar las redes asistenciales, la cual limita las capacidades de acción al ser organismos separados, la otra razón de la fragilidad de los servicios públicos es el carácter unipersonal de la cadena de mando de la red pública (principalmente porque el director del servicio de salud depende del Subsecretario de Redes Asistenciales). Lo cual hacen que las decisiones de pocas personas cobren una enorme relevancia en la red de salud, lo que impide la participación de distintos servicios de salud de la red, en decisiones de alta relevancia.

En el área social, existe una baja participación en general en distintos grupos de la sociedad, principalmente grupos religiosos o gobiernos locales, son los que más personas mayores pueden congregarse y unir, en base de programas de recreación o programas que aporten a la participación ciudadana de los adultos mayores, no solo en intereses de adultos mayores, sino en grupos de apoyo para la discapacidad, concejos consultivos de salud, el impacto de las comunas e instituciones de salud, en cómo se relacionan con sus adultos mayores, puede traducirse en futuras políticas públicas para la localidad, por consiguiente, una mejor calidad de vida. Ahora lo que respecta al tema de abuso al adulto mayor, a medida que ha pasado el tiempo el SENAMA en el 2005, comenzó a dar significado a las distintas formas de abuso, no solo física o psicológica, sino también con el abuso patrimonial, sexual y social que en el 2014 a través del informe, “Maltrato a las personas mayores en Chile: Haciendo visible lo invisible” es profundizado y en la cual es el patrimonial el que más se ha denunciado, especialmente en el año 2012, lo cual hace que el Estado chileno, a través de la justicia desarrolle herramientas legales para la representar y apoyar las causas legales de los adultos mayores.

## Sugerencias

Para poder avanzar en la calidad de vida de la población mayor, no solo se necesitan cambios, reformas, sino que sean orientadas a las carencias que limiten la calidad de vida de los adultos mayores, algunas maneras de poder responder a las demandas de una manera más efectiva son:

1. Crear un plan de salud en base de salud con fondos de compensación privado y público: la idea de este sistema es que exista una mayor cobertura de la población y consiste en un plan de salud que asegura una cantidad de prestaciones mínimas, que deberá integrar las Garantías Explícitas de Salud (GES), que FONASA e ISAPRES, deben incluir a sus usuarios con pagos y subsidios, dependiendo de la edad, y la enfermedad en cuestión, indicando también la red de prestadores en las cuales las aseguradoras habrán convenido otorgar las prestaciones vinculada al plan. Esto permite despejar la sobrepoblación que genera listas de espera e insuficiencias de recursos, aparte de la variedad de servicios de salud que suma al sistema de Fonasa permitirá lograr sumar fuerzas,

del mundo privado en orden, de tener posibles lugares a donde derivar, si el adulto mayor lo requiere, y subsidiar las atenciones GES y no GES, aliviando los costos de salud para el adulto mayor, esta se financia a través de la capacidad laboral de la persona y la edad de esta, ubicándolo en tramos etarios.

2. Modificar el mecanismo de financiamiento del subsistema de salud y fomentar la gestión en red: se propone cambios en el financiamiento aplicable al sistema público de salud, en un esquema que se propone que los servicios de salud reciban un financiamiento por el riesgo de enfermarse, la Atención Primaria de Salud (APS) percibirán aportes per cápita por compra de interconsulta, mientras que los hospitales, recibirán pagos, a través de pagos empaquetados de prestaciones de salud, en pagos de un primer nivel, tanto para una atención primaria e interconsultas y en un segundo lugar los hospitales la interconsulta proveniente de las APS y se miden a través de interconsultas resueltas exitosamente (contando controles del paciente).
3. Revisar políticas de inversiones y la gestión de recursos humanos y físicos: Para poder avanzar en la gestión de recursos, se debe tener un foco más centrado en la infraestructura, selección directiva de profesionales especializados en áreas de salud, equipamiento y su mantenimiento, y recursos humanos, algunas ideas para mejorar en esta área son: Actualizar la infraestructura físicas de la red de salud pública, ante la crítica situación de las instituciones de salud, y el ingreso para la infraestructura, debe ir acorde a las necesidades de cada hospital, mejorando el mantenimiento de edificios y equipos, los gestores hospitalarios contarán con mayores recursos, e incentivos a inversión de terceros con fines médicos, el subtítulo 29 estaría más liberado para futuras inversiones, mejorar la profundidad de los concursos públicos, la de extender no solamente a cargos directivos, sino a todas las subdirecciones, esto incluyendo una dotación de personal, referente a las necesidades de la población objetivo, mejorando la oferta de especialistas, principalmente por la ausencia por la preferencia a las mejores remuneraciones del sector privado, a través de un método de inclusión por medio de becas e ingreso de médicos extranjeros y elevar las remuneraciones incentivadas por especialidades de mayor requerimiento por la tercera edad.
4. Modificar la orgánica constitucional, de la provisión pública: se debe perfeccionar los mecanismos para mejorar el monitoreo y la visión estratégica, con el fin de mejorar independencia en el área administrativa, partiendo por la Subsecretaría de

