

CHILE
MINISTERIO DE HACIENDA
DIRECCION DE PRESUPUESTOS

EVALUACIONES 1999

16.-MINISTERIO DE SALUD	PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO MAYOR
17.-MINISTERIO DE VIVIENDA	PROGRAMA DE SUBSIDIOS SOLUCIONES PROGRESIVAS, MODALIDAD PRIVADA
18.-MINISTERIO DE PLANIFICACION	PROGRAMA DE ATENCION AL ADULTO MAYOR CARENCIADO
19.-MINISTERIO DE PLANIFICACION	PROGRAMA LOCAL DE DESARROLLO JUVENIL
20.-MINISTERIO DE PLANIFICACION	FONDO DE DESARROLLO INDIGENA - PROGRAMAS



16

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE HACIENDA
DIRECCION DE PRESUPUESTOS

INFORME FINAL DE EVALUACIÓN

**PROGRAMA DE SALUD
DEL ADULTO MAYOR
(PAM)
MINISTERIO DE SALUD**

**PANEL DE EVALUACION:
FRANCISCO MARDONES (COORDINADOR)
LORENA JAVET
RENÉ PRADENAS**

AGOSTO 1999

FORMATO DE INFORME FINAL

NOMBRE PROGRAMA: PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO MAYOR (AM)

AÑO DE INICIO:1998

MINISTERIO RESPONSABLE: MINISTERIO DE SALUD

SERVICIO RESPONSABLE: DIVISION DE SALUD DE LAS PERSONAS (DISAP)

El informe está ordenado en cinco puntos. En cada uno se señala un listado mínimo de temas que deben tratarse, quedando la posibilidad de que el panel agregue otros que estime conveniente. El primer punto es un breve resumen del contenido de todo el Informe Final. El segundo se basa en la información proporcionada por la institución responsable del programa en la Ficha de antecedentes. El tercero recoge las distintas áreas de evaluación desarrolladas por el panel en los Informes de Avance N°1 y N°2. El cuarto es un listado en orden de importancia de las principales recomendaciones hechas por el panel en los ítems anteriores. Finalmente el informe incluye un listado de los documentos y entrevistas realizadas durante el proceso de evaluación y como anexo la Matriz de Marco Lógico acordada con la institución y los Antecedentes Presupuestarios y de Costos.

I. Resumen Ejecutivo

1. Descripción del Programa

El Programa de Salud del Adulto Mayor consiste en la estructuración y coordinación de las actividades de prevención y promoción de la salud en el nivel primario de atención, así como las actividades médico - curativas en los niveles secundario y terciario de atención, con el objeto de garantizar a los Adultos Mayores un envejecimiento saludable, previniendo la pérdida de capacidad funcional y, cuando ésta ocurra, posibilitando su eventual recuperación en forma y oportunidad adecuadas. Se formula a partir de la Política Nacional del Adulto Mayor, cuyo objetivo fundamental es "lograr un cambio cultural en toda la población que signifique un mejor trato y valoración de los Adultos Mayores en nuestra sociedad, lo que implica una percepción distinta sobre el envejecimiento y, alcanzar mejores niveles en la calidad de vida para todos los Adultos Mayores".

Los fundamentos valóricos de la Política de Salud del Adulto Mayor son la equidad y solidaridad intergeneracional y sus principios son:

- autovalencia y envejecimiento activo
 - prevención y educación para un envejecimiento sano
 - flexibilidad en el diseño y aplicación de la política del Adulto Mayor
 - descentralización
 - subsidiariedad y rol regulador del Estado
- Este Programa de Salud del Adulto Mayor (PAM), creado oficialmente en 1998, fue precedido a partir de 1995 por actividades de tipo piloto referidas al desarrollo del modelo de atención y al reforzamiento de algunas acciones curativas, preventivas y de promoción referidas al Adulto Mayor (AM).
 - El reforzamiento de las actividades de carácter médico – curativo hacia el adulto mayor se inicia el año 1995 en forma paulatina, en el marco del Programa de Salud del Adulto. En los años siguientes se produce un incremento progresivo del volumen, número, frecuencia y alcance de las acciones con el respectivo aumento en los presupuestos del Programa de Salud del Adulto, sin conformar de manera estructurada un Programa

específico para el Adulto Mayor. Esta estructuración se esboza en el año 1998, a partir de la publicación del documento de la Política de Salud para el Adulto Mayor por el MINSAL. A fines del año 1998, se decide crear el Programa de Salud del Adulto Mayor a nivel del Departamento de Programas coordinado por una Unidad. Este nuevo Programa tiene el objetivo de estructurar y coordinar todas las actividades ya en marcha, así como las nuevas actividades de prevención y promoción dirigidas al Adulto Mayor.

- Los componentes del Programa de Salud del Adulto Mayor son los siguientes:
 - a. Personal de la salud sensibilizado y capacitado en la atención de salud del Adulto Mayor.
 - b. Otorgamiento de Ortesis y Prótesis
 - c. Resolución quirúrgica de enfermedades de costo catastrófico
 - d. Acortamiento de tiempos y listas de espera para algunas atenciones quirúrgicas
 - e. Tratamiento ambulatorio y en hospitalización de las neumonías del Adulto Mayor
 - f. Diseño de un Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM)
 - g. Diseño de un Programa de dispensación de medicamentos para tres patologías de alta prevalencia y trascendencia en el Adulto Mayor.
 - h. Investigación y desarrollo de un Nuevo Modelo de Atención del Adulto Mayor. Consiste en un estudio encomendado al Instituto Nacional de Geriátrica, que se encuentra en proceso desde 1994.

- En 1998 y 1999 se planifica y se inicia parcialmente la ejecución de tres actividades situadas en la atención primaria de salud. Estas actividades son: la dotación de Enfermeras Universitarias (dos horas/día), la entrega de un alimento diseñado especialmente para los adultos mayores de 70 años desde Mayo de 1999 2 kg/mes a través del PACAM - y la entrega, desde Agosto de 1999 de medicamentos para los adultos mayores que padecen de Diabetes, Hipertensión y Depresión. Para la realización de estas actividades se han seleccionado 87 consultorios urbanos del país, que corresponden a 23% del total (380). El modelo de atención del Programa del MINSAL

propone como primer paso en el ámbito nacional, la aplicación de una encuesta domiciliaria que permita detectar a los adultos mayores que hayan perdido algún grado de autonomía (o tengan el riesgo de perderla) e iniciar el acercamiento al sistema de salud a través del consultorio. Esta encuesta se realizará a partir de 1999 en la población de 87 consultorios ya mencionados. Se estima por el MINSAL que esa población es de 220.000 personas.

- La proyección del Programa de Salud del Adulto Mayor se orienta a establecer una cobertura de carácter nacional, con características de integralidad entre los distintos niveles de atención, incorporando en forma gradual la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles, con criterio de riesgo de pérdida de la funcionalidad, en el marco de un modelo de atención que garantice cuidados y atención, prevención y promoción de la salud, así como actividades médico - curativas, para los Adultos Mayores beneficiarios del sistema público de salud.

2. Resultados de la Evaluación

2.1. A Nivel de Diseño

- Se trata de un Programa novedoso en cuanto prioriza el rol de la atención primaria de salud en la pesquisa y control de los AM en riesgo funcional y con pérdida de la autonomía.
- No presenta actualmente una estructura de programa, con componentes, productos y relaciones claramente definidas.
- Adolece en su diseño de una falta de inserción con el programa clave de la futura atención primaria ya en desarrollo por el MINSAL, que es la medicina familiar.

2.2. A nivel de organización y gestión

- La Unidad coordinadora del PAM (Programa del Adulto Mayor) en el MINSAL no presenta una estructura similar a las demás Unidades encargadas de Programas. Existe una sola persona encargada de todas las funciones.
- La persona encargada no puede asumir oficialmente el rol de Jefe, por cuanto está contratada en la modalidad de honorarios, lo que según el Estatuto Administrativo no le permite asumir roles de jefatura ni responsabilidades directivas.
- No existe instancia de monitoreo de las acciones relacionadas con la atención al Adulto Mayor.

2.3. Conclusiones sobre Eficacia

La evolución de las actividades que se relacionan con la atención al Adulto Mayor se ha orientado preferentemente hasta ahora a acciones médico – curativas. Ellas deben haber aumentado la capacidad del MINSAL para dar satisfacción a las demandas del AM. Por no contar con una estructura de Programa, se cuenta sólo con información relativa al número de prestaciones programadas versus el número de prestaciones realizadas, y las transferencias efectivamente realizadas por FONASA a los Servicios de Salud. A pesar de lo anterior, entre 1995 y 1998 las programaciones se han cumplido en porcentajes cercanos o en torno del 90 %.

Se presenta un resumen del cumplimiento de lo programado por cada uno de los componentes del Programa:

- a) Personal de la salud sensibilizado y capacitado en la atención de salud del Adulto Mayor.
 - En 1998 se inició la contratación de enfermeras (dos horas/día por consultorio) para 54 consultorios, y se diseñó la pauta de evaluación integral de salud del AM (EISAM).
 - No se ha producido la contratación en 1999 de nuevo recurso profesional (enfermera) para otros 35 consultorios.
 - La capacitación realizada para estas enfermeras y para los demás integrantes de los equipos de salud que atienden adultos mayores está en inicio y bien diseñada. Sin embargo, la información referida a las actividades desarrolladas en el inicio del

proceso aparece como insuficiente, en términos de los contenidos, alcance y cobertura (número de profesionales capacitados).

- También en 1998 se diseñaron y distribuyeron manuales de autocuidado y otros que empezaron a ser utilizados en actividades educativas desarrolladas con el equipo de salud de algunos consultorios y también, con algunos grupos de Adultos Mayores. La ejecución del diseño de materiales educativos debiera completarse. Su cobertura deberá ampliarse notablemente.
- En cuanto a la dotación de especialistas el balance es negativo (en 1995 había 12 médicos con formación geriátrica). En el futuro se deberá planificar la implementación del servicio de Geriatría dentro de los servicios de Medicina Interna en los hospitales generales.

b. Otorgamiento de Ortesis y Prótesis

- En cuanto a las asignaciones especiales para actividades curativas en el AM, el primer componente histórico adjudicado a este Programa se inicia oficialmente en Enero de 1995, con la asignación por parte de FONASA de un fondo por \$1.500.000.000, destinados a la entrega de prótesis y órtesis. Se operó desde el primer momento en forma descentralizada, siendo los Servicios de Salud los responsables de fijar sus metas, expresadas en número de elementos a distribuir, así como de la ejecución, por la vía de la entrega a sus beneficiarios. El cumplimiento por parte de los Servicios de Salud, durante el período en evaluación, está en torno del 90 % de lo comprometido, tanto en número de prestaciones como en el gasto efectivo, con excepción de la entrega de cojines antiescaras, que está en guarismos iguales o menores al 50%.

c. Resolución quirúrgica de enfermedades de costo catastrófico

- En el cuadro resumen del Anexo 2 (Número de Prestaciones 1995-1998) se detalla para cada año el número de intervenciones quirúrgicas realizadas bajo este componente para AM. Aunque no se dispone del número de pacientes beneficiados, es muy posible que en general coincidan. El número de prestaciones ha ido en aumento desde 1995 proporcionando soluciones a un número importante de AM (desde 1999 más de 20.000). Sin embargo, los beneficiarios efectivos representan una proporción ínfima de la demanda real por este tipo de prestaciones. Se estima que

podría llegar a 2% de la población general mayor de 65 años y si correspondiera sólo a los 120.000 AM beneficiarios pobres (estimación preliminar de CASEN 1998) donde posiblemente se hayan concentrado estas intervenciones, ellas cerca del 20% de la población respectiva. Ello parece ser altamente satisfactorio porque actualmente las intervenciones quirúrgicas en la población general FONASA e ISAPRE fluctúan entre 7 y 10%.

d. Acortamiento de tiempos y listas de espera para algunas atenciones quirúrgicas

- Este es el Programa de Oportunidad en la Atención (POA), que pretende garantizar una atención antes de un lapso de tres meses, a adultos mayores que requieren soluciones quirúrgicas.
- Se trata de otorgar prioridad para la resolución quirúrgica de enfermedades de costo catastrófico en los adultos mayores, tales como colelitiasis, prolapso uterino, hiperplasia prostática, hernia inguinal. Tampoco ha sido monitoreado.
- En el cuadro resumen del Anexo 2 (Número de Prestaciones 1995-1998) se detalla para cada año el número de intervenciones quirúrgicas realizadas bajo este componente para AM. Aunque no se dispone del número de pacientes beneficiados, es muy posible que en general coincidan. Se podría estimar para 1996 un número aproximado de casi 1,300 beneficiarios. Durante los otros años esta actividad fue mínima según el cuadro señalado. Sin embargo, lo ocurrido es que no se monitoreó lo realizado en los años siguientes en el marco de este programa POA. Esto fue porque la asignación presupuestaria, aunque se mantuvo, pasó a estar incluida en los presupuestos regulares y en los fondos de la agenda social del Gobierno. No es posible determinar la cifra actual de beneficiarios con la información disponible.

e. Tratamiento ambulatorio y en hospitalización de las neumonías del Adulto Mayor

- Se trata de otorgar atención especial a los adultos mayores que sufran de alguna enfermedad respiratoria aguda. Datos preliminares para 1998 indican que 82% del total de fallecimientos por enfermedades respiratorias se producen en los mayores de 65 años. En los meses de invierno las enfermedades respiratorias constituyen la causa más importante de consulta en la Atención Primaria, Servicios de Urgencia y SAPUs (Urgencia

de nivel primario). Se han elaborado normas de diagnóstico y tratamiento ambulatorio (ver referencia anterior).

- Durante el invierno de 1997 se lanzó un programa piloto en la Región Metropolitana que se ha continuado en el ámbito nacional. En la atención primaria o en el primer contacto de urgencia los pacientes AM reciben antibióticos de segunda generación que tienen menor probabilidad de presentar resistencia bacteriana (amoxicilina - ácido clavulánico) a diferencia de los menores de 65 años. Estos pacientes son referidos preferencialmente a los Policlínicos de Broncopulmonares respectivos donde se realiza una batería de exámenes y controles, considerándose también la hospitalización.
- Este nuevo programa de tratamiento, tanto ambulatorio como de hospitalización, a través de consultas externas y de 2.700 hospitalizaciones contribuyó a reducir la tasa de mortalidad por infección respiratoria aguda baja de 560,7 en 1996 a 470,5 en 1998 (por 100.000 AM de 65 años), indicando una reducción de 16,1%.

f. Diseño de un Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM)

- Consiste en el diseño de los procedimientos y la elaboración de un alimento (crema – puré) cuya finalidad es contribuir a la solución de problemas de carencia nutricional y calórica para adultos mayores de 70 años. Secundariamente, podría contribuir a atraer a esta población a los centros de atención primaria, donde se les realizaría el control de salud. El criterio para establecer el límite de edad es el hecho de que en ese tramo etéreo, los Adultos Mayores presentan una mayor deficiencia nutricional.
- Para acceder a este programa, los AM deben ser beneficiarios del FONASA y atendidos en los consultorios de salud, centros de salud familiar y otros establecimientos de atención primaria, debiendo cumplir con los controles de salud establecidos. Para ello se seleccionó a 87 consultorios, incluyendo 35 centros de salud familiar, usando el criterio de vulnerabilidad social de la comuna, la motivación de la corporación de salud municipal por participar y los recursos humanos disponibles. Dicho programa se inició en Mayo de 1999, con el objetivo de abarcar en una primera etapa a unos 85.000 adultos mayores de 70 años.
- El Panel opina que el aporte calórico - proteico es muy bajo y en el caso de los principales micronutrientes cubre 25% de las necesidades. Este aporte alimentario es mínimo para el grupo en real necesidad, que son los Adultos Mayores pobres (cerca de 140.000) y dentro

de ellos particularmente los indigentes (30 a 40.000). Por este motivo, en otra sección se propone una actividad complementaria (tipo almuerzo) que contribuiría a solucionar esa falencia.

g. Diseño de un Programa de dispensación de medicamentos para tres patologías de alta prevalencia y trascendencia en el Adulto Mayor.

- Se trata de un nuevo programa para la dispensación de medicamentos para la hipertensión, la diabetes y la depresión, en los adultos mayores, consistente en la entrega de los medicamentos prescritos, en un envase personalizado, con un rótulo conteniendo información sobre nombre, dosis y horario, efecto causado, tiempo de tratamiento, posibles efectos no deseados y qué hacer en caso de omisión de dosis. Debe notarse que los diagnósticos de hipertensión y diabetes son de alta prevalencia dentro de las enfermedades crónicas de los AM (153.989 y 40.885 pacientes en control), por lo que nos parece muy adecuado focalizar este componente en estas patologías, agregando la depresión.
- En fecha reciente (junio de 1999) finalizó la elaboración de la Guía para la selección y prescripción de medicamentos en el Adulto Mayor. En Agosto de 1999 se inaugura este Programa por el Presidente de la República. Se estima que el inicio de la entrega efectiva de medicamentos será a partir de Septiembre de 1999. Se ha analizado por la Unidad de Farmacia del MINSAL las alternativas de utilizar como canales de distribución a las farmacias comerciales fiscalizadas por los servicios de salud y a los consultorios. El estudio de costos indicó que el financiamiento disponible en el Sistema Nacional de Servicios de Salud no alcanzaría a cubrir la distribución mediante la red privada de farmacias comerciales. Sin embargo, sería factible atender a la totalidad de la población bajo control, adquiriendo los medicamentos a través de la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST). Adicionalmente, se diseñó un registro de recolección de datos, para posterior evaluación, en el evento de poner en práctica la modalidad propuesta.
- La propuesta de entregar medicamentos en forma personalizada a través de un rótulo con importante información le pareció al Panel muy adecuada para el manejo por parte del AM, lo mismo que la idea de educar a la familia en el manejo de los medicamentos. Lo anterior involucra una dedicación de tiempo a rotular y a educar que no se ejercía

normalmente por el personal de Farmacia del consultorio. Esto implica una utilización adicional de horas hombre que deben traducirse en nuevos cargos, con el consiguiente gasto extraordinario. El proyecto farmacéutico no consideró el dimensionamiento de estas horas adicionales.

