



UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

FACULTAD DE ARTES Y EDUCACIÓN FÍSICA

DEPARTAMENTO DE KINESIOLOGÍA

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD DEL ADULTO MAYOR DE LA
COMUNA DE LA CISTERNA

Proyecto MYS II/10/2014, aprobado y financiado por la Dirección de Investigación
de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación

Tesis para optar al Grado de Licenciado en Kinesiología

Gonzalo Andrés Ayala Vargas

Marcela Andrea Catalán Barahona

Nicolás Alfredo Gajardo Cruzatt

Directora de tesis: Klg. María José Prieto Correa

Profesora patrocinante: Verónica Vargas Sanhueza, Ph.D.

Santiago, Diciembre 2014



UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

FACULTAD DE ARTES Y EDUCACIÓN FÍSICA

DEPARTAMENTO DE KINESIOLOGÍA

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD DEL ADULTO MAYOR DE LA
COMUNA DE LA CISTERNA

Proyecto MYS II/10/2014, aprobado y financiado por la Dirección de Investigación
de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación

Tesis para optar al Grado de Licenciado en Kinesiología

Gonzalo Andrés Ayala Vargas

Marcela Andrea Catalán Barahona

Nicolás Alfredo Gajardo Cruzatt

Directora de tesis: Klg. María José Prieto Correa

Profesora patrocinante: Verónica Vargas Sanhueza, Ph.D.

Santiago, Diciembre 2014

DEDICATORIA

Dedicamos esta tesis a nuestros amados padres.

Gonzalo Andrés Ayala Vargas

Marcela Andrea Catalán Barahona

Nicolás Alfredo Gajardo Cruzatt

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a: La vida por darme tantas oportunidades y poner gente tan valiosa en mi camino. A Dios por estar presente y darme paz. A mis padres Patricia y Jorge por su amor, comprensión, apoyo y creer en mí siempre, los amo. A mis hermanos Valeska y George, a mi prima Deniss y tía Isa por cuidarme y orientarme, los admiro. A mis amigos de la vida por influir en la persona que hoy soy, también a los que me acompañaron en estos años en la “U” por hacer tan ameno el paso. A mis compañeros de tesis Marcela y Nicolás por poner todo sus esfuerzos en esto y no bajar nunca los brazos.

Gonzalo Andrés Ayala Vargas

Agradezco a: Dios por haberme dado la sabiduría, el entendimiento y la fortaleza para no rendirme. A mis amados padres Rosa y Renato, pilares fundamentales de mi vida, quienes me han dado todo su amor y apoyo incondicional, son mis guías y han estado junto a mí siempre .A Vladimir, por su amor y compañía. A Natalí, por su amistad eterna. Finalmente, a Gonzalo y Nicolás, con quienes sorteé las aventuras y desventuras de este maravilloso momento universitario. A todos ellos, con amor.

Marcela Andrea Catalán Barahona

Agradezco a: Dios quien ha guiado mi camino y me ha enseñado más de lo que podía entregar en libros. A mis padres Margarita y Erick, por su comprensión, cariño y apoyo. A mis hermanos Cristian y Álvaro Matías, por su compañía y ánimo durante todo el proceso. A Estelí, compañera fiel de todo mi proceso universitario, por su escucha, ánimo, amor y entrega durante el proceso investigativo.

Nicolás Alfredo Gajardo Cruzatt

Agradecemos a:

Todas las personas que nos orientaron y colaboraron para el desarrollo de este trabajo. A las profesoras María José Prieto y Verónica Vargas por su apoyo y orientación en este proceso. A Ricardo Miño por su ayuda desinteresada. Y a todas las instituciones que nos colaboraron en este proceso.

Gracias.

Gonzalo

Marcela

Nicolás

“Yo no creo en la edad.
Todos los viejos
llevan
en los ojos
un niño,
y los niños
a veces
nos observan
como ancianos profundos...”

Extracto de Oda a la Edad de Pablo Neruda

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1	2
PROBLEMATIZACIÓN	2
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	3
CAPÍTULO 2	4
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	4
Objetivo General.....	4
Objetivos Específicos	4
JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	4
CAPÍTULO 3	5
MARCO TEÓRICO	5
DEFINICIÓN DE ENVEJECIMIENTO.....	5
DEFINICIÓN DE ADULTO MAYOR.....	5
TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO	6
ENVEJECIMIENTO BIOLÓGICO.....	6
ENFOQUE PSICOLÓGICO	9
II. Teoría de la Desvinculación de Cumming y Henry	11
III. Teoría de la actividad de Havighurst	11
ENFOQUE SOCIAL	12
DEMOGRAFÍA INTERNACIONAL Y NACIONAL	13
I. Envejecimiento demográfico.....	13
II. Envejecimiento poblacional	13
III. Factores del envejecimiento demográfico.	13
IV. Fecundidad.....	14
V. Mortalidad	14
VI. Migración.....	14
VII. Situación demográfica. Generalidades.	15
i. Transición demográfica.	15
ii. Transición demográfica en América Latina y el Caribe.	15
VIII. Envejecimiento demográfico de la población de Chile	19

IX. Índice de envejecimiento	22
ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL ENVEJECIMIENTO.....	23
ASPECTOS POLÍTICOS.....	27
LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES.....	27
I. Normas Internacionales de Derechos Humanos.....	27
II. Asambleas mundiales y Plan de Acción Regional en Latinoamérica	28
III. Acciones a Nivel Internacional.....	32
IV. Acciones a nivel Internacional en materia de Salud	35
V. Otras Acciones a Nivel Internacional.....	35
VI. Acciones a nivel Local.....	37
VII. Estrategia Nacional de Salud	37
VIII. Normas y políticas públicas hacia personas mayores	37
IX. Los derechos de las personas mayores en Chile	40
X. Planes y programas enfocados en el envejecimiento.....	41
DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN DE SALUD Y ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD.....	43
FUNDAMENTACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD.....	45
CAPÍTULO 4	46
MARCO METODOLÓGICO	46
I. Tipo de Diseño	46
II. Recolección de Datos	46
Ingresos a programas de salud	56
CAPÍTULO 5	58
DESARROLLO DE VARIABLES	58
I. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA COMUNA DE LA CISTERNA.....	58
i. Historia.....	58
II. DEMOGRAFÍA	61
i. Estructura poblacional Chile, Región Metropolitana y La Cisterna 2012	61
ii. Número absoluto de Adultos Mayores (60+)	64

iii.	Proporción de personas mayores respecto al total de la población de la comuna, la región y el país	64
iv.	Porcentaje de personas mayores en relación al total de la población de La Cisterna, distribuidas según sub-rango etario.....	65
v.	Porcentaje de personas de la cuarta edad respecto del total de la población.....	65
vi.	Relación de dependencia demográfica de vejez	65
vii.	Índice de envejecimiento demográfico	65
viii.	Índice de feminidad del Adulto Mayor	67
ix.	Índice de masculinidad del Adulto Mayor.....	67
x.	Índice generacional del anciano.....	68
III.	SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES	69
i.	Nivel educacional	69
ii.	Condición de uso de Internet	71
iii.	Religión o credo.....	71
iv.	Pertenencia a pueblo originario	72
v.	Pueblo originario.....	72
vi.	Idiomas.....	72
vii.	Porcentaje de personas mayores según estado civil actual (legal).....	73
viii.	Porcentaje de personas mayores según estado de hecho.....	73
ix.	Situación Laboral.....	74
x.	Tipo de trabajador	75
xi.	Adultos Mayores jefes de hogar y sostenedor	75
xii.	Propiedad de la vivienda	76
xiii.	Condición de Ocupación del Sitio.....	76
xiv.	Tipo de vivienda.....	77
xv.	Calidad de la vivienda.....	78
xvi.	Medio de eliminación de basura.....	80
xvii.	Práctica de reciclaje.....	80
xviii.	Disponibilidad y conexión del servicio higiénico (WC).....	80
xix.	Origen de la energía eléctrica.....	81
xx.	Bienes y servicios.....	81

xxi.	Combustible usado para cocinar y para el agua caliente.....	81
xxii.	Combustible usado para calefacción	81
xxiii.	Número de personas Adultas Mayores (60+) que residen en la vivienda.....	81
xxiv.	Proporción de Adultos Mayores (65+) según tramo de FONASA	82
xxv.	Clasificación referencial de los tramos FONASA en el sistema de ISAPRES ..	83
xxvi.	Porcentaje de Adultos Mayores en situación de indigencia o pobreza según rango etario.....	83
I.	SALUD Y BIENESTAR EN LA VEJEZ	84
i.	Programa nacional de salud del adulto mayor	84
ii.	Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.	85
iii.	Población inscrita en FONASA e inscrita en ISAPRE.....	85
iv.	Número de Adultos Mayores (60+) validados en los CES disponibles en la comuna de La Cisterna.....	86
v.	Tasa de AVPP	86
vi.	Causas de AVPP	86
vii.	AVISA.....	87
viii.	Total de Atenciones de urgencia a Adultos Mayores (65+) de la comuna de La Cisterna según causas.....	87
ix.	Causas de egresos hospitalarios	87
x.	Discapacidad.....	90
xi.	Trastornos Mentales.....	94
xii.	Condición de Funcionalidad.....	95
xiii.	Programas de control relacionados con la dependencia.....	97
xv.	Ingresos a programas de salud	99
xvi.	Alta y egreso de los programas de salud.	100
xvii.	Programa de Salud Cardiovascular	101
xviii.	Población en control del programa de rehabilitación física	104
xix.	Actividad física	105
xx.	Estado Nutricional.....	105
xxi.	Maltrato	106
xxii.	Cobertura del programa de cáncer de cuello uterino y de cáncer de mamas ...	107

xxiii. Defunciones.....	108
II. ENTORNO COMUNAL DEL ADULTO MAYOR.....	110
i. Actividades comunales dirigidas a los Adultos Mayores	110
DISCUSIÓN.....	112
CAPÍTULO 6	119
LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	119
CONCLUSIONES.....	120
FUTURAS INVESTIGACIONES	123
ANEXOS	124
III. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA COMUNA DE LA CISTERNA	124
i. Historia	124
IV. DEMOGRÁFICOS	124
V. SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES	126
VI. SALUD Y BIENESTAR EN LA VEJEZ.....	136
VII. ENTORNO DEL ADULTOS MAYORES	141
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	149

TABLA DE CONTENIDOS

GRÁFICOS: Número del gráfico, título y página

- Gráfico 01: Extraído de Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, 16
- Gráfico 02: Extraído de Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, 17
- Gráfico 03: Extraído de Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores 2014, 20
- Gráfico 04: Pirámides de población Chile 1990, 2000, 2006 y 2011, 21
- Gráfico 05: Pirámide poblacional de Chile, año 2012, 61
- Gráfico 06: Pirámide poblacional de la Región Metropolitana, año 2012, 62
- Gráfico 07: Tabla y pirámide poblacional de la comuna de La Cisterna, año 2012, 63
- Gráfico 08: AM (60+) de la comuna de La Cisterna v/s Proporción de personas 0 a 59 años, 64
- Gráfico 09: Índice de envejecimiento demográfico de la comuna de La Cisterna, Región Metropolitana, y del país, 2013, 66
- Gráfico 10: Índice de feminidad de los AM (60+) de la comuna de La Cisterna, 67
- Gráfico 11: Índice de masculinidad de los AM (60+) de la comuna de La Cisterna, 67
- Gráfico 12: Índice Generacional del Anciano de los AM (60+) de la comuna de La Cisterna, 68
- Gráfico 13: Número de AM (60+) de la comuna de La Cisterna según nivel educacional completo e incompleto, 70
- Gráfico 14: Porcentaje de AM (60+) según estado civil actual (legal) en la comuna de La Cisterna, 73
- Gráfico 15: Porcentaje de personas mayores sobre 60 años según estado de hecho en la comuna de La Cisterna, 73
- Gráfico 16: Porcentaje de AM (60+) de la comuna de La Cisterna según situación laboral, 74
- Gráfico 17: Porcentaje de AM (60+) de la comuna de La Cisterna según situación laboral, 75
- Gráfico 18: Porcentaje de AM (60+) de la comuna de La Cisterna según propiedad de la vivienda en la que habitan, 76

Gráfico 19: Porcentaje de AM (60+) de la comuna de La Cisterna según ocupación del sitio, 76

Gráfico 20: Porcentaje AM (60+) de la comuna de La Cisterna según el tipo de vivienda en la que habita, 77

Gráfico 21: Porcentaje de AM (60+) de la comuna de La Cisterna según el material de construcción predominante en el piso, 78

Gráfico 22: Porcentaje de AM (60+) de la comuna de La Cisterna según materiales de construcción predominantes del techo, 79

Gráfico 23: Porcentaje de AM (60+) de la comuna de La Cisterna según material de construcción predominante en las paredes exteriores, 80

Gráfico 24: Proporción de AM (60+) de la comuna de La Cisterna según tramo de FONASA, 82

Gráfico 25: Total de atenciones a AM (65+) de la comuna de La Cisterna según causas, 87

Gráfico 26: Principales causas de egresos hospitalarios de AM (65+) de la comuna de La Cisterna, Región Metropolitana y país para ambos sexos, 88

Gráfico 27: Principales causas de egresos hospitalarios de AM (65+) hombres de la comuna de La Cisterna, Región Metropolitana y país, 89

Gráfico 28: Principales causas de egresos hospitalarios de AM (65+) mujeres de la comuna de La Cisterna, Región Metropolitana y país, 90

Gráfico 29: AM (60+) de la comuna de La Cisterna que presentan dificultad física, 90

Gráfico 30: AM (60+) de la comuna de La Cisterna que presentan mudez, 91

Gráfico 31: AM (60+) de la comuna de La Cisterna que presentan sordera, 91

Gráfico 32: AM (60+) de la comuna de La Cisterna que presentan ceguera, 92

Gráfico 33: AM (60+) de la comuna de La Cisterna que presentan dificultad psiquiátrica, 92

Gráfico 34: AM (65+) de la comuna de La Cisterna según trastorno mental que padecen, 93

Gráfico 35: Población AM entre 65 y 79 años, de la comuna de La Cisterna en control por condición de funcionalidad, 94

Gráfico 36: Población AM (80+) de la comuna de La Cisterna en control por condición de funcionalidad, 95

Gráfico 37: AM (65+) de la comuna de La Cisterna según el programa por dependencia al que pertenecen, 96

Gráfico 38: AM (65+) de la comuna de La Cisterna según el programa de salud al que pertenecen, 97

Gráfico 39: AM (65+) de la comuna de La Cisterna según ingreso a programa de salud, 98

Gráfico 40: AM (65+) de la comuna de La Cisterna de según alta de programa de salud, 99

Gráfico 41: AM (65+) de la comuna de La Cisterna bajo control según patología y factores de riesgo (existencia), 100

Gráfico 42: AM (65+) de la comuna de La Cisterna según clasificación de riesgo cardiovascular, 101

Gráfico 43: AM (65+) de la comuna de La Cisterna según detección y prevención de la progresión de la ERC, 102

Gráfico 44: Población AM entre 65 y 79 años, de la comuna de La Cisterna en control del programa de rehabilitación física, 103

Gráfico 45: Población AM (80+) de la comuna de La Cisterna en control del programa de rehabilitación física, 103

Gráfico 46: Población AM entre 65 y 79 años, de la comuna de La Cisterna en control según estado nutricional, 104

Gráfico 47: Población AM entre 65 y 79 años, de la comuna de La Cisterna en control según estado nutricional, 105

Gráfico 48: Mujeres de la comuna de La Cisterna con PAP realizados e informados según resultados por edad (AM de 60 a 64 años y AM (65+)) y total de PAP, 106

Gráfico 49: Tasa de defunción de los AM de la comuna de La Cisterna, Región Metropolitana y país según edad y sexo, 107

Gráfico 50: Índice de Swaroop de los AM de la comuna de La Cisterna, Región Metropolitana y país, 108

TABLAS: Número de la tabla, título y página

Tabla 01: Definición de las teorías biológicas del envejecimiento.

Tabla 02: Derechos protegidos en las normas nacionales dedicadas a las personas mayores, alrededor del año 2000, 39

Tabla 03: Indicadores, 47

Tabla 04: Tabla poblacional de Chile, año 2012, 61

Tabla 05: Tabla poblacional de la Región Metropolitana, año 2012, 62

Tabla 06: Tabla poblacional de la comuna de La Cisterna, año 2012, 63

Tabla 07: Número absoluto de AM (60+) según sexo de la comuna de La Cisterna, 64

Tabla 08: Porcentaje de personas mayores en relación al total de la población de La Cisterna, RM y país por quinquenio, 65

Tabla 09: Número y porcentaje de AM (60+) según religión o credo de la comuna de La Cisterna, 71

Tabla 10: Número y porcentaje de AM (60+) según pueblo originario, 72

Tabla 11: Porcentaje de bienes y servicios en viviendas donde habitan AM (60+) en la comuna de La Cisterna, 81

Tabla 12: Clasificación referencial con ingreso mínimo mensual de los AM (65+) cotizantes definido por ley, 83

Tabla 13: Porcentaje de AM en situación de indigencia o pobreza rango etario, 83

Tabla 14: Tasa de AVPP en la comuna, región y país, 86

Tabla 15: Causas de los AVPP en la comuna de La Cisterna en los años 2010 y 2011, 86

Tabla 16: Tasa de casos de Violencia Intrafamiliar en anciano o anciana de la comuna de La Cisterna, Región Metropolitana y del país, 105

Tabla 17: Talleres de la Casa de La Mujer en los cuales actualmente participan AM (60+), 109

Tabla 18: Actividades de La Cisterna en el año 2014., 110

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- AARP: American Association of Retired Persons (Asociación Americana de Personas Retiradas).
- ACNUDH: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.
- ACV: Accidente Cerebro Vascular.
- ADN: Ácido Desoxirribonucleico.
- ADNn: Ácido Desoxirribonucleico Nuclear.
- AFP: Administradora de Fondo de Pensiones.
- AHP: Eje Adrenal Hipotálamo Pituitario.
- AM (60+): Adulto Mayor de 60 y más años de edad.
- AM (65+): Adulto Mayor de 65 y más años de edad.
- AM (80+): Adulto Mayor de 80 y más años de edad.
- AM: Adulto Mayor.
- APS: Atención Primaria en Salud.
- ASIS: Análisis de Situación de Salud.
- AVE: Accidente Vascular Encefálico
- AVISA: Años de Vida Saludables.
- AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos.
- CASEN: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional.
- CDT: Centro de Diagnóstico y Tratamiento.
- CELADE: Centro Latinoamericano y caribeño de Demografía.
- CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- CES: Centro de Salud.
- DEIS: Departamento de Estadísticas e Información de Salud.
- DFL: Decreto con Fuerza de Ley.
- DM: Diabetes Mellitus
- DSS: Diagnóstico de Situación de Salud.
- EFAM: Examen de Funcionalidad del Adulto Mayor.

- EMPAM: Examen anual de Medicina Preventiva del Adulto Mayor.
- EPC: Estrategia de Cooperación País.
- EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
- ERC: Enfermedad Renal Crónica.
- EROs: Especies Reactivas de Oxígeno.
- FESP: Función Esencial de la Salud Pública.
- FMI: Fondo Monetario Internacional.
- FONASA: Fondo Nacional de Salud.
- GES: Garantías Explícitas en Salud (ex AUUGE: Acceso Universal de Garantías Explícitas).
- GPAQ: Global Physical Activity Questionnaire (Cuestionario de Actividad Física Global).
- HTA: Hipertensión Arterial.
- IAM: Infarto Agudo del Miocardio.
- IMC: Índice de Masa Corporal.
- INE: Instituto Nacional de Estadística.
- INTA: Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos
- IPS: Instituto de Previsión Social.
- ISAPRE: Instituciones de Salud Previsional.
- LC: La Cisterna.
- MIDEPLAN: Ministerio de Planificación y Cooperación.
- MINSAL: Ministerio de Salud.
- O₂: Oxígeno.
- OEA: Organización de los Estados Americanos.
- OIT: Organización Internacional de Trabajo.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- ONU: Organización de las Naciones Unidas.
- OPS: Organización Panamericana de la Salud.
- PAP: Papanicolaou.
- PIB: Producto Interno Bruto.

- PSCV: Programa de Salud Cardiovascular.
- REM: Reporte Estadístico Mensual.
- RM: Región Metropolitana.
- SBOR: Síndrome Bronquial Obstructivo Recurrente.
- SENAMA: Servicio Nacional del Adulto Mayor.
- SP: Salud Pública.
- TEC: Traumatismo Encéfalo Craneano.
- US\$: Dólares estadounidenses.
- VFG: Velocidad de Filtrado Glomerular.
- VIF: Violencia Intrafamiliar.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue establecer un diagnóstico de la situación de salud de la población Adulta Mayor perteneciente a la comuna de La Cisterna.

El diseño metodológico: cuantitativo, epidemiológico, descriptivo, observacional, retrospectivo, transversal y ecológico. Se extrajo información pública disponible en Censo 2012, encuesta CASEN 2011, datos entregados por FONASA, Superintendencia de Salud, CAPREDENA, datos de REM P de los CES 2013 y datos comunales que estuvieron disponibles en la municipalidad.

Resultados:

Demográficos: El 19,34% de la población de la comuna de la Cisterna corresponde a AM y 3,91% corresponde a la cuarta edad. Esto genera una relación de dependencia demográfica de un 31,06 con un índice de envejecimiento demográfico de 105, un índice generacional del anciano de 19,34 y un índice de feminidad de 143,96.

Socioeconómicos: En la comuna existe un 2,04% de población analfabeta. Un nivel de educación mayoritariamente media y básica. Un 63,65% se encuentra jubilado y 2 de cada 10 trabajan. Además, un 58,17% de los AM son jefes de hogar. Más del 68% de las viviendas tiene material sólido. Más del 95% cuenta con recolección de servicios de aseo para la basura, servicios básicos y declara utilizar gas como combustible para cocinar y para el agua caliente. Casi un 11% de los AM vive solo. Un 3,5% de los AM está bajo la línea de la pobreza y cerca de un 4% está en la línea de la indigencia.

El 89,17% de los AM (60+) inscritos en FONASA y 11,61% de los que están en ISAPRE declaran percibir ingresos bajo \$228.844.

Salud y Bienestar en la Vejez: Los AM inscritos en FONASA 2013 corresponden a 17.237, las pertenecientes a ISAPRE son 1.891 y 1.158 a CAPREDENA.

De la población con EMPAM vigente, un 48,42% es clasificada como autovalente con riesgo y un 42,94% en riesgo dependencia y dependencia. Un 42,29% de los AM realiza actividad física.

En relación a los factores de riesgo cardiovascular, en los CES la mayoría de la población bajo control en PSCV tiene hipertensión y 53,71% presenta una clasificación de riesgo moderada. Además, un 20,9% de los egresos hospitalarios se dan por enfermedades del sistema circulatorio.

Por otra parte, un 17,94% de los AM (60+) presenta alguna dificultad física y un 5,51% dificultad psiquiátrica. En los CES 79,58% de las personas con trastornos mentales corresponde al sexo femenino. Con respecto al maltrato existe una tasa de VIF comunal de 18,6.

La mayor cantidad de los ingresos a programas de AM en los CES corresponden a diagnóstico de artrosis de cadera, de las cuales 71,21% son mujeres.

Con respecto a las defunciones, por cada 100 muertes totales aproximadamente fallecen 84 AM.

Conclusiones:

La Cisterna es una comuna caracterizada por su marcado proceso de envejecimiento, mayor que en el país y la región con una mayor proporción de mujeres por sobre los hombres.

La mayoría de los AM residen en viviendas de materialidad sólida con acceso a servicios básicos. Además existe un bajo número de población analfabeta. Estos factores generarían un impacto positivo para la salud.

Por otro lado el bajo número de adultos mayores que lograron acceder y completar la educación básica, el mayor número de AM bajo la línea de la indigencia y la mayor cantidad de AM que trabaja en relación al país y la región son determinantes que generarían un impacto negativo en la salud, asociada a la falta de oportunidades, carencia de estilos de vida saludable y la mayor carga de enfermedad

Por otra parte, las AM mujeres están en condiciones de salud y socioeconómicas deficientes, e inequitativas, respecto a los hombres. Un 43% de los AM sostenedores de hogar son mujeres y existe un predominio femenino de la analfabetización. Además existe una feminización de la depresión moderada y trastornos de ansiedad y una mayor

proporción de AM mujeres con dificultad física y en condiciones de riesgo cardiovascular, destacando la hipertensión.

Existe una baja cobertura de EMPAM y es aún más baja en el tramo de 65 a 69 años. La pesquisa de maltrato mediante este instrumento es baja y no se corresponde con la tasa de VIF del anciano. La actividad física, por último, alcanza un valor muy elevado, por lo que es necesario generar una mayor investigación que determine con mayor precisión la realización de actividad física en este grupo etario.

Con respecto a la morbilidad existe mayor cantidad de egresos hospitalarios por causa del sistema circulatorio, con hipertensión como el factor de riesgo cardiovascular más prevalente y la artrosis de cadera y rodilla son las condiciones de salud más prevalentes en los programas de rehabilitación física.

La promoción y prevención de la condición funcional son los ejes de los programas del AM, sin embargo este objetivo no puede completarse sin un tamizaje e intervención adecuados con mirada de género.

PALABRAS CLAVE: Adulto mayor, diagnóstico de salud, demografía, nivel socioeconómico, salud, La Cisterna, Chile.
--

ABSTRACT

The aim of this study is to establish a diagnosis of the health status of the population of Older belonging to the commune of La Cisterna.

The methodology is quantitative, epidemiological, descriptive, observational, cross-sectional and ecological. The information is drawn from public information available on Census 2012, questionnaires' CASEN 2011, data released by FONASA, Superintendencia de Salud, CAPREDENA, REM P data of CES 2013 and community data are available at City Hall.

Results:

Demographics: The 19.34% of the population of the commune of Cisterna corresponds to elderly and 3.91% corresponds to the fourth age. This creates a demographic dependency ratio of 31.06 with an index of 105 aging, a generation rate of 19.34 elder and femininity index of 143.96.

Socioeconomic: In the commune there is a 2.04% of illiterate population, with a level of mostly middle and basic education. A 63.65% are retired and 2 out of 10 work. In addition, 58.17% of householders are older people. Over 68% of households have solid material. Over 95% have sanitation services collecting and use gas as fuel for cooking and hot water. Almost 11% of older people lives alone. 3.5% of AM is under the poverty line and about 4% is in the line of indigence.

The 89.17% of older people (60+) enrolled in FONASA and 11.61% of those in ISAPRE declare receive income under \$ 228,844.

Health and Wellness in Aging: The AM enrolled in FONASA 2013 correspond to 17,237, to members of ISAPRE are 1,891 and 1,158 to CAPREDENA.

Of the population with current EMPAM a 48.42% is classified as autovalente risk and 42.94% depending on risk and dependence. A 42.29% of older adult do physical activity. In relation to cardiovascular risk factors in health centers most of the population under control in cardiovascular health programs have hypertension and 53.71% with a moderate

risk classification. In addition, 20.9% of hospital discharges occur from diseases of the circulatory system.

On the other hand, a 17.94% of seniors (60+) have some physical difficulties and psychiatric difficulties 5.51%. In health centers, 79.58% of people with mental disorders were female. With regard to abuse exists a communal VIF rate of 18.6. Most income seniors programs in health centers correspond to diagnosis of osteoarthritis of the hip, of which 71.21% are women.

Regarding deaths per 100 total deaths die about 84 AM.

Conclusions:

La Cisterna is a commune characterized by marked aging process, higher than in the country and the region with a higher proportion of women over men. Most older adults living in houses in solid materiality with access to basic services. There is also a small number of illiterate populations. These factors would have a positive impact on health.

On the other hand, the low number of older adults who managed to access and complete basic education, the largest number of AM under the poverty line and as many AM working in relation to the country and region are crucial to generate a negative health impacts associated with the lack of opportunities, lack of healthy lifestyles and the greatest burden of disease.

Moreover, older adult women are in health and socioeconomic deficient, and inequitable, compared to men. Forty three percent of AM householders are women and there is a predominance of female illiteracy. There is also a feminization of moderate depression and anxiety disorders and a higher proportion of older women with physical difficulties and cardiovascular risk conditions, highlighting hypertension.

There is a low coverage EMPAM and is even lower in the stretch of 65-69 years. The investigation of abuse by this instrument is low and does not correspond to the rate of VIF of elderly. Finally, physical activity reaches a very high value, so it is necessary to generate

further research to determine more accurately the performance of physical activity in this age group.

With regard to morbidity exists greater amount of hospital discharges because the circulatory system, with hypertension as the most prevalent cardiovascular risk factor and osteoarthritis of the hip and knee are the most prevalent health conditions in physical rehabilitation programs.

Promotion and prevention of functional status are the axes of programs for older adults; however this can't be completed without an adequate screening and intervention with gender.

KEY WORDS: Elderly, health diagnosis, demographics, socioeconomic status, health, La Cisterna, Chile.

INTRODUCCIÓN

Chile es un país que se encuentra en una transición demográfica relacionada principalmente con la disminución de la tasa de natalidad y aumento de la esperanza de vida, cuyo resultado conjugado es el fenómeno de envejecimiento de la población (INE, 2005). Por otro lado, en una perspectiva de sociedad, será significativo considerar no sólo el cambio en la estructura por edades sino más bien, el efecto combinado de éste, con el proceso de transición epidemiológica. En efecto, existe una íntima relación entre transición demográfica y epidemiológica (Superintendencia de Salud, 2006).

Las transformaciones en la estructura etaria de la población, inducen consecuencias de orden económico, social y cultural de gran alcance que presumiblemente afectan el crecimiento de las economías de los países, los sistemas de seguridad social y educación, el trabajo y la atención sanitaria; sin dejar de lado el impacto personal, comunitario y social del envejecimiento individual. Estas transformaciones se producen dentro de un contexto de profundos e importantes cambios políticos y económicos en un ambiente de creciente globalización económica, social, ambiental y cultural (Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia de Panamá, 2004).

El denominado Diagnóstico de Situación de Salud (DSS), permite realizar un examen de los componentes generales, demográficos, epidemiológicos y socioculturales, de los riesgos personales, familiares y comunitarios, para identificar sus interacciones y poder explicar los daños a la salud como resultado de este proceso mediante la utilización del método clínico, epidemiológico y social de interrelaciones (Barros, Bernal, Reinoso, & Pérez, 2006).

En definitiva, el envejecimiento poblacional, debe ser entendido no solo como un cambio estadístico demográfico, sino como una revolución en la sociedad, puesto que incluye aspectos diversos y complejos, que exigen replantear desde las relaciones familiares, necesidades culturales y materiales, desafiando las capacidades estructurales y funcionales de todos los actores sociales implicados (MIDEPLAN, 2007).

CAPÍTULO 1:

PROBLEMATIZACIÓN

El alto número de adultos mayores genera demandas por parte de la población que hacen pertinente un adecuado estudio de la misma, con el fin de conocer sus necesidades, a modo de generar posteriormente políticas públicas que les permita gozar de una calidad de vida adecuada. En el año 2007 se realizó un estudio de estas características a nivel nacional enfocado en el Adulto Mayor (AM). Sin embargo, este documento es el único análisis de este tipo en el país (MIDEPLAN, 2007). El estudio evidenció el comportamiento a nivel comunal y logró compararlo con el índice de envejecimiento a nivel nacional. Entre las comunas con un mayor índice de vejez se encuentra Quinta Normal con un índice de 70,6; El Tabo con 87,4; La Cisterna con 73,1; Independencia con 98,7; Combarbalá con 75,3; Santiago con 102,8; El Quisco con 77,7; Putre con 103,9; Vitacura con 79,7; Ñuñoa con 108,4; Las Condes con 80,5; Providencia con 159,1; San Gregorio con 81,8; Timauke con 256,3; San Miguel con 84,8 y Río Verde con 286,7 (MIDEPLAN, 2007). Existen características heterogéneas para cada región, localidad y comuna, por lo que las comunas con mayor índice de vejez tendrán necesidades específicas que deben ser evidenciadas.

Para evidenciar la situación de forma transversal e integral, específicamente para el adulto mayor, se necesita de un instrumento que describa la comuna. A través del Diagnóstico de Salud se describe una situación concreta de salud-enfermedad de una comunidad (Añez, Dávila, Gómez, & Hernández, 2010), en la que se plasman las características de la comunidad por medio de la descripción de aspectos demográficos, geográficos, históricos, culturales, económicos, sociales y políticos (Añez et al, 2010) e incluyen un epítome de las acciones y estrategias que llevan a cabo las instituciones que mantienen los programas de atención de la población (Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia de Panamá, 2004). La investigación se realizó de acuerdo a las guías establecidas a nivel internacional, donde se refiere que el DSS se obtiene al describir y realizar un examen crítico de los componentes generales, geográficos, demográficos, epidemiológicos y socioculturales; de los riesgos personales, familiares y comunitarios, para identificar sus interrelaciones y poder explicar los daños a la salud como resultado de este proceso mediante la utilización del método clínico, epidemiológico y social (Barros et al, 2006).

El año 2011 la comuna de La Cisterna presentó un índice de vejez de 106,26. Sin embargo a pesar de conocer que la comuna está experimentando un proceso cada vez más acelerado de envejecimiento, existe un acotado número de estudios publicados sobre los AM que describan la situación de salud, económica, social y cultural. Así como tampoco se conoce el rol que desempeñan estas personas en la comunidad y en las familias, por lo que no es posible observar las necesidades específicas de este sector de la población, careciendo de una herramienta que entregue a las autoridades comunales y a los servicios de salud una caracterización del perfil de salud de la población AM, incluyendo el acceso a la atención y las inequidades en salud. De esta forma, se podría evaluar las necesidades de salud no satisfechas y facilitar la identificación de prioridades, generar estrategias de promoción de salud y la evaluación de su pertinencia, eficacia e impacto y finalmente, fortalecer las capacidades predictivas y resolutivas de la gestión sanitaria (Añez et al, 2010).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la situación de salud del adulto mayor de la comuna de La Cisterna?

CAPÍTULO 2:

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Establecer un diagnóstico de la situación de salud de la población Adulta Mayor perteneciente a la comuna de La Cisterna.

Objetivos Específicos

- Describir las características generales de la comuna de La Cisterna
- Caracterizar la situación demográfica de los AM de la comuna de La Cisterna.
- Identificar la situación económica, social y cultural de los AM de la comuna de La Cisterna.
- Caracterizar la situación epidemiológica de los AM de la comuna de La Cisterna.
- Describir los programas de salud pública existentes relacionados con el AM.

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Hoy en día es sabido que Chile se encuentra en una etapa de transición demográfica avanzada, relacionada principalmente con la disminución de la tasa de natalidad y aumento de la esperanza de vida, cuyo resultado conjugado es el fenómeno de envejecimiento de la población. Este proceso de envejecimiento poblacional es uno de los procesos demográficos más importantes del siglo pasado y es protagonista del actual, ya que trae profundas modificaciones en las estructuras sociales, económicas y culturales, las cuales se manifiestan de forma heterogénea en cada país y en cada localidad de este. Por ello, el proceso de envejecimiento poblacional debe ser descrito para cada comuna, ya que la cantidad de adultos mayores, su género, cultura y todas sus formas de vida incidirán de forma diferente en la salud de esta misma.

Una de las comunas más envejecidas del país es la comuna de la Cisterna. Por lo que es importante efectuar un Diagnóstico de Salud en el AM, que evidencie información demográfica, socioeconómica, de salud y del entorno, permitiendo conocer las necesidades específicas de los AM de esta comuna.

CAPÍTULO 3:

MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN DE ENVEJECIMIENTO

Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida. Estos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales (Organización Mundial de la Salud, 2014).

DEFINICIÓN DE ADULTO MAYOR

Según la Organización Mundial de la Salud (2014), la mayoría de los países del mundo desarrollado han aceptado como una definición de “anciano” o persona mayor, la edad cronológica de 65 años, pero al igual que muchos de los conceptos occidentales esto no se adapta bien a la situación en África. Si bien esta definición es un tanto arbitraria, es muchas veces asociada a la edad en que se puede empezar a recibir beneficios de pensión. Por el momento, no existe un criterio numérico estándar de las Naciones Unidas, pero esta acordó como corte la edad de 60 años para referirse a la población de más edad.

Aunque no son de uso común las definiciones de la vejez, no existe un acuerdo general sobre la edad en que una persona llega a ser adulto mayor. El uso común de una edad cronológica para marcar el umbral de la vejez asume la equivalencia con la edad biológica, sin embargo, se acepta generalmente que estos dos no son necesariamente sinónimos (OMS, 2014).

En Chile, la Ley N° 19.828 del 17 de Septiembre de 2002, crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), el cual define como adulto mayor a toda persona que ha

cumplido los 60 años, sin diferencia entre hombres y mujeres (MINISTERIO SECRETARÍA GENERAL DE LA PRESIDENCIA, 2002).

TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

Es relevante revisar las posibles explicaciones que permitan comprender al individuo Adulto Mayor como un ser completo en todas sus dimensiones. A continuación se describirá el proceso del envejecimiento desde diversos puntos de vista, con el fin de comprender en mayor medida al individuo como un organismo complejo y completo.

ENVEJECIMIENTO BIOLÓGICO

Se define envejecimiento biológico como:

Un proceso de desorganización gradual e irreversible que ocurre con el paso del tiempo, causa una pérdida progresiva de la capacidad bioenergética y el rendimiento funcional e imposibilita la supervivencia ilimitada de los sujetos humanos y miembros de otras especies de metazoos, incluso en un hábitat óptimo (Strehler, 1959, p. 117).

Las manifestaciones biológicas que ocurren con el envejecimiento afectan completamente la estructura jerárquica de los seres vivos (P. Hyland, 2013). Los efectos del envejecimiento pueden observarse en la acumulación del daño celular en biomoléculas (productos finales de la glicolización avanzada, productos de la peroxidación de lípidos, daño genético y mutaciones), daño en los organelos (mitocondria), y pérdida de la función celular, la cual contribuye a la disfunción de tejidos, órganos y sistemas del cuerpo humano (P. Hyland, 2013). Estos cambios en la estructura jerárquica han dado paso a más de 300 teorías del envejecimiento (Medvedev, 1990). Cada una de estas teorías, tanto las clásicas como las modernas, son complementarias y ofrecen explicaciones lógicas de los cambios intrínsecos que existen en los diferentes niveles fisiológicos.

Tabla 1: Definición de las teorías biológicas del envejecimiento.

Teoría	Explicación
Genes longevos	La duración máxima de la vida varía entre distintas especies. Esto asoció a los genes con el envejecimiento (Hekimi S, 2001 y Vijg, 1999). Sin embargo los genes parecen no tener una influencia directa sobre el envejecimiento, más bien, tienen un control indirecto a través de mecanismos protectores o destructores de la organización biológica inicial del organismo adulto (Miquel, 2006).
Teorías fisiológicas	El deterioro en las neuronas y sus hormonas asociadas, serían el eje del proceso del envejecimiento (Strehler, 2000 y P. Hyland, 2013). Los cambios que ocurren en neuronas, células glandulares y de sistema inmune, sin embargo, ocurren en todas las células somáticas, por lo que podrían ser efectos secundarios del proceso del envejecimiento (Hayflick, 1985 y P. Hyland, 2013).
Teoría del “desgaste”	Envejecimiento es un “efecto secundario” de su trabajo fisiológico. Los cambios en el consumo de O ₂ tendrían como consecuencia a formación de radicales libres y consiguiente estrés oxidativo que influiría en la edad del individuo (Miquel, 2006).
Senescencia celular	Número de duplicaciones de la población celular está inversamente correlacionado con la edad del donante (Moorhead, 1961, Hayflick L., 1965 y Johnson, 1979). Esta teoría del envejecimiento basada en la acción de los telómeros y telomerasa carece de universalidad (JC. Carlson, 1998 y Goyns, 2002).
Teoría del soma desechable	Envejecimiento es producto del daño que no es reparado debido a la falta de disponibilidad de recursos (Williams, 1957, Elizabeth Chereji, 2012).
Mutación somática y reparación de ADN	Daños en el ADN, que si no se reparan pueden producir mutaciones (Cefalu, 2011).

Error catastrófico	Daño en los mecanismos que sintetizan proteínas. Pérdida progresiva del “autoreconocimiento” (Fleming JE, 1986 y Orgel L. , 1963).
Cross-Linking	La acumulación de moléculas entrecruzadas, causada por uniones de enlaces covalente o de hidrógeno, podría dañar la función de las células y tejidos por los mecanismos de la agregación molecular y la disminución de la movilidad (P. Hyland, 2013).
Radicales libres	<p>Son los radicales libres, productos del metabolismo, los responsables del envejecimiento humano (Harman, 1986). Su presencia y acción dentro de las células puede modificar la estructura de tejidos y, por ende, la función de los órganos, lo que lleva al colapso de los mecanismos homeostáticos y dan paso a los trastornos relacionados con la edad y finalmente la muerte (David Clancy, 2013).</p> <p>La evidencia muestra que las células <i>in vitro</i> aumentan su tiempo de vida con antioxidantes. Sin embargo existe poca evidencia que muestre este mismo proceso <i>in vivo</i> (P. Hyland, 2013).</p>
Daño del ADN mitocondrial	Postula que las especies reactivas de oxígeno (EROs) de la mitocondria producirían una acumulación de mutaciones en el ADN mitocondrial (Cefalu, 2011). Esto produciría una reacción en espiral descendente, que resultaría en una respiración mitocondrial defectuosa, la consecuente producción de EROs que completarían un el ciclo, llevando a la pérdida de la capacidad bioenergética y finalmente a la muerte (P. Hyland, 2013).

ENFOQUE PSICOLÓGICO

Para los científicos psicosociales, el proceso de envejecimiento es más que netamente fisiológico e implica fenómenos psicológicos y sociales (Martínez, 2005).

Actualmente existen múltiples modelos de base psicosocial sobre la vejez, que explican aspectos parciales de ésta. La teoría psicosocial del yo y las teorías de la actividad y desvinculación son las que más destacan dentro de este enfoque.

I. Teoría psicosocial del yo de Erikson:

Erikson propuso que la principal motivación del desarrollo es social (Cloninger, 2003), basándose en el principio epigenético que da cuenta de los cambios en la expresión de los genes heredables por causa del ambiente extranuclear, extracelular y social (Bedregal & Shand, 2010). Propone ocho etapas psicosociales:

i. Confianza vs. Desconfianza: 0 a 12-18 meses (Bordignon, 2005).

El lactante desarrolla el sentimiento de confianza que nace de la sensación de bienestar físico y psíquico que proviene del abastecimiento de la alimentación, atención y afecto proporcionados principalmente por la madre (Bordignon, 2005). En la vida adulta la cualidad de confiar es importante ya que contribuye al ajuste y a la felicidad (Cloninger, 2003).

ii. Autonomía vs. Vergüenza y duda: 2 a 3 años (Bordignon, 2005).

El niño desarrolla un equilibrio de independencia y autosuficiencia sobre la vergüenza y duda (Cloninger, 2003). El pequeño incorpora a su aprendizaje la higiene, la verbalización y la autonomía física (Bordignon, 2005). Si la vulnerabilidad del niño no es apoyada, este desarrolla la vergüenza y la duda (Cloninger, 2003).

iii. Iniciativa vs. Culpa y miedo: 3 a 5 años (Bordignon, 2005).

En esta dimensión psicosexual el niño incorpora el aprendizaje sexual (hombre y mujer), mejora la capacidad locomotora y perfecciona el lenguaje (Bordignon, 2005). El niño se

acerca a lo desconocido con curiosidad, entrometiéndose física y verbalmente en el espacio de los demás, desarrollando un balance entre lo que es permitido o no (Cloninger, 2003).

iv. Laboriosidad vs. Inferioridad: 5-6 a 11-13 años (Bordignon, 2005).

El niño aprende a ganar reconocimiento por medio de producir cosas, compara las propias habilidades con las de sus pares y la calidad del producto importa (Cloninger, 2003). Cuando sus habilidades no están a la par con el resto, su autoestima se afecta y busca la protección de sus padres (Bordignon, 2005).

v. Identidad vs. Confusión de roles: 13 a 20 años (Bordignon, 2005).

En el momento de su transición hacia la adultez el adolescente desarrolla el sentido de identidad en su intento de responder ¿Quién soy?, el individuo se identifica tempranamente con sus padres para luego lograr su propio descubrimiento (Cloninger, 2003).

vi. Intimidad vs. Aislamiento: 20 a 30 años (Bordignon, 2005).

Según Erikson, la intimidad psicológica con otra persona no puede ocurrir hasta que se establezca la identidad del individuo ya que ésta involucra la fusión psicológica con otra persona sin que la identidad individual sea destruida (Cloninger, 2003). En esta etapa se generan lazos con otros y se finalizan carreras, de no lograrse la persona se aísla de la sociedad (Bordignon, 2005).

vii. Generatividad vs. Estancamiento: 30 a 50 años (Bordignon, 2005).

Aquí está el interés por establecer y guiar a la siguiente generación por medio de la paternidad o en su defecto, como mentor o maestro (Cloninger, 2003). El fracaso del desarrollo de esta etapa genera el sentimiento de estancamiento, donde no logra ser capaz de involucrarse de forma adecuada en el cuidado de los demás (Cloninger, 2003).

viii. Integridad del yo vs. Desesperación: Después de los 50 años (Bordignon, 2005).

En esta etapa el individuo debe ser capaz de mirar atrás en su vida sin desear que las cosas hubiesen sido diferentes (Cloninger, 2003). Además de la desesperación por inconformidad

frente a lo que se ha vivido está la desesperanza expresada con la negación a aceptar la muerte (Cloninger, 2003).

II. Teoría de la Desvinculación de Cumming y Henry

En esta teoría se afirma que hay un proceso de separación entre el individuo que envejece y la sociedad (Izal & Fernández-Ballesteros, 1990), donde el anciano reduce sus roles más activos, como actividades laborales, y se centra en su vida interior; al mismo tiempo, la sociedad se cierra al individuo que envejece disminuyendo sus posibilidades de participación, y le libera de sus obligaciones haciendo que la persona se sienta feliz y satisfecha (Barros et al, 2006).