redes asistenciales con respecto al Ministerio de Salud, definiendo las funciones esenciales con respecto a los servicios de salud públicos, también añadiendo un organismo que tome las decisiones, evite captura política, y equilibre los servicios de salud, y la integración de los distintos centros de salud con su respectivo sector a través de un sistema democrático que involucre a los distintos miembros de la red de salud, dando la posibilidad de voto a los programas y llamar a atención de futuros problemas que afecten a los servicios de salud.

5. Aprovechar el potencial de las localidades para mejorar la participación de los adultos mayores, ya sea en temas de salud, social, recreacional, a través de distintas reuniones que llevan principalmente los municipios y servicios de salud, en conjunto con grupos sociales en favor de la población mayor, mejorando los medios de traslado de los adultos mayores, para poder hacer efectivas estas actividades, generando políticas públicas locales, y avanzando progresivamente a programas a nivel nacional, en favor del adulto mayor.

## Conclusión

En lo que se ha tratado en esta investigación los servicios de salud públicos actualmente carecen de los medios necesarios para poder otorgar una atención óptima a la población mayor, principalmente por la sobrecarga de los servicios de salud, por solicitudes de atención, falta de equipos y una falta de especialistas relacionadas a las necesidades de salud de la población mayor, y los sistemas de salud carecen de medios para poder hacer sentir sus necesidades a los medios de salud, pero los medios para mejorar esta situación, el SSMOCC, muestra que las interacciones continuas con las instituciones de salud, así como de los mismos pacientes y miembros de la sociedad civil, puede ordenar sus necesidades y tener potencial de impactar a niveles más altos de la sociedad, que puede generar políticas nacionales en relación a las mejoras de la atención a la población mayor, otra manera de poder mejorar la situación es focalizando los ingresos de salud en mejorar las instituciones de salud, no bajo la perspectiva de la creación de mayor cantidad de instituciones de salud, si no en que estas den una atención integra de salud, con mayor cantidad de especialistas preparados, y capacitando a los funcionarios que estén presentes para poder servir de una manera más empática a los pacientes mayores, orientándolos y hacerles sentir que estarán en una buena atención.

## Bibliografía, referencias y anexos

### Bibliografía y referencias:

#### Bibliografía

CASEN. (2015). Obtenido de [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN\\_2015\\_Ampliando\\_la\\_mirada\\_sobre\\_la\\_pobreza\\_des\\_igualdad.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Ampliando_la_mirada_sobre_la_pobreza_des_igualdad.pdf)

CELADE-CEPAL, Observatorio demografico. (2009). Obtenido de [file:///C:/Users/Alumno.UV-SAN-PRESTA01/Desktop/tesis/ipos\\_2012\\_pp\\_186-205.pdf](file:///C:/Users/Alumno.UV-SAN-PRESTA01/Desktop/tesis/ipos_2012_pp_186-205.pdf)

Dirección del trabajo. (2018). Obtenido de <http://www.dt.gob.cl/portal/1628/w3-article-60141.html>

Dirección del trabajo. (s.f.). *dirección del trabajo* . Obtenido de dirección del trabajo: <http://www.dt.gob.cl/portal/1628/w3-article-60141.html>

Espacio Público. (2014). *Tratamiento para un enfermo crítico propuestas para el sistema de salud chilena* .