- Sin embargo, al Panel le parece importante que los medicamentos sean recetados, dispensados y utilizados adecuadamente; esto es, que estén correctamente indicados para la patología respectiva, que sean dispensados en dosis adecuadas y por último, que el paciente cumpla con la prescripción, manteniendo la adhesividad al tratamiento. En ese contexto, las tareas propuestas parecen indispensables. De lo contrario, se puede desperdiciar todo el gasto en los mismos medicamentos sin resolver la patología.

h. Investigación y desarrollo de un Nuevo Modelo de Atención del Adulto Mayor.

- Consiste en un estudio encomendado al Instituto Nacional de Geriátrica, que se encuentra en proceso desde 1994. El objetivo general de dicho estudio, tratado como un proyecto piloto, es *“evaluar, definir e implementar en el sistema público de salud un modelo propio para la atención de salud de la población Adulta Mayor, basado en el mantenimiento de la funcionalidad”*. El diseño original del proyecto consideraba su ejecución en forma independiente para cada uno de los tres niveles, Primario, Secundario y Terciario. Como se indica a continuación, cada nivel es un proyecto independiente y a su vez desarrollado en etapas. Al Panel le parece que no es posible evaluar su eficacia en este momento porque es una tarea en desarrollo. Sin embargo, podemos decir que los primeros aportes han sido acogidos por el MINSAL y son claramente relevantes para este Programa.

I. Para el nivel primario de atención, con focalización en la comunidad:

Proyecto Control Sano del Adulto Mayor

El Control Sano del Adulto Mayor efectuado por médico, enfermera y asistente social, integrantes del equipo básico de atención geriátrica en el nivel primario, está destinado a realizar una evaluación comprensiva o funcional integral, con el objetivo de detectar precozmente situaciones que coloquen en riesgo su autonomía física, psíquica y/o social y mantener un adecuado estado de salud.

El Panel tomó conocimiento del documento (primer borrador) del **Manual de Control Sano del Adulto Mayor en Atención Primaria**, elaborado en el marco de este proyecto. No se conoce la versión final del citado documento.

Fue posible verificar que la Evaluación Integral de Salud del Adulto Mayor (EISAM) se está realizando, a manera de plan piloto, en los Centros de Salud Familiar. Hasta el 30 de Mayo de 1999, se habían realizado 4.019 EISAM en 34 Centros de Salud Familiar, lo que representa un 30,29% de cumplimiento global, respecto de la meta anual programada.

Los profesionales que están realizando esta actividad son enfermeras de planta de los establecimientos, apoyadas por médico o nutricionista en algunos casos.

Los adultos mayores que están recibiendo esta prestación son los usuarios del respectivo establecimiento, hayan sido o no adscritos al plan de salud familiar.

En ocho de los 34 centros se utiliza como criterio atender a la población mayor de 70 años, de acuerdo a las pautas definidas por el PACAM. Cuatro centros complementan el examen con visitas a pacientes postrados; cuatro se coordinan con grupos comunitarios (clubes de ancianos, unidades vecinales, etc.); en otros cuatro centros se prioriza a la población AM crónica y en un centro se complementa el EISAM con atención por geriatra a los pacientes de riesgo funcional, examen cardiopulmonar y de próstata.

- II. Para el nivel secundario, con focalización en un hospital de especialidad, con permanente interrelación con el nivel primario de atención:

Proyecto Implementación de Policlínica de Especialidades de Geriatría y Psicogeriatría, en Instituto Nacional de Geriatría.

Respecto de este proyecto, el Panel pudo verificar en terreno la implementación en el Instituto Nacional de Geriatría, de la policlínica de especialidades. Se tomó conocimiento de

la elaboración de un Manual de Procedimientos para la atención en la Policlínica, el cual se encuentra actualmente en uso.

- III. Para el nivel secundario y terciario, con focalización en hospital de especialidad, con permanente interrelación con otros hospitales de alta complejidad:

Proyecto de Implementación de Niveles Asistenciales no existentes en la actualidad, propios de la asistencia geriátrica para atención cerrada y abierta; hospitalización psicogeriátrica, hospital de día y atención domiciliaria, en Instituto Nacional de Geriatria.

Respecto de este proyecto, el Panel fue informado por la Directora del ING, de que se inició su ejecución. No se dispuso de Informe de Avance por escrito.

2.4. Conclusiones sobre Eficiencia

- La consecución de los componentes actuales del Programa es alta, contribuyendo al logro del propósito. Sin embargo, la falta de definición de poblaciones objetivo y la falta de monitoreo de las acciones atenta en contra de la medición de la eficiencia del programa. La información que está disponible refleja solamente el número de acciones realizadas y el precio que FONASA estableció para cada una. No se conoce el detalle de los costos incurridos para otorgar cada prestación (por hospital o consultorio). A pesar de esta falta de información que permita comparaciones más precisas, podemos decir que en conjunto el sistema público opera con costos que no son reembolsados a su valor real, llevándolo a su desfinanciamiento. Ello indica que es costo-efectivo en la comparación con los valores estimados, a pesar de que se sabe que es un sistema con muchas falencias.
- Para mejorar su eficiencia se propone coordinar sus acciones con el Programa de Salud Familiar del MINSAL.
- El deficiente estado nutricional de los adultos mayores pobres, particularmente de los indigentes (entre 30 y 40.000), condiciona un peor estado de salud general con un claro impacto en la calidad de la sobrieda y en los costos de atención y se requiere de un aporte alimentario mucho mayor al que reciben por el PACAM (Programa de Alimentación

Complementaria del AM). Se propone que este aporte alimentario consista en una colación diaria comprada y distribuida en forma similar a lo que hace la JUNAEB con el Programa de Alimentación Escolar.

2.5. Análisis sobre el logro del Fin

- El fin enunciado en la matriz del marco lógico propuesta por el MINSAL, es “*Contribuir a un envejecimiento saludable y a un mejoramiento de la calidad de vida de los Adultos Mayores*”.
- Las acciones médico-curativas cuyo inicio data de 1994 y 1995, que pueden ser atribuidas al Programa, sin duda han contribuido al logro del fin, por la vía de solucionar problemas emergentes de los Adultos Mayores que han sido atendidos, los cuales, en mayor o menor grado, han obtenido una recuperación de su autovalencia y por tanto, han mejorado de cierta forma su calidad de vida.
- Sin embargo, no se conoce el grado de satisfacción de las demandas existentes. Tampoco se ha hecho una evaluación del grado de satisfacción del usuario respecto de las prestaciones recibidas, así como tampoco, en general, se ha hecho una medición del grado de recuperación de la autovalencia de los beneficiarios atendidos.

2.6. Continuidad de la Justificación.

- La población de Chile a Mayo de 1999 llegaría a 15 millones de habitantes (estimación del INE, comunicado de prensa de Junio,1999) de los cuales 10% serían mayores de 60 años; con 65 años y más serían 1.250.000. Estas cifras se duplicarán en el año 2025.
- Se estima que una buena parte de la población de adultos mayores (posiblemente 93% de acuerdo al Director de FONASA) es beneficiaria del sistema público de salud. A pesar de la situación actual de cobertura casi universal en este grupo de edad, existen varias atenciones a las cuales no alcanzan a tener acceso adecuado los AM. Existe la percepción generalizada de que graves carencias en la atención son hoy prevalentes.
- Por lo tanto, la justificación inicial para la implementación del Programa de Salud del Adulto Mayor, sigue siendo válida.

2.7. Principales Aprendizajes

- La gestión del PAM involucra a todos los niveles de atención de salud. Por lo mismo, la Unidad Ejecutora/Coordinadora del programa en el MINSAL, debe tener como función principal la de “coordinar “ la totalidad de las acciones y relaciones entre las distintas entidades involucradas, tanto dentro como fuera del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Esto, debido a que la Unidad no es la encargada de “producir” los componentes, sino de establecer el marco normativo básico para que dichos componentes sean producidos y entregados a los usuarios/beneficiarios con oportunidad y calidad.
- Para ejercer dicha función, es imprescindible que este Programa o Unidad disponga de una estructura organizacional que posibilite la división interna del trabajo, así como un mayor grado de resolución y también, mejor acceso a las decisiones. Esto pasa por que disponga de una programación acabada de su trabajo, que le permita lograr ante el resto de la organización una mayor validación de las funciones de la Unidad.

2.8. Principales Recomendaciones.

- Es pertinente perfeccionar el Programa, consolidando en el nivel central una estructura de coordinación con mayor grado de resolución y mejor acceso a las decisiones.
- Coordinar este Programa con el de Salud Familiar del MINSAL.
- En el nivel secundario y terciario será necesario en forma progresiva fomentar la incorporación de especialistas en geriatría y la formación de Unidades geriátricas en los hospitales base. También se sugiere aumentar la cobertura de la capacitación del personal de atención primaria.
- Establecer mecanismos de monitoreo y medición del nivel de satisfacción de las demandas, de la calidad y de la eficacia de las prestaciones, así como del grado de satisfacción de los usuarios.
- Desarrollar un programa especial de alimentación consistente en una colación diaria para el grupo de 30.000 AM indigentes.

Reflexiones sobre el financiamiento.

- En la modalidad institucional (pacientes clasificados en los niveles A y B de FONASA, con bajo o nulo ingreso), los establecimientos del sistema público no reciben el reembolso del costo real incurrido en otorgar las prestaciones y están desfinanciados. Además, cuando el beneficiario está clasificado en el grupo no indigente y por tanto accede a FONASA en la modalidad de libre elección, debe asumir una proporción mayoritaria de los costos

reales de atención con graves consecuencias tanto para el acceso final a la atención (lo puede inhibir a la misma) como para su peculio en el caso de no poder evitarla.

- La situación antes descrita obliga a plantear nuevas soluciones de carácter permanente para garantizar el financiamiento necesario para todas las atenciones de salud del AM. El país ha alcanzado niveles de salud que obligan considerar dentro de sus prioridades a los AM (sin reducir las inversiones necesarias para los grupos materno-infantil, escolares y adultos). La institucionalización del Programa de Salud del Adulto Mayor pasa por su legitimación en la estructura organizacional, tanto del MINSAL como de los Servicios de Salud, con su propio presupuesto de inversión y operación, para cuyo financiamiento se proponen las alternativas siguientes:

- 1) Para todos los afiliados al sistema público e ISAPRE (los adultos mayores de mañana) se propone definir un plan de ahorro específico para cubrir el alza en los precios de los planes a partir de los 60-65 años. Esto podría realizarse a lo largo de la vida activa del cotizante y constituiría un ahorro adicional al 7% de cotización para salud actualmente en vigencia, o bien, parte de ese 7% podría destinarse a esos fines.
- 2) Otra alternativa para cubrir el alza en los precios de los planes a partir de los 60-65 años, sería diseñar un plan común de salud del Adulto Mayor, con mismo costo para el sistema público y privado que sería financiado por los mismos cotizantes (vía cotización o pagos adicionales) o en su defecto por el Estado (vía impuestos generales) en caso de indigencia.

II. Identificación General del Programa

• Justificación del Programa

La población chilena está en vías de envejecimiento lo que se traduce en un aumento de adultos mayores de 65 años. Se estima que aumentan desde **953.209** en el Censo de 1992 (Censo de Población y Vivienda 1992, INE) a **1.150.387** en 2000 y **2.482.598** en el año 2025 (Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad total País 1950 2050, INE, 1995). Ello significa que en 25 años más que se duplica este grupo de población. Este grupo etareo es más vulnerable a enfermar y morir por lo que se observa un aumento en las consultas a médicos y en las hospitalizaciones e intervenciones de diferente tipo; incidiendo

en demandas de alto costo socioeconómico. Estas demandas pueden ser previstas con distintas acciones.

La etapa de adulto mayor, aunque puede implicar cierta pérdida de sus capacidades tanto físicas como mentales, es una etapa muy rica del desarrollo de la vida. Sin embargo, la sociedad los va desplazando de la vida colectiva. Muchas veces el adulto mayor se siente inútil, no aporta su experiencia y va perdiendo autonomía sin reclamar siquiera por la atención reparadora. Por lo anterior es necesario abordar no sólo los problemas de salud de los ancianos sino que los del conjunto de su vida. Es por ello es que el modelo de atención de salud del Programa del MINSAL considera en sus diferentes niveles diagnosticar prioritariamente el grado de autonomía que mantiene o no mantiene el adulto mayor. Más aún, el Programa se reconoce como parte de un esfuerzo más global e intersectorial de la sociedad chilena que es liderado por la Primera Dama.

El Programa del Adulto Mayor del MINSAL se inicia a fines de 1998, coordinado por una Unidad dentro del Departamento de Programas del MINSAL. Este Programa ha tenido en los años 90 actividades previas de tipo piloto referidas al desarrollo del modelo de atención y al reforzamiento de algunas acciones preventivas y de promoción referidas al adulto mayor.

El modelo de atención del Programa del MINSAL propone como primer paso en el ámbito nacional el trabajo comunitario a través de una encuesta domiciliaria que permita detectar a los adultos mayores y dentro de ellos a aquellos que hayan perdido algún grado de autonomía (o tengan el riesgo de perderla) e iniciar el acercamiento al sistema de salud a través del consultorio. Muchos de estos ancianos no conocen, no pueden o no se sienten atraídos por las posibilidades de atención. Esta encuesta se realizará a partir de 1999 en la población de 87 consultorios urbanos del país, que corresponden a 23% del total (380 consultorios). Se estima por el MINSAL que esa población es de 220.000 personas. Sobre la base de datos de una encuesta de 1985 (datos de O. Domínguez), 30% de la población mayor de 65 años tiene alguna pérdida real de autonomía (son frágiles) y requiere prioritariamente ser referida al consultorio. Además se estima que actualmente 5% son postrados. Se desconoce qué proporción podría estar en riesgo de pérdida de la autonomía.

El modelo de atención considera que estos ancianos prioritariamente referidos a control sano de salud del adulto mayor en los consultorios sean atendidos por la Enfermera Universitaria. También desde 1999 las Enfermeras estarán entrenadas para trabajar dos horas/día de su tiempo en este Programa. Sus actividades incluirán la recolección de antecedentes funcionales (ver más adelante) el entrenamiento en autocuidado (se elaboró un manual muy completo para su uso), la derivación directa a especialista de algunas patologías claramente invalidantes (por ejemplo, cataratas) o la referencia al médico general del consultorio. El médico general del consultorio también deberá ser entrenado en el concepto de diagnóstico de la autonomía.

El PACAM (Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor) distribuirá una crema-puré (2 kg/mes) desde 1999 los mayores de 70 años en los 87 consultorios indicados. Cubrirá una población estimada de 85.000 personas (alrededor de 10% de la población FONASA mayor de 65 años). En este diseño el MINSAL consideró que el PACAM además de realizar un aporte nutricional, incentivará de la misma forma que el PNAC (Programa de Alimentación Complementaria para las embarazadas y niños menores de seis años) la asistencia al consultorio y al control de salud.

La OMS afirmó hace algunos años que la mejor forma de medir la salud de los ancianos es en términos de funcionalidad. En las últimas décadas se ha comprobado la relación que existe entre la función y la salud del individuo, por lo que se ha introducido el modelo de valoración de la capacidad funcional. La capacidad funcional se define como "la capacidad del individuo para adaptarse a los problemas cotidianos pese al padecimiento de alguna disfunción física, psíquica y/o social". Por función entendemos la capacidad del individuo para realizar las actividades de la vida diaria (AVD). Las escalas de valoración de las AVD están basadas en el grado de independencia del individuo para la ejecución de cada función.

Siguiendo estas orientaciones, el Programa del Adulto Mayor incluye el uso de instrumentos de valoración funcional en el primer nivel de atención: ellos constan de la encuesta de riesgo funcional a aplicar en la comunidad y una evaluación integral realizada por la enfermera en el consultorio.

- Política Global y/o Sectorial a que pertenece el Programa

El Comité Nacional del Adulto Mayor, presidido por la Primera Dama de la Nación Sra. Marta Larraechea de Frei, lanzó la Política Nacional del AM que orienta globalmente desde 1996 las Políticas y los Programas respectivos. Esta Política se enmarca dentro de los principios de solidaridad intergeneracional y de equidad. Se sustenta fuertemente en las estrategias de participación social, descentralización, intersectorialidad y trabajos en equipos multidisciplinarios.

La Política de Salud del AM fue enunciada en Mayo de 1998 (Documento del MINSAL con mismo título). Sus objetivos generales son:

- Mantener y recuperar la autonomía, y
- Disminuir la mortalidad por causas prevenibles o evitables.

Sus objetivos específicos son:

- Mejorar o mantener la autonomía y contribuir a mejorar la calidad de vida en general.
- Prevenir o atenuar episodios de morbilidad aguda o reagudización de patologías crónicas.
- Disminuir la mortalidad por causas prevenibles o evitables a través de intervenciones oportunas o costo-efectivas.
- Ayudar a bien morir.

- Programas complementarios o sustitutos que pertenecen a la misma u otra política global o sectorial

- El Programa del Adulto Mayor (PAM) tiene como población objetivo a los adultos mayores afiliados a FONASA, lo que los hace sujetos de atención por el sistema público de salud, con relación a las patologías que los AM presenten, las que tradicionalmente han sido atendidas dentro del marco del Programa del Adulto. El PAM es, en ese sentido, un programa "comprador" de servicios de programas específicos orientados a la solución de patologías específicas. Entre otros, debe mencionarse el PAI (Programa Ampliado de

Inmunizaciones), IRA (Infecciones Respiratorias Agudas), TBC (Tuberculosis), Diabetes, Hipertensión, Salud Mental, Odontología.

