



FACULTAD DE ECONOMÍA Y NEGOCIOS  
MAGÍSTER EN GESTIÓN DE SISTEMAS DE SALUD

# DETERMINANTES SOCIALES DE UNA PERSONA MAYOR CON CONDICIÓN PERMANENTE DE SALUD QUE INFLUYEN EN LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

Memoria para optar al grado de Magíster en Gestión de Sistemas de Salud

**Docentes guías de trabajo de Grado**

Dr. Exequiel Plaza  
Dra. Sandra Alvear

**Estudiante**

Edgardo González Vergara  
2021

## CONSTANCIA

La Dirección del Sistema de Bibliotecas a través de su unidad de procesos técnicos certifica que el autor del siguiente trabajo de titulación ha firmado su autorización para la reproducción en forma total o parcial e ilimitada del mismo.



Talca, 2021

## 1. ÍNDICE DE CONTENIDOS

Portada .....	1
Tabla de contenidos .....	2
Índice de figuras y tablas.....	3
Resumen.....	4
Introducción .....	6
Marco teórico.....	9
Problema de Investigación.....	30
Pregunta de investigación .....	30
Objetivos de la investigación.....	30
Material y método de investigación .....	31
Resultados de la investigación.....	37
Discusión .....	44
Conclusión .....	51
Sugerencias.....	53
Bibliografía.....	56
Anexos.....	60

## 2. ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

Figura 1: Estructura Sistema de Salud en Chile .....	11
Figura 2: Distribución de usuarios en Sistema de Salud en Chile .....	11
Figura 3: Modelo Integral del Funcionamiento y la Discapacidad .....	26
Tabla 1. Variable Dependiente.....	34
Tabla 2. Variables Independientes.....	35
Tabla 3. Dificultades en actividades básicas de la vida diaria .....	38
Tabla 4. Agrupación dificultades actividades de la vida diaria.....	38
Tabla 5: Descripción de Variables .....	40
Tabla 6. Efectos marginales variables independientes.....	42
Tabla 7. Resultados Estadísticos.....	43
Figura 4: Plan de atención de la persona mayor autovalente según condición de funcionalidad (EFAM) .....	60
Figura 5: Plan de atención de la persona mayor en riesgo de dependencia según condición de funcionalidad (EFAM).....	61
Figura 6: Plan de atención de la persona mayor dependiente según condición de funcionalidad (EFAM) .....	62

### 3. RESUMEN

**Palabras claves:** Determinantes sociales, persona mayor, CASEN 2017, actividades básicas de la vida diaria, funcionalidad.

**Introducción:** Actualmente, Chile cuenta con 2,6 millones de personas sobre 60 años, representando el 15,6% de la población con características heterogéneas a nivel de funcionalidad y en determinantes sociales que impactan en la capacidad de ejecutar actividades básicas de la vida diaria, es así como las personas mayores difieren en; zona de residencia, previsión de salud, ingresos, escolaridad, salud, etc., **Objetivo:** Considerando el cambio demográfico que ocurre en el país, las cifras relacionadas con dependencia o alteraciones en la funcionalidad en las personas mayores y la capacidad de realizar actividades de la vida diaria en esta población, se sugiere investigar sobre los determinantes sociales de una persona mayor que presenta una condición permanente de salud que influyen en la realización de actividades básicas de la vida diaria (comer, bañarse y hacer uso del WC). **Metodología:** El estudio se realiza basado en los datos secundarios a partir de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen) de 2017, utilizando el software Stata15 bajo el modelo logit (regresión logística binaria) donde se relaciona la variable dependiente con las variables independientes. El universo considerado en este estudio corresponde a la población sobre los 60 años de edad que presentan una condición permanente de salud y que tienen dificultades para desarrollar actividades básicas de la vida diaria, por lo tanto, se excluye a la población bajo los 60 años, registrando una muestra de 544.761 personas al incluir el factor de expansión regional (expr). La unidad de análisis corresponde a las personas de 60 años y más que tienen una condición permanente de salud y dificultades (leves, moderadas, severas o extremas) en la ejecución de actividades básicas de la vida diaria (comer, bañarse y hacer uso del WC). **Resultados:** Las personas mayores de 76 años de edad tienen un 1,34% más de probabilidad de presentar dificultades en las actividades agrupadas como básicas de la vida diaria que aquellas que se encuentran en el rango de 60 a 75 años. Asimismo, las personas mayores que pertenecen al Quintil II tienen un 1,13% más de probabilidad que las que pertenecen al Quintil V de presentar dificultades en las actividades agrupadas como básicas de la vida diaria (comer, bañarse y utilizar el WC). Por último, las personas mayores chilenas tienen un 7,5% más de probabilidad que los extranjeros de presentar dificultades en las actividades agrupadas como básicas de la vida diaria. **Conclusiones:** La investigación coincide con la literatura nacional y extranjera sobre la asociación entre la edad avanzada (mayor de 70 años) y la condición socioeconómica como determinantes sociales que impactan la capacidad de efectuar actividades básicas de la vida diaria (comer, bañarse y utilizar el WC). Por otra parte, difiere en el impacto que produce el género, la zona de residencia y previsión de salud en las dificultades para realizar las actividades mencionadas, por lo que se requiere continuar con las investigaciones considerando dichos determinantes, así como también el estado civil y nacionalidad para determinar o descartar

la asociación entre éstos y las dificultades que presentan las personas mayores con una condición permanente de salud para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

#### 4. INTRODUCCIÓN

En Chile, el sistema de salud ha evidenciado múltiples cambios en cuanto a su estructura y funcionamiento, desde el año 1952, con la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) hasta la reforma AUGE implementada en 2005. Actualmente conviven en nuestro sistema dos sectores; público por medio del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y el privado a través de las Instituciones de Salud Previsional (Isapre). Además, a estas instituciones se suman las pertenecientes a las Fuerzas Armadas (Becerril-Montekio, 2011).

El Fondo Nacional de Salud (Fonasa) recibe los recursos de la seguridad social destinados a salud de cada trabajador, actualmente equivale a un 7% de los honorarios junto a un aporte fiscal. El 70 % de usuarios que pertenece a Fonasa recibe sus atenciones en los centros de Atención Primaria de Salud (APS). La relevancia de la Atención Primaria no sólo se explica por el nivel de cobertura que significa para sus beneficiarios, sino que también porque se considera como el primer contacto de los individuos, familias y comunidad con el Sistema Nacional de Salud. Lo anterior, quedó reflejado en la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud (APS) realizada en septiembre 1978, donde se establece la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, profesionales sanitarios, los implicados en el desarrollo y por parte de la comunidad internacional, con el fin de proteger y promover la salud para todas las personas del mundo (OMS, 1978).

El sistema de salud debe tener la capacidad para dar respuesta a los requerimientos de la población considerando la transición demográfica por la que atraviesa Latinoamérica. Por su parte, Chile ha presentado un proceso de envejecimiento acelerado destacando un descenso en la mortalidad y la baja fecundidad, lo que generaría para el año 2025 que la población mayor de 60 años sea mayor a la población menor de 15 años. Actualmente, el país cuenta con 2,6 millones de personas sobre 60 años, representando el 15,6% de la población (Herrera et al., 2018).

Los hogares de Chile que integran al menos una persona mayor han aumentado pasando de un 30,5% en 1990 a un 41,9% en 2017. De este último porcentaje se destaca que un 36,3% tiene una persona mayor como jefe de hogar (Subsecretaría de Evaluación Social, 2020).

Dichas cifras generan desafíos enormes para la salud pública, donde existe un 97,4% de personas mayores que cuentan con un sistema previsional, y de estos, un 84,9% se encuentra inscrito en Fonasa y es atendido en el servicio público. Por otro lado, un 8,5% pertenece al sistema de Isapre, un 3,4% se encuentra afiliado al sistema de las Fuerzas Armadas y de Orden y sólo el 1,2% no pertenece a ningún sistema de salud previsional (Subsecretaría de Evaluación Social, 2020).

La población de personas mayores corresponde a un grupo heterogéneo, que presenta una amplia gama de estados de salud y de funcionalidad, desde personas activas y sin comorbilidad, personas frágiles con alto riesgo de pérdida funcional y en el extremo, personas con dependencia completa y múltiples enfermedades crónicas y avanzadas. Según el informe de Estadísticas Vitales emitido por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2012), la primera causa de muerte en ésta población corresponde a las enfermedades cardiovasculares, seguidas por las enfermedades isquémicas del corazón, demencia, cáncer de estómago, entre otras. Las patologías neurológicas, como el deterioro cognitivo y la demencia presentan alta prevalencia e impacto en la población mayor. La Encuesta Nacional de Salud (ENS, 2009) refiere que las personas mayores presentan una prevalencia de deterioro cognitivo de un 10,4%, siendo esta condición más frecuente en el grupo de 80 años y más (20,9%). Influye en estos resultados un menor nivel educacional, puesto que ello, aumenta la prevalencia de deterioro cognitivo (Minsal, 2009). Por su parte, según el Estudio Nacional de la Dependencia en las personas mayores del año 2009, la Enfermedad de Alzheimer, es la más frecuente en los grupos más envejecidos, existiendo una prevalencia de demencia de 8,5% en las personas mayores de 65 años, y de un 32,6% en los mayores de 85 años (Senama, 2009).

La edad no es suficiente para clasificar a las personas mayores, en cambio, la capacidad funcional ha demostrado ser uno de los mejores marcadores pronósticos predictivos de morbimortalidad, dependencia, estado de salud, expectativa de vida y de necesidad de institucionalización. Es por esto que el Ministerio de Salud (Minsal) utiliza la funcionalidad como el principal indicador de salud de las personas mayores, obteniéndose en la Atención Primaria de Salud, a través de la Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM - Chile), que forma parte del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (Empam) (Minsal, 2013).

Según datos del año 2012, de un total de 733.443 personas evaluadas de 65 y más años, un 41% se encuentra autovalente sin riesgo, un 29% se clasificó como autovalente con riesgo y un 17% se encuentra en riesgo de dependencia; este último grupo de personas es considerado frágil y altamente vulnerable, por lo que debe ser priorizado en su atención (INE, 2012).

De acuerdo con los datos expuestos, sumado al cambio demográfico que ocurre en Chile, las cifras relacionadas con dependencia o alteraciones en la funcionalidad en las personas mayores y la escasa información sobre la capacidad de realizar actividades de la vida diaria en ésta población, surge la propuesta de investigar sobre el papel que juegan los determinantes sociales de una persona mayor que presenta una condición permanente de salud en la realización de actividades básicas de la vida diaria (comer, bañarse y utilizar el WC) según la encuesta Casen 2017.



Según los resultados obtenidos en la investigación existiría una asociación entre la edad y la condición socioeconómica en las personas mayores que presentan una condición permanente de salud y las dificultades de realizar las actividades básicas de la vida diaria. Por ello, se invita al lector a profundizar en dicha materia y en las diferentes conclusiones obtenidas en la investigación para comprender en mayor profundidad el impacto de los determinantes sociales en la condición de salud de las personas mayores que permita reflexionar sobre acciones en políticas públicas sanitarias y terapéuticas que puedan ser desarrolladas para aportar al estado de salud y la calidad de vida de las personas mayores.

## **5. MARCO TEÓRICO**

### **1. Sistema Nacional de Salud.**

La salud es un concepto que engloba múltiples dimensiones que interactúan entre sí: social, científico, político, económico y cultural. Una de las definiciones globalmente conocidas es la que entrega el ente más relevante en la materia a nivel mundial, como lo es la Organización Mundial de la Salud (OMS) que la expresa en el preámbulo de su Constitución afirmando: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948). Bajo dicha definición, la OMS entrega una referencia a los diferentes estados para que implementen un Sistema de Salud que garantice las condiciones sanitarias y de vida de sus ciudadanos.

En Chile, el sistema de salud ha evidenciado múltiples cambios en cuanto a su estructura y funcionamiento, desde el año 1952, con la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS). Esta entidad estatal autónoma estaba compuesta por múltiples actores, donde destaca un Director General, representantes del gobierno, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, del Colegio Médico de Chile, del Parlamento y de organizaciones patronales y obreras. Se vinculaba con el gobierno por medio del Ministerio de Salud y recibía la asesoría del Consejo Nacional de Salud. Entre sus acciones se acentúa la implementación de una estructura nacional de salud que contaba con hospitales de mayor y mediana complejidad, consultorios y postas rurales. A través de dicha red se lograron establecer programas sanitarios específicos de promoción y prevención, se fortalece el trabajo con facultades de medicina, implementando un mecanismo de educación y formación continua de profesionales de la salud, dio respuesta en situaciones de catástrofe y generó una cultura sanitaria en la población. El trabajo realizado por el Servicio Nacional de Salud se expresa en índices en los que actualmente Chile destaca a nivel latinoamericano, entre ellos se encuentran los relativos a mortalidad infantil, neonatal, materna y desnutrición infantil. “Estos logros son especialmente destacables si se les pondera en relación al grado de desarrollo socio-económico del país y se les compara con el gasto en salud y los indicadores sanitarios de países de alto desarrollo económico” (Goic, 2015).

En el año 1979 se producen grandes cambios en la estructura Nacional de Salud, provocado por la fusión del Servicio Nacional de Salud (SNS) y el Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena) junto a una reestructuración del Ministerio de Salud y la creación del Fondo Nacional de Salud (Fonasa), los servicios de Salud Regional, la Central de Abastecimiento (Cenabast) y el Instituto de Salud Pública (ISP). Los cambios no se detienen en dicho año. Es así como una de las grandes modificaciones realizadas a nuestro sistema sanitario recae en la Atención Primaria de Salud en el año 1980 cuando su administración se traspasa a las Municipalidades de cada comuna. Luego, en 1981 se crean las Instituciones de Salud Previsional (Isapre), cuya estructura

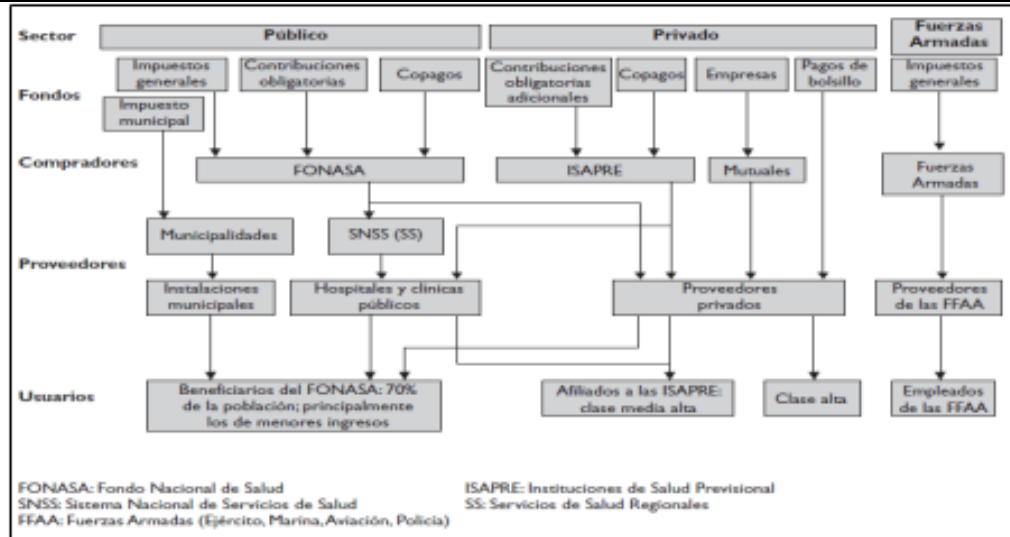
se evidencia en la figura 1. Finalmente, una de las últimas reformas en salud se ejecuta en el año 2005 bajo el gobierno de Ricardo Lagos con la Ley AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas), actualmente Ley GES (Garantías Explícitas en Salud).

La Ley AUGE seleccionó un subconjunto de problemas sanitarios, los más importantes en términos de carga epidemiológica y/o en términos de percepción ciudadana, y les otorgó garantías de oportunidad (tiempos de espera máximo), calidad (en términos de acreditación de establecimientos y certificación de médicos) y protección financiera (desembolso anual máximo por familia con estos problemas de salud) (Infante & Paraje, 2010). Transformando estas garantías en universales, pudiendo optar a ellas los beneficiarios del seguro público como del privado.