Fundación Oportunidad Mayor. (2015). Obtenido de <http://omayor.cl/analisis-casen-2015-el-valor-de-la-educacion-para-las-familias-chilenas/>

INE. (s.f.). Obtenido de <http://www.ine.cl/docs/default-source/FAQ/enfoque-estadistico-adulto-mayor-en-chile.pdf>

INE. (2017). Obtenido de [http://www.censo2017.cl/memoria/descargas/memoria/libro\\_memoria\\_resumen\\_final.pdf](http://www.censo2017.cl/memoria/descargas/memoria/libro_memoria_resumen_final.pdf)

INE. (s.f.). *Instituto Nacional de Estadísticas*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadísticas: <http://www.ine.cl/prensa/detalle-prensa/2018/03/05/solo-un-48-5-de-las-mujeres-participa-en-el-mercado-laboral-chileno-durante-2017-menor-al-71-2-de-participaci%C3%B3n-de-los-hombres>

Ministerio de Desarrollo Social. (2012). Obtenido de [http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/ipos-2012/media/ipos\\_2012\\_pp\\_186-205.pdf](http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/ipos-2012/media/ipos_2012_pp_186-205.pdf)

- Ministerio de Desarrollo Social. (2015). Obtenido de [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013\\_Adultos\\_mayores\\_13mar15\\_publicacion.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013_Adultos_mayores_13mar15_publicacion.pdf)
- MINISTERIO DE JUSTICIA. (s.f.). *Biblioteca del Congreso Nacional*. Obtenido de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1011723>
- MINSAL. (9 de MAYO de 2018). *PROGRAMA NACIONAL DEL ADULTO MAYOR*. Obtenido de <https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=131637&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>
- MINSAL. (2018). *Programa Nacional del Adulto Mayor* .
- MINSAL. (s.f.). *Ministero De Salud*. Obtenido de Minsal: [http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03\\_14.pdf](http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf)
- OMS. (s.f.). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de [https://www.paho.org/chi/index.php?option=com\\_content&view=article&id=176:salud-adultos-mayores&Itemid=1005](https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=176:salud-adultos-mayores&Itemid=1005)
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Estados Unidos: Ediciones de la OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (16 de Noviembre de 2016). *Temas de Salud: Envejecimiento. Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
- Parra, M. I., Salas, M. C., & Escobar, J. M. (2005). Adultos Mayores Funcionales: Un Nuevo Concepto en Salud. *Ciencia y Enfermería*, 19. Obtenido de Ciencia y Enfermería.
- SENAMA. (s.f.). *Servicio Nacional del Adulto Mayor*. Obtenido de SENAMA: <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Defi-tipif-maltrato-adulto-mayor-Chile-2005.pdf>
- Servicio de Salud Metropolitano Occidente. (s.f.). *Servicio de Salud Metropolitano Occidente*. Obtenido de <http://ssmoc.redsalud.gob.cl/institucion/>: <http://www.saludoccidente.cl/>
- Servicio Nacional del Adulto Mayo. (16 de Noviembre de 2016). *Centro de Documentación: Servicio del Adulto Mayor*. Obtenido de Servicio del Adulto Mayor: [http://www.senama.cl/filesapp/las\\_personas\\_mayores\\_en\\_chile\\_situacion\\_avances\\_y\\_de\\_safios\\_2.pdf](http://www.senama.cl/filesapp/las_personas_mayores_en_chile_situacion_avances_y_de_safios_2.pdf)
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2012). *Centro de Documentación: Servicio Nacional del Adulto Mayor*. Obtenido de Servicio Nacional del Adulto Mayor: [http://www.senama.gob.cl/filesapp/SENAMALibroPolíticas\\_.pdf](http://www.senama.gob.cl/filesapp/SENAMALibroPolíticas_.pdf)

Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2014). Obtenido de [http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Maltrato-las-personas-mayores-Chile\\_Haciendo-visible-lo-invisible-2014.pdf](http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Maltrato-las-personas-mayores-Chile_Haciendo-visible-lo-invisible-2014.pdf)

Servicio Nacional del Adulto Mayor. (16 de Noviembre de 2016). *Centro de Documentación: Servicio del Adulto Mayor*. Obtenido de Servicio del Adulto Mayor: [http://www.senama.cl/filesapp/las\\_personas\\_mayores\\_en\\_chile\\_situacion\\_avances\\_y\\_de\\_safios\\_2.pdf](http://www.senama.cl/filesapp/las_personas_mayores_en_chile_situacion_avances_y_de_safios_2.pdf)

Sociedad de Geriatría y Gerontología de Chile. (s.f.). *Sociedad de Geriatría y Gerontología de Chile*. Obtenido de <https://www.socgeriatria.cl/site/?p=33>: <https://www.socgeriatria.cl/site/?p=33>