Por otra parte, el Programa FOSIS de MIDEPLAN ha iniciado el apoyo monetario al funcionamiento de los Centros comunitarios de AM en todo el país y además el apoyo a grandes proyectos municipales (Lo Espejo, Renca y últimamente La Pintana en la Región Metropolitana) en que entidades universitarias formulan e implementan planes concretos a favor del AM de bajos recursos con un gran énfasis en salud y nutrición en el trabajo comunitario, contribuyendo a legitimar la instancia municipal como coordinadora de la labor en función del AM.

En ese mismo sentido, la mayoría de las municipalidades desarrollan acciones tendientes a otorgar apoyo técnico y financiero a los clubes de adultos mayores existentes en sus respectivas comunas.

<ul style="list-style-type: none">• Instituciones relacionadas con la ejecución del Programa
--

En la medida que se implemente en forma estructurada un Programa de Salud del Adulto Mayor, como se propone, se pondrá en acción una red de acción. Esta acción involucrará, entre otros, al Instituto de Normalización Previsional (INP) (con quien existe un convenio suscrito con fecha 18 de marzo de 1999); a las municipalidades y su sistema de atención primaria de salud, componente de primera importancia en la aplicación del Programa; a los Servicios de Salud, a través de sus hospitales base (en los que debería existir una Unidad de Geriatría) y CRS (centros de Referencias de Salud, que se diseñaron e implementaron en años recientes para favorecer la atención ambulatoria de mayor complejidad reduciendo la atención hospitalaria). Las organizaciones comunitarias comunales (clubes de AM, juntas de vecinos y otras) y entidades de beneficencia contribuirán a la pesquisa del AM con riesgo funcional y a su reinserción social. En el nivel superestructural, es de gran relevancia fomentar la coordinación del Comité Nacional para el Adulto Mayor y de la Unidad encargada del Programa de Salud (MINSAL).

Con respecto al nivel secundario de atención, en el marco del Programa del Adulto Mayor, la entidad que representa el papel de mayor importancia es el Instituto Nacional de Geriátría dado que apoya a este Programa como lugar de formación, reflexión y de estudios piloto.

El Instituto Nacional de Geriátría, establecimiento dependiente del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, está dirigido por la Dra. Juana Silva O., elabora y propone normas para el Programa derivadas de las experiencias piloto que conduce. En el nivel secundario es también una institución pionera.

Para entender el párrafo anterior, es necesario conocer la historia del Instituto. Se origina en el antiguo Hospicio de Santiago ubicado en la calle Portugal, cuando es demolido para construir la actual Posta Central. Se constituye en continuador al recibir una parte de los residentes de ese Hospicio hasta el año 1976 en que inicia su transformación a un Centro Geriátrico. Sin embargo, en 1984 todavía tenía 210 camas para pacientes que vivían establemente. El cambio se fue produciendo progresivamente y hace cinco años 75% de las camas eran móviles (hospitalización y alta de adultos mayores) y 25% eran remanente del Hospicio. Actualmente tiene 120 camas y 90% de ellas son móviles. Desde Agosto de 1997 pasa a llamarse Instituto Nacional de Geriátría y cambia su clasificación de establecimiento tipo 3 a tipo 2, perfilándose como un establecimiento único en su especialidad y por lo mismo, como un centro hospitalario de referencia nacional. Existen en el Sistema Nacional de Servicios de Salud otros dos establecimientos que otorgan en forma especializada algunas atenciones a los Adultos Mayores: el Hospicio de Talca y el Hospital Geriátrico Paz de la Tarde, de Limache. Sin embargo, no disponen de los recursos profesionales que tiene el ING.

Durante aproximadamente los diez últimos años se ha capacitado personal del ING fuera del país y se ha reclutado personal especializado gracias al apoyo de recursos extra presupuestarios. De manera continua se capacitan allí profesionales integrantes de los equipos de salud, de los establecimientos del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, entidad de la cual depende.

La propuesta del Instituto para la atención en el nivel secundario es formar Servicios de Geriatría al interior de los Servicios de Medicina Interna. El mismo Instituto apoya sus actividades de hospitalización en el servicio de medicina interna del Hospital Salvador. Estas hospitalizaciones son Agudas de tipo Geriátrico y Agudas de tipo Psicogeriátrico. Además están las de mediana estadía que duran 30-40 días.

La Policlínica de Especialidades del Instituto atiende desde fines de 1995 con un equipo de especialistas en Geriatría, Neurología, Psicogeriatría y Traumatología, constituido por médicos, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, enfermeras, asistentes sociales y nutricionistas. Actualmente se atienden 800 pacientes por mes (equivale a 30/día) que son derivados desde todos los servicios de salud de Santiago y además algunos casos de Regiones.

Adicionalmente, desde el año 1998, el ING actúa como organismo ejecutor para el proyecto **“Confección de un Instrumento que detecte Adultos Mayores en compromiso de riesgo de funcionalidad”**, con una duración prevista de 36 meses, con financiamiento parcial del Fondo de Investigación Científica y Tecnológica (FONDEF), por M\$200.000 y aportes del Ministerio de Salud.

También actúa como organismo ejecutor del proyecto **“Evaluación de un Modelo de Atención de Salud para los Adultos Mayores en el Sistema Público de Salud”**, gestionado y financiado por FONASA, el Servicio de Salud Metropolitano Occidente y con recursos propios del ING. Este proyecto, conforme se indica más adelante en la descripción de los componentes del Programa de Salud del Adulto Mayor, está compuesto por tres subproyectos: 1. Proyecto Control Sano del Adulto Mayor, en ejecución en los consultorios de atención primaria de las comunas de Macul, Ñuñoa y Peñalolén, correspondientes a la jurisdicción del Servicio de Salud Metropolitano Oriente; 2. Proyecto implementación de Policlínica de Especialidades de Geriatría y Psicogeriatría en el ING; 3. Proyecto de Implementación de Niveles Asistenciales no existentes en la actualidad, propios de la asistencia geriátrica para atención cerrada y abierta; hospitalización psicogeriátrica, hospital de día y atención domiciliaria, en el ING.

Los proyectos I y II se encuentran en plena ejecución. El proyecto III se iniciaría durante el año 1999.

• Periodo de Ejecución del Programa

Con respecto a las actividades del Programa, en 1998 y 1999 se planifica y se inicia parcialmente la ejecución de tres actividades situadas en la atención primaria de salud. Estas actividades son: la dotación de Enfermeras Universitarias (dos horas/día) en 87 consultorios (sólo 54 en 1998), la entrega de un alimento diseñado especialmente para los adultos mayores de 70 años desde Mayo de 1999, con base en estudios específicos desarrollados por el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) - 2 kg./mes a través del PACAM - en los mismos 87 consultorios y la entrega desde Junio de 1999 de medicamentos para los adultos mayores que padecen de Diabetes, Hipertensión y Depresión.

Previamente, a partir del reconocimiento e identificación de la situación y su validación como prioridad, desde el año 1995 se inicia en forma paulatina la implementación de mayores acciones de carácter médico – curativo, en el marco del Programa de Salud del Adulto. (*ADULTO MAYOR. Programas municipales en la Región Metropolitana. DIAGNOSTICOS Y PROPUESTAS. Secretaría Regional de Planificación y Coordinación. Región Metropolitana. 1998. Pág. 39*).

En los años siguientes se produce un incremento progresivo del volumen, número, frecuencia y alcance de las acciones, con el respectivo aumento en los presupuestos del Programa de Salud del Adulto, sin conformar en forma estructurada un Programa específico para el Adulto Mayor. Esta estructuración se esboza en el año 1998, a partir de la publicación de la Política de Salud para el Adulto Mayor, que se encuentra comprendida en el citado documento de la Política Nacional. A fines del año 1998, en el marco de la Política enunciada de las Personas, se decide crear el Programa del Adulto Mayor a nivel del Departamento de Programa, con el objetivo de estructurar todas las actividades ya en marcha y las futuras. Para el inicio de su implementación como Programa, se crea la Unidad

Coordinadora en Enero de 1999 (Fuente: Ficha de Antecedentes elaborada por la contraparte del MINSAL).

• Ambito de acción territorial del Programa

Desde el inicio del Programa de Salud del Adulto Mayor, las asignaciones de fondos para otorgar las prestaciones se han efectuado en forma directa a los distintos Servicios de Salud con base en los compromisos de gestión suscritos por sus directivos, e inicialmente dentro del marco del Programa del Adulto. Esto otorga al Programa del Adulto Mayor una cobertura de carácter nacional.

Debe tenerse presente que existe en desarrollo el proyecto de evaluación del Modelo de Atención por parte del ING, pero sólo en el ámbito de la Región Metropolitana. Se espera que una vez finalizado el proyecto, sea aplicado a todo el territorio nacional.

Respecto del componente PACAM, el ámbito de acción territorial se limita a los consultorios designados para el inicio del Programa, son 87 (se identifican en anexo). Como se indica en la respectiva descripción, estos consultorios fueron seleccionados teniendo presente los criterios de vulnerabilidad social de la comuna, la motivación de la corporación de salud municipal por participar y los recursos humanos disponibles. Las Regiones incluidas fueron I (1 consultorio), V (8 consultorios), VII (3 consultorios), VIII (13 consultorios), IX (4 consultorios), X (4 consultorios), XI (2 consultorios), y Metropolitana (52 consultorios).

• Identificación de bienes y/o servicios (componentes) que entrega el programa.

Conforme a lo expresado en la Ficha de Antecedentes y en el Marco Lógico, elaborados por el MINSAL, los componentes del Programa de Salud del Adulto Mayor son:

- e. Personal de la salud sensibilizado y capacitado en la atención de salud del Adulto Mayor.

Consiste en el desarrollo y difusión de documentos conteniendo normativas e indicaciones que permitan a los miembros del equipo de salud, otorgar una atención integral al adulto mayor, sobre todo al carenciado (orientaciones para la atención de salud del AM). También se trata de documentos que tienden a preparar a los AM para su autocuidado.

b. Otorgamiento de Ortesis y Prótesis

Se refiere a la entrega a aquellos adultos mayores con desmedro de su capacidad funcional los siguientes elementos: lentes, prótesis dentales, audífonos, bastones, sillas y andadores, cojines antiescaras.

c. Resolución quirúrgica de enfermedades de costo catastrófico

Se trata de otorgar prioridad para la resolución quirúrgica de enfermedades de costo catastrófico en los adultos mayores, tales como colelitiasis, prolapso uterino, hiperplasia prostática, hernia inguinal.

h. Acortamiento de tiempos y listas de espera para algunas atenciones quirúrgicas

Este es el Programa de Oportunidad en la Atención, que pretende garantizar una atención antes de un lapso de tres meses, a adultos mayores que requieren soluciones quirúrgicas.

i. Tratamiento ambulatorio y en hospitalización de las neumonías del Adulto Mayor

Se trata de otorgar atención especial a los adultos mayores que sufran de alguna enfermedad respiratoria aguda.

j. Diseño de un Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM)

Consiste en el diseño de los procedimientos y la elaboración de un alimento (crema – puré) cuya finalidad es contribuir a la solución de problemas de carencia nutricional y calórica para

adultos mayores de 70 años. Secundariamente, podría contribuir a atraer a esta población a los centros de atención primaria, donde se les realizaría el control de salud.

- k. Diseño de un Programa de dispensación de medicamentos para tres patologías de alta prevalencia y trascendencia en el Adulto Mayor.

Se trata de establecer un procedimiento para la dispensación de medicamentos para la hipertensión, la diabetes y la depresión, en los adultos mayores, consistente en la entrega de los medicamentos prescritos, en un envase personalizado, con un rótulo conteniendo información sobre nombre, dosis y horario, efecto causado, tiempo de tratamiento, posibles efectos no deseados y qué hacer en caso de omisión de dosis.

- l. Investigación y desarrollo de un Nuevo Modelo de Atención del Adulto Mayor.

Consiste en un estudio encomendado al Instituto Nacional de Geriátrica, que se encuentra en proceso desde 1994.

El objetivo general de dicho estudio, ya mencionado anteriormente, tratado como un proyecto piloto, es *“evaluar, definir e implementar en el sistema público de salud un modelo propio para la atención de salud de la población Adulta Mayor, basado en el mantenimiento de la funcionalidad”*.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Caracterización y número de beneficiarios potenciales. |
|--|

Conforme a lo expresado en la Ficha de Antecedentes, el universo de los beneficiarios potenciales corresponde a los Adultos Mayores beneficiarios del sistema público de salud, definiéndose como tales a las personas mayores de 65 años adscritas o beneficiarias del

sistema, las que a comienzos de 1998 correspondían al 9,85% de la población total beneficiaria, alcanzando en esa fecha a 827.510 personas Adultos Mayores. ⁽¹⁾

Este grupo beneficiario potencial, se caracteriza por sus bajos ingresos económicos (bajas pensiones asistenciales, bajas jubilaciones), sufre de aislamiento social, existe para ellos una deficiente red de apoyo social, disponen de bajo acceso a los servicios de salud, presentan un 17% de analfabetismo y presentan una alta prevalencia de enfermedades crónicas.

Como se dijo, la población chilena está en vías de envejecimiento lo que se traduce en un aumento de adultos mayores de 65 años. Se estima que aumentan desde 953.209 en el Censo de 1992 (Censo de Población y Vivienda 1992, INE) a 1.150.387 en 2000 y 2.482.598 en el año 2025 (Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad total País 1950 2050, INE, 1995). Ello significa que en 25 años más que se duplica este grupo de población.

Si se tiene en cuenta que aproximadamente el 77% de los adultos mayores es beneficiario de FONASA (éste es un promedio, por cuanto el porcentaje es mayor mientras más bajo es el ingreso, sobrepasando el 80% en el quintil más bajo) ⁽²⁾ y haciendo el supuesto de que esa proporción sólo se mantiene mientras aumenta la población, se concluye que en el año 2000, el número de beneficiarios potenciales del programa podría llegar a 885.798, siendo de 1.870.020 en el año 2025. ⁽³⁾ Esta cifra sería muy superior si se toma en cuenta la estimación efectuada por el Director de FONASA (ver nota más adelante) en términos de que el 93% de la población adulta mayor estaría afiliada o sería beneficiario legal de FONASA. Sin embargo, esta cifra no pudo ser demostrada.

- Programación de los beneficiarios objetivo.

En función de lo previsto por componente y según la información incluida en la Ficha de Antecedentes, del total de beneficiarios del sistema público de salud, es posible determinar los beneficiarios objetivo para algunas prestaciones más relevantes, conforme a lo siguiente:

¹ Fuente: Módulos de afiliación FONASA y antecedentes proporcionados por el Instituto Nacional de Estadísticas.

² Fuente: CASEN 96. Depto. De Información Social. MIDEPLAN.

³ Proyección efectuada por el Panel.

- 100% de los beneficiarios presenta problemas odontológicos, por lo que debe otorgársele atenciones de este tipo.
- 60% padece de hipertensión
- 30% es diabético
- 70% sufre de presbicia
- 30% presenta depresión
- 50% presenta sobrepeso y obesidad
- 25% presenta bajo peso
- 45% de mujeres presenta várices
- 25% de mujeres presenta incontinencia urinaria

El programa aparece formulado para partir en 1999 con 87 consultorios de atención primaria, donde existirían 220.000 beneficiarios potenciales. Dentro de ellos, se ha programado que sólo 85.000 AM recibirían el PACAM que está destinado a los mayores de 70 años.

Debe hacerse presente que la información de que actualmente se dispone sólo permite conocer el número de prestaciones, no así el número de beneficiarios, lo que impide por ahora el efectuar una proyección más afinada, lo que será posible una vez que se tenga en uso el registro mensual consolidado de las prestaciones a los adultos mayores.

<ul style="list-style-type: none"> • Caracterización y número de beneficiarios efectivos.

Como se indicó anteriormente, con la información disponible no es posible caracterizar el número de beneficiarios efectivos. Sólo se dispone de la información relativa al número y costo de las prestaciones, por tipo. Esta información tiene la limitación de que un Adulto Mayor puede haber accedido a una o más prestaciones de cada tipo (pluripatología), situación que los actuales registros no permiten dilucidar. Se describe a continuación la situación de cada componente:

- a. Personal de la salud sensibilizado y capacitado en la atención de salud del Adulto Mayor.