Bajo esta estructura de sistema de salud, podemos reconocer a dos sectores; el público y el privado, donde el primero cubre a 80% de la población. El Fondo Nacional de Salud (Fonasa), a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y su red de 29 Servicios de Salud Regionales, y el Sistema Municipal de Atención Primaria cubren a alrededor de 70% de la población nacional. Un 3% adicional está cubierto por los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas y el 7% restante son trabajadores independientes y sus familias que no cotizan al Fonasa y que, en caso de necesidad, utilizan los servicios del sector público. El sector privado está formado por las Instituciones de Salud Previsional (Isapre), que cubren aproximadamente a 17.5% de la población y proveen servicios a través de instalaciones tanto privadas como públicas (Becerril-Montekio, 2011). La distribución anterior se observa en la figura 2.

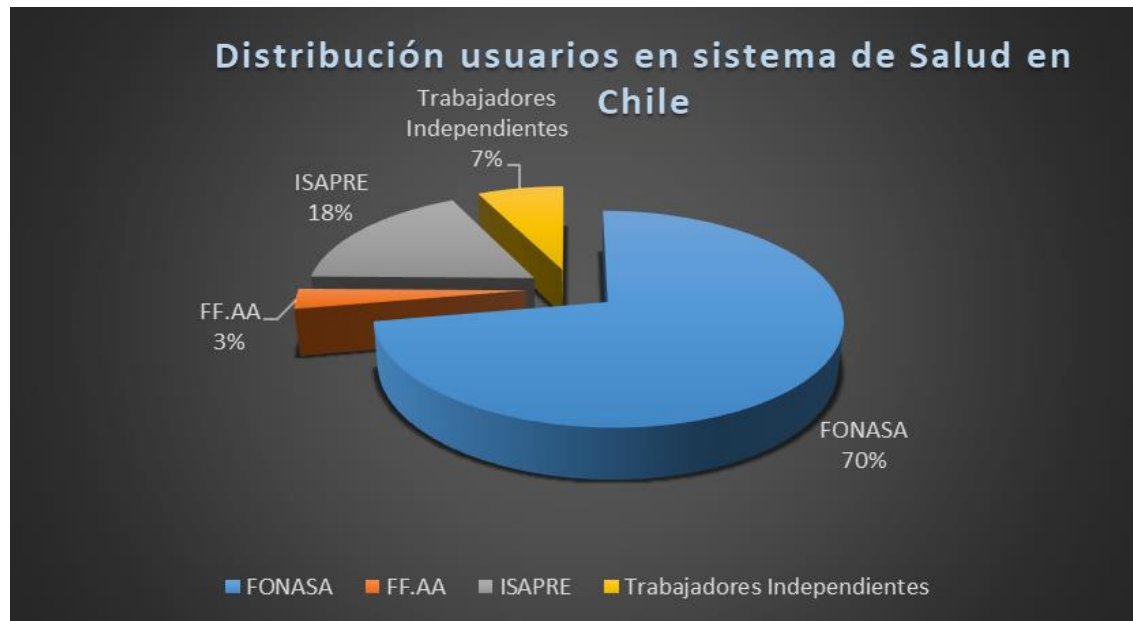
El Fondo Nacional de Salud (Fonasa) recibe los recursos de la seguridad social destinados a salud actualmente un 7% de los honorarios de los trabajadores junto con el aporte fiscal. El mayor porcentaje (70%) que pertenece a Fonasa recibe sus atenciones en los centros de Atención Primaria de Salud (APS). Las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), aseguradoras privadas, administran la cotización obligatoria y han captado la demanda por aseguramiento de los sectores de mayores ingresos y de menores riesgos sanitarios. Por lo tanto, en nuestro sistema de aseguramiento/financiamiento coexisten el seguro público y un conjunto de Isapres: el primero concentra a individuos de bajos recursos y/o de alto riesgo, y los segundos concentran a los sectores de mayores ingresos y menores riesgos (Infante & Paraje, 2010).

Figura 1: Estructura Sistema de Salud en Chile



Fuente: Extraído de Sistema de Salud de Chile, Becerril-Montekio, (2011).

Figura 2: Distribución de usuarios en sistema de salud en Chile



Fuente: Elaboración propia basada en los datos de Sistema de Salud de Chile, Becerril-Montekio, (2011).

Bajo dicha estructura del sistema de salud nacional, el análisis se centrará recogiendo información sobre lo que reportan las evaluaciones de funcionalidad en la población de personas mayores, acción que se ejecuta en Atención Primaria de Salud, considerando el enfoque del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) cuyo centro son las personas y sus necesidades en salud, considerándolas en su integralidad física y mental como miembros pertenecientes a familias y comunidades en constante adaptación e integración a medios físicos, sociales y culturales, basado en tres principios; integralidad, continuidad del cuidado y centrado en las personas, con énfasis en promoción de salud, prevención de enfermedades, enfoque de salud familiar, intersectorialidad y territorialidad, calidad de la atención, centrado en atención abierta, participación social, tecnología, y desarrollo de las personas que trabajan en APS (García-Huidobro, et al., 2018)

## **2. Atención Primaria de Salud.**

La Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud (APS) realizada en septiembre 1978, pone de manifiesto la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, los profesionales sanitarios, los implicados en el desarrollo y por parte de la comunidad internacional, que permita proteger y promover la salud para todas las personas del mundo, estableciendo la Declaración de Alma Ata (OMS, 1978).

Esta declaración establece los diez principios que debe cumplir la Atención Primaria de Salud en cada país y

“se debe entender como parte integrante del sistema completo de asistencia sanitaria, teniendo que incorporar la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y además a otros sectores de la vida nacional para privilegiar la más alta participación de las personas y de las comunidades, fomentando la responsabilidad en el cuidado de su salud, promoviendo el trabajo en equipo e instando al uso más eficiente de los recursos disponibles. Se considera que la atención primaria de salud es parte del espíritu de justicia social del desarrollo” (Campo, 2012).

Respaldando lo anunciado en 1978 y destacando aún más la relevancia de la promoción y prevención en Salud, en 1986 se realiza una conferencia en Ottawa, Canadá. En esta acción se reunieron 212 delegados de 38 países, con una mirada hacia lo que se busca para el año 2000. La carta de Ottawa se constituye como un instrumento que busca desarrollar políticas saludables y en entregar desafíos o responsabilidades a las comunidades e individuos para controlar su vida, su salud y sobre todo para incidir en los contextos, predominando en su visión los aspectos estructurales de la salud y sobre todo enfatizando la necesidad de tener una respuesta contrahegemónica a los procesos de globalización, siendo además una oportunidad para legitimar la necesidad de centrar los esfuerzos de la salud pública en la modificación de los estilos de vida

individuales para afrontar las epidemias de las enfermedades no transmisibles crónicas (López & Solar, 2017).

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, cada individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud no se percibe como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata de un concepto positivo de salud incorporando recursos sociales, personales y físicos. Existen condiciones y recursos fundamentales para la salud: paz, cobijo, educación, alimento, ingresos económicos, ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad.

La carta de Ottawa da cuenta de tres estrategias para enfatizar en la promoción de la salud:

1. Abogar: Todos los factores políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, comportamentales y biológicos, pueden favorecer la salud o perjudicarle. Las acciones de promoción de la salud tienen como objetivo hacer que estas condiciones sean favorables abogando por la salud.

2. Capacitar: La promoción de la salud se centra en lograr la equidad en la salud. Busca reducir las diferencias en el estado actual de la salud y asegurar recursos y oportunidades iguales que capaciten a todo el mundo para alcanzar el máximo potencial de salud. Es imposible alcanzar un potencial de salud pleno si no se pueden controlar aquellos aspectos que determinan la salud.

3. Mediar: El sector sanitario no puede garantizar por sí solo los requisitos previos ni las perspectivas de futuro para la salud. Y lo que es aún más importante, la promoción de la salud exige una acción coordinada por parte de todos los implicados: gobiernos, sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, organizaciones no gubernamentales y de voluntariado, autoridades locales, industria y medios de comunicación. Están implicadas las personas de todos los ámbitos, como individuos, familias y comunidades. Los grupos profesionales y sociales y el personal sanitario tienen una mayor responsabilidad de mediar.

La Atención Primaria de Salud recoge estos principios relacionados con la promoción y prevención y su base legal se establece en el código sanitario el que describe en el artículo 1 que “rige todas las cuestiones relacionadas con el fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes de la República, salvo aquellas sometidas a otras leyes” (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2017)

La población que puede acceder a las prestaciones de la Atención Primaria de Salud son los beneficiarios de Fonasa inscritos en un establecimiento, los que en 2017 ascendieron a 12.366.867

personas. Según el Ministerio de Salud, la red de Atención Primaria está compuesta por 2.514 establecimientos, con una dotación de personal de 58.600 funcionarios contratados según el estatuto de APS (González et al., 2019).

Las personas mayores representan uno de los grupos etarios más importantes y recurrentes en los centros de Atención Primaria de Salud y esto se explica por el incremento de dicha población. Esto, porque según el Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama), hay 2,6 millones de personas sobre 60 años, las que representan el 15,6% de la población (Herrera et al., 2018).

La edad resulta un criterio insuficiente para clasificar a las personas adultas mayores. En cambio, la capacidad funcional ha demostrado ser uno de los mejores marcadores pronósticos predictivos de morbilidad, dependencia, estado de salud, expectativa de vida y de necesidad de institucionalización. El Ministerio de Salud (Minsal) utiliza la funcionalidad como el principal indicador de salud de las personas mayores, obteniéndose en la Atención Primaria, a través de la Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM - Chile), que forma parte del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (Empam) (Minsal, 2013). Como la investigación se centra en las personas mayores, a continuación se presenta una caracterización social y sanitaria de dicha población en Chile.

### **3. Caracterización de las Personas Mayores en Chile**

#### **a. Antecedentes Demográficos**

Latinoamérica transita por un cambio relevante a nivel porcentual en población mayor. En este sentido, Chile no es la excepción, puesto que presenta un proceso de envejecimiento acelerado donde destaca un descenso en la mortalidad y la baja fecundidad, lo que generaría para el año 2025 que la población mayor de 60 años sea mayor a la población menor de 15 años (Herrera et al., 2018).

Si estos datos se focalizan en los hogares de Chile, se observa un incremento destacado en aquellos hogares que cuentan con al menos una persona mayor, pasando de un 30,5% en 1990 a un 41,9% en 2017. De este último porcentaje destaca que un 36,3% tiene a una persona mayor como jefe de hogar (Subsecretaría de Evaluación Social, 2020).

Dichas cifras generan desafíos enormes para la salud pública, donde existe un 97,4% de personas mayores que cuentan con un sistema previsional y de estos un 84,9% se encuentran inscritos en Fonasa y se atienden en el servicio público, mientras que un 8,5% pertenece al sistema de Isapre, un 3,4% se encuentra afiliado al sistema de las Fuerzas Armadas y de Orden Público y sólo el 1,2% no pertenece a ningún sistema de salud previsional (Subsecretaría de Evaluación Social, 2020).

## b. Escolaridad en Personas Mayores

Uno de los factores protectores para la salud y en particular a nivel cognitivo es el nivel de escolaridad de las personas. Un 18% de las personas mayores, no sabe leer ni sabe escribir (Subsecretaría de Evaluación Social, 2020). La alfabetización y escolaridad de las personas mayores es un punto importante a considerar por el equipo de salud al momento de dar instrucciones, más aún cuando existe información que dicho grupo etario está por debajo de los años de estudio del promedio nacional de escolaridad (12,2 años para personas entre los 19 y 59 años y 8,3 años de escolaridad en promedio en la población de personas mayores). En el año 2017, el 8,2% de dicha población presentaba analfabetismo, mientras que en la población de 15 a 59 años la cifra alcanzaba el 2,1%. Otro aspecto relevante es la zona de residencia, pues, es un factor que amplía la brecha en esta población. En este sentido, las personas mayores rurales alcanzan tasas de analfabetismo del 18,8%, mientras que a nivel urbano, dicho valor disminuye a 6,4% (Subsecretaría de Evaluación Social, 2020).

En las tecnologías de la información (TIC) para la población mayor, el servicio que más se utiliza es el teléfono móvil (50,4%). Sin embargo, el teléfono fijo se mantiene como una herramienta que permite mantener la comunicación y las relaciones afectivas entre las personas mayores y familiares, donde el 42,9% de los jefes de hogar de personas mayores manifiestan disponer de teléfono fijo y móvil. No obstante, es necesario señalar, la existencia del 3,4% de hogares con persona mayor que no disponen de un medio de comunicación.

Por otra parte, la disposición de computador y conexión a internet en el hogar no es un aspecto que destaque entre la población mayor, lo que queda de manifiesto en los hogares que tienen una persona mayor a 60 años como jefe de hogar, donde el porcentaje que cuenta con estos recursos es de un 56,6% mientras que en otros grupos etarios supera el 80% (Subsecretaría de Evaluación Social, 2020).

## c. Condición económica de personas mayores

La seguridad económica corresponde a la capacidad que tienen las personas de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares que le aseguren una buena calidad de vida (Subsecretaría de Evaluación Social, 2020). Para las personas mayores, contar con seguridad económica es fundamental para disfrutar de un envejecimiento en el que continúen participando activa y significativamente de la vida cotidiana.

Según los datos de la Encuesta Casen 2017, desde los 60 años se observa una disminución significativa en la participación laboral y en la ocupación de las personas (Subsecretaría de Evaluación Social, 2020).



Las personas mayores que continúan trabajando se desempeñan mayoritariamente como asalariados, pero es destacable la proporción que trabaja por cuenta propia (38,8%), que se encuentra muy por sobre el resto de la población (18,4%).

El ingreso promedio de la ocupación principal en la población mayor llega a 490 mil pesos mensuales, siendo los hombres los que reciben un ingreso promedio mayor que las mujeres y en los distintos tramos de edad (Subsecretaría de Evaluación Social, 2020).

En el caso de la población que se encuentra en edad de jubilar, se observa que al 2017 el 74,5% recibe algún tipo de jubilación o pensión (contributiva y no contributiva), de los cuales el 60,5% se encuentra en situación laboralmente inactiva o desocupado (59,9% y 0,6%, respectivamente) y el 14,0% restante continúa trabajando, proporción que se ha incrementado en el tiempo (8,5% en 2009).

A noviembre de 2017, el monto promedio por concepto de jubilación o pensión de vejez alcanzaba a \$239.813, existiendo brechas significativas en los montos promedios percibidos por hombres y mujeres (\$276.937 y \$198.716, respectivamente).

Los ingresos de las personas mayores de 60 años son, en general, menores a los del resto de la población, producto principalmente de su retiro paulatino del mercado laboral. Según los datos de la Encuesta Casen 2017, los ingresos del trabajo representan el 47,9% de los ingresos de la persona mayor, en tanto los ingresos provenientes por subsidios son el 9,1% del total. Al analizar al universo de personas en edad de jubilarse, se observa que en promedio los hombres reciben \$175.765 y las mujeres \$61.289 (Subsecretaría de Evaluación Social, 2020).

#### d. Participación social de personas mayores

Según las orientaciones técnicas del programa adulto mayor en atención primaria de salud, la participación social se establece como un mecanismo protector para la vejez y se establece que dicha población participa principalmente en organizaciones sociales religiosas, juntas de vecinos y centros de personas mayores. No obstante, las cifras de participación siguen siendo bajas, alcanzando un 9% aproximadamente (Minsal, 2013). Estas cifras se complementan con los indicadores de pobreza en personas mayores, la que alcanza un 4,5% en 2017. Sumado a esto aparece la información en relación a la pobreza multidimensional que considera diferentes parámetros, como por ejemplo: educación, salud, trabajo, seguridad social, vivienda, entorno, redes y cohesión social, donde las personas mayores alcanzan un 22,1%, dos puntos por sobre el promedio de la población (20,7%) lo que indica que los mayores de 60 años viven en condiciones más precarias (Subsecretaría de Evaluación Social, 2020).

#### e. Antecedentes Epidemiológicos

La población mayor corresponde a un grupo heterogéneo, que presenta una amplia gama de estados de salud y de funcionalidad, distinguiéndose personas activas y sin comorbilidad, personas frágiles con alto riesgo de pérdida funcional y en el extremo, personas con dependencia completa y múltiples enfermedades crónicas y avanzadas. Según el informe de Estadísticas vitales emitido por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2012) la primera causa de muerte en esta población corresponde a las enfermedades cardiovasculares, seguidas por las enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades respiratorias, la demencia, cáncer de estómago, entre otras.

Un dato relevante de analizar es que las patologías cardiovasculares se concentran en personas de 65 años y más, un 75% corresponde a usuarios hipertensos, un 26% presentan diabetes mellitus tipo 2 lo que genera que el 46% de la población bajo control en el programa cardiovascular en atención primaria de salud pertenezca a dicho grupo etario. Respecto a las patologías respiratorias, se observa que del total de Neumonías diagnosticadas en 2010, un 23% corresponden a mayores de 65 años, constituyendo la tercera causa de muerte en este grupo etario. En cuanto a patologías crónicas respiratorias, el 61% de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y el 13% de los que presentan asma son personas mayores (INE, 2012).