III. Teoría de la actividad de Havighurst

Define que la vejez está acompañada de nuevas actividades y trabajos (pasatiempos, participación en clubes o asociaciones, etc.) que sustituyen a aquella de antes de la jubilación. Hay una relación positiva entre la actividad, el mantenimiento de la función general y el nivel de satisfacción en la vejez (Izal et al, 1990). Estas actividades deben ser recompensadas ya sea económicamente, con satisfacción propia o siendo útiles a otras personas (Barros et al, 2006).

Un buen estado de ánimo en la vejez se relaciona con un alto nivel de actividad, lo cual no niega el hecho de que con la edad disminuyen las actividades que se realizan producto de las imposiciones externas (decremento los roles sociales, fallecimiento de amigos y familiares y, deterioros o cambios en la salud). Por otro lado, adultos dependientes con limitaciones físicas y/o mentales se encuentran en una situación de desventaja y marginación social (Barros et al, 2006).

ENFOQUE SOCIAL

Este enfoque intenta interpretar la realidad de las personas mayores como sujetos insertos en sociedad. Existen aproximaciones teóricas dentro de las cuales destacan la teoría funcionalista, la teoría de la economía política del envejecimiento, y la teoría de la dependencia estructurada.

La teoría funcionalista, cuyo desarrollo tuvo su máxima expresión en las décadas de los 60 y 70 propone que la vejez es una forma de ruptura social, donde el papel que desempeña está asociado a la pérdida progresiva de sus funciones. En el contexto actual la sociedad occidental esta explicación adquiere un importante significado, ya que considera a las personas mayores como improductivas o no comprometidas con el desarrollo social, desprovista de roles y funciones, lo que tiene como consecuencia un aislamiento en la vejez (Bury, 1995).

La economía política aborda al adulto mayor como sujeto inserto en la sociedad capitalista moderna y relaciona la calidad de vida de la persona mayor a la posición en el mercado de trabajo al momento de la jubilación. Sus críticos señalan que esta visión, si bien resulta útil, considera a la persona mayor como categoría social única y convienen que no existe una continuidad pre y post jubilación en el plano económico, y tampoco en las relaciones sociales (Estes, 1986).

La teoría de la dependencia estructurada, se enfoca en el sistema social en general, en vez de dirigirla hacia las características de las personas. Propone que el origen de las características de la dependencia radica en la estructura y la organización de la producción. Además plantea una perspectiva que pone énfasis en la creación social (Mouzelis, 1991), que es definida como la problemática de los distintos ámbitos de la humanidad que es excluida históricamente de los diferentes procesos y proyectos predominantes (Piola, 2000).

DEMOGRAFÍA INTERNACIONAL Y NACIONAL

I. Envejecimiento demográfico

Como se ha definido previamente, el envejecimiento es un proceso que se desarrolla paulatinamente entre los individuos y en el colectivo demográfico. Según Magno de Carvalho y Andrade (citado por Popolo, 2001) el “envejecimiento individual” se relaciona al proceso biológico que sufre una persona cuando avanza su edad, sin embargo, el inicio de la senectud tiene que ver además con fenómenos de naturaleza biopsíquica y social (Popolo, 2001). En cambio, una población envejece cada vez que las cohortes de edades mayores aumentan su ponderación dentro del total (Villa & Rivadeneira, 1999).

El envejecimiento poblacional, a diferencia del proceso individual, puede revertirse si se alteran sus fuerzas causales (tendencias de la mortalidad, de la fecundidad y de la migración según sea el caso) sin embargo, dada las tendencias y la actual situación resulta razonable que la proyección vigente en el proceso de envejecimiento a nivel global continuará su curso, por lo menos hasta mediados del siglo XXI (CELADE, 2006).

II. Envejecimiento poblacional

El envejecimiento de la población se define como el incremento progresivo de la proporción de las personas con 60 años y más con respecto al total de la población, producto de una gradual alteración del perfil de la estructura por edades, cuyos rasgos (una pirámide con base amplia y cúspide angosta) se van desfigurando para darle una apariencia rectangular y tender posteriormente a la inversión de su forma inicial (una cúspide más ancha que su base) (Chesnais, 1990).

III. Factores del envejecimiento demográfico.

Los cambios en la fecundidad y mortalidad, principalmente, traen como resultado la caída del ritmo de crecimiento medio anual de la población y una distribución por edades cada vez más envejecida (MIDEPLAN, 2007).

IV. Fecundidad

Una de los cambios más significativos dentro de las transformaciones demográficas es el descenso sostenido de la fecundidad. Esta modificación tan profunda de la conducta reproductiva sintetiza un complejo de cambios socioculturales y demográficos (Villa & Rivadeneira, 1999). La fecundidad es el factor primordial de la remodelación de la estructura etaria y su modificación conlleva un impacto sobre el envejecimiento que es superior y más directo que los cambios de la mortalidad. En cuanto la tasa general de fecundidad comienza a decrecer sostenidamente, se visualiza un estrechamiento de la base de la pirámide demográfica por edades y, como se trata de un descenso prolongado en el tiempo, se espera su inversión (CELADE, 2006).

V. Mortalidad

El descenso de la mortalidad es otro elemento que influye en el envejecimiento poblacional, sin embargo, se comporta de manera distinta dependiendo de la etapa transicional en que se encuentre el país. La declinación de la mortalidad, y especialmente en la mortalidad temprana, inicia el proceso de transición demográfica, asimismo amplía el número de años de vida de la población (MIDEPLAN, 2007).

VI. Migración

Otro factor que afecta el envejecimiento es el proceso migratorio, cuyas consecuencias dependen de la magnitud y continuidad de las corrientes junto con el momento histórico en que se producen (Villa & Rivadeneira, 1999). La migración puede afectar las estructuras etarias en los territorios, especialmente en el ámbito local y en determinadas áreas que cuentan con pequeños volúmenes demográficos, o si el proceso perdura por un extenso período (Villa & Rivadeneira, 1999). La selectividad por edad de la migración tiende a envejecer las áreas de origen, ya que principalmente migran adultos jóvenes, aunque no necesariamente rejuvenece a la población de destino (CELADE, 2006).

VII. Situación demográfica. Generalidades.

i. Transición demográfica.

La transición demográfica se refiere a los cambios que sufren las poblaciones desde altos a bajos niveles de mortalidad y fecundidad, y cuya consecuencia más próxima es el cambio en la estructura por edad de la población, que incide en la reducción porcentual de población joven y en un incremento de la concentración de porcentaje en las edades más avanzadas que ocurre en un mayor plazo. Estas variaciones se denotan en el índice de adultos mayores, que es el cociente entre la población de 60 años o más y la población de menores de 15 años y se manifiesta como el número de adultos mayores por cada 100 menores de 15 (Damianovic, 2008)

ii. Transición demográfica en América Latina y el Caribe.

Los países latinoamericanos han mostrados profundas transformaciones en su demografía, destacando la disminución del crecimiento de la población (1,3 en el quinquenio 2005-2010) y el envejecimiento de las estructuras por edad (CELADE, 2006).

Esta modificación responde a la acelerada baja de fecundidad, antecedida por una disminución sostenida de la mortalidad. Esta última comenzó a finales de la primera mitad del siglo XX y actualmente se expresa en una esperanza de vida al nacer de 73,4 años (periodo 2005-2010) (CELADE, 2006).

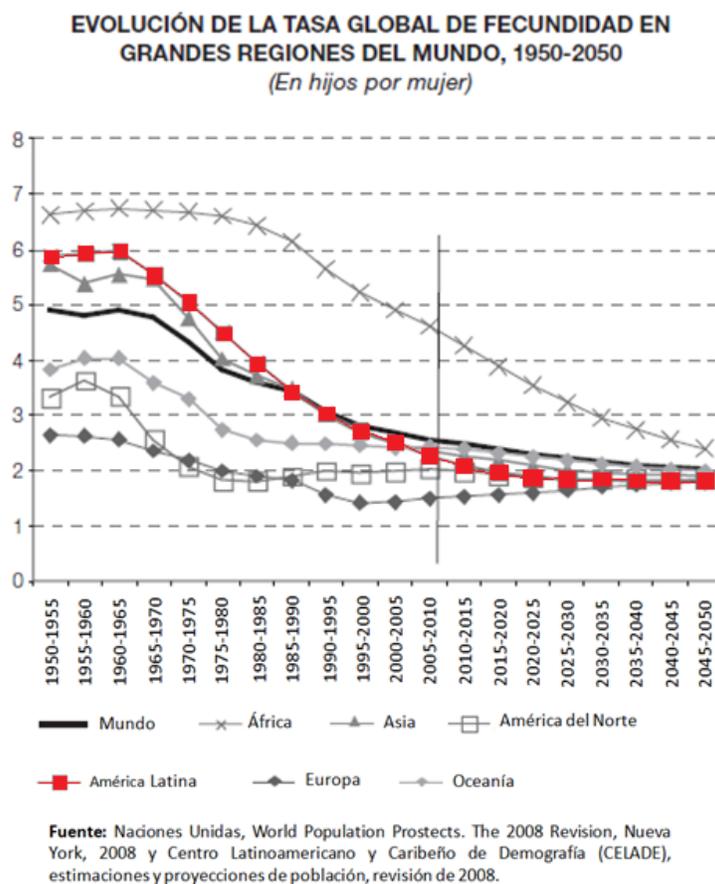
La transición demográfica ha sido acelerada, sin embargo, mantiene rasgos heterogéneos entre los países y a nivel regional ha conllevado dos grandes modificaciones: la disminución de la dependencia demográfica y el envejecimiento poblacional.

El número absoluto de personas de 65 años y más aumentará sostenidamente en los próximos decenios y la velocidad de cambio de este grupo etario será entre tres y seis veces mayor que la población total en los períodos 2000-2025 y 2025-2050, respectivamente. Se triplicará la proporción de personas mayores de 65 años entre 2000 y 2025, y uno de cada 5 latinoamericanos tendrá más de 65 años en 2050 (CELADE, 2009).

Entre los factores que destacan en la dinámica demográfica de la región en los últimos 50 años, se encuentra el descenso de la mortalidad y la fecundidad. Es el descenso de la

fecundidad el cambio más importante de la historia demográfica de la región: en los últimos 55 años Latinoamérica y el Caribe ha pasado de tener índices reproductivos más altos el mundo a niveles por debajo de la media mundial (Ver Gráfico 1) (CELADE, Proyección de población, 2009).

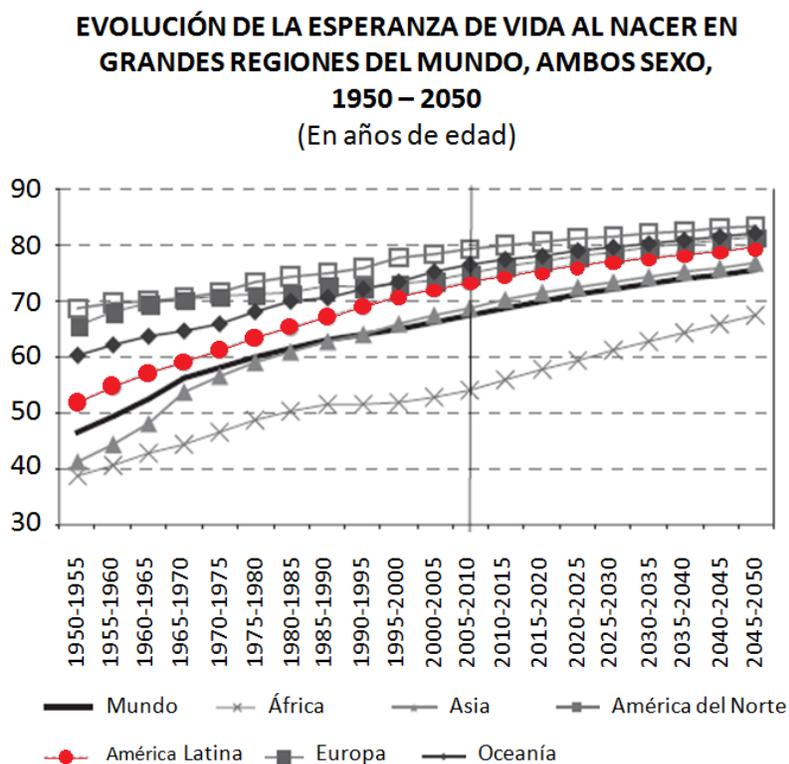
Gráfico 1: Extraído de Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE, Proyección de población, 2009).



La reducción de la fecundidad fue precedida por la disminución sostenida de la mortalidad, que ya era manifiesta hacia finales de los primeros 50 años del siglo XX, por lo que la diferencia inicial entre el descenso de la mortalidad y el de la fecundidad fue el causante del acelerado crecimiento poblacional en la región especialmente entre 1950 y 1970. Sin embargo, con los posteriores descensos de la fecundidad, el crecimiento de la población registró una persistente tendencia a la baja (CELADE, 2005).

En los últimos 60 años, la población de América Latina aumentó 21,8 años el promedio de vida, lo que se traduce en una esperanza de vida al nacer de 73,5 años para ambos sexos en el quinquenio 2005-2010 (Ver Tabla 2). Esta expectativa de vida es 7,9 años superior que el total de las regiones en desarrollo, y sólo 1,6 años menor que el promedio de Europa (CELADE, 2009)

Gráfico 2: Extraído de Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.



Fuente: Naciones Unidas, World Population Propects. The 2008 Revision, Nueva York, 2008 y Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), estimaciones y proyecciones de población, revisión de 2008.

Son por lo menos 3 los hechos destacados que caracterizan el proceso de envejecimiento actual y futuro de la estructura demográfica.

En primer lugar se trata de un proceso generalizado. En la totalidad de países de la región la población de 60 años y más denota un aumento sustancial, tanto en términos relativos como absolutos (Guzmán, 2002).

En segundo lugar, el ritmo de envejecimiento en la región es más acelerado comparado con lo que fue históricamente en los países desarrollados. Precisamente, en los Estados Unidos, el porcentaje de personas con 65 o más años acrecentó de 5,4% en 1930 a 12,8% en el 2000; en Holanda de 6,0% en 1900 a 13,8% en el 2000; y en Finlandia de 5,3% a 12,9% en el mismo período. Pero en Brasil, la proporción actual de 5,1% llegará a 14,5% en 2040; se trata de un aumento que es 2,1 veces más rápido que en los Estados Unidos y 3,1 veces más rápido que en Holanda. En América Latina y el Caribe, se espera un cambio similar en la proporción de adultos mayores (de 5,4% en 2000 a 14,0% en el 2040) e incluso que países menos adelantados en su transición demográfica adquieran incrementos significativos (Guzmán & Hakkert, 2001).

En tercer lugar, los posibles impactos negativos de la senectud no solamente se relacionan en su ámbito cuantitativo, sino también con el contexto social, económico y cultural, en que el proceso se está desarrollando, representado por la alta incidencia de la pobreza, persistente y aguda inequidad social, baja cobertura de la seguridad social y una probable tendencia hacia el deterioro de las estructuras familiares de apoyo al adulto mayor. Se ha postulado, además, la probabilidad de que las cohortes que se incorporan al grupo de adultos mayores puedan ser en el futuro más frágiles desde la perspectiva de su salud (Guzmán, 2002).

El envejecimiento de la población trasciende en todos los ámbitos de la vida: la familia la economía, los servicios de salud y la sociedad en general. Obliga a las sociedades a transformar el ciclo del trabajo y la jubilación, y a las instituciones a invertir lo suficiente para dotar a los prestadores de servicios sociales y de atención de salud de conocimientos y competencias que les permitan entregar asistencia a lo largo de la vida entera (Peláez, 2005)

La planificación necesaria para enfrentar una sociedad que envejece depende de que existan datos sobre varios aspectos integrados de la vida (la salud, el trabajo, los ingresos y las relaciones sociales) que puedan guiar las funciones y servicios del ámbito de la salud hacia las necesidades de una población adulta mayor (Peláez, 2005).

VIII. Envejecimiento demográfico de la población de Chile

El envejecimiento demográfico aparece como consecuencia del desarrollo de la medicina y la tecnología, el crecimiento económico, la participación femenina en el mercado laboral, el mejoramiento de la nutrición de la población y su mayor acceso a la atención de salud y a la educación, en el contexto de un acelerado proceso urbanización y de desarrollo de los medios de comunicación. Estos factores han contribuido a mejorar la salud y prolongar la vida de las personas, lo cual genera condiciones para el descenso de la mortalidad y a la vez de la fecundidad (MIDEPLAN, 2007).

Chile es un país donde la migración internacional no ha sido un importante factor demográfico, los cambios demográficos generales se expresan en mayor medida por la evolución del crecimiento natural de la población (natalidad menos mortalidad) (Damianovic, 2008).

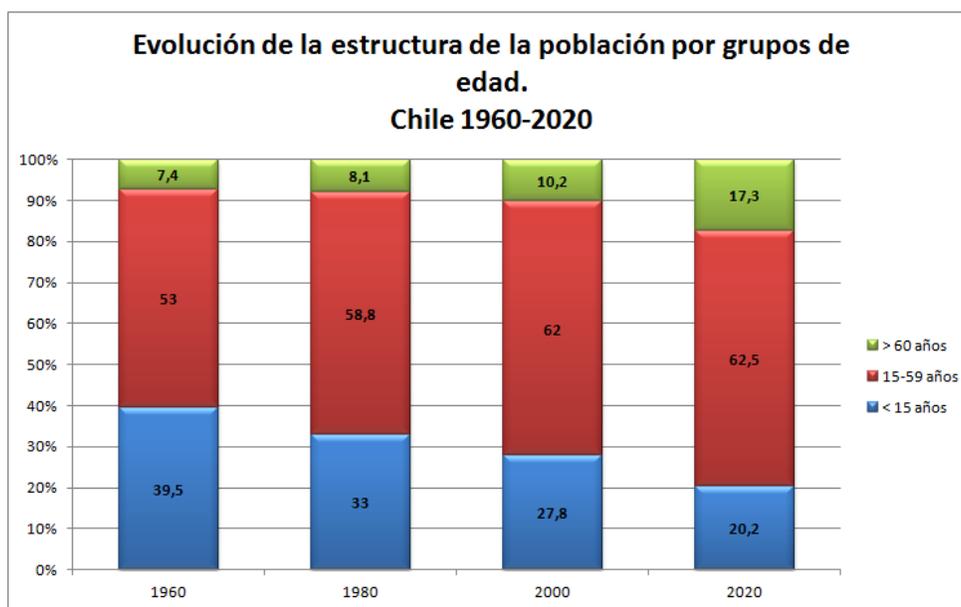
En Chile en 1990, la tasa global de fecundidad era de 2,7 hijos/as promedio por mujer; la esperanza de vida al nacer de 71 años para los hombres y 77 para las mujeres (en promedio de ambos, 74) en el período 1991-1992 y, la tasa de mortalidad de 6,0 por mil habitantes. En el año 2007 estos indicadores evolucionaron a 1,9 hijos/hijas promedio por mujer; la esperanza de vida promedio de 77 años (75 para los hombres y 80 años para las mujeres) y la tasa de mortalidad a 5,6 por cada mil (INE, 2010).

Chile presentó una disminución mantenida de la fecundidad desde la década de los años 60 y, junto a la disminución de la mortalidad que se inició más precozmente en los años 20, incidieron en que el país hoy se sitúe en una etapa bastante avanzada en la transición al envejecimiento demográfico de su población. Entre 1907 el porcentaje de adultos mayores era del 6% en cambio en 1940, de 37%. En 1970 en Chile había 19 personas de 60 años o más por cien menores de 15 y, en contraparte, en 2010 hay 58. Lo que se traduce en que actualmente el envejecimiento demográfico es el triple del que existía hace 4 décadas (INE, 2010).

La distribución por grupos de edad se ha modificado elocuentemente desde mediados del siglo XX hasta la actualidad. En 1960 los menores de 15 años constituían el 39,5% de la población total, los de 15 a 64 eran el 53% y los mayores de 60 representaban el 7,4% por

lo tanto, representaba menos de la décima parte de la población. En el año 2000 estos porcentajes eran de 27,8%, 62% y el 10,2% de la población total, respectivamente, disminuyendo la población infantil y aumentando la población adulta mayor. Se estima que al año 2020 estos grupos representarán el 20,2%, 62,5% y 17,3% respectivamente (Ver gráfico 3) (Ministerio de Salud, 2014).

Gráfico 3: Extraído de Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores 2014 (Ministerio de Salud, 2014)

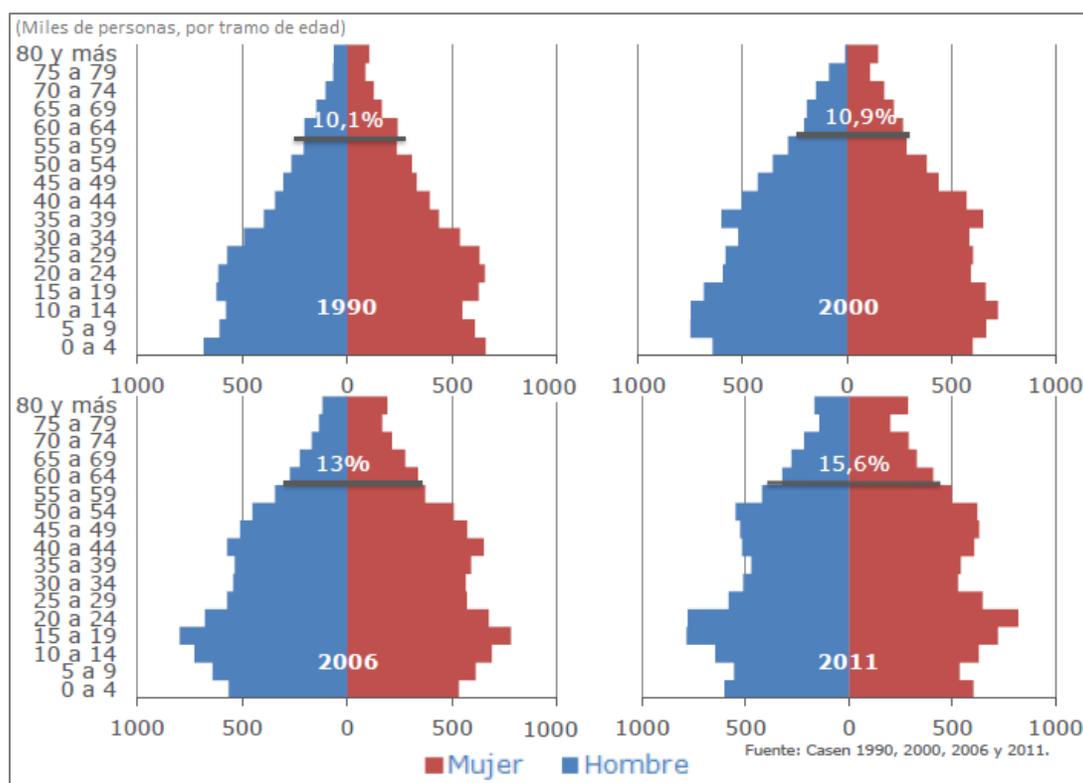


Fuente: Base de Estimaciones y Proyecciones Poblacionales 1990-2020, INE.

Los datos demográficos indican que Chile ha sufrido un proceso de envejecimiento acelerado. La mortalidad se redujo a la mitad en 25 años, de tal manera que, entre 1950 y 1975, la tasa de mortalidad general varió de 13,6 a 7,4 muertes por mil habitantes respectivamente, y para el 2010 la disminución se refleja en cifras de 5,7 por mil habitantes. Por otra parte la reducción de la tasa global de fecundidad fue un poco más tardía pero igualmente drástica, con valores de 5,5 hijos por mujer en el quinquenio 1955-1960, a 1,89 hijos por mujer entre 2010 y 2015; este valor se proyecta a 1,7 en 2020-2025. Esto refleja que las personas viven más años, aumentando significativamente la proporción de mayores de 60 años, constituyendo el 13% del total de la población en el año 2011 y proyectándose a 16,7% de la población para el año 2020 (Ministerio de Salud, 2014).

En el siguiente gráfico se puede apreciar un angostamiento de la base de la pirámide poblacional, por motivo de la disminución de la fecundidad, y un aumento de la cúspide a causa del incremento de personas de edades avanzadas dada la disminución de la tasa de mortalidad. En el año 2011 la pirámide comienza a “rectangularizarse”, forma propia de países desarrollados (Ministerio de Salud, 2014)

Gráfico 4: Pirámides de población Chile 1990, 2000, 2006 y 2011 (Ministerio de Salud, 2014).



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, resultados Encuesta de Caracterización Socioeconómica CASEN 2011.

Por otra parte, la población mayor de 60 años se duplica aproximadamente cada 25 años. Así, en el año 1950 era de 416 mil, pasando a 814 mil en 1975, y 1,55 millones en el año 2000. Se proyecta que de 3,55 millones en 2025, cifra mayor al doble, y en 2050 a 5,33 millones, lo cual muestra que el mayor envejecimiento ocurrirá en el periodo comprendido entre 2000 y 2025. Del mismo modo, en 1950 la población mayor de 60 años representaba el 6,9% y se espera que el 2050 sea el cuarto de la población total (Ministerio de Salud, 2014) (Arenas Á. , 2012).

En 1980 el rango etario 0-4 comienza su decrecimiento continuo y constante en el tiempo, correspondiendo al 10,5% de la población total. En cuanto al grupo de 60 y más años corresponde al 8,1% y 80 y más al 0,9%; en relación al índice de envejecimiento corresponde al 24,7% (Arenas Á. , 2012).

En 1990 se describe que el grupo 0-14 años corresponde al 29,9%; 60 y más años al 9,0% y 80 y más años al 1,0% y un índice de envejecimiento de un 29,9% (Arenas Á. , 2012)

Ya en el año 2000 es importante destacar que aumenta la edad promedio de la población, destacando los siguientes grupos: 0-14 años con valores de 27,8%; 60 y más años alcanza un 10,2% y el grupo de 80 y más años 1,3%; siendo el índice de envejecimiento de 36,6% (Arenas Á. , 2012).

En el año 2010 se observa claramente un aumento de la población adulta mayor, la que en 1980 correspondía a 909.818 personas y para el 2010 alcanza 2.213.436 personas, es decir, en 30 años aumenta en un 243%. Los grupos de 0-14 años corresponden al 22,3% del total, el grupo de 60 y más años alcanza un 12,9% y 80 y más años 1,9%. El índice de envejecimiento corresponde a 58% (Arenas Á. , 2012) .

En el año 2020 se observará que la población de 60 años y más alcanza el 17,3%. El grupo de 0-14 años logra un 20,2% y el grupo de 80 y más 2,5%. El índice de envejecimiento logra valores de 85,5% (Arenas Á. , 2012).

IX. Índice de envejecimiento

Por otra parte, el índice de envejecimiento, que constituye la relación entre las personas de 65 años y más años por cada 100 menores de 15, ha aumentado exponencialmente. En 1950 las cifras alcanzaban 18,7 AM por cada 100 menores de 15 años, pasando por valores de 21,4 en 1975 a 35,8 en el año 2000. Este índice transita de 41 en 2002 a 70 en 2014. (Ministerio de Salud, 2014) (INE, 2014).

En la actualidad, el número de personas de 60 años o más en 2014 es de 2,6 millones, lo cual representa un 15% de la población total. El número de menores de 15 años es de 3,7 millones, representando un 21% de la población total (INE, 2014).

ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL ENVEJECIMIENTO

El informe emitido por el Fondo Monetario Internacional (FMI) en Julio de 2014 de Perspectivas Económicas Globales estima que el PIB per cápita de Chile para el año 2014 es de 23.165 dólares, cifra que supera al sondeo anterior realizado en abril, que bordeó a los 20 mil US\$. Se ha enfatizado que a pesar de que la cifra ha mejorado, no se condice con la realidad nacional que tiene muy mala distribución del ingreso y por lo tanto los beneficios apuntan a un sector muy reducido de la población. Si la cifra se ajustara a al concepto real de “per cápita”, cada chileno estaría recibiendo un ingreso cercano a 1 millón 200 mil pesos mensuales. Por el contrario, la realidad es que un 70% de los trabajadores del país gana menos de 400 mil pesos líquidos y con una alta tasa de endeudamiento, debido a que los derechos sociales como la educación y la salud forman parte de negocios altamente lucrativos (Díaz, 2014).

Las políticas de protección social desenvuelven un papel determinante en la realización del derecho humano a la seguridad social, disminuyendo la pobreza y la desigualdad, impulsando el capital humano y la productividad, favoreciendo la demanda interna y proporcionando la transformación estructural de las economías nacionales (OIT, 2014).

El derecho a la seguridad del ingreso en la edad avanzada, incluye el derecho a una pensión adecuada, sin embargo, el 48% de todas las personas que superan la edad que da derecho a pensión, no la reciben (OIT, 2014).

Para la mayoría de los que reciben una pensión, los niveles de ésta no son adecuados. Como consecuencia, la mayoría de los AM, a nivel mundial, no tienen una seguridad del ingreso, carecen del derecho a jubilación y tienen que seguir trabajando, a menudo mal remunerados y en condiciones precarias. Sólo el 42% de las personas en edad activa hoy en día pueden esperar recibir pensiones de seguridad social en el futuro, siendo la cobertura efectiva incluso más baja. Esta laguna tendrá que colmarse mediante la expansión de las pensiones no contributivas (OIT, 2014).

En Chile, se proyectó que desde el 2002 aumentaría el índice de dependencia demográfica, el índice dependencia familiar y disminuiría la tasa de ocupación. Los indicadores

señalados evidencian que existiría un cambio demográfico que tendría como consecuencia una mayor demanda de los AM hacia la población económicamente activa (INE, 2007).

En la actualidad los AM declaran jubilar a los 61,5 años en promedio, de ellos un 82,9% reciben alguna jubilación o pensión por vejez, ya sea por AFP (50,6%) o por IPS (41,1%). En efecto, 65% de los AM encuestados expresa haber cotizado alguna vez en algún sistema de pensiones, un 83% refirió recibir una pensión de algún tipo o jubilación por vejez, a la vez que un 21,2% dice trabajar y recibir complementariamente alguna pensión o jubilación por vejez. Además según resultados de la tercera encuesta nacional de calidad de vida y vejez, 28% de los AM entre 60 y 74 años (hombres fundamentalmente), realizaron algún trabajo remunerado durante el último mes, llegando a trabajar un promedio de 30 horas, 4,7 días a la semana. Por otro lado, 26,2% de los AM declara que recibe dinero de algún trabajo o negocio propio (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2013).

Lo anterior evidencia que existe un sector de esta población que continúa trabajando. La principal razón dada por los AM para continuar trabajando es por “necesidad económica” (64,5% de los encuestados que trabajan). Asimismo, de los AM que reciben dinero por jubilación, pensión de vejez, pensión de invalidez o renta vitalicia, 60,7% reciben entre 50 y 150 mil pesos y un 24,3% entre 150 y 250 mil pesos (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2013). La línea de la pobreza está definida como el ingreso mínimo establecido por persona para satisfacer las necesidades básicas, mientras que la línea de la indigencia es el ingreso mínimo establecido por persona para satisfacer las necesidades alimentarias. Se establece a partir del costo de la canasta básica de alimentos al que se aplica un factor multiplicador (Ministerio de Salud, 2014). Según la encuesta CASEN 2011, un 7,9% de los AM se encuentran en situación de pobreza y un 1,8% en extrema pobreza (Gobierno de Chile, 2011). Sin embargo también se describe que sólo un 24,7% de los AM indica “no alcanzarles” el dinero, mientras que un 75% manifestó que el dinero les alcanza para satisfacer sus necesidades, de los cuales un 58,1% declara que le “alcanza justo” y un 17,2% declara que holgadamente (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2013).

Por otro lado, un 74,9% de los AM que trabajan expresan que “le agrada mucho lo que hace en su trabajo actual” y un 66% manifiesta que “continuaría trabajando incluso si no tuviera necesidad económica de hacerlo”. Sumado a lo anterior, de los AM que refieren no realizar

un trabajo remunerado, un 42,7% lo aduce a la existencia de “problemas de salud” para no hacerlo, mientras que solo el 15,6% manifiesta que “no le interesa trabajar”. Además, entre el 2010 y el 2013 aumentaron de un 54,3% a un 66,1% de AM que quieren seguir trabajando “hasta que su salud se lo permita”, independientemente de tener una edad determinada, disminuyendo así el porcentaje de personas que quieren dejar de trabajar antes de los 65 años (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2013).

Otros países que emprenden una consolidación fiscal están reformando sus sistemas de pensiones para realizar ahorros de costos, incluido el retraso de la edad de jubilación, la reducción de las prestaciones y el aumento de las tasas de cotización.

Estos ajustes están determinando una menor responsabilidad estatal y trasladando gran parte de los riesgos económicos asociados con el otorgamiento de la pensión a los individuos, comprometiendo, así, la adecuación de los sistemas de pensiones y disminuyendo su capacidad de prevención de la pobreza en la edad avanzada.

Es significativo destacar que algunos países están revirtiendo las privatizaciones anteriores de los sistemas de pensiones, aplicadas en las décadas de 1980 y 1990. Argentina, Bolivia, Chile, Hungría y Polonia han renacionalizado o están renacionalizando sus sistemas de pensiones para mejorar la seguridad del ingreso en los AM. (OIT, 2014).

En el caso de Chile, el 29 de abril del 2014, la Presidenta Michelle Bachelet, a través del Decreto Supremo N°718, del Ministerio de Hacienda, crea la Comisión Asesora Presidencial sobre el Sistema de Pensiones, que tiene por objetivo estudiar el Sistema de Pensiones establecido en el Decreto Ley N°3.500 de 1980 y en la Ley N°20.255 de la Reforma Previsional de 2008, realizar un diagnóstico acerca del actual funcionamiento de estos cuerpos normativos y confeccionar propuestas dirigidas a resolver las deficiencias que se identifiquen (Comisión Asesora Presidencial sobre el sistema de pensiones, 2014).

Las tareas encomendadas a la Comisión según mandato, son las siguientes:

- a. Realizar un estudio y análisis de los resultados observados y proyectados del Sistema de Pensiones, tomando en consideración las necesidades de la población;
- b. Elaborar un diagnóstico acerca de los atributos, limitaciones, deficiencias y desafíos del Sistema de Pensiones;
- c. Elaborar propuestas orientadas a resolver las principales deficiencias del Sistema de Pensiones. Identificando, asimismo, otras medidas complementarias que resulten necesarias;
- d. Requerir de los ministerios, servicios y organismos públicos toda la información que considere necesaria para cumplir el mandato encomendado;
- e. Solicitar a los organismos competentes la realización de estudios que permitan conocer la opinión de la ciudadanía en materias relativas a la previsión social;
- f. Realizar audiencias con organizaciones de la sociedad civil, representantes del mundo laboral y empresarial, Administradoras de Fondos de Pensiones, Compañías de Seguros, expertos y académicos nacionales e internacionales en la materia;
- g. Efectuar seminarios, en los que serán convocados connotados expertos internacionales, a fin de conocer las principales tendencias a nivel comparado en materia de sistema de pensiones, aprovechando dicha instancia para resolver interrogantes sobre aspectos específicos de la realidad previsional chilena; y
- h. Realizar las demás tareas que sean necesarias y pertinentes para el cumplimiento de su cometido de asesoría a la Presidenta de la Republica.

La Comisión velará porque las propuestas que formule sean relevantes, concretas, eficaces, eficientes y viables, y por la coherencia interna de todas ellas, precisando la gradualidad para su implementación. Asimismo, velará porque ellas cuenten con viabilidad financiera, política e institucional.

La comisión deberá elaborar un informe final que contenga las propuestas de solución a las deficiencias identificadas en el diagnóstico, el que será entregado a la Presidenta de la República en el mes de mayo de 2015. Con la entrega de dicho informe finaliza el funcionamiento de la Comisión. (Comision Asesora Presidencial sobre el sistema de pensiones, 2014).

ASPECTOS POLÍTICOS

LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES

I. Normas Internacionales de Derechos Humanos

Los derechos de las personas adultas mayores se enmarcan en el artículo 25.1 de la declaración universal de derechos humanos, en la cual se declara:

El derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, salud, bienestar, alimentación, vestido, vivienda y asistencia médica. Así también toda persona debe tener acceso a un seguro en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez u otros casos de pérdidas de sus medios por causas independientes de su voluntad (ONU, 1948).

Actualmente no existe una declaración de derechos humanos que especifique los derechos exclusivos de las personas mayores, a pesar de que hasta ahora se han realizado cuatro intentos para lograrlo. La primera declaración fue realizada por Argentina en 1948, documento que incluía los derechos a la asistencia, la acomodación, los alimentos, el vestido, la salud física y mental, la salud moral, la recreación, el trabajo, la estabilidad y el respeto (Huenchuan, 2013-a). El segundo intento fue realizado por la Federación Internacional de la Vejez y la República Dominicana, presentando los derechos y responsabilidades de las personas de edad en 1991. La propuesta planteaba lo siguiente: “Los derechos humanos fundamentales no disminuyen con la edad y convencidos de que, en razón de la marginación y los impedimentos que la vejez pueda traer consigo, las personas de edad corren peligro de perder sus derechos y de ser rechazadas por la sociedad a menos que estos derechos se reafirmen y respeten” (Federación Internacional de la Vejez, 1991). Posteriormente en 1999, en el Año Internacional de las Personas de Edad, República Dominicana presentó ante la Comisión de Desarrollo Social una nueva iniciativa denominada Declaración de Interdependencia, la cual planteaba el respeto de los vínculos existentes entre los pueblos, como aquellos que unen a las personas y los grupos a escala microsocial.

Finalmente en el mismo año, la American Association of Retired Persons (AARP) de los Estados Unidos envió una carta a las Naciones Unidas la cuál ponía énfasis en los asuntos comunes que preocupaban a distintos sectores de la sociedad. La carta realizaba recomendaciones sobre la interdependencia de las personas y la sociedad; la interdependencia de las etapas de la vida (en los ámbitos de la educación y la capacitación, el empleo y la actividad productiva, la protección de los ingresos, la salud y los servicios sociales) y la interdependencia de las generaciones. Sin embargo esta carta no tuvo acogida por las Naciones Unidas (Huenchuan, 2013-a).

La única propuesta que logró avanzar en “Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad” fue la realizada por la Federación Internacional de la Vejez y la República Dominicana en 1991 (ONU, 1991).

II. Asambleas mundiales y Plan de Acción Regional en Latinoamérica

La preocupación a nivel mundial en materia de envejecimiento generó que en 1978 se accediera a convocar a una asamblea mundial sobre envejecimiento, la que se realizó en Austria en 1982 (ONU, 1982). La asamblea, aspiró desde la gestión al reconocimiento del AM como sujeto jurídico particularmente vulnerable (Arenas Á., 2012). Tuvo como metas principales fortalecer la capacidad de los países de abordar de forma efectiva el envejecimiento de su población y fomentar una respuesta internacional a los problemas del envejecimiento. Su objetivo fue realzar la vida de las personas de edad como individuos, a fin que espiritual y físicamente disfruten plena y libremente de sus años avanzados, en paz, salud y seguridad (ONU, 1982). El Plan de Acción Internacional de Viena, adoptado durante la asamblea, reafirmó que los derechos fundamentales consagrados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos se aplican plenamente y sin menos cabo a las personas de edad y se declara que la calidad de vida no es menos importante que la longevidad. Además se tratan aspectos importantes para el concepto del desarrollo humano del AM y se reconoce que las tendencias demográficas tienen consecuencias sociales importantes, por lo que cada nación debe implementar políticas tendientes a responder a las nuevas necesidades de la población envejecida (ONU, 1982). Se considera como fundamental la presencia de los AM en el hogar, la vecindad y todas las formas de vida

social como persona que en base a su experiencia puede dar lección insustituible para la humanidad (Arenas Á. , 2012).

Veinte años después, la base conceptual del Plan de acción de Viena permitió generar una segunda Asamblea Mundial sobre envejecimiento efectuada en Madrid, España. El plan puso énfasis en los cambios de actitudes y prestó especial atención a la situación de los países en desarrollo, entregando el carácter metodológico al anterior plan de acción de Viena (Arenas Á. , 2012). Planteó que las personas mayores puedan seguir participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos y eliminar todos los factores excluyentes o discriminatorios en contra del adulto mayor (ONU, 2002). Por ello, reconoce que el Adulto Mayor tiene una función esencial en la familia, comunidad y sociedad. Muchas veces las funciones dentro de la sociedad no se miden en términos económicos, pero contribuyen enormemente a esta. Ejemplo de estas funciones son los cuidados prestados a los miembros de la familia, el trabajo productivo de subsistencia, el mantenimiento de hogares y realización de actividades voluntarias en comunidad. Es importante notar que, si bien la familia es una red de apoyo importante para el adulto mayor, también las personas mayores contribuyen de forma importante a las familias en los roles de cuidado de los nietos y tareas del hogar, así como afecto y protección. Por ello la asamblea estableció que los lazos familiares recíprocos deben orientar las políticas públicas, con el objeto de permitir la transmisión de valores entre las generaciones en el seno del núcleo familiar. Sin embargo, hay AM que no optan por vivir con los más jóvenes y esto también debe considerarse como una alternativa legítima (Arenas Á. , 2012).

Del mismo modo, tuvo como objetivo lograr la diversidad de edades y el equilibrio de los sexos en los lugares de trabajo a través de propuestas concretas dentro de su plan de acción. Dentro de las propuestas se encuentran que la jubilación tenga en cuenta las necesidades del empleado, así como las del empleador, aplicando el principio de políticas públicas y prácticas de jubilación flexible, al tiempo que se protejan los derechos adquiridos a las pensiones; reducir los incentivos y presiones para la jubilación anticipada; eliminar desincentivos al trabajo después de la edad de jubilación, protegiendo los derechos a pensiones, derechos a prestaciones y discapacidad y los beneficios de salud, los cuales no deben verse afectados por el retraso de la jubilación (ONU, 2002).

Asimismo se declaran los derechos y libertades fundamentales, fomentando la eliminación de la pobreza en la vejez, a través de medias de protección social/seguridad social, sobre todo ante a la feminización de la pobreza. Las Adultas mayores se identificaron como un grupo particularmente vulnerable debido a diversas razones entre las cuales destacan: la falta de oportunidades y autonomía para acceder a crédito, tenencia de tierra, falta de acceso a la educación, servicios de apoyo y participación mínima en los procesos de toma de decisiones (ONU, 2002).

Además, retoma la propuesta de la educación en la vejez y reitera que las personas de edad no constituyen un grupo homogéneo. Para esto, se debe eliminar el estereotipo de la persona adulta mayor como sujeto en discapacidad per se y debe avanzarse hacia la integración de las personas en el sistema educativo, garantizando un acceso igualitario a la educación superior. Por otro lado, debe valorarse la experiencia de las personas de edad para dar paso a iniciativas que promuevan un intercambio de conocimientos entre generaciones, con el objeto de permitirles actuar como mentores, mediadores y consejeros (ONU, 2002).

Con respecto a la atención de salud, confirma el apoyo y la protección de personas de edad, incluidos los cuidados de salud preventivos y la rehabilitación. Refuerza la promoción y protección de los derechos humanos como participación, no discriminación y comunicación intergeneracional (ONU, 2002). Indicó que la promoción y prevención de la salud deben estar orientadas hacia el mantenimiento de la independencia, retraso de la morbilidad y mejoramiento de la calidad de vida de las personas que ya están discapacitadas. Para esto, es preciso que se eliminen los obstáculos financieros, físicos, psicológicos y jurídicos para la utilización de servicios de salud. Debe realizarse por tanto, medidas que amplíen el acceso de personas pobres y que fomentan la distribución de recursos a las zonas subatendidas, tales como las zonas rurales y remotas, donde el acceso a medicamentos es escaso y donde no es posible acceder a otras medidas terapéuticas asequibles (ONU, 2002).

Por otro lado, la situación de abandono de personas de edad en zonas rurales, que carecen de transporte adecuado y sistema de apoyo, sumado a la falta de acceso a servicios y vivienda en zonas urbanas, indica que es necesario mejorar el entorno para un adecuado desarrollo de las personas mayores. Por lo tanto, se propone la eliminación de todas las

formas de abandono, abuso y violencia, a través de la educación de la población por medio de campañas de concienciación en todos los medios de difusión. Asimismo, se enuncia el “Derecho a envejecer en casa” para fomentar las redes de apoyo de los adultos mayores. Conjuntamente, refuerza la promoción de una imagen positiva de la vejez, reduciendo la discriminación por medio de publicidad que promueva la tolerancia, respeto y diversidad basado en las diferencias etarias, sin imágenes estereotipadas de las personas mayores (ONU, 2002).

Se propone por último, combatir social y jurídicamente la negligencia, violencia, abuso y explotación de las personas mayores. Solicita, por tanto, la implementación de sistemas de indicadores específicos de AM a nivel regional y nacional. Para esto se debe recabar información de los censos y otras fuentes de datos fidedignos disponibles y analizar y difundir dicha información, incluyendo módulos de calidad de vida que permitan evaluar los avances de los objetivos nacionales e internacionales (ONU, 2002).

El 2003, un año después de la conferencia de Madrid se realizó la Primera Conferencia Regional, la cual propuso la Estrategia Regional 2003. Esta retoma las ideas de la conferencia mundial del envejecimiento en los ítems de: personas de edad y desarrollo, salud y bienestar y entornos propicios y favorables (CEPAL, 2004).

Posteriormente, el año 2007 se realiza una Segunda Conferencia en Santo Domingo, República Dominicana, donde se realiza la “Declaración de Brasilia, cuya importancia fue reafirmada en la resolución 644 del trigésimo segundo periodo de sesiones de CEPAL. La declaración solicitó a los países miembros del Consejo de Derechos Humanos de las personas mayores de las Naciones Unidas la evaluación de la posibilidad de designar un relator especial encargado de velar por la promoción y protección de los derechos humanos de las personas de edad y realizar las consultas pertinentes con los gobiernos, para impulsar la elaboración de una convención sobre los derechos humanos de las personas de edad en el seno de las Naciones Unidas (CEPAL, 2008).