- Desde 1996 el nivel central del MINSAL remitió directamente a los servicios de salud fondos para la capacitación y preparación de material educativo relativo al programa de salud del AM. En 1996 se remitieron 35.8 millones, en 1997 50 millones, en 1998 54.8 millones y está previsto enviar un total de 55 millones en el año 1999. Los Servicios de Salud no han reportado información al nivel central sobre el número y nivel del personal efectivamente capacitado.
- b. Otorgamiento de Ortesis y Prótesis
- En el cuadro resumen del Anexo 2 (Número de Prestaciones 1995-1998) se detalla para cada año el número de órtesis y prótesis distribuidas. Aunque no se dispone del número de pacientes beneficiados, es muy posible que en general coincidan. Por ejemplo, se podría estimar para 1999 un número aproximado de 74.013 beneficiarios según el número total de atenciones.
- c. Resolución quirúrgica de enfermedades de costo catastrófico
- En el cuadro resumen del Anexo 2 (Número de Prestaciones 1995-1998) se detalla para cada año el número de intervenciones quirúrgicas realizadas bajo este componente para AM. Aunque no se dispone del número de pacientes beneficiados, es muy posible que en general coincidan. Por ejemplo, se podría estimar para 1999 un número aproximado de 24.682 beneficiarios según el número total de atenciones.
- d. Acortamiento de tiempos y listas de espera para algunas atenciones quirúrgicas
- En el cuadro resumen del Anexo 2 (Número de Prestaciones 1995-1998) se detalla para cada año el número de intervenciones quirúrgicas realizadas bajo este componente para AM. Aunque no se dispone del número de pacientes beneficiados, es muy posible que en general coincidan por lo que se podría estimar para 1996 un número aproximado de casi 1,300 beneficiarios (incluye colelitiasis, prolapso uterino, hiperplasia prostática, hernia inguinal). Durante los otros años esta actividad fue mínima o se desconoce (ver sección Eficacia).
- e. Tratamiento ambulatorio y en hospitalización de las neumonías del Adulto Mayor
- Se desconoce el número aproximado de beneficiarios de este nuevo programa de tratamiento en el nivel ambulatorio. El MINSAL señala que hubo 2.700 hospitalizaciones bajo este programa para AM durante 1998.
- f. Diseño de un Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM)

- Dicho programa se inició en Mayo de 1999, con el objetivo de abarcar en una primera etapa a unos 85.000 adultos mayores.
 - g. Diseño de un Programa de dispensación de medicamentos para tres patologías de alta prevalencia y trascendencia en el Adulto Mayor.
- Dicho programa se inició en Agosto de 1999, con el objetivo de abarcar mensualmente a una población en el ámbito nacional en el año 2.000 (bajo control mensual) del 100% de pacientes. Para Septiembre de 1999, se cubrirá a 88.299 AM con diagnóstico de hipertensión arterial, 38.287 AM con diagnóstico de diabetes y 30.295 con diagnóstico de depresión.
 - h. Investigación y desarrollo de un Nuevo Modelo de Atención del Adulto Mayor. Consiste en un estudio encomendado al Instituto Nacional de Geriátrica, que se encuentra en proceso desde 1994.
- Este estudio no se refiere por ahora a beneficiarios efectivos, porque es un aporte al Sistema Nacional de Servicios de Salud.

III. Análisis, Conclusiones y Recomendaciones

1. Continuidad de la Justificación

- Validez de la justificación original y pertinencia de los objetivos del Programa

La población chilena está en vías de envejecimiento, lo que se traducirá en un aumento de adultos mayores de 65 años, cuyo número se duplicará en los próximos 25 años. Esto, debido a dos tendencias, verificables en la población mundial y especialmente en los países en desarrollo: primero, existe una disminución de la natalidad y un incremento en el grupo etáreo de mayores de 60 años; segundo, existe una mayor expectativa de vida expresada en años (57,6 años en 1960 a 72 años en 1998). Así, mientras la población total del mundo crece a una tasa de 1,7% anual, la de 60 y más lo hace a un 2,5% anual, siendo que en los países en desarrollo la tasa de crecimiento de este grupo etáreo es unas tres veces más alta que en los países desarrollados. Chile no es la excepción.

Conforme a las predicciones efectuadas por el MINSAL, la expectativa de vida a edades mayores comenzará a crecer, así como también la edad promedio de la población, lo que implica que se harán más prevalentes aquellas enfermedades cuya incidencia aumenta con la edad, de la misma forma como los factores ambientales que afectan la salud. Esto trae como consecuencia un aumento en las consultas a médicos y en las hospitalizaciones e intervenciones de diferente tipo, incidiendo en demandas de alto costo socioeconómico (60% de las muertes anuales son de mayores de 65 años). En el Documento de Evaluación del MINSAL (1997), se establece que en 1995 el sistema público gastó un monto de M\$ 113.086 en los AM (Adultos Mayores), en tanto que en los menores de 65 años se gastaron M\$ 47.351. Ello significa que los AM tuvieron un gasto 2.4 veces superior a los de las personas más jóvenes.

Conforme puede verificarse en distintos documentos de expresión de políticas gubernamentales - entre otros el Programa Nacional de Superación de la Pobreza, que data de 1995 - la población mayor de 65 años es una prioridad de gran relevancia para el desarrollo del país, por cuanto el incremento de su número genera requerimientos de

servicios y atenciones especiales que hasta la fecha no existían en forma estructurada y con esa orientación específica. La formulación de la Política Nacional del Adulto Mayor, en Mayo de 1996, que se enmarca en los principios de solidaridad intergeneracional y de equidad, responde a estos requerimientos.

La 25ª. Conferencia Sanitaria Panamericana (OPS/OMS, Washington, D.C.) celebrada en Septiembre de 1998, señaló que los problemas sanitarios relacionados con el crecimiento del grupo poblacional de más edad abarcan aspectos importantes que tienen relación con la equidad. Ante todo, la salud en la vejez depende mucho de los modos de vida, la exposición a factores de riesgo y las oportunidades de acceso a la protección y la promoción de la salud en el transcurso de la vida.

Sin embargo, la posibilidad de contar con una atención sanitaria integral de buena calidad varía mucho entre los distintos estratos socioeconómicos. Una persona pobre que llega a cumplir los 60 años de edad tiene una esperanza de vida de aproximadamente 20 años en la región de las Américas. Como contrapartida, la ganancia en esperanza de vida se ve contrarrestada en gran medida por la mayor discapacidad causada por una o varias enfermedades crónicas.

La población de Chile a Mayo de 1999 llegaría a 15 millones de habitantes (estimación del INE, comunicado de prensa de Junio, 1999) de los cuales 10% serían mayores de 60 años; el Panel estima que con 65 años y más serían 1.250.000 (INE no entrega esta información).

Una buena parte de la población (65 a 70% de la población nacional) es beneficiaria del sistema público de salud y no tiene posibilidad de acceder al sistema privado de ISAPRE. En el caso de los AM esta situación es mucho más marcada (posiblemente 93% de acuerdo a la opinión del Director de FONASA, Diario El Mercurio, Mayo de 1999), especialmente porque una proporción no despreciable de la población beneficiaria de las ISAPRE debe abandonarlas al llegar a los 65 años de edad por el incremento en los costos de los planes que éstas ofrecen. Estos beneficiarios de FONASA en su gran mayoría son atendidos en la modalidad institucional y no en la modalidad de libre elección.

No obstante la existencia de un consenso social respecto de la evolución demográfica del país, no existe una oferta adecuada de prestaciones de salud para este grupo etáreo. Existe la percepción generalizada de que existen graves carencias en la atención de los Adultos Mayores en los tres niveles de atención. Por ello se plantea la estructuración de la oferta de prestaciones mediante la implementación de este nuevo programa. El Director de FONASA ha señalado recientemente (El Mercurio, Mayo de 1999) que: "... ni el sistema de salud público ni el privado están preparados para enfrentar la creciente demanda de la población de la tercera edad".

En suma, con base en lo indicado más arriba, la justificación inicial para la implementación del Programa de Salud del Adulto Mayor, sigue siendo válida. Por lo mismo, es pertinente perfeccionar el Programa, consolidando en el nivel central una estructura de coordinación con mayor grado de resolución y mejor acceso a las decisiones. Además, debe fortalecerse en forma especial el componente de atención primaria, teniendo presente el énfasis que debe ponerse en la prevención y la promoción de la salud, a partir de dicho nivel de atención.

<ul style="list-style-type: none">• Evolución del perfil de los beneficiarios

Ya se ha señalado que Chile vive una rápida transición demográfica, con una drástica disminución de la mortalidad seguida de una declinación de la natalidad que se traducen en un aumento de la expectativa de vida. Junto a la disminución relativa de la población menor de 15 años por la disminución de la natalidad, se observa un aumento equivalente de los mayores de 65 años por el aumento de la expectativa de vida. Se espera que esos grupos de edad se equiparen alrededor del 2020; es decir, habrán 100 menores de 15 años por cada 100 AM. Se estima que la población mayor de 60 años actual de 10% aumentará a 18% en el año 2.020.

Los cambios en el perfil epidemiológico consistirán inevitablemente en un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles y lesiones, como causas principales de morbilidad y mortalidad. Se hará mayor la prevalencia de las enfermedades cuya incidencia aumenta con la edad, caracterizando el cuadro ya descrito en los párrafos previos.

Con el envejecimiento de la población cambian los tipos de enfermedades predominantes. Las afecciones isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares son las principales causas de defunción en el grupo de las personas Adultos Mayores, seguidas por las neoplasias y las enfermedades respiratorias, principalmente la neumonía. A medida que aumenta la proporción de personas de edad, también lo hace el porcentaje de la población que padece enfermedades crónicas y discapacidad, y eso hace que se requieran más recursos sanitarios para la atención de quienes sufren enfermedades crónicas, mientras que los costos de la atención de casos agudos o de carácter curativo permanecen en un nivel bastante constante.

- Influencia y evolución del entorno del Programa

En primer lugar es importante destacar la creación del Comité Nacional del Adulto Mayor en la Presidencia de la República, que ha dado visibilidad política y social al tema del AM. Además esta oficina ha formulado recientemente el proyecto de ley propuesto al congreso para la creación del Servicio Nacional del AM. Este Servicio, aunque pequeño, con una dotación de 30 funcionarios conectados a la labor de los SEREMIS de la SEGPRES a lo largo del país, contribuirá seguramente al trabajo coordinado interministerial en beneficio del AM, incluyendo un mayor enfoque hacia la labor comunitaria, lo que favorecerá la implementación de este nuevo Programa.

Por otra parte, el Programa FOSIS de MIDEPLAN ha iniciado el apoyo monetario al funcionamiento de los Centros comunitarios de AM en todo el país y además el apoyo a grandes proyectos municipales (Lo Espejo, Renca y últimamente La Pintana en la Región Metropolitana) en que entidades universitarias formulan e implementan planes concretos a favor del AM de bajos recursos con un gran énfasis en salud y nutrición en el trabajo comunitario, contribuyendo a legitimar la instancia municipal como coordinadora de la labor en función del AM.

Al respecto, la mayoría de las municipalidades ha establecido mecanismos de apoyo técnico y financiero a los clubes de adultos mayores existentes en sus respectivas comunas.

La implantación del modelo de Salud Familiar en la atención primaria del MINSAL, que también ha sido más marcado a partir de 1995, está influyendo los desarrollos de este Programa de diversas maneras. Una de ellas es su enfoque justamente familiar, que obliga a conocer a todos sus miembros por el centro de salud familiar, con los que los esfuerzos de detectar a los AM en la comunidad serán parte de la inserción en la misma del centro de salud familiar y no una actividad aislada.

La Medicina Familiar es la especialidad médica que se preocupa por el cuidado de la salud total del individuo y la familia. Es una especialidad en amplitud que integra las ciencias clínicas biológicas y del comportamiento y su alcance no está limitado por la edad, sexo, órgano o sistema o entidad mórbida (⁴).

El Ministerio de Salud propicia el cambio del modelo biomédico de atención, por el de Medicina Familiar, con el objetivo central de generar una nueva forma de articulación de los prestadores, orientar la acción de los mismos de acuerdo a las prioridades sanitarias, aprovechar las ventajas de los nuevos modelos de asignación de recursos y por sobre todo, asegurar a las personas, independientemente de cualquier consideración, el acceso a los cuidados de salud que necesite.

El modelo propuesto se basa en la incorporación del Médico de Familia y de un equipo de salud formado en el Enfoque Familiar en Salud dentro de un determinado sector geográfico. Su funcionamiento consiste básicamente en que cada equipo de salud asume la responsabilidad del cuidado de salud de un número definido de personas, las que se identifican mediante el proceso de inscripción. Las personas escogen libremente el equipo de salud que se hará responsable por su cuidado. En todo caso, se promoverá la inscripción del grupo familiar y cada persona podrá estar inscrita con sólo un equipo de salud, el cual se compromete a entregar un conjunto definido de prestaciones, contenidas en un Plan de Salud Familiar, las que tendrán el carácter de básicas. Por sobre éstas, cada equipo podrá entregar otras prestaciones que se estimen necesarias o adecuadas para el logro de los objetivos sanitarios con el grupo de personas a su cargo.

⁴ Definición del Consejo Americano de Medicina Familiar (ABFP)

El Ministerio de Salud ha designado 35 consultorios de atención primaria como centros de salud familiar a manera de plan piloto. Estos 35 centros han sido también incluidos dentro de los 87 consultorios del Programa de Salud del Adulto Mayor. Sin embargo, dicha designación ha traído algunos problemas con las corporaciones municipales de salud dado que no aceptan financiar la contratación de enfermeras y otras actividades con el 25% extra de la asignación per cápita que recibe este tipo de centros.

<ul style="list-style-type: none">• Reformulaciones realizadas del Programa

A partir del reconocimiento e identificación de la situación y su validación como prioridad, desde el año 1995 se inicia en forma paulatina la implementación de acciones de carácter médico – curativo, en el marco del Programa de Salud del Adulto. (*ADULTO MAYOR. Programas municipales en la Región Metropolitana. DIAGNOSTICOS Y PROPUESTAS. Secretaría Regional de Planificación y Coordinación. Región Metropolitana. 1998. Pág. 39*)

En los años siguientes se produce un incremento progresivo del volumen, número, frecuencia y alcance de las acciones, con el respectivo aumento en los presupuestos del Programa de Salud del Adulto, sin conformar en forma estructurada un Programa específico para el Adulto Mayor. Esta estructuración se esboza en el año 1998, a partir de la publicación de la Política de Salud para el Adulto Mayor, que se encuentra comprendida en el citado documento de la Política Nacional. A fines del año 1998, en el marco de la Política enunciada de las Personas, se decide crear el Programa del Adulto Mayor a nivel del Departamento de Programa, con el objetivo de estructurar todas las actividades ya en marcha y las futuras. Para el inicio de su implementación como Programa, se estructura la Unidad Coordinadora en Enero de 1999 (Fuente: Ficha de Antecedentes elaborada por la contraparte del MINSAL).

En 1998 y 1999 se planifica y se inicia parcialmente la ejecución de tres actividades situadas en la atención primaria de salud. Estas actividades son: la dotación de Enfermeras Universitarias (dos horas/día) en 87 consultorios, la entrega de un alimento diseñado especialmente para los adultos mayores de 70 años, con base en estudios específicos desarrollados por el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) - 2 kg./mes a

través del PACAM - en los mismos 87 consultorios y la entrega de medicamentos para los adultos mayores que padecen de Diabetes, Hipertensión y Depresión. Para su aplicación es requisito previo detectar en la comunidad, a aquellos adultos mayores con riesgo de pérdida de autonomía, lo que se haría mediante la aplicación de una encuesta.

Si bien en la formulación de las Políticas ya mencionadas se contemplaba otorgar la mayor importancia a las acciones preventivas a ejercer a partir de la Atención Primaria, los procesos se inician por la vía curativa y paulatinamente se van acercando al objetivo inicial. Esto representa un cambio visible implementado en el marco del Programa del Adulto, otorgando mayor énfasis en la promoción y la prevención en este nivel de atención, orientado específicamente al Adulto Mayor.

La contratación de Enfermeras para 54 consultorios se inició en 1998 (segundo semestre) y tiene como meta llegar a 87 consultorios en 1999. En anexo 4 se incluye la lista de consultorios y los nombres de las enfermeras contratadas. Respecto del PACAM, la entrega de alimentos se inició en Mayo de 1999. El inicio de la nueva modalidad en la entrega de medicamentos está planificado para mediados de 1999.

Dado el estado de las cosas, lo obrado en el marco del Programa sólo puede evaluarse en términos de cumplimiento de los compromisos de gestión asumidos por los Servicios de Salud, respecto de las acciones médico – curativas aplicadas a los Adultos Mayores, tanto en cuanto al número de prestaciones, como respecto de los presupuestos asignados, cuyo gasto está representado por las transferencias de fondos efectivamente realizadas por FONASA, hacia cada Servicio de Salud.

Al respecto, es notable el incremento persistente que de año en año dichos fondos han experimentado desde el inicio de estas acciones curativas (1995).

2. Diseño del Programa

- Lógica Horizontal y Vertical de la Matriz de Marco Lógico

La línea horizontal no tiene metas para los indicadores. Ello está influido por lo novel del Programa. La lógica entre las Actividades, los Componentes, el Propósito y el Fin es realista en su casi totalidad, implicando que el propósito se cumple. No obstante, es pertinente la reformulación, que se justifica por el hecho de que es necesario incorporar en forma más estructurada los componentes de los distintos niveles de atención, en especial los relativos al nivel primario de atención (NPA). Adicionalmente, es imprescindible establecer indicadores de cobertura, plazos, calidad y cantidad.

- Identificación de otros indicadores para medir el logro de los objetivos del programa.

Se pueden identificar los siguientes derivados del RMC 03 B o de su mejoramiento:

- Población de AM bajo control (Componentes 2, 3, 4 y 5 del Marco Lógico MINSAL).
- Evaluación de riesgo funcional realizada y con alteraciones (Componentes 2, 3, 4 y 5 del Marco Lógico MINSAL).
- N° y % de bajo peso según el índice de masa corporal (Componente 6 del Marco Lógico MINSAL).
- N° y % con sobre peso y obesos según el índice de masa corporal (Componente 6 del Marco Lógico MINSAL).
- N° y % con PACAM (Componente 6 del Marco Lógico MINSAL).
- N° y % inmunizados (Componente 5 del Marco Lógico MINSAL).
- N° y % de los AM incorporados al programa de salud familiar (Componente 8 del Marco Lógico MINSAL).

- Cambios en el entorno del programa y examen de los supuestos

Nos parece que han ocurrido importantes cambios en el entorno del Programa desde 1995 que influyen su desarrollo ahora y en el futuro, tal como se planteó en el punto 1 anterior. El conjunto de los cambios orientan hacia un modelo de salud familiar centrado en la comunidad donde la municipalidad tiene un rol fundamental por su visión intersectorial. Ello no obsta para que el médico de familia pueda acceder a la actividad hospitalaria evitando su aislamiento profesional.