Las patologías neurológicas, como el deterioro cognitivo y la demencia presentan alta prevalencia e impacto en la población mayor. La Encuesta Nacional de Salud (ENS) realizada entre 2009 a 2010, refiere que las personas mayores presentan una prevalencia de deterioro cognitivo de un 10,4%, siendo esta condición más frecuente en el grupo de 80 años y más (20,9%), sin diferencias significativas entre hombres y mujeres en esta dimensión. Influye en estos resultados un menor nivel educacional, pues, aumenta la prevalencia de deterioro cognitivo (Minsal, 2009). La Enfermedad de Alzheimer, es la más frecuente en los grupos más envejecidos. Según la Encuesta Nacional de Discapacidad de 2009, se constató una prevalencia de demencia de 8,5% en las personas mayores de 65 años, y de un 32,6% en los mayores de 85 años (Senama, 2009). Por otro lado, del total de personas mayores bajo control en atención primaria con evaluación de su estado nutricional un 10% se encuentra bajo peso, un 52% con malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad), y un 38% en estado nutricional normal. Al desagregar por subgrupos de edad se observa que son las personas de 70 años y más, quienes concentran el 83% del total de las personas mayores con bajo peso, sin diferencias significativas por sexo (Minsal, 2013).

#### f. Funcionalidad en las personas mayores

Existe certeza del envejecimiento de la población que está ocurriendo a nivel mundial, esto se produce por el aumento de la esperanza de vida que resulta de un avance significativo a nivel de salud pública que han mostrado los países. En estos momentos existen 600 millones de personas mayores de 60 años en el mundo, cifra que se duplicará para el 2025 y que ascenderá a casi 2 mil millones para 2050, cuando se contará con más personas mayores de 60 años que con niños menores de 15 (Hoskins et al., 2005).

En Chile, de acuerdo con el Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama), hay 2,6 millones de personas sobre 60 años, lo que corresponde al 15,6% de la población. Del mismo modo, la esperanza de vida es de 82 años para las mujeres y de 77 años para los hombres, esperándose para 2025 que la población mayor de 60 años constituya un 20% (Condeza, 2016).

La edad resulta insuficiente para clasificar a las personas mayores, en cambio, la capacidad funcional ha demostrado ser uno de los mejores marcadores pronósticos. El Ministerio de Salud (Minsal) utiliza la funcionalidad como el principal indicador de salud de las personas mayores, obteniéndose en la Atención Primaria a través de la Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM - Chile), que forma parte del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (Empam) (Minsal, 2013).

En el año 2012, de un total de 733.443 personas de 65 y más años evaluadas, un 41% se encuentra autovalente sin riesgo, un 29% se clasificó como autovalente con riesgo y un 17 % se encuentra en riesgo de dependencia; este último grupo es considerado frágil y altamente vulnerable, por lo que debe ser priorizado en su atención (Minsal, 2013). Las estrategias para mantener la funcionalidad se orientan a actividades promocionales y preventivas, las cuales deben realizarse en conjunto con el intersector.

#### g. Programa Adulto Mayor en Atención Primaria de Salud

Desde la funcionalidad, una persona mayor sana es capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal (OMS, 1985). Por esto, el concepto de funcionalidad es clave para definir la salud de la persona mayor y la OMS lo propone como indicador del estado de independencia funcional.

Fillenbaum (1984) confirma este criterio, proponiendo la evaluación de salud de las personas mayores en términos de estatus funcional, con el concepto de salud asociado al mantenimiento de la independencia funcional (Sanhueza et al., 2005).

La funcionalidad o independencia funcional es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir de forma independiente. De lo anterior se

desprende que si el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana, la funcionalidad está indemne (Sanhueza et al., 2005).

En la atención primaria de salud se ha establecido un proceso de evaluación para confirmar el estado de funcionalidad de la persona mayor por medio de la Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM - Chile), que forma parte del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (Empam) reconocido como garantía explícita de salud, y cuya acción permite anticiparse al daño y otorgar una mirada más profunda hacia el grupo que presenta mayor fragilidad, de esta manera se cumple el compromiso establecido en la Estrategia Nacional de Salud de la década de mantener la funcionalidad y prevenir la dependencia en las personas mayores. Resulta fundamental evaluar el grado de funcionalidad que presentan las personas mayores, pues, la principal preocupación en relación con el envejecimiento es la salud y en forma especial evitar la dependencia, entendida como una causa fundamental de sufrimiento y de la mala autopercepción de salud. Por lo tanto, uno de los objetivos de las políticas públicas para personas mayores debe orientarse a aumentar los años libres de discapacidad (Minsal, 2013).

Los esfuerzos se orientan a la mantención y/o recuperación de la funcionalidad que se traducirán de manera directa, en una mejor calidad de vida para la población mayor. La implementación de este modelo de atención basado en el concepto de envejecimiento activo y saludable podría superar las actuales barreras de acceso a los servicios de salud, mantener la funcionalidad y reducir la discapacidad, morbilidad y mortalidad por causas evitables. El trabajo con las personas mayores se inicia con el Empam a toda la población beneficiaria de 65 años y más. El examen es una pesquisa oportuna de factores de riesgo, problemas de salud y predicción de la pérdida de funcionalidad, clasificando a la población mayor en autovalente sin riesgo, autovalente con riesgo, en riesgo de dependencia y dependiente (leve, moderado, grave y total) (Minsal, 2013).

A continuación, se describen los objetivos, componentes del examen y los diferentes campos de acción para cada condición de acuerdo con las orientaciones técnicas del programa del adulto mayor en Atención Primaria de Salud (Minsal, 2013).

Objetivos del Examen:

1. Evaluar la salud integral y la funcionalidad de la persona adulta mayor.
2. Identificar y controlar los factores de riesgo de pérdida de la funcionalidad.
3. Elaborar un plan de atención y seguimiento, para ser ejecutado por el equipo de salud.

#### Componentes del Examen:

- Mediciones de signos vitales y antropometría.
- Nivel de actividad física.
- Vacunas.
- Diagnósticos y fármacos que consume la persona mayor.
- Aplicación del EFAM. La parte A evalúa capacidad de desarrollar actividades de la vida diaria, Mini Mental State Examination (MMSE) abreviado y evaluación de la funcionalidad del tren superior e inferior. Si la persona de 65 años y más fue calificada como autovalente, se debe aplicar la parte B del instrumento que discrimina entre autovalente con o sin riesgo.
- Aplicación del Índice de Barthel.
- Aplicación de Escala Yesavage.
- Aplicación de escala de Pfeffer.
- Medición del nivel de riesgo de caídas.
- Identificaciones de redes.
- Sospecha de maltrato.
- Resultados de exámenes.
- Presencia de adicciones.

Tras la aplicación de los diferentes instrumentos, los resultados deben ser ingresados a la historia clínica (manual o electrónica) y éstos determinan la periodicidad del seguimiento de la persona mayor por parte del equipo de salud. No obstante, la base es que todas las personas mayores deben realizarse anualmente el Empam, y si el resultado arroja como autovalente con riesgo y riesgo de dependencia, serán evaluadas con anterioridad a los 6 meses de realizado el Empam. A continuación, se describen las acciones que contempla el plan de salud familiar en atención primaria de salud según orientación técnica para personas mayores en atención primaria de salud (Minsal, 2013).

#### Campos de Acción:

- a. Autovalente sin riesgo: En esta etapa se debe considerar un plan de atención, con enfoque promocional y preventivo, considerando la evaluación anual a través del Empam (Se adjunta en anexos flujograma figura 4).
- b. Autovalente con riesgo (se adjunta en anexos flujograma figura 4): En esta etapa el plan de atención considera lo siguiente:

- Frente a patologías de hipertensión arterial (HTA)-diabetes mellitus tipo 2 (DM2), se debe verificar si cuenta con control de salud cardiovascular vigente, de no ser así, derivar a médico para su ingreso al programa de salud cardiovascular y educación.
  - Si el resultado del test de Yesavage es positivo, derivar a médico para posible diagnóstico de depresión e ingreso a Garantías Explícitas en Salud (GES).
  - Si el Minimal Mental (MMSE) es menor a 13 puntos, derivar a profesional capacitado para aplicar MMSE Folstein extendido. Con los resultados, derivar a médico para determinar deterioro cognitivo leve con o sin riesgo de demencia o demencia. Derivar a talleres de memoria y/o a nivel secundario a especialidad de neurología o geriatría para confirmación diagnóstica.
- c. En riesgo de dependencia (se adjunta en anexos flujograma figura 5): En esta etapa el plan de atención considera lo siguiente:
- Si la persona mayor presenta sintomatología de limitación funcional y/o dolores osteoarticulares, derivar a médico para diagnóstico de patología osteoarticular y para realizar diagnóstico diferencial con otros cuadros clínicos que incidan en la función articular y muscular que puedan llevar a la pérdida de la funcionalidad física. Este procedimiento define potencial ingreso a Garantías Explícitas en Salud (GES) de cadera/rodilla, a salas de rehabilitación con base comunitaria y derivación a nivel secundario según diagnóstico de severidad.
  - Si el MMSE está alterado, derivar a profesional para realizar MMSE de Folstein extendido y con los resultados derivar a médico para determinar deterioro cognitivo leve con/sin riesgo de demencia o demencia. Derivar a talleres de memoria y/o a nivel secundario a especialidad de Neurología o Geriatría para confirmación diagnóstica.
  - Si se observa otra condición alterada de salud, se debe derivar a médico según corresponda.
- d. Las personas de 65 años y más dependientes (se adjunta en anexos flujograma figura 6). El plan de atención considera lo siguiente:
- Si la persona mayor es clasificada como dependiente leve/moderada, derivar a médico para identificar causa y definir potencial ingreso a: Garantías Explícitas en Salud de ayudas técnicas (órtesis), a salas de rehabilitación con base comunitaria y visita domiciliaria integral.
  - Si la persona mayor es clasificada como dependiente grave/total, derivar a médico para identificar causa y definir potencial ingreso a programa de atención domiciliaria de personas con dependencia severa según criterios de inclusión de dicho programa, Garantías Explícitas en Salud, ayudas técnicas (órtesis), y visita domiciliaria integral.

#### **4. Funcionalidad y Discapacidad en Personas Mayores.**

El envejecimiento comienza desde que se nace y desde el punto de vista positivo, abordar el envejecimiento con propuestas participativas y concretas permite reflejar políticas públicas que respondan al desafío que implica esta realidad. En esa dirección, la OMS explica que la promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud, contempla una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individual mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación (OMS, 2015).

Para ejecutar estas acciones se propone la incorporación de tres componentes:

##### **1. Buena gobernanza sanitaria**

La promoción de la salud requiere que las políticas de todos los departamentos gubernamentales hagan de la salud un aspecto central de su política. Esto significa que deben tener en cuenta las repercusiones sanitarias en todas sus decisiones, y dar prioridad a las políticas que eviten que la gente enferme o se lesione. Estas políticas deben ser respaldadas por regulaciones que combinen los incentivos del sector privado con los objetivos de la salud pública, por ejemplo, armonizando las políticas fiscales que gravan los productos nocivos o insalubres, como el alcohol, el tabaco y los alimentos ricos en sal, azúcares o grasas, con medidas para estimular el comercio en otras áreas. Asimismo, hay que promulgar leyes que respalden la urbanización saludable mediante la facilitación de los desplazamientos a pie, la reducción de la contaminación del aire y del agua o el cumplimiento de la obligatoriedad del uso del casco y del cinturón de seguridad.

##### **2. Educación sanitaria**

Las personas han de adquirir conocimientos, aptitudes e información que les permitan elegir opciones saludables, por ejemplo, con respecto a su alimentación y a los servicios de salud que necesitan. Deben tener la oportunidad de elegir estas opciones y gozar de un entorno en el que puedan demandar nuevas medidas normativas que sigan mejorando su salud.

##### **3. Ciudades saludables**

Las ciudades tienen un papel principal en la promoción de la buena salud. El liderazgo y el compromiso en el ámbito municipal son esenciales para una planificación urbana saludable y para poner en práctica medidas preventivas en las comunidades y en los centros de atención primaria. Las ciudades saludables contribuyen a crear países saludables y, en última instancia, un mundo más saludable.

Es por esto que una política de promoción de la salud combina enfoques distintos pero complementarios, que incluyen cambios en la legislación, en las medidas fiscales, en los impuestos y de organización. Es la acción coordinada lo que conduce a políticas sociales, de economía y de salud que fomenten una mayor equidad. La acción conjunta contribuye a asegurar servicios y bienes más seguros y sanos, servicios públicos más saludables, y entornos más limpios y agradables. La promoción de la salud genera condiciones de vida y de trabajo seguro, estimulante, satisfactorio y agradable. Toda estrategia de promoción de la salud debe orientarse a la protección de los ambientes naturales, construidos y la conservación de los recursos naturales (OMS, 2015).

En el corazón de este proceso está el empoderamiento de las comunidades, el capacitarlas para que puedan controlar y ser dueñas de sus propios empeños y destinos. La promoción de la salud apoya el desarrollo individual y colectivo, aportando información, educación para la salud, y potenciando las habilidades para la vida. El sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de la salud de forma tal que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos, debiendo aumentar la sensibilidad a las necesidades culturales de los individuos y respetándolas. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud (OMS, 2015).

La relevancia de empoderar y educar a los individuos y comunidades con acciones de promoción apunta a la equidad, uno de los pilares que ha guiado el trabajo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), de acuerdo a su propia definición corresponde a "en una situación de salud, reducir al mínimo posible las diferencias evitables e injustas, recibir atención en relación con las necesidades (equidad de cobertura, acceso y uso) y contribuir de acuerdo a las capacidades de pago (equidad financiera)". La equidad social se concibe como un factor que incrementa la estabilidad social y la productividad económica. Por el contrario, las inequidades en una sociedad y entre diferentes sociedades favorecen la tensión y el conflicto, todo lo cual resta recursos a esfuerzos constructivos y organizados (Arteaga et al., 2002).

La información anteriormente expuesta se relaciona directamente con los determinantes sociales de la salud, estos se entienden como "las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud" entendiéndose también como "las características sociales en que la vida se desarrolla" (Frenz, 2005).

De manera que los determinantes sociales de la salud se refieren tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles



de modificación mediante intervenciones efectivas. El concepto de determinantes sociales surge con fuerza desde hace dos décadas, ante el reconocimiento de las limitaciones de intervenciones dirigidas a los riesgos individuales de enfermar, que no tomaban en cuenta el rol de la sociedad. Los argumentos convergen en la idea que las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos (Frenz, 2005).

Los determinantes sociales también se han definido como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” (De la Guardia & Ruvalcaba, 2020).

Es por esto que la salud requiere una visión ética que incorpore la noción de los determinantes sociales, porque la causa más poderosa de los problemas de salud, reside en las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas. Los determinantes sociales reflejan la posición de la gente en la escala social, económica y de poder (De la Guardia & Ruvalcaba, 2020).

En la vejez aparece un declive biológico relevante, a esto se suman los determinantes sociales como factores que afectan de manera negativa, entre estos encontramos: marginación social, pobreza, nivel educativo, género, etnicidad y ruralidad. A su vez, la pérdida prematura de aptitudes funcionales por desuso, malnutrición por déficit o por exceso y la adquisición de estilos de vida saludables o no, por parte de los individuos a lo largo del curso de vida, se vincula con las enfermedades agudas y crónicas; así mismo los factores ambientales físicos, psicológicos, sociales y culturales han sido reconocidos como determinantes de la capacidad funcional, del goce de un buen estado de salud o, a la inversa, de discapacidad y de enfermedad, asociándose en forma estrecha con los determinantes antes enunciadas (Minsal, 2013). El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, ha sido definido como:

“el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural” existiendo tres principios irrenunciables en un Sistema de Salud basado en Atención Primaria; “centrado en las personas, integralidad de la atención y continuidad del cuidado (Minsal, 2013). Centrado en las personas, considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias desde su particular forma de definir las y priorizarlas, para lo cual se debe establecer un modelo de relación, entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud y enfatizando en los derechos y deberes de las personas, tanto del equipo de salud como de los usuarios. En donde el eje del proceso de atención está centrado en las personas, en este caso la persona mayor “en su

integralidad física, mental y social". La persona mayor es vista como un ser social perteneciente a una familia y una comunidad, en un proceso de integración y adaptación al medio físico, social y cultural. La integralidad apunta a los niveles de prevención y a la comprensión multidimensional de los problemas de las personas. Es una función de todo el sistema de salud e incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. Implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural del ser humano.