Finalmente en mayo del 2012 se realiza la Tercera conferencia regional en San José, Costa Rica. Aquí se redacta la “Carta de San José”. La Carta volvió a respaldar la labor del Grupo de Trabajo de composición abierta sobre el envejecimiento de las Naciones Unidas y el

Grupo de Trabajo sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores de la Organización de los Estados Americanos (OEA), así como la designación de un relator especial encargado de velar por la promoción y protección de los derechos humanos de este colectivo en el ámbito del Consejo de Derechos Humanos. Además, se define una agenda de trabajo donde se establecen las prioridades de acción, se determinan responsabilidades de los actores nacionales, se definen indicadores de cumplimiento y se acuerda la elaboración de informes periódicos. También se plantean estrategias a considerar a nivel nacional tales como la toma de conciencia sobre los derechos de las personas mayores, la capacitación y habilitación de las organizaciones de personas mayores (Huenchuan, 2013-a).

A través del seguimiento del Plan de Acción de Madrid ha sido posible visibilizar a las personas mayores y sus derechos, no obstante, debido a la naturaleza de sus recomendaciones, su implementación ha sido muy limitada. En febrero del 2013 finalizó el segundo ciclo de examen y evaluación del Plan de Madrid, dejando en evidencia que:

Se ha logrado un progreso en los distintos sectores en los últimos cinco años, en particular en los países desarrollados y algunos países en desarrollo. Sin embargo, el progreso general en la implementación del Plan de Acción de Madrid se ha retrasado en muchos países, con deficiencias significativas entre las políticas y la práctica, como consecuencia de la insuficiencia de fondos y la carencia de recursos humanos y políticos (ONU, 2013-a).

III. Acciones a Nivel Internacional

En febrero del 2011 la Asamblea General de las Naciones Unidas estableció un “Grupo de Trabajo de composición abierta sobre el envejecimiento”, el cual tiene como objeto aumentar la protección de las personas envejecidas mediante el examen del marco internacional vigente en esta materia que permita determinar sus posibles deficiencias y la mejor forma de subsanarlas. En 2011 se realizaron dos reuniones, en las que se abordó la discusión de la estructura internacional y regional para la protección del adulto mayor y en la segunda se actualizó el escenario de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad, considerando además la discriminación múltiple, la violencia y el abuso

en la vejez. En el 2012 se discutió sobre la forma de fortalecer los derechos humanos de las personas mayores ya sea a través de un nuevo instrumento internacional o implementando los actuales, no llegando a ningún acuerdo sobre algún nuevo tratado. Sin embargo el 20 de noviembre del 2012 se avanzó en la creación de un proyecto de resolución titulado “Hacia un instrumento jurídico internacional amplio e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas de edad” en el cual participó el representante de El Salvador, en nombre de Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Cuba, Ecuador, El Salvador, Eritrea, Guatemala, Guinea Ecuatorial, Honduras, Malí, México, Nicaragua, el Paraguay y la República Dominicana y al que posteriormente se unieron Belice, Costa Rica, Dominica, el Gabón, Haití, Panamá, Senegal, Sudáfrica, Sri Lanka, Turkmenistán y Venezuela (República Bolivariana de). Finalmente se realizó una votación registrada, solicitada por Estados Unidos, con 53 votos a favor, 3 en contra y 109 abstenciones. El 20 de diciembre de 2012, el proyecto fue sometido a votación registrada en la Asamblea General, y se aprobó con la signatura 67/139 por 54 votos a favor, 5 en contra y 118 abstenciones. Los países que votaron contrariamente fueron el Canadá, Israel, Seychelles, Sudán del Sur y los Estados Unidos. En la reunión celebrada en agosto de 2012, su Presidente concluyó que, en virtud el mandato del Grupo implicaba tareas adicionales y que se necesitaba más tiempo y deliberaciones para construir un acuerdo más amplio (Huenchuan, 2013-a).

Finalmente el Consejo de Derechos Humanos, en 2013, durante su 24° periodo de sesiones decidió nombrar a un Experto Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad por un período de tres años. El experto deberá durante su mandato trabajar en estrecha coordinación con el Grupo de trabajo de composición abierta sobre el envejecimiento, así como con otros órganos subsidiarios del Consejo de Derechos Humanos, con los órganos pertinentes de las Naciones Unidas y con los órganos de tratados, evitando las duplicaciones innecesarias.

El experto tiene las tareas de (ONU, 2013-b):

1. Evaluar la aplicación de instrumentos internacionales vigentes relativo a las personas de edad.
2. Tener en cuenta las opiniones de las partes interesadas (Estados, instituciones académicas, nacionales de derechos humanos y organizaciones de la sociedad civil).
3. Crear conciencia sobre los problemas que enfrentan las personas mayores.
4. Fomentar la aplicación de medidas, integrar la perspectiva de género y de la discapacidad y evaluar la aplicación del Plan de Acción de Madrid.

El Consejo de derechos humanos, antigua comisión de derechos humanos, ha realizado aportes en el abordaje de la situación específica de la persona de edad entre los cuales figuran la recomendación general del Relator Especial sobre la cuestión de la tortura; los Principios Rectores de los Desplazamientos Internos; las Directrices sobre derechos humanos para las empresas farmacéuticas en relación con el acceso a los medicamentos y los principios básicos y directrices sobre los desalojos y el desplazamiento generados por el desarrollo (CEPAL, 2010). También se han establecidos resoluciones frente a pensiones no contributivas y sobre el ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores (Huenchuan, 2013-a). Además en el 2012 adoptó la resolución 21/23 referente a los derechos humanos de las personas de edad exhortando a todos los Estados a garantizar del disfrute pleno y equitativo de los derechos de este grupo social. En esta mesa de resolución se pidió a la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) que organizara una consulta pública sobre la promoción y la protección de los derechos de las personas de edad. En enero de 2012, la ACNUDH dirigió una nota verbal a los Estados Miembros y Observadores y les invitó a que presentaran sus comunicaciones por escrito. En este proceso, se recibieron informes de 37 Estados, entre ellos de Chile. También se realizó una consulta pública el 15 de abril en Ginebra, en la que participaron expertos de todo el mundo. Las conclusiones del ACNUDH fueron que “a pesar de que la mayoría de los instrumentos internacionales de derechos humanos son aplicables a todos los grupos de edad, incluidas las personas mayores, ni en la redacción de los instrumentos de derechos humanos existentes ni en la práctica de los órganos y los mecanismos de derechos humanos se ha prestado la suficiente atención a una serie de

cuestiones de derechos humanos, que son particularmente importantes para las personas mayores. Estas incluyen, entre otras, la discriminación por motivo de edad, el acceso de las personas mayores al trabajo, los servicios de salud y la protección social adecuada, la protección contra el maltrato, la violencia y el abandono y los cuidados asistenciales a largo plazo” (ONU, 2013-c).

Otros grupos internacionales han considerado la situación del adulto mayor, adoptando políticas y redactando instrumentos jurídicos de orden internacional. Entre ellos la Organización Internacional del Trabajo (OIT) planteó la Recomendación sobre los trabajadores de edad (norma mínima); el Convenio sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes y el Convenio sobre la seguridad social. Así también, la OIT regula las cuestiones relativas a las personas de edad a través de los convenios que norman los derechos fundamentales en el trabajo, tales como el Convenio sobre la discriminación (empleo y ocupación) y el Convenio sobre la libertad sindical y la protección del derecho de sindicación (CEPAL, 2010).

IV. Acciones a nivel Internacional en materia de Salud

En el año 2009 la OPS elabora la Estrategia y Plan de Acción para la Salud de las personas (OMS/OPS, 2009). En dicha estrategia se abordan las necesidades de salud de las personas mayores y se insta a los países a mejorar sus políticas públicas relacionadas con los AM. Esto lo realiza a través de la capacitación del personal de salud y a través del equipamiento adecuado de los centros de salud. Además, impulsa a otorgar una mayor atención en la salud mental de la personas dentro de las políticas nacionales y a entregar un enfoque de salud comunitaria, con políticas y programas orientados la prevención y promoción de salud (OMS/OPS, 2009).

V. Otras Acciones a Nivel Internacional

- a) La declaración de derechos humanos no aborda explícitamente la temática del AM y considera la edad dentro de “otra condición social”. No fue hasta 1988 con el protocolo de San Salvador que se reconocieron a los adultos mayores como sujeto de derechos específicos. Chile solo figura en conocimiento del tratado (Huenchuan, 2013-a). Los

Estados se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias para llevar estos derechos a la práctica y en particular para:

- b) Proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionársela por sí misma.
- c) Ejecutar programas específicos destinados a conceder a los ancianos la posibilidad de realizar una actividad productiva adecuada a sus capacidades respetando sus facultades o deseos.
- d) Estimular la formación de organizaciones sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de ancianos.

Además en su artículo 9 explicita que toda persona tiene derecho a seguridad social que la proteja contra las consecuencias de la vejez (OEA, 1988).

Por otro lado existe la Declaración de Hong Kong sobre el maltrato de los Ancianos adoptada por la 41ª asamblea médica mundial, Hong Kong septiembre 1989 y, revisado en la 128ª sesión del consejo, Jerusalén, Israel (Asociación Médica Mundial, 1989), establece el maltrato físico, psicológico, económico o material, mala atención médica y negligencia personal y constituye la hipótesis de la etiología del maltrato:

- a) Dependencia de terceros para prestar servicios.
- b) Ausencia de lazos familiares cercanos.
- c) Violencia familiar.
- d) Falta de recursos económicos.
- e) Psicopatología del autor de malos tratos.
- f) Falta de apoyo comunitario.
- g) Factores institucionales, como malas condiciones de trabajo y bajos salarios de los cuidadores.

La Asociación Médica Mundial (1989) adopta Principios Generales relacionados con el maltrato de personas de edad avanzada; establece recomendaciones a médicos dedicados al tratamiento de ancianos para identificar al anciano víctima de maltrato y/o negligencia, proveer evaluación, tratamiento por maltrato y/o negligencia; establece la actitud de

permanecer objetivos y no prejuizar. Insta a establecer una línea terapéutica con la familia, informar sobre todos los casos en que pueda sospecharse de maltrato y usar equipo multidisciplinario que incluya personas pertenecientes al servicio médico.

Además, la Organización de Estados Americanos también ha establecido “El Grupo de trabajo sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores”, a partir de la Declaración de Compromiso de Puerto España. Desde ese momento, los Estados miembros de la OEA iniciaron un proceso de diálogo que se reflejó en sucesivas resoluciones de la Asamblea General adoptadas entre 2009 y 2013 (Huenchuan, 2013-a).

VI. Acciones a nivel Local

Con el fin de realizar una cooperación técnica efectiva y solucionar las necesidades prioritarias de cada país la OPS/OMS utiliza la denominada “Estrategia de Cooperación País (ECP)”, la cual Chile ha desarrollado progresivamente desde el 2007. Desde la estrategia surge la “Agenda Estratégica de Cooperación Técnica de la OPS/OMS” con Chile para el 2011-2014, la cual fue aprobada en septiembre del año 2011. Esta tiene 11 objetivos, uno de los cuales es “reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas a lo largo del ciclo vital, con su objetivo específico de “promover el envejecimiento activo y saludable” (OPS, 2011).

VII. Estrategia Nacional de Salud

Chile posee una Estrategia Nacional de Salud para el periodo 2011–2020, la cual ha desarrollado 9 objetivos estratégicos. La atención a la salud de las personas mayores está priorizada en el objetivo estratégico N°4: Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital, con su objetivo estratégico específico “mejorar el estado funcional de las personas mayores” (Ministerio de salud, 2011).

VIII. Normas y políticas públicas hacia personas mayores

En la última década gradualmente se han adoptado políticas públicas enfocadas en las personas mayores, producto del cambio demográfico y epidemiológico y de la consecuente preocupación de la comunidad internacional (Huenchuan, 2013-b).

Varios países normaron los derechos de los adultos mayores, a partir de los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad. Debido a esto 14 países de Latinoamérica cuentan con leyes en su constitución que protegen los derechos de las personas mayores (Ver Tabla 1).

Tabla 2: Derechos protegidos en las normas nacionales dedicadas a las personas mayores, alrededor del año 2000 (Huenchuan, 2013-b).

País y año de la norma	Derecho a la igualdad y a la no discriminación	Derecho a la vida y a una muerte digna	Derecho a la integridad física, psíquica y emocional y a un trato digno	Derecho a participar en la vida social, cultural y política de la comunidad	Derecho a un nivel de vida adecuado y a los servicios sociales	Derecho a la salud física y psíquica	Derecho a la educación y a la cultura	Derecho a la vivienda y a un entorno saludable	Derecho al trabajo	Derecho a la seguridad social	Derechos y libertades fundamentales de las personas que viven en residencia	Derechos de las personas mayores en situación de detención o prisión
Brasil (2003)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Bolivia (Estado Plurinacional de) (2013)	✓		✓	✓	✓	✓	✓			✓		
Colombia (2008)	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓			
Costa Rica (1999)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Ecuador (2001)					✓	✓		✓				
El Salvador (2002)	✓		✓	✓		✓	✓	✓		✓		
Guatemala (1996)				✓	✓	✓	✓		✓			
Honduras (2007)	✓		✓	✓		✓			✓			
México (2002)	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Nicaragua (2010)	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Paraguay (2002)	✓				✓	✓	✓	✓	✓			
Perú (2006)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					✓
República Dominicana (1998)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
Venezuela (República Bolivariana de) (2005)	✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	

Fuente: Los derechos de las personas mayores. Módulo 3. Sandra Huenchuan.

IX. Los derechos de las personas mayores en Chile

Con respecto a la protección constitucional de los derechos de las personas de edad, Chile solo ha avanzado en la positivización de temas puntuales de relevancia ético-social (Arenas Á., 2012). Las leyes de Chile están destinadas a crear una institución específica: el Servicio Nacional del Adulto Mayor (Gobierno de Chile, 2002). Esta institución se encarga de “proponer las políticas destinadas a lograr la integración familiar y social efectiva del adulto mayor y la solución de los problemas que lo afectan” (Gobierno de Chile, 2002) y tiene como misión “fomentar el envejecimiento activo y el desarrollo de servicios sociales para las personas mayores, cualquiera sea su condición, fortaleciendo su participación y valoración en la sociedad, promoviendo su autocuidado y autonomía, y favoreciendo el reconocimiento y ejercicio de sus derechos; por medio de la coordinación intersectorial, el diseño, implementación y evaluación de políticas, planes y programas” (Ministerio de Desarrollo Social, 2014). También se han promulgado decretos que intentan avanzar hacia la garantía jurídica de los derechos de los adultos mayores, tales como la pensión de vejez, que entrega a los afiliados una pensión una vez cumplido los 65 años para el hombre y los 60 años para la mujer (Ministerio del Trabajo y Previsión Social, 1980). Por otro lado, se encuentra el Comité Nacional y Regional para la persona mayor, la cual generó la Comisión Nacional del Adulto Mayor, cuyo informe sentó la base para la Política Nacional del Adulto Mayor (Comisión Nacional del Adulto Mayor, 1995).

Además, la modificación de la Ley de violencia intrafamiliar (Ministerio de Justicia, 2010) incluye expresamente a las personas mayores como grupo vulnerable y también agrega en su artículo 7° que se considerará especialmente como situación de riesgo inminente el hecho de que una persona mayor, dueño o poseedor, a cualquier título, de un inmueble que ocupa para residir, sea expulsado de él, relegado a sectores secundarios o se le restrinja o limite su desplazamiento al interior de ese bien raíz, por algunos de los parientes señalados en el artículo 5°” (Ministerio de Justicia, 2010). Finalmente las Garantías Explícitas en Salud, basa sus prioridad en ciertas situaciones de salud que se incluyen en su lista, procurando adecuarse al sistema de condiciones demográficas y epidemiológica, cautelando, de esta forma, los derechos de las personas (Congreso Nacional, 2013) (Superintendencia de Salud, 2014).

X. Planes y programas enfocados en el envejecimiento

En el año 2012, el SENAMA crea la “Política Integral de Envejecimiento Positivo” 2012-2025, la cual fue producto de un trabajo intersectorial, involucrando a los actores públicos pertenecientes a las diversas temáticas del envejecimiento (SENAMA, 2012). Esta política tiene como objetivos generales:

- a) Proteger la salud funcional de las personas mayores.
- b) Mejorar la integración de las personas mayores a los distintos ámbitos de la sociedad.
- c) Incrementar los niveles de bienestar subjetivo de las personas mayores.

Cada uno de los objetivos tiene 13 objetivos específicos, los cuales poseen una o más metas que permiten evaluar su impacto. Para cumplimiento de las metas, se diseñó un plan de implementación con acciones a corto, mediano y largo plazo (SENAMA, 2012).

Se plantea la necesidad de crear servicios especializados, con profesionales con conocimiento específicos en la atención de adultos mayores, escalonados, siendo la puerta de entrada la atención primaria y enmarcada en el Modelo de Atención Integral de Salud. Dicho modelo, debe identificar los diferentes factores de riesgo que puedan llevar a la situación de dependencia, siendo fundamental un Plan de Rehabilitación y un Plan de Demencia (SENAMA, 2012).

El programa de rehabilitación a través de las intervenciones centradas en la atención primaria, pero que también se extiende hacia la atención secundaria y terciaria, se enfoca en la disminución de la capacidad motora de la persona mayor. El plan de demencia contempla la identificación del grado de deterioro cognitivo a nivel de atención primaria, con el objeto de dar curso a intervenciones dirigidas que permitan moderar el avance del deterioro cognitivo y cuando éste es avanzado e irrecuperable, fortalecer los mecanismos de apoyos familiares y comunitarios (SENAMA, 2012).

Por otro lado el departamento de salud de las personas elaboró la “Norma para la Atención Integral de Salud del Adulto Mayor”, la cual tiene como objetivos (Villalobos, y otros, 2002):

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

Estos programas se enmarcan en otras acciones específicas para los adultos mayores como el Programa Nacional de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM) creado en 1998, el cual permite, no sólo aportar a la nutrición saludable del adulto mayor, si no también incentivar a que la persona mayor acuda al consultorio para pesquisar factores de riesgo latentes, con el fin de realizar acciones anticipatorias a la pérdida de funcionalidad (Ministerio de Salud, 2001).

Otra acción específica es el Programa Nacional de Inmunización. Este tiene como objetivo disminuir las complicaciones y mortalidad por influenza y neumococo, protegiendo a la población en riesgo de gravedad, a través de la vacunación de las personas mayores (Romero, Quiroz, & Parada, 2012).

El Examen de Medicina Preventiva de las personas adultas mayores (EMPAM), del ministerio de salud (2008) inicia el proceso de atención de las personas mayores en APS a toda persona beneficiaria mayor de 65 años. Este examen constituye una pesquisa oportuna de factores de riesgo, problemas de salud y predicción de la pérdida de funcionalidad. Se clasifica a la población mayor en autovalente, autovalente con riesgo y en riesgo de dependencia, lo cual permite dirigir acciones específicas a cada grupo según su grado de funcionalidad. La cobertura de este examen ha mostrado un aumento porcentual muy leve entre 2011 y 2012, lo que no se condice con el aumento de la población AM bajo control. Así, al año 2012 la cobertura es aún insuficiente. Por tanto, sigue siendo un desafío lograr una cobertura mayor de este examen en las personas (Ministerio de Salud, 2014).

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN DE SALUD Y ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD.

La misión de la salud pública, implementada a través de la acción de la sociedad, consiste en satisfacer a plenitud los intereses de la sociedad en asegurar las condiciones por las cuales las personas pueden ser saludables. La sustancia de la salud pública la conforman los esfuerzos comunitarios organizados dirigidos a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud (Añez et al, 2010).

La Salud Pública (SP) se define como “los esfuerzos organizados de una sociedad, para la prevención, control y atención de los problemas de salud y para promover una vida saludable de sus habitantes” (Añez, 2010).

El Diagnóstico de la Situación de Salud (DSS) es el proceso intersectorial y multidisciplinario por el cual se describe y analiza la situación concreta de salud-enfermedad de una comunidad. Mientras que el Análisis de Situación de Salud (ASIS), constituye una herramienta científico-metodológica útil para identificar, priorizar y solucionar problemas comunitarios (Izal & Fernández-Ballesteros, 1990). Los vocablos “Diagnóstico de Salud” y “Análisis de la Situación de Salud” suelen utilizarse como equivalentes, pero más bien representan distintas fases del mismo proceso epidemiológico para afrontar los problemas de salud. El primero es el proceso descriptivo de su desarrollo, mientras que el segundo es el mecanismo concluyente para la solución de esos problemas (Curbelo, 2004). Por lo tanto, los ASIS según Dávila, Gómez & Hernández (2009) como parte de la SP, traen consigo una intención de intervención, cuyo fin es fortalecer las decisiones y acciones en materia de salud y otros, donde se incluye a la población con un fin único de reducir o disminuir las inequidades sociales (Añez et al, 2010).

Bajo este marco el ASIS es la primera Función Esencial de la Salud Pública (FESP): es una acción generadora de inteligencia sanitaria para el ejercicio de la Rectoría en Salud y, por tanto, necesaria para la conducción política y gobernanza de la agenda social en salud. El ASIS metodológicamente posee, cuatro grandes propósitos: 1) caracterizar el perfil de salud de la población, teniendo en cuenta el acceso a la atención y las inequidades en salud; 2) evaluar las necesidades de salud no satisfechas y facilitar la identificación de prioridades de

salud; 3) generar evidencia y evaluar su pertinencia, eficacia e impacto para la formulación de estrategias de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades; y, 4) fortalecer las capacidades de la gestión sanitaria tanto predictivas como resolutivas, apoyando la construcción de espacios prospectivos de salud. En términos prácticos o de desempeño de los servicios de salud, el ASIS contribuye elocuentemente a: 1) la determinación de las necesidades básicas en salud comunitarias; 2) el avance de políticas, prioridades y planes de acción comunitarios en salud; y, 3) la implementación, la realización y el aseguramiento de programas y servicios prioritarios; éstas tres son, precisamente, las características básicas que indican una presencia efectiva de la salud pública en el nivel local. De ahí la importancia del ASIS en la práctica de la salud pública (Añez et al, 2010).

Por lo descrito anteriormente, el ASIS es una acción necesaria en la APS, que tiene como intención reconocer las características socio psicológicas, económicas, históricas, geográficas, culturales y ambientales que inciden en la salud de la población, así como los problemas de salud que presentan los individuos, las familias, los grupos y la comunidad en su conjunto, para llevar a cabo acciones que contribuyan a su solución (Añez et al, 2010).

En su elaboración se identifican dos etapas:

- 1) Primera Etapa: Diagnóstico de Situación de Salud que es la indagación de información e interpretación de los datos. Contempla: identificación de componentes e indicadores, identificación de fuentes de datos, elaboración de un instrumento y recolección de la información y procesamiento de la información (Barros, 2005) (Jaquenod, 2014).
- 2) Segunda Etapa: Análisis con los actores sociales para precisar necesidades sentidas de salud, el cual se realiza a través de la identificación y priorización de los problemas de salud.

En resumen, los ASIS tienen como finalidad identificar las interacciones entre múltiples variables de diversas dimensiones: política, social, económica, demográfica, cultural, ecológica, servicios de salud, entre otros, que actúan en diferentes niveles de la sociedad; además de conocer los factores explicativos claves en la producción social sanitaria, estimar su peso específico en la cadena de producción de malestar en la población, para

definir las intervenciones para su modificación propicia (Barros, Guía para la elaboración del análisis de la situación de salud en la atención primaria, 2005).

FUNDAMENTACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

Feo (2003) considera que la mayoría de las condiciones en que muchas personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen están directamente relacionadas al modo de producción de cualquier sociedad (Añez et al, 2010), es necesario que prevalezca un nuevo enfoque de desarrollo, que evalúe la magnitud de la inequidad sanitaria a nivel nacional y mundial, es un punto de partida esencial para la acción sobre los determinantes sociales de la salud.

En el seminario realizado por la OPS en 1984 sobre “Usos y Perspectivas de la Epidemiología” en Argentina, precisaron la relevancias básicas del Análisis de la Situación de Salud (Añez et al, 2010).

Al establecer el ASIS en el uso básico de la epidemiología, compromete a los especialistas de esta disciplina a perfeccionar sus procedimientos, a exigir que los integrantes de los equipos de salud y los diferentes actores sociales en la comunidad lo utilicen adecuadamente, y especialmente a promover la científicidad del método para el análisis, hoy altamente relacionado al estudio de la inequidades y desigualdades en salud (Añez et al, 2010).

CAPÍTULO 4:

MARCO METODOLÓGICO

I. Tipo de Diseño:

Este estudio se describe como cuantitativo, epidemiológico, descriptivo, observacional, transversal y ecológico.

II. Recolección de Datos:

La información fue extraída de las siguientes bases de datos: censo de vivienda y población 2012 Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Bases de Datos propias de la comuna de La Cisterna, Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud (MINSAL).

Se recolectaron datos demográficos los cuales incluyeron: número absoluto de personas mayores y su diferenciación por sexo, proporción de AM en relación a la población total, distribución por edades al interior de la población AM, porcentaje de personas de la 4ta edad, relación de dependencia demográfica de vejez, índice de envejecimiento, proporción generacional del anciano, índice de envejecimiento, proporción generacional del anciano, índice de masculinidad del AM, índice de feminidad del AM.

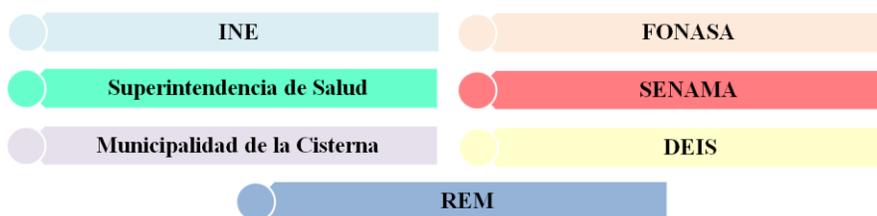
También se recogieron datos de carácter socioeconómico: número y proporción de personas mayores bajo la línea de la pobreza, nivel educacional, porcentaje de personas mayores según estado civil, porcentaje de AM que reciben ingresos monetarios regularmente por cualquier concepto, AM jefes de hogar, ingreso mensual promedio en hogares donde el jefe de hogar es AM, tasa de participación en la actividad económica de los AM, tasa de desempleo de los AM, situación de pobreza del AM, tipo de vivienda, propiedad de la vivienda habitada, calidad de la vivienda, servicio higiénico, origen del agua, disponibilidad de agua por cañería, alumbrado eléctrico, previsión y proporción de AM étnico.

Además se recopilamos los datos de salud y bienestar en la vejez tales como: mortalidad por grupo de causa, perfil de morbilidad, enfermedades crónicas e infecciosas, salud mental, número y prevalencia de la discapacidad en la vejez y finalmente, número y proporción de personas mayores en sistema público de salud.

Por último se extrajeron datos sobre el entorno del adulto mayor, donde se incluyeron datos sobre: maltrato hacia las personas mayores, institucionalización, participación y acciones dirigidas hacia las personas mayores.

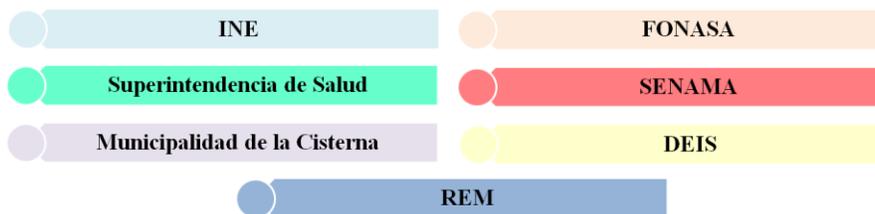
Tabla 3: Indicadores

FUENTES DE OBTENCIÓN DE DATOS



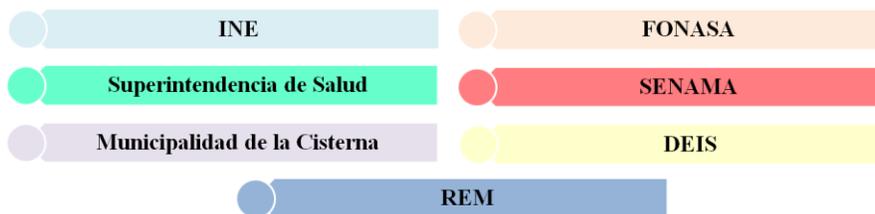
DEMOGRAFÍA			
VARIABLES	Tipo	Escala	Categorías
Estructura poblacional	Cualitativa	Ordinal	<u>Sexo:</u> - 10 a 14 - 35 a 39 - 60 a 64 - Mujer - 65 a 69 - 15 a 19 - 40 a 44 - Hombre - 70 a 74 - 20 a 24 - 45 a 49 - 25 a 29 - 50 a 54 - 75 a 79 - 0 a 4 - 80 y - 5 a 9 - 55 a 59 más
AM según sexo	Cualitativa	Nominal	- Mujer - Hombre
AM respecto del total de la población	Cuantitativa	Continua	Proporción
AM distribuidos según sub-rango etario	Cualitativa	Ordinal	<u>Años:</u> - 65 a 69 - 75 a 79 - 70 a 74 - 80 y más
Personas de la 4ta edad	Cuantitativa	Continua	Porcentaje

FUENTES DE OBTENCIÓN DE DATOS



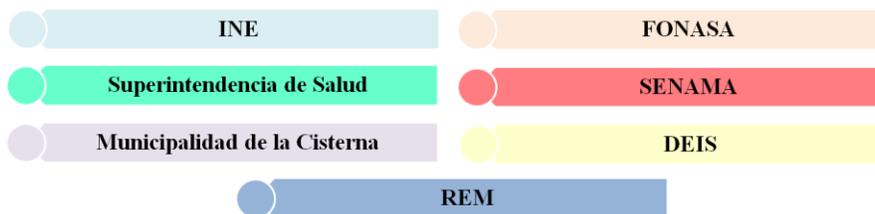
Variables	Tipo	Escala	Categorías
Relación de dependencia demográfica de vejez	Cuantitativa	Continua	Razón
Índice de envejecimiento demográfico	Cuantitativa	Continua	Razón
Índice de Feminidad del AM	Cuantitativa	Continua	Razón
Índice de Masculinidad del AM	Cuantitativa	Continua	Razón
Índice generacional del anciano	Cuantitativa	Continua	Razón
SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES			
Variables	Tipo	Escala	Categorías
Sabe leer y escribir	Cualitativa	Nominal	- Sí - No
AM según nivel de enseñanza	Cualitativa	Ordinal	- Nunca Asistió - Jardín Infantil o Sala Cuna - Kínder o Pre Kínder - Diferencial - Básica, primaria o preparatoria - Media científico-humanista o humanidades - Media Técnico Profesional, Comercial, Industrial o Normalista - Técnico de nivel superior - Profesional - Pos título - Magíster - Doctorado
Completó nivel	Cualitativa	Nominal	- Sí - No - No aplica
Estudia actualmente	Cualitativa	Nominal	- Sí - No
Búsqueda de información en internet	Cualitativa	Nominal	- Sí - No
Uso de email	Cualitativa	Nominal	- Sí - No

FUENTES DE OBTENCIÓN DE DATOS



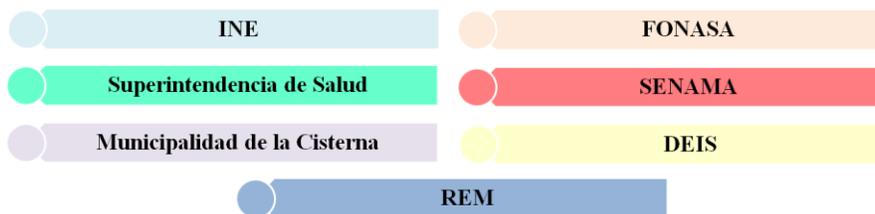
Variables	Tipo	Escala	Categorías	
Religión o credo	Cualitativa	Nominal	- Católica - Evangélica o protestante - Judía - Musulmana - Mormón - Ortodoxa	- Budista - Fe bahá'í - Testigo de Jehová - Espiritualidad indígena - Otra o ninguna
Pertenencia a pueblo originario	Cualitativa	Nominal	-Sí	-No
Pueblo originario	Cualitativa	Nominal	- Mapuche - Aymara - Rapa Nui - Likan Antai - Quechua	- Colla - Diaguita - Kawésqar - Yagán o Yámana - Otro
Idiomas: No puede hablar	Cualitativa	Nominal	- Sí	- No
Idiomas: Español	Cualitativa	Nominal	- Sí	- No
Idiomas: Inglés	Cualitativa	Nominal	- Sí	- No
Idiomas: Mapudungún	Cualitativa	Nominal	- Sí	- No
AM según estado civil legal	Cualitativa	Nominal	- Soltero(a) - Casado(a) - Divorciado(a)	- Viudo(a) - Anulado(a)
AM según estado de hecho	Cualitativa	Nominal	- Casado(a) - Conviviente con pareja de distinto sexo - Conviviente con pareja del mismo sexo - No convive con pareja - Ignorado o no aplica	

FUENTES DE OBTENCIÓN DE DATOS



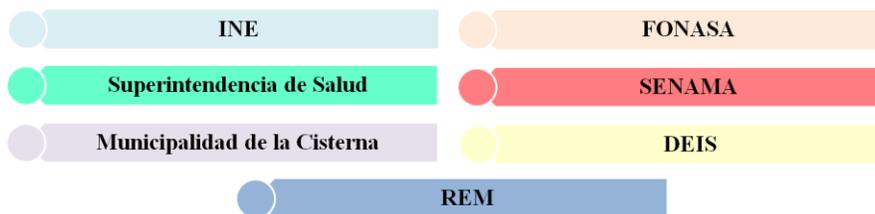
Variables	Tipo	Escala	Categorías
Situación Laboral	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajando por ingreso - Tiene empleo, pero no está trabajando - Trabajando para una familiar sin pago - Estudiando - Sin trabajo y está buscando - En quehaceres de su hogar - Jubilado, pensionado o rentista - Otra situación - No Aplica
Tipo de trabajador	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> -Trabajador asalariado -Trabajador de servicio doméstico -Empleador, empresario o patrón -Trabajador por cuenta propia o independiente -Familiar no remunerado -No Aplica
AM jefes de hogar	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Sí - No <p style="text-align: right;"><u>Sexo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hombre - Mujer
AM sostenedor	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Sí - No <p style="text-align: right;"><u>Sexo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hombre - Mujer
Propiedad de la vivienda	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Propia totalmente pagada - Propia pagándose - Arrendada - Cedida por trabajo o servicio - Cedida por un pariente o amigo - Ocupada de hecho - Propiedad en sucesión o en litigio
Condición de ocupación del sitio	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Propiedad individual con dominio inscrito - Propiedad individual o sin dominio inscrito - Copropiedad o condominio - Arrendado - Cedido por el propietario o empresa - Propiedad fiscal o municipal - Propiedad comunitaria - Ocupada de hecho - Propiedad en sucesión o litigio - Ignorado

FUENTES DE OBTENCIÓN DE DATOS



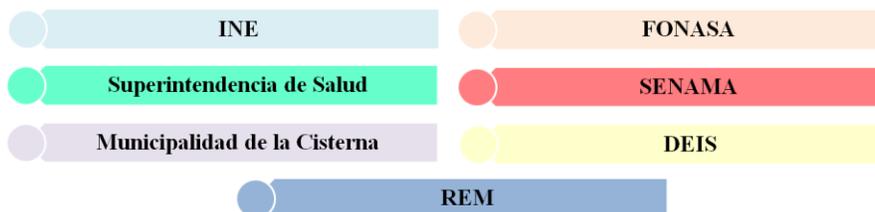
Variables	Tipo	Escala	Categorías
Tipo de vivienda	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Casa - Departamento en edificio sin ascensor - Departamento en edificio con ascensor - Vivienda tradicional indígena - Pieza en casa antigua o conventillo - Mediagua o mejora - Rancho o choza - Vivienda precaria de materiales reutilizados - Móvil - Otro tipo de vivienda particular
Materiales de construcción predominantes en el piso	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Parquet, madera, piso flotante o similar - Cerámico, flexit o similar - Alfombra o cubre piso - Baldosa de cemento - Radier - Enchapado de cemento - Tierra
Materiales de construcción predominantes en la cubierta exterior del techo	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Tejas o tejuela (arcilla, metálica, cemento, madera, asfáltica) - Losa hormigón - Planchas metálicas (zinc, cobre, etc.) o fibrocemento (pizarreño) - Fonolita o plancha de fieltro embreado - Paja, coirón, totora, o caña - Materiales precarios o de desecho - Sin cubierta en el techo
Materiales de construcción predominantes en las paredes exteriores	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Hormigón armado - Albañilería (bloque de cemento, piedra o ladrillo) - Tabique forrado por ambas caras (madera, lata u otro) - Tabique sin forro interior (madera u otro) - Adobe, barro, quincha, pirca u otro artesanal tradicional - Materiales precarios o de desecho
Medio de eliminación de basura	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - La recogen los servicios de aseo - La entierra y/o quema - La deja en terreno eriazo quebrada o zanja - La tira a río, laguna o mar - Otra

FUENTES DE OBTENCIÓN DE DATOS



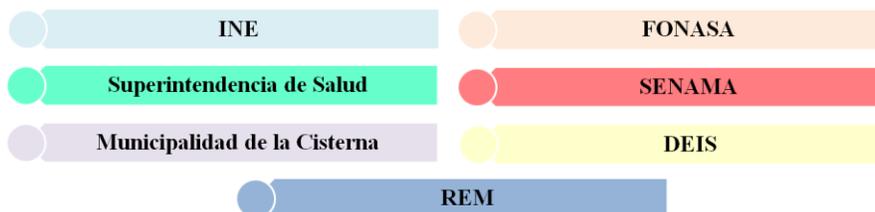
Variables	Tipo	Escala	Categorías
Hace Compostaje	Cualitativa	Nominal	- Sí - No
Separa la basura para reciclaje	Cualitativa	Nominal	- Sí - No
Disponibilidad y conexión del servicio higiénico (WC)	Cualitativa	Nominal	- Conectado a red de alcantarillado - Conectado a fosa séptica - Sobre pozo negro - Sobre acequia o canal - Baño químico - No tiene servicio higiénico
Origen de la energía eléctrica	Cualitativa	Nominal	- Red pública - Generador con diesel o bencina - Placa solar - Eólico (viento) - Otro o no tiene energía eléctrica
Teléfono fijo	Cualitativa	Nominal	- Sí - No
Conexión a Internet	Cualitativa	Nominal	- Sí - No
Vehículo	Cualitativa	Nominal	- Sí - No
Servicio doméstico	Cualitativa	Nominal	- Sí - No
Uso de combustible para cocinar	Cualitativa	Nominal	- Gas - Parafina o petróleo - Leña o derivados - Carbón - Electricidad - Energía solar - Otro - No usa combustible o no tiene sistema
Uso de combustible para agua caliente	Cualitativa	Nominal	- Gas - Parafina o petróleo - Leña o derivados - Carbón - Electricidad - Energía solar - Otro - No usa combustible o no tiene sistema
Uso de combustible para calefacción	Cualitativa	Nominal	- Gas - Parafina o petróleo - Leña o derivados - Carbón - Electricidad - Energía solar - Otro - No usa combustible o no tiene sistema
AM que residen en la vivienda	Cuantitativa	Discreta	Frecuencia
AM según tramo FONASA	Cualitativa	Ordinal	- Tramo A - Tramo B - Tramo C - Tramo D
AM en situación de indigencia o pobreza rango etario	Cuantitativa	Discreta	Frecuencia

FUENTES DE OBTENCIÓN DE DATOS



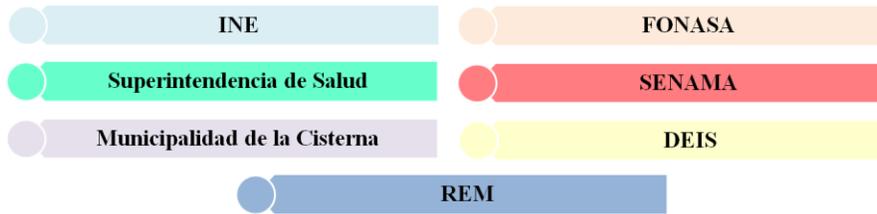
Variables	Tipo	Escala	Categorías
Clasificación referencial de los tramos FONASA en el sistema de ISAPRES según tramo y tipo de cotizante	Cualitativa	Ordinal para tramos/ Nominal para cotizante	<u>Cotizante:</u> - Dependiente - Independiente - Pensionado <u>Tramos:</u> - B - C - D
Situación de indigencia según quinquenio de edad	Cuantitativa	Continuo	Porcentaje
Situación de pobreza según quinquenio de edad	Cuantitativa	Continuo	Porcentaje
SALUD Y BIENESTAR EN LA VEJEZ			
Variables	Tipo	Escala	Categorías
Población en FONASA	Cuantitativa	Discreta	Frecuencia
Población en ISAPRE	Cuantitativa	Discreta	Frecuencia
AM validados en CES	Cuantitativa	Discreta	Frecuencia
AVPP	Cuantitativa	Discreta	Tasa
Causas de AVPP	Cualitativa	Nominal	- Resto de causas externas - Accidentes de transporte - Lesiones auto infligidas - Agresiones - Enf.es por VIH - Tumores malignos - Enf. sist. circulatorio - Enf. sist. respiratorio
Población en FONASA	Cuantitativa	Discreta	Frecuencia
Población en ISAPRE	Cuantitativa	Discreta	Frecuencia
AM validados en CES	Cuantitativa	Discreta	Frecuencia
AVPP	Cuantitativa	Discreta	Tasa

FUENTES DE OBTENCIÓN DE DATOS



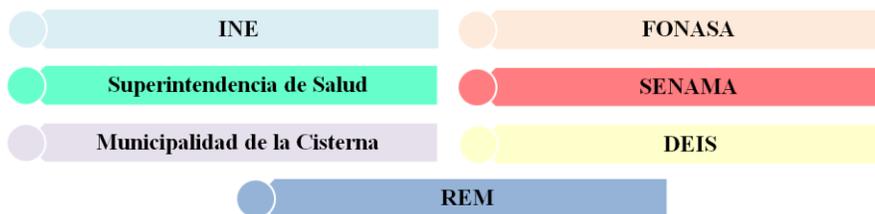
SALUD Y BIENESTAR EN LA VEJEZ			
Variables	Tipo	Escala	Categorías
Causas de AVPP	Cualitativa	Nominal	- Resto de causas externas - Accidentes de transporte - Lesiones auto infligidas - Agresiones - Enf.es por VIH - Tumores malignos - Enf. sist. circulatorio - Enf. sist. respiratorio
AVISA	Cuantitativa	Discreta	Número de años
Atenciones de urgencia	Cualitativa	Nominal	<u>Causa:</u> - Respiratoria - Circulatorio - Traumatismo y envenenamiento - Diarrea aguda - Atención de demás causas
Causas de egresos hospitalarios	Cualitativa	Nominal	- Enf. del sist. Circulatorio - Enf. del sist. Digestivo - Tumores - Enf. del sist. Respiratorios - Enf. del sist. Genitourinario - Traumatismo - Envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas - Enf. del sist. osteomuscular y del tejido conjuntivo - Enf. endocrinas, nutricionales y metabólicas
Dificultad física	Cualitativa	Nominal	- Sí - No - Ignorado
Mudez	Cualitativa	Nominal	- Sí - No - Ignorado
Sordera	Cualitativa	Nominal	- Sí - No - Ignorado
Ceguera	Cualitativa	Nominal	- Sí - No - Ignorado
Dificultad psiquiátrica	Cualitativa	Nominal	- Sí - No - Ignorado

FUENTES DE OBTENCIÓN DE DATOS



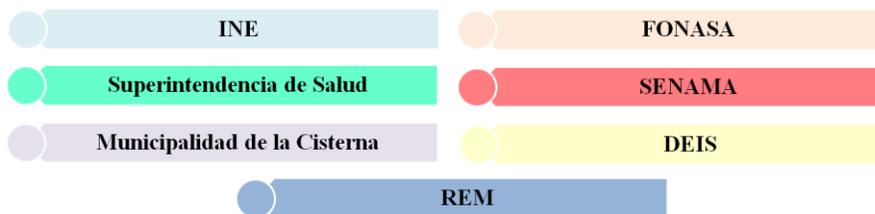
Variables	Tipo	Escala	Categorías
Trastornos mentales	Cualitativa	Nominal	<p>Sexo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hombre - Mujer <p>Trastorno mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastornos del humor <ul style="list-style-type: none"> - Depresión leve - Depresión modera - Depresión severa - Trastorno bipolar - Trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo sustancias psicotrópicas <ul style="list-style-type: none"> - Posible consumo perjudicial o dependencia de alcohol <ul style="list-style-type: none"> - Otra sustancia como droga principal - Policonsumo - Trastornos de ansiedad - Alzheimer y otras demencias - Trastornos conductuales asociados a demencia <ul style="list-style-type: none"> - Esquizofrenia <ul style="list-style-type: none"> - Primer episodio esquizofrenia con ocupación regular - Trastornos de la conducta alimentaria - Trastorno hiperkinéticos, de la actividad y de la atención - Retraso mental y trastorno de personalidad
Condición de la Funcionalidad	Cualitativa	Nominal	<p>Sexo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dependiente leve - Hombre - Dependiente moderado - Mujer <p>Rango etario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dependiente severo - 65 a 79 <ul style="list-style-type: none"> - Oncológico - 80 y más <ul style="list-style-type: none"> - No oncológica - Autovalente sin riesgo y con riesgo <ul style="list-style-type: none"> - Con escaras - Riesgo de dependencia <ul style="list-style-type: none"> - Dependiente total - Total de AM en control

FUENTES DE OBTENCIÓN DE DATOS



Variables	Tipo	Escala	Categorías
Población controlada en programas de salud	Cualitativa	Nominal	- Asma bronquial - EPOC - Oxígeno dependiente - Epilepsia - Enf. de Parkinson - Artrosis de cadera y rodilla - Alivio del dolor - Dependencia leve - Dependencia moderada - Dependencia severa - Oncológico - No oncológica - Con escaras - Atención domiciliaria por dependencia severa - Total de personas en dependencia severa - Total de personas con escaras - Total de personas con cuidador que recibe apoyo monetario
Ingresos a programas de salud	Cualitativa	Nominal	- Asma bronquial - EPOC - Oxígeno dependiente - Enf. de Parkinson - Artrosis de cadera y rodilla - Alivio del dolor
Causas de alta de los programas de salud	Cualitativa	Nominal	- SBOR - Asma bronquial - EPOC - Oxígeno dependiente - Epilepsia - Enf. de Parkinson - Artrosis de cadera y rodilla
Causas de egreso de los programas de salud	Cualitativa	Nominal	<u>Causa:</u> - Abandono del programa - Fallecimiento <u>Programa:</u> - Asma bronquial - EPOC - Epilepsia - Enf. de Parkinson - Artrosis de cadera y rodilla - Alivio del dolor
Patologías y factores de riesgo (PSCV)	Cualitativa	Nominal	- Hipertensos - Diabéticos - Dislipidémicos - Tabaquismo - Obesidad - IAM - Antecedentes de enf. cerebrovascular
Clasificación por riesgo cardiovascular (PSCV)	Cualitativa	Nominal	- Bajo - Moderado - Alto - Muy alto

FUENTES DE OBTENCIÓN DE DATOS



Variables	Tipo	Escala	Categorías
Enf. Renal Crónica (PSCV)	Cualitativa	Nominal	- Sin Enf. renal (S/ERC) - Etapa 1 y 2 (VFG \geq 60 ml/min) - Etapa 3 (VFG \geq 30 a 59 ml/min) - Etapa 4 (VFG \geq 15 a 29 ml/min) - Etapa 5 (VFG $<$ 15 ml/min)
Programa de rehabilitación física	Cualitativa	Nominal	- Pacientes en control en el programa - Sd. doloroso de origen traumático - Sd. doloroso de origen no traumático - Artrosis leve y moderada de rodilla y cadera - Secuela de AVE - Secuelas de TEC - <i>Enf. de Parkinson</i> - <i>Otro déficit secundario con compromiso neuromuscular en mayor de 20 años</i> - <i>Otros</i>
Actividad física	Cualitativa	Nominal	- Sí - No - Ignorado
Estado Nutricional			- Bajo peso - Sobrepeso - Normal - Obeso
Sospecha de maltrato	Cuantitativa	Discreta	Número
VIF	Cuantitativa	Discreta	Tasa
Prevención de cáncer de cuello Uterino	Cuantitativa	Discreta	Número
Prevención de cáncer de Mamas	Cuantitativa	Discreta	Número
Tasa de defunciones	Cuantitativa	Discreta	Razón
Índice de Swaroop	Cuantitativa	Discreta	Tasa

CAPÍTULO 5:

DESARROLLO DE VARIABLES

I. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA COMUNA DE LA CISTERNA

i. Historia

La comuna de La Cisterna fue creada por Decreto Supremo N ° 2.732 del 30 de mayo de 1925, separando sus bienes de la Municipalidad de La Granja de la que formaba parte.