Los supuestos contenidos en la matriz del marco lógico propuesto por la Contraparte del MINSAL siguen siendo válidos. Sin embargo, no se especifican aquéllos referidos al financiamiento de las intervenciones quirúrgicas en el marco del POA y la cobertura para las enfermedades catastróficas. Es necesario incorporarlos. En estos casos, el supuesto (riesgo) debe ser que los fondos para financiar las intervenciones quirúrgicas en el marco del POA y la cobertura para las enfermedades catastróficas, sean entregados oportunamente, tanto en tiempo como en cantidad. Igualmente, en el caso del PACAM, el supuesto (riesgo) debe ser que las empresas proveedoras entreguen el producto de acuerdo a las condiciones técnicas establecidas y en forma oportuna, para proceder a su distribución en los consultorios. También en el caso del Modelo de Atención Farmacéutica, el supuesto (riesgo) debe ser que los proveedores (laboratorios o CENABAST), dispongan de los medicamentos en forma oportuna y conforme a la posología establecida para cada patología. También, que las facturas a los proveedores sean pagadas a tiempo, para evitar la suspensión del suministro por este motivo.

- Dimensionamiento del Programa

El Marco Lógico presentado por el MINSAL no incluye la cuantificación de los componentes, de manera que permita dimensionar el programa.

El componente curativo del Programa se ha orientado en su totalidad a beneficiarios del Sistema, calificados en su mayoría en los niveles A y B. Sin embargo, la cobertura es aun un guarismo menor (en torno del 8%), respecto de la totalidad de beneficiarios potenciales. Se

habla de alrededor de 830.000 beneficiarios potenciales, y el nivel máximo de prestaciones otorgadas en 1998 por la totalidad del Sistema Nacional de Servicios de Salud, es de 81.647 (cifra validada por el Departamento de Control de FONASA), muchas de las cuales fueron recibidas probablemente por un mismo beneficiario.

Para estimar las necesidades totales de prestaciones, un primer paso es hacer el supuesto de que cada prestación equivale a un beneficiario diferente. Consecuentemente, la demanda mínima de prestaciones sería de alrededor de 800.000 prestaciones para cubrir 100% de los beneficiarios potenciales al nivel actual de cobertura de necesidades de atención médica. Si hoy se gastan 5 mil millones de pesos anuales en prestaciones, sería necesario aumentar el presupuesto a posiblemente sólo 25 mil millones de pesos; existen claras economías de escala cuando se estima por el Panel que la capacidad ociosa es hasta 50% respecto de algunas instalaciones, equipos y otros recursos que podrían utilizarse para la atención del AM (por ejemplo, áreas de hospitalización, pabellones, consultorios de especialidades y laboratorios).

En cuanto a las acciones médico – curativas, la cobertura ha ido en aumento con el curso de los años. En el nivel de prevención y específicamente en el NPA, recién se ha iniciado la pesquisa y reclutamiento de los Adultos Mayores, proceso en el que posiblemente ayudará la implementación del PACAM, que podría transformarse en un incentivo para que los AM accedan a los consultorios. Sin embargo, falta por implementar en forma integral, al menos en los 87 consultorios designados para esta primera etapa o “plan piloto”, el proceso de pesquisa, registro y aplicación de la encuesta de evaluación de riesgo funcional, instrumento que permitirá establecer en forma preliminar las características de la población objetivo. Los requerimientos reales de recursos (humanos, financieros, medicamentos, etc.) se definirán con los estudios de demanda por atención médica en los CRS o en los consultorios.

Se incluye a continuación la descripción cuantitativa de lo efectuado en el período en evaluación, tanto en el número de prestaciones otorgadas por componente, cuanto en el costo total involucrado en estas prestaciones.

El primer componente histórico adjudicado a este Programa se inició en Enero de 1995, consistiendo en la entrega de prótesis y órtesis. Se operó desde el primer momento en forma descentralizada, siendo los Servicios de Salud los responsables de fijar sus metas, expresadas en número de elementos a distribuir, así como de la ejecución, por la vía de la entrega a sus beneficiarios.

En el inicio del Programa, respecto de la aplicación de fondos, el presupuesto asignado representó 0,31% del presupuesto total del FONASA por año, entidad encargada de efectuar las transferencias a los Servicios de Salud conforme a las instrucciones del Ministerio de Salud (M\$ 1.500.000 en moneda de 1995 para los años 1994 y 95).

En el año 1996, el presupuesto aplicado se aumentó fuertemente. Llegó a 0,45% del presupuesto total de FONASA. (M\$ 2.306.575 en moneda de 1996).

En el año 1997, el presupuesto se mantuvo en cifras nominales, en un nivel similar al del año anterior, disminuyendo a 0,40 % del presupuesto total de FONASA (M\$ 2.344.612, en moneda de 1997).

En 1998, el presupuesto aprobado experimentó un notable incremento, producto de la implementación de la Política Nacional del Adulto Mayor, la cual, habiendo sido aprobada en Marzo de 1996 por el Comité de Ministros del Area Social, sólo en 1998 recibe un efectivo impulso de legitimación, por la vía de incluir en la Agenda Social del Gobierno, la asignación de fondos especiales. Se trataba de financiar prestaciones adicionales y específicamente, la cobertura de enfermedades crónicas consideradas catastróficas que requieren eventualmente de intervenciones quirúrgicas o de tratamientos prolongados para su rehabilitación. En 1998, faltando aun por validar algunas cifras referidas a prestaciones otorgadas a personas registradas con RUT incorrectos o que corresponden a no beneficiarios del Sistema Público ⁽⁵⁾, el presupuesto aplicado asciende a M\$ 6.185.864 (en moneda de 1998), equivalente a 1,06% del presupuesto total de FONASA.

⁵ Proceso a cargo del Departamento de Control de FONASA

De acuerdo a la información entregada por el MINSAL, de los fondos aplicados en el año 1995 la mayor parte (67%) fue destinada a inversión, 22% a personal y 11% a bienes y servicios de consumo.

En 1996, se aplicó 83% en Personal y 12% a bienes y servicios de consumo, con 1% de los recursos a inversión.

En 1997, el porcentaje de los recursos que se aplicó en Personal descendió a 77%, con 17% a bienes y servicios de consumo y un incremento en los fondos aplicados para inversión (6%).

En 1998 se registra un incremento en los fondos aplicados en Personal (89%), debido al financiamiento de horas de profesionales y a la aplicación de fondos en capacitación del Equipo de Salud. Los fondos aplicados en bienes y servicios de consumo llegan a 11% y no se registra aplicación para inversión.

Ahora bien, desde el punto de vista del número de prestaciones otorgadas, en los años 1994 y 1995 se utilizó el presupuesto para el PAM de M\$ 1.500.000, que en términos de la actividad comprometida, correspondió a 43.143 prestaciones, entre las cuales se contó la entrega de lentes, audífonos, placas dentales, bastones y sillas de ruedas. También se financiaron intervenciones para la implantación de lentes intraoculares, marcapasos y prótesis total de caderas.

En el año 1996, como se dijo, el presupuesto del programa se triplicó, siendo transferido a los Servicios de Salud en su mayor parte mediante el mecanismo per cápita (M\$ 2.000); aquí el per cápita se refiere a todos los niveles de atención y no sólo a la atención primaria, lo que marca un cambio en la modalidad de asignación presupuestaria habitual de FONASA. Con el resto, se financiaron proyectos específicos, en establecimientos como el Hospital Geriátrico (M\$ 110.965), el Hospicio de Talca (M\$ 120.000), capacitación para equipos de salud (M\$ 50.000), Hogar Paz de la Tarde (S.S. Viña del Mar, M\$ 40.000), Convenio con el Hogar de Cristo (M\$ 68.105), programa de atención podológica en Talcahuano (M\$ 1.800).

Incluidos estos proyectos específicos, la ejecución del presupuesto llegó en 1996 a un 123%, cumpliéndose en un 103% la actividad comprometida.

En ese año 1996, se financió la entrega de lentes, audífonos, bastones, sillas de ruedas, andadores, colchones y cojines antiescaras y prótesis dentales (componente 2). Se incorpora al PAM el financiamiento de intervenciones quirúrgicas, por enfermedades llamadas catastróficas (componente 3), tales como cataratas, implantación de marcapasos, artrosis de caderas (prótesis total), coleditiasis, prolapso vaginal, hiperplasia de la próstata, fracturas.

En 1997, el presupuesto se mantuvo en un nivel similar al del año 1996 y su nivel de cumplimiento, en la entrega de prótesis y ortesis, fue de 110%. Respecto de las intervenciones quirúrgicas, su nivel de cumplimiento respecto de lo presupuestado y comprometido, fue de 116%. A lo anterior se suma el hecho de que los Servicios de Salud contrataron prestaciones adicionales (oftalmológicas y otras) con cargo al 10% del presupuesto asignado; los Servicios de Salud pueden disponer libremente del 10% de su presupuesto anual. Por otro lado, se implementó el Programa de Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA) para el Adulto Mayor (componente 5 en la nomenclatura de la Ficha de Antecedentes), con financiamiento especial sólo para la Región Metropolitana, con M\$ 48.000 para inversión y M\$ 136.380 para operación de días cama. También se obtuvo financiamiento adicional desde el Programa de Oportunidad en la Atención (POA) para el Adulto Mayor (componente 4 en la nomenclatura de la Ficha de Antecedentes), que cubrió las intervenciones quirúrgicas para coleditiasis, hiperplasia de próstata y prolapso uterino, por un total de M\$ 229.285, lo que no obstante, significó una aplicación de sólo 29% del presupuesto asignado para este fin, que alcanzaba a M\$ 790.386. En este programa, que también beneficia al Adulto Mayor, el mecanismo de pago a los Servicios de Salud consiste en entregarles recursos adicionales para solucionar la demanda no resuelta en tiempos menores a tres meses, sobre una actividad base comprometida a priori, comprometiéndose los Servicios de Salud a financiar y ejecutar una actividad adicional. En la evaluación final, se verifica si se cumplió con la actividad total comprometida y sobre esa información FONASA liquida las diferencias de fondos.

En el año 1998, al financiamiento tradicional presupuestado para el PAM, se suma el financiamiento obtenido a través de la Agenda Social, conformando un presupuesto muy superior al de los años anteriores. En prótesis y órtesis, entre el PAM y la Agenda Social se estableció financiamiento para la entrega de 74.746 prestaciones, de las cuales se ejecutó 86%, aplicando 81% del presupuesto comprometido. En cuanto a las intervenciones quirúrgicas, entre ambas fuentes de financiamiento se planteó efectuar 10.093 intervenciones, de las cuales se efectuó 79%, aplicando 86% del presupuesto comprometido, conforme a datos ya validados por el Departamento de Control de FONASA. Sin embargo, los Servicios de Salud informaron haber efectuado más prestaciones, dando cumplimiento en 102% al presupuesto asignado, pero como se dijo, parte de esas prestaciones están siendo revisadas por dicho Departamento, por tener problemas de registro e identificación: no registra RUT, RUT incorrecto, prestaciones a no beneficiarios, etc.

Claramente, en estos casos, los Servicios de Salud han otorgado dichas prestaciones, financiándolas con recursos propios, haciendo uso de su capacidad de gestión.

En este nivel de análisis no es posible aun establecer cuáles son los Servicios de Salud que han otorgado más prestaciones e identificar los costos individuales. Sólo se dispone del "precio" establecido por FONASA para algunas de las prestaciones, para efectos de asignación de presupuesto. El número de prestaciones otorgadas, multiplicado por el precio establecido, conforma el valor que FONASA remesa a cada Servicio de Salud. En el Anexo 2 aparece esta información.

<ul style="list-style-type: none">• Razones que justifican cambios en el Diseño del programa
--

La necesidad de aumentar la cobertura, mejorar la calidad y oportunidad en la entrega de las prestaciones y el disponer de instrumentos que permitan monitorear y evaluar el grado de logro y el grado de satisfacción en los usuarios, hace imprescindible efectuar algunos cambios en el diseño del PAM.

En el nivel normativo y de coordinación, parece necesario reformular y reforzar la estructura del PAM en el nivel central. La Unidad a cargo del Programa debiera asumir las tareas

normativa y de supervisión de las acciones curativas y preventivas para el AM concentrando el personal especializado necesario y convocando a las comisiones técnicas específicas.

Es necesario fortalecer la coordinación del PAM con la estructura funcional y operativa ya existente en el nivel central y en los Servicios de Salud. Este fortalecimiento de la coordinación debe tener como resultado una mejor ejecución de las acciones preventivas, de promoción y curativas para los adultos mayores, que actualmente se otorgan en el marco de los Programas del Adulto, PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones), Nutrición, Promoción, etc., los cuales asumirán el rol de “prestadores de servicios”, siendo el PAM el comprador de dichos servicios.

Actualmente la Unidad del Adulto Mayor existe como unidad funcional en el MINSAL, con acceso directo al gabinete del Ministro. Sin embargo, no está reconocida en el organigrama jerárquico y funcional del Ministerio y tampoco tiene una dotación mínima de personal necesaria compuesta por cargos de planta. De hecho, la Encargada del Programa es una profesional contratada a honorarios. Nos parece de toda conveniencia legitimar esta Unidad en el MINSAL y fortalecer la fluidez y eficiencia de las funciones normativas y de coordinación. Debe considerarse la coordinación con las demás unidades del Ministerio; coordinación con los Servicios de Salud y con las Municipalidades y Corporaciones Municipales.

Tal como ocurre con todos los programas, las normas emitidas por el nivel central para el PAM son recibidas y difundidas por cada Servicio de Salud, quien actúa como intermediario de los recursos financieros y debe supervisar su correcta aplicación tanto en los hospitales como en los consultorios de su dependencia técnica, sean municipalizados o no.

Al Panel le parece necesario establecer en el nivel de ejecución (hospitales y consultorios) las estructuras que posibiliten una mejor gestión y monitoreo en la otorgación de prestaciones. Así, en el caso del nivel primario de atención (NPA), en el contexto del modelo de salud familiar, debe fortalecerse la gestión, estableciendo las estructuras de coordinación y funcionamiento pertinentes, dentro del concepto de organización matricial. Esto es, que cada “grupo de tarea” o “grupo de programa” esté conformado por el aporte de horas de

profesionales y técnicos provenientes de los demás grupos de programa, los que se someten a la normativa técnica del programa de salud del Adulto Mayor. Este concepto involucra además, la formación de monitores de la comunidad y de los propios adultos mayores, para efectuar la pesquisa y “reclutamiento” de sus iguales, con el fin de realizar, en el ámbito del autocuidado, evaluaciones de riesgo funcional, con el apoyo técnico de profesionales con formación en geriatría, en este nivel.

Para este efecto, es necesario organizar la capacitación en servicio para la atención del AM, que involucre a todo el equipo de salud, especialmente en el abordaje de las enfermedades crónicas.

La aplicación de este modelo orientará también al equipo de salud para incrementar la realización de eventos grupales de promoción de la salud y autocuidado, contribuyendo así a la inserción social del AM. Entre otros, se propone en otra sección la entrega de almuerzos a los AM más carenciados, cuyo aporte, además de nutricional y energético, podrá ser un gran soporte psicológico para aquéllos que viven solos o con un mayor grado de abandono familiar.

En el nivel secundario y terciario nos parece necesario fomentar la incorporación de especialistas en geriatría y la formación de Unidades geriátricas en los hospitales base. Adicionalmente, es imprescindible establecer mecanismos de monitoreo y medición del nivel de calidad y de la eficacia de las prestaciones, así como del grado de satisfacción de los usuarios.

3. Organización y Gestión del Programa

- Descripción y cuantificación de los componentes (bienes y servicios) que produce el Programa.

A) DESCRIPCIÓN: En función de lo informado por la contraparte ministerial en la Ficha de antecedentes, el Programa tiene los siguientes componentes.

e. Personal de la salud sensibilizado y capacitado en la atención de salud del Adulto Mayor.

Consiste en el desarrollo y difusión de documentos conteniendo normativas e indicaciones que permitan a los miembros del equipo de salud, otorgar una atención integral al adulto mayor, sobre todo al carenciado (orientaciones para la atención de salud del AM). También se trata de documentos que tienden a preparar a los AM para su autocuidado.

Respecto de este componente, las actividades iniciales de difusión se iniciaron en 1996 con los Directores de Servicios de Salud del país. Era una actividad inicial fundamental para lograr en 1998 la implementación del Programa. Adicionalmente, se ha iniciado el diseño de instrumentos de evaluación funcional (encuesta de evaluación de riesgo funcional, no validada todavía para Chile pero en proceso en el Servicio de Salud Bio-Bio; ficha de control de salud ya está disponible) y de materiales educativos que en algunos casos están disponibles (manual de autocuidado para los profesionales que trabajan con el AM) o no lo están todavía (de las 14 guías clínicas para el personal de salud propuestas a la fecha se han elaborado dos, además no se ha elaborado material educativo para los mismos AM).

Los materiales ya diseñados están siendo distribuidos en los consultorios considerados en esta etapa. La difusión masiva de las políticas de salud dirigidas al AM se ha efectuado mediante avisos y entrevistas a la Coordinadora del Programa y otros expertos y autoridades. Sin embargo, no existe un plan al respecto.