Subsecretaria de Redes Asistenciales. (2018). *Glosa 06, Lista de espera no GES y garantías de oportunidad GES retrasadas*. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/385376605/Glosa-Junio-2018-y-analisi-fallecidos-del-Minsal>

Tusalud. (s.f.). *Tu salud*. Obtenido de <https://tusaludesprimero.cl>: <https://tusaludesprimero.cl/isapres-v-s-fonasa/>

## Anexos:

### Anexo A: Entrevista Servicio de Salud Metropolitano Occidente

J: Hola soy Jorge Hernández, estudiante de administración pública y estoy aquí para proceder en una entrevista con:

L: Lenin Arroyo, Jefe de participación y trato al usuario del servicio de salud occidente.

J: Bien, aquí tengo unas preguntas, que tienen que ver con la atención al adulto mayor, que son de alta relevancia y me gustaría tener su opinión sobre el tema.

La primera pregunta es: ¿Cuáles son las dificultades más comunes que tienen los adultos mayores, con respecto a los servicios de salud para poder atenderse?

L: A ver, eh, primero está el caso de las listas de espera, que ha sido de conmoción nacional digamos, la noticia nacional ha sido las listas de espera, porque la gente, por sobre todo los adultos mayores, han estado por muchos años en estos listados, por enfermedades, dolencias, temas físicos, neurológicos, donde se le ha sido imposible por la saturación que tienen los servicios de salud públicos, también por la falta de financiamiento, algunos también fallan en la infraestructura y la falta, por sobre todo de especialistas, la falta de especialistas médicos; Entonces eso ha retrasado la atención de estas personas adultos mayores, en las listas de espera, y hay otros casos como por ejemplo, la región de O'Higgins, en Rancagua, específicamente en el hospital regional, donde lamentablemente algunas personas de ese hospital empezaron a eliminar gente de las listas de espera, y esa gente nunca fue atendida y falleció. Entonces eso es una gran traba, que hoy día el Presidente de la República ha dispuesto que se comience a trabajar, incluso los fines de semana, para atender con especialistas este tipo de operaciones y también con un hospital de campaña de los militares, que se hizo también el servicio de salud occidente y ese hospital de campaña va a recorrer diversos sectores, para tratar de ir eliminando estas listas de espera, tratar de ir sacando a la gente de estas listas de espera, y aquellos que han estado esperando, cinco, seis, siete años, incluso, esperando una atención. Entonces ya estamos logrando casi el 25% de reducción en las lista de espera, en lo que va de este gobierno, de marzo a junio, ya van como cinco meses, eso es uno de los problemas, las otras tienen relación como por ejemplo:

la movilización para el desplazamiento de los adultos mayores, aquellos que tienen problemas de, que están por ejemplo en sillas de ruedas, desplazarse hacia sus lugares de atención, en los consultorios, en los CESFAM, esta también el registro de el doctor a domicilio, las horas de atención que son muchas en los diversos consultorios, y que necesitan de un acceso más rápido. Así que esas cosas se están viendo, se están tratando de resolver para tener una atención más expedita con los adultos mayores, pero esas son las principales dificultades. Bueno y lo otro que me queda pendiente es el tema de los medicamentos también tienen una relación muy real, hacia los adultos mayores, porque los medicamentos en este país son demasiado caros, de ahí que nace la famosa situación de las farmacias populares, creadas por los municipios, en varios municipios del país, para que el adulto mayor, tenga acceso a medicamentos de bajo costo porque, las pensiones de los adultos mayores, redondea de los cuarenta mil pesos, cincuenta mil pesos, hasta los ochenta mil pesos, imagínate que una pensión de ochenta mil pesos, la mitad o más de la mitad se te va en medicamentos, si compras en una farmacia común y corriente, los medicamentos son muy caros en comparación a Argentina, por ejemplo que están mucho más baratos, casi la mitad del precio. Nosotros no tenemos la misma facilidad en este país, y por lo tanto el Presidente, Sebastián Piñera está tratando de implementar, una ley en ese sentido, para que los medicamentos tengan acceso a los adultos mayores a menor costo.