En el año 1826 se crea la provincia de Santiago y junto con ella nace el Departamento La Victoria con su capital San Bernardo. Entre las comunas que formaban este nuevo departamento se encontraba La Granja. Estos vecinos vivían agrupados en pequeños poblados o villorrios los que serán, a partir de 1925, la base de la nueva Comuna de LA CISTERNA. Entre estos poblados puede mencionarse Puente Lo Ovalle, Población San Ramón, Lo Cisternas y otros puntos menores como el conformado alrededor de la Municipalidad de La Granja.

Al inaugurarse el primer tramo del ferrocarril eléctrico (tranvías) de Santiago a San Bernardo, la empresa de ferrocarriles colocó a las estaciones los nombres de los correspondientes caseríos del lugar. El trazado de este ferrocarril era de 16 kilómetros entre las estaciones Central y San Bernardo, el paradero n°25, emplazado en el fundo Lo Cisterna, queda como "LA CISTERNA", de donde vendría el nombre de la Comuna.

El 20 de Enero de 1930 se dicta el Decreto Ley que determina las comunas que forman el Gran Santiago, indicando que la comuna de La Cisterna pasa a pertenecer a Santiago. En esta época La Cisterna contaba con 15.293 habitantes y una superficie urbana de 3,7 km². En el año 1960 se amplía la superficie urbana comunal a 15,1 km² con 154.997 habitantes.

En el decenio 1960-1970 los programas de vivienda concentran gran parte de su acción poblacional en la zona sur de Santiago por lo que la ciudad continuó extendiéndose con loteos, "tomas ilegales" de terrenos, poblaciones marginales, campamentos, los que fueron

invadiendo la zona agrícola periférica. La cantidad de población que registra la Comuna en el Censo de 1970 fue de 246.242 habitantes y su superficie urbana alcanzó los 22,8 km², presentando en su interior espacios agrícolas que actuarán como reservas urbanas.

A partir de 1974 y hasta 1980, la labor de SERVIU alcanza a 1.470 unidades y la acción privada construye 4.390 viviendas edificadas en los 38 loteos más importantes realizados.

El Censo de 1982 detecta una población de 324.227 habitantes en la Comuna y una superficie urbana de 27,5 km² más 2,1 km² que corresponden a la zona de expansión urbana.

El DFL 1-3260 del 17 de marzo de 1981 reduce la superficie comunal de 29,6 km² a sólo 10,2 km², quedando todo como territorio urbano. Las zonas segregadas son traspasadas a las comunas de Pedro Aguirre Cerda 1,4 km², Lo Espejo 8,0 km² y El Bosque 7,3 km². A partir de este momento la posibilidad de extensión de la Comuna queda fija, a diferencia de las comunas que conforman el borde o periferia de la ciudad (Ilustre Municipalidad de La Cisterna - D, 2014).

Imagen 1: Mapa de la comuna de La Cisterna (Google, 2014).



Fuente: Imagen extraída de Google Maps, editada para tesis de pregrado.

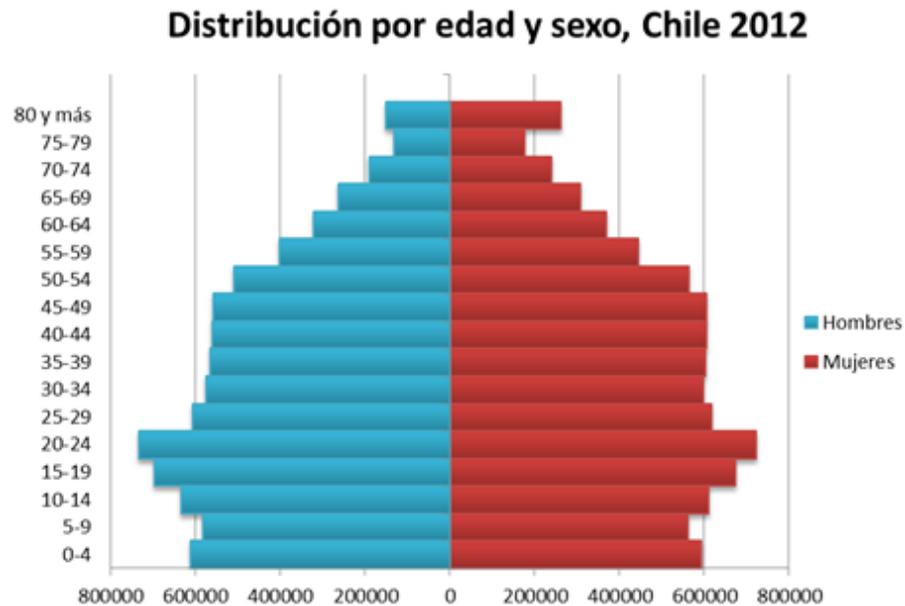
II. DEMOGRAFÍA

i. Estructura poblacional Chile, RM y La Cisterna 2012

En el año 2012 se observa, en la comuna de La Cisterna, que el rango etario la proporción de 0-14 años corresponde a un 18,75% de la población, para la RM el valor alcanza un 20,4% y para el país un 21,57. La proporción 60 y más años para la comuna alcanza un 17,88% en contraste con la región y el país, con un 14,03% y un 14,48%, respectivamente. Finalmente el rango de 80 años y más presenta valores de 2,17% para la comuna, 2,43% para la región Metropolitana y 2,48% para el país.

Tabla 4 y Gráfico 5: Tabla y pirámide poblacional de Chile, año 2012 (INE, 2012).

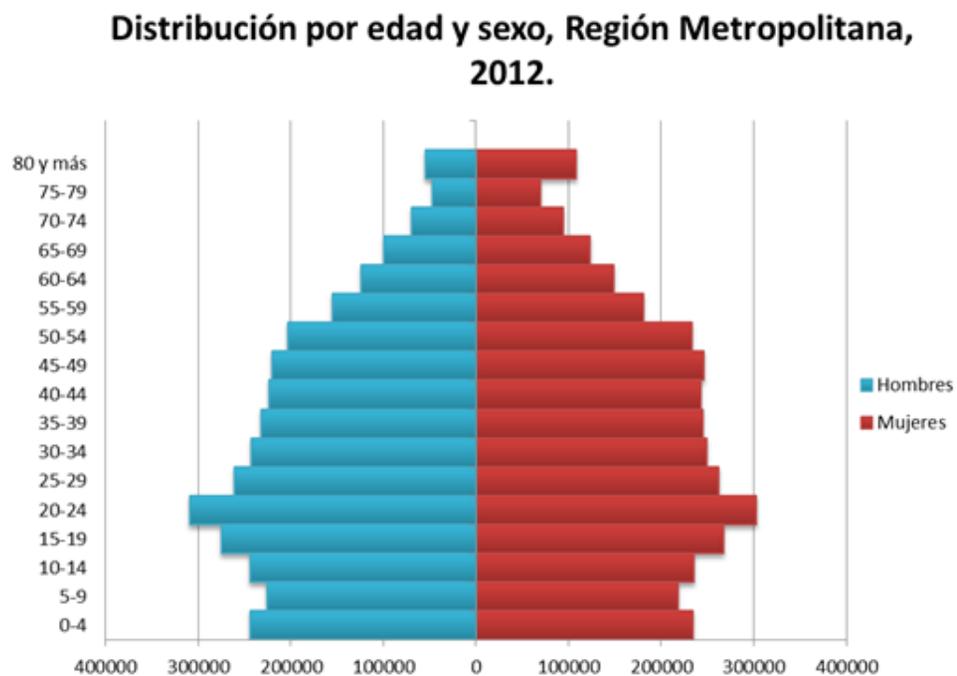
Edades	Hombres	Mujeres
0-4	613.397	591.447
5-9	582.086	560.171
10-14	633.716	607.906
15-19	698.024	672.290
20-24	734.202	720.103
25-29	606.731	617.486
30-34	574.743	597.701
35-39	566.145	601.512
40-44	560.543	604.114
45-49	558.063	604.093
50-54	510.747	562.360
55-59	403.768	443.943
60-64	321.739	367.812
65-69	263.055	307.106
70-74	190.894	239.040
75-79	131.701	175.755
80 y más	152.336	259.874



Fuente: Datos extraídos de CENSO 2012. Tabla y pirámide de elaboración propia para tesis de pregrado.

Tabla 5 y Gráfico 6: Tabla y pirámide poblacional de la Región Metropolitana, año 2012 (INE, 2012).

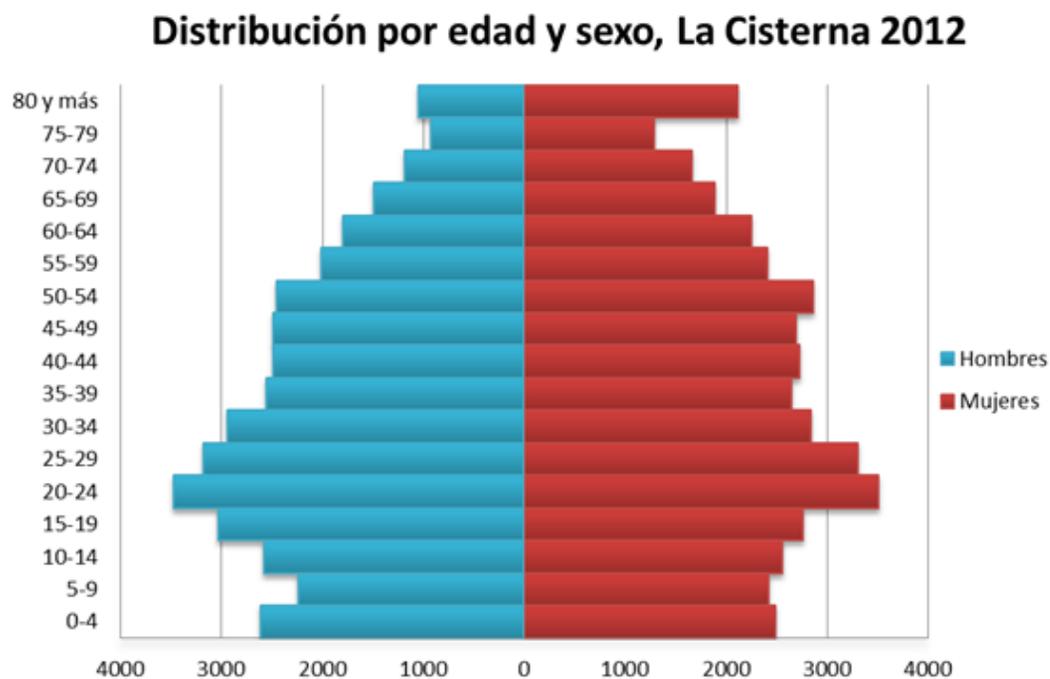
Edades	Hombres	Mujeres
0-4	243.901	233.713
5-9	225.980	217.294
10-14	244.446	234.805
15-19	275.282	266.632
20-24	309.354	301.744
25-29	261.600	261.843
30-34	243.352	248.533
35-39	232.069	244.172
40-44	223.567	242.605
45-49	220.056	245.040
50-54	203.842	232.374
55-59	155.749	179.811
60-64	124.268	148.555
65-69	100.046	123.042
70-74	69.667	93.994
75-79	46.905	69.113
80 y más	54.967	107.364



Fuente: Datos extraídos de CENSO 2012. Tabla y pirámide de elaboración propia para tesis de pregrado.

Tabla 6 y Gráfico 7: Tabla y pirámide poblacional de la comuna de La Cisterna, año 2012 (INE, 2012).

Edades	Hombres	Mujeres
0-4	2.603	2.496
5-9	2.235	2.423
10-14	2.578	2.564
15-19	3.023	2.767
20-24	3.469	3.512
25-29	3.175	3.308
30-34	2.942	2.840
35-39	2.556	2.653
40-44	2.481	2.728
45-49	2.481	2.692
50-54	2.454	2.865
55-59	2.013	2.407
60-64	1.790	2.256
65-69	1.485	1.895
70-74	1.179	1.665
75-79	919	1.295
80 y más	1.040	2.121



Fuente: Datos extraídos de CENSO 2012. Tabla y pirámide de elaboración propia para tesis de pregrado.

ii. Número absoluto de AM (60+)

El número absoluto de AM (60+) de La Cisterna corresponde a 15.645 (INE, 2012). El 41% de la población corresponde al sexo masculino y 59% al sexo femenino.

Cabe señalar que no se hace distinción entre población rural y urbana, ya que el 100% de la población de la comuna de La Cisterna pertenece a esta última (INE, 2012).

Tabla 7: Número absoluto de AM (60+) según sexo de la comuna de La Cisterna (INE, 2012).

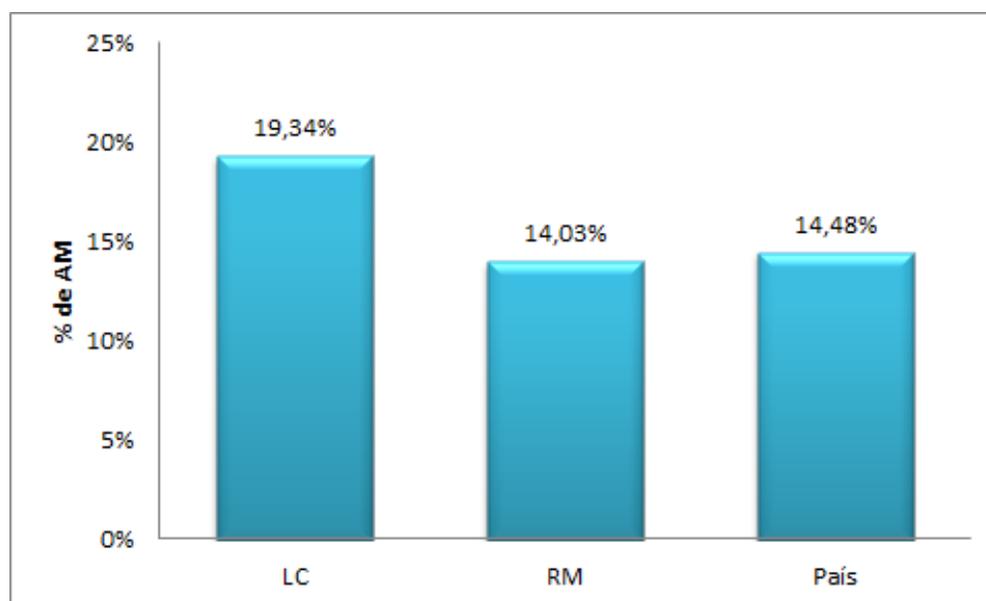
	Total	Hombre	Mujer
La Cisterna	15.645	6.413	9.232

Fuente: Datos extraídos de CENSO 2012. Tabla de elaboración propia para tesis de pregrado.

iii. Proporción de personas mayores respecto al total de la población de la comuna, la región y el país

Respecto a la población total de la comuna de La Cisterna hay aproximadamente 1 AM (60+) por cada 5 personas de entre 0 y 59 años de edad (INE, 2012).

Gráfico 8: AM (60+) de la comuna de La Cisterna v/s Proporción de personas 0 a 59 años (INE, 2012).



Fuente: Datos extraídos de CENSO 2012. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

iv. Porcentaje de personas mayores en relación al total de la población de La Cisterna, distribuidas según sub-rango etario

El grupo etario que tiene mayor proporción de AM con respecto a la población total es el de 60 a 64 años. La comuna de La Cisterna supera a la Región Metropolitana y al País en todos los rangos etarios, en especial en el rango de 80 años y más (INE, 2012).

Tabla 8: Porcentaje de personas mayores en relación al total de la población de La Cisterna, RM y país por quinquenio (INE, 2012).

Quinquenio	Porcentaje del total		
	La Cisterna	RM	País
60-64	5,00%	4,08%	4,15%
65-69	4,18%	3,34%	3,43%
70-74	3,52%	2,45%	2,58%
75-79	2,74%	1,74%	1,85%
80 y más	3,91%	2,43%	2,48%
Total población	19,34%	14,03%	14,48%

Fuente: Datos extraídos de CENSO 2012. Tabla de elaboración propia para tesis de pregrado.

v. Porcentaje de personas de la cuarta edad respecto del total de la población

En la comuna de La Cisterna existe un 3,91% de personas mayores pertenecientes a la cuarta edad. En la Región Metropolitana y el País los valores son de 2,43% y 2,48% respectivamente (Bravo, 2013).

vi. Relación de dependencia demográfica de vejez

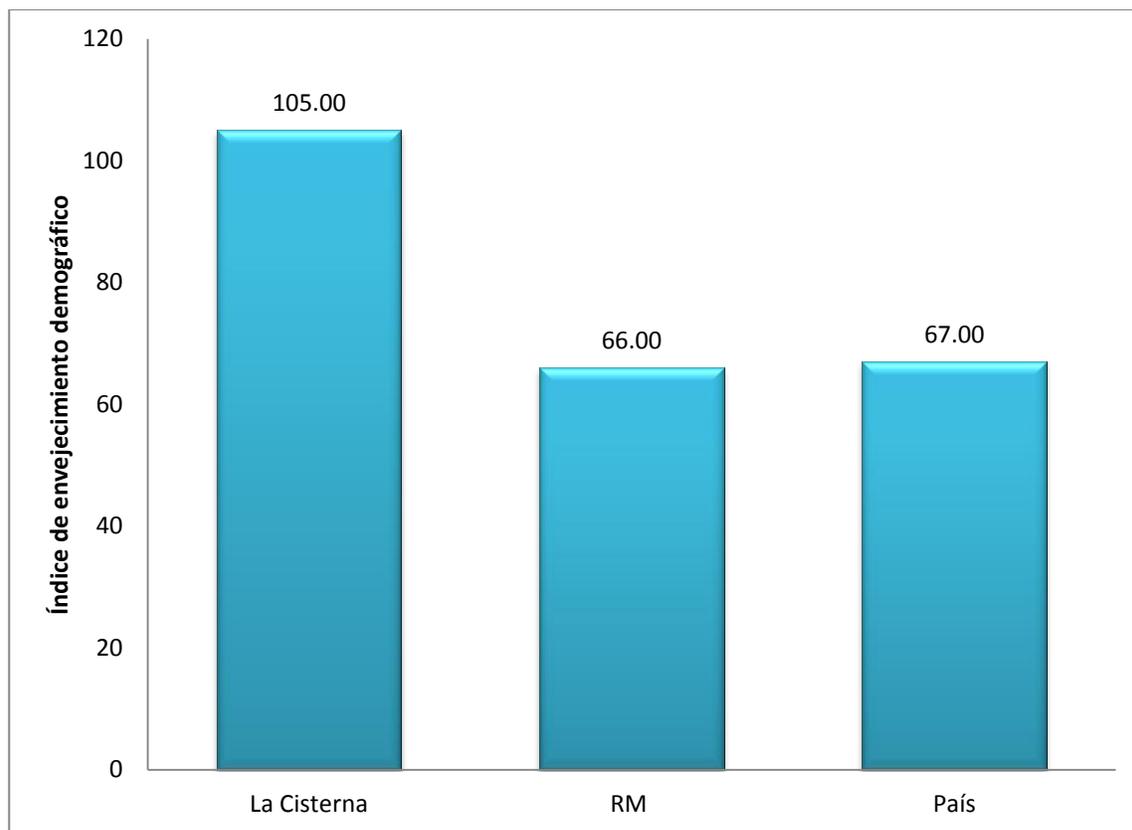
Este indicador cuantifica la necesidad potencial de soporte social de la población AM (60+) por parte de las personas en edades activas. En la comuna de La Cisterna la relación es 31,06, es decir, que por cada 100 personas en edad activa, hay aproximadamente 31 personas AM (60+). En cuanto para la RM la relación es 21,57 y para el país 22,65 (INE, 2012).

vii. Índice de envejecimiento demográfico

Este índice representa el número de AM (60+) por cada cien niños entre 0 y 14 años, y refleja la dinámica del envejecimiento de la población (Comuna de La Cisterna, 2014).

Destaca enormemente que en la comuna de La Cisterna hay aproximadamente 105 AM (60+) por cada 100 menores de 14 años.

Gráfico 9: Índice de envejecimiento demográfico de la comuna de La Cisterna, Región Metropolitana, y del país, 2013 (INE, 2012).

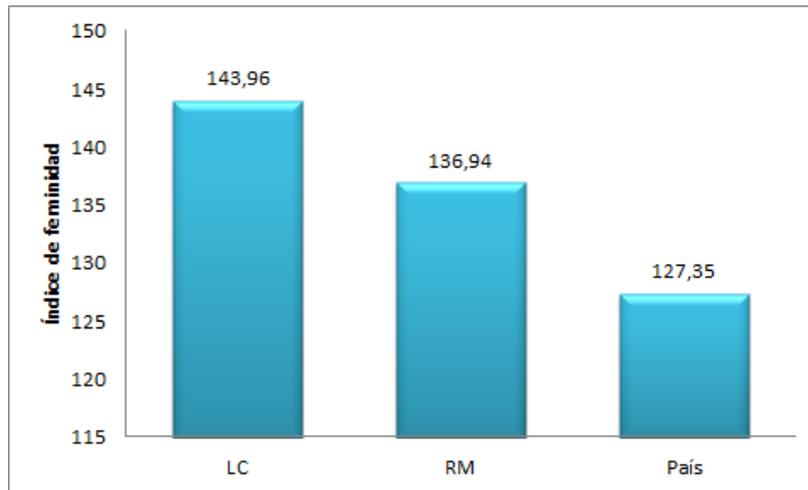


Fuente: Datos extraídos de CENSO 2012. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

viii. Índice de feminidad del AM

En la comuna de La Cisterna existen aproximadamente 143 AM mujeres por cada 100 AM hombres. En la RM el índice corresponde a 136,94 y el país 127,35 (INE, 2012).

Gráfico 10: Índice de feminidad de los AM (60+) de la comuna de La Cisterna (INE, 2012).

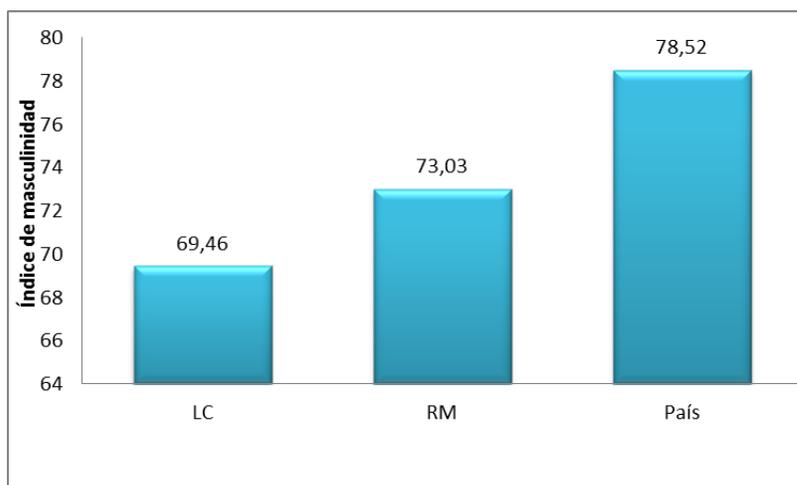


Fuente: Datos extraídos de CENSO 2012. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

ix. Índice de masculinidad del AM

En la comuna de La Cisterna existen aproximadamente 69 AM hombres por cada 100 AM mujeres. En la RM el índice corresponde a 73,03 y el país 78,52 (INE, 2012).

Gráfico 11: Índice de masculinidad de los AM (60+) de la comuna de La Cisterna (INE, 2012).

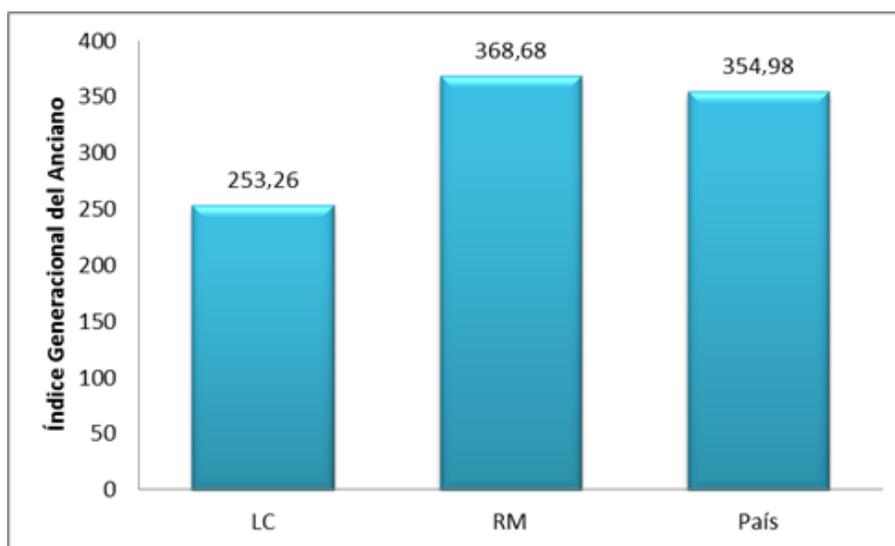


Fuente: Datos extraídos de CENSO 2012. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

x. Índice generacional del anciano

Este índice mide el número de personas de 35 a 64 años que podrían hacerse cargo de cada persona de 65 y más años. Se distingue que la comuna de La Cisterna tiene un menor índice que la Región Metropolitana y país, por lo tanto existirían menos personas que, podrían en teoría, hacerse cargo de una persona mayor de 65 años (INE, 2012).

Gráfico 12: Índice Generacional del Anciano de los AM (60+) de la comuna de La Cisterna (INE, 2012).



Fuente: Datos extraídos de CENSO 2012. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

III. SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES

i. Nivel educacional

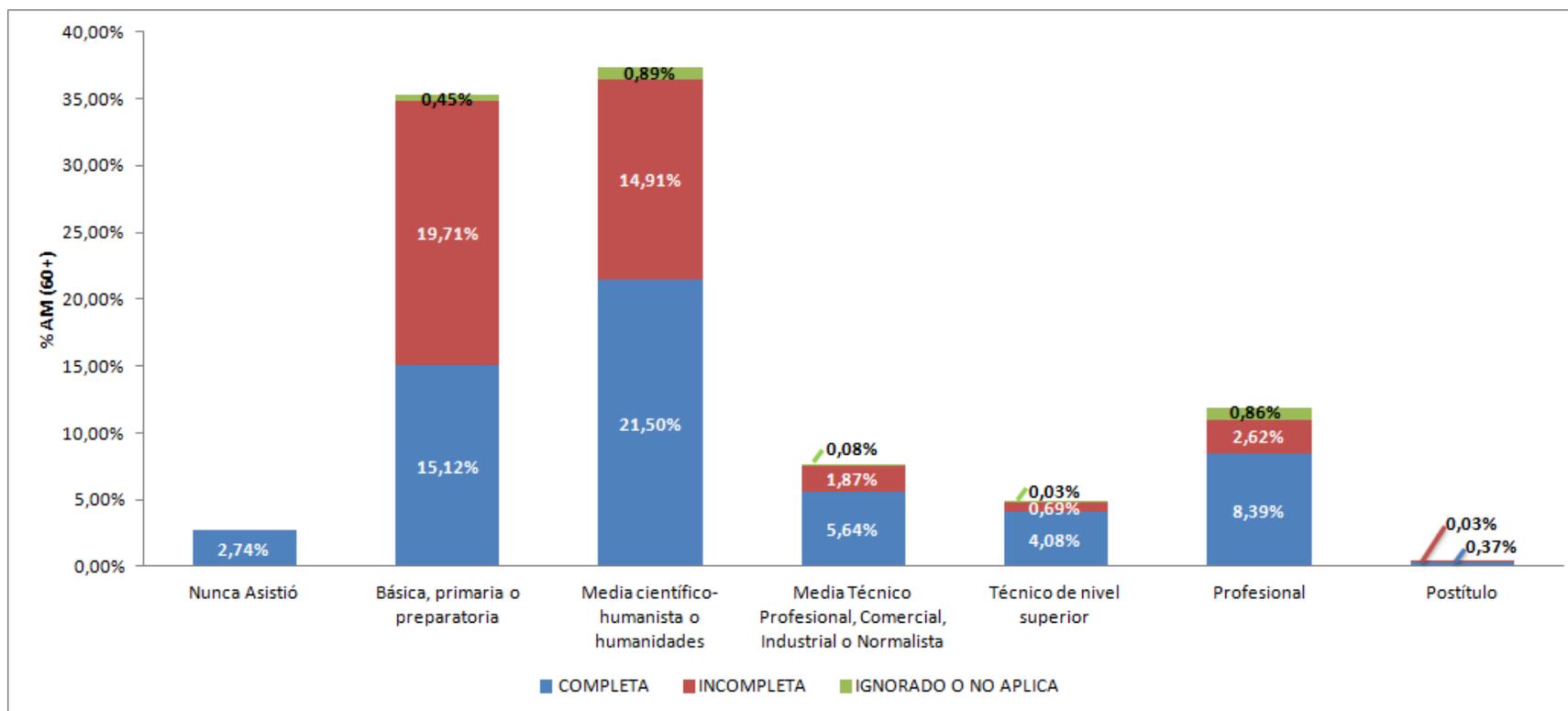
a. Porcentaje de personas mayores que no saben leer y escribir

En la comuna de La Cisterna un 2,04% de los AM (60+) no saben leer ni escribir, inferior al 3,78% de la región y al 6,78% del país (INE, 2012). En la comuna del total de personas analfabetas 75,55% corresponden a mujeres, en cambio en región y país estas cifras corresponden a 63,44% 59,09% respectivamente (INE, 2012).

b. Frecuencia de AM (60+) según nivel educacional completo o incompleto y porcentaje que estudia actualmente

En la comuna de la Cisterna se observa que gran parte los AM (60+) alcanza el nivel de educación media científico-humanista o humanidades, pero cabe señalar que de estos, casi un 40% no logra completar el nivel. Situación similar se observa en la enseñanza básica, primaria o preparatoria, donde un gran porcentaje llega a este nivel educacional, pero casi un 56% del total de estos no logra completar el nivel. Cabe destacar que casi un 1% del total de los AM (60+) se encuentra estudiando actualmente (INE, 2012).

Gráfico 13: Número de AM (60+) de la comuna de La Cisterna según nivel educacional completo e incompleto (INE, 2012).



Fuente: Datos extraídos de CENSO 2012. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

ii. Condición de uso de Internet

El 21,95% de los AM (60+) de la comuna de La Cisterna que saben buscar información en internet. Los que saben escribir y enviar un correo electrónico corresponden al 19,36% (INE, 2012).

iii. Religión o credo

Aproximadamente 8 de cada 10 AM (60+) de la comuna de La Cisterna declara ser católicos y el 9,20% pertenecientes a la iglesia evangélica o protestante (INE, 2012).

Tabla 9: Número y porcentaje de AM (60+) según religión o credo de la comuna de La Cisterna (INE, 2012).

Religión	Católica	Evangélica	Judía	Musulmana	Mormón	Ortodoxa	
o							
Protestante							
Nº	12.247	1.439	6	3	130	2	
%	78,28%	9,20%	0,04%	0,02%	0,83%	0,01%	
Religión	Budista	Fe Bahá'í	Testigo de Jehová	Espiritualidad de Indígena	Otra	Ninguna	Ignorado No Aplica
Nº	5	1	213	2	346	1.123	128
%	0,03%	0,01%	1,36%	0,01%	2,21%	7,18%	0,82%

Fuente: Datos extraídos de CENSO 2012. Tabla de elaboración propia para tesis de pregrado.

iv. Pertenencia a pueblo originario

El 5,59% de los AM (60+) declara pertenencia a un pueblo originario (INE, 2012).

v. Pueblo originario

En la comuna de La Cisterna un 5,00% de los AM (60+) declara pertenecer al pueblo mapuche (INE, 2012).

Tabla 10: Número y porcentaje de AM (60+) según pueblo originario (INE, 2012).

Pueblo originario	Mapuche	Aymara	Rapa Nui	Likan Antai	Quechua		
N°	783	14	4	0	0		
%	5,00%	0,09%	0,03%	0,00%	0,00%		
Pueblo originario	Colla	Diaguita	Kawésqar	Yágan o Yámana	Otro	Ignorado o no aplica	
N°	1	20	0	0	31	14.792	
%	0,01%	0,13%	0,00%	0,00%	0,20%	94,55%	

Fuente: Datos extraídos de CENSO 2012. Tabla de elaboración propia para tesis de pregrado.

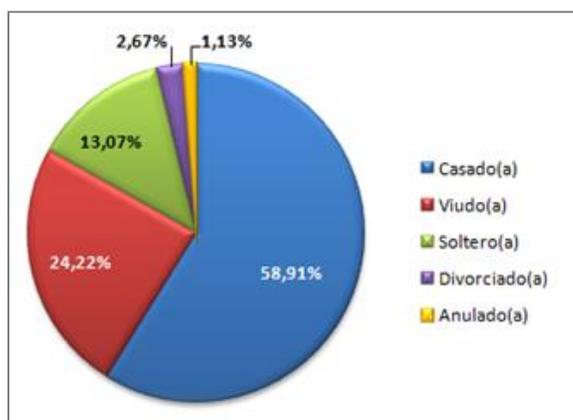
vi. Idiomas

De los AM (60+) en la comuna de La Cisterna el 99,63% declara poder mantener una conversación en español, un 5,05% en inglés y un 0,40% es capaz de conversar en mapudungún (INE, 2012).

vii. Porcentaje de personas mayores según estado civil actual (legal)

En la comuna de La Cisterna más de la mitad de los AM (60+) están casados, en segundo lugar viudos con un 24,22%. Sólo el 3,08% declara estar divorciado o anulado (INE, 2012).

Gráfico 14: Porcentaje de AM (60+) según estado civil actual (legal) en la comuna de La Cisterna (INE, 2012).

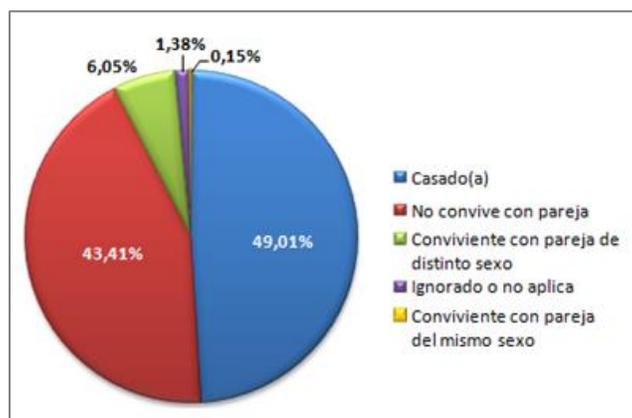


Fuente: Datos extraídos de CENSO 2012. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

viii. Porcentaje de personas mayores según estado de hecho

Con respecto a la situación de hecho de los adultos mayores, se observa que la mayor parte de los adultos mayores se encuentran casados, seguidos de aquellos que no viven con pareja y los que conviven con pareja de distinto sexo (INE, 2012).

Gráfico 15: Porcentaje de personas mayores sobre 60 años según estado de hecho en la comuna de La Cisterna (INE, 2012).

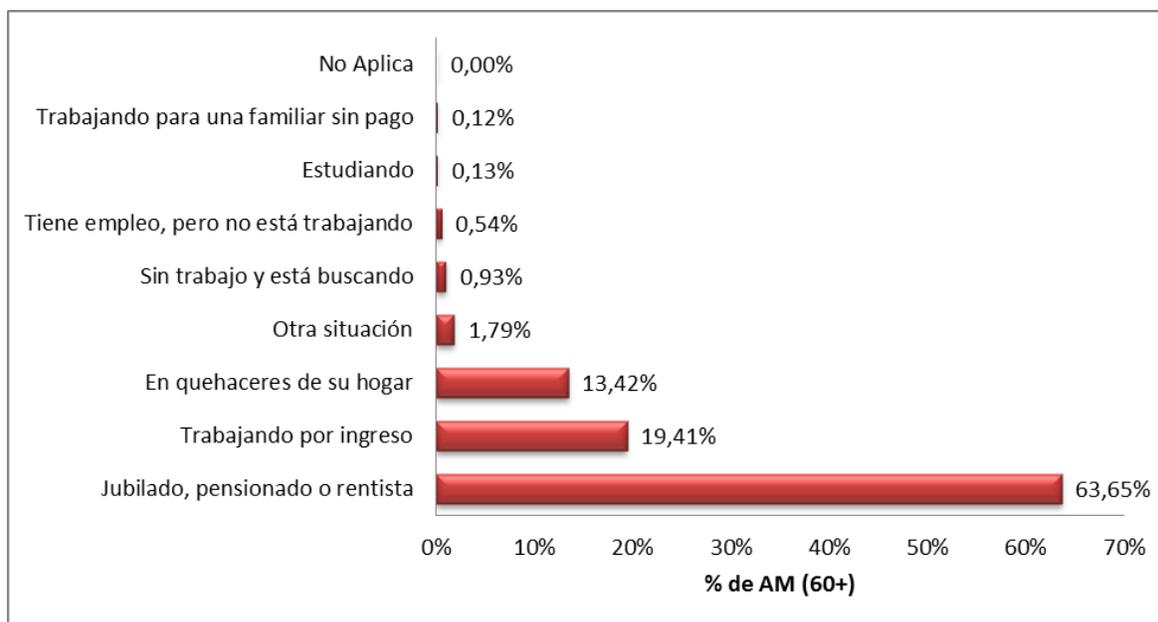


Fuente: Datos extraídos de CENSO 2012. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

ix. Situación Laboral

La principal actividad de los AM (60+) de La Cisterna es estar jubilado, pensionado o ser rentista con un 63,65% del total de esta población. Aproximadamente 2 de cada 10 AM (60+) aún realiza algún tipo de trabajo remunerado (INE, 2012).

Gráfico 16: Porcentaje de AM (60+) de la comuna de La Cisterna según situación laboral (INE, 2012).

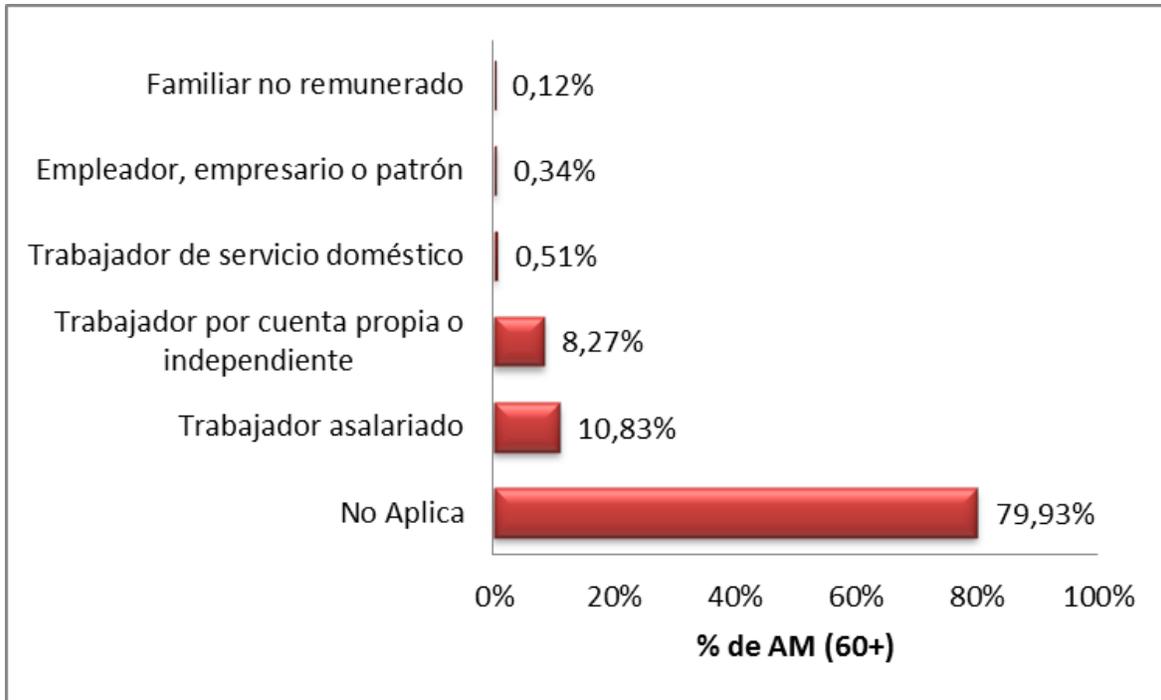


Fuente: Datos extraídos de CENSO 2012. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

x. Tipo de trabajador

Dado que en la comuna de La Cisterna el mayor porcentaje de AM (60+) es jubilado, pensionado o rentista o se dedica a los quehaceres del hogar, esta categoría no aplica para un gran porcentaje (INE, 2012).

Gráfico 17: Porcentaje de AM (60+) de la comuna de La Cisterna según situación laboral (INE, 2012).



Fuente: Datos extraídos de CENSO 2012. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

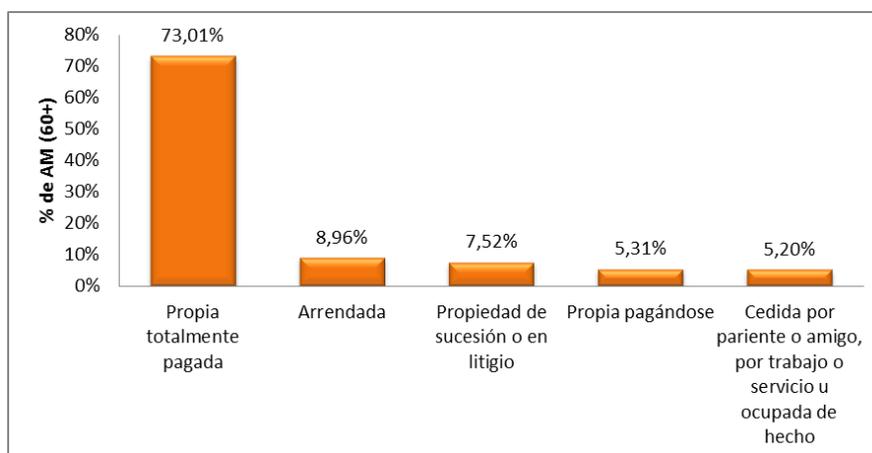
xi. AM jefes de hogar y sostenedor

En la comuna de La Cisterna, 9.101 AM (60+) son jefes de hogar de los cuales el 46,79% corresponden a mujeres. Además, 7.618 son sostenedores de los cuales 43,17% son mujeres (INE, 2012).

xii. Propiedad de la vivienda

El 73,01% de los Adultos Mayores (60+) reside en viviendas que en las que alguno de los integrantes son propietarios y lograron pagarla completamente (INE, 2012).

Gráfico 18: Porcentaje de AM (60+) de la comuna de La Cisterna según propiedad de la vivienda en la que habitan (INE, 2012).