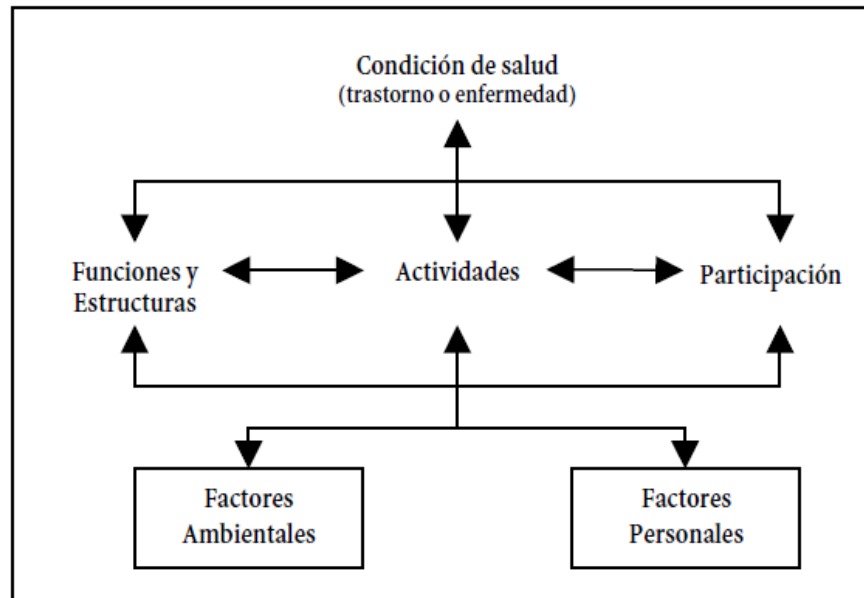
Finalmente, la continuidad del cuidado corresponde al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo. Desde la perspectiva de los sistemas de salud, corresponde a la continuidad clínica, funcional y profesional. Es un nodo central dentro de la atención de salud de la persona mayor, vital para mantener su funcionalidad y prevenir la dependencia, entregando prestaciones desde el domicilio hasta centros hospitalarios.

Asimismo, los aspectos promocional y preventivo, se refieren a enfatizar estilos de vida saludables en esta población y a una actitud anticipatoria por parte del equipo. Toda política dirigida a las personas mayores debe anticiparse al daño, previniendo así la dependencia (Minsal, 2013).

El enfoque de salud familiar, comprende a la familia como la principal red de apoyo para las personas mayores. Resulta fundamental el conocimiento del entorno familiar de la persona mayor, para fortalecer los factores protectores y detectar situaciones de riesgo para establecer una intervención oportuna. Los tres componentes explicados (centrado en las personas, integralidad y continuidad del cuidado) se relacionan directamente con la capacidad funcional de las personas mayores y la discapacidad. Este último concepto lo aborda la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), entidad que busca unificar, estandarizar y entregar un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados relacionados con ésta. Considera dominios como perspectiva corporal, individual e incluye el análisis de funciones y estructurales corporales, actividades y participación.

El concepto funcionamiento hace alusión a todas las funciones corporales, actividad y participación, mientras que la discapacidad se refiere a deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación. La CIF también enumera factores ambientales que interactúan con dichos constructos (se puede apreciar en la figura N°3) permitiendo elaborar un perfil sobre el funcionamiento, discapacidad y la salud de las personas en varios dominios (OMS, 2001).

Figura 3: Modelo Integral del Funcionamiento y la Discapacidad



Fuente: Extraído de Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (OMS, 2001).

El diagrama ejemplifica que el funcionamiento de un individuo en un dominio específico se entiende como una relación compleja, existiendo una interacción dinámica entre todos los elementos. Estas interacciones son específicas y no siempre se dan en una relación recíproca predecible. Los factores contextuales (por ejemplo, factores personales y ambientales) interactúan con la persona con una condición de salud y determinan su nivel y extensión del funcionamiento, mientras que los factores ambientales son extrínsecos a la persona (OMS, 2001).

En Chile, se utiliza el Índice de Valoración de Desempeño en la Comunidad (Ivadec) para calificar y certificar a las personas en situación de discapacidad. Según el Servicio Nacional de la Discapacidad se reconoce a la persona en situación de discapacidad como: “aquellas que, en relación a sus condiciones de salud física, psíquica, intelectual, sensorial u otras, al interactuar con diversas barreras contextuales, actitudinales y ambientales, presentan restricciones en su participación plena y activa en la sociedad” (Senadis, 2015). Desde una perspectiva de derechos la condición es la de la persona y la discapacidad es el atributo resultante de la interacción con el ambiente, por tanto, es variable a cada minuto, convirtiéndose en situación.

El Ivadec determina el índice de desempeño y el índice de discapacidad. A su vez establece el porcentaje y grado de discapacidad para diferentes rangos etarios, distribuidos desde los 6 meses de edad.

Para la aplicación de dicho instrumento se debe completar el formulario de solicitud de evaluación de discapacidad, se debe acudir a un Centro de Salud Familiar y Comunitaria (Cesfam) para retirar los formularios pertinentes al proceso de calificación y certificación de discapacidad (CCD), los cuales deben llenarse por el equipo de atención de salud, los que se complementarán con informe y/o exámenes pertinentes a las patologías por las cuales está elevando la solicitud. Si pertenece al servicio privado de salud los formularios deben ser retirados en las dependencias de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (Compín) siguiendo posteriormente los mismo pasos por el equipo de salud tratante. Todo lo anterior con el fin de ser citado al nuevo proceso de CCD, de acuerdo a las normativas de la Ley de Discapacidad 20.422. Una vez finalizado el proceso de CCD, y si su propuesta de certificación de discapacidad fue aprobada por Compín, el usuario podrá contar con su credencial de situación de discapacidad dentro de un plazo aproximado a 40 días, en la dirección con la cual fue presentada la solicitud de Calificación de Discapacidad (Ministerio de Planificación, 2010).

Una de las fuentes de información en nuestro país relacionados a personas en situación de discapacidad corresponde a la encuesta Casen, y en base a ésta la Subsecretaría de Evaluación Social indica que el 53,5% de las personas en situación de discapacidad corresponden a personas mayores, concentrándose en la población de edad más avanzada (sobre los 80 años) con 33,7% (Subsecretaría de Evaluación Social, 2020).

Lo significativo para el sistema de salud sobre la discapacidad es conocer el impacto de éstas en las actividades de la vida diaria y cómo el equipo de salud logra entregar los apoyos respectivos para alcanzar la realización de ellas. Las actividades de la vida diaria se pueden clasificar en:

- Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): Se refieren al mantenimiento personal en términos de supervivencia física.
- Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): Se refieren a mantenimiento personal en términos de supervivencia cultural (Acosta et al., 2010).

Según el reporte emitido por la Subsecretaría de Evaluación Social, el mayor porcentaje de personas de 60 años y más (85,8%) se califica como autovalente, es decir, no reporta dificultades para realizar actividades básicas (comer, bañarse, moverse dentro de la casa, hacer uso del W.C, acostarse, levantarse, y vestirse) o actividades instrumentales (salir a la calle, hacer compras o ir al médico, realizar las tareas del hogar, además de hacer o recibir llamadas) en su vida diaria, en tanto el 14,2% presenta dependencia funcional en alguno de sus grados (Subsecretaría de Evaluación Social, 2020).

Los estudios han demostrado que el ingreso es uno de los determinantes sociales que explican una relación negativa con la dependencia funcional. El porcentaje de personas mayores

con dependencia aumenta a medida que disminuyen los ingresos, mientras que el 28,4% de las personas mayores dependientes se concentra en el I quintil. En el V quintil esta proporción es 8,4%.

La dependencia, se refiere a la necesidad de supervisión y/o ayuda de terceras personas para llevar a cabo las variadas actividades diarias que supone una vida autónoma. Los datos sobre personas que asumen la responsabilidad de cuidado de una persona mayor con dependencia indican que el 3,6% de las personas de 60 años y más con dependencia funcional no cuenta con asistencia personal, 46,4% señala que otro integrante del hogar le presta ayuda para la realización de actividades básicas o instrumentales, 14,5% manifiesta tener un asistente externo al hogar y el 23,6% señala contar con ambos tipos de asistencia (Subsecretaría de Evaluación Social, 2020).

Al detallar la asistencia según severidad de la dependencia funcional, más de la mitad (53,6%) de las personas mayores con dependencia funcional severa son cuidados exclusivamente por una persona que es integrante del hogar sin contar con otros apoyos, y donde el 1,1% de esa población no tiene apoyo de ningún tipo (Subsecretaría de Evaluación Social, 2020).

Comportamiento similar se advierte en la población mayor con dependencia funcional leve, donde nuevamente el cuidado se concentra en algún integrante del hogar (37,5%) y el 5,8% manifiesta no disponer apoyo de ningún tipo. En relación con los cuidados brindados sólo por un cuidador externo al hogar, el 11,6% de los dependientes severos cuentan con este tipo de asistencia, incrementándose a 16,0% en el caso de las personas mayores dependientes leves. Cabe señalar, que los cuidados entregados por persona externa al hogar pueden ser o no remunerados (Subsecretaría de Evaluación Social, 2020).

Cuando las familias no logran hacerse cargo de los cuidados de las personas mayores dependientes, surge la necesidad de la institucionalización, por ejemplo, en Establecimientos de Larga Estadía (Eleam). En este contexto, resulta relevante mencionar el estudio realizado por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama) en 2017, el que indica que el 19% de los adultos mayores pudo responder por sí mismo, dado el deterioro cognitivo exhibido en los test aplicados y el resto de la información fue entregada en su mayor parte por los cuidadores a cargo de cada uno de ellos al interior de la institución. Desde el punto de vista de condiciones de salud, las principales enfermedades de las personas mayores en residencias son trastornos mentales y del comportamiento (69,7%), enfermedades asociadas al sistema osteomuscular (32,2%) y enfermedades del sistema nervioso (29,5%), siendo la dependencia funcional y la discapacidad las principales desencadenantes de la institucionalización. De acuerdo con la afectación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) y el requerimiento de ayuda se desprende que el 71,8% de los residentes presenta dependencia severa, 18,3% dependencia moderada y el 4,7% tendría dependencia leve. Por otra parte, el

84,7% de los residentes presentan la condición de discapacitado con dependencia (Senama, 2017).

Finalmente dentro de los estudios realizados en nuestro país orientado a población mayor con niveles de dependencia y determinantes sociales en salud, existe la información del trabajo desarrollado en la comuna de San Carlos en el año 2015 donde se obtiene que los principales determinantes que tienen influencia con la dependencia son: edad, pues, los sujetos evaluados como independientes, el 34,9% y 31,8% tenían entre 65-69 y 70-74 años respectivamente y, de los evaluados como dependientes, el 25,2 y 30,9% de la muestra fueron sujetos con 75-79 y 80 años y más, respectivamente. También se identificó asociación con el nivel de escolaridad, donde los sujetos evaluados con algún grado de dependencia, el 20,6% y 64,5% no eran escolarizados y con estudios básicos respectivamente. Luego de los participantes evaluados como independientes, el 16,3%, 3,1% y 9,3% refirieron haber cursado estudios medios, técnicos y universitarios. También el empleo es un factor significativo donde el 95,3% de los participantes que fueron evaluados con algún grado de dependencia indicaron no tener un empleo versus el 86,8% del grupo valorado como independiente. Las patologías crónicas también se asocian al nivel de dependencia, donde el 70,1% y 65,1% de los que fueron evaluados con algún grado de dependencia e independientes respectivamente poseen más de una patología crónica. La actividad física se asocia a la dependencia puesto que, los participantes que fueron evaluados con algún grado de dependencia e independencia, el 86,6% y 56,6 % respectivamente no realizaban actividad física (Hernández et al., 2015).

## **6. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

El problema por investigar es relevante debido a la condición demográfica en la que se encuentra nuestro país, por las características de salud de la población mayor que aumenta en patologías crónicas y por la capacidad de respuesta del sistema de salud en Chile. Conocer e identificar los determinantes sociales que tienen mayor relación con la capacidad de ejecutar actividades básicas de la vida diaria en una persona mayor con una condición permanente de salud, busca contribuir con información para futuros planes, programas y políticas públicas que se implementen no sólo desde un punto de vista sanitario, sino que también desde una perspectiva económica, social y cultural que permita anticiparse a la pérdida de la funcionalidad en dicha población.

A partir de los resultados que se obtuvieron en la Encuesta Casen 2017, se investigará aquellos determinantes sociales que tienen una relación con la capacidad de ejecutar actividades básicas de la vida diaria en una persona mayor que presenta una condición permanente de salud, de allí se desprende la pregunta de investigación:

### **Pregunta de Investigación**

Dado que existen personas mayores que presentan una condición permanente de salud, ¿Cuáles son los determinantes sociales que explican que dichas personas mayores presenten dificultades en las actividades básicas de su vida diaria (comer, bañarse y hacer uso del WC)?

### **Objetivos**

#### **Objetivo General**

1. Analizar los determinantes sociales que impactan en el desarrollo de actividades básicas de la vida diaria en una persona mayor con una condición permanente de salud.

#### **Objetivos Específicos**

- 1.1 Identificar la prevalencia de dificultades en las actividades básicas de la vida diaria en una persona mayor con condición permanente de salud.
- 1.2 Caracterizar los determinantes sociales que se relacionan con las dificultades en las actividades básicas de la vida diaria en una persona mayor con condición permanente de salud.
- 1.3 Determinar probabilísticamente el impacto de los determinantes sociales en las actividades básicas de la vida diaria de una persona mayor con condición permanente de salud.

## 7. MATERIAL Y MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

### Diseño de Estudio

Los datos empleados se recolectaron retrospectivamente y provienen de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) realizada en 2017 por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia chileno, siendo ejecutada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), el Centro de Encuestas y Estudios Longitudinales de la Pontificia Universidad Católica de Chile y bajo la supervisión de la empresa Cadem (MDSF, 2017).

La Encuesta Casen tiene como objeto de estudio los hogares que habitan las viviendas particulares ubicadas en el territorio nacional, exceptuando algunas zonas alejadas, así como las personas que forman parte de esos hogares. Al interior de cada vivienda seleccionada, se intenta entrevistar a todos los hogares y recoger información de todas las personas que sean miembros de estos. Se desarrolla con dos grandes objetivos. En primer lugar:

- Conocer periódicamente la situación de los hogares y de la población, especialmente de aquella en situación de pobreza y de aquellos grupos definidos como prioritarios por la política social (infancia, juventud, personas mayores, mujeres, pueblos indígenas, personas en situación de discapacidad, nacidos fuera de Chile, entre otros), principalmente con relación a aspectos demográficos, de educación, salud, vivienda, trabajo e ingresos. En particular, estimar la magnitud de la pobreza y la distribución del ingreso; identificar carencias y demandas de la población en las áreas señaladas; y evaluar las distintas brechas que separan a los diferentes segmentos sociales y ámbitos territoriales (MDSF, 2017).

En segundo lugar, se pretende

- Estimar la cobertura, la focalización y la distribución del gasto fiscal de los principales programas sociales de alcance nacional entre los hogares, según su nivel de ingreso, para evaluar el impacto de este gasto en el ingreso de los hogares y en la distribución del mismo (MDSF, 2017).

El análisis de la investigación es en base a datos secundarios a partir de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen), cuyos resultados son de carácter público, a través de una base de datos, disponible en el Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Dicha encuesta es de hogares, de carácter transversal y de multipropósitos. La muestra de viviendas para el año 2017 correspondió a 68.466, evidenciando 70.948 hogares y aplicadas a 216.439 personas. La encuesta Casen, metodológicamente en el análisis de los datos propone dos alternativas de factor de expansión; regional (expr) y comunal (expc). En el presente estudio se usó el expansor regional, que extiende la proyección de la población regional (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2017).



El análisis estadístico de los datos obtenidos de la Casen 2017 se desarrolló con el software Stata15 bajo el modelo logit (regresión logística binaria) donde existen varios factores que pueden incidir sobre el resultado. La regresión logística se basa en la denominada función logística, donde se relaciona la variable dependiente con las variables independientes  $X_1, X_2, \dots, X_k$  (Rodríguez & Gutiérrez, 2007).

El universo considerado en este estudio corresponde a la población sobre los 60 años que presentan una condición permanente de salud y que tienen dificultades para desarrollar actividades básicas de la vida diaria, por lo tanto, se excluye a la población bajo los 60 años, registrando una muestra de 7.110 sin factor de expansión regional y una muestra de 544.761 al incluir el factor de expansión (expr).