J: Perfecto, era un tema que se estaba notando a través del informe, que se desveló el tema de principalmente el hospital de Rancagua e Iquique, donde era bastante grave la situación con listas de espera , la segunda pregunta es ¿Qué organismos, gubernamentales, privados o sin fines de lucro en el sector occidente cooperan con este servicio para resolver las distintas demandas del adulto mayor en temas de salud?.

L: Mira, ahí nosotros, tenemos gran cooperación de los municipios, estamos trabajando con varias municipalidades, tanto de Cerro Navia, Lo Prado, Pudahuel y también en las comunas de Peñaflo, por Melipilla, Talagante, el municipio pasa a ser un factor fundamental, un pilar fundamental, en la atención de los adultos mayores, porque los diversos consultorios, nos derivan también a nosotros los centros asistenciales, adultos mayores y por lo tanto, tenemos que tener una coordinación, esencialmente con los municipios, las direcciones de salud de los municipios, ellos tienen un catastro y la primera atención que realiza los adultos mayores es en su consultorio, en la atención primaria, y luego derivada si es de mayor complejidad , derivada nuestro establecimiento, pero son los principales cooperadores, las municipalidades con nuestro servicio de salud occidente.

J: Entonces, por ejemplo, ¿algún grupo que haya venido, como en representación de adultos mayores de alguna comuna?

L: Sí, nosotros trabajamos con los consejos consultivos, los consejos locales, los concejos de salud, de los diversos establecimientos, como de la sociedad civil, se organizan estos consejos consultivos con cada uno de los representantes de las localidades, como de las comunas, como por ejemplo la junta de vecinos “tanto”, nos envía un representante que participa de este concejo consultivo, o el club de adultos mayores, o el delegado del grupo de abuelitos de tal lugar, participan de estos concejos consultivos que trabajan en políticas públicas de salud con nosotros en reuniones que tenemos mensualmente y recibimos las inquietudes de los adultos mayores de esas organizaciones, pero lo que también queremos implementar es que esas organizaciones sean mucho más democráticas, y no solo ellos, si no, abrir el espectro de participación e invitar, ¿Qué se yo?, gente que tenga relación con los bomberos, con la cámara de comercio, no sé, una infinidad de grupos, gremios asociaciones del mundo civil, que están ahí en la comuna y que queremos hacer participar en estos consejos consultivos.

J: Perfecto, la siguiente pregunta es: ¿Existen proyectos en pro de la salud y actividades sociales que tenga participación de adultos mayores en el sector occidente en la cual se haga presente el servicio?

L: Si poh, a través de estos mismos concejos consultivos, estamos elaborando diversas actividades, ¿Qué se yo?, por ejemplo, la primera semana de octubre, ya tuvimos una reunión, hace dos días en la comuna de Talagante, donde participaron cerca de nueve establecimientos, de los dos hospitales más los CESFAM y los consultorios, representantes del mundo de la sociedad civil, y con ellos estamos organizando por ejemplo, una capacitación relacionada con el VIH, prevención en el VIH, para la primera semana de octubre, ese tipo de actividades, nos interesa, por ejemplo debe saber que, quienes nos están escuchando, que el tema del VIH se disparó en este país, las cifras ya hablan, de una situación un tanto crítica, por lo tanto la labor hoy día es, prevenir y ¿Cómo podemos prevenir?, llegando a estos espectros sociales, con las organizaciones sociales, el mundo civil, nuestros funcionarios a través de los diversos consultorios y centros asistenciales, y a ellos se les va a capacitar, en la prevención, incluso tenemos la idea que para esa oportunidad, en esa capacitación queremos llevar los test inmediatos, que tú, esto es como cuando toman la glucosa, te pinchan, una gota de sangre, y el test esta en quince minutos te detecta si tú tienes una

enfermedad relacionada con el VIH, si eso se llegara a comprobar, existe después otro examen que ya es de confirmación efectiva que va al instituto de salud pública, a través de nuestros recintos, establecimientos, y que nos podría confirmar lo que pueda decir el primer test, bueno y ahí se implican los protocolos que se aplican, todos los protocolos que hay que aplicar, y esa es la idea, sacar todo lo que nosotros tenemos en salud occidente, prevención del cáncer, del tabaquismo, prevención del Papanicolaou, todo lo que se te pueda imaginar, llevarlo a la calle y que la gente tenga alternativas de prevención y otro tipo de actividades recreativas con los adultos mayores, y tenemos también el tema de el plan y programa de cardiopulmonar, RCP, eso se está aplicando a diversas comunas, se viene aplicando desde el año pasado, para capacitar a personas, en las diversas comunas, tanto establecimientos educacionales, en los liceos, cuerpos de bomberos, clubes de adultos mayores, clubes deportivos, que toda la sociedad este capacitada en respiración cardiopulmonar, el día de mañana, tu vecino que tuvo un ataque cardiaco o un ataque cerebrovascular, que haya una persona capacitada en el barrio para poder hacer la respiración, para poder estabilizarlo hasta que llegue a un servicio de emergencia.