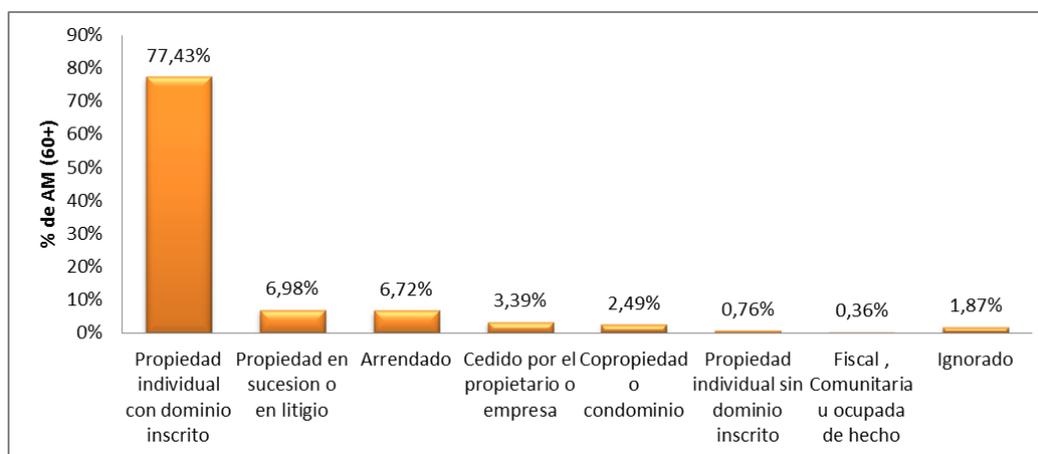


Fuente: Datos extraídos de CENSO 2012. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

xiii. Condición de Ocupación del Sitio

En la comuna de La Cisterna el 77,43% de los AM residen en una propiedad individual con dominio inscrito (INE, 2012).

Gráfico 19: Porcentaje de AM (60+) de la comuna de La Cisterna según ocupación del sitio (INE, 2012).

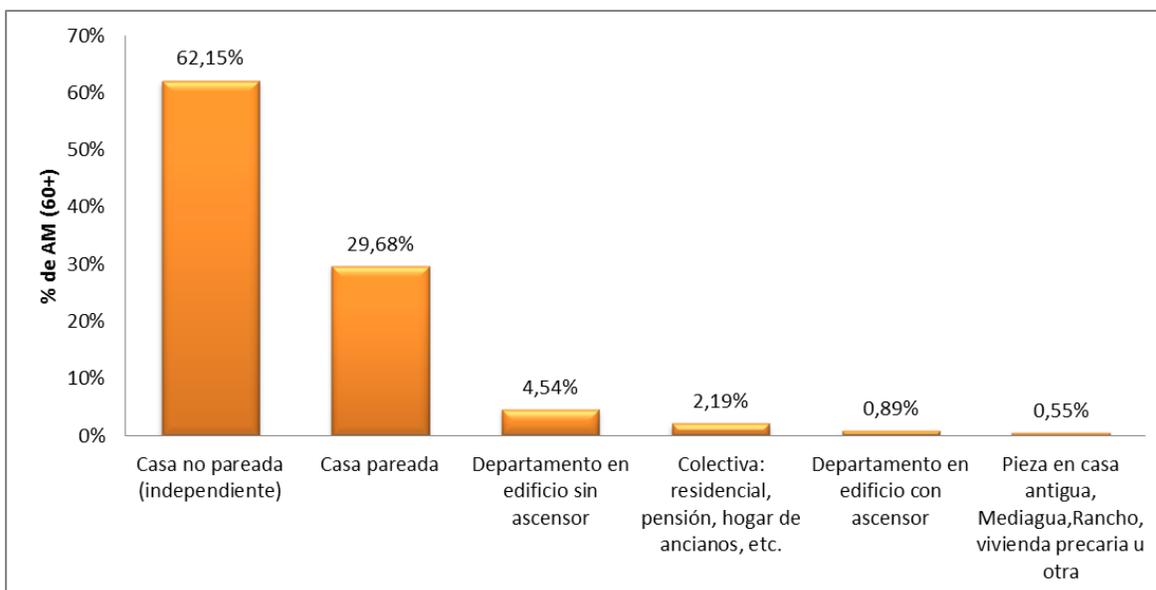


Fuente: Datos extraídos de CENSO 2012. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

xiv. Tipo de vivienda

En la comuna de La Cisterna el 62,15% de los AM residen en casas independientes. Cabe destacar la diferencia que existe entre el los AM que viven en edificios sin ascensor (4,54%) vs. los que residen en edificios con ascensor (0,89%) (INE, 2012).

Gráfico 20: Porcentaje AM (60+) de la comuna de La Cisterna según el tipo de vivienda en la que habita (INE, 2012).



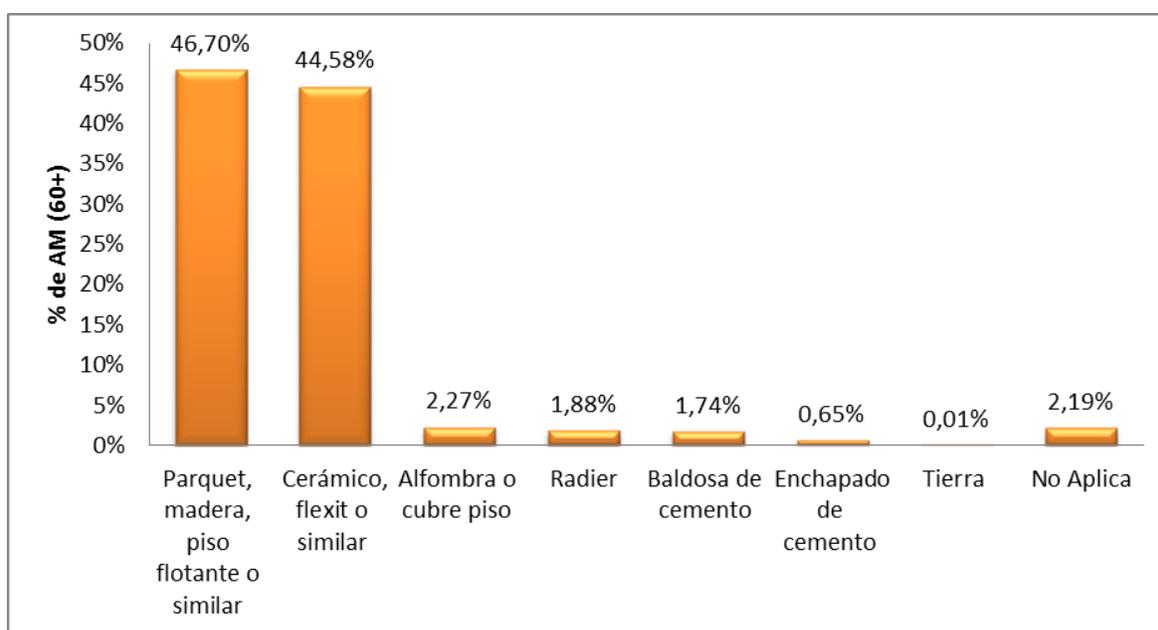
Fuente: Datos extraídos de CENSO 2012. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

xv. Calidad de la vivienda

a. Materiales de construcción predominantes en el piso

Aproximadamente la mitad de los AM (60+) de La Cisterna habitan en viviendas donde la predominancia en el piso de parquet, madera, piso flotante o similar; seguido de cerámico, flexit o similar con el 44,58% (INE, 2012).

Gráfico 21: Porcentaje de AM (60+) de la comuna de La Cisterna según el material de construcción predominante en el piso (INE, 2012).

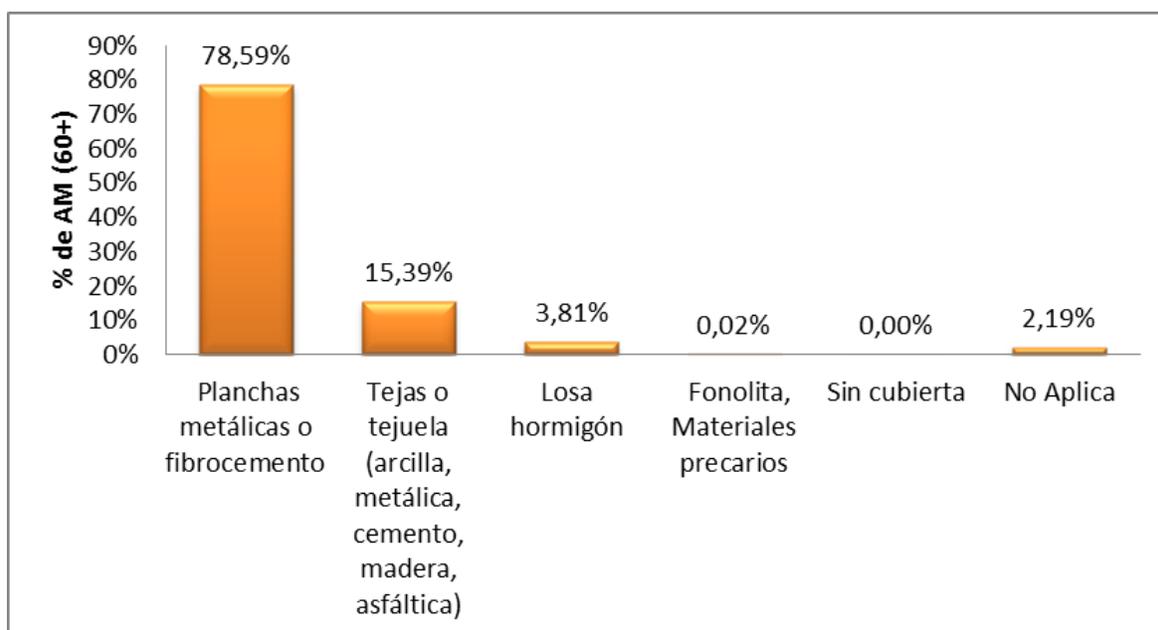


Fuente: Datos extraídos de CENSO 2012. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

b. Materiales de construcción predominantes en la cubierta exterior del techo

El 78,59% de los AM (60+) de la comuna de La Cisterna residen en viviendas donde el material predominante del techo son planchas metálicas o fibrocemento. Seguido por tejas o tejuelas (15,42%) (INE, 2012).

Gráfico 22: Porcentaje de AM (60+) de la comuna de La Cisterna según materiales de construcción predominantes del techo (INE, 2012).

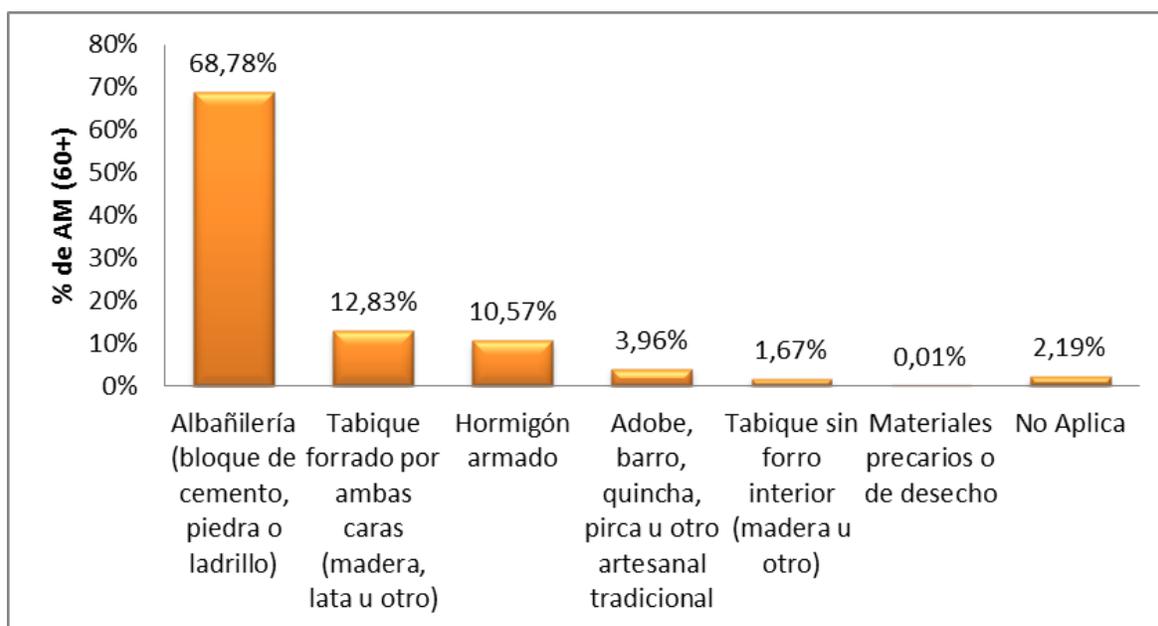


Fuente: Datos extraídos de CENSO 2012. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

c. Materiales de construcción predominantes en las paredes exteriores

Aproximadamente 7 de cada 10 AM (60+) pertenecientes a la comuna, residen en viviendas en donde albañilería, bloque de cemento, piedra o ladrillo prevalece como material de predominante en las paredes exteriores (INE, 2012).

Gráfico 23: Porcentaje de AM (60+) de la comuna de La Cisterna según material de construcción predominante en las paredes exteriores (INE, 2012).



Fuente: Datos extraídos de CENSO 2012. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

xvi. Medio de eliminación de basura

El 97,79% AM (60+), residen en viviendas donde el medio de eliminación de basura corresponde a la recolección de los servicios de aseo (INE, 2012).

xvii. Práctica de reciclaje

En la comuna de La Cisterna, un 12,74% y un 24,92% de los hogares donde habitan AM (60+) declaran realizar compostaje y separación de la basura respectivamente (INE, 2012).

xviii. Disponibilidad y conexión del servicio higiénico (WC)

La mayoría de las viviendas donde habitan AM (60+) posee alcantarillado, representando un 97,58% de esta población (INE, 2012).

xix. Origen de la energía eléctrica

En la comuna de La Cisterna, los AM (60+) en su mayoría obtienen su energía eléctrica de la red pública siendo un 97,78% de las viviendas (INE, 2012).

xx. Bienes y servicios

En la comuna de La Cisterna 12.208 AM (60+) poseen teléfono fijo en su hogar, lo que representa al 79,78% de la población adulta mayor, mientras que el 7.387 AM (60+) tiene disponibilidad de internet en su hogar (48,27%) (INE, 2012).

Tabla 11: Porcentaje de bienes y servicios en viviendas donde habitan AM (60+) en la comuna de La Cisterna (INE, 2012).

Bienes y servicios	% Si
Teléfono fijo	79,78%
Internet	48,27%
Vehículo	44,44%
Servicio doméstico	7,32%

Fuente: Datos extraídos de CENSO 2012. Tabla de elaboración propia para tesis de pregrado.

xxi. Combustible usado para cocinar y para el agua caliente

En la comuna de La Cisterna el 99,46% y un 95,47% de los hogares donde residen AM (60+) declara utilizar gas como combustible para cocinar y para el agua caliente respectivamente (INE, 2012).

xxii. Combustible usado para calefacción

Para la calefacción de sus viviendas, los AM (60+) de la comuna de La Cisterna utilizan como principales combustibles gas (55,39%) y parafina o petróleo (31,44%) (INE, 2012).

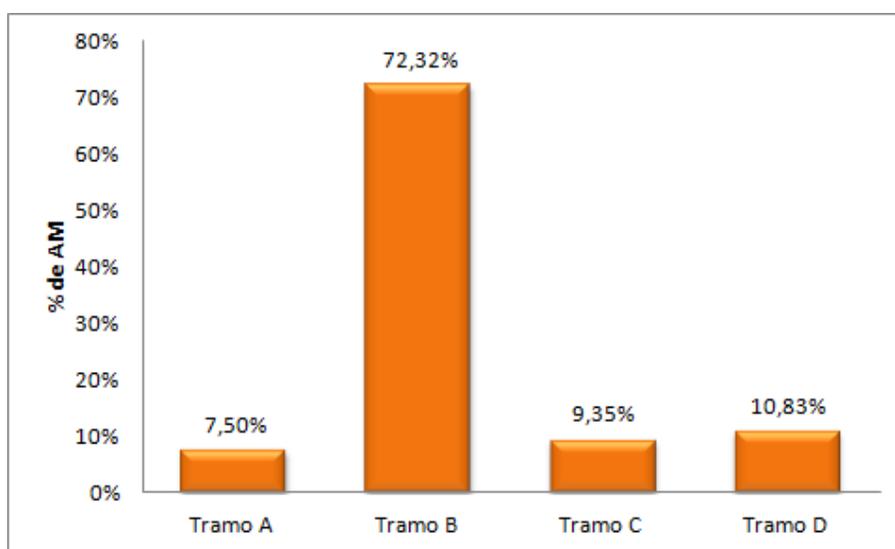
xxiii. Número de personas AM (60+) que residen en la vivienda

En la comuna de La Cisterna casi un 11% de los AM (60+) vive solo. En su mayoría viven acompañados de entre 1 y 5 personas (INE, 2012).

xxiv. Proporción de AM (65+) según tramo de FONASA

Las personas inscritas en el Fondo Nacional de Salud (FONASA) se distribuyen en cuatro tramos A, B, C y D según su ingreso económico. Las personas del tramo A y B tienen un porcentaje de copago 0. En el tramo A están las personas que carecen de recurso alguno o indigentes y el tramo B está compuesto por personas que ganen menos de un sueldo mínimo. A contar del 1 de agosto de 2013 el monto de ingreso mínimo mensual para los trabajadores mayores de 65 años se eleva de \$144.079.- a \$156.770 (Ministerio del trabajo y previsió social; subsecretaría del trabajo, 2013), por lo que esta es la cantidad límite en los AM para pertenecer a este tramo. El siguiente tramo se compone por las personas que reciben un salario entre el sueldo mínimo y un 46% más, es decir entre \$156.770 y \$228.884. Este tramo tiene un porcentaje de copago de un 10%. Finalmente las personas que componen el tramo D son aquellas que reciben un salario por encima del sueldo mínimo más el 46%, es decir sobre \$228.884 (FONASA, 2013). Cabe señalar, por último que las personas sobre 60 años y más tienen un 100% de cobertura financiera en hospitales y consultorios, en todas las atenciones, independientes de su tramo (A, B, C o D) (FONASA, 2014).

Gráfico 24: Proporción de AM (60+) de la comuna de La Cisterna según tramo de FONASA (FONASA, 2013).



Fuente: Datos extraídos de FONASA 2013. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

xxv. Clasificación referencial de los tramos FONASA en el sistema de ISAPRES

Los AM (65+) que al año 2013 se categorizan como carga son 260. En la tabla 9 se presenta la clasificación referencial con ingreso mínimo mensual de los AM (65+) cotizantes definido por ley, sin considerar el efecto del número de cargas (Superintendencia de Salud , 2014).

Tabla 12: Clasificación referencial con ingreso mínimo mensual de los AM (65+) cotizantes definido por ley (Superintendencia de Salud , 2014).

Tramo de Renta	Dependiente	Independiente	Pensionado
B menor de \$156.770	2,27%	2,12%	3,26%
C entre \$156.770 y \$228.884	0,99%	0,00%	2,97%
D más de \$228.884	27,62%	0,99%	59,77%

Fuente: Datos extraídos de Superintendencia de Salud 2014. Tabla de elaboración propia para tesis de pregrado.

xxvi. Porcentaje de AM en situación de indigencia o pobreza según rango etario

La tabla 12 muestra el porcentaje de Adultos Mayores bajo la línea de la pobreza e indigencia. Según rango etario. Es posible calcular que de los 17.572 AM que fueron estimados en la comuna un 3,5% están en situación de pobreza y aproximadamente un 4% de ellos están en la línea de la indigencia (SENAMA, 2013-C).

Tabla 13: Porcentaje de AM en situación de indigencia o pobreza rango etario (SENAMA, 2013-C).

Rango de edad	Indigente	Pobre no Indigente	No pobre
60-64	7,49%	1,77%	90,74%
65-69	6,96%	4,79%	88,25%
70-74	0,00%	3,98%	96,02%
75-79	0,00%	5,39%	94,61%

80 +	2,75%	2,51%	94,73%
------	-------	-------	--------

Fuente: Datos extraídos de SENAMA 2013. Tabla de elaboración propia para tesis de pregrado.

I. SALUD Y BIENESTAR EN LA VEJEZ

i. Programa nacional de salud del adulto mayor

Chile es un país donde las personas mayores cuentan con un programa de salud integral en que a través de acciones de fomento de la integración social, promoción de la salud, prevención de la dependencia y enfermedad se contribuye al envejecimiento activo y saludable, en el marco de un enfoque de derechos, determinantes y género.

Este programa tiene como misión:

Desarrollar e implementar el programa nacional de las personas adultas mayores, contribuir al desarrollo y mejoría de la calidad de vida de las personas mayores del país, para que permanezcan autónomas y autovalentes por el mayor tiempo posible, resolviendo sus problemas de salud con una atención de calidad, óptima, eficaz y eficiente en la red asistencial (MINSAL, 2014 - H, p.132).

Y como objetivo principal:

Desarrollar un Programa Nacional de Salud de Personas Adultas Mayores, de carácter integral e integrado, que contribuya a mejorar la autonomía, autovalencia y prevenir la dependencia en personas adultas mayores enfatizando la calidad de la atención, con un enfoque de derechos, género y pertinencia cultural, considerando el modelo de atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario y el modelo de determinantes sociales de la salud, con relevancia nacional e internacional (MINSAL, 2014 - H, p.132)

ii. Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

El Ministerio de Salud, pretende con el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, apoyar a los adultos mayores mejorando su capacidad personal y comunitaria para enfrentar el proceso de envejecimiento, a través de la implementación de una estrategia de atención de salud preventiva y promocional, que incorpora equipos profesionales destinados a mantener la autovalencia de los Adultos mayores.

Propósito “Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas adultos mayores, prolongando su autovalencia, con una atención integral en base al modelo de Salud Familiar y Comunitaria” (Ministerio de Salud , 2015).

Este Programa se inicia con la participación de los Adultos Mayores pesquisados en el Examen de Medicina Preventivo del Adulto Mayor (EMPAM) como Autovalentes, Autovalentes con Riesgo y En Riesgo de Dependencia, en una intervención promocional y preventiva de Estimulación de Habilidades Motoras, Prevención de Caídas, Estimulación de Funciones Cognitivas y Autocuidado y Estilos de Vida Saludable.

Se desarrollará inserto en la comunidad, con la acción del Equipo de Salud de Atención Primaria, en particular, de una dupla Kinesiólogo- Terapeuta Ocupacional u otro profesional de la salud capacitado, dedicados específicamente al trabajo con los Adultos Mayores, anticipándose al daño y la dependencia y promoviendo un envejecimiento activo (Ministerio de Salud , 2015).

iii. Población inscrita en FONASA e inscrita en ISAPRE

Con respecto al Sistema de Salud, la población AM (60+) inscrita en FONASA 2013 corresponde a 16.328, de las cuales el 58,69% son mujeres (FONASA, 2013). La población perteneciente a ISAPRE son 1.891 (Superintendencia de Salud , 2014).

- iv. Número de AM (60+) validados en los CES disponibles en la comuna de La Cisterna

En la comuna de La Cisterna existen dos CES, Eduardo Frei y Santa Anselma, que en conjunto atienden a 13.502 AM (65+) (Comuna de La Cisterna, 2014).

- v. Tasa de AVPP

Tabla 14: Tasa de AVPP en la comuna, región y país (DEIS, 2011).

Tasa de Años de Vida Potencialmente Perdidos	2010	2011	2012
País	75,5	72,7	71,6
RM	69,1	67,9	66
La Cisterna	91,9	88,8	91,5

Fuente: Datos extraídos de DEIS 2011. Tabla de elaboración propia para tesis de pregrado.

- vi. Causas de AVPP

Cabe destacar que no existe un registro diferenciado para adultos mayores.

Tabla 15: Causas de los AVPP en la comuna de La Cisterna en los años 2010 y 2011 (DEIS, 2011).

La Cisterna	2010	2011
Enfermedades por VIH	39	32
Resto de causas externas	51	323
Agresiones	210	40
Accidentes de transporte	366	294
Lesiones auto infligidas	530	370
Enfermedades sistema respiratorio	584	271
Enfermedades sistema circulatorio	1003	1472
Tumores malignos	1886	1475

Fuente: Datos extraídos de DEIS 2011. Tabla de elaboración propia para tesis de pregrado.

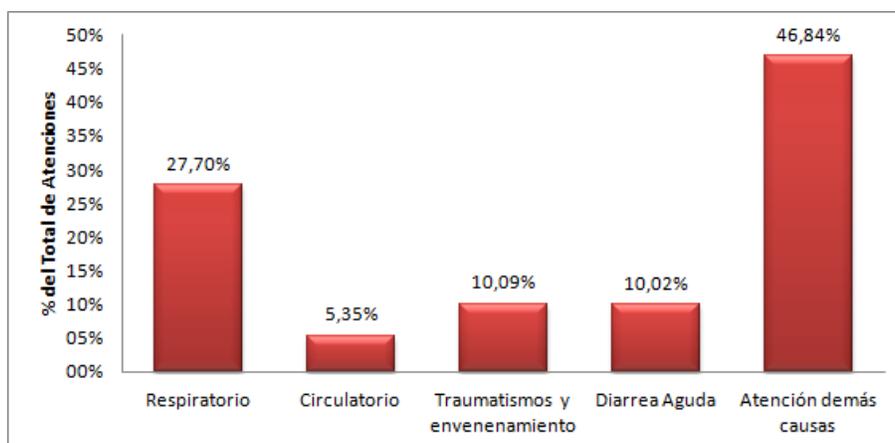
vii. AVISA

Cabe señalar en primer lugar que los datos AVISA solo se encuentran disponibles a nivel nacional. El estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible del año 2007 del MINSAL muestra que al año 2004, la carga de enfermedad del país fue de 3.761.788 años de vida perdidos y de este total el 78% corresponde a años perdidos por discapacidad (Comuna de La Cisterna, 2014).

viii. Total de Atenciones de urgencia a AM (65+) de la comuna de La Cisterna según causas

Durante el año 2013 se realizaron un total de 5192 atenciones a urgencia a AM (65+), de las cuales casi la mitad no entra en una clasificación definida. Dentro de las consultas por causas definidas, las enfermedades del sistema respiratorio son las más frecuentes seguidas de los traumatismos y diarrea aguda (DEIS, 2014).

Gráfico 25: Total de atenciones a AM (65+) de la comuna de La Cisterna según causas (DEIS, 2014).



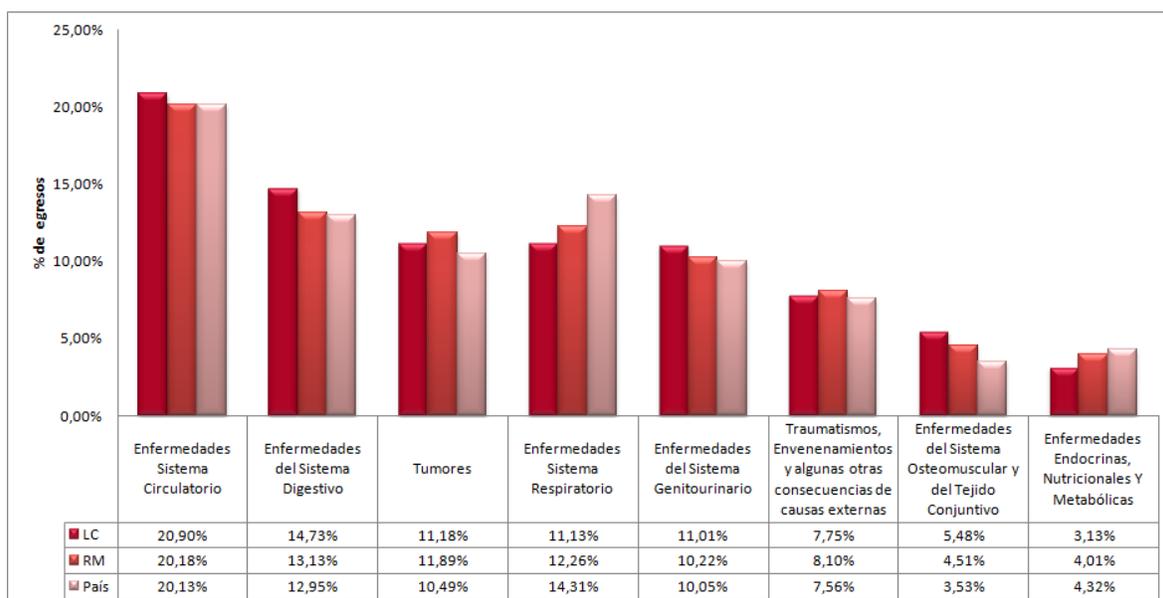
Fuente: Datos extraídos de DEIS 2011. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

ix. Causas de egresos hospitalarios

A nivel comunal, regional y país, la mayor parte de los egresos hospitalarios durante el año 2011 (último dato oficial disponible) se dieron por enfermedades del sistema circulatorio con aproximadamente $\frac{1}{5}$ de la población AM (65+) de cada grupo poblacional mencionado.

En lo referente a enfermedades del sistema digestivo la comuna de La Cisterna supera en 1,60% a la Región Metropolitana y en 1,78% al país. En el sistema genitourinario, la comuna supera en 0,79% a la Región Metropolitana y en 0,96% al país. Finalmente, en el sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo la comuna supera en 0,97% a la Región Metropolitana y en 1,95% al país.

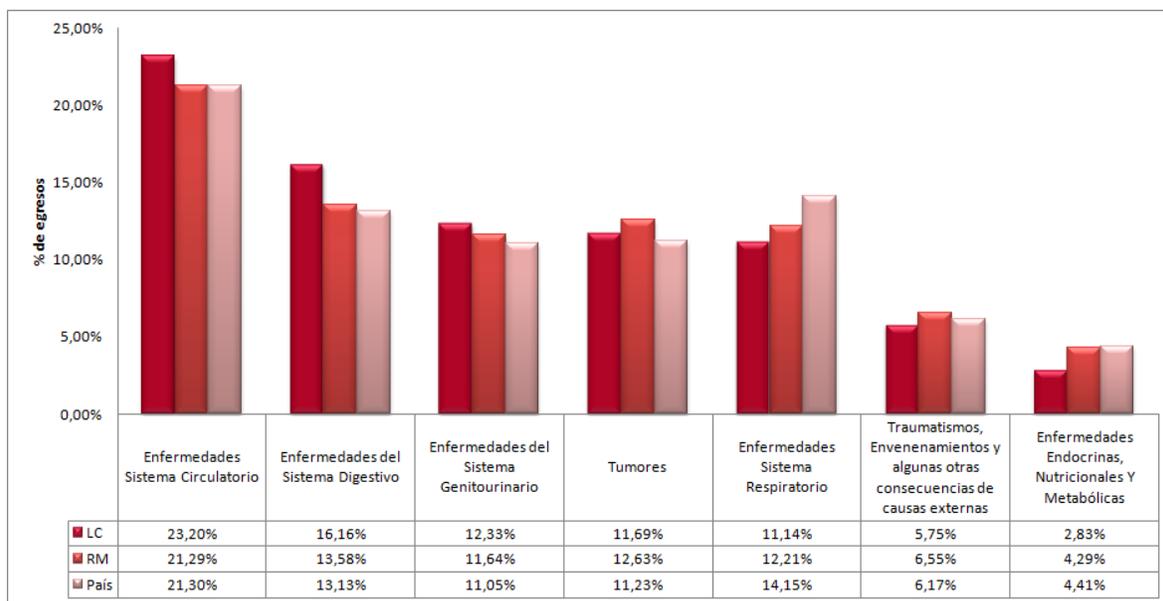
Gráfico 26: Principales causas de egresos hospitalarios de AM (65+) de la comuna de La Cisterna, Región Metropolitana y país para ambos sexos (DEIS, 2011).



Fuente: Datos extraídos de DEIS 2011. Tabla de elaboración propia para tesis de pregrado.

En cuanto a los egresos hospitalarios de los AM (65+) hombres, los por enfermedades del sistema circulatorio la comuna de La Cisterna supera en aproximadamente 1,9% a la Región Metropolitana y al país; los por enfermedades del sistema genitourinario la comuna superan a la Región Metropolitana por 0,69% y al país por 1,28%. Finalmente, destacan los por enfermedades del sistema digestivo donde la comuna de La Cisterna supera en 2,58% a la Región Metropolitana y en 3,03% a los egresos a nivel nacional.

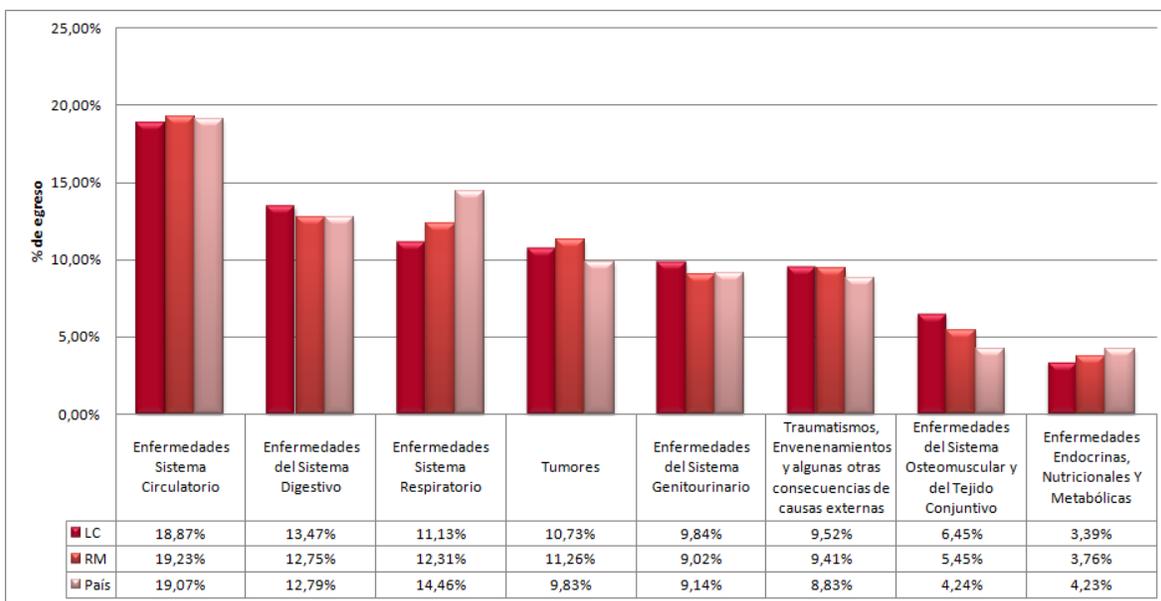
Gráfico 27: Principales causas de egresos hospitalarios de AM (65+) hombres de la comuna de La Cisterna, Región Metropolitana y país (DEIS, 2011).



Fuente: Datos extraídos de DEIS 2011. Tabla de elaboración propia para tesis de pregrado.

Los egresos hospitalarios de las AM (65+) mujeres, los por enfermedades del sistema digestivo la comuna de La Cisterna supera en 0,72% a la Región Metropolitana y en 0,68% al país; los por enfermedades del sistema genitourinario la comuna superan a la Región Metropolitana por 0,82% y al país por 0,70%; los por traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas la comuna supera en 0,11% al dato regional y en 0,69% al país. Finalmente, destacan los egresos por enfermedades sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo la comuna donde la comuna de La Cisterna supera en 1,00% a la Región Metropolitana y en 2,21% a los egresos a nivel nacional.

Gráfico 28: Principales causas de egresos hospitalarios de AM (65+) mujeres de la comuna de La Cisterna, Región Metropolitana y país (DEIS, 2011).



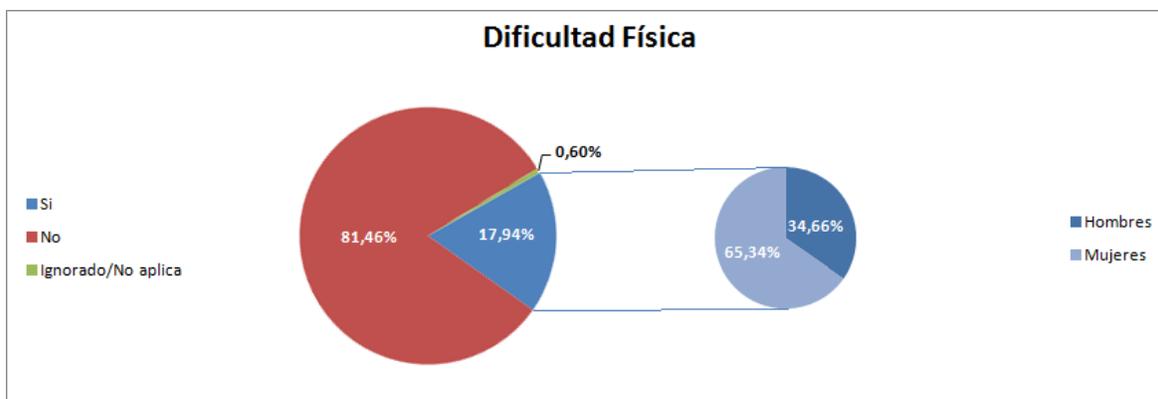
Fuente: Datos extraídos de DEIS 2011. Tabla de elaboración propia para tesis de pregrado.

x. Discapacidad

a. AM (60+) con dificultad física

Aproximadamente 1 de cada 5 AM (60+) de la comuna de La Cisterna presenta dificultad física; de estos el 65,34% corresponden a mujeres (INE, 2012).

Gráfico 29: AM (60+) de la comuna de La Cisterna que presentan dificultad física (INE, 2012).

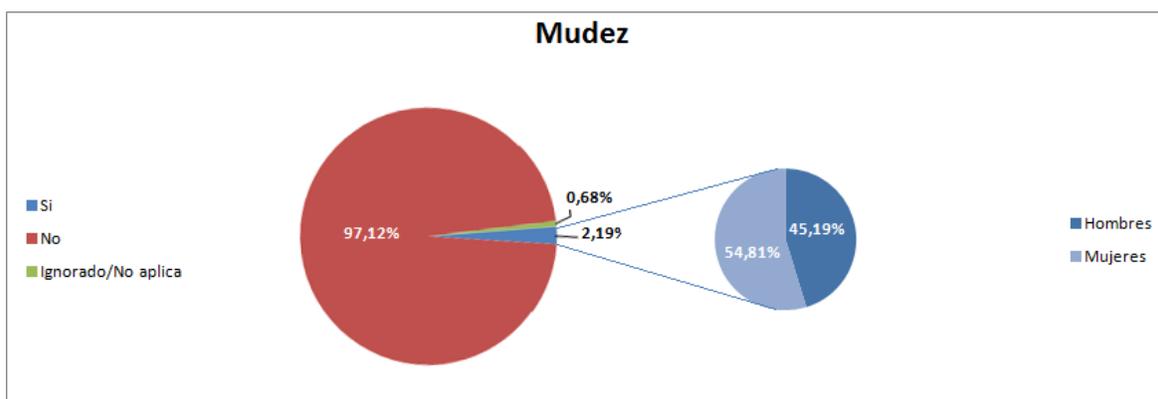


Fuente: Datos extraídos de CENSO 2012. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

b. AM (60+) que presentan mudez

Un 2,19% de la población AM (60+) presenta mudez. La mayoría de ellos perteneciente al sexo femenino (INE, 2012).

Gráfico 30: AM (60+) de la comuna de La Cisterna que presentan mudez (INE, 2012).

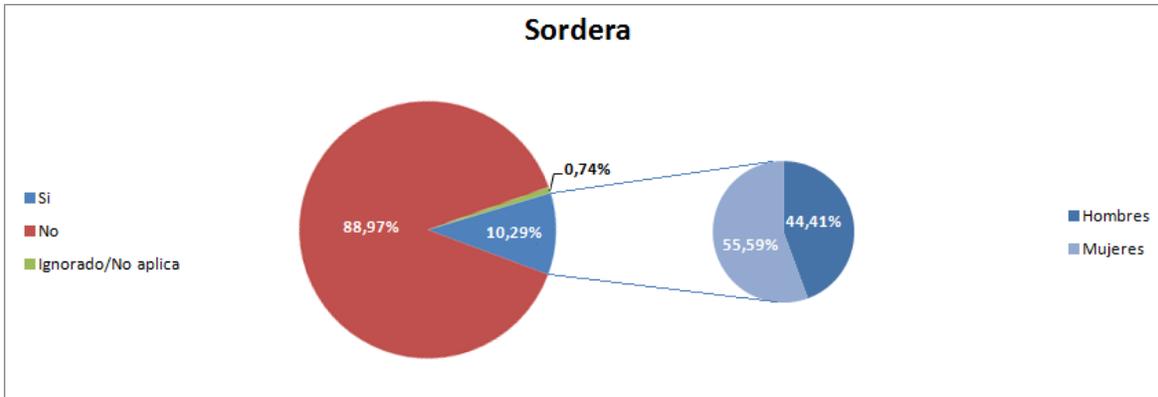


Fuente: Datos extraídos de CENSO 2012. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

c. AM (60+) que presentan sordera

El 10,29% de los AM (60+) de la comuna de La Cisterna presentan sordera; de estos las mujeres corresponden a más de la mitad (INE, 2012).

Gráfico 31: AM (60+) de la comuna de La Cisterna que presentan sordera (INE, 2012).

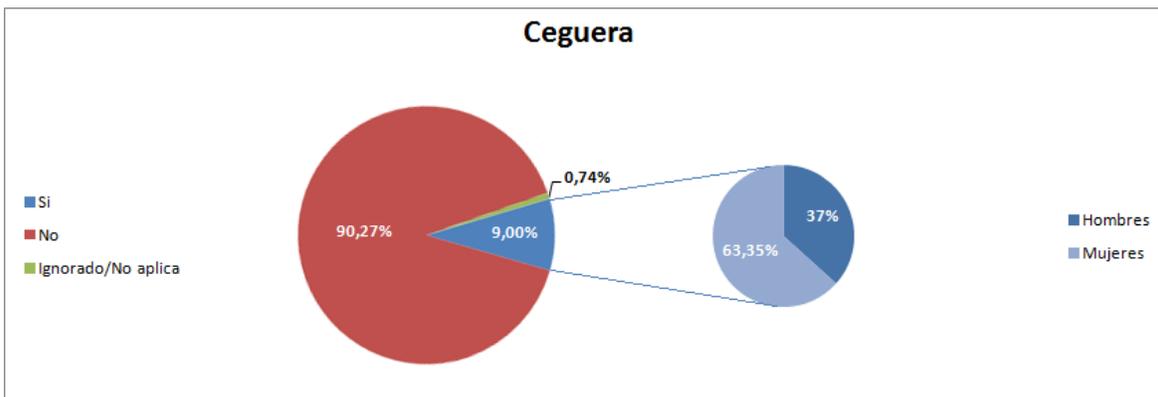


Fuente: Datos extraídos de CENSO 2012. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

d. AM (60+) que presentan ceguera

Las personas AM (60+) con ceguera son mayoritariamente mujeres. Junto con los hombres representan aproximadamente un 9% del total de la población mayor de 60 años (INE, 2012).

Gráfico 32: AM (60+) de la comuna de La Cisterna que presentan ceguera (INE, 2012).

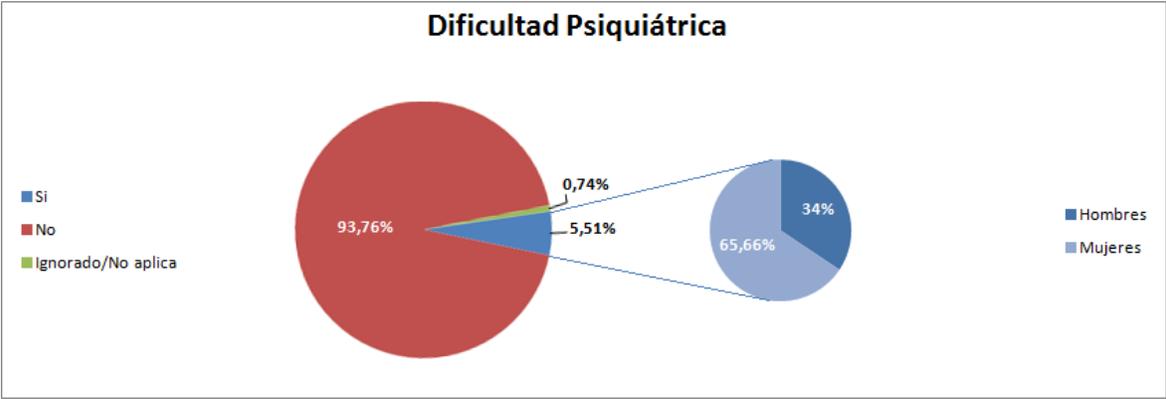


Fuente: Datos extraídos de CENSO 2012. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

e. AM (60+) que presentan alguna dificultad psiquiátrica

De los AM (60+) de la comuna de La Cisterna un 5,51% padecen dificultad psiquiátrica y aproximadamente $\frac{2}{3}$ de ellos corresponden a mujeres (INE, 2012).

Gráfico 33: AM (60+) de la comuna de La Cisterna que presentan dificultad psiquiátrica (INE, 2012).