La unidad de análisis corresponde a las personas de 60 años y más que tienen una condición permanente de salud y dificultades (leves, moderadas, severas o extremas) en la ejecución de actividades básicas de la vida diaria (comer, bañarse y hacer uso del WC) Los datos de las personas mayores se encuentran anonimizados en la encuesta, por lo que no fue necesario solicitar consentimiento informado.

### **Variable Dependiente**

La variable dependiente se configura a partir de la creación de dos grupos de las actividades básicas de la vida diaria:

1. Dificultades Básicas en: (comer, bañarse y utilizar el WC) asumiendo valor 1, utilizando como base la categoría de dificultades motoras (desplazarse, acostarse-levantarse y vestirse) que asumen valor 0.

Para desarrollar esta categoría se utilizan las respuestas dadas a las siguientes preguntas (s33a1, s33b1, s33c1, s33d1, s33e1, s33f1.): ¿Cuánta dificultad tiene para comer?, ¿Cuánta dificultad tiene para bañarse?, ¿Cuánta dificultad tiene para moverse/desplazarse dentro de la casa?, ¿Cuánta dificultad tiene para utilizar el W.C. o retrete?, ¿Cuánta dificultad tiene para acostarse y levantarse de la cama? y ¿Cuánta dificultad tiene para vestirse?

Para el análisis las respuestas incorporaron por cada actividad básica el grado de dificultad (leve, moderada, severa o extrema) excluyendo a aquellas personas que no tienen dificultades en la ejecución de dichas actividades básicas de la vida diaria, lo que se puede apreciar en la Tabla N°1.

## **Variables Independientes**

Como variables independientes se definió:

- Género, con valor 1 si es hombre y 0 si es mujer.
  
- Estado civil, según la pregunta, ¿Se encuentra usted en pareja?, con valor 1 si la persona es casado, conviviente o pareja sin o con acuerdo de unión civil y 0 si es anulado, separado, divorciado, viudo o soltero.
  
- Zona geográfica: Según la pregunta ¿vive usted en zona urbana? Reside en sector urbano con valor 1 y 0 si reside en sector rural.
  
- Sistema de salud previsional, con valor 1 para previsión de salud perteneciente a sector público (Fonasa) y con valor 0 a previsión de salud del sector privado (Isapre, FFAA y de orden, particular).
  
- Edad: Se elaboran dos categorías de edad. En la primera según la pregunta ¿Pertenece al rango de edad entre 60 y 75 años? Con valor 1 si pertenece a dicho rango o valor 0 si no pertenece, excluyendo a las personas menores de 59 años. El otro rango se establece en personas de 76 años y más, según la pregunta ¿Pertenece al rango de edad de 76 años y más? Con valor 1 si pertenece a este rango o 0 si no pertenece.
  
- Quintil de Ingreso, variable dividida en cinco sub variables (quintil de ingresos 1, 2, 3, 4 y 5), cada una de ellas toma el valor 1 si la persona pertenece al tramo de ingresos y 0 si pertenece a otro.
  
- Nacionalidad: Con la pregunta ¿Su nacionalidad es chilena? Con valor 1 si es chileno y con valor 0 para extranjeros.

Las variables independientes se pueden apreciar en la Tabla 2.

## Variables

### Variable Dependiente

Tabla 1. Variable Dependiente						
Código	Pregunta CASEN	Respuesta CASEN	Escala de Medición	Pregunta transformada	Descripción	Respuesta
s33a1. s33b1. s33d1.	s33a1. ¿Cuánta dificultad tiene para Comer?  s33b1. ¿Cuánta dificultad tiene para Bañarse?  s33d1. ¿Cuánta dificultad tiene para Utilizar el W.C. o retrete?	1. Ninguna 2. Leve 3. Moderada 4. Severa 5. Extrema/ no puede hacerlo. Blancos	Binomial	¿Tiene dificultades para desarrollar actividades básicas (comer, bañarse, utilizar el WC)?	Dificultades en actividades básicas en: (comer, bañarse y utilizar el WC) asumen valor 1, utilizando como base la categoría de dificultades motoras (desplazarse, acostarse-levantarse y vestirse) que asumen valor 0.	Leve Moderada Severa Extrema
Fuente: Elaboración propia basada en datos de Encuesta Caracterización Socioeconómica (Casen, 2017).						

## VARIABLES INDEPENDIENTES

Tabla 2. Variables Independientes			
Nombre y Código	Pregunta Casen	Categoría y Codificación	Descripción
<b>Género Sexo</b>	¿Es hombre o mujer?	<b>Hombre=1, Mujer= 0</b>	Permite analizar si el sexo es una característica que influye para desarrollar actividades básicas de la vida diaria.
<b>Estado civil Ecivil</b>	¿Se encuentra usted en pareja?	<b>En pareja =1 Sin pareja= 0</b>	Analiza si existe asociación entre estar en pareja y las dificultades para realizar actividades básicas de la vida diaria.
<b>Zona Área geográfica</b>	¿Vive usted en zona urbana?	<b>Zona urbana=1 Zona rural=0</b>	Establece la influencia de la zona donde reside cada persona en las dificultades para realizar actividades básicas de la vida diaria.
<b>Sistema previsual de salud S12</b>	¿A qué sistema previsual de salud pertenece usted?	<b>Público=1 Privado=0</b>	Establece si existe influencia del sistema previsual en la capacidad de desarrollar actividades básicas de la vida diaria en un usuario con condición permanente de salud.
<b>Edad &gt;=60 &lt;=75</b>	¿Pertenece al rango de edad entre 60 y 75 años?	<b>Pertenece=1 No pertenece=0</b>	Busca distribuir a la población en el tramo de 60 a 75 años y conocer cómo influyen los determinantes sociales en la realización de actividades básicas de la vida diaria.
<b>Edad &gt;=76</b>	¿Pertenece al rango de edad de 76 años y más?	<b>Pertenece=1 No pertenece=0</b>	Busca distribuir a la población en el tramo de 76 años y más, para conocer cómo influyen los determinantes sociales en la realización de actividades básicas de la vida diaria.
<b>Quintil Autónomo nacional Qaut</b>	¿Pertenece al I quintil de ingresos?	<b>Pertenece=1 Otra categoría=0</b>	Analiza si el nivel de ingresos del Quintil I influye en la capacidad de desarrollar actividades básicas de la vida diaria.
<b>Quintil Autónomo nacional Qaut</b>	¿Pertenece al II quintil de ingresos?	<b>Pertenece=1 Otra categoría=0</b>	Analiza si el nivel de ingresos del Quintil II influye en la capacidad de desarrollar actividades básicas de la vida diaria.
<b>Quintil Autónomo nacional Qaut</b>	¿Pertenece al III quintil de ingresos?	<b>Pertenece=1 Otra categoría=0</b>	Analiza si el nivel de ingresos del Quintil III influye en la capacidad de desarrollar actividades básicas de la vida diaria.
<b>Quintil Autónomo nacional Qaut</b>	¿Pertenece al IV quintil de ingresos?	<b>Pertenece=1 Otra categoría=0</b>	Analiza si el nivel de ingresos del Quintil IV influye en la capacidad de desarrollar actividades básicas de la vida diaria.
<b>Quintil Autónomo nacional Qaut</b>	¿Pertenece al V quintil de ingresos?	<b>Pertenece=1 Otra categoría=0</b>	Analiza si el nivel de ingresos del Quintil V influye en la capacidad de desarrollar actividades básicas de la vida diaria.
<b>Nacionalidad r1a</b>	¿Su nacionalidad es chilena?	<b>Chilena=1 Extranjera=0</b>	Analiza si influye la nacionalidad de la persona en las dificultades que puede presentar para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Fuente: Elaboración propia basada en datos de Encuesta de Caracterización Socioeconómica (Casen, 2017).

## Análisis de Datos

El análisis de los datos se ejecutó utilizando el software Stata15, donde se realizó la caracterización de la población objetivo, que representa a adultos de 60 años y más con dificultades en las actividades básicas de la vida diaria en diferentes grados (leve, moderada, severa, extrema), utilizando una asociación de variables, en la cual, la variable explicada “Y” (variable dependiente) se relacionará con las variables que la afectan “X” (variables independientes).

### Modelo Binomial Logit:

$$Y = F (\beta_0 + \beta_1 X_1 \text{ Género} + \beta_2 X_2 \text{ Área geográfica} + \beta_3 X_3 \text{ Previsión de salud} + \beta_4 X_4 \text{ Edad} + \beta_5 X_5 \text{ Nacionalidad} + \beta_6 X_6 \text{ En pareja} + \beta_7 X_7 \text{ Quintil}) + E$$

Donde:

**Y**, representa las dificultades en las actividades definidas como básicas (comer, bañarse y utilizar el WC), variable binaria que toma el valor de 1 si la persona presenta dificultades en estas actividades o valor 0, si la persona presenta dificultades en las actividades básicas pero de tipo motoras.

**F**, es una función de distribución acumulada que tiene por objetivo transformar en una probabilidad el efecto de las variables independientes. Ésta asume una distribución normal estándar (Logit).

**$\beta_0$** , es una constante.

**E**, es el término de error que está idénticamente distribuido con esperanza cero y varianza constante.

**$\beta_1, \beta_2 \dots \beta_7$** , son los coeficientes logísticos correspondientes a cada variable predictora.

**$X_1, X_2 \dots X_7$** , corresponden a las variables predictoras.

El estudio consideró como variable dependiente las personas de 60 años y más que presentan dificultades desde leves hasta extremas en actividades definidas como básicas de la vida diaria (comer, bañarse y hacer uso del WC) bajo el código (S33a1, s33b1, s33d1), en Chile según Casen 2017 (Casen, 2017).

Las variables independientes, que corresponden a determinantes sociales buscan analizar si influyen en las actividades básicas de la vida diaria, las que corresponden a: género (hombre, mujer), estado civil (en pareja/sin pareja), edad (divididos en dos tramos de edad de 60 a 75 años y mayores de 76 años), zona (urbano, rural), previsión de salud (pública, privada), nacionalidad (chilena, extranjera) y los quintiles de ingresos (quintil I, quintil II, quintil III, quintil IV y quintil V).

## 8. RESULTADOS

A continuación, se presentan los principales resultados cualitativos y cuantitativos de la investigación, entre ellos destaca la información sobre estadística descriptiva de cada variable independiente, efectos marginales y la presentación de los estadísticos.

### Estadística Descriptiva

De acuerdo con los datos entregados por software Stata15, se puede identificar el porcentaje y la caracterización de las dificultades de la población de 60 años y más en torno a las categorías básicas de la vida diaria (Tabla 3). Así se obtiene que el mayor porcentaje equivale a la dificultad de vestirse que representa el 47,4% de la población estudiada, seguido por un 36,6% por las dificultades de desplazamiento, un 6,89% en dificultades para acostarse-levantarse, un 5,02% en bañarse, un 2,06% en utilizar el WC y un 1,95% en comer. Posteriormente se realiza una subcategorización para transformar las actividades básicas de la vida diaria en una variable dicotómica agrupada en “básicas” distinguiendo la actividad de comer, bañarse y utilizar el WC, en otra categoría se agrupan las actividades básicas de la vida diaria que corresponden a acciones motoras. Esta selección se fundamenta en que las actividades definidas como básicas (comer, bañarse y utilizar el WC) son comunes, sustentan algo fundamental para las distintas culturas, se relacionan directamente con la supervivencia humana, mantenimiento personal, son universales y se caracterizan por un mínimo esfuerzo cognitivo y se automatizan de forma temprana, alrededor de los 6 años, con el fin de lograr la independencia personal (Soberanes et al., 2009). Al agrupar estas dificultades en actividades básicas de la vida diaria (comer, bañarse y utilizar el WC) éstas representan el 9,03% de las dificultades, mientras que las dificultades motoras (desplazarse, acostarse-levantarse y vestirse) representan el 90,97% de las dificultades de la vida diaria (Tabla 4).

Tabla 3. Dificultades en Actividades Básicas de la vida diaria		
Dificultades Básicas Vida diaria	Cantidad	Porcentaje
Comer	10.627	1,95%
Bañarse	27.369	5,02%
Desplazamiento	199.791	36,66%
Utilizar WC	11.246	2,06%
Acostarse-levantarse	37.538	6,89%
Vestirse	258.469	47,42%
Total	545.040	100%
Fuente: Elaboración propia basado en datos de Encuesta Caracterización Socioeconómica (Casen, 2017) utilizando software Stata15.		

Tabla 4. Agrupación Dificultades Actividades Vida diaria		
Dificultades básicas (comer, bañarse y utilizar WC)	49.249	9,03%
Dificultades motoras (desplazarse, acostarse-levantarse y vestirse)	495.798	90,97%
Fuente: Elaboración propia basado en datos de Encuesta Caracterización Socioeconómica (Casen, 2017) utilizando software Stata15.		

Al analizar las variables independientes se puede apreciar:

En relación al género, los datos reflejan que los hombres que presentan dificultades agrupadas como “básicas de la vida diaria” representan un 5,83% de la muestra, mientras que las mujeres agrupadas bajo la misma categoría representan el 3,21% (Tabla 5). A nivel de área geográfica las personas mayores que residen en zona urbana con dificultades en las actividades agrupadas como “básicas” representan el 7,83%, mientras que las personas mayores que residen en zona rural con dificultades en las actividades agrupadas como “básicas” representan el 1,2% (Tabla 5).

Al analizar el sistema de previsión de salud de las personas mayores, se observa que el 8,27% que presenta dificultades en las actividades agrupadas como “básicas de la vida diaria” pertenecen a Fonasa (sistema público) y sólo un 0,77% que presenta dificultades en las

actividades agrupadas como “básicas” pertenecen a un sistema privado (Isapre-FF.AA-particular) lo que se puede observar en la Tabla 5.

En relación a la edad de las personas mayores con dificultades en las actividades agrupadas como “básicas de la vida diaria”, un 5,15% pertenece al grupo de edad de 76 años y más, mientras que un 3,89% pertenece al rango etario entre 60 a 75 años de edad. Lo anterior se evidencia en la Tabla 5.

Otra de las variables independientes corresponde a la nacionalidad. De acuerdo a los resultados, las personas chilenas mayores de 60 años que presentan dificultades en las actividades agrupadas como “básicas de la vida diaria” alcanzan el 9,02%. Por otro lado las personas extranjeras del mismo rango etario y que presentan las mismas dificultades corresponden a el 0,01% (Tabla 5).

Por su parte la variable independiente que dice relación con la situación sentimental arroja que un 5,32% de las personas que presentan dificultades en las actividades agrupadas como “básicas de la vida diaria” se encuentran en pareja, mientras que un 3,71% de las personas que presentan dificultades en las actividades agrupadas como “básicas de la vida diaria” no lo están (Tabla 5).

Finalmente se presentan los datos relacionados a los quintiles de ingreso. En la tabla 5 se expresan desde el Quintil I al V según los datos obtenidos en el análisis. De esta forma, las personas mayores de 60 años que presentan dificultades en las actividades agrupadas como “básicas de la vida diaria” que pertenecen al Quintil I corresponde al 2,34% de la muestra, mientras que las pertenecientes al Quintil II es un 2,58%. Por su parte el Quintil III está compuesto por un 1,94%, el Quintil IV por un 1,36% y finalmente el Quintil V se compone de un 0,83% del total de la muestra.



Tabla 5: Descripción de Variables

Variable	Pregunta Casen	Con dificultades básicas	Con dificultades motoras	Total Unidades
Género	Hombre	31.751(5,83%)	328.607(60,29%)	360.358
	Mujer	17.491(3,21%)	167.191(30,67%)	184.682
Estado civil	En pareja	29.018(5,32%)	282.658(51,86%)	311.676
	Sin pareja	20.224(3,71%)	213.140(39,11%)	233.364
Zona	Urbano	42.700(7,83%)	424.072(77,81%)	466.772
	Rural	6.542(1,20%)	71.726(13,16%)	78.268
Sistema previsional de salud	Público (Fonasa)	45.055(8,27%)	454.297(83,35%)	495.798
	Privado (Isapre-FFAA-Particular)	4.187(0,77%)	41.501(7,61%)	49.242
Edad	60-75 años	21.193(3,89%)	234.758(43,07%)	255.951
	>76 años	28.049(5,15%)	261.040(47,89%)	289.089
Quintil de Ingresos	Quintil I	12.723(2,34%)	141.304(25,94%)	154.027
	Quintil II	14.032(2,58%)	126.112(23,15%)	140.144
	Quintil III	10.587(1,94%)	106.409(19,53%)	116.996
	Quintil IV	7.392(1,36%)	75.758(13,91%)	83.150
	Quintil V	4.508(0,83%)	45.936(8,43%)	50.444
Nacionalidad	Chilena	49.174(9,02%)	491.435(90,16%)	540.609
	Extranjera	68(0,01%)	4.363(0,80%)	4.431

Fuente: Elaboración propia basado en datos de Encuesta Caracterización Socioeconómica (Casen, 2017) utilizando software Stata15.