J: Perfecto

L: Todo eso sale de acá, todo eso se capacita desde el servicio occidente.

J: Perfecto, o sea es bueno que tengan una relación con distinta gente de la comuna, especialmente la sociedad civil y que se vea, ¿cómo se llama?, integrador, más que todo. La cuarta pregunta es: ¿Qué dificultades tienen como servicio de salud a la hora de trabajar con adultos mayores?, ¿Cuáles son sus dificultades que han tenido al trabajar con la población mayor?

L: Yo creo que ha sido la gente, ha recibido el tema de la salud pública como una situación con altas expectativas, porque en este país, tanto los gobiernos que van pasando o los políticos que vayan pasando, han creado mucha expectativa con la salud, se han inaugurado hospitales, se han inaugurado centros de salud, pero la atención sigue siendo la misma, entonces, eso es lo que a veces molesta a la gente y la gente reclama, porque siguen habiendo horas, que la gente no se atiende, muchas, muchas horas de espera, en un centro asistencial, hasta a veces cinco, seis, ocho, diez, doce horas esperando una atención de urgencia, entonces todas esas cosas nosotros las tenemos que ir reponiendo, tenemos que ir revitalizando los servicios de urgencia, con, tal vez, mayor cantidad de funcionarios pero también para eso, se necesita un plan económico, un plan de financiamiento, ehm, las deudas hospitalarias son muy grandes, entonces, yo creo, que en

campañas, todos los candidatos han dicho, vamos a resolver el problema de la salud pública de esta manera y al final se crean tantas expectativas que la gente dice: “hemos quedado en lo mismo”, durante muchos años, desde que se inició la democracia, se ha intentado mejorar la salud pública y en este país, si tú no tienes plata, no tienes salud, ese es el tema, entonces como mejoramos desde la visión pública hoy día, yo creo que es un aporte de todos, es un problema que todos tenemos que ponernos de acuerdo para solucionarlo definitivamente y tampoco le tenemos miedo, por lo menos quienes estamos hoy en día en la función pública a los hospitales concesionados, mucho se ha dicho que los hospitales concesionados, que van a ser privatizados, pero es, en definitiva, ¿Qué es lo que nos preocupa a nosotros?, Que a gente pueda tener atención, si tú vas a un lugar público y tú no tienes atención, que tienes muchas horas de espera, y si esta persona está esperando, por favor derivar inmediatamente a otro centro hospitalario, aunque sea privado, donde pueda ser atendido de forma inmediata

J: O sea, mancomunar fuerzas.

L: y el estado se encargará del gasto de ese paciente.

J: Bien, veamos, la quinta pregunta tiene que ver, eeh, con el tema de gobierno central, o sea ¿Qué programas o proyectos en ejecución vienen de nivel central y apoyen el tema de los adultos mayores y esta este servicio participando?

L: A ver, nosotros estamos participando, con, ehm, las campañas de invierno, por ejemplo, es fundamental, las vacunaciones que se empiezan por ahí en marzo aproximadamente, es fundamental para los adultos mayores, sobre todo, con lo que viene el invierno, las enfermedades respiratorias, los resfriados, entonces, se inicia esa campaña el mes de marzo y nosotros participamos activamente, tenemos que salir a todas las comunas, se está vacunando en las estaciones de metro, la idea es llegar a la comunidad con la mayor cantidad de vacunas, para que los adultos mayores y niños puedan ser inmunizados y poder pasar un invierno tranquilo, también hay todo este tipo de vinculaciones con, ehm , la salud, como te dijera, estas campañas que dirigía la primera dama, con alimentación saludable...

J: Elige vivir sano.