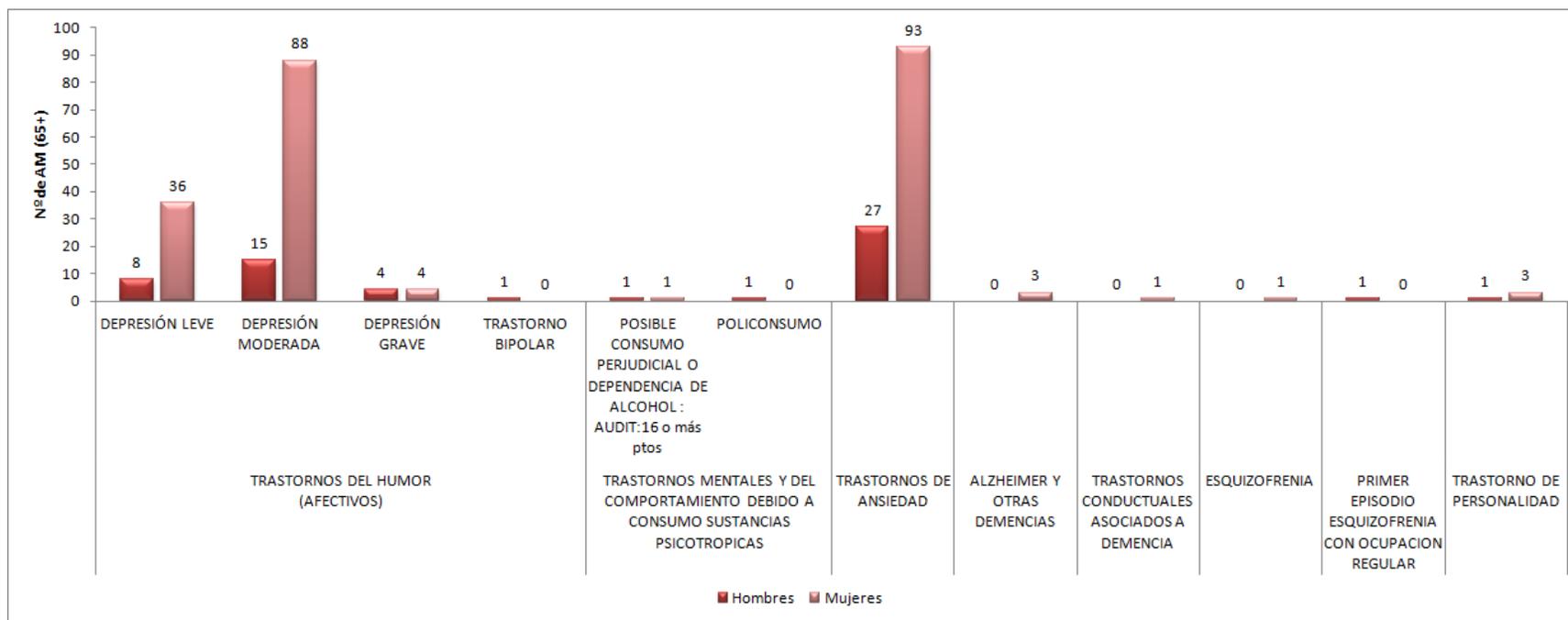


Fuente: Datos extraídos de CENSO 2012. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

xi. Trastornos Mentales

Del total de las personas con enfermedad mental el 79,58% corresponde al sexo femenino. Cabe hacer notar que un número importante de mujeres padece trastornos de ansiedad (REM P6 Sección A , 2013).

Gráfico 34: AM (65+) de la comuna de La Cisterna según trastorno mental que padecen (REM P6 Sección A , 2013).

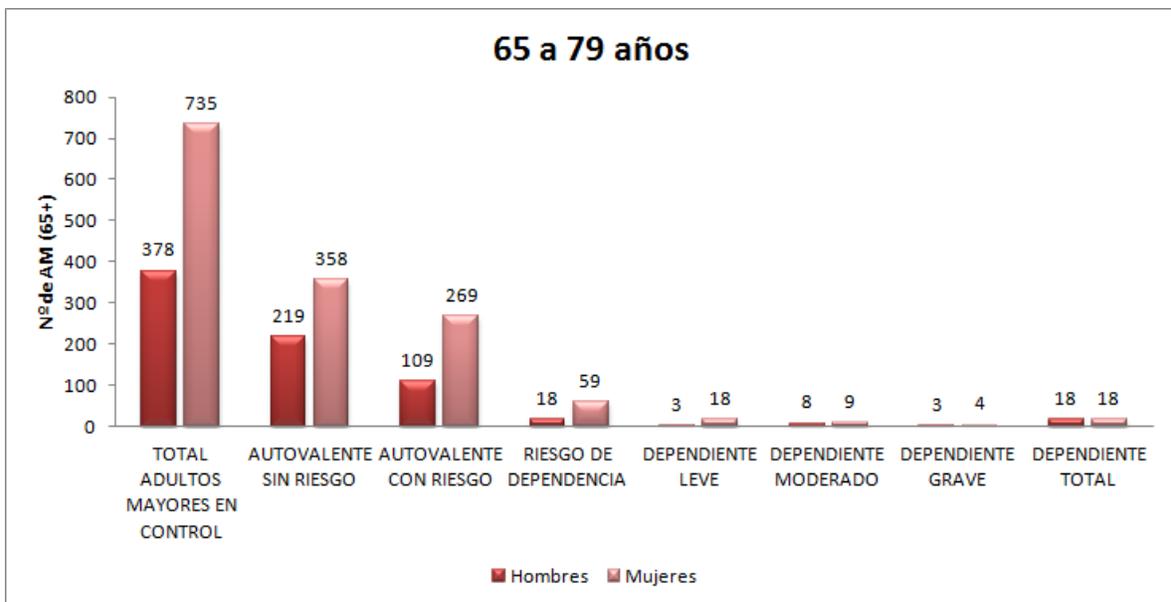


Fuente: Datos extraídos de REM P6 Sección A 2013. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

xii. Condición de Funcionalidad

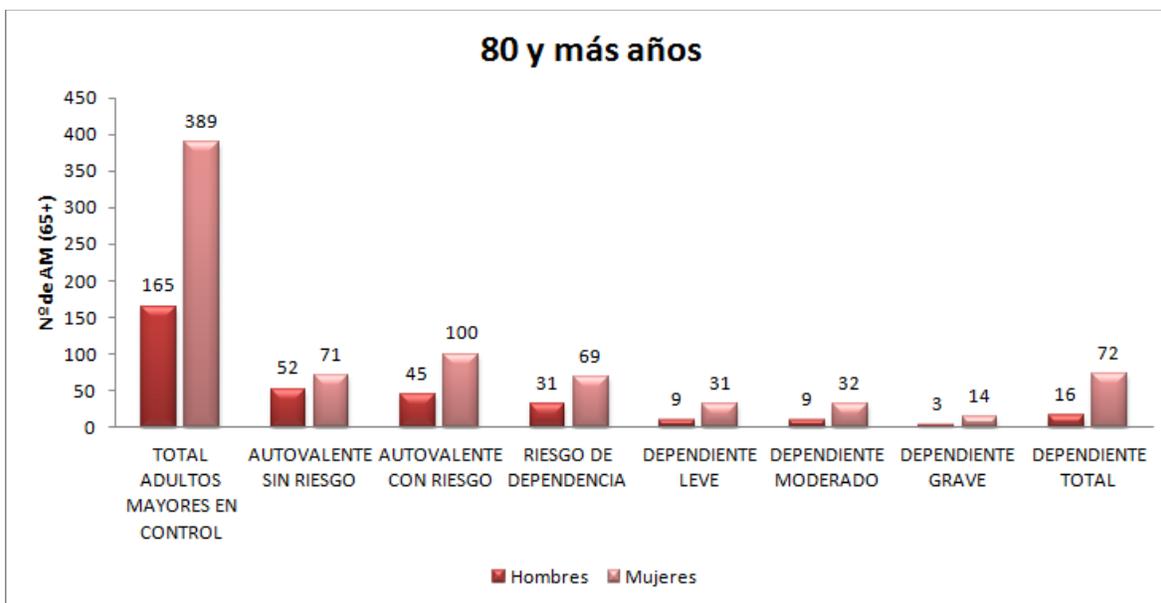
La condición de funcionalidad evaluada con EMPAM, cuya cobertura a nivel nacional es de 42,14% (Froimovich, 2014) y a nivel comunal es de 17,22%, es presentada en el gráfico n°35 para la tercera edad y en el gráfico n°36 para las personas de la cuarta edad. En la población de la tercera edad el 20,44% es clasificado como autovalente con riesgo y en riesgo dependencia, mientras que en la población de 80 años y más este porcentaje aumenta ligeramente a 22,11%. En cuanto a la dependencia, en el tramo 65 a 79 años un 3,63% de los AM se clasifica en algún grado de dependencia mientras que, en la cuarta edad, este porcentaje aumenta a un 16,78% (REM P5 Sección A, 2012).

Gráfico 35: Población AM entre 65 y 79 años, de la comuna de La Cisterna en control por condición de funcionalidad (REM P5 Sección A, 2012).



Fuente: Datos extraídos de REM P5 Sección A 2013. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

Gráfico 36: Población AM (80+) de la comuna de La Cisterna en control por condición de funcionalidad (REM P5 Sección A, 2012).



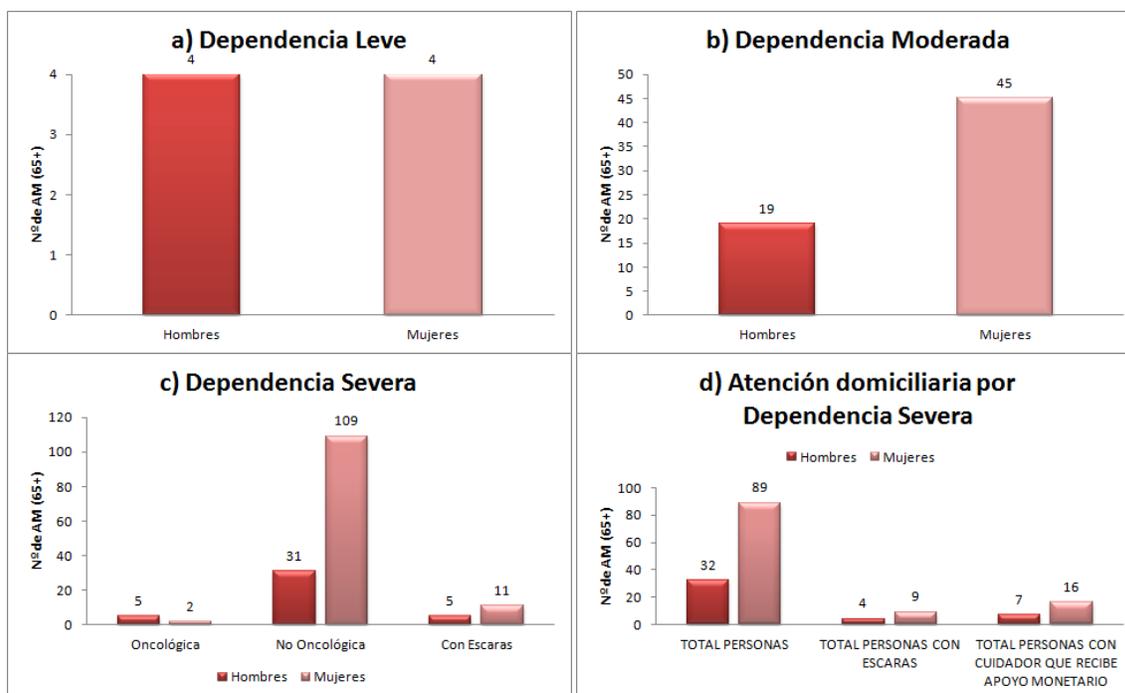
Fuente: Datos extraídos de REM P5 Sección A2013. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

xiii. Programas de control relacionados con la dependencia

Destacan: En el gráfico 37.b la cantidad de AM (65+) mujeres con atención domiciliaria por dependencia moderada. En el gráfico 37.c la cantidad de AM (65+) donde el 77,85% son mujeres. Finalmente, del total de atenciones domiciliarias por dependencia severa resalta que el 19% cuenta con un cuidador que recibe apoyo monetario (REM P3 Sección A, 2013).

Gráfico 37:

- AM (65+) de la comuna de La Cisterna clasificados con dependencia leve (REM P3 Sección A, 2013).
- AM (65+) de la comuna de La Cisterna clasificados con dependencia moderada (REM P3 Sección A, 2013).
- AM (65+) de la comuna de La Cisterna clasificados con dependencia severa (REM P3 Sección A, 2013).
- AM (65+) de la comuna de La Cisterna en atención domiciliaria (REM P3 Sección A, 2013).

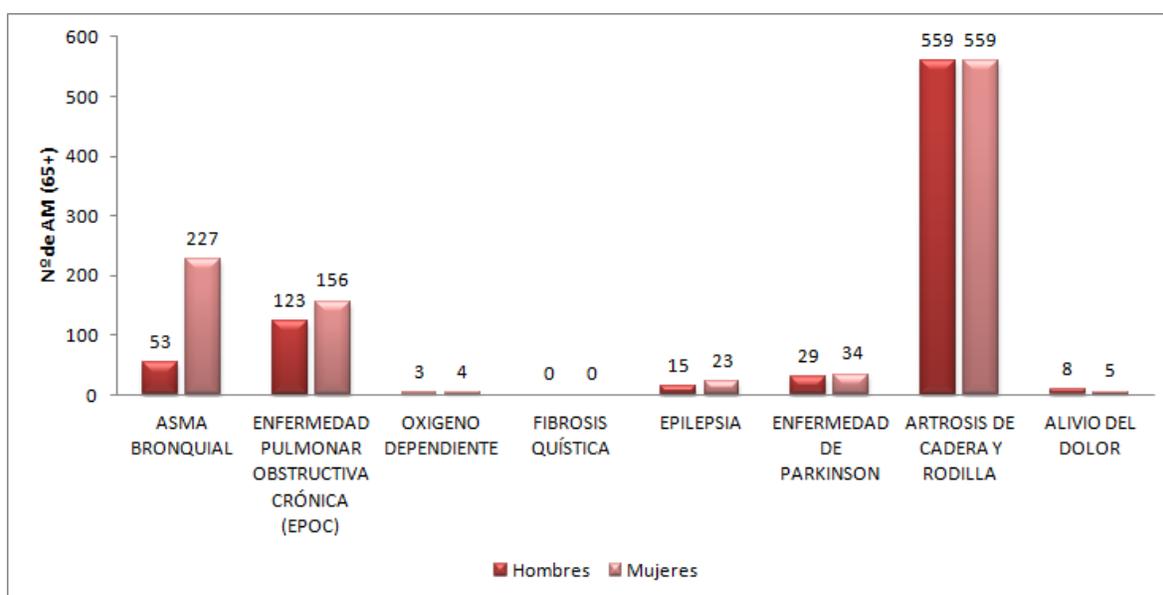


Fuente: Datos extraídos de REM P3 Sección A 2013. Gráficos de elaboración propia para tesis de pregrado.

xiv. Población controlada en programas de salud

La población controlada en los programas de salud que se exponen en el gráfico 38, pertenece predominantemente a las que se acogen al programa de personas con artrosis de cadera y rodilla (REM P3 Sección A, 2013).

Gráfico 38: AM (65+) de la comuna de La Cisterna según el programa de salud al que pertenecen (REM P3 Sección A, 2013).

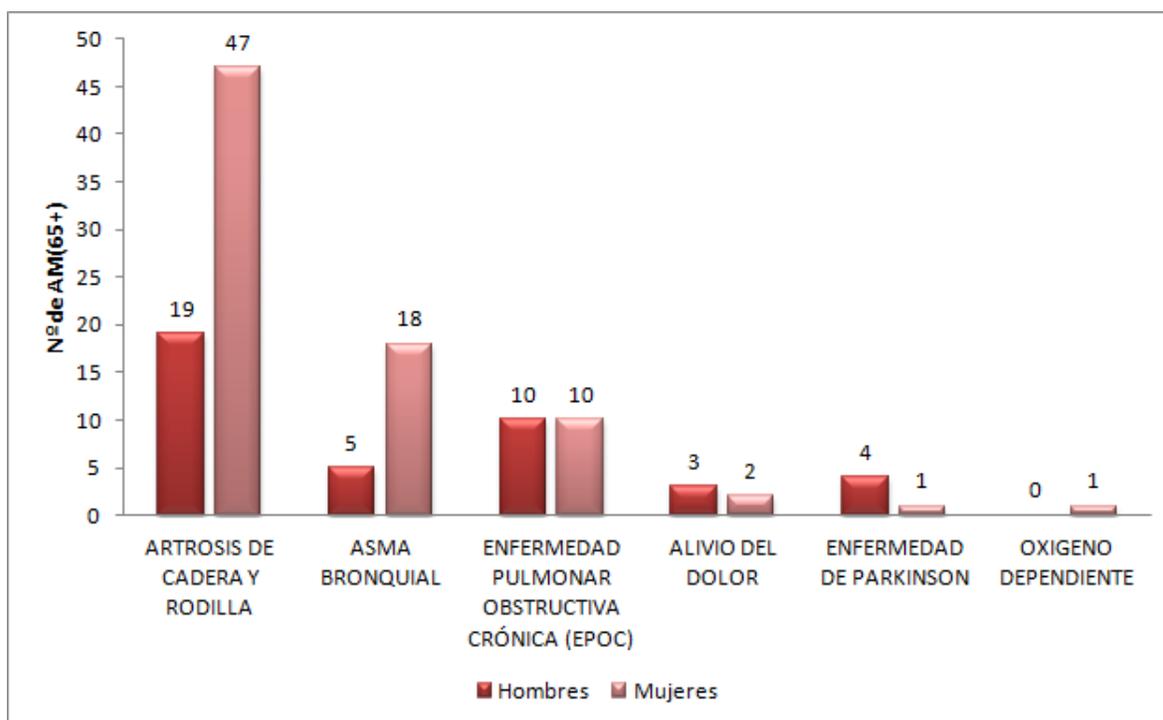


Fuente: Datos extraídos de REM P3 Sección A 2013. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

xv. Ingresos a programas de salud

La mayor cantidad de AM (65+) que ingresan a programas de salud son aquellos con artrosis de cadera y rodilla, donde el 71,21% de ellos son mujeres (REM P3 Sección B, 2013).

Gráfico 39: AM (65+) de la comuna de La Cisterna según ingreso a programa de salud (REM P3 Sección B, 2013).

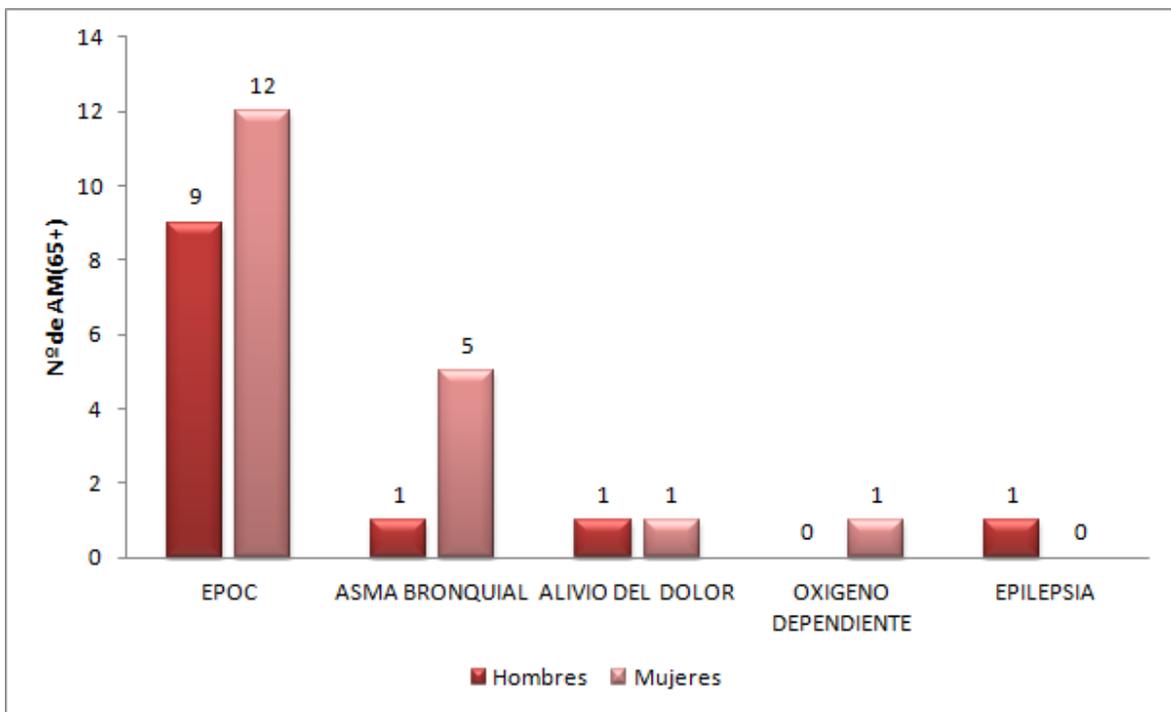


Fuente: Datos extraídos de REM P3 Sección B 2013. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

xvi. Alta y egreso de los programas de salud.

La mayor cantidad de egresos de los programas se observa en EPOC, seguido de asma bronquial (REM P3 Sección C, 2013).

Gráfico 40: AM (65+) de la comuna de La Cisterna de según alta de programa de salud (REM P3 Sección C, 2013).



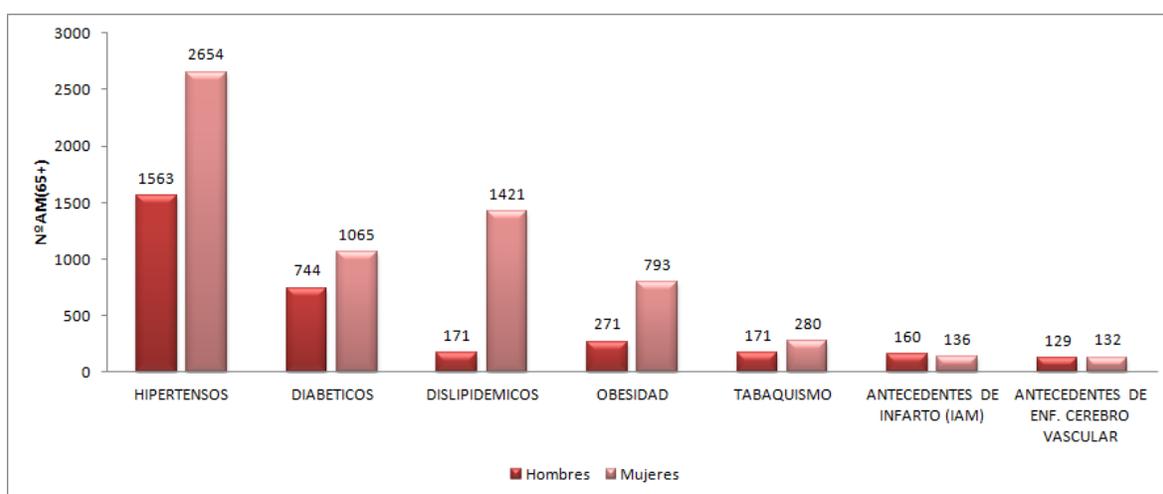
Fuente: Datos extraídos de REM P3 Sección C 2013. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

xvii. Programa de Salud Cardiovascular

a. Patologías y factores de riesgo

Las mujeres AM (65+) superan en número a los hombres bajo control de los factores de riesgo y patologías, con excepción en los antecedentes de Infarto Agudo al Miocardio. La HTA es la patología bajo control más frecuente seguida por un grupo no menor de diabéticos y dislipidémicos. En el grupo de los obesos, destaca que por cada hombre obeso hay 3 mujeres que lo son (REM P4 Sección A, 2013).

Gráfico 41: AM (65+) de la comuna de La Cisterna bajo control según patología y factores de riesgo (existencia) (REM P4 Sección A, 2013).

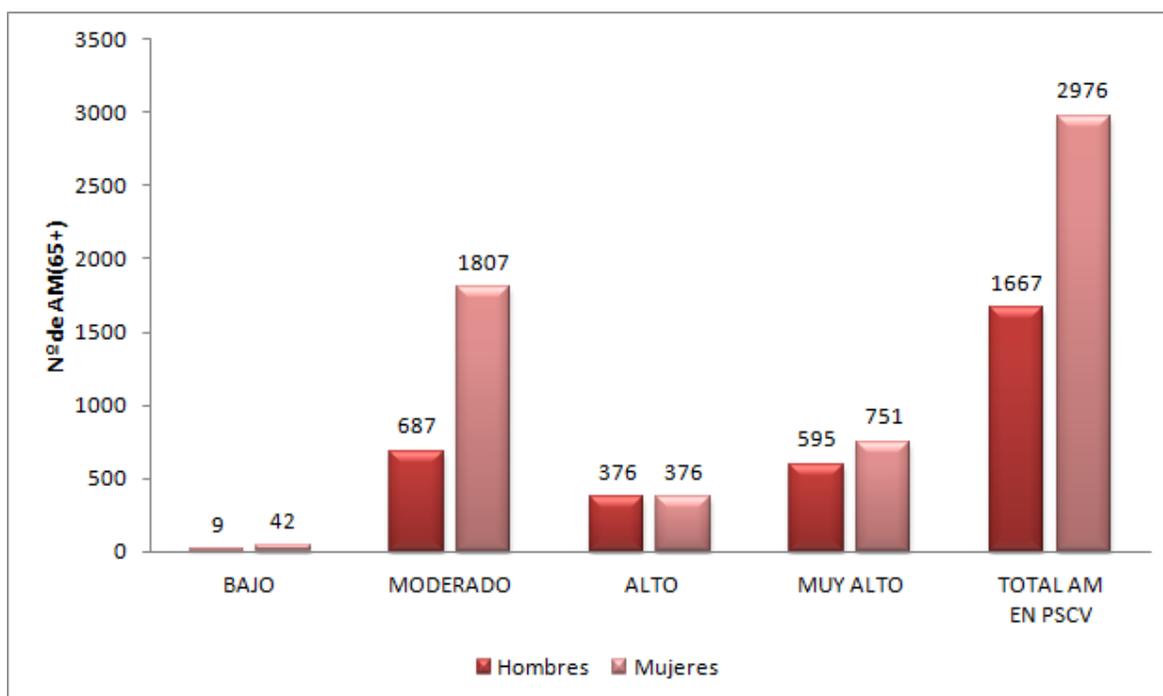


Fuente: Datos extraídos de REM P4 Sección A 2013. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

b. Clasificación por riesgo cardiovascular

En la comuna, 4.643 AM (65+) pertenecen a Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) de los cuales, un 64% corresponde a mujeres. Al clasificarlos según riesgo, en su mayoría corresponden a moderado donde 3 de cada 4 son mujeres (REM P4 Sección A, 2013).

Gráfico 42: AM (65+) de la comuna de La Cisterna según clasificación de riesgo cardiovascular (REM P4 Sección A, 2013).

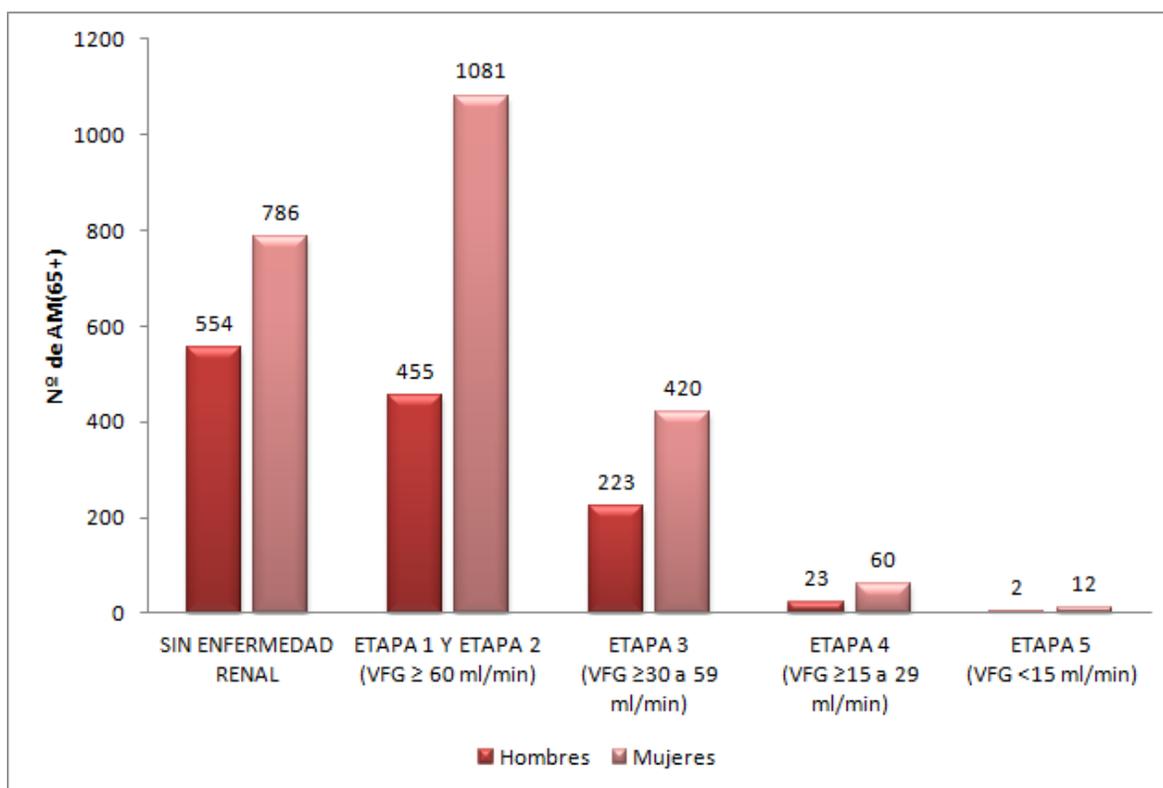


Fuente: Datos extraídos de REM P4 Sección A 2013. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

c. Enfermedad Renal Crónica (ERC)

Respecto a la población que se controla para detectar y prevenir la ERC, un gran número de esta la padecen en las etapas 1 y 2, donde 2 de cada 3 son mujeres (REM P4 Sección A, 2013).

Gráfico 43: AM (65+) de la comuna de La Cisterna según detección y prevención de la progresión de la ERC (REM P4 Sección A, 2013).

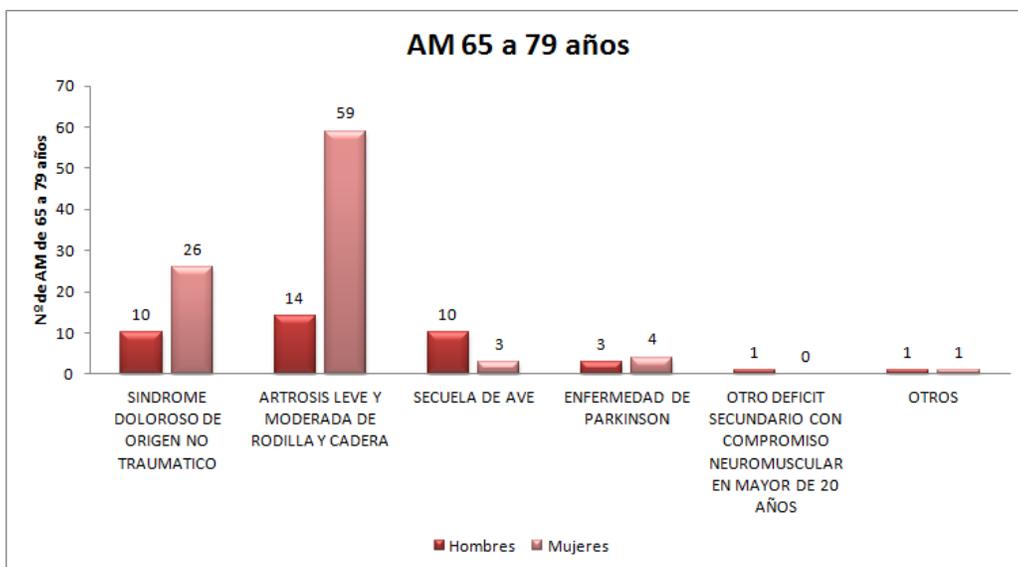


Fuente: Datos extraídos de REM P4 Sección A 2013. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

xviii. Población en control del programa de rehabilitación física

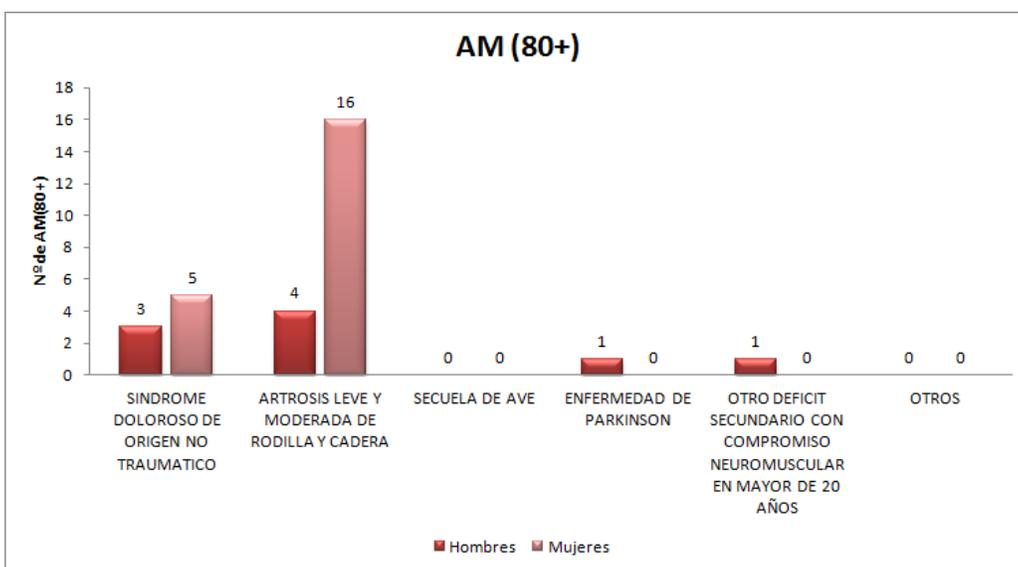
Destaca en el gráfico la gran proporción de mujeres con patología de artrosis leve y moderada de rodilla y cadera donde la relación entre hombres y mujeres es de 1:4 (REM P8 Sección A, 2013).

Gráfico 44: Población AM entre 65 y 79 años, de la comuna de La Cisterna en control del programa de rehabilitación física (REM P8 Sección A, 2013).



Fuente: Datos extraídos de REM P8 Sección A 2013. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

Gráfico 45: Población AM (80+) de la comuna de La Cisterna en control del programa de rehabilitación física (REM P8 Sección A, 2013).



Fuente: Datos extraídos de REM P8 Sección A 2013. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

xix. Actividad física

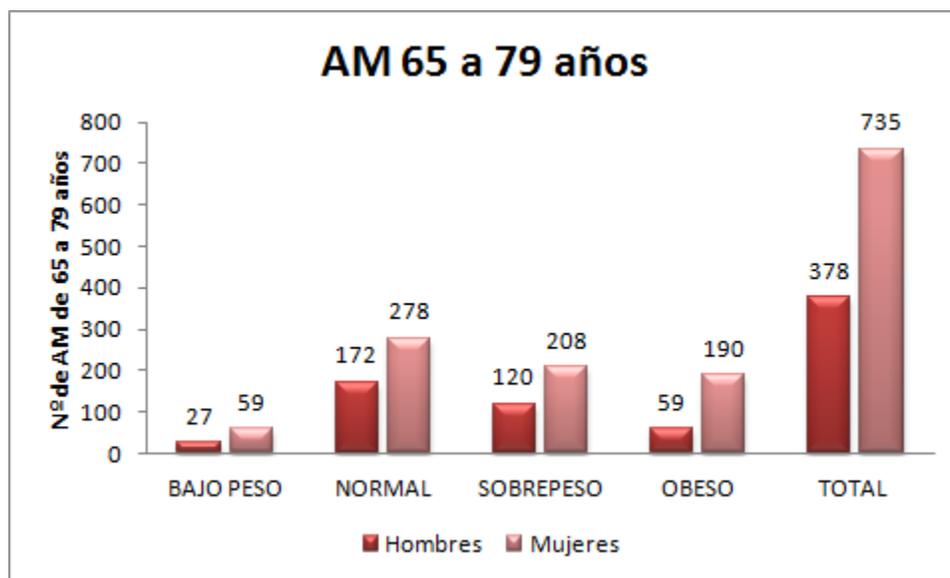
Un 42,29% del total de AM pesquisados con EMPAM realizan actividad física con una frecuencia mayor a 3 veces por semana y más de 30 minutos cada vez (REM P5 Sección D, 2013).

xx. Estado Nutricional

En el gráfico 47 se observa que 450 AM entre 65 y 79 años presentan normopeso, es decir aproximadamente el 40% del total de la población bajo control y casi 2 de cada 3 corresponden a mujeres de 65 a 79 años. La relación entre hombres y mujeres aumenta en el estado obeso, siendo de 1:3 (REM P5 Sección B, 2013).

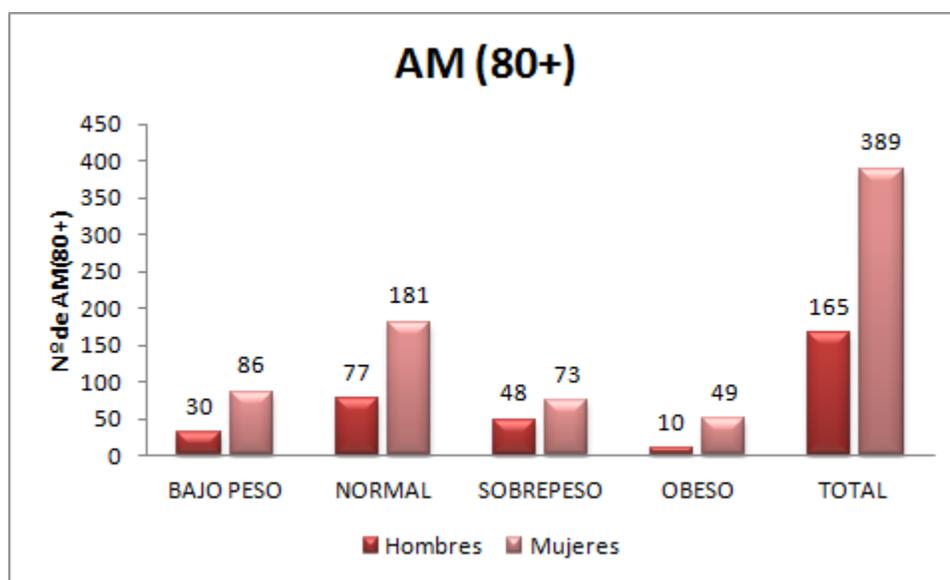
En cuanto a los AM (80+) la relación entre hombres y mujeres en estado obeso se aumenta siendo de aproximadamente 1 hombre por cada 5 mujeres.

Gráfico 46: Población AM entre 65 y 79 años, de la comuna de La Cisterna en control según estado nutricional (REM P5 Sección B, 2013).



Fuente: Datos extraídos de REM P5 Sección B 2013. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

Gráfico 47: Población AM (80+) de la comuna de La Cisterna en control según estado nutricional (REM P5 Sección B, 2013).



Fuente: Datos extraídos de REM P5 Sección B 2013. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

xxi. Maltrato

a. Sospecha de maltrato

La sospecha de maltrato se pesquisa por medio del EMPAM, y esta se concentra en las mujeres, siendo 11 adultas mayores sobre 65 años y 2 hombres adultos mayores (REM P5 Sección C, 2013).

b. Tasa de Violencia Intrafamiliar (VIF)

La tasa de VIF en la comuna supera con creces a las de la Región Metropolitana y al total del país.

Tabla 16: Tasa de casos de Violencia Intrafamiliar en anciano o anciana de la comuna de La Cisterna, Región Metropolitana y del país (Comuna de La Cisterna, 2014).

	La Cisterna	Región Metropolitana	Total País
VIF a anciano o anciana	18,6	12,5	13,2

Fuente: Datos extraídos de Diagnóstico de Salud de La Cisterna 2014. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

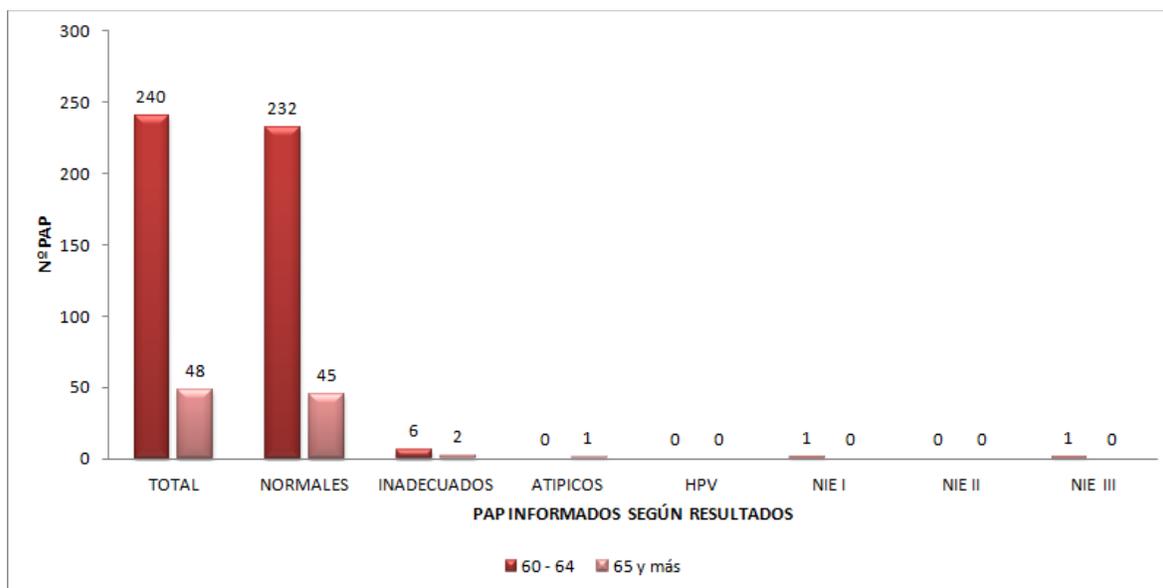
xxii. Cobertura del programa de cáncer de cuello uterino y de cáncer de mamas

a. Prevención de cáncer de cuello Uterino

En la comuna analizada existen 288 mujeres con PAP vigentes, de las cuales el 83,33% son adultas mayores entre 60 y 64 años (REM P12 Sección A, 2013).

Un 9,97% del total de PAP realizados e informados en los centros de salud corresponden a exámenes efectuados a mujeres AM (60+). De estos, el 96,66% son normales (REM P12 Sección B, 2013).

Gráfico 48: Mujeres de la comuna de La Cisterna con PAP realizados e informados según resultados por edad (AM de 60 a 64 años y AM (65+)) y total de PAP (REM P12 Sección B, 2013).



Fuente: Datos extraídos de REM P12 Sección B 2013. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

b. Prevención de cáncer de mamas

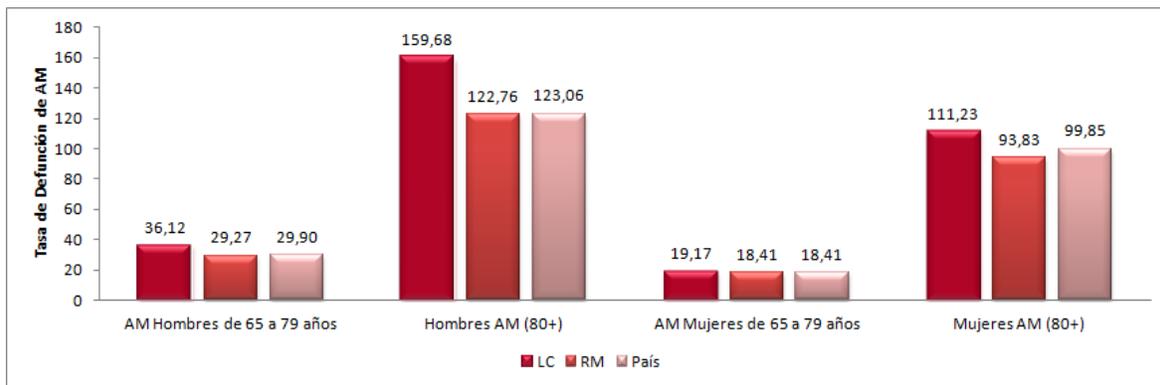
En la comuna analizada existen 494 AM (65+) con examen físico de mamas. Además, con mamografía vigente (de hace 3 años o menos) existen 249 adultas mayores de 60 a 64 años y 276 AM (65+) (REM P12 Sección C, 2013).

xxiii. Defunciones

a. Tasa de defunción de AM

En la comuna de La Cisterna la mayor tasa de mortalidad se da en el grupo de AM (80+), predominando en hombres por sobre las mujeres. El gráfico 49 muestra que la tasa de defunción en hombres y mujeres de la comuna supera a los de la RM y al país.

Gráfico 49: Tasa de defunción de los AM de la comuna de La Cisterna, Región Metropolitana y país según edad y sexo (DEIS, 2011).



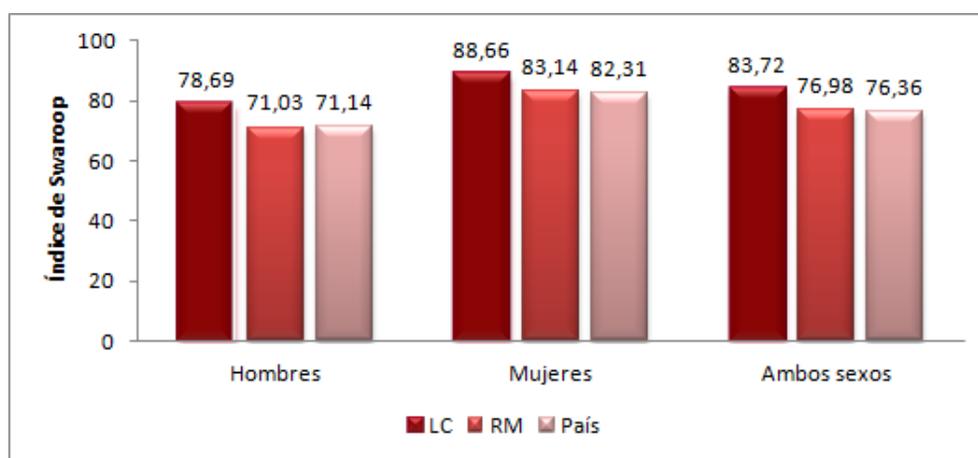
Fuente: Datos extraídos de DEIS 2011. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

b. Índice de Swaroop

Las defunciones en la comuna de La Cisterna, indistintamente del sexo, ocurren en mayor número en personas mayores de 59 años, comparado con la Región Metropolitana y el país.

En la comuna, por cada 100 muertes totales aproximadamente fallecen 80 hombres AM (60+) y casi 89 mujeres AM (60+).

Gráfico 50: Índice de Swaroop* de los AM de la comuna de La Cisterna, Región Metropolitana y país (DEIS, 2011).