## Efectos Marginales

Al utilizar el software Stata15 aplicando los efectos marginales para los datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (Casen, 2017) de cada variable independiente se obtiene:

El valor P presentado en la tabla 6 nos muestra que las variables significativas al 1% corresponden a: género, área geográfica, edad mayor a 76 años, nacionalidad, estar en pareja y quintil I, II. Resulta significativo al 10% la previsión de salud. No resultan significativos los quintiles III y IV. A continuación se presenta un análisis descriptivo de los datos, incorporando el porcentaje de probabilidad de que aumente o disminuya la variable dependiente en relación a cada variable independiente.

Existe un 0,95% más de probabilidad que una persona mayor de género masculino en comparación con las mujeres presente dificultades en las actividades agrupadas como básicas de la vida diaria (comer, bañarse y utilizar el WC).

Las personas mayores que viven en una zona urbana presentan un 0,78% más de probabilidad de presentar dificultades en las actividades agrupadas como básicas de la vida diaria (comer, bañarse y utilizar el WC) que aquellas que viven en zona rural.

Las personas mayores que tienen previsión de salud pública presentan un 0,33% menos de probabilidades de presentar dificultades en las actividades agrupadas como básicas de la vida diaria (comer, bañarse y utilizar el WC) que las que presentan un sistema de previsión privado.

Las personas mayores de 76 años tienen un 1,34% más de probabilidad que aquellas que se encuentran entre los 60 a 75 años de presentar dificultades en las actividades agrupadas como básicas de la vida diaria (comer, bañarse y utilizar el WC).

Las personas mayores y de nacionalidad chilena tienen un 7,5% más de probabilidad que los extranjeros de presentar dificultades en las actividades agrupadas como básicas de la vida diaria (comer, bañarse y utilizar el WC).

Las personas que se encuentran en pareja tienen un 0,61% menos de probabilidad que aquellas que no están en pareja de presentar dificultades en las actividades agrupadas como básicas de la vida diaria (comer, bañarse y utilizar el WC).

Las personas mayores que pertenecen al Quintil I tienen un 0,53% menos de probabilidad que las que pertenecen al Quintil V de presentar dificultades en las actividades agrupadas como básicas de la vida diaria (comer, bañarse y utilizar el WC).

Las personas mayores que pertenecen al Quintil II tienen un 1,13% más de probabilidad que las que pertenecen al Quintil V de presentar dificultades en las actividades agrupadas como básicas de la vida diaria (comer, bañarse y utilizar el WC).

Tabla 6. Efectos marginales Variables Independientes				
Variable	dy/dx	P-valor	Intervalo de Confianza 95%	
			Cota inferior	Cota superior
<b>Dificultad Actividad básica</b> y=.08916				
<b>Género</b>	.0095609	0.000	.007835	.339015
<b>Área geográfica</b>	.0078783	0.000	.005741	.010016
<b>Previsión de salud</b>	-.0033831	0.023	-.006301	-.000465
<b>60-75 años</b>	-	-	-	-
<b>&gt;76 años</b>	.013401	0.000	.011848	.014954
<b>Nacionalidad</b>	.0756297	0.000	.072052	.079208
<b>En pareja</b>	-.0061656	0.000	-.007817	-.004514
<b>Quintil I</b>	-.00535	0.000	-.008312	-.002388
<b>Quintil II</b>	.011338	0.000	.008209	.014467
<b>Quintil III</b>	.0007207	0.643	-.002329	.00377
<b>Quintil IV</b>	.0001993	0.903	-.00299	.003389
<b>Quintil V</b>	-	-	-	-
Fuente: Efectos marginales de elaboración propia basado en datos de Encuesta Caracterización Socioeconómica (Casen, 2017) utilizando software Stata15.				

## Estadísticos

A continuación se describen los principales estadísticos de la investigación.

Cualquier coeficiente de determinación pretende estimar en qué grado una variable independiente o un conjunto de ellas explican la variable dependiente (Díaz, 2017).

En este estudio los estadísticos  $e$  (coxsnell) y  $e$  (nagelkerke) entregan información que las variables independientes explican entre un 0,23% y un 0,5% la variable dependiente, se puede observar en la Tabla 7.

La bondad de ajuste del modelo logit según el estadístico Count R2 acierta en un 91%. En la predicción de las dificultades básicas de la vida diaria en 4 iteraciones se ha logrado estimar los coeficientes que más verosímilmente pueden haber producido los valores observados de la variable dependiente. Dichos datos se pueden observar en la Tabla 7.

Tabla 7. Resultados Estadísticos	
e (coxsnell)= .00230761	
e (nagelkerke)= .00507217	
Iteration: 4	
Log-Lik intercept only= -165304.281	Log-Lik Full model=-164675.006
Obs=544761	
Count R2=0.910	
Prob>LR: 0.000	
Prob > chi2= 0. 0000	
Fuente: Bondad de ajuste del modelo, elaboración propia basado en Encuesta Caracterización Socioeconómica (Casen, 2017) utilizando software Stata15.	

## 9. DISCUSIÓN

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) se caracterizan por ser universales, íntimamente relacionadas con la supervivencia y condición humana y con la capacidad de satisfacer necesidades básicas. Son acciones que están dirigidas a uno mismo y suponen un mínimo esfuerzo cognitivo, por lo mismo, se automatiza la ejecución tempranamente, alrededor de los 6 años, con el fin de lograr la independencia personal. Son consideradas como actividades básicas de la vida diaria: comer, bañarse, utilizar el WC, vestirse, desplazarse, acostarse y levantarse (Romero, 2007).

En este estudio se realizó una distinción, distribuyendo las actividades básicas (comer, bañarse y utilizar el WC) y aquellas que se pueden catalogar como actividades motoras (vestirse, desplazarse, acostarse y levantarse) centrándose en las primeras y la asociación existente entre algunos determinantes sociales y la capacidad de las personas mayores que presentan una condición permanente de salud con la ejecución de éstas, fundamentado principalmente por el directo vínculo entre estas actividades básicas consideradas esenciales para sobrevivir y vinculadas de forma directa con la salud de las personas mayores.

Las restricciones para su realización determinan una mayor necesidad e intensidad de la ayuda requerida y de allí que sean las más importantes para determinar los grados severos de dependencia. La condición de dependencia de acuerdo al Consejo de Europa en el año 1998 se define como:

“un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal” (Monteverde et al., 2018).

La discapacidad por su parte, se define como la disminución de la habilidad para efectuar tareas y actividades específicas esenciales para el cuidado personal y la autonomía y en el caso de las personas mayores, las esenciales son aquellas que involucran las actividades básicas de la vida diaria (Monteverde et al., 2018).

La investigación sobre los determinantes sociales de una persona mayor con una condición permanente de salud que influye en la realización de actividades básicas de la vida diaria se basa en los resultados de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Casen de 2017 la que refleja, que la población de personas mayores de 60 años presenta un 5,02% de dificultades para bañarse, un 2,06% de dificultad en utilizar el WC y un 1,95% en comer, actividades agrupadas como básicas de la vida diaria (Ministerio de Desarrollo Social, 2017). Dichas cifras evidencian un leve incremento con lo expuesto en el Estudio Nacional de la Dependencia en las personas mayores realizado en el año 2009, pues en ese entonces las personas mayores presentaban un

4,4% de dificultades en bañarse y un 5,1% lo podía ejecutar, aunque, con ayuda. Además existía un 1,3% de dificultad en utilizar el WC y un 2,7 % lo podía realizar con ayuda. Con respecto a la alimentación, se evidenciaba un 1,2% de dificultad en comer, mientras que un 1,8% lo podía realizar con ayuda (Senama, 2009).

En cuanto a la relación entre determinantes sociales y la dificultad para realizar actividades básicas de la vida diaria (comer, bañarse y utilizar el WC), el estudio deja de manifiesto que existe un 0,95% más de probabilidad que una persona mayor de género masculino presente dificultades en comparación con el género femenino. En su mayoría, la literatura plantea que el género femenino presenta más dificultades en la ejecución de actividades básicas de la vida diaria, lo que se sustenta en la mayor esperanza de vida con respecto a los hombres. En nuestro país, de acuerdo a los resultados del Estudio Nacional de Dependencia en Personas Mayores realizado en 2009, el 36,8% de la población mayor son hombres y el 63,2% restante está compuesto por mujeres. En general, las mujeres mayores desarrollan su vida cotidiana sin un apoyo potencial de orden continuo a nivel económico, además del que le puedan proveer sus hijos u otros parientes y vecinos, lo que aumenta la vulnerabilidad respecto a precariedad económica a la que se encuentran sometidas debido a que sostienen sus gastos sin ingresos que complementen los propios. Además, las mujeres presentan una prevalencia de enfermedades crónicas superior a la de hombres mayores, esto se evidencia en mayor prevalencia de diabetes, hipertensión, depresión y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), tanto a nivel urbano y con mayor porcentaje de diferencia en el área rural (Senama, 2009). Así mismo, existe un porcentaje mayor de mujeres (25,3%) en condición de dependencia que los hombres (22,0%) (Senama, 2009).

Otros estudio que también difiere es el realizado en Manizales, Colombia en el año 2014 que demostró que el grupo de edad más afectado es el compuesto por mayores de 60 años, principalmente del género femenino. Dicha investigación señala “las deficiencias y limitaciones permanentes son más prevalentes en el sexo femenino” (Castelblanco et al., 2014). No obstante, también han existido estudios realizados en el mismo país que mencionan mayores dificultades en la población masculina. Es el caso del estudio de Obando, Lasso y Vernaza (2006) en el Departamento del Cauca donde se registraron más hombres que mujeres, así como en el estudio de Hernández y Hernández (2005) se encontró que la discapacidad se presenta más en el sexo masculino (Castelblanco et al., 2014).

Por lo tanto, las mujeres presentan mayor esperanza de vida que los hombres, pero, los últimos años de su vida pueden estar expuestas a mayores factores de riesgo que impactan en la capacidad funcional para efectuar las actividades de la vida diaria, por lo que se requiere monitorear y profundizar en el impacto del género en la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria.

En otro ámbito, el determinante social que contempla la zona de residencia indica que las personas mayores que viven en una zona urbana presentan un 0,78% más de probabilidad de presentar dificultades en las actividades agrupadas como básicas de la vida diaria (comer, bañarse y utilizar el WC) que aquellas que viven en zona rural. Dichos resultados difieren de investigaciones realizadas en Sao Paulo, Brasil en el 2015, donde se ejecutó un estudio cualitativo para evaluar dimensiones simbólicas e intersubjetivas presentes en las personas estudiadas: valores y significados que atribuyen a su condición de salud y vida, aspectos culturales y representaciones sociales. Los usuarios de zona rural manifestaron dificultades de acceso a servicios de salud, tanto a nivel primario como secundario, lamentando permanecer sin rehabilitación debido a dos principales factores: el primero, proveniente de barreras geográficas, mientras que el segundo dice relación con las condiciones socioeconómicas y culturales de los sujetos y sus familias (Fiorati & Carril, 2015). Será interesante analizar en mayor profundidad en qué estado se encuentran las personas mayores que residen en zonas rurales que frecuentemente se encontraban en una situación de mayor vulnerabilidad al compararlas con la población que reside en zonas urbanas.

De acuerdo al Estudio Nacional de la Dependencia en personas mayores realizado en 2009, se evidenció que el 13,8% de mujeres y 10,4 % de hombres presentan alteraciones para realizar actividades básicas de la vida diaria. El problema fue mayor en zonas rurales, excepto para el caso de limitaciones en 1 o más ABVD en mujeres, que fue similar para áreas rurales y urbanas. No obstante, se observa una diferencia de 11,6 puntos porcentuales en desmedro del área rural en que la prevalencia de dependencia alcanza a un tercio de la población de 60 años o más. La dependencia, cualquiera sea su severidad, es mayor en las zonas rurales (Senama, 2009).

Otro determinante social considerado en la investigación corresponde al tipo de previsión de salud que presentan las personas mayores. De acuerdo con los resultados obtenidos, existe un 0,33% menos de probabilidades que las personas mayores que tienen previsión de salud pública presenten alteraciones en las actividades básicas de la vida diaria (comer, bañarse y utilizar el WC) frente a aquellas personas mayores que presentan una previsión de salud privada. Dicho resultado podría transformar a la previsión de salud pública como un factor protector frente a las alteraciones en las actividades básicas de la vida diaria, considerando que las personas mayores en un 84,9% se encuentran inscritos en Fonasa y se atienden en el servicio público (Subsecretaría de Evaluación Social, 2020). Estos resultados, en parte pueden ser explicados por lo que se señala en un estudio realizado en nuestro país que indica que:

“los adultos mayores chilenos han tenido históricamente acceso universal y gratuito a la atención primaria de salud. En el último proceso de reforma en salud se agregó la atención hospitalaria, y desde el año 2009 las ayudas técnicas, como una garantía legal en salud para los adultos mayores (Fuentes et al., 2013).

También, se puede explicar por el funcionamiento desde el año 1999 en Chile de la Evaluación Funcional de Adulto Mayor (EFAM) en la atención primaria que considera la aplicación del Examen de Medicina preventiva del adulto mayor, indicando un flujograma a seguir por la persona mayor y manteniendo en el servicio público de salud un monitoreo constante del estado de las personas mayores (Minsal, 2013). Estos resultados pueden demostrar que las diferentes acciones y políticas implementadas están generando los primeros frutos, especialmente aquellos que tienen que ver con acciones de promoción y prevención desarrolladas en atención primaria de salud por medio del examen de medicina preventivo del adulto mayor y con la implementación de programas como “Más Adultos Mayores Autovalentes”. No obstante, es necesario consolidar esta información con estudios que permitan verificar el rendimiento de los usuarios con previsión de salud pública y compararlos con aquellos que tienen previsión de salud privada para analizar la capacidad de cada grupo de efectuar las actividades básicas de la vida diaria y de esta manera evaluar el impacto en la funcionalidad.

Uno de los determinantes sociales que genera mayor consenso en diferentes lugares del mundo tiene que ver con la edad. En este estudio se evidencia que las personas mayores que tienen más de 76 años de edad tienen un 1,34% más de probabilidad que aquellas que se encuentran entre los 60 a 75 años de presentar dificultades en las actividades agrupadas como básicas de la vida diaria (comer, bañarse y utilizar el WC). En Manizales, Colombia una investigación realizada en 2006, indica que los principales rangos de edad con mayor deficiencias o limitaciones para desarrollar actividades básicas de la vida diaria se encuentra entre 0 hasta los 14 años de edad (21%), y de los 65 años en adelante (58,7%) en personas en situación de discapacidad. Los datos sugieren que la discapacidad se concentra en el grupo de personas mayores (mayor vejez), lo cual podría responder a la transformación poblacional en términos del aumento paulatino que ha tenido este grupo etario en las últimas décadas (Castelblanco et al., 2014). Situación similar ocurre en España, en un estudio realizado por Bayó, se reportó que 39,4% de las personas mayores de 75 años son dependientes en una o más actividades básicas de la vida diaria. Cáceres, en Costa Rica, informa que 15.8% de las personas mayores de 60 años tienen una baja capacidad funcional. En México, Gutiérrez-Robledo, obtuvo un 10% de dependencia para las ABVD en adultos de 60 a 64 años, y 77% en el grupo de más de 90 años. Por su parte, Martínez-Mendoza, indica que en adultos mayores de 70 años en México, obtuvo 62% de dependencia para las ABVD y 75% de dependencia para las AIVD. En el Estado de Tabasco, en personas mayores de entorno rural del Municipio de Centro, se ha observado una prevalencia de 22,8% de dependencia para ABVD, y de 86% de dependencia para AIVD, ambas en grado variable, predominando los niveles leve y moderado (De la Fuente et al., 2010).

La información nacional indica que la prevalencia aumenta a medida que se incrementa la edad, llegando a cifras superiores al 50% en los mayores de 80 años. En menores de 70 años, la prevalencia es mayor en hombres que en mujeres, pero a partir de los 70 años esta situación se



revierte, con diferencias crecientes en desmedro del grupo femenino, llegando a prevalencias de 57% y 70% en las mujeres de 80 a 84 años y aquellas mayores de 85, respectivamente. A partir de los 75 años la dependencia severa constituye la mayor proporción de la dependencia total, llegando a cifras superiores al 30% en los mayores de 80 años (Senama, 2009). También en el informe de la CEPAL, que reportó que el porcentaje de discapacidad aumenta significativamente en el grupo de edades de mayores de 65 años (Henríquez et al., 2020).