L: También nosotros participamos de eso, eh, mostrándole a la gente, la cantidad de alternativas, que tiene respecto a la alimentación saludable, las frutas, las verduras, y para eso tenemos

campañas con folletería, con globos, no sé, salta ahí la creatividad, para que nosotros podamos de mejor manera, llegar a los adultos mayores, y poder entregar este mensaje para ello, sobre todo las personas que tienen diabetes, que tienen una serie de enfermedades relacionadas con la alimentación y tienen que cuidarse, a eliminación de la sal por ejemplo.

J: Si, por que igual, varios factores de riesgo que tienen que ver con el adulto mayor, coinciden con e tema del sedentarismo.

L: Así es

J: Mala alimentación, Malos hábitos de por sí, entonces, va todo, ¿Cómo se llama?, va directo a la razón porque se enferma de “x”, enfermedad.

L: Claro y además en este país nunca nos enseñaron a comer, a como se debe comer.

J: la sexta pregunta es ¿Cómo ha cambiado el OIRS para poder adaptarse a las demandas de los adultos mayores?

L: ¿La OIRS?

J: Sí

L: Mira, eh, hemos tenido una variable compleja, porque nosotros tenemos un sistema de plataforma por donde ingresan los reclamos de los usuarios, y esa plataforma normalmente se ve colapsada, si antes tu tenías, en esta oficina de OIRS, lleno de gente, entregando un folleto reclamando, esos folletos, quedaban ahí o se atendían, no con mucha prontitud, pero hoy día, la ley, nos permite atender a estos requerimientos de las plataformas, sobre todo por el sistema de transparencia, eh, y tenemos plazos perentorios, para responder esos requerimientos, sin embargo, nos quita el cara a cara, ¿entiendes?, entonces que queremos implementar, nosotros con nuestra nueva gestión, que aparte de que ingresen estos reclamos por oficina y plataforma OIRS, nosotros queremos ver la posibilidad de recorrer las comunas y estar un día con un stand, en un consultorio, o en algún hospital, ah, e independiente de que ahí hay oficinas de OIRS o sacar esas oficinas a la calle, y que estemos atendiendo gente, que señora, ¿Cuál es su reclamo?, ¿Qué necesita usted?, para que tengamos el contacto con la persona, porque se pierde, se pierde a través de la plataforma ese contacto, independientemente de que siguen ingresando esas

denuncias o reclamos a través de la plataforma, pero queremos seguir teniendo el contacto con la ciudadanía.

J: O sea, para tener como, un contacto visual con la problemática de la sociedad civil, más o menos.

L: Es que es lo mínimo que podemos hacer, si queremos tener contacto con la ciudadanía, o sea no podríamos hacerlo de otra manera, es lo fundamental, y que eso se ha perdido en durante el tiempo, porque hoy día, yo agradezco mucho el progreso y la tecnología y todo, pero que un usuario ingrese una cuestión por un reclamo, por vía internet o vía página web, claro pero muchas veces yo solamente resuelvo el problema y después le doy un correo de vuelta , y aquí lo que falta, es que también, le digamos a la gente, llamarlas por teléfono y digo: Señora, ¿Qué necesita?, ¿Qué le pasa a usted?, ¿Cuál es su reclamo?, ¿Cuál es su dolencia?, ¿Por qué no la han atendido?, pero que nos preocupemos también de seguir la cadena, y preocupémonos de solucionar ese problema, ¿Me entiendes? Y a veces la gente, yo lo he contado también en varios lugares, yo cuando les pregunto a mis familiares ¿Cómo te fue en el Hospital?, ellos me dicen: Mira, no había remedios, no me dieron ninguna pastilla, pero pucha que me atendió bien el doctor, o pucha que el paramédico atento que me tocó. Y a veces basta con eso.

J: eso hace mucha diferencia.

L: Eso hace la diferencia

J: Sí, el tipo de atención, siempre deja claro el tipo de hospital, si es mejor ir allá o mejor me cambio, pago más, pero por lo menos voy a salir bien.

L: Y a veces la gente se va agradecida solamente con que tú la escuches, la gente necesita ser escuchada, hoy día por eso es que existen graves problemas, o sea no problemas, pero la gente, la ciudadanía, se ha empoderado, la sociedad se ha empoderado, y por eso hoy existen más movilizaciones más requerimientos, más exigencias, pero porque a la gente se le dejo de escuchar durante muchos años. Entonces claro, para un funcionario es fácil venir y se enojan por, ay, que la gente está reclamando, pero si la gente está reclamando por algo es porque tiene justa razón, porque esta salud pública está en el servicio de urgencia, hoy día, la salud pública de este país está enferma, ese es el diagnóstico y estamos en gravedad. Ahora, ¿Qué es lo mínimo que nos queda?,

lo mínimo si no tenemos como solucionar el problema de un usuario, escúchalo, solamente escúchalo, escúchale sus problemas.