Desde 1996 el nivel central del MINSAL remitió directamente a los servicios de salud fondos para la capacitación y preparación de material educativo relativo al programa de salud del

AM. En 1996 se remitieron 35.8 millones, en 1997 50 millones, en 1998 54.8 millones y está previsto enviar un total de 55 millones en el año 1999. Los Servicios de Salud no han reportado información al nivel central sobre el número y nivel del personal efectivamente capacitado.

b. Otorgamiento de Ortesis y Prótesis

Los siguientes elementos se seleccionaron para la entrega a aquellos adultos mayores con desmedro de su capacidad funcional: lentes, prótesis dentales, audífonos, bastones, sillas y andadores, cojines antiescaras. Aunque su distribución a los adultos en general se inició hace muchos años, sólo a partir de 1995 se inician las asignaciones anuales específicas de fondos para su compra y entrega a los AM.

Esta asignación por servicio de salud se hace sobre la base de la declaración de compromiso de gestión. Luego en los hospitales respectivos se seleccionan los pacientes de acuerdo a la discapacidad o patología que presentan por los especialistas médicos en los servicios clínicos respectivos (por ejemplo, oftalmología, dental, traumatología, etc.); la mayor severidad de la discapacidad orienta al clínico para priorizar la entrega.

En el período evaluado esta actividad se ha realizado en forma continua y regular, pero no ha existido actividad alguna de monitoreo por parte del nivel central, tanto con respecto a su aplicación efectiva con relación a lo programado como al conocimiento de la satisfacción del usuario. En el cuadro resumen del Anexo 2 (Número de Prestaciones 1995-1998) se detalla para cada año el número de órtesis y prótesis distribuidas. Aunque no se dispone del número de pacientes beneficiados, es muy posible que en general coincidan. Por ejemplo, se podría estimar para 1999 un número aproximado de 74.013 beneficiarios según el número total de atenciones.

c. Resolución quirúrgica de enfermedades de costo catastrófico

Se trata de otorgar prioridad para la resolución quirúrgica de enfermedades de costo catastrófico en los adultos mayores, tales como colelitiasis, prolapso uterino, hiperplasia

prostática, hernia inguinal. Este componente tiene las mismas características que el anterior en cuanto a su inicio y modalidad de asignación, por lo que no se describirá aquí. Tampoco ha sido monitoreado.

En los hospitales respectivos se seleccionan los pacientes de acuerdo a las patologías de solución quirúrgica antes señalada por los cirujanos de las diferentes especialidades; la severidad del cuadro clínico orienta al cirujano para priorizar la intervención. En el cuadro resumen del Anexo 2 (Número de Prestaciones 1995-1998) se detalla para cada año el número de intervenciones quirúrgicas realizadas bajo este componente para AM. Aunque no se dispone del número de pacientes beneficiados, es muy posible que en general coincidan. Por ejemplo, se podría estimar para 1999 un número aproximado de 24.682 beneficiarios según el número total de atenciones.

d. Acortamiento de tiempos y listas de espera para algunas atenciones quirúrgicas

Este es el Programa de Oportunidad en la Atención, que pretende garantizar una atención antes de un lapso de tres meses, a adultos mayores que requieren soluciones quirúrgicas. Este componente tiene las mismas características que el de Otorgamiento de Ortesis y Prótesis en cuanto a su inicio y modalidad de asignación, por lo que no se describirá aquí. Tampoco ha sido monitoreado.

En los hospitales respectivos se seleccionan los pacientes de acuerdo a las patologías de solución quirúrgica por los cirujanos de las diferentes especialidades; la severidad del cuadro clínico y el tiempo de espera orienta al cirujano para priorizar la intervención. En el cuadro resumen del Anexo 2 (Número de Prestaciones 1995-1998) se detalla para cada año el número de intervenciones quirúrgicas realizadas bajo este componente para AM. Aunque no se dispone del número de pacientes beneficiados, es muy posible que en general coincidan por lo que se podría estimar para 1996 un número aproximado de casi 1,300 beneficiarios (incluye colelitiasis, prolapso uterino, hiperplasia prostática, hernia inguinal). Durante los otros años esta actividad fue mínima o se desconoce (ver sección Eficacia).

e. Tratamiento ambulatorio y en hospitalización de las neumonías del Adulto Mayor

Se trata de otorgar atención especial a los adultos mayores que sufran de alguna enfermedad respiratoria aguda. Datos preliminares para 1998 (Fuente: MINSAL, 1999. Manejo ambulatorio de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad) basados en los certificados de defunción, indican que 82% del total de fallecimientos por enfermedades respiratorias se producen en los mayores de 65 años. Las enfermedades respiratorias constituyen la causa más importante de consulta en la Atención Primaria, Servicios de Urgencia y SAPUs (Urgencia de nivel primario). Se han elaborado normas de diagnóstico y tratamiento ambulatorio (ver referencia anterior).

Durante el invierno de 1997 se lanzó un programa piloto en la Región Metropolitana que se ha continuado en el ámbito nacional. En la atención primaria o en el primer contacto de urgencia los pacientes AM reciben antibióticos de segunda generación que tienen menor probabilidad de presentar resistencia bacteriana (amoxicilina - ácido clavulánico) a diferencia de los menores de 65 años. Estos pacientes son referidos preferencialmente a los Policlínicos de Broncopulmonares respectivos donde se realiza una batería de exámenes y controles, considerándose también la hospitalización.

En el MINSAL (Dr. Manuel Ipinza) se ha señalado que este nuevo programa de tratamiento, tanto ambulatorio como de hospitalización, a través de consultas externas y de 2.700 hospitalizaciones permitió reducir la tasa de mortalidad por infección respiratoria aguda baja de 560,7 en 1996 a 470,5 en 1998 (por 100.000 AM de 65 años), indicando una reducción de 16,1%.

f. Diseño de un Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM)

Consiste en el diseño de los procedimientos y la elaboración de un alimento (crema – puré) cuya finalidad es contribuir a la solución de problemas de carencia nutricional y calórica para adultos mayores de 70 años. Secundariamente, podría contribuir a atraer a esta población a los centros de atención primaria, donde se les realizaría el control de salud. El criterio para

establecer el límite de edad es el hecho de que en ese tramo etéreo, los Adultos Mayores presentan una mayor deficiencia nutricional y calórica.

Para acceder a este programa, los AM deben ser beneficiarios del FONASA y atendidos en los consultorios de salud, centros de salud familiar y otros establecimientos de atención primaria, debiendo cumplir con los controles de salud establecidos. Para ello se seleccionó a 87 consultorios, incluyendo 35 centros de salud familiar, usando el criterio de vulnerabilidad social de la comuna, la motivación de la corporación de salud municipal por participar y los recursos humanos disponibles.

Dicho programa se inició en Mayo de 1999, con el objetivo de abarcar en una primera etapa a unos 85.000 adultos mayores. El Panel opina que el aporte calórico - proteico del 25% de las necesidades de los principales micronutrientes, es muy bajo y satisface sólo mínimamente los requerimientos de un AM pobre, que tenga pocas posibilidades de cubrir por sus propios medios el 75% restante. Por lo mismo, podría no ser atractivo para mantener a esta población concurriendo al consultorio en forma regular con el objeto de obtener el alimento. Por este motivo, en otra sección se propone una actividad complementaria (tipo almuerzo) que contribuiría a solucionar esa falencia.

g. Diseño de un Programa de dispensación de medicamentos para tres patologías de alta prevalencia y trascendencia en el Adulto Mayor.

Se trata de establecer un procedimiento para la dispensación de medicamentos para la hipertensión, la diabetes y la depresión, en los adultos mayores, consistente en la entrega de los medicamentos prescritos, en un envase personalizado, con un rótulo conteniendo información sobre nombre, dosis y horario, efecto causado, tiempo de tratamiento, posibles efectos no deseados y qué hacer en caso de omisión de dosis.

En fecha reciente (junio de 1999) finalizó la elaboración de la Guía para la selección y prescripción de medicamentos en el Adulto Mayor. Dicho programa se inauguró en Agosto de 1999 por el Presidente de la República. Tiene el objetivo de abarcar mensualmente a una población en el ámbito nacional en el año 2.000 (bajo control mensual) del 100% de

pacientes. Para Septiembre de 1999, se cubrirá a 88.299 AM con diagnóstico de hipertensión arterial, 38.287 AM con diagnóstico de diabetes y 30.295 con diagnóstico de depresión.

Se ha analizado por la Unidad de Farmacia del MINSAL las alternativas de utilizar como canales de distribución a las farmacias comerciales fiscalizadas por los servicios de salud y a los consultorios. El estudio de costos indicó que el financiamiento disponible en el Sistema Nacional de Servicios de Salud no alcanzaría a cubrir la distribución mediante la red privada de farmacias comerciales. Sin embargo, sería factible atender a la totalidad de la población bajo control, adquiriendo los medicamentos a través de la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST). Adicionalmente, se diseñó un registro de recolección de datos, para posterior evaluación, en el evento de poner en práctica la modalidad propuesta.

La propuesta de entregar medicamentos en forma personalizada a través de un rótulo con importante información le pareció al Panel muy adecuada para el manejo por parte del AM, lo mismo que la idea de educar a la familia en el manejo de los medicamentos. Lo anterior involucra una dedicación de tiempo a rotular y a educar que no se ejercía normalmente por el personal de Farmacia del consultorio. Esto implica una utilización adicional de horas hombre que deben traducirse en nuevos cargos, con el consiguiente gasto extraordinario. El proyecto farmacéutico no consideró el dimensionamiento de estas horas adicionales.

Sin embargo, al Panel le parece importante que los medicamentos sean recetados, dispensados y utilizados adecuadamente; esto es, que estén correctamente indicados para la patología respectiva, que sean dispensados en dosis adecuadas y por último, que el paciente cumpla con la prescripción, manteniendo la adhesividad al tratamiento. En ese contexto, las tareas propuestas parecen indispensables. De lo contrario, se puede desperdiciar todo el gasto en los mismos medicamentos sin solucionar la patología.

Por lo tanto, será necesario estudiar la incorporación de nuevos cargos de profesionales y técnicos en la Farmacia de los consultorios, con la consiguiente capacitación. Alternativamente, deberá evaluarse la reasignación de funciones en dicho sector, de manera de disponer de las horas hombre necesarias para las tareas propuestas.

Debe notarse que los diagnósticos de hipertensión y diabetes son de alta prevalencia dentro de las enfermedades crónicas de los AM (153.989 y 40.885 pacientes en control), por lo que nos parece muy adecuado focalizar este componente en estas patologías, agregando la depresión.

h. Investigación y desarrollo de un Nuevo Modelo de Atención del Adulto Mayor.

Consiste en un estudio encomendado al Instituto Nacional de Geriátrica, que se encuentra en proceso desde 1994.

El objetivo general de dicho estudio, tratado como un proyecto piloto, es *“evaluar, definir e implementar en el sistema público de salud un modelo propio para la atención de salud de la población Adulta Mayor, basado en el mantenimiento de la funcionalidad”*.

Esta tarea no está terminada todavía. Se puede señalar que sus beneficiarios efectivos finales serán todos los beneficiarios potenciales del sistema público.

El diseño original del proyecto consideraba su ejecución en forma independiente para cada uno de los tres niveles, Primario, Secundario y Terciario, siendo cada nivel un proyecto independiente y a su vez desarrollado en etapas, como se indica a continuación:

IV. Para el nivel primario de atención, con focalización en la comunidad:

Proyecto Control Sano del Adulto Mayor

El Control Sano del Adulto Mayor efectuado por médico, enfermera y asistente social, integrantes del equipo básico de atención geriátrica en el nivel primario, está destinado a realizar una evaluación comprensiva o funcional integral, con el objetivo de detectar precozmente situaciones que coloquen en riesgo su autonomía física, psíquica y/o social y mantener un adecuado estado de salud.

El Panel tomó conocimiento del documento (primer borrador) del **Manual de Control Sano del Adulto Mayor en Atención Primaria**, elaborado en el marco de este proyecto. No se conoce la versión final del citado documento.

Fue posible verificar que la Evaluación Integral de Salud del Adulto Mayor (EISAM) se está realizando, a manera de plan piloto, en los Centros de Salud Familiar. Hasta el 30 de Mayo de 1999, se habían realizado 4.019 EISAM en 34 Centros de Salud Familiar, lo que representa un 30,29% de cumplimiento global, respecto de la meta anual programada.

Los profesionales que están realizando esta actividad son enfermeras de planta de los establecimientos, apoyadas por médico o nutricionista en algunos casos.

Los adultos mayores que están recibiendo esta prestación son los usuarios del respectivo establecimiento, hayan sido o no adscritos al plan de salud familiar.

En ocho de los 34 centros se utiliza como criterio atender a la población mayor de 70 años, de acuerdo a las pautas definidas por el PACAM. Cuatro centros complementan el examen con visitas a pacientes postrados; cuatro se coordinan con grupos comunitarios (clubes de ancianos, unidades vecinales, etc.); en otros cuatro centros se prioriza a la población AM crónica y en un centro se complementa el EISAM con atención por geriatra a los pacientes de riesgo funcional, examen cardiopulmonar y de próstata.

- V. Para el nivel secundario, con focalización en un hospital de especialidad, con permanente interrelación con el nivel primario de atención:

Proyecto Implementación de Policlínica de Especialidades de Geriatría y Psicogeriatría, en Instituto Nacional de Geriatría.

Respecto de este proyecto, el Panel pudo verificar en terreno la implementación en el Instituto Nacional de Geriatría, de la policlínica de especialidades. Se tomó conocimiento de

la elaboración de un Manual de Procedimientos para la atención en la Policlínica, el cual se encuentra actualmente en uso.

- VI. Para el nivel secundario y terciario, con focalización en hospital de especialidad, con permanente interrelación con otros hospitales de alta complejidad:

Proyecto de Implementación de Niveles Asistenciales no existentes en la actualidad, propios de la asistencia geriátrica para atención cerrada y abierta; hospitalización psicogeriátrica, hospital de día y atención domiciliaria, en Instituto Nacional de Geriátrica.

Respecto de este proyecto, el Panel fue informado por la Directora del ING, de que se inició su ejecución. No se dispuso de Informe de Avance por escrito.

- Organización que sustenta la función de producción de los componentes

Todos los componentes mencionados en el punto anterior corresponden mayoritariamente a acciones médico – curativas, las cuales son otorgadas a los AM a partir de la decisión comunicada desde la Unidad Coordinadora en el MINSAL, quien debe obtener de los Servicios de Salud un compromiso de gestión, estableciendo un determinado número de prestaciones a otorgar durante el respectivo ejercicio presupuestario. Este compromiso de gestión debe involucrar tanto a los establecimientos hospitalarios y consultorios que dependen del respectivo Servicio de Salud como a los consultorios de atención primaria municipalizados sobre los cuales ejerce tuición técnica.

Sobre la base de dicho compromiso, la Unidad Coordinadora envía un oficio a FONASA, ordenando la transferencia de los fondos. Una vez gastados y validado este gasto por la Unidad de Control de FONASA, esta institución “saldá” su cuenta con cada establecimiento, cubriendo o descontando las diferencias que se produzcan entre lo presupuestado y lo

efectivamente gastado, a partir de la siguiente remesa de fondos al respectivo Servicio de Salud.

Las prestaciones son realizadas por los hospitales y los consultorios pertenecientes al Servicio de Salud, además de los consultorios dependientes de las municipalidades ubicadas en el territorio en cuestión. Cada Servicio de Salud debe supervisar técnicamente y garantizar la correcta aplicación a los fines del programa de los fondos comprometidos. Ello ocurre tanto en los establecimientos de su directa dependencia como en los consultorios municipalizados, los cuales reciben las transferencias de fondos por la vía de la municipalidad respectiva y/o a través de la respectiva corporación de educación y salud.

El flujo de las decisiones es así:

MINSAL nivel central (unidad Coordinadora del PAM) » NORMATIVAS que se difunden hacia » SERVICIOS DE SALUD » ASUMEN COMPROMISO DE GESTIÓN CON » MINSAL nivel central (unidad Coordinadora del PAM) » FONASA TRANSFIERE FONDOS » SERVICIOS DE SALUD » SE EJECUTAN LAS ACCIONES POR SUS DEPENDENCIAS (HOSPITALES Y CONSULTORIOS) » INFORMAN A FONASA » FONASA EVALUA ACCIONES Y SOLUCIONA EVENTUALES DIFERENCIAS EN REMESAS » LOS SERVICIOS DE SALUD Y FONASA INFORMAN A LA UNIDAD COORDINADORA » UNIDAD COORDINADORA EFECTUA MONITOREO Y PROPONE AJUSTES NORMATIVOS Y OPERATIVOS.

- Función de producción de los componentes

Los AM beneficiarios de estas prestaciones acuden en primer término sea al consultorio o a los policlínicos de especialidades (incluyendo los CRS, o centro de referencia de salud, cuando existen). Idealmente, el primer lugar de contacto es el consultorio donde se realiza el examen por médico general y se solicitan algunos exámenes de laboratorio.

En muchos cuadros se indica tratamiento en domicilio y en otros incluso se practica algún tratamiento o prestación adicional en consultorio (por ejemplo, entrega medicamentos a pacientes crónicos, tratamiento de las neumonías con kinesiterapia, atención de fisiatra y

equipo incluyendo terapeuta ocupacional, PACAM, vacunación anti-influenza, atención odontológica, etc.).

En una proporción menor de casos se refieren los pacientes que requieren exámenes específicos, tanto clínicos como de laboratorios o Rx, a los policlínicos antes indicados (de especialidad adosados al hospital mientras que los CRS pueden estar a una distancia intermedia con el hospital). En estos policlínicos se practican exámenes más sofisticados para precisar el diagnóstico. Muchas veces se indica tratamiento ambulatorio por especialista. Otras veces se refiere el paciente al hospital para la realización de procedimientos diagnósticos aún más sofisticados o tratamientos específicos. Esos tratamientos incluyen intervenciones quirúrgicas y la indicación de hospitalización con cuidados especiales que no se obtienen en el hogar.