En un estudio donde se compara la situación entre México y Argentina se evidencia que la prevalencia de discapacidades en ABVD entre la población de sesenta años y más es mayor en México que en Argentina, tanto entre hombres como entre las mujeres (Monteverde et al., 2018). En Perú, investigaciones realizadas, señalan que, la mayor edad de la persona está asociada con la dependencia funcional, tanto para realizar ABVD como AIVD. Esto respalda la afirmación de Guadalupe Dorantes-Mendoza et al., en el sentido de que la mayor edad es quizás el factor de riesgo más importante del deterioro del estado funcional (Chávez & Arteaga, 2016).

También se analizó como determinante social la nacionalidad. Las personas mayores que tienen nacionalidad chilena tienen un 7,5% más de probabilidad que los extranjeros de presentar dificultades en las actividades agrupadas como básicas de la vida diaria (comer, bañarse y utilizar el WC). En años recientes Chile ha visto un incremento del flujo migratorio que será interesante considerar en futuros estudios, porque en esta investigación constituye una limitación por la escasa evidencia o estudios que respalden el impacto de la nacionalidad en la capacidad de efectuar las actividades básicas de la vida diaria. Por lo mismo es necesario profundizar en la influencia de este determinante social en la salud de las personas que residen en nuestro país con un mayor conocimiento de la población migrante sobre el funcionamiento del sistema de salud y con un mayor porcentaje de población migrante envejecida (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2017).

Otro factor analizado en este estudio se relaciona con el estado civil. Las personas que se encuentran en pareja tienen un 0,61% menos de probabilidad de presentar dificultades en las actividades agrupadas como básicas de la vida diaria (comer, bañarse y utilizar el WC) que aquellas que no están en pareja, pudiendo transformarse en un factor protector. Los datos entregados por el Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores de 2009 nos indican que, de las personas mayores encuestadas, el 40,5% son viudos(as), el 38,4% se encuentra casado(a), el 11,1% se encuentra anulado(a) y el 9,9% está soltero(a) (Senama, 2009). No obstante, dicha información es principalmente descriptiva, existiendo escasa evidencia que vincule o analice el estado civil con las habilidades o dificultades que puede presentar una persona mayor en la realización de las actividades básicas de la vida diaria, lo que ha transformado a este determinante social en una limitación en este estudio. Será necesario profundizar la investigación en este aspecto. Uno de los estudios que difiere con estos resultados se realizó en Colombia en

2009. No obstante, vincula diferentes determinantes, entre las que se encuentra el estado civil, señalando:

“Al analizar la asociación de la calidad de vida relacionada con la salud y la funcionalidad, tomando en cuenta las variables de estudio, se sugiere: tener una edad mayor, ser mujer, estar casado o en unión libre, tener baja escolaridad, no trabajar, tener ingreso económico bajo y padecer diabetes mellitus son factores que condicionan negativamente de manera importante la asociación” (Soberanes et al., 2009).

Por último, otro de los aspectos que genera convergencia en diferentes estudios, dice relación con la condición socioeconómica de las personas mayores. En general, las investigaciones realizadas sugieren que a menor nivel de ingresos económicos, mayores probabilidades de presentar dificultades en la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria, lo que es explicado principalmente por la mayor exposición a riesgos. No obstante, de acuerdo a esta investigación existiría una diferencia entre pertenecer al Quintil I y II de ingresos, pues, las personas mayores que pertenecen al Quintil I tienen un 0,53% menos de probabilidad que las que pertenecen al Quintil V de presentar dificultades en las actividades agrupadas como básicas de la vida diaria (comer, bañarse y utilizar el WC), mientras que las personas mayores que pertenecen al Quintil II tienen un 1,13% más de probabilidad que las que pertenecen al Quintil V de presentar dificultades en las actividades agrupadas como básicas de la vida diaria (comer, bañarse y utilizar el WC). La literatura en general manifiesta que las prevalencias de discapacidad son mayores cuanto menor es el nivel de desarrollo socioeconómico (Monteverde et al., 2018). En un estudio realizado en Chile por Fuentes et al., en 2013 en nuestro país se menciona que:

Las personas mayores de nivel socioeconómico bajo tienen una mayor probabilidad de limitarse y una menor de “recuperarse” que los adultos mayores de nivel medio, y éstos, a su vez, que los de nivel alto, explicado principalmente porque los recursos educacionales y económicos actuarían efectivamente protegiendo de la discapacidad y que su falta aumentaría la probabilidad de limitarse (Fuentes et al., 2013).

En Colombia, Henríquez et al., en 2020, reportó que aquellas personas mayores pertenecientes a los estratos socioeconómicos 1 y 2 presentan mayores alteraciones de funcionalidad en las actividades básicas de la vida diaria. Señala además que:

“considera que los determinantes sociales de la salud desempeñan un papel importante en el proceso de discapacidad. Dentro de estos, el nivel socioeconómico ejerce una influencia directa en el proceso de pérdida funcional: se demostró que a más bajo nivel, mayor probabilidad de limitarse funcionalmente y menor posibilidad de recuperarse” (Henríquez et al., 2020).

En Brasil, se afirma que con frecuencia la situación de vulnerabilidad social se asocia a la realidad de las personas en situación de discapacidad, las cuales se encuentran entre las más

pobres, con menor nivel de escolaridad y estándar de renta (Fiorati & Carril, 2015). Por último, Monteverde et al., en 2018 entrega un análisis macroeconómico, mencionando que los países de ingresos altos como Suiza y Dinamarca tienen menores prevalencias de discapacidad que los países de ingresos medios y bajos como India y Ghana (Monteverde et al., 2018).

En Chile, el Estudio Nacional de la Dependencia en las personas mayores en 2009 indicó que el 64,1% de las personas mayores con dependencia percibe ingresos por menos de \$130.657, lo que habla de la vulnerabilidad en la seguridad económica que presenta esta población (Senama, 2009).

En general, los diferentes estudios coinciden en que a menor nivel de ingresos económicos, mayor vulnerabilidad y posibilidades de ver afectada la funcionalidad en el desarrollo de actividades básicas de la vida diaria en las personas mayores. Por lo tanto, será motivo de estudio profundizar los resultados relacionados principalmente con el Quintil I de nuestra población para confirmar o descartar si han existido mejoras en las políticas públicas sanitarias. En este sentido, se puede mencionar la estrategia implementada en 2015 en atención primaria de salud denominada “Más Adultos Mayores Autovalentes” que consiste en el desarrollo de estrategias promocionales y preventivas orientadas a la población de personas mayores, con el fin de prolongar la autovalencia. Busca desarrollar talleres innovadores y motivadores para las personas mayores, con recomendaciones asociadas al trabajo comunitario e intersectorial, estimulación de funciones motoras, prevención de caídas, estimulación de funciones cognitivas, y el fomento del autocuidado y estilos de vida saludable (Minsal, 2015). Dicho programa se ejecuta en servicios de salud pública y será necesario evaluar el impacto que ha generado en los beneficiarios para analizar si el determinante social de ingresos económicos se trata de un elemento protector y no, como ha sido históricamente, en uno perjudicial para la funcionalidad y calidad de vida de las personas mayores.

Para finalizar, mencionar que otra de las limitaciones de este estudio tiene relación con la escasa investigación realizada sobre la influencia de los determinantes sociales en las actividades de la vida diaria en personas mayores basados en los datos entregados por la Encuesta de Caracterización Socioeconómica y más aún bajo el contexto sanitario actual, puesto que, la última encuesta desarrollada en el año 2020 se centró principalmente en los ingresos de las familias y las repercusiones producto de la pandemia, dejando fuera preguntas vinculadas a la capacidad de efectuar actividades de la vida diaria en la población.

## 10. CONCLUSIÓN

La investigación sobre los determinantes sociales de una persona mayor que tiene una condición permanente de salud que influyen en la realización de actividades básicas de la vida diaria se basa en los resultados de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Casen del 2017 y dando respuesta al primer objetivo planteado en esta investigación, refleja que: la población de personas mayores de 60 años presenta un 5,02% de dificultades para bañarse, un 2,06% de dificultad en utilizar el WC y un 1,95% en comer, actividades agrupadas como básicas de la vida diaria (Ministerio de Desarrollo Social, 2017).

De acuerdo a las variables independientes analizadas y entregando resultados en torno al objetivo planteado en esta investigación, el estudio deja de manifiesto que, existe un 0,95% más de probabilidad que una persona mayor de género masculino presente dificultades en comparación con el género femenino. También informa que las personas mayores que viven en una zona urbana presentan un 0,78% más de probabilidad que aquellas que viven en zona rural de presentar dificultades en las actividades agrupadas como básicas de la vida diaria (comer, bañarse y utilizar el WC).

El estudio expone que existe un 0,33% menos de probabilidades que las personas mayores que tienen previsión de salud pública presenten alteraciones en las actividades básicas de la vida diaria (comer, bañarse y utilizar el WC) frente a aquellas personas mayores que presentan una previsión de salud privada.

Los determinantes sociales que generan mayor consenso en diferentes lugares del mundo tienen que ver con la edad y la condición socioeconómica. En este estudio se evidencia que las personas mayores que tienen más de 76 años de edad tienen un 1,34% más de probabilidad de presentar dificultades en las actividades agrupadas como básicas de la vida diaria (comer, bañarse y utilizar el WC) que aquellas que se encuentran entre los 60 a 75 años. En torno a la condición socioeconómica, la investigación sugiere que existiría una diferencia entre pertenecer al Quintil I y II de ingresos, pues las personas mayores que pertenecen al Quintil I tienen un 0,53% menos de probabilidad de presentar dificultades en las actividades agrupadas como básicas de la vida diaria (comer, bañarse y utilizar el WC) que las que pertenecen al Quintil V, mientras que las personas mayores que pertenecen al Quintil II tienen un 1,13% más de probabilidad de presentar dificultades en las actividades agrupadas como básicas de la vida diaria (comer, bañarse y utilizar el WC) que las que pertenecen al Quintil V.

Por último, se analizó el determinante social de la nacionalidad. Las personas mayores que tienen nacionalidad chilena tienen un 7,5% más de probabilidad que los extranjeros de presentar dificultades en las actividades agrupadas como básicas de la vida diaria (comer, bañarse y utilizar el WC). Por otro lado, en cuanto al estado civil, el estudio refiere que las personas que se

encuentran en pareja tienen un 0,61% menos de probabilidad de presentar dificultades en las actividades agrupadas como básicas de la vida diaria (comer, bañarse y utilizar el WC) que aquellas que no están en pareja.

Estos resultados sugieren la necesidad de profundizar en investigaciones entre determinantes sociales y su influencia en la capacidad de realizar actividades de la vida diaria, principalmente lo que ocurre con la nacionalidad, zona de residencia, estado civil, género y previsión de salud.

## 11. SUGERENCIAS

Los resultados de la investigación realizada dejan en evidencia la relevancia de los determinantes sociales y el impacto que generan en la capacidad de personas mayores en la realización de actividades básicas de la vida diaria, en particular las relacionadas con comer, bañarse y utilizar el WC. Los datos se encuentran en la misma línea de otras investigaciones que resaltan que la edad y la condición socioeconómica tienen relación con la capacidad de efectuar las actividades básicas de la vida diaria y por lo tanto el impacto que juegan en la capacidad funcional de las personas mayores en actividades que son consideradas primitivas y de supervivencia.

No obstante, también ponen de manifiesto la necesidad de profundizar en el impacto que tiene la nacionalidad, zona de residencia, previsión de salud, estado civil y género en la capacidad de ejecutar actividades básicas de la vida diaria en personas mayores con una condición permanente de salud, puesto que, los resultados obtenidos en la presente investigación difieren de lo planteado en la literatura, siendo particularmente interesante lo relacionado con el género donde la evidencia coincide que las mujeres tienden a presentar mayores dificultades en la capacidad funcional en los últimos años de vida. De la misma manera, será relevante analizar y ahondar en el impacto que la previsión de salud de las personas mayores está generando en la capacidad de efectuar las actividades de la vida diaria, esto también le aportará al país información sobre resultados y el impacto generado con la implementación de políticas sanitarias que se encuentran en ejecución y el grado de eficiencia y efectividad provocado sobre la población a la que están dirigidas.

Por otra parte, dejan en evidencia la necesidad de continuar con investigaciones que profundicen sobre el impacto de los determinantes sociales en la capacidad de efectuar las actividades básicas de la vida diaria con un enfoque principalmente motor (desplazarse, acostarse-levantarse y vestirse) para distinguir si existe relación entre las estudiadas y éstas últimas, es decir, si se ven afectadas por los mismos determinantes sociales y en qué grado o nivel.

Junto con esto, será importante tener una visión integral sobre el impacto de los determinantes sociales en las actividades de la vida diaria, considerando por lo tanto en futuras investigaciones a las actividades instrumentales de la vida diaria las que se encuentran ligadas al entorno de cada persona mayor y presentan una mayor complejidad cognitiva y motriz e implican la interacción con el medio, tales como utilizar distintos sistemas de comunicación, escribir, hablar por teléfono, movilidad comunitaria (conducir, uso de medios de transporte), mantenimiento de la propia salud, manejo de dinero, realización de compras, establecimiento y cuidado del hogar, cuidar de otro, uso de procedimientos de seguridad y respuesta ante emergencias (Romero, 2007).

El estudio de las actividades instrumentales de la vida diaria resulta interesante y necesario porque dichas actividades se verán en primera instancia afectadas en las personas mayores (antes

que las actividades básicas de la vida diaria) por la mayor carga cognitiva que representan y éstas también impactan en la capacidad funcional de la persona mayor, pudiendo limitar las habilidades comunicativas, cognitivas y sociales de dicho rango etario, provocando impacto en las actividades básicas de la vida diaria en un breve lapso, desencadenando una dependencia y una situación de discapacidad. Por lo mismo, si el enfoque en los últimos años en salud apunta a la promoción y prevención de la capacidad funcional en la persona mayor, se deben realizar los esfuerzos por mantener estas habilidades indemnes, permitiendo una adecuada capacidad para desenvolverse en diferentes contextos, prolongando su capacidad funcional y autonomía evitando de esta manera la dependencia, el deterioro de la calidad de vida y la discapacidad.

Los resultados aquí mostrados ponen de manifiesto que las políticas sanitarias por sí mismas, aunque pueden tener un efecto amortiguador, no son suficientes para cerrar las brechas de inequidad a nivel socioeconómico, de género y la acumulación de daños y riesgos en el grupo etario de personas mayores que terminan desencadenando discapacidad y la muerte. Si se considera que la desigualdad en sí misma, más allá del nivel de ingresos de un país, tiene consecuencias negativas en la salud de su población, incluidas las personas mayores, es fundamental la implementación de políticas sociales apropiadas para la reducción de estas disparidades a nivel de género, edad y condición socioeconómica porque tienen un impacto directo en la salud de la población.

Para esto, coincido en lo que plantea Fuentes et al., en 2013, se hace necesario diseñar e implementar políticas dirigidas a toda la población, con intensidad diferencial según el grado de desventaja social, es decir, acciones sociales oportunas, integrales y coordinadas de pensiones, vivienda, participación y atención de salud, dirigidas a toda la población y con mayor fuerza en las personas mayores considerando los desafíos que se generarán por el cambio demográfico que ocurre a nivel mundial y particularmente en Chile, con énfasis en compensar las posibles falencias del entorno físico, familiar y social que pueden haberse acumulado durante la vida y son más frecuentes en aquellas personas con un nivel de escolaridad más precario y con menos recursos materiales, lo cual puede ayudar a prevenir o minimizar la transformación de un impedimento en limitación y de una limitación en discapacidad, en un país que envejece aceleradamente (Fuentes et al., 2013).

A su vez, se debe dar mayor énfasis al trabajo promocional y preventivo en la población de personas mayores, teniendo como objetivo el resguardo de la funcionalidad y autonomía con estrategias cercanas a la comunidad y con un enfoque multidisciplinario incorporando a diferentes profesionales de la salud en dicha tarea que les permita potenciar o mantener habilidades motoras, comunicativas, cognitivas, sociales y que estén vinculadas a las actividades de la vida diaria, idealmente ejecutadas en la atención primaria de salud, puesto que, corresponde al primer nivel de contacto de salud con la población y quienes mejor conocen el funcionamiento de las familias y la

idiosincrasia de la comunidad, pudiendo detectar de manera oportuna las necesidades sociales, sanitarias y familiares existentes en la población adscrita, y a partir de esto, orientar a las familias y usuarios sobre el apoyo requerido, evitando un daño irreparable en las personas mayores de nuestro país (Fiorati & Carril, 2015).