* Defunciones ocurridas en personas de 60 años y más. Reformulación del índice de Swaroop propuesta por Rodrigues de Paiva; Juliano; Ferreira Novo; Leser Revista. Salud Pública Vol.21 no.2, 1987

Fuente: Datos extraídos de DEIS 2011. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

II. ENTORNO COMUNAL DEL ADULTO MAYOR

i. Actividades comunales dirigidas a los Adultos Mayores

a. Casa de La Mujer de La Cisterna

La casa de La Mujer actualmente cuenta con 24 talleres que benefician a 426 mujeres de diversas edades. Se destacan los talleres en los cuales actualmente participan AM (60+).

Tabla 17: Talleres de la Casa de La Mujer en los cuales actualmente participan AM (60+) (Ilustre Municipalidad de La Cisterna - A, 2014).

Nombre del Taller	Nº de Usuarías	Rango de Edad (años)
Crochet Nivel I	30	40 a 83
Crochet Nivel II	20	40 a 75
Fotocosmética y fitoterapia	20	25 a 60
Gastronomía y chocolatería	30	20 a 60
Lanigrafía y crewell	20	40 a 70
Telar, mosaico y óleo	15	20 a 60
Tejido a palillo	20	35 a 70
Terapias complementarias	14	40 a 60

Fuente: Datos obtenidos en Casa de la Mujer de la Ilustre Municipalidad de la comuna de La Cisterna 2014.

Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

b. Actividades comunales para el Adulto Mayor

La comuna de La Cisterna cuenta con diversos cursos, talleres, programas y convenios dirigidos al Adulto Mayor. Todos estos son completamente gratuitos para todos aquellos que quieran asistir y en su mayoría no requieren que la persona resida en la comuna.

Tabla 18: Actividades de La Cisterna en el año 2014.

Programa del Adulto Mayor (Ilustre Municipalidad de La Cisterna - B, 2014)	
Taller	Taller
Taller de escucha para vecinos de La Cisterna	Cueca
Alfabetización digital para adultos mayores	Tango
Bordado en cinta	Biodanza
Crochet	Técnicas de masajes
Memoria	
Departamento de Deportes (Ilustre Municipalidad de La Cisterna - C, 2014)	
Taller	Cupos por clase
Baile entretenido	120
Pilates	50
Tai-Chi	50
Natación Adulto Mayor	60
Motricidad para Adulto Mayores	30
Zumba	100
Salud para Todos en La Cisterna (Ilustre Municipalidad de La Cisterna - D, 2014)	
Programa Oftalmológico para vecinos de La Cisterna	
Convenio con Universidad Finis Terrae para atención en especialidades sin costo*	

*Solo requiere derivación por medio del Centro de Salud de La Cisterna.

Fuente: Datos obtenidos en Casa del Adulto Mayor y Departamento de Deportes de la Ilustre Municipalidad de la comuna de La Cisterna 2014. Gráfico de elaboración propia para tesis de pregrado.

DISCUSIÓN

La estructura de la población cisternina evidencia una población de 0 a 14 años sobrepasada por la de 60 años y más, demostrado en el índice de envejecimiento demográfico que alcanza a 105,01, superando con creces a la Región Metropolitana y al país, con 66,99 y 67,4 respectivamente.

En cuanto a la proporción de personas mayores con respecto al total se observa que el 20% de la población es adulta mayor (60+), 5 puntos porcentuales aproximadamente sobre la región y el país. La comuna al año 2012 ya supera las proyecciones del país para el año 2020, en donde se existiría un 17,3% de AM (60+) (Arenas Á., 2012).

Otro índice a destacar es el de dependencia demográfica de la vejez ya que cuantifica la necesidad potencial de soporte social de la población AM (60+) por parte de las personas en edades activas. En la comuna de La Cisterna el índice es 31,06, casi 10 puntos sobre la RM (21,57) y aproximadamente 8 puntos sobre el país (22,65).

El envejecimiento que está viviendo la comuna se aproxima a las proyecciones 2025 del país, con un índice de 33,3 (SENAMA, 2009)

Del total de las personas mayores de La Cisterna el 59% corresponde a mujeres y un 41% a hombres, lo que hace referencia al denominado envejecimiento femenino, dato importante para la formulación de políticas que correspondan a las necesidades de mujeres y hombres sobre 60 años (Centro de Microdatos, INTA, SENAMA, 2010). Estas diferencias se acentúan con la edad debido al aumento de la esperanza de vida que alcanzan las mujeres con respecto a los hombres, dando lugar a un alto índice de feminidad en la comuna (143) comparada con la RM (136,9) y el país 127,5).

En cuanto a la jubilación el 64% aproximado de los adultos mayores de LC se encuentra jubilado, pensionado o es rentista. Comparado con el casi 59% de la RM y 62% del país.

En la comuna de La Cisterna es posible observar que 1 de cada 5 AM (60+) realiza algún tipo de trabajo remunerado, valor similar al nacional e inferior a la Región Metropolitana, donde 25% de los AM trabajan. A nivel nacional la principal razón dada es por “necesidad económica”. En donde el 60,7% de los pensionados recibe entre 50 y 150 mil pesos y un

24,3% entre 150 y 250 mil pesos (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2013). Sin embargo 74,9% de los AM que trabajan expresan que: “le agrada mucho lo que hace en su trabajo actual” y un 66% manifiesta que: “continuaría trabajando incluso si no tuviera necesidad económica de hacerlo”. Una de las propuestas concretas realizadas a nivel internacional en la asamblea mundial de Madrid, explicita que las políticas públicas se enfoquen en las prácticas de jubilación flexible, al tiempo que se protejan los derechos a las pensiones, reduciendo los incentivos y presiones para la jubilación anticipada y eliminando los desincentivos al trabajo después de la jubilación (ONU, 2002).

Al observar a las personas mayores que son sostenedores de hogar, aproximadamente el 43% son mujeres. La conferencia de Beijing resume claves para la potenciación del papel económico de la mujer “proporcionando a la mujer al acceso de oportunidades económicas y educacionales, así como la autonomía necesaria para aprovechar esas oportunidades, se superaría un importante obstáculo que entorpece la erradicación de la pobreza” (ONU, 2000).

La eliminación de la pobreza en la vejez es uno de los planteamientos principales de la asamblea de Madrid, que pretende eliminar las inequidades que limitan los derechos y libertades fundamentales (ONU, 2002). En La Cisterna existe un 3,5% de AM (60+) que están en situación de pobreza y aproximadamente un 4% están bajo la línea de la indigencia. El porcentaje de personas que se encuentra bajo la línea de la pobreza es inferior a la Región Metropolitana (4,1%) y país (7,9%) (Ministerio de desarrollo Social, 2011). Sin embargo el porcentaje de personas que está bajo la línea de la indigencia es mayor que la Región Metropolitana (1,5%) y país (1,8%). Por otra parte, los AM (60+) inscritos en FONASA tienen en su mayor parte un ingreso menor al sueldo mínimo establecido por ley (Ministerio del trabajo y previsió social; subsecretaría del trabajo, 2013). Esto se corrobora al observar que un 72,32% pertenece al tramo B, el cual no alcanza el sueldo mínimo establecido, y un 7,5% pertenece al tramo A el cual carece de ingreso o está en situación de indigencia (FONASA, 2013). Esta situación es opuesta a la observada en las personas beneficiarias del sistema de ISAPRE en la cual el 30,87% de esta población es carga y de los cotizantes el 83,38 % tiene un ingreso superior a \$228.884 (Superintendencia de Salud , 2014). Las situaciones relacionadas a la pobreza afectan a la

salud debido a que las personas que viven en peldaños más bajos son más propensos a padecer de enfermedades graves (Gutiérrez, 2014).

En lo referente a vivienda, según la encuesta CASEN 2011 un 85,3% de los AM (60+) en Chile habita en vivienda propia (Ministerio de desarrollo Social, 2011). Por otro lado, los datos del CENSO 2012 indican que el 73,01% reside en viviendas que en las que alguno de los integrantes del hogar es el propietario, pero no identifica si el AM (60+) es efectivamente el dueño de la misma. En definitiva el dato censal nos entrega información sobre una posible estabilidad económica del hogar encuestado y no de la persona mayor.

Por otro lado, 11% de los AM (60+) vive solo, este hecho en personas mayores es, en sí mismo, una condición de vulnerabilidad. Esto debido a las situaciones que se deben enfrentar sin un apoyo dentro del hogar, como la adquisición de servicios y bienes básicos, la falta de un potencial cuidador en caso de mermas en la funcionalidad, la prevención de accidentes dentro de la vivienda, y la derivación a servicios de salud cuando sea necesario

(SENAMA, 2009) En la asamblea de Madrid, se estableció que los lazos familiares recíprocos deben orientar las políticas públicas, con el fin de permitir la transmisión de valores entre las generaciones. A pesar de esto, también se debe respetar la opción de los AM que deciden no vivir con los más jóvenes (ONU, 2002).

Con respecto a su residencia, gran parte de los AM (60+) habitan una casa de materialidad sólida. Cabe hacer notar que según el CENSO 2012 un porcentaje reducido de los AM (60+) habita en mejoras o mediaguas.

En la comuna de La Cisterna, más de un 97% de los mayores obtienen su energía eléctrica de la red pública, posee alcantarillado y elimina su basura por medio de los servicios de aseo, además un 12,74% realiza compostaje y un 24,92% separa la basura. Estos puntos son relevantes como determinantes ambientales de la salud porque disminuyen el riesgo individual de enfermar (MINSAL, 2014).

Por otra parte, en cuanto a la educación formal en la comuna de La Cisterna un 35,28% del total de AM (60+) de la comuna asistió a educación básica y de estos, un 42,86% logró completar nivel, en la RM lo valores son superiores (41,98% que asistió) pero inferiores en

cuanto lograron completar el nivel (37,3 %). Del total de AM (60+) del país un 55,91% asistió a educación básica pero un 33,27% completó nivel.

En La Cisterna asistieron a enseñanza media científica humanista un 37,3% y un 57,64% lograron completar el nivel. En comparación con la Región Metropolitana, el 30,07% logra acceder al nivel de enseñanza media y un mayor porcentaje logró completar el nivel (60,4%). Para el país un 29,65% cursó enseñanza media y de estos un 59,06% finalizó el nivel.

Al hablar de educación superior, los valores para los AM (60+) que asistieron a educación técnica de nivel superior corresponden a 4,8%, 3,82%, 3,38% para La Cisterna, Región Metropolitana, y país respectivamente, donde a nivel comunal, regional y nacional aproximadamente el 85% de cada uno completó el nivel.

Para la educación superior los valores para la comuna, región y país, son semejantes, con un 11,88%, 12,81% y 11,53% respectivamente. Se observa una diferencia porcentual entre quienes terminaron el nivel profesional siendo 70% para La Cisterna, y valores cercanos al 77% para la RM y el país.

El nivel educacional alcanzado repercute directa e indirectamente en el estado de salud de las personas, operando como un el elemento de refuerzo y protección a lo largo del ciclo vital. Esto debido que la educación contribuye a la adquisición de estilos de vida saludables y comportamientos favorables a la salud, y a su vez permite el acceso a mejores oportunidades laborales que protegen a las personas de riesgos a la salud (Santos, 2011)

Por otra parte, un bajo nivel educacional está asociado a más enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión arterial, obesidad, síntomas depresivos, peor percepción del estado de salud y mayor mortalidad (Plaza, 2015).

Cabe destacar que casi un 1% del total de los AM (60+) se encuentra estudiando actualmente. Debe valorarse la experiencia de las personas de edad para dar paso a iniciativas que promuevan un intercambio de conocimientos entre generaciones, con el objeto de permitirles actuar como mentores La inclusión del AM en el sistema educativo y en la vida social debe ser transversal, por lo que se debe incluir la difusión y la

concienciación de la población sobre la eliminación de todas las formas de abandono, abuso y violencia (ONU, 2002). En Chile se ha desarrollado la tasa de VIF, la cual arroja valores comunales que superan con creces a los regionales y nacionales. Estas tasas son 18,6 para La Cisterna, 12,5 para la Región Metropolitana y 13,2 para el país (Ministerio del Interior, 2012). Al analizar el VIF comunal se observa que casi 19 personas mayores por cada 1000 habitantes se encuentran en situación de maltrato, a través del EMPAM comunal sólo se pesquisó sospecha de maltrato en 13 casos, evidenciando así que la sospecha de maltrato en este tamizaje no ha sido capaz de dimensionar los valores de VIF existentes con datos oficiales. Los Principios Generales relacionados con el maltrato de personas de edad avanzada; establece recomendaciones para identificar al anciano víctima de maltrato y/o negligencia, proveer evaluación, tratamiento por maltrato y/o negligencia; establece la actitud de permanecer objetivos y no prejuizar. Insta a establecer una línea terapéutica con la familia, informar sobre todos los casos en que pueda sospecharse de maltrato e incluir equipo multidisciplinario que contenga personas pertenecientes al servicio médico. (Asociación Médica Mundial, 1989).

En Chile 36,93% de AM (60+) presenta una o más discapacidades y un 21,98% presenta algún tipo de dificultad física y/o movilidad (INE, 2012). Es prioritario, por tanto, que se entregue una amplia cobertura de atención al AM que se encuentre en situación de discapacidad, de forma que les permita mejorar su calidad de vida. Por ello, la Política Integral de Envejecimiento Positivo dentro de sus objetivos generales propone: proteger la salud funcional de las personas mayores, mejorar su integración a los distintos ámbitos de la sociedad e incrementar sus niveles de bienestar subjetivo (SENAMA, 2012). En la comuna de La Cisterna los porcentajes de personas con discapacidad en relación al total de la población son similares al país, con un 17,94% del total de la población de AM (60+) con alguna dificultad física, de los cuales 65,34% pertenecen al sexo femenino. La discapacidad es la expresión de una limitación funcional, y a diferencia de la enfermedad no solo se relaciona con la función orgánica de la persona, sino que está más vinculada con su función social. Las dificultades o incapacidades obligan a la persona a requerir de otra para poder realizar sus actividades cotidianas, en esto consiste la dependencia (Superintendencia de Salud, 2008). Debido a los “objetivos de La política Integral del envejecimiento” ya mencionados, el EMPAM amplía su cobertura a partir del año 2012

como eje central del quehacer preventivo (SENAMA, 2012). En la comuna de La Cisterna existe una cobertura de un 17,22%, inferior al 25% de la meta comunal comprometida con el Servicio de Salud Sur (Alvarado & Ron, 2014). La baja cobertura imposibilita efectuar una pesquisa que represente a la población de la comuna, e impide avanzar hacia la prevención y promoción de la salud, así como intervenir en las personas autovalentes con riesgo y en riesgo de dependencia. Además existe baja cobertura de la población 65 a 69 años, y es mayor a partir de los 70 años. En efecto, el programa “Más Adultos Mayores Autovalentes” que se implementará el 2015, busca prolongar la autovalencia de AM a través de la mejora de la condición funcional en los aspectos físicos, cognitivos y social. El programa está dirigido a AM autovalentes sin riesgo, con riesgo y en riesgo dependencia. La situación de salud del AM está determinada por su condición funcional determinada en el EMPAM. (Ministerio de Salud , 2015).

En los programas de rehabilitación física de la comuna, las condiciones de salud de artrosis de cadera y rodilla son las más prevalentes en este grupo etario. Es importante focalizar en este grupo poblacional ya que se estima que a nivel país, los adultos mayores entre 65 a 74 años con patologías articulares exhiben 7,2 años de vida perdidos por discapacidad (Concha, Aguilera, & Salas J, 1996) y solo la artrosis de cadera produce 12.833 AVISA en los AM (65+) (MINSAL, 2008).

Uno de los principales problemas de salud que generan discapacidad, son los trastornos mentales (MINSAL, 2008). La demencia u otro tipo de deterioro mental provocan la pérdida de la autonomía, disminuyendo significativamente la capacidad de toma decisiones sobre sus vidas y cuestiones del hogar (Centro de Microdatos, INTA, SENAMA, 2010). En Chile 5,51% de los AM (60+) tienen alguna dificultad psiquiátrica, de los cuales el 65,66% pertenecen al sexo femenino. En la atención de los CES de La Cisterna se confirma el predominio de género, con un 79,58% de mujeres dentro de las personas con algún trastorno psiquiátrico, predominando trastornos de ansiedad y depresión moderada (REM P6, Sección A). Se desconoce la causa del predominio en los trastornos de ansiedad en las mujeres o sobre sus factores de riesgo, sólo se especula que pueden existir factores de vulnerabilidad (sociales, bioquímicos y hormonales) que expliquen esta preponderancia (Arenas M. C., 2009).

El Plan de Demencia considera la identificación del deterioro cognitivo en la atención primaria, de forma de generar una intervención temprana que permita moderar su avance cuando este es avanzado e irrecuperable (SENAMA, 2012). Pese a lo anterior, en La Cisterna existe una baja pesquisa de deterioro cognitivo, posiblemente asociado a la baja cobertura poblacional del EMPAM ((REM P6 Sección A , 2013) ; (Alvarado & Ron, 2014).

La Norma para la Atención Integral de Salud del Adulto Mayor tiene dentro de sus objetivos “prevenir la mortalidad por causas evitables, contribuyendo de esta manera a prolongar la vida” (Villalobos, y otros, 2002). En La Cisterna existe una mayor tasa de mortalidad que en la Región Metropolitana y el país. Asimismo, el índice de Swaroop indica que existe mayor cantidad de muertes en personas de 60 y más años comparada con la región y el país. Estos datos guardan relación con el porcentaje de adultos mayores de la comuna, el cual es superior que a nivel regional y nacional. Con respecto a la morbilidad, la mayor cantidad de egresos hospitalarios se da por enfermedades del sistema circulatorio y a su vez la mayor cantidad de personas con factores de riesgo cardiovascular son hipertensas. Es de suma importancia mantener a la población bajo control puesto que la enfermedad hipertensiva es la primera causa específica de AVISA en Chile y se compone por hipertensión arterial y enfermedad cardíaca hipertensiva (MINSAL, 2008).

Llama la atención que de las personas con EMPAM vigente un 42,29% relate realiza actividad física, esto contrasta con el 96,1% de sedentarismo de tiempo libre de los AM a nivel nacional (Ministerio de Salud, 2010). Esta particularidad de la comuna debiera ser ahondada en futuras investigaciones.

CAPÍTULO 6:

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Una de las limitaciones de este estudio es que no se logra el acceso a información directa de los AM en la sección hogar y vivienda, así como tampoco es posible acceder al promedio de años de escolaridad de los AM, debido a que el nivel de educación media y de humanidades están en la misma clasificación.

Además el acceso a la información de salud de la comuna se vio limitada, debido a que los datos tales como, prevalencia de problemas de salud prioritarios en la población adulta chilena mediante la utilización de cuestionarios, mediciones biofisiológicas y exámenes de laboratorio disponibles en la Encuesta Nacional de Salud (ENS) tienen una representatividad nacional, urbano-rural y regional (MINSAL, PUC, UAH, 2010). Tampoco se logró obtener información actualizada de la mortalidad y morbilidad publicada en DEIS, la cual solo estaba disponible hasta el año 2011 y la mortalidad no estaba separada por causa a nivel comunal. Asimismo, no existe información de salud en personas de 60 a 64 años, debido a que MINSAL entrega información de los adultos mayores a partir de los 65 y todas las bases de datos locales se crean en base a este límite de edad. No fue posible tampoco, acceder al total de personas fumadoras, solo se tiene información de las personas fumadoras con riesgo cardíaco.

No hubo acceso a ningún tipo de información de salud de ISAPRE ni fuerzas de armadas y de orden. Además no fue posible acceder a la cantidad de personas institucionalizadas en la comuna.

Por otro lado, en cuanto al tema de participación de los adultos mayores, la Municipalidad de La Cisterna y su casa del Adulto Mayor no tenía catastro actualizado y publicado de la cantidad de personas mayores que participan en los clubes y uniones comunales.

Además como limitación de este estudio, no todos los datos fueron separados por sexo, por lo que no generará una información completamente específica para cada grupo.

También no fue posible acceder a indicadores locales que permitirían observar de forma directa el ingreso económico de los AM y, por otra parte indicadores compuestos que estimen la carga de enfermedad como son los AVISA.

Finalmente, queremos hacer presente la dificultad con respecto a los tiempos asignados por las entidades gubernamentales, los cuales fueron extensos e incluyeron varias prórrogas las que a su vez aumentaron aun más la espera y en algunos casos la información consultada no fue entregada en su totalidad.

CONCLUSIONES

La comuna de La Cisterna cuenta con una ubicación geográfica limitada por sus comunas vecinas, con pocos metros cuadrados de expansión y sin construcción inmobiliaria. Esto favorece el proceso de envejecimiento, ya que no existe renovación de los habitantes.

La comuna presenta un envejecimiento más avanzado que el país y la Región Metropolitana. Con un bajo porcentaje de personas que pueden hacerse cargo de los adultos mayores. Además existen una mayor proporción de mujeres por sobre los hombres incluso al compararla con la región y el país.

La mayoría de los AM residen en viviendas de materialidad sólida con acceso a servicios de alcantarillado, energía eléctrica obtenida de red pública y eliminación de basura por servicios de aseo, lo cual genera un impacto positivo para la salud.

Un bajo número de adultos mayores lograron acceder a la educación básica en comparación con el país y la región. Además, existe un reducido porcentaje de población analfabeta y son predominantemente mujeres. El bajo nivel educacional alcanzado es relevante puesto que se ha relacionado con la presencia de enfermedades crónicas tales como diabetes, hipertensión arterial, obesidad, síntomas depresivos y peor percepción de salud.

En cuanto a la situación socioeconómica, en la comuna fue posible identificar un mayor número de AM bajo la línea de la indigencia que en la región y país lo cual podría influir directamente sobre la salud de las personas, siendo más propensas a las enfermedades graves. Lo anterior se corresponde con la proporción de AM pertenecientes al grupo A de

FONASA, las cuales acceden principalmente al sistema de salud público. Sin embargo la mayoría de los AM de la comuna pertenece al tramo B de FONASA, es decir, tienen un ingreso menor a \$156.770. Esta proporción es casi el doble comparada con el país. Estas condiciones de ingreso promueven que, sumado a otros factores como la posición social, uno de cada cinco AM sigan trabajando aún después de la edad de jubilación. Esto origina, por una parte, una disminución de la inequidad de ingresos, situándolos en una jerarquía social que contrarrestaría las desigualdades en salud, pero por otra una exposición a riesgos específicos en el lugar de trabajo.

Al observar a las personas mayores que son sostenedores de hogar, aproximadamente el 43% son mujeres. Este dato no deja de ser importante debido al soporte económico que genera la mujer en la sociedad, en condiciones de salud y socioeconómicas deficientes, e inequitativas, respecto a los hombres.

Por otra parte, es necesario mejorar la pesquisa de violencia hacia las personas mayores mediante EMPAM, debido a que existe un escaso registro y no se corresponde con la tasa de VIF del anciano dimensionada por el Ministerio de Desarrollo Social. Es necesario capacitar al equipo multidisciplinario de salud para identificar al anciano víctima de maltrato, estableciendo una línea terapéutica con la familia, permaneciendo siempre objetivos y sin prejuizar.

En cuanto a los AM con diagnóstico de trastornos mentales, existe una feminización de la depresión moderada y trastornos de ansiedad. Los elementos a considerar para esta tendencia son los factores de vulnerabilidad tales como, educación, trabajo, mayor carga de enfermedades y discapacidad en los cuales se encuentran insertas las mujeres en la comuna. Por otra parte, al hablar de discapacidad física es posible concluir que los valores de la comuna son similares al país y existe mayor proporción en mujeres.

La actividad física en la vejez permite mayor autovalencia, es un factor protector de enfermedades crónicas y mejora la calidad de vida. El porcentaje de personas que realizan actividad física según EMPAM no se correlaciona con el valor nacional. Este valor podría estar sobreestimado debido a que la pregunta del EMPAM no es precisa en cuanto al tipo e intensidad de actividad física y sólo se orienta a la frecuencia y tiempo.

Cabe destacar que la pesquisa de dependencia fue baja y, por otra parte, al observar la población con EMPAM vigente es posible percatarse que existe una mayor cobertura en las personas entre 70 a 79 años. Es importante notar que según la información censal la cantidad de personas entre 65 a 69 años no es menor, por lo tanto es necesario aumentar la cobertura de la población del primer tramo, en la cual se puedan realizar intervenciones y prevenir el deterioro funcional y cognitivo y pérdida de la autonomía.

El reciente programa más adultos mayores autovalentes tiene el desafío de conseguir una estrecha vinculación con la comunidad y el entorno del adulto mayor, considerando no solo las dimensiones de salud enfermedad.

En cuanto a los programas de rehabilitación física, la artrosis de cadera y rodilla, patologías que frecuentemente conllevan a problemas de movilidad, son de alta prevalencia en los programas realizados en los CES.

En cuanto a la morbilidad existe mayor cantidad de egresos hospitalarios por causas del sistema circulatorio. Una vez más existe una mayor proporción de mujeres por sobre los hombres con obesidad, diabetes, hipertensión y enfermedad renal.

El Programa Nacional del Adulto Mayor tiene como eje principal la promoción y prevención de la condición funcional, sin embargo este objetivo no puede completarse sin un tamizaje e intervención adecuados con mirada de género.

FUTURAS INVESTIGACIONES

Se espera que investigaciones como la presente puedan replicarse en otras comunas de la región y/o país con el objeto de obtener un perfil de la realidad local en la que se desenvuelven los AM. Es relevante conocer datos específicos que puedan estar relacionados con los estilos de vida de los AM que permitan, reforzar las políticas públicas existentes, mejorando la distribución de recursos para esta población específica. Se espera también que debido a la incongruencia de los datos de la población en riesgo dependencia, en relación a la gran cantidad de personas en dependencia severa, puedan realizarse investigaciones que permitan aclarar estas relaciones y que a partir de ellas puedan generarse un mayor control de esta población. En este sentido el kinesiólogo, profesional que estudia y trabaja con la funcionalidad debe, en un trabajo interdisciplinario, ser un gestor de prevención y promoción en este grupo poblacional, con el fin de que las personas mayores sean beneficiadas con intervenciones que les permitan mantener o mejorar su condición funcional y mejorar la calidad de vida de las personas dependientes.

Por otra parte, es necesario que se vuelvan a realizar investigaciones con datos que contemplen al sector público y privado, así como a fuerzas armadas y de orden para obtener, de esta forma, un perfil de toda la población de la comuna y no solo de un sector y, finalmente, que estas investigaciones cuenten con datos lo más actualizados posibles que permitan generar una homogeneidad de la población en el tiempo.

Cabe mencionar que INE entrega los datos censales en formato SQL, el que no es dominado por gran parte de los profesionales de informática. En este caso se consultó a varios de los informáticos de esta casa de estudios y sólo un profesional tenía competencias en dicho programa, el cual capacitó para la extracción de los datos requeridos.

ANEXOS

ANEXO 1:

DEFINICIÓN DE COMPONENTES E INDICADORES:

III. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA COMUNA DE LA CISTERNA

- i. Historia: Conjunto de hechos políticos, sociales y económicos que llevaron a la creación de la comuna de La Cisterna.

IV. DEMOGRÁFICOS

- i. Estructura poblacional: Clasificación de la población de la comuna de La Cisterna, Región Metropolitana y país según edad y sexo (Sánchez, 2003).
- ii. Número absoluto de personas mayores (60+) según sexo: Este indicador contabiliza la cantidad de personas y su separación según sexo consideradas como parte de este grupo etario (>60 años) en un área geográfica determinada (MIDEPLAN, 2007), en este caso, la comuna de La Cisterna. Muestra el universo al que se enfoca las políticas sobre envejecimiento (SENAMA, 2013-A).
- iii. Proporción de personas mayores respecto al total de la población: Esta proporción de personas mayores, es considerada el indicador más significativo para evaluar el avance del proceso de envejecimiento demográfico ya que representa el “peso” que ellas tienen dentro del conjunto de una población (INE, 2012). Se interpreta como la cantidad relativa de personas de esta edad que existen en la comuna de La Cisterna (SENAMA, 2013-A). Se calculan la Región Metropolitana y el país con el fin de realizar comparaciones.
- iv. Porcentaje de personas mayores distribuidas según sub-rango etario: Este indicador segmenta la población mayor en grupos etarios para el análisis del comportamiento al interior del segmento. Con esto es posible determinar los niveles de

“envejecimiento de la vejez” que presenta la comuna de La Cisterna. A la tabla se agrega también la población de 0 a 59 años con el propósito de establecer comparaciones (SENAMA, 2013-A). Es necesario realizar el cálculo de la proporción de personas mayores de distintas edades, primero para separar por rangos de edad y calcular la importancia relativa de dichos rangos en el universo de la población adulta; y segundo porque, con el paso de los años y generalmente por sobre los 75 años, se observa un deterioro más acelerado en los aspectos físicos y cognitivos de la población adulta (MIDEPLAN, 2007). Se calculan la Región Metropolitana y el país con el fin de realizar comparaciones.

- v. Porcentaje de personas de la cuarta edad: El porcentaje de personas que tiene 80 años y más en la comuna, provee una mirada sobre el fenómeno del envejecimiento de la vejez (MIDEPLAN, 2007). Se calculan la Región Metropolitana y el país con el fin de realizar comparaciones.
- vi. Relación de dependencia demográfica de vejez: Es un índice sintético de la estructura demográfica por edad de la población de la comuna de La Cisterna. Se obtiene del cociente entre la población de 65 años y más y la de 15 a 64 años. Este busca cuantificar la necesidad potencial de soporte social de la población adulta mayor por parte de la población en edades activas, y se interpreta como el número de personas de 65 años o más por cada 100 personas entre 15 y 64 años (MIDEPLAN, 2007). Se calculan la Región Metropolitana y el país para realizar comparaciones.
- vii. Índice de envejecimiento demográfico: Este es otro indicador de la estructura demográfica por edad, que se define como la razón de personas mayores sobre el total de menores en la comuna de La Cisterna. Se interpreta como el número de personas mayores por cada 100 menores de 15 años. Un aumento en el índice de envejecimiento significa por un lado que las personas están viviendo más años (por lo tanto, aumentan las personas mayores), y por el otro están teniendo menos hijos,

o ambas (SENAMA, 2013-A). Se calculan la Región Metropolitana y el país con el fin de realizar comparaciones.

- viii. Índice de feminidad del AM: Es el cociente entre el número de mujeres de 60 años y más sobre el número de hombres de la misma edad de la Comuna de la Cisterna. Su resultado debe interpretarse como la cantidad de mujeres por cada cien hombres de estas edades (MIDEPLAN, 2007). Se calculan la Región Metropolitana y el país con el fin de realizar comparaciones.
- ix. Índice de masculinidad del AM: Es el cociente entre el número de hombres de 60 años y más sobre el número de mujeres de la misma edad de la comuna de la Cisterna. Su resultado debe interpretarse como la cantidad de hombres por cada cien mujeres de estas edades (MIDEPLAN, 2007). Se calculan la Región Metropolitana y el país con el fin de realizar comparaciones.
- x. Índice generacional del anciano: Representa el número de personas de 35-64 años por cada persona de 65 y más. Mide el número de personas de 35 a 64 años que podrían hacerse cargo de cada persona de 65 y más años. (Ejemplo: Si en la comunidad de La Cisterna este índice es X significa que por cada persona mayor de 65 años se cuenta con X personas que podrían hacerse cargo de ella) (Añez et al, 2010). Se calculan la Región Metropolitana y el país con el fin de realizar comparaciones.

V. SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES

- i. Nivel educacional:
 - a. Porcentaje de personas mayores que no saben leer y escribir: Este resultado se interpreta como el porcentaje de población mayor analfabeta sobre el total de personas mayores (SENAMA, 2013-A).
 - b. Número de personas mayores según nivel de enseñanza y nivel completado: Este indicador muestra la frecuencia de personas mayores en los distintos niveles educativos y si completó o no el nivel (SENAMA, 2013-A). Para esto, se calcularán

11 niveles de instrucción a partir de los datos del CENSO 2012, los cuales son: Sin Educación Formal, Jardín Infantil o Sala Cuna, Kínder o Pre Kínder, Diferencial, Básica Incompleta, Básica Completa, Media Humanista Incompleta, Media Técnica Profesional Incompleta, Media Humanista Completa, Media Técnica Completa, Técnica o Universitaria Incompleta y Técnica o Universitaria Completa. Estas se definen a continuación (INE, 2012):

- Nunca asistió: personas que nunca han asistido o no han comenzado su proceso educativo (INE, 2012).
- Jardín Infantil o Sala Cuna: nivel de educación formal que atiende integralmente a niños desde el fin del período de descanso post natal de la madre hasta el ingreso a Pre kínder y Kínder (hasta los 3 años) (INE, 2012).
- Kínder o Pre Kínder: nivel de educación formal que atiende a niños en primer (pre-kínder) y segundo (kínder) nivel de transición hasta el ingreso a la educación básica (desde los 3 años) (INE, 2012).
- Diferencial: No hay edad mínima de ingreso para ningún déficit. Sólo es necesario un diagnóstico claramente definido y elaborado por un Centro de Diagnóstico o por profesionales competentes. La edad máxima de permanencia en la Enseñanza Especial es hasta los 26 años cumplidos durante el año lectivo correspondiente. Estudiantes con trastornos específicos del Lenguaje podrán ingresar a las escuelas especiales de lenguaje (Superintendencia de Salud , 2014).
- básica, primaria o preparatoria: Educación formal desde 1° a 8° básico. No tiene requisitos previos obligatorios. La edad de ingreso es 6 años cumplidos al 31 de marzo del año escolar correspondiente. La educación primaria o preparatoria responde al mismo nivel de formación pero en el sistema antiguo (vigente hasta 1965). Este sistema tenía una duración de seis años (INE, 2012).
- Media, científico-humanista o humanidades: Educación formal que sigue a la educación básica, la cual es requisito para ésta. Dura cuatro años y, está orientada a la profundización de áreas de la formación general de interés de los estudiantes de preparación para la educación superior. Actualmente dura cuatro años. Las Humanidades corresponden al mismo nivel educacional dentro del sistema antiguo, la que tenía una duración de seis años (INE, 2012).

- Media técnico profesional, comercial, industrial o normalista: Nivel educacional que atiende a la población escolar que haya finalizado el nivel de educación básica orientada a la formación en especialidades técnicas definidas en términos de perfiles de egreso en diferentes sectores económicos de interés de los alumnos con el objetivo de ingresar al mercado laboral (INE, 2012).
- Técnico de nivel superior: Carreras de Educación Superior Técnica. Se trata de programas concebidos con el objetivo de impartir a los participantes destrezas técnico-vocacionales avanzadas. Estos programas se caracterizan por tener un componente práctico, estar orientados a ocupaciones específicas y preparar al estudiante para el mercado del trabajo. Estas carreras son dictadas por universidades, institutos profesionales y centros de formación técnica. El ingreso a programas de este nivel requiere la satisfactoria conclusión de la Educación Media (INE, 2012).
- Profesional: Carreras de Educación Superior de tipo Profesional en las que se imparte al participante aptitudes académicas básicas o competencias profesionales. Estos programas conducen a un primer grado/título universitario o a una acreditación equivalente. Son dictados por universidades e institutos profesionales y para ingresar se requiere la satisfactoria conclusión de la Educación Media (INE, 2012).
- Pos título: Programas de especialización dictados a profesionales. Su duración es inferior al Magíster (INE, 2012).
- Magíster: Grado que se otorga al alumno de una universidad que ha aprobado un programa de estudios de profundización en una o más de las disciplinas de que se trate. Para optar al grado de Magíster se requiere tener grado de Licenciado o un título profesional cuyo nivel y contenido de estudios sean equivalentes a los necesarios para obtener el grado de Licenciado (INE, 2012).
- Doctorado: Máximo grado que puede otorgar una universidad. Se confiere al alumno que ha obtenido un grado de Licenciado y Magíster en la respectiva disciplina y que ha aprobado un programa superior de estudios y de investigación, y acredita que quien lo posee tiene capacidad y conocimientos necesarios para efectuar investigaciones (INE, 2012).

- c. Porcentaje de personas mayores que estudia actualmente: Se refiere al porcentaje de adultos mayores sobre 65 años que actualmente se encuentran estudiando (INE, 2012).
- ii. Condición de uso de Internet: Se refiere al porcentaje de adultos mayores con la habilidad y conocimiento para realizar actividades básicas y de uso cotidiano de un computador. Se consultó si las personas son capaces de: Buscar información en internet y/o escribir y enviar un correo electrónico (INE, 2012).
- iii. Religión o credo: Número y proporción de adultos mayores según creencia religiosa que declara o no cada persona, las opciones son: católica, evangélica o protestante, judía, musulmana, mormón, ortodoxa, budista, fe bahá'í, testigo de Jehová, espiritualidad indígena, otra o ninguna (INE, 2012).
- iv. AM étnico:
 - a. Pertenencia a pueblo originario: Porcentaje de la pertenencia de la persona mayor a algún pueblo indígena (originario), a través de su libre declaración y de acuerdo con su propia auto identificación. Para efectos censales no fue necesario estar inscrito en los registros de Conadi para auto identificarse como indígena (INE, 2012).
 - b. Pueblo originario: Número y porcentaje de las personas mayores que se identificaron como pertenecientes a algunos de los pueblos originarios por los que se les consultó. Lo pueblos enlistados fueron: Mapuche, Aymara, Rapa Nui, Likan Antai, Quechua, Colla, Diaguita, Kawésqar, Yagán o Yámana u Otro (INE, 2012).
- v. Idiomas: Se refiere al porcentaje de personas con la habilidad de mantener una conversación con otra persona utilizando un idioma. Es un indicador del conocimiento que la persona tiene de ese idioma (INE, 2012). Las categorías son: No puede hablar (personas que no pueden hablar por situaciones que pueden deberse a condiciones de habla y no de conocimiento de idioma que es el constructo de interés (Clancy & Birdsall, 2013)), español, mapudungún, aymara, quechua, rapa nui, inglés, otro (INE, 2012).

- vi. Porcentaje de personas mayores según estado civil actual (legal): este indicador muestra la situación legal de la población mayor en relación a las leyes y costumbres matrimoniales del país, las clasificaciones son (INE, 2012):
 - a. Soltero(a): persona que no ha contraído matrimonio, de acuerdo con la ley vigente.
 - b. Casado(a): persona que ha contraído matrimonio de acuerdo a la ley.
 - c. Divorciado(a): persona a cuyo matrimonio se ha puesto término de acuerdo a la ley.
 - d. Viudo(a): persona cuyo cónyuge ha fallecido.
 - e. Anulado(a): persona cuyo matrimonio ha sido declarado nulo conforme a la ley.

- vii. Porcentaje de personas mayores según estado de hecho: Este indicador muestra la situación de convivencia en pareja de una persona mayor, sin importar los vínculos legales. Las opciones son (INE, 2012):
 - a. Casado(a) vive con su esposo(a): persona que vive con su cónyuge legal.
 - b. Conviviente con pareja de distinto sexo: persona que vive en pareja, y su situación no ha sido formalizada legalmente.
 - c. Conviviente con pareja del mismo sexo: persona que vive en pareja con una persona de su mismo sexo.
 - d. No convive con pareja: persona que puede convivir o no con otras personas, pero ninguna de ellas es su cónyuge o pareja.

- viii. Situación laboral: Porcentaje de adultos mayores según la situación laboral concreta en que se encuentran. Las categorías son: trabajando por ingreso, tiene empleo, pero no está trabajando, trabajando para una familiar sin pago, estudiando, sin trabajo y está buscando, en quehaceres de su hogar, jubilado, pensionado o rentista, otra situación y no aplica (INE, 2012).

- ix. Tipo de trabajador: Porcentaje de adultos mayores según la posición que ocupa el trabajador en relación con su vínculo de dependencia y/o subordinación con respecto al trabajo que desempeña actualmente. Las opciones son (INE, 2012):

- a. Trabajador asalariado: persona que trabaja o tiene un empleo por el que recibe una remuneración básica que no depende directamente de los ingresos de la empresa para la que trabaja.
 - b. Trabajador de servicio doméstico: es el trabajador asalariado de una vivienda particular que presta sus servicios para realizar quehaceres domésticos, ya sea pernoctando en la vivienda o sin pernoctar, conocidos también como puertas adentro o afuera.
 - c. Empleador, empresario o patrón: es la persona que trabaja por cuenta propia, para su negocio o empresa, o con uno o más socios, y cuya remuneración depende directamente de los beneficios de la producción de bienes y servicios del propio emprendimiento. Además, en virtud de su condición, debe tener contratado uno o más empleados bajo su dependencia.
 - d. Trabajador por cuenta propia o independiente: es la persona que trabaja por cuenta propia (autoempleo), para su negocio o empresa, o con uno o más socios, y cuya remuneración depende directamente de los beneficios de la producción de bienes y servicios del propio emprendimiento. Además, en virtud de su condición, no tiene personal contratado bajo su dependencia.
 - e. Familiar no remunerado: es la persona que tiene un trabajo sin remuneración en un negocio o empresa que es dirigido por un miembro del hogar u otro familiar.
-
- x. AM jefes de hogar y sostenedor: Este indicador mide el porcentaje de personas mayores que son jefes de hogar (reconocido(a) como tal por los miembros del hogar (INE, 2012)), en relación al total de personas mayores y, el porcentaje de sostenedores (aquel que recibe mayor ingreso en el hogar (INE, 2012)), en relación al total de personas mayores. Son mediciones de personas y no de hogares (SENAMA, 2013-A).
-
- xi. Propiedad de la vivienda habitada: Corresponde al porcentaje de la situación de propiedad que tiene el hogar sobre la vivienda en que reside y que es habitada por un adulto mayor. Las categorías fueron: Propia totalmente pagada, propia

pagándose, arrendada, cedida por trabajo o servicio, cedida por un pariente o amigo, ocupada de hecho o, propiedad en sucesión o en litigio (INE, 2012).

- xii. Condición de ocupación del sitio: Porcentaje de las personas mayores según la tenencia del hogar sobre el sitio o terreno en que se encuentra emplazada la vivienda e independiente de la tenencia de la vivienda. Las categorías son: propiedad individual con dominio inscrito, propiedad individual o sin dominio inscrito, copropiedad o condominio, arrendado, cedido por el propietario o empresa, propiedad fiscal o municipal, propiedad comunitaria, ocupada de hecho, propiedad en sucesión o litigio, ignorado (INE, 2012).

- xiii. Tipo de vivienda: Porcentaje de AM según el tipo de vivienda en el que habita. Estos pueden ser (INE, 2012):
 - a. Casa: Vivienda permanente con entrada directa desde la calle, jardín o terreno. Pueden ser casas pareadas o no pareadas, dependiendo si comparte o no muros con otras casas.
 - b. Departamento en edificio: Vivienda ubicada en un edificio, que cuenta con una entrada independiente desde un pasillo, escala u otro espacio común. Puede ser de dos tipos:
 - c. Departamento en edificio sin ascensor: Vivienda ubicada en un edificio a la que se accede mediante rampas o escaleras y pasillos; el edificio no posee ascensor. Generalmente tienen no más de cinco pisos.
 - d. Departamento en edificio con ascensor: Se considera que el edificio tiene ascensor, independiente de su uso.
 - e. Vivienda tradicional indígena: Vivienda que por sus materiales de construcción, diseño u otras características se identifica con una cultura indígena.
 - f. Pieza en casa antigua o conventillo: Es una pieza o conjunto de piezas que constituyen una vivienda independiente, están ubicadas a lo largo de un pasillo de uso común y tiene servicios higiénicos compartidos.

- g. Mediagua o mejora: Es una construcción de material ligero (generalmente madera) de carácter semi-permanente. Normalmente está compuesta por una o dos piezas, generalmente con piso de tierra o madera. El techo puede tener más de una caída y los servicios higiénicos (WC) generalmente están ubicados al exterior de la vivienda.
 - h. Rancho o choza: Es una construcción típicamente rural de material ligero (barro empajado, totora, quincha, pirca, etc.), separada e independiente.
 - i. Vivienda precaria de materiales reutilizados: Vivienda construida con materiales de desecho.
 - j. Móvil: Cualquier tipo de alojamiento construido para ser transportado (como, por ejemplo, una carpa o una casa rodante) o que constituye una unidad móvil (como lancha, bote, vagón de ferrocarril, remolque, yate, buque, etc.) utilizado como local de habitación en el momento del censo.
 - k. Otro tipo de vivienda particular: Aquí se incluyen todos los otros tipos de vivienda no individualizados anteriormente. En general se trata de edificaciones que tienen otros propósitos (por ejemplo: bodegas, graneros, garajes, almacenes, etc.) o lugares (tales como cuevas), usados para alojamiento permanente o temporal de personas.
- xiv. Materiales de construcción predominantes en el piso: Corresponde al insumo principal con el que fue construido total o mayoritariamente el piso. El porcentaje de viviendas según el material predominante, donde habita un adulto mayor se clasificó en siete categorías: Parquet, madera, piso flotante o similar; cerámico, flexit o similar; alfombra o cubre piso; baldosa de cemento; radier; enchapado de cemento; tierra (INE, 2012).
- xv. Materiales de construcción predominantes en la cubierta exterior del techo: Corresponde al insumo principal con el que fue construido total o mayoritariamente la cubierta exterior del techo. El porcentaje de viviendas según el material predominante, donde habita un adulto mayor se clasificó en siete categorías: Tejas o tejuela (arcilla, metálica, cemento, madera, asfáltica); losa hormigón; planchas metálicas (zinc, cobre, etc.) o fibrocemento (pizarreño); fonolita o plancha de fieltro

embreado; paja, coirón, totora, o caña; materiales precarios o de desecho; sin cubierta en el techo (INE, 2012).