En el Anexo 4 se presenta un diagrama elaborado por la Unidad Coordinadora del PAM del MINSAL que presenta la función de producción aquí descrita.

<ul style="list-style-type: none">• Funciones y actividades de monitoreo y evaluación que realiza la Unidad Ejecutora

Conforme a lo indicado en la Ficha de Antecedentes elaborada por la contraparte ministerial y según pudo verificarse en el desarrollo de la evaluación, la Unidad Ejecutora o Coordinadora no realiza monitoreo alguno en el ámbito nacional que permita cuantificar la cobertura, así como no se ha efectuado el diseño y aplicación de algún instrumento que permita medir el grado de logro de las acciones propuestas, el nivel de calidad de las prestaciones así como tampoco el grado de satisfacción de los usuarios.

El único dimensionamiento y monitoreo posible, parte de la comparación de los compromisos de gestión suscritos por los Servicios de Salud, con lo efectivamente realizado, como se describe más adelante.

En el futuro se podrán monitorear algunas acciones del nivel primario con el formulario RMC (formulario de Registro Mensual Consolidado) 03 que se piensa incorporar.

En fecha reciente (Julio de 1999), se efectuó, por parte de otra Unidad del MINSAL, el monitoreo de los centros de atención familiar, para verificar el grado de cumplimiento de las metas programadas para el año, en cuanto a la aplicación de EISAM, conforme se describió anteriormente.

4. Eficacia del Programa

- Desempeño del Programa en cuanto a la producción de componentes esperados

En opinión del Panel, el conjunto de actividades curativas desarrolladas durante el período en evaluación, incluyendo algunos componentes preventivos o de fomento como el PAI y el PACAM, hasta ahora no ha presentado la estructura de un Programa (no hay asignación específica de presupuesto, no se especifica cobertura, no se indica secuencia de relacionamiento con otras entidades, no se indica esquema de monitoreo y evaluación), si bien se evidencia un incremento progresivo en el volumen de prestaciones otorgadas y de las transferencias efectuadas por FONASA a los Servicios de Salud. Esta opinión fue compartida por las contrapartes ministeriales.

La reformulación del Marco Lógico deberá considerar la reestructuración de los actuales componentes y la incorporación de nuevas actividades.

Se presenta un resumen del cumplimiento de lo programado por cada uno de los componentes del Programa:

- b) Personal de la salud sensibilizado y capacitado en la atención de salud del Adulto Mayor.
 - En 1998 se inició la contratación de enfermeras (dos horas/día por consultorio) para 54 consultorios, y se diseñó la pauta de evaluación integral de salud del AM (EISAM).
 - No se ha producido la contratación en 1999 de nuevo recurso profesional (enfermera) para otros 35 consultorios.
 - La capacitación realizada para estas enfermeras y para los demás integrantes de los equipos de salud que atienden adultos mayores está en inicio y bien diseñada. Sin embargo, la información referida a las actividades desarrolladas en el inicio del proceso aparece como insuficiente, en términos de los contenidos, alcance y cobertura (número de profesionales capacitados).
 - También en 1998 se diseñaron y distribuyeron manuales de autocuidado y otros que empezaron a ser utilizados en actividades educativas desarrolladas con el equipo de salud de algunos consultorios y también, con algunos grupos de Adultos Mayores. La

ejecución del diseño de materiales educativos debiera completarse. Su cobertura deberá ampliarse notablemente.

- En cuanto a la dotación de especialistas el balance es negativo (en 1995 había 12 médicos con formación geriátrica). En el futuro se deberá planificar la implementación del servicio de Geriatría dentro de los servicios de Medicina Interna en los hospitales generales.

o. Otorgamiento de Ortesis y Prótesis

- En cuanto a las asignaciones especiales para actividades curativas en el AM, el primer componente histórico adjudicado a este Programa se inicia oficialmente en Enero de 1995, con la asignación por parte de FONASA de un fondo por \$1.500.000.000, destinados a la entrega de prótesis y órtesis. Se operó desde el primer momento en forma descentralizada, siendo los Servicios de Salud los responsables de fijar sus metas, expresadas en número de elementos a distribuir, así como de la ejecución, por la vía de la entrega a sus beneficiarios. El cumplimiento por parte de los Servicios de Salud, durante el período en evaluación, está en torno del 90 % de lo comprometido, tanto en número de prestaciones como en el gasto efectivo, con excepción de la entrega de cojines antiescaras, que está en guarismos iguales o menores al 50%.

p. Resolución quirúrgica de enfermedades de costo catastrófico

- En el cuadro resumen del Anexo 2 (Número de Prestaciones 1995-1998) se detalla para cada año el número de intervenciones quirúrgicas realizadas bajo este componente para AM. Aunque no se dispone del número de pacientes beneficiados, es muy posible que en general coincidan. El número de prestaciones ha ido en aumento desde 1995 proporcionando soluciones a un número importante de AM (desde 1999 más de 20.000). Sin embargo, los beneficiarios efectivos representan una proporción ínfima de la demanda real por este tipo de prestaciones. Se estima que podría llegar a 2% de la población general mayor de 65 años y si correspondiera sólo a los 120.000 AM beneficiarios pobres (estimación preliminar de CASEN 1998) donde posiblemente se hayan concentrado estas intervenciones, ellas cerca del 20% de la población respectiva. Ello parece ser altamente satisfactorio porque actualmente las

intervenciones quirúrgicas en la población general FONASA e ISAPRE fluctúan entre 7 y 10%.

q. Acortamiento de tiempos y listas de espera para algunas atenciones quirúrgicas

- Este es el Programa de Oportunidad en la Atención (POA), que pretende garantizar una atención antes de un lapso de tres meses, a adultos mayores que requieren soluciones quirúrgicas.
- Se trata de otorgar prioridad para la resolución quirúrgica de enfermedades de costo catastrófico en los adultos mayores, tales como coleditiasis, prolapso uterino, hiperplasia prostática, hernia inguinal. Tampoco ha sido monitoreado.
- En el cuadro resumen del Anexo 2 (Número de Prestaciones 1995-1998) se detalla para cada año el número de intervenciones quirúrgicas realizadas bajo este componente para AM. Aunque no se dispone del número de pacientes beneficiados, es muy posible que en general coincidan. Se podría estimar para 1996 un número aproximado de casi 1,300 beneficiarios. Durante los otros años esta actividad fue mínima según el cuadro señalado. Sin embargo, lo ocurrido es que no se monitoreó lo realizado en los años siguientes en el marco de este programa POA. Esto fue porque la asignación presupuestaria, aunque se mantuvo, pasó a estar incluida en los presupuestos regulares y en los fondos de la agenda social del Gobierno. No es posible determinar la cifra actual de beneficiarios con la información disponible.

r. Tratamiento ambulatorio y en hospitalización de las neumonías del Adulto Mayor

- Se trata de otorgar atención especial a los adultos mayores que sufran de alguna enfermedad respiratoria aguda. Datos preliminares para 1998 indican que 82% del total de fallecimientos por enfermedades respiratorias se producen en los mayores de 65 años. En los meses de invierno las enfermedades respiratorias constituyen la causa más importante de consulta en la Atención Primaria, Servicios de Urgencia y SAPUs (Urgencia de nivel primario). Se han elaborado normas de diagnóstico y tratamiento ambulatorio (ver referencia anterior).
- Durante el invierno de 1997 se lanzó un programa piloto en la Región Metropolitana que se ha continuado en el ámbito nacional. En la atención primaria o en el primer contacto

de urgencia los pacientes AM reciben antibióticos de segunda generación que tienen menor probabilidad de presentar resistencia bacteriana (amoxicilina - ácido clavulánico) a diferencia de los menores de 65 años. Estos pacientes son referidos preferencialmente a los Policlínicos de Broncopulmonares respectivos donde se realiza una batería de exámenes y controles, considerándose también la hospitalización.

- Este nuevo programa de tratamiento, tanto ambulatorio como de hospitalización, a través de consultas externas y de 2.700 hospitalizaciones contribuyó a reducir la tasa de mortalidad por infección respiratoria aguda baja de 560,7 en 1996 a 470,5 en 1998 (por 100.000 AM de 65 años), indicando una reducción de 16,1%.

s. Diseño de un Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM)

- Consiste en el diseño de los procedimientos y la elaboración de un alimento (crema – puré) cuya finalidad es contribuir a la solución de problemas de carencia nutricional y calórica para adultos mayores de 70 años. Secundariamente, podría contribuir a atraer a esta población a los centros de atención primaria, donde se les realizaría el control de salud. El criterio para establecer el límite de edad es el hecho de que en ese tramo etéreo, los Adultos Mayores presentan una mayor deficiencia nutricional.
- Para acceder a este programa, los AM deben ser beneficiarios del FONASA y atendidos en los consultorios de salud, centros de salud familiar y otros establecimientos de atención primaria, debiendo cumplir con los controles de salud establecidos. Para ello se seleccionó a 87 consultorios, incluyendo 35 centros de salud familiar, usando el criterio de vulnerabilidad social de la comuna, la motivación de la corporación de salud municipal por participar y los recursos humanos disponibles. Dicho programa se inició en Mayo de 1999, con el objetivo de abarcar en una primera etapa a unos 85.000 adultos mayores de 70 años.
- El Panel opina que el aporte calórico - proteico es muy bajo y en el caso de los principales micronutrientes cubre 25% de las necesidades. Este aporte alimentario es mínimo para el grupo en real necesidad, que son los Adultos Mayores pobres (cerca de 140.000) y dentro de ellos particularmente los indigentes (30 a 40.000). Por este motivo, en otra sección se propone una actividad complementaria (tipo almuerzo) que contribuiría a solucionar esa falencia.

- t. Diseño de un Programa de dispensación de medicamentos para tres patologías de alta prevalencia y trascendencia en el Adulto Mayor.
- Se trata de un nuevo programa para la dispensación de medicamentos para la hipertensión, la diabetes y la depresión, en los adultos mayores, consistente en la entrega de los medicamentos prescritos, en un envase personalizado, con un rótulo conteniendo información sobre nombre, dosis y horario, efecto causado, tiempo de tratamiento, posibles efectos no deseados y qué hacer en caso de omisión de dosis. Debe notarse que los diagnósticos de hipertensión y diabetes son de alta prevalencia dentro de las enfermedades crónicas de los AM (153.989 y 40.885 pacientes en control), por lo que nos parece muy adecuado focalizar este componente en estas patologías, agregando la depresión.
 - En fecha reciente (junio de 1999) finalizó la elaboración de la Guía para la selección y prescripción de medicamentos en el Adulto Mayor. En Agosto de 1999 se inaugura este Programa por el Presidente de la República. Se estima que el inicio de la entrega efectiva de medicamentos será a partir de Septiembre de 1999. Se ha analizado por la Unidad de Farmacia del MINSAL las alternativas de utilizar como canales de distribución a las farmacias comerciales fiscalizadas por los servicios de salud y a los consultorios. El estudio de costos indicó que el financiamiento disponible en el Sistema Nacional de Servicios de Salud no alcanzaría a cubrir la distribución mediante la red privada de farmacias comerciales. Sin embargo, sería factible atender a la totalidad de la población bajo control, adquiriendo los medicamentos a través de la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST). Adicionalmente, se diseñó un registro de recolección de datos, para posterior evaluación, en el evento de poner en práctica la modalidad propuesta.
 - La propuesta de entregar medicamentos en forma personalizada a través de un rótulo con importante información le pareció al Panel muy adecuada para el manejo por parte del AM, lo mismo que la idea de educar a la familia en el manejo de los medicamentos. Lo anterior involucra una dedicación de tiempo a rotular y a educar que no se ejercía normalmente por el personal de Farmacia del consultorio. Esto implica una utilización adicional de horas hombre que deben traducirse en nuevos cargos, con el consiguiente gasto extraordinario. El proyecto farmacéutico no consideró el dimensionamiento de estas horas adicionales.

- Sin embargo, al Panel le parece importante que los medicamentos sean recetados, dispensados y utilizados adecuadamente; esto es, que estén correctamente indicados para la patología respectiva, que sean dispensados en dosis adecuadas y por último, que el paciente cumpla con la prescripción, manteniendo la adhesividad al tratamiento. En ese contexto, las tareas propuestas parecen indispensables. De lo contrario, se puede desperdiciar todo el gasto en los mismos medicamentos sin resolver la patología.

u. Investigación y desarrollo de un Nuevo Modelo de Atención del Adulto Mayor.

- Consiste en un estudio encomendado al Instituto Nacional de Geriátrica, que se encuentra en proceso desde 1994. El objetivo general de dicho estudio, tratado como un proyecto piloto, es *“evaluar, definir e implementar en el sistema público de salud un modelo propio para la atención de salud de la población Adulta Mayor, basado en el mantenimiento de la funcionalidad”*. El diseño original del proyecto consideraba su ejecución en forma independiente para cada uno de los tres niveles, Primario, Secundario y Terciario. Como se indica a continuación, cada nivel es un proyecto independiente y a su vez desarrollado en etapas. Al Panel le parece que no es posible evaluar su eficacia en este momento porque es una tarea en desarrollo. Sin embargo, podemos decir que los primeros aportes han sido acogidos por el MINSAL y son claramente relevantes para este Programa.

VII. Para el nivel primario de atención, con focalización en la comunidad:

Proyecto Control Sano del Adulto Mayor

El Control Sano del Adulto Mayor efectuado por médico, enfermera y asistente social, integrantes del equipo básico de atención geriátrica en el nivel primario, está destinado a realizar una evaluación comprensiva o funcional integral, con el objetivo de detectar precozmente situaciones que coloquen en riesgo su autonomía física, psíquica y/o social y mantener un adecuado estado de salud.

El Panel tomó conocimiento del documento (primer borrador) del **Manual de Control Sano del Adulto Mayor en Atención Primaria**, elaborado en el marco de este proyecto. No se conoce la versión final del citado documento.

Fue posible verificar que la Evaluación Integral de Salud del Adulto Mayor (EISAM) se está realizando, a manera de plan piloto, en los Centros de Salud Familiar. Hasta el 30 de Mayo de 1999, se habían realizado 4.019 EISAM en 34 Centros de Salud Familiar, lo que representa un 30,29% de cumplimiento global, respecto de la meta anual programada.

Los profesionales que están realizando esta actividad son enfermeras de planta de los establecimientos, apoyadas por médico o nutricionista en algunos casos.

Los adultos mayores que están recibiendo esta prestación son los usuarios del respectivo establecimiento, hayan sido o no adscritos al plan de salud familiar.

En ocho de los 34 centros se utiliza como criterio atender a la población mayor de 70 años, de acuerdo a las pautas definidas por el PACAM. Cuatro centros complementan el examen con visitas a pacientes postrados; cuatro se coordinan con grupos comunitarios (clubes de ancianos, unidades vecinales, etc.); en otros cuatro centros se prioriza a la población AM crónica y en un centro se complementa el EISAM con atención por geriatra a los pacientes de riesgo funcional, examen cardiopulmonar y de próstata.

VIII. Para el nivel secundario, con focalización en un hospital de especialidad, con permanente interrelación con el nivel primario de atención:

Proyecto Implementación de Policlínica de Especialidades de Geriatría y Psicogeriatría, en Instituto Nacional de Geriatría.

Respecto de este proyecto, el Panel pudo verificar en terreno la implementación en el Instituto Nacional de Geriatría, de la policlínica de especialidades. Se tomó conocimiento de la elaboración de un Manual de Procedimientos para la atención en la Policlínica, el cual se encuentra actualmente en uso.

IX. Para el nivel secundario y terciario, con focalización en hospital de especialidad, con permanente interrelación con otros hospitales de alta complejidad:

Proyecto de Implementación de Niveles Asistenciales no existentes en la actualidad, propios de la asistencia geriátrica para atención cerrada y abierta; hospitalización psicogeriátrica, hospital de día y atención domiciliaria, en Instituto Nacional de Geriátrica.

Respecto de este proyecto, el Panel fue informado por la Directora del ING, de que se inició su ejecución. No se dispuso de Informe de Avance por escrito.

• Relación entre la generación de componentes y el logro del propósito

No obstante que la generación de los componentes no ha respondido a una estructura de Programa, existe una relación directa entre esta generación y el logro del propósito, conforme puede verificarse de lo indicado en las respuestas anteriores.

Sin embargo, su cumplimiento no puede ser evaluado en términos de la eficacia en el logro del propósito, por cuanto no existe monitoreo del grado de la satisfacción de la demanda de los usuarios, así como no existen metas propuestas en forma previa, cuantificadas y específicas.

Esta relación podría mejorarse, mediante el fortalecimiento estructural de la Unidad Coordinadora, así como el establecimiento de esquemas de evaluación permanente de la calidad y cobertura en la producción de los componentes. Específicamente, en el caso de la entrega de órtesis y prótesis, es preciso incorporar esquemas de evaluación ex – ante y ex – post, respecto de la calidad de estos implementos, así como la pertinencia de su uso por parte del respectivo beneficiario, en términos de que su aplicación lo sea de acuerdo a la falencia o minusvalía que éste presente. En otras palabras, que le solucione efectivamente la falencia que presenta (ex – ante) y además, que su utilización (cuando es externo) sea real y efectiva (ex – post).

Es de suma importancia establecer mecanismos para la aplicación del procedimiento de evaluación de riesgo y “reclutamiento” de adultos mayores en el nivel primario de atención

(NPA), utilizando entre otros instrumentos a las organizaciones comunitarias (Juntas de vecinos, comités y clubes del Adulto Mayor, colegios, agrupaciones scouts, etc.) y a las Direcciones de Desarrollo Comunitario de las Municipalidades, así como perfeccionar los procedimientos de coordinación con otros organismos que gestionan programas para el Adulto Mayor, en el marco de la Política Nacional enunciada sobre el tema. Esto permitirá incrementar la cobertura y precisar con claridad la población objetivo.