J: Eh, sí, la verdad es importante tener contacto real con la persona, para que no se sienta como, solamente la llamada y después como el corte y

L: Y llame a la línea ochocientos tanto tanto, ¿Qué soluciona eso?

J: No mucho, la verdad, la pregunta para cerrar el tema de la entrevista es: ¿Qué aspectos, cree a su punto de vista, deben mejorar o cambiar, para mejorar la atención del adulto mayor como servicio, y con las otras instituciones de salud?

L: ¿En comparación a los privados?, ¿dices tu?

J: En tanto privado como público, ¿Qué es lo que debe mejorar en sí?, a su opinión.

L: Lo que te decía recién, yo creo que los funcionarios también debemos aprender a escuchar, tanto el funcionario, el que cumple la función de guardia en un centro asistencial, hasta el director del centro asistencial, por todos los escalafones, debemos aprender a escuchar a la gente, la gente tiene necesidades, necesidad de ser escuchado, sus demandas, sus reclamos y darle solución, más allá de escucharlos. Eh, y lo otro, con el tema de los adultos mayores, yo creo que implementar más campañas, mayor acercamiento hacia ellos, estar con ellos, en el proceso que los va llevando, por ejemplo, desde la atención, de la primera atención primaria, hasta los establecimientos de alta complejidad y ver la forma también de contar con estos profesionales que necesitamos, especialistas, oftalmólogos, no sé, una serie de profesionales que requieren los adultos mayores que van a un hospital y no los encuentran y les dan hora para el próximo año, es increíble que tu vayas a un hospital y te den hora para el próximo año, eso no puede suceder en este país, pero sucede. Entonces mientras podamos mejorar ese tipo de cosas, mientras haya una política pública por parte del Estado, porque el Estado es el que tiene que responderles a estos ciudadanos, es mejorando la salud pública, claro, inyectando mayores recursos, pero yo no quiero mayores recursos para ir a arreglar la sala cuna o del hospital o claro, yo entiendo la labor de los funcionarios, pero yo quiero más especialistas en un hospital, eso es lo que la gente demanda hoy día.

J: Gente que se pasa en la pega.

L: Gente que se pasa en la pega, eso es lo otro y menos operadores políticos, ese es el problema, menos operadores políticos porque aquí se ha llenado de gente que lo único que saben hacer, porque los Ministerios, y las direcciones de servicio, parecen un verdadero botín, de los partidos políticos, y empiezan a meter a los amiguitos, y al amigo de este otro lado. No, se necesitan profesionales, técnicos, que sepan hacer la pega compadre, que vayan y resuelvan los problemas de la ciudadanía en la calle, y que existan los medios, la infraestructura y también los insumos para responder a la ciudadanía.

J: Sí, el vicio político es un tema de nunca acabar.

L: Sí, de nunca acabar.

J: No solo un tema de nunca acabar, es que compromete mucho las zonas, dejando como, ¿Y qué hacemos?

L: Sí po.

J: Entonces, no puedes preguntarle a un político sobre un diagnóstico médico.

L: Pero es responsabilidad de la gente, también exigirles a esos políticos que cambien las cosas, que al final todos votamos y todos elegimos, entonces la idea es no seguir eligiendo a los mismos que ya están viciados, y están viciados y meten a los amigos del partido y meten al amigo de este otro lado y el gallo al final no tiene idea de lo que está haciendo en la administración pública o en un hospital, pero yo no entiendo, por ejemplo, en la región de O'Higgins, había gente que eran operadores políticos, un profesor de historia involucrado en el servicio de salud O'Higgins, y gana más de tres millones de pesos. O sea, ¿Cuál es el aporte?, No lo entiendo hasta el día de hoy, pero era un operador político del partido socialista.

J: Eh, con esto terminamos la entrevista, agradezco su atención, y ¿Cómo se llama?, las respuestas dadas.

L: Gracias mijo, cualquier cosa que necesite, aquí estamos.

J: Sí, Muchas gracias.

L: Sí, no se preocupe, que le vaya bien, después nos cuenta como le fue po.