- xvi. Materiales de construcción predominantes en las paredes exteriores: Corresponde al insumo principal con el que fueron construidas total o mayoritariamente las paredes exteriores. El porcentaje de viviendas según el material predominante, donde habita un adulto mayor se clasificó en siete categorías: Hormigón armado; albañilería (bloque de cemento, piedra o ladrillo); tabique forrado por ambas caras (madera, lata u otro); tabique sin forro interior (madera u otro); adobe, barro, quincha, pirca u otro artesanal tradicional; materiales precarios o de desecho (INE, 2012).
- xvii. Medio de eliminación de basura: Porcentaje según cuál es el principal medio por el que se descarta basura o desechos sólidos desde la vivienda. Las opciones fueron: La recogen los servicios de aseo; la entierra y/o quema; la deja en terreno eriazo quebrada o zanja; la tira a río, laguna o mar u otra (INE, 2012).
- xviii. Práctica de reciclaje: Corresponde al porcentaje de los hogares en los que habitualmente se practica la reutilización de desechos orgánicos y/o la separación de los desperdicios según el tipo de material para un posterior reciclaje. Las categorías fueron: compostaje y separa la basura para reciclaje (INE, 2012).
- xix. Disponibilidad y conexión del servicio higiénico (WC): Busca conocer el porcentaje de viviendas según el tipo de conexión que tiene el WC, inodoro o letrina principal de la vivienda para la eliminación de desechos. Las opciones del cuestionario son: Conectado a red de alcantarillado, conectado a fosa séptica, sobre pozo negro, sobre acequia o canal, baño químico o no tiene servicio higiénico (INE, 2012).
- xx. Origen de la energía eléctrica: Porcentaje del principal medio de abastecimiento de electricidad de las viviendas. Las opciones son: Red pública, generador con diesel o bencina, placa solar, eólico (viento), otro o no tiene energía eléctrica (INE, 2012).

- xxi. Bienes y servicios: Se refiere al porcentaje de personas mayores según la tenencia de bienes y servicios en cada hogar. Las categorías son: teléfono fijo, conexión a internet, vehículo y/o servicio doméstico (INE, 2012).
- xxii. Uso de combustible: Porcentaje de los hogares según la utilización de diferentes tipos de combustibles en el hogar para realizar actividades propias del mismo, tales como cocinar, para el sistema de agua caliente y la calefacción. Las categorías son: Gas, parafina o petróleo, leña o derivados, carbón, electricidad, energía solar, otro, no usa combustible o no tiene sistema (INE, 2012).
- xxiii. Número de personas AM que residen en la vivienda: Se refiere al número de personas que viven en un domicilio donde habita una persona mayor.
- xxiv. Proporción de personas mayores en sistema público de salud: Estos datos entregan un panorama de las personas mayores que pertenecen a FONASA en cualquiera de sus grupos. No se considera a las personas que se encuentran afiliadas a ISAPRES, a instituciones que pertenecen a las Fuerzas Armadas y de Orden o que no se encuentren en un sistema de salud. El alto porcentaje de personas mayores en el sistema público de salud se explica, en parte, por los beneficios que las personas mayores tienen a partir del AUGE (SENAMA, 2013-A). El tramo de ingreso al que pertenecerá el afiliado al incorporarse a FONASA, será de acuerdo a su renta imponible y número de cargas, para atención en modalidad institucional. Los tramos son (Gobierno de Chile, 2014):
 - a. Tramo A (Porcentaje de copago 0%): Indigentes o carentes de recursos, Beneficiarios de pensiones básicas solidarias, Causantes de subsidio familiar (Ley 18.020).
 - b. Tramo B (Porcentaje de copago 0%): Ingreso imponible mensual menor o igual a \$210.001.
 - c. Tramo C (Porcentaje de copago 10%): Ingreso Imponible Mensual mayor a \$210.001 y menor o igual a \$306.000. Con tres o más cargas, pasará al tramo B.

- d. Tramo D (Porcentaje de copago 20%): Ingreso Imponible Mensual mayor a \$306.601. Con tres o más cargas, pasará al tramo C.

- xxv. Clasificación referencial de los tramos FONASA en el sistema de ISAPRES: Porcentaje de personas mayores según el tramo que les correspondería en FONASA, pero que están afiliado a ISAPRE y su división según tipo de cotizador (Superintendencia de Salud , 2014).

- xxvi. Porcentaje de AM bajo la línea de la pobreza e indigencia según quinquenios de edad: La medición de la pobreza en Chile se realiza a través del establecimiento de una Línea de Pobreza. Para su cálculo, se usan variables como el bienestar, el ingreso o el gasto de consumo, estableciendo un valor per cápita de una canasta mínima de consumo necesario para la sobrevivencia. Las medidas de pobreza con las que se calcularán los datos son \$36.049 para indigencia o pobreza extrema y \$72.098 para pobreza. El estar bajo la línea de la pobreza significa que una persona no supera los \$72.098 mensuales (SENAMA, 2013-A)

VI. SALUD Y BIENESTAR EN LA VEJEZ

- i. Población inscrita en FONASA, ISAPRE y CAPREDENA: Número de personas mayores de la comuna de La Cisterna, según sexo que se encuentran inscritas en FONASA, ISAPRE Y CAPREDENA durante el año 2013.

- ii. Número AM validados en los CES disponibles en la comuna de La Cisterna: Frecuencia de personas mayores validadas en los CES Santa Anselma y Eduardo Frei.

- iii. Tasa de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP): Este indicador ilustra sobre la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. El supuesto en el que se basan los AVPP es que cuando más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de vida (DEIS, 2014).

Se mencionan la Región Metropolitana y el país con el fin de realizar comparaciones.

- iv. Causas de AVPP: Número de personas, indistintamente de su edad, según los causantes más frecuentes de AVPP (DEIS, 2011).
- v. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA): Es un indicador compuesto, que utiliza indicadores epidemiológicos, como mortalidad y morbilidad, combinando el número de años de vida perdidos por muerte prematura (componente de mortalidad) y los años de vida vividos con discapacidad (componente calidad de vida). A través de los AVISA se mide la pérdida de salud que se produce a raíz de la enfermedad, discapacidad o muerte, expresada en una unidad de medida común a estos tres estados: el tiempo (años). Cabe destacar que los AVISA solo están disponibles a nivel nacional (Comuna de La Cisterna, 2014).
- vi. Total de Atenciones de urgencia según causas: Frecuencia de AM (65+), de la comuna de La Cisterna que se atendieron en urgencia. Las consulta se clasificaron por causa respiratoria, circulatorio, traumatismo y envenenamiento, diarrea aguda y atención de demás causas (DEIS, 2014).
- vii. Causas de egresos hospitalarios: Porcentaje de egresos hospitalarios de los AM (65+) de la comuna de La Cisterna, Región Metropolitana y país según total, hombres y mujeres. Las categorías son: Enfermedades del sistema circulatorio; enfermedades del sistema digestivo; tumores; enfermedades del sistema respiratorios; enfermedades del sistema genitourinario; traumatismo, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas; enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo; y enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (REM, 2013).
- viii. Discapacidad: Las personas con discapacidad son aquéllas que debido a un problema de salud permanente tienen mayor riesgo que la población en general de

experimentar restricciones en la realización de tareas determinadas o participar en actividades correspondientes a determinadas funciones. La categorización de las personas mayores con alguna discapacidad, en relación con el total de adultos mayores de la comuna, según sexo se realizó con los siguientes ítems: dificultad física, mudez, dificultad psiquiátrica, sordera y/o ceguera. Este indicador expresa el porcentaje de la relación entre las personas mayores de 60 años según discapacidad y el total de la población AM (60+); también se indica el porcentaje según sexo (INE, 2012).

- ix. Trastornos Mentales: Frecuencia de AM (65+) pertenecientes a los CES de la comuna de La Cisterna pesquisada con algún trastorno mental. Las categorías son: Trastornos del humor (afectivos), que se subdividen en depresión leve, moderada, severa y trastorno bipolar; trastornos mentales y del comportamiento debido a consumo sustancias psicotrópicas, que se clasifican según posible consumo perjudicial o dependencia de alcohol, otra sustancia como droga principal o policonsumo; trastornos de ansiedad, Alzheimer y otras demencias; trastornos conductuales asociados a demencia; esquizofrenia; primer episodio esquizofrenia con ocupación regular; trastornos de la conducta alimentaria; trastorno hiperactivo, de la actividad y de la atención; trastornos emocionales y del comportamiento de la infancia y adolescencia; retraso mental y trastorno de personalidad (REM, 2013)
- x. Condición de Funcionalidad: Frecuencia de AM de 65 a 79 años y AM (80+) según sexo, pertenecientes a los CES de la comuna de La Cisterna evaluadas por medio de EMPAM y clasificadas según condición de funcionalidad. Las categorías son: autovalente sin riesgo y con riesgo; en riesgo de dependencia; dependiente leve, moderado y severo, este último se subdivide en oncológica, no oncológica y con escasas; dependiente total y; total de AM en control (REM, 2013).
- xi. Población controlada en programas de salud: Frecuencia de AM (65+) según sexo, pertenecientes a los CES de la comuna de La Cisterna clasificados según el

programa de salud al que pertenecen. Las categorías son: Asma bronquial; Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), oxígeno dependiente, epilepsia, enfermedad de Parkinson, artrosis de cadera y rodilla; y alivio del dolor (REM, 2013).

- xii. Programas de control relacionados con la dependencia: Frecuencia de AM (65+) según sexo, pertenecientes a los CES de la comuna de La Cisterna clasificados según el programa de dependencia al que pertenecen. Las categorías son: Dependencia leve; moderada y severa, esta última se subdivide en oncológica, no oncológica y con escaras; y atención domiciliaria por dependencia severa que se subdivide en total de personas en dependencia severa, total de personas con escaras y total de personas con cuidador que recibe apoyo monetario (REM, 2013).
- xiii. Ingresos a programas de salud: Frecuencia de AM (65+) según sexo, pertenecientes a los CES de la comuna de La Cisterna que ingresan, durante el año 2013, a los programas de salud disponibles. Las categorías son: Asma bronquial, EPOC, oxígeno dependiente, enfermedad de Parkinson, artrosis de cadera y rodilla; y alivio del dolor (REM, 2013).
- xiv. Causas de alta y egreso de los programas de salud: Frecuencia de AM (65+) según sexo, pertenecientes a los CES de la comuna de La Cisterna que son dados de alto o egresan, durante el año 2013, de los programas de salud disponibles. Los egresos se dan por abandono del programa o por fallecimiento. Las categorías de alta son: asma bronquial, EPOC, oxígeno dependiente, epilepsia, enfermedad de Parkinson y artrosis de cadera y rodilla. Las categorías de egreso son: Asma bronquial, EPOC, epilepsia, enfermedad de Parkinson, artrosis de cadera y rodilla; y alivio del dolor (REM, 2013).
- xv. Programa de Salud Cardiovascular: Frecuencia de AM (65+) según sexo, pertenecientes a los CES de la comuna de La Cisterna bajo control en el programa de salud cardiovascular. Este se subdivide en (REM, 2013):

- a. Patologías y factores de riesgo: Las categorías son hipertensos, diabéticos, dislipidémicos, tabaquismo, obesidad, antecedente de Infarto Agudo al Miocardio (IAM) y antecedentes de enfermedad cerebrovascular.
 - b. Clasificación por riesgo cardiovascular: Las categorías son riesgo bajo, moderado, alto y muy alto.
 - c. Enfermedad Renal Crónica (ERC): Las categorías son sin enfermedad renal (S/ERC), etapa 1 y 2 (VFG \geq 60 ml/min), etapa 3 (VFG \geq 30 a 59 ml/min), etapa 4 (VFG \geq 15 a 29 ml/min) y etapa 5 (VFG <15 ml/min).
- xvi. Población en control del programa de rehabilitación física: Frecuencia de AM de 65 a 79 años y AM (80+) según sexo, pertenecientes a los CES de la comuna de La Cisterna que pertenecen a alguno de los programas de rehabilitación física. Las categorías para AM de 65 a 79 años son: Pacientes en control en el programa, síndrome doloroso de origen traumático, síndrome doloroso de origen no traumático, artrosis leve y moderada de rodilla y cadera, secuela de Accidente Vascular Encefálico (AVE), secuelas de Traumatismo. *Encefalocraneano (TEC) enfermedad de Parkinson y otros*. Las categorías para AM de 65 a 79 años son: Pacientes en control en el programa, síndrome doloroso de origen traumático, artrosis leve y moderada de rodilla y cadera, secuela de AVE, enfermedad de *Parkinson y otro déficit secundario con compromiso neuromuscular en mayor de 20 años* (REM, 2013).
- xvii. Actividad física: Número de AM de 65 a 79 años y AM (80+) según sexo, pertenecientes a los CES de la comuna de La Cisterna que declaran realizar actividad física de tiempo libre (REM, 2013).
- xviii. Estado Nutricional: Número de AM de 65 a 79 años y AM (80+) según sexo, pertenecientes a los CES de la comuna de La Cisterna clasificados en bajo peso, normal, sobrepeso y obeso (REM, 2013).

- xix. Maltrato hacia personas mayores
 - a. Sospecha de maltrato: Número de AM (65+) por sexo, pertenecientes a los CES de la comuna de La Cisterna con sospecha de maltrato pesquisada por medio de EMPAM (REM, 2013).
 - b. Tasa de Violencia Intrafamiliar (VIF): Tasa de violencia en anciano o anciana en la comuna de la cisterna, la Región Metropolitana y el país (Comuna de La Cisterna, 2014).

- xx. Cobertura del programa de cáncer de cuello uterino y de cáncer de mamas
 - a. Prevención de cáncer de cuello Uterino: Frecuencia de AM de 60 a 64 años y AM (65+), pertenecientes a los CES de la comuna de La Cisterna con PAP realizados e informados según resultado obtenido (REM, 2013).
 - b. Prevención de cáncer de Mamas: Frecuencia de AM de 60 a 64 años y AM (65+), pertenecientes a los CES de la comuna de La Cisterna con examen físico de mamas y con mamografía vigente, es decir, de hace tres años o menos (REM, 2013).

- xxi. Defunciones
 - a. Tasa de defunciones: Tasa de defunciones de personas mayores entre 65 y 79 años y AM (80+) según sexo, en la comuna de La Cisterna, Región Metropolitana y país.
 - b. Índice de Swaroop: Este índice, también llamado tasa de mortalidad proporcional, es la proporción de fallecimientos de los AM (60+) por cada 100 defunciones totales. Mientras más alto este índice indica una mejor situación sanitaria de la comunidad estudiada. Si en un año se obtiene un índice de 100, quiere decir que el 100% de las muertes ocurrió en personas de más de 59 años.

VII. ENTORNO DEL AM

- i. Actividades comunales dirigidas a los Adultos Mayores:
 - a. Casa de la mujer de La Cisterna: Número de personas mayores que participan en los cursos y talleres impartidos.

Actividades comunales para el AM: Número de personas mayores que participan en los cursos y talleres impartidos.



UNIVERSIDAD METROPOLITANA
DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

VICERRECTORÍA ACADÉMICA
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

Fecha, 27 de Noviembre del 2014

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

Sra. Directora María Cecilia Vicencio Orellana:

El Centro de Salud a su cargo, ha sido invitado a participar en el estudio "Diagnóstico de la situación de salud del Adulto Mayor de la Comuna de La Cisterna", a cargo de los investigadores Gonzalo Ayala Vargas, Marcela Catalán Barahona y Nicolás Gajardo Cruzatt, estudiantes tesistas de la carrera de Kinesiología y la directora de tesis Kiga. María José Prieto Correa, académico de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación.

El objetivo principal de este trabajo es "Establecer un diagnóstico de la situación de salud de la población Adulta Mayor perteneciente a la comuna de La Cisterna" y para ello será necesaria la recolección de datos REM de Enero a Diciembre del 2013 de adultos mayores inscritos en el centro de salud que usted dirige. Los datos recogidos serán analizados en el marco de la presente investigación y se creará una base de datos adecuada de modo que los usuarios no puedan ser individualizados.

Los resultados del trabajo constituirán un aporte para establecer la realidad y las necesidades específicas de la población estudiada.

Si tiene consultas respecto de esta investigación, puede contactarse con los investigadores responsables, estudiantes Gonzalo Ayala Vargas al teléfono 9-51055842 o a su correo gonzalo.ayalavargas@gmail.com, Marcela Catalán Barahona al teléfono 9-90702359 o su correo marcelacatalan@gmail.com, Nicolás Gajardo Cruzatt al teléfono 9-72791125 o a su correo ng.kine@gmail.com o a la académica María José Prieto Correa al teléfono 66087105 - 27562157 o a su correo maprietoprof@gmail.com.



UNIVERSIDAD METROPOLITANA
DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

VICERRECTORÍA ACADÉMICA
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

Por medio del presente documento declaro haber sido informado de lo antes indicado, y estar en conocimiento del objetivo del estudio "Diagnóstico de la situación de salud del Adulto Mayor de la Comuna de La Cisterna".

Manifiesto autorizar la realización de este estudio y he recibido un duplicado firmado de este documento que reitera este hecho.

Nombre

Mateo González Reyes

RUT

15199097-8

Firma

Mateo González

Fecha

2/12/2014





Fecha, 27 de Noviembre del 2014

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

Sr. Director José Luis Martínez M. :

El Centro de Salud a su cargo, ha sido invitado a participar en el estudio "Diagnóstico de la situación de salud del Adulto Mayor de la Comuna de La Cisterna", a cargo de los investigadores Gonzalo Ayala Vargas, Marcela Catalán Barahona y Nicolás Gajardo Cruzatt, estudiantes tesistas de la carrera de Kinesiología y la directora de tesis Klg. María José Prieto Correa, académico de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación.

El objetivo principal de este trabajo es "Establecer un diagnóstico de la situación de salud de la población Adulta Mayor perteneciente a la comuna de La Cisterna" y para ello será necesaria la recolección de datos REM de Enero a Diciembre del 2013 de adultos mayores inscritos en el centro de salud que usted dirige. Los datos recogidos serán analizados en el marco de la presente investigación y se creará una base de datos adecuada de modo que los usuarios no puedan ser individualizados.

Los resultados del trabajo constituirán un aporte para establecer la realidad y las necesidades específicas de la población estudiada.

Si tiene consultas respecto de esta investigación, puede contactarse con los investigadores responsables, estudiantes Gonzalo Ayala Vargas al teléfono 9-51055842 o a su correo gonzalo.ayalavargas@gmail.com, Marcela Catalán Barahona al teléfono 9-90702359 o su correo marcelacatalan@gmail.com, Nicolás Gajardo Cruzatt al teléfono 9-72791125 o a su correo ng.kine@gmail.com o a la académica María José Prieto Correa al teléfono 66087105 - 27562157 o a su correo maprietoprof@gmail.com.



UNIVERSIDAD METROPOLITANA
DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

VICERRECTORÍA ACADÉMICA
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

Por medio del presente documento declaro haber sido informado de lo antes indicado, y estar en conocimiento del objetivo del estudio "Diagnóstico de la situación de salud del Adulto Mayor de la Comuna de La Cisterna".

Manifiesto autorizar la realización de este estudio y he recibido un duplicado firmado de este documento que reitera este hecho.

Nombre

Dr José Luis Muñoz Mena

RUT

10.825.891-8

Firma

Fecha

02/12/2014

ANA P. GUZMAN
KINESIOLOGA
RUT.: 10.214.357-4

ANEXO 4



I. Municipalidad de La Cisterna
Dirección Desarrollo Comunitario
Departamento de Deportes y Recreación

La Cisterna 28 de Noviembre 2014.

Señores
Nicolás Gajardo Cruzatt
Gonzalo Ayala Vargas
Estudiantes de Kinesiología
Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación
Presente

De mi consideración

Tengo a bien informar de los diferentes talleres que imparte nuestro Departamento de Deportes en la actualidad.

Talleres	Grupo Etareo	Inscripción
Natación	Adultos Mayores	120
Natación	Dueñas de Casa	60
Natación	Niños	60
Natación Funcionarios	Adultos	20
Natación Discapacitados	Niños - Adultos	30
Natación Selectiva	Adultos Mayores	60
Zumba	Adultos Mayores	100
Pilates	Dueñas de Casa	40
Baile Entretenidos	Adultos Mayores – Dueñas de Casas	120
Tenis de Mesa	Niños	20
Tenis de Mesa	Adultos	20
Taekwondo	Niños	20
Taekwondo	Adultos	20
Tai Chi	Adultos Mayores	50
Baby Fútbol	Niños	40
Pausa Saludables	Adultos	200
Jóvenes en Movimiento	Jóvenes	30

Atentamente.

GRACIELA FURET OCAÑA
Encargada Departamento de Deportes

Jsg/
Cc: - Arch.

ANEXO 5

CASA DE LA MUJER LA CISTERNA

En el año 2005 el Alcalde Don Santiago Rebolledo Pizarro, inyecta nueva dinámica la Casa de la Mujer, se abren talleres de manualidades que buscan fomentar la autonomía económica y el desarrollo de habilidades de la mujer Cursos de capacitación laboral con el fin de impulsar cambios que le signifiquen a las mujeres cisterninas mayores oportunidades de desarrollo personal y mejor calidad de vida para sí mismas y su grupo familiar

2005 - 2014 - A través de estos años se han ido implementando una diversidad de talleres

2014- Hoy se cuenta con con 24 talleres que benefician a 426 mujeres

Estos son:

NOMBRE DE TALLERES	Cantidad de usuarias	Edad
BISUTERÍA	10 mujeres	20 a 35 años
CORTE Y CONFECCIÓN	15 “	30 a 50 “
CAPITONE	15 “	35 a 50 “
CROCHET NIVEL I	30 “	40 a 83 “
CROCHET NIVEL II	20 “	40 a 75 “
CORTINAJE Y DECORACIÓN DE HOGAR	15 “	29 a 55 “
DECUPAGE	20 “	25 a 40 “
DISFRASES	15 “	20 a 40
ESTÉTICA INTEGRAL	14 “	20 a 50 “
FOTOCOSMÉTICA Y FITOTERAPIA	20 “	25 a 60 “
GASTRONOMÍA Y CHOCOLATERÍA	30 “	20 a 60 “
AUTOMAQUILLAJE	15 “	20 a 40 “
LANIGRAFÍA Y CREWELL	20 “	40 a 70 “
ORFEBRERÍA	13 “	18 a 50 “
PELUQUERÍA I	20 “	20 a 45 “
PELUQUERÍA II	10 “	20 a 40 “
MANICURE Y PEDUCURE	20 “	20 a 50
PEDICURE AVANZADA	20 “	30 a 50 “
PRIMEROS AUXILIOS Y CUIDADO DE ENFERMOS	30 “	30 a 50 “
ROPA DEPORTIVA	15 “	20 a 40
REFLEXOLOGÍA PODAL	10 “	30 a 45
TELAR, MOSAICO Y OLEO	15 “	20 a 60 “
TEJODO A PALILLO	20 “	35 a 70 “
TERAPIAS COMPLEMENTARIAS L	14 “	40 a 60 “
Total de mujeres en talleres	426	

OFICINA DE ORIENTACIÓN FAMILIAR

Tiene como finalidad la atención, contención y terapia para mujeres de la Comuna, que estén viviendo situaciones de violencia en sus diferentes etapas.

ACTIVIDADES DE ACERCAMIENTO CASA DE LA MUJER Y COMUNIDAD

ACTIVIDADES CASA DE LA MUJER	DÍA MES
SPA MOVIL	Marzo
DIA DE LA MUJER	07 marzo
TALLER DESARROLLO PERSONAL	03 /04 al 03 /07
TALLER DESARROLLO PERSONAL	06/08 al 05/11
DIA DE LA MADRE	09 mayo
OPERATIVOS DE PODOLOGÍA EN JUNTA DE VECINOS	13/06
PARTICIPACIÓN EN FERIA INTERMODAL	Marzo, Mayo Sept. Dic.
CAMPAÑA PREVENCIÓN CANCER DE MAMAS	Mes agosto
CAMPAÑA DONACIÓN DE SANGRE	Días 25-26- 27- 28- 29 agosto
PARTICIPACIÓN Y ADJUDICACIÓN DE PROYECTO "COMUNIDAD MUJER" (mujeres jóvenes de la comuna 19 a 25 Años)	Agosto
RUTA DE LA MUJER EN ACCIÓN	Agosto a noviembre
PARTICIPACIÓN EN FERIA COSTUMBRISTA	Septiembre
SEMINARIO MUJER Y TRABAJO "UN DESAFIO PARA EL FUTURO"	21 Octubre
PODOLOGÍA GRATUITA (el 1º lunes de cada mes)	Todo el año
DIA DEL ADULTO MAYOR	Octubre
OPERATIVOS PELUQUERÍA, MANICURE Y FACIAL (en colegio municipal)	Octubre
CONMEMORACIÓN DIA DE LA VIOLENCIA DE GENERO	25 noviembre
EXPO MUJER	05 diciembre

PROGRAMAS JEFAS DE HOGAR :

Es creado para facilitar y apoyar el esfuerzo de la mujer jefa de hogar. Desde el año 2009 al 2014 se ha trabajado con 630 mujeres aprox.

Ofrece un conjunto de talleres de Habilitación Laboral, que ayuda a potenciar habilidades , adquirir herramientas para el desarrollo personal y técnico, que permitas incorporarse al mercado del trabajo. Este programa entrega apoyo para el acceso a: Capacitación en Oficio, Intermediación Laboral, Capacitación en habilidades Emprendedoras, Capital, Redes asociativas, Nivelación de Estudios, Salud Odontológica y Cuidado Infantil.

Requisitos

- Tener entre 18 y 60 años
- Tener personas a cargo
- Vivir o trabajar en la Comuna
- Ser jefa de hogar o núcleo
- Ser económicamente activa
- Estar cesante o en busca de trabajo
- Tener en Ficha de Protección social entre 4.213 y 13.484 puntos

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvarado, C. J., & Ron, M. L. (Septiembre de 2014). Caracterización de las condiciones de aplicación del examen de medicina preventiva del adulto mayor (EMPAM) en los centros de salud (CES) en la comuna de La Cisterna. Santiago, Chile.

Añez, E., Dávila, F., Gómez, W., & Hernández. (2010). *Manual para la Elaboración de un Análisis de Situación de Salud*. Venezuela, Venezuela: Instituto de Altos Estudios Arnoldo Gabaldon (IAES).

Aranibar, P. (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. *Población y Desarrollo*, 7.

Arenas, Á. (2012). *Adulto Mayor Nuevas perspectivas para el desarrollo humano*. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Finis Terrae.

Arenas, M. C. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología [online]*.

Asociación Médica Mundial. (septiembre de 1989). *Asociación médica mundial*. Obtenido de <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/a4/>

Barros, M. d., Bernal, I. L., Reinoso, A. T., & Pérez, H. G. (2006). Guía para la elaboración del análisis de la situación de salud en la atención primaria. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 22(3), 1-10.

Bedregal, P., & Shand, B. (2010). *Aportes de la epigenética en la comprensión del desarrollo del ser humano*. Chile: Revista médica de Chile.

Belando Montoro, M. (2006). *Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios. Reconstruyendo identidades. Una visión desde el ámbito educativo*. España: Universidad de Murcia.

Bordignon, N. A. (2005). *El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto*. Colombia: Revista Lasallista de Investigación.

Bravo, D. y. (2013). *Informe Final. Comisión externa revisora del CENSO 2012*. Chile.

Bury, M. (1995). Envejecimiento, género y teoría sociológica. En S. Arber, & J. Ginn, *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico*. Madrid.

Carlson, J., & Riley, J. (1998). A consideration of some notable aging theories. *Experimental Gerontology*, 127-134.

- Cefalu, C. A. (27 de Noviembre de 2011). Theories and Mechanisms of Aging. *Clin Geriatr Med*, 27(4), 491–506.
- CELADE. (2005). *Dinámica demográfica y desarrollo en América Latina y el Caribe*. CELADE, Proyecto Regional de Población, Santiago de Chile.
- CELADE. (2006). *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. Santiago de Chile.
- CELADE. (2009). *Proyección de población*. Santiago de Chile: Centro Latino Americano y Caribeño de Demografía.
- Centro de Microdatos, INTA, SENAMA. (2010). *Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores*. Santiago, Chile.
- CEPAL. (2004). Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Santiago.
- CEPAL. (2008). Declaración de Brasilia. Santo Domingo.
- CEPAL. (2010). " *Propuesta de estrategia para avanzar desde la perspectiva de América Latina y el Caribe, hacia una convención internacional sobre los derechos humanos de las personas de edad*. Santiago, Chile.
- Chereji, E., Gatz, M., Pedersen, N., & Prescott, C. (4 de Diciembre de 2012). Exceptional longevity is associated with decreased reproduction. (P. Rafael de Cabo, Ed.) *Journals of Gerontology: Biological Sciences*, 3(12), 499–509.
- Chesnais, J.-C. (1990). *Demographic Transition Patterns and Their Impact on the Age Structure*. Oxford University press.
- Clancy, D., & Birdsall, J. (29 de Marzo de 2013). Flies, worms and the Free Radical Theory of ageing. *Ageing Research*(12), 404– 412.
- Cloninger, S. C. (2003). *Teorías de la Personalidad*. México: Bruce Hobart.
- Comision Asesora Presidencial sobre el sistema de pensiones. (2014). <http://www.comisionpensiones.cl/>. Recuperado el 8 de octubre de 2014, de <http://www.comisionpensiones.cl/index.php/presentacion/#>
- Comisión Nacional del Adulto Mayor. (1995). *Comisión Nacional del Adulto Mayor*. Santiaio, Chile.
- Comuna de La Cisterna. (2014). *Diagnóstico de Salud La Cisterna*. Departamento de Salud La Cisterna, Santiago de Chile.

Concha, M., Aguilera, X., & Salas J. (1996). *Estudio de carga de enfermedad en Chile*. Departamento de Salud. Ministerio de Salud Santiago.

Congreso Nacional. (20 de agosto de 2013). *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile*. Obtenido de <http://www.bcn.cl/leyfacil/conozca-sus-derechos/recurso/derechos-y-beneficios-para-el-adulto-mayor>

Curbelo, T. (2004). *Fundamentos de Salud Pública*. La Habana: Ciencias Médicas.

Damianovic, N. (2008). *Población y sociedad, aspectos demográficos*. Santiago de Chile , Región Metropolitana, Chile: Instituto Nacional de Estadísticas.

DEIS. (2011). *Departamento de Estadísticas e Información de Salud*. Obtenido de Ministerio de Salud, Gobierno de Chile: <http://www.deis.cl/?p=2539>

Díaz, G. (8 de Octubre de 2014). PIB per cápita crece pero la desigualdad se mantiene. (J. Muñoz, Entrevistador)

Estes, C. L. (1986). Politics of Ageing in America, *Ageing in Society*. 2(6), 130.

Federacion Internacional de la Vejez. (1991). *Los derechos de las personas de edad*. Montreal, Quebec.

Fleming, J., Quatrocky, E., Latter, G., Miquel, J., & Marcuson, R. (7 de Marzo de 1986). Age dependent changes in proteins of *Drosophila melanogaster*. *Science*, 231(4742), 1157-9.

FONASA. (2013). *Solicitud de Información Pública N°A0004W-0000654*. Santiago, Chile.

FONASA. (10 de Octubre de 2014). *Atenciones de Especialidad y Hospitalarias*. Obtenido de http://www.fonasa.cl/portal_fonasa/site/artic/20140621/pags/20140621174746.html

Froimovich, K. (8 de Abril de 2014). *Diagnóstico del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor EMPAM*. Obtenido de Ministerio de Salud. Gobierno de Chile: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/8%20-4-14%20Diagn%C3%B3stico%20EMPAM-%20Socl_%20karin%20Froimovich.pptx

Gobierno de Chile. (2002). *Historia de la Ley No 19.828 Crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor*. Chile: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.

Gobierno de Chile. (2007). *Diagnóstico de la situación Económica y Social de los Adultos Mayores*. Ministerio de Planificación, Departamento de Competitividad Regional, Chile.

Gobierno de Chile. (2011). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) Adulto Mayor*. Chile.

Gobierno de Chile. (2014). *Súperintendencia de Salud*. Obtenido de Preguntas frecuentes: Tramos A, B, C, D (Fonasa): <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/570/w3-propertyvalue-4008.html>

Google. (04 de Diciembre de 2014). *Google Maps*. Obtenido de <https://www.google.cl/maps/place/La+Cisterna,+Regi%C3%B3n+Metropolitana/@-33.52985,-70.6650275,14z/data=!3m1!4b1!4m2!3m1!1s0x9662dfe97783f45:0x9acd1dfe50de85b4>

Goyns, M. (2002). Genes, telomeres and mammalian ageing. *Mechanisms of Ageing and Development*, 791-799.

Gutiérrez, D. V. (2014). DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD Y ESTILOS DE VIDA EN POBLACIÓN ADULTA DE CONCEPCIÓN, CHILE. *Cienc. enferm. vol.20 no.1 Concepción abr. 2014*.

Guzmán, J. M. (2002). *Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe*. Salvador, Brasil.

Guzmán, J. M., & Hakkert, R. (2001). Some social and economic impacts of the ageing process in Latin American countries. *XXIV IUSSP General Population Conference*. Salvador, Brasil.

Harman, D. (1986). Free radical theory of aging: role of free radicals in the origination. En R. W. JE JrJohnson, *Free radicals, aging and* (págs. 3-49.). New York: Alan R. Liss.

Hayflick, L. (1985). Theories of biological aging. *Experimental Gerontology*, 145-159.

Hekimi, S., Burgess, J., Bussiere, F., & Bernard, C. (2001). Molecular genetics of life span in *Caenorhabditis elegans*: molecular diversity, physiological complexity, mechanistic simplicity. *Trends Genet*, 17, 712-718.

Huenchuan, S. (2013-a). *Los derechos de las personas mayores. Módulo 2. Los derechos de las personas en el ámbito internacional*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Huenchuan, S. (2013-b). *Los derecho de las personas mayores. Modulo 3. Las normas y políticas regionales y nacionales sobre las personas mayores*. Santiago, Chile: Naciones Unidas.

Hyland, P., Barnett, Y., & Allen, L. (2013). Aging. En B. Caballero, L. H. Allen, & A. Prentice, *Encyclopedia of human Nutrition* (págs. 34-36). Ashie Jackman, Elsevier.

Ilustre Municipalidad de La Cisterna - A. (2014). *Casa de La Mujer*. Santiago.

Ilustre Municipalidad de La Cisterna - B. (2014). *Programa del Adulto Mayor*. Santiago.

- Ilustre Municipalidad de La Cisterna - C. (2014). *Departamento de Deportes*. Santiago.
- Ilustre Municipalidad de La Cisterna - D. (2014). <http://www.cisterna.cl>. Obtenido de Ilustre Municipalidad de La Cisterna: http://www.cisterna.cl/informacion_comunal.html
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE). (2005). *Chile Hacia el 2050*. Chile.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE). (2007). *Enfoque estadístico Adulto Mayor. Boletín Informativo del Instituto Nacional de estadísticas*. Santiago de Chile: Oficina de comunicaciones.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE). (2010). *Población Adulta Mayor en el Bicentenario*. Santiago de Chile: INE.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE). (2012). *Censo 2012*. Chile.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE). (2014). *Actualización de proyecciones de la población (2002 -2020)*.
- Izal, M., & Fernández-Ballesteros, R. (1990). *Modelos ambientales sobre la vejez*. Madrid, España: Universidad Autónoma de Madrid.
- Jaquenod, M. (2014). Análisis de situación de salud- ASIS. *diplomado virtual de riesgo en salud publica*.
- Johnson, J. J. (1979). Fine structure of IMR-90 cells in culture as examined by. *Mechanisms of Ageing and Development*, 405-413.
- Loeb, J., & Northrop, J. (1917). On the influence of food and temperature upon the duration of life. *J Biol Chem*, 13-21.
- Martínez, L. (2005). *Teorías del Envejecimiento*. España: Universidad Autónoma de Madrid.
- Medvedev, Z. (1990). An attempt at a rational classification of theories of. *Biological Reviews*, 375-398.
- Ministerio de Planificación y Política Económica (MIDEPLAN). (2007). *Diagnóstico de la situación Económica y Social de los Adultos Mayores*. Santiago.
- Ministerio de Planificación y Política Económica (MIDEPLAN). (2007). *Diagnóstico de la situación Económica y Social de los Adultos Mayores*. Santiago, Chile .
- Ministerio de desarrollo Social. (2011). *CASEN*. Obtenido de Adulto Mayor: <http://www.senama.cl/filesapp/RESULTADOS%20ADULTO%20MAYOR%20CASEN%202011.pdf>

Ministerio de Desarrollo Social. (20 de Noviembre de 2014). *Chile Crece Contigo*. Obtenido de <http://www.crececontigo.gob.cl/2009/desarrollo-infantil/1-a-2-anos/la-sala-cuna/>

Ministerio de Desarrollo Social. (Septiembre de 2014). *SENAMA*. Recuperado el 3 de septiembre de 2013, de Servicio Nacional del Adulto Mayor: <http://www.senama.cl/NuestraMision.html>

Ministerio de Justicia. (18 de diciembre de 2010). Modificación ley 20.066. *Violencia Intrafamiliar*. Santiago, Chile.

Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia de Panamá. (2004). *Diagnóstico Nacional de la Situación de las Personas Mayores en Panamá*. Panamá.

Ministerio de Salud. (2010). *Encuesta Nacional de Salud ENS*. Santiago.

Ministerio de salud. (2011). *Estrategia Nacional de Salud*. Obtenido de http://www.minsal.cl/portal/url/page/minsalcl/g_gesauge/guias.html

Ministerio de Salud. (2014). *Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores*. Santiago.

Ministerio de Salud 2015. (2015). *Orientación técnica más aultos Mayores Autovalentes*. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Ministerio del Interior. (2012). *Departamento de Estudios y Estadísticas Subsecretaría de Prevención del Delito*.

Ministerio del trabajo y previsió social; subsecretaría del trabajo. (24 de Agosto de 2013). Ley 20689. *REAJUSTA MONTO DEL INGRESO MÍNIMO MENSUAL*. Santiago, Chile.

Ministerio del Trabajo y Previsión Social. (4 de noviembre de 1980). Decreto Ley 3500. *ESTABLECE NUEVO SISTEMA DE PENSIONES*. Santiago, Chile.

MINISTERIO SECRETARÍA GENERAL DE LA PRESIDENCIA. (17 de Septiembre de 2002). *www.bcn.cl*. Recuperado el 15 de Octubre de 2014, de Biblioteca del Congreso Nacional : <http://bcn.cl/1m2en>

Ministerio de Salud (MINSAL). (2008). *Estudio Carga de Enfermedad y carga atribuible*. Pontificia Universidad Católica de Chile, Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Santiago, CHile.

Ministerio de Salud (MINSAL). (2014 - H, p.132). *Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores (Borrador)*. Chile.

Ministerio de Salud (MINSAL). (15 de Diciembre de 2014). *Ministerio de Salud*. Obtenido de DETERMINANTES SOCIALES: http://web.minsal.cl/determinantes_sociales

Ministerio de Salud (MINSAL), Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC), Universidad Alberti Hurtado (UAH). (2010). *Manual de uso de base de datos individual 2009-2010*. Santiago.

Miquel, J. (2006). Integración de teorías del envejecimiento (parte I). *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 1(41), 55-63.

Miquel, J., Lundregren, P., Bensch, K., & Atlan, H. (1976). Effects of temperature on the life span, vitality and fine structure of *Drosophila melanogaster*. *Mechanisms of Ageing and Development*, 347-370.

Moorhead, L. H. (1961). The serial cultivation of human diploid cell strains. *Experimental Cell Research*, 585-621.

Mouzelis, N. P. (1991). *Back to Sociological Theory*. Londres, Inglaterra.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (10 de diciembre de 1948). *Naciones Unidas*. Recuperado el 22 de septiembre de 2014, de <http://www.un.org/es/>: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (26 julio a 6 de agosto de de 1982). *Plan de Acción internacional de Viena sobre el envejecimiento*. Austria.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1991). Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad. Para dar más vida a los años que se han agregado. *Cuadragésimo sexto período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas*, (págs. 178-179).

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2000). *Mujer 2000. Igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI*. Nueva York.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2002). Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. *Segunda Asamblea Mundial sobre envejecimiento*. Madrid.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2013-a). *"Seguimiento del Año Internacional de las Personas de Edad: Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Informe del Secretario General"*.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2013-b). *The human rights of older persons*.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2013-c). *"Informe de la consulta sobre la promoción y protección de los derechos humanos de las personas de edad"* (A/HEC/24/25), *Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los derechos humanos, 24º periodo de sesiones del CDH.*

Organización de los Estados Americanos. (17 de noviembre de 1988). *PROTOCOLO ADICIONAL A LA CONVENCION AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS EN MATERIA DE DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES "PROTOCOLO DE SAN SALVADOR"*. Recuperado el septiembre de 2014, de Departamento de Derecho Internacional. Organización de Estados Americanos: <http://www.oas.org/juridico/spanish/firmas/a-52.html>

Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2014). *Informe mundial sobre la protección social, 2014-2015.*

Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS). (2009). *144ª. Sesión del Comité Ejecutivo. Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable.* Organización Panamericana de la Salud/Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C, EUA.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). *10 datos sobre el envejecimiento de la población.*

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). <http://www.who.int/topics/ageing/es/>. Recuperado el 29 de Septiembre de 2014

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2011). *Estrategia de cooperación de OPS/OMS con Chile 2011-2014.* Obtenido de www.paho.org/chi: <http://www.paho.org/chi/images/PDFs/agendaestrategicaopschile.pdf>

Peláez, M. (Junio de 2005). La construcción de las bases de la buena salud en la vejez: situación en las Américas. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 17(5/6)*, 17(5-6), 299-302.

Piola, M. E. (1 de Agosto de 2000). Pradigmas en crisis ante los nuevos y viejos desafíos de la cuestión social en América Latina. *Revista electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, 69(80), 2-8.

Plaza, M. (1 de Marzo de 2015). *Determinantes Sociales de la Salud en Chile: ¿En qué influyen?* Obtenido de MEDICINA FAMILIAR : <http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/337.html>

Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC). (2013). *Chile y sus Mayores. Resultados Tercera Encuesta Nacional Calidad de Vida en la Vejez 2013*. Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), Programa Adulto Mayor UC, Chile.

Popolo, F. d. (2001). *Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina*. Santiago: CELADE.

REM P6 Sección A . (2013). *Registros Estadísticos Mensuales*. La Cisterna, Chile.

REM. (2013). *Registros Estadísticos Mensuales*. La Cisterna, Chile.

REM P12 Sección A. (2013). *Registros Estadísticos Mensuales*. La Cisterna, Chile.

REM P12 Sección B. (2013). *Registros Estadísticos Mensuales*. La Cisterna, Chile.

REM P12 Sección C. (2013). *Registros Estadísticos Mensuales*. La Cisterna, Chile.

REM P3 Sección A. (2013). *Registros Estadísticos Mensuales*. La Cisterna, Chile.

REM P3 Sección B. (2013). *Registros Estadísticos Mensuales*. La Cisterna, Chile.

REM P3 Sección C. (2013). *Registros Estadísticos Mensuales*. La Cisterna, Chile.

REM P4 Sección A. (2013). *Registros Estadísticos Mensuales*. La Cisterna, Chile.

REM P5 Sección A. (2012). *Registros Estadísticos Mensuales*. La Cisterna, Chile.

REM P5 Sección B. (2013). *Registros Estadísticos Mensuales*. La Cisterna, Chile.

REM P5 Sección C. (2013). *Registros Estadísticos Mensuales*. La Cisterna, Chile.

REM P5 Sección D. (2013). *Registros Estadísticos Mensuales*. La Cisterna, Chile.

REM P8 Sección A. (2013). *Registros Estadísticos Mensuales*. La Cisterna, Chile.

Romero, M. I., Quiroz, O., & Parada, M. (2012). *Informe Final Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI)*. Ministerio de Salud, División de prevención y control de enfermedades. Departamento de inmunizaciones, Santiago.

Sánchez, I. B. (Abril de 2003). *APUNTES DE GEOGRAFÍA HUMANA*. Recuperado el 16 de Diciembre de 2014, de 4.Estructura de la población: http://ficus.pntic.mec.es/ibus0001/poblacion/Estructura_poblacion.html

Santos, H. (2011). Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. *Rev Cubana Salud Pública*.

Secretaría Técnica del Gabinete Social y la Dirección de Adultos Mayores del Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia. (2004). *Diagnóstico Nacional de la Situación de las Personas Mayores en Panamá*. Panamá.

SENAMA. (2009). *Las personas mayores en Chile. Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez*.

Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). (2012). *Política integral de envejecimiento positivo*. Santiago.

Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). (2013-A). *Boletín Unidad de Estudios. Indicadores Sociodemográficos de las Personas Mayores a Nivel Territorial*. Chile: Unidad de Estudios. División de Planificación y Desarrollo.

Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). (2013-C). Solicitud de Acceso a la Información Pública N°AI006W-0000101. Chile.

Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). *Las Personas Mayores en Chile. Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez*.

Strehler, B. (1959, p. 117). Origin and comparison of the effects of time and high energy. *Quarterly Review of Biology*, 117-142.

Strehler, B. (2000). Understanding aging. En B. C. Barnett YA, *Aging methods and protocols* (págs. 1-19). Nueva Jersey: Humana Press.

Superintendencia de Salud. (6 de noviembre de 2014). Ley de transparencia AO006W3026191. *transparencia datos de isapres*. Santiago, Región Metropolitana, Chile.

Superintendencia de Salud. (2008). *dependencia de los Adultos Mayore en Chile*. Departamento de Economía de la Salud- MINSAL, Departamento de Estudios y Desarrollo-Superintendencia de Salud, Santiago, Chile.

Superintendencia de Salud. (Septiembre de 2014). *supersalud.gob.cl*. Obtenido de Año 4 boletín n° 48: <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/w3-article-7230.html>

Superintendencia de Salud. (2006). *Impacto del envejecimiento en el gasto en salud: Chile 2002-2020*. Santiago.

Vijg, J. (1999). Profiling aging by gene arrays. *Mechanisms of Ageing and Development*, 1-4.

Villa, M., & Rivadeneira, L. (1999). El proceso de envejecimiento de la población de América Latica y el Caribe: una expresión de la transición demográfica. *Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad*, (pág. 1). Santiago de Chile.

Villalobos, A., Estrada, V., Guera, V., Muñoz, M., Gonzáles, N., & Garrido, C. (2002). *Norma de la atención integral de salud del adulto mayor*. Ministerio de salud, Departamento de salud de las personas. Programa de salud del adulto mayor. Santiago: Litografía Valente Ltda.

Williams, G. (1957). Pleiotropy, natural selection and the evolution of senescence. *Evolution*, 2, 398-411.