Finalmente, la investigación busca realzar y poner en evidencia a un segmento de nuestra población (personas mayores) que ha sido invisibilizado y descuidado en nuestro país y que requiere y merece un trato digno y de disfrute en los últimos años de su vida.



## 12. BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, C., & González-Celis, A. (2010). Actividades de la vida diaria en adultos mayores: La experiencia de dos grupos focales. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 393-401.
- Arnold, M., Herrera, F., Massad, C., & Thumala, D. (2018). *Quinta Encuesta Nacional de Inclusión y Exclusión Social de las Personas Mayores en Chile: Opiniones de la población chilena respecto al envejecimiento poblacional*. Santiago: Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor.
- Arteaga, Ó., Thollaug, S., Nogueira, A., & Darras, C. (2002). Información para la equidad en salud en Chile. *Revista Panamericana Salud Pública*, 374-385.
- Becerril-Montekio, V. (2011). Sistema de Salud de Chile. *Salud Pública de México*, 132-143.
- Campo, C. B. (2012). Modelo de Salud Familiar en Chile y mayor resolutivez de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? *Medwave*, 1-12.
- Castelblanco, M., Cerquera, L., Vélez, C., & Vidarte, J. (2014). Caracterización de los determinantes sociales de la salud y los componentes de la discapacidad en la ciudad de Manizales, Colombia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 87-102.
- Chávez, Y., & Arteaga, C. (2016). Nivel de funcionalidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del adulto mayor. *Revista Enfermería Herediana*, 30-36.
- Condeza, A. e. (2016). Adultos mayores en Chile: descripción de sus necesidades en comunicación en salud preventiva. *Cuadernos Info*, 85-104.
- De la Fuente, T., Quevedo, E., Jiménez, A., & Zavala, M. (2010). Funcionalidad para las Actividades de la vida diaria en el adulto mayor de zonas rurales. *Archivos en Medicina Familiar*, 1-4.
- De la Guardia, M., & Ruvalcaba, J. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *JONNPR*, 81-90.
- Díaz, V. (2017). Regresión logística y decisiones clínicas. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 6.
- Fiorati, R., & Carril, V. (2015). Determinantes sociales de la salud, inequidades e inclusión social entre personas con deficiencia. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 329-336.

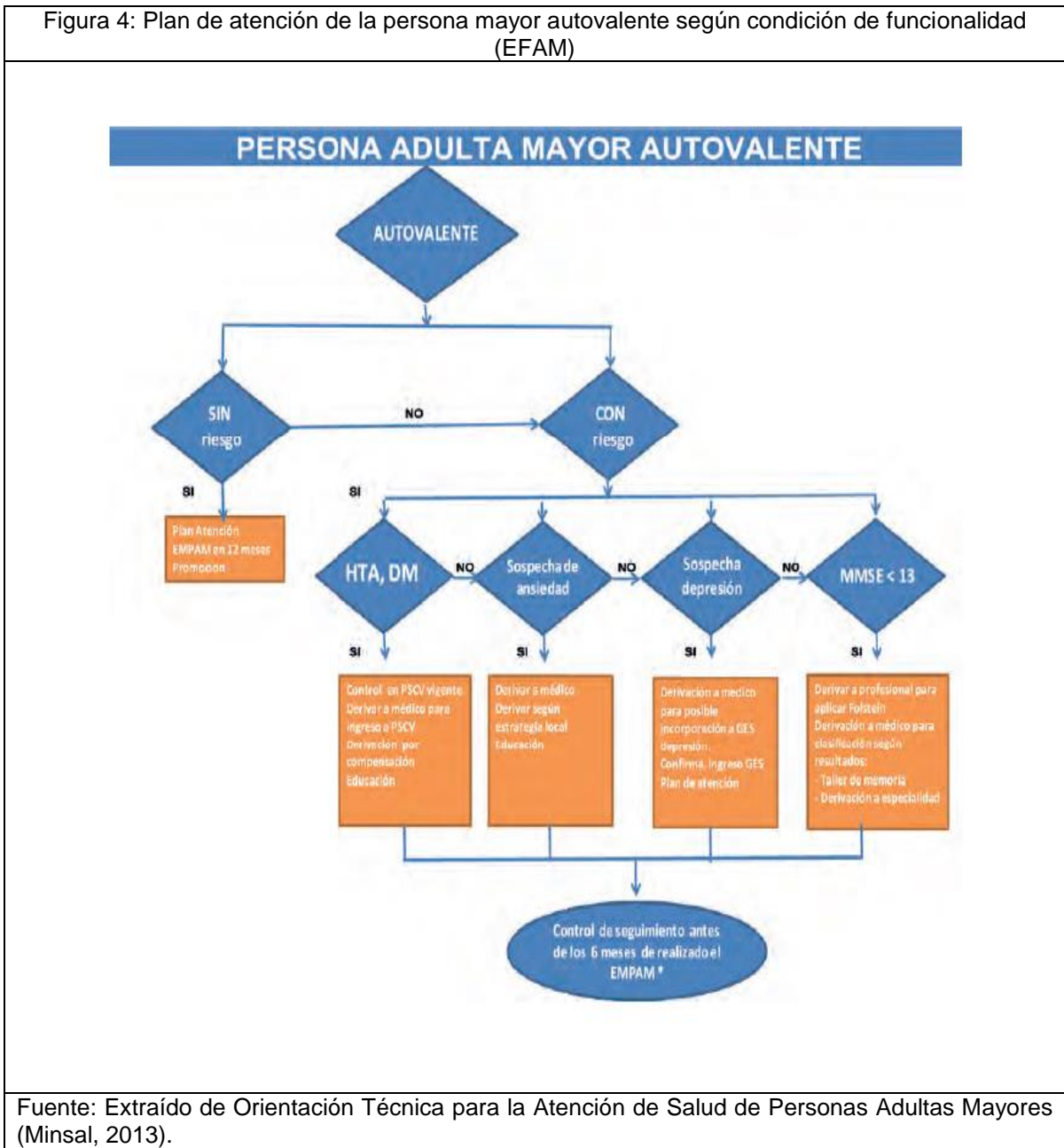
- Frenz, P. (2005). Desafíos en salud pública de la reforma, equidad y determinantes sociales de la salud. *Revista Chilena Salud Pública*, 103-110.
- Fuentes, A., Sánchez, H., Lera, L., Cea, X., & Albala, C. (2013). Desigualdades socioeconómicas en el proceso de la discapacidad en una cohorte de adultos mayores de Santiago de Chile. *Gac Sanit*, 226-232.
- García-Huidobro, D., Barros, X., Quiroz, A., Barría, M., & Soto, G. V. (2018). Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1-9.
- Goic, A. (2015). El sistema de Salud en Chile: una tarea pendiente. *Revista Médica de Chile*, 774-786.
- González, C., Castillo, C., & Matute, I. (2019). *Estructura y Funcionamiento del Sistema de Salud Chileno*. Santiago: Centro de Epidemiología y Políticas de Salud.
- Henríquez, M., Donado, A., Lían, T., Vidarte, J., & Vélez, C. (2020). Determinantes sociales de la salud asociados al grado de discapacidad en la ciudad de Barranquilla. *Duazary*, 49-61.
- Hernández, M., Peña, D., Uribe, F., & Vergara, V. (2015). Asociación entre determinantes sociales de la salud con los niveles de dependencia en adultos mayores pertenecientes al CESFAM Teresa Baldecchi, San Carlos. *Red de Bibliotecas*, 1-97.
- Hoskins, I., Kalache, A., & Mende, S. (2005). Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. *Revista Panamerica de salud pública*, 444-451.
- Infancia, O. M.-O.-F. (1978). Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud ALMA-ATA. *Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud ALMA-ATA*, (págs. 1-3). Kazajistán.
- Infante, A., & Paraje, G. (2010). *La Reforma de Salud en Chile*. Santiago: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Instituto Nacional de Estadística. (2012). *ESTADÍSTICAS VITALES, INFORME ANUAL 2010*. Santiago: Departamento de Comunicaciones e imagen corporativa.
- López, L., & Solar, O. (2017). Repensar la Carta de Ottawa 30 años después. *Elsevier España S.L.U*, 443-445.
- Ministerio de Desarrollo social. (2017). *Encuesta de caracterización socioeconómica*. Santiago: CENTRO UC.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2017). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional*. Santiago: Observatorio Social.

- Ministerio de Planificación. (2010). *Ley 20.422 Establece Normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad*. Santiago: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.
- Ministerio de Salud. (2013). *Orientación Técnica para la Atención de Salud de las Personas Adultas Mayores en Atención Primaria*. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública.
- Ministerio de Salud. (2015). *Programa Más adultos mayores autovalentes. Manual para el trabajo de equipos de atención primaria*. Santiago: Subsecretaría de redes asistenciales.
- Ministerio de Salud. (2009). *Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010*. Santiago: Minsal.
- Monteverde, M., Acosta, L., Ruelas, M., & Alcantara, J. (2018). Prevalencia de discapacidades en actividades básicas de la vida diaria y condición socioeconómica de las personas mayores. *Revista Latinoamericana de población*, 69-84.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Nueva York: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (1978). Acta de Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud ALMA ATA., (págs. 1-91). Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Osorio, D., Ospina, J., & Lennis, D. (2009). Planteamiento del Modelo Logístico Multinomial a través de la función canónica de enlace de la familia exponencial. *Heurística*, 105-115.
- Pública, M. d. (23 de Septiembre de 2017). *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile*. Obtenido de Biblioteca del Congreso Nacional de Chile: <https://www.leychile.cl/N?i=5595&f=2017-09-23&p=>
- Rodríguez, C., & Gutiérrez, J. (2007). Empleo de modelos de regresión logística binomial para el estudio de variables determinantes en la inserción laboral de egresados universitarios. *Investigación y postgrado Scielo*, 109-144.
- Romero, D. (2007). Actividades de la vida diaria. *Anales de psicología*, 264-271.
- Salud, M. d. (2013). *Orientación técnica para la atención de salud de las personas adultas mayores en Atención Primaria*. Santiago: Departamento de Ciclo vital.

- Sanhueza, M., Castro, M., & Merino, J. (2005). Adultos Mayores Funcionales: un nuevo concepto en salud. *Ciencia y Enfermería*, 17-21.
- SENAMA. (2017). *Condiciones de vida de las personas mayores al interior de los establecimientos de larga estadía para adultos mayores de SENAMA*. Santiago: Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor.
- Servicio Nacional de Discapacidad. (2015). *II Estudio Nacional de la Discapacidad*. Santiago: Servicio Nacional de Discapacidad.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. (2009). *Estudio Nacional de la Dependencia en las personas mayores*. Santiago: Gráfica Puerto Madero.
- Soberanes, S., González, A., & Moreno, Y. (2009). Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 161-172.
- Subsecretaría de Evaluación Social. (2020). *Personas mayores, envejecimiento y cuidados*. Santiago: División Observatorio Social.

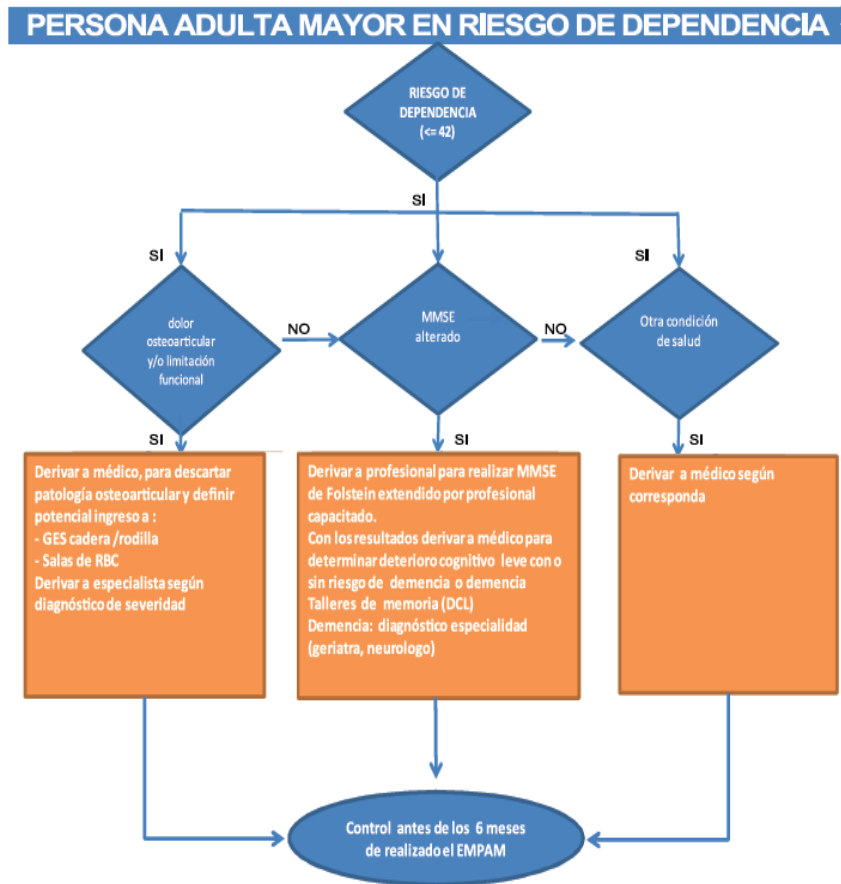
### 13. ANEXOS

Figura 4: Plan de atención de la persona mayor autovalente según condición de funcionalidad (EFAM)



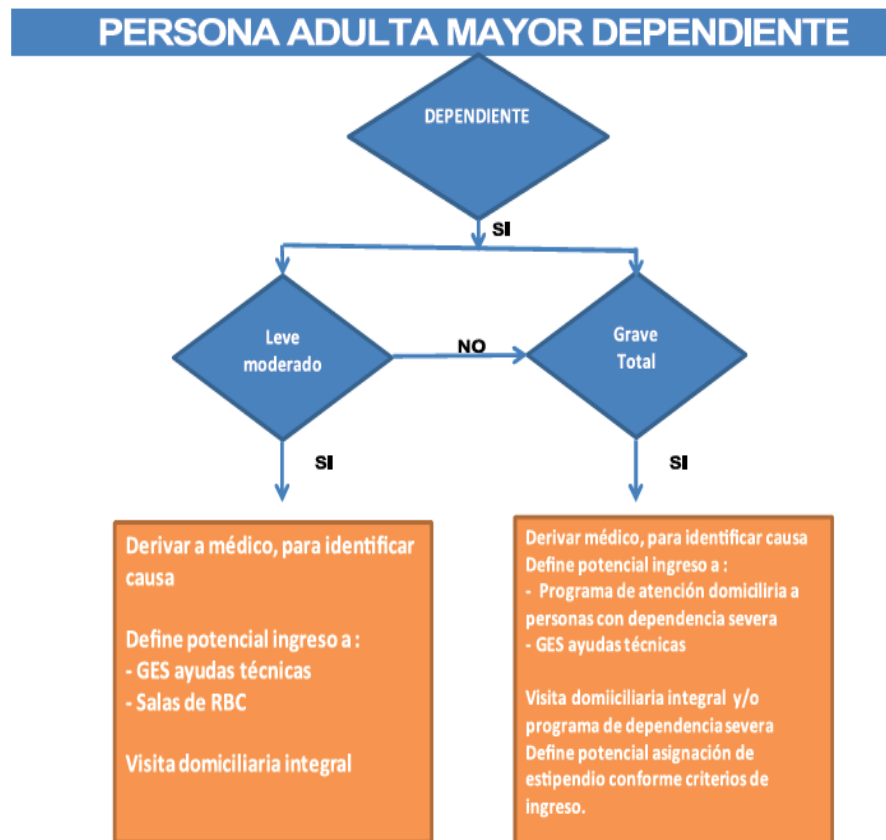
Fuente: Extraído de Orientación Técnica para la Atención de Salud de Personas Adultas Mayores (Minsal, 2013).

Figura 5: Plan de atención de la persona mayor en riesgo de dependencia según condición de funcionalidad (EFAM)



Fuente: Extraído de Orientación Técnica para la Atención de Salud de Personas Adultas Mayores (Minsal, 2013).

Figura 6: Plan de atención de la persona mayor dependiente según condición de funcionalidad (EFAM)



Fuente: Extraído de Orientación Técnica para la Atención de Salud de Personas Adultas Mayores (Minsal, 2013).