De igual manera, deben perfeccionarse los mecanismos de atención al Adulto Mayor, proporcionando soluciones con mayor grado de calidad y de oportunidad, orientadas a prevenir el deterioro y la pérdida de autovalencia. Esto se logrará principalmente por la vía de mejorar los procedimientos y normas para su registro, evaluación y atención, tanto en el nivel primario como en lo que respecta a la derivación y atención en los CRS y consultorios de especialidades.

Todo lo anterior va ligado con la preparación de los recursos humanos necesarios, ya sean integrantes del equipo de salud o miembros de las organizaciones comunitarias. Para solucionar los requerimientos inmediatos, es preciso formular e implementar con mayor precisión y cobertura, un programa de capacitación, sobre aspectos relativos al "reclutamiento" y atención a los Adultos Mayores.

Para los requerimientos que se originen en la planificación futura de la implementación del Programa, debe obtenerse la incorporación de materias de Geriátrica y Gerontología en el nivel de pregrado de profesionales médicos y paramédicos y en la formación de los Técnicos Paramédicos (cursos de 1.200 y 1.500 horas, reconocidos y/o impartidos por el MINSAL y los Servicios de Salud).

<ul style="list-style-type: none">• Nivel de logro planificado y real del propósito del Programa
--

Las evidencias de la aplicación de actividades que podrían clasificarse como correspondientes al Programa, indican que entre 1995 y 1998, en términos generales y dentro del Programa de Salud del Adulto, las programaciones se han cumplido en porcentajes cercanos o en torno del 90 %. Por tratarse de acciones médico – curativas, es

necesario especificar que todas ellas han estado orientadas a lograr la recuperación de parte de la autovalencia perdida por aquellos Adultos Mayores que fueron beneficiados con su aplicación.

Existen varios estudios sobre la morbilidad prevalente en el Adulto Mayor (entre otros: E.Medina. Santiago, 1977; C.Acuña y M.Escobar, Santiago, 1986; X.Berríos, Santiago, 1989; E.Fasce, Concepción, 1991; E.Medina, Santiago, 1993-1994), la mayoría anteriores al inicio del Programa. Sin embargo, por el hecho de que las metas del Programa sólo han sido formuladas en fecha reciente (fines de 1998), no es posible aun establecer una evaluación en términos de alcance, cobertura y costo – efectividad, de las acciones efectuadas. No existen cifras que permitan efectuar dicha evaluación. No es posible realizar una evaluación acotada. Sólo se puede indicar que la población atendida es baja frente a la demanda potencial.

Entre la información con que se contó, el MINSAL informa que en el año 1998 se implementó un nuevo programa de tratamiento ambulatorio y de hospitalización de las neumonías en los adultos mayores, a través de consultas externas y de 2.700 hospitalizaciones, *“permitió reducir la tasa de mortalidad por IRA baja en ese grupo etáreo de 560,7 en 1996 a 470,5 en 1998 (por cien mil Adulto Mayor de 65 años)”* (Balance a fines de 1998 del Estado de Ejecución del Programa de Salud del Adulto Mayor del Ministerio de Salud), es decir, una reducción de un 16,1% en dos años, lo que en términos absolutos significó evitar 591 muertes, por este solo concepto. No se dispone de otras informaciones que permitan efectuar evaluación del mismo tipo respecto de otras metas.

<ul style="list-style-type: none">• Efectos directos en los beneficiarios efectivos del Programa
--

No es posible evaluar estos cambios, dado la falta de monitoreo de la calidad y oportunidad de las soluciones otorgadas a los beneficiarios.

- Grado de Focalización del Programa

De acuerdo a la información de carácter general existente y auditada por FONASA respecto de las prestaciones otorgadas por los Servicios de Salud, en términos generales, el componente curativo del Programa se ha orientado en su totalidad a beneficiarios del Sistema, calificados en su mayoría en los niveles A y B (indigentes). Sin embargo, la cobertura es aun un guarismo menor (en torno del 8%), respecto de la totalidad de beneficiarios potenciales. Se habla de alrededor de 830.000 beneficiarios potenciales, y el nivel máximo de prestaciones otorgadas en 1998 por la totalidad del Sistema Nacional de Servicios de Salud, es de 81.647 (cifra validada por el Departamento de Control de FONASA), muchas de las cuales fueron recibidas probablemente por un mismo beneficiario.

En cuanto a las acciones médico – curativas, la cobertura ha ido en aumento con el curso de los años. En el nivel de prevención y específicamente en el NPA, recién se ha iniciado la pesquisa y reclutamiento de los Adultos Mayores, proceso en el que posiblemente ayudará la implementación del PACAM, que podría transformarse en un incentivo para que los AM accedan a los consultorios. Sin embargo, falta por implementar en forma integral, al menos en los 87 consultorios designados para esta primera etapa o “plan piloto”, el proceso de pesquisa, registro y aplicación de la encuesta de evaluación de riesgo funcional, instrumento que permitirá establecer en forma preliminar las características de la población objetivo. Los requerimientos reales de recursos (humanos, financieros, medicamentos, etc.) se definirán con los estudios de demanda por atención médica en los CRS o en los consultorios.

- Grado de satisfacción de los beneficiarios efectivos

No se han aplicado instrumentos que permitan determinar el grado de satisfacción de los usuarios. En fecha reciente se ha iniciado el seguimiento de algunos casos de implantación de órtesis y prótesis que, o no es utilizada por el beneficiario, o no cumple con el

requerimiento para solucionar su minusvalía o falencia (información verbal proporcionada por el Dr. Manuel Ipinza, MINSAL).

5. Eficiencia del Programa

• Consecución de los componentes del Programa planificado y real
--

- La consecución de los componentes actuales del Programa es alta, contribuyendo al logro del propósito. Sin embargo, la falta de definición de poblaciones objetivo y la falta de monitoreo de las acciones atenta en contra de la medición de la eficiencia del programa. La información que está disponible refleja solamente el número de acciones realizadas y el precio que FONASA estableció para cada una. No se conoce el detalle de los costos incurridos para otorgar cada prestación (por hospital o consultorio). A pesar de esta falta de información que permita comparaciones más precisas, podemos decir que en conjunto el sistema público opera con costos que no son reembolsados a su valor real, llevándolo a su desfinanciamiento. Ello indica que es costo-efectivo en la comparación con los valores estimados, a pesar de que se sabe que es un sistema con muchas falencias.
- Para mejorar su eficiencia se propone coordinar sus acciones con el Programa de Salud Familiar del MINSAL.
- El deficiente estado nutricional de los adultos mayores pobres, particularmente de los indigentes (entre 30 y 40.000), condiciona un peor estado de salud general con un claro impacto en la calidad de la sobrevivida y en los costos de atención y se requiere de un aporte alimentario mucho mayor al que reciben por el PACAM (Programa de Alimentación Complementaria del AM). Se propone que este aporte alimentario consista en una colación diaria comprada y distribuida en forma similar a lo que hace la JUNAEB con el Programa de Alimentación Escolar.
- En general, no se ha efectuado control de calidad de los componentes y sólo recientemente se ha iniciado el seguimiento de algunos casos (audífonos, lentes, etc.).
- No existe actualmente un sistema de monitoreo mínimo que permita evaluar la gestión, así como, por su reciente inicio como programa, no hay registro estadístico específico del AM. El AM que concurre para consulta médica al consultorio de atención primaria cercano a su domicilio, recibe su atención en el marco del Programa de Salud del Adulto y su registro estadístico lo clasifica como: "Adulto, de 15 años o más", lo que dificulta el hacer un seguimiento sobre las causas de consulta y sobre el costo de los tratamientos.

- Costos unitarios y calidad de los componentes, comparación con costos referenciales de otros programas del sector público o privado

Este tema está analizado más adelante (ver seis páginas más adelante) en el punto sobre Análisis de eficiencia en temas como costos administrativos y otros.

- Organización de actividades e identificación de actividades que no se llevan a cabo en la actualidad y que podrían mejorar la eficiencia del programa.

Se incluyen a continuación algunas actividades que, en opinión del Panel, contribuirían a mejorar la eficiencia del programa. Es importante mencionar que el concepto de eficiencia, definido como el logro del objetivo con el menor costo posible, es difícil de aplicar respecto de las acciones de salud. Probablemente el concepto correcto es el de costo – efectividad, en el sentido de obtener un mejor resultado con el costo incurrido. En ese sentido se orientan las propuestas que se incluyen aquí.

- **Una actividad de carácter social y nutricional, por ejemplo, almuerzo diario.** Esta actividad se ha justificado en los Estados Unidos de Norte América con diversos argumentos, donde es un programa nacional que distribuye comidas calientes para 2.4 millones de AM en lugares comunitarios y para 877.000 en sus hogares (Administration on Aging, Agencia del Gobierno, 1999).

El Representante Joseph P. Kennedy II ha señalado que la malnutrición es una razón principal en contribuir a la muerte de los AM y que 85% de ellos tienen condiciones crónicas que se beneficiarían de una mejor nutrición; así se ahorran al menos tres dólares de costos de cuidados a la salud por cada dólar gastado en alimentos. Sin estas comidas diarias y los servicios agregados de apoyo decenas de miles de AM perderían su independencia y deberían entrar al cuidado institucional (Nutrition Reviews 1996; 54: S57-S58). El mismo Representante señala que los AM con hambre en ese país se estiman entre 2.5 y 4.9 millones (posiblemente 10% del total de AM). Otro Representante señala que el programa de nutrición en la comunidad no sólo mejora la

dieta y salud de los participantes, sino que disminuye el aislamiento social comprometiendo a las personas con una actividad fuera del hogar, aportando significativamente a la sanidad mental y física; para los AM que reciben las comidas en casa, esto les ayuda a obtener asistencia de otros tipos (Goodling W. Nutr Reviews 1996; 54: S55-S56).

Por otra parte, las evaluaciones de este programa han concluido que: a) los participantes consumen diariamente mayor cantidad nutrientes claves que los no participantes; b) este programa provee a los participantes 40-50% de toda la alimentación diaria; c) los participantes tienen en mayor cantidad de contactos sociales que los no participantes; d) la mayoría de los participantes está satisfecho con los servicios del programa (Administration on Aging, Agencia del Gobierno, 1999).

En Chile, el diagnóstico del estado nutricional de los ancianos no es completo. La información más reciente y que fue tomada en una muestra representativa de las comunas de la Región Metropolitana donde se desarrollará el componente de atención primaria del PAM, revela que en los grupos pobres aproximadamente un cuarto de los sujetos tiene bajo peso para la talla y que tienen una evidente sub-alimentación (Atalah E, et al. Rev Méd Chile 1998; 126: 489-96). Recientemente Marín et al encontraron que más del 25% de los adultos mayores nonagenarios presentan bajo peso para la talla (IMC menor a 20). (Marín PP et al. Rev Med Chile 1997; 125: 539-43).

Existen versiones que pudimos confirmar con FONASA que el nuevo PACAM destinado al AM se creó con los ahorros del PNAC al reducir a la mitad la entrega de leche a las embarazadas normales y con sobrepeso. Diferentes especialistas, incluyendo los Drs. Fernando Monckeberg y Francisco Mardones Restat, han señalado a la prensa y a las autoridades de salud que la reducción del aporte de calcio de alta biodisponibilidad a mujeres embarazadas de bajos ingresos es riesgoso o inadecuado, aún cuando sea el caso de madres con buena relación peso para la talla porque no tienen otra fuente del mismo. Este Panel suscribe esa opinión. Por otra parte, opinamos que no sería adecuado que tanto el PAM como el PACAM se implementaran reduciendo alguna

actividad del programa materno – infantil (por ejemplo, reduciendo las horas/enfermera), incluyendo a su PNAC.

Por ello, es también fundamental ampliar el plan de medicina familiar del MINSAL como se explica más adelante.

Es necesario volver a considerar la inversión en el PNAC durante el embarazo. Existe evidencia de que las características del embarazo y el crecimiento del niño en los primeros años de vida pueden programar en un cierto nivel el comienzo de la enfermedad crónica en el adulto, observándose en varios estudios un aumento de la mortalidad por causas cardiovasculares en los desnutridos intrauterinos.

Se está dando un aumento creciente de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en muchos adultos chilenos; esta es la principal causa de muerte en Chile. Este grupo, de acuerdo a la hipótesis de Barker, habría tenido en una importante proporción retardo de crecimiento intrauterino, lo cual estaría condicionando el inicio de una epidemia de factores de riesgo cardiovascular. La mejoría de la nutrición materno infantil debiera ser una prioridad no sólo por una preocupación inmediata o urgente sino que también como una medida preventiva contra la aparición, en el adulto, de la enfermedad crónica (Shetty PS. Diet-, nutrition-, and lifestyle-related chronic non-communicable diseases; the emerging epidemic in developing countries. Nestle Foundation Annual Report 1997: 53-61).

Es necesario también asignar nuevos dineros a este almuerzo o colación diaria dirigida al menos a los AM en extrema pobreza, cuyo ingreso no alcanza a comprar una canasta familiar de alimentos.

Si se compara la experiencia del PNAC, que está intrínsecamente ligada a las acciones estatales en salud materno - infantil, con una gran frecuencia de controles de salud, ello no es el caso de las necesidades de la población AM. Aunque la crema - puré contiene los micronutrientes más importantes llegando a cubrir 25% de las recomendaciones, su aporte en calorías y proteínas es muy escaso. Comparativamente, el PNAC puede

cumplir objetivos nutricionales mucho mayores porque estas necesidades del niño y las extras del embarazo y la lactancia se cubren casi en un 100%, lo que no necesariamente ocurre con los 2 kg de crema - puré para un AM.

Es posible que el PACAM cumpla un rol de atracción de la población AM al control de salud. Sin embargo, nos parece necesario instaurar la colación para el grupo en extrema pobreza, que posiblemente sean unas 30.000 personas (3% de AM indigentes de acuerdo a datos preliminares CASEN 98). El argumento de que el costo es una limitante insalvable no es válido si se compara con el costo de dotar de almuerzos y desayunos a los escolares a través de la JUNAEB, distribuyéndose cerca de 800.000 raciones diarias sólo en la educación básica; el costo actual del almuerzo debe estar entre 300 y 500 pesos (Mardones S. F. et al. Rev. Chil. Nutr. 1998; 25: 57-68).

Estas poblaciones (AM y escolares) tienen como rasgo similar la necesidad de congregarse para actividades específicas. La experiencia de la JUNAEB podría ser valiosa para efectos de establecer el sistema de distribución de las colaciones propuestas para los Adultos Mayores, utilizando como recintos de distribución, por ejemplo, los Centros de Atención y Desarrollo del Adulto Mayor.

- **Ampliar notablemente la red de atención primaria con centros de salud familiar.**

En los años 30 contaba con 200 consultorios de atención primaria urbanos para una población urbana de 2 millones de habitantes. Actualmente, a pesar de los avances en la atención primaria, contamos sólo con 380 consultorios para una población urbana algo menor a los 15 millones de habitantes, de los cuales alrededor del 70% son beneficiarios o usuarios de la red pública. Es necesario aumentar notablemente lo existente pero además fortalecerlo cambiando el modelo de atención hacia uno de **salud familiar**, tarea en la que está empeñado el MINSAL.

- **Formar y capacitar a los recursos humanos del NPA orientando los esquemas de atención hacia el concepto de salud familiar.** El principio de registro y convocatoria implícito en el procedimiento de asignación de presupuestos percapita tiende precisamente a esto. La importancia de reforzar este proceso dice relación con lograr

una mayor y más fácil pesquisa en el interior de la familia, con el objeto de integrar al Adulto Mayor a las actividades de prevención y control sano en el NPA, previniendo así el deterioro, por la vía de detectar tempranamente el riesgo de pérdida funcional.

Sobre este tema, el Ciclo de Destinación como mecanismo de regulación del mercado de especialistas médicos podría ser la herramienta que posibilitara la implementación de este modelo de atención. Existe consenso actualmente que la realidad chilena ya no pide un médico general indiferenciado. Ello está reflejado en el planteamiento de ASOFAMECH en la reunión de Baños del Corazón de 1996.

Para mejorar el Ciclo de Destinación proponemos específicamente que se aumente la contratación en el mismo al menos al doble, focalizándose en la especialización de médico familiar (del adulto y del niño). De esta manera el Ciclo de Destinación sería el brazo ejecutor de una gran política nacional destinada a fortalecer la medicina familiar. Es obvio que se debieran aumentar sustancialmente los recursos para el Ciclo.

- En el presente proceso de evaluación se ha reiterado la necesidad de **perfeccionar la coordinación intra e intersectorial**, con otras entidades que también gestionen programas para el Adulto Mayor, conforme a la orientación contenida en el documento Política de Salud del Adulto Mayor (1998).

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Duplicación de funciones con programas que tienen el mismo grupo de beneficiarios objetivo y nivel de coordinación en los casos de intervenciones complementarias. |
|--|

No se detectaron antecedentes de duplicaciones importantes. Sólo existen en escasas actividades de carácter experimental. Este es el caso de la contratación de profesionales del área de la Salud y la compra de medicamentos, prótesis y órtesis, con recursos de programas gestionados por el FOSIS o las municipalidades.

El programa en el futuro no debería superponer ni duplicar trabajo con otros programas que tienen el mismo grupo de beneficiarios objetivos. De hecho, el objetivo fundamental de la

Política Nacional para el Adulto Mayor, supone una complementación de acciones que tienden a recuperar y mantener la autovalencia de los AM, así como integrar o reincorporar a este grupo etéreo a la vida en comunidad.

- Análisis de eficiencia en temas como costos administrativos, ejecución presupuestaria, costo por beneficiario y comparación con otros programas del sector público o privado entre otros.

La información de que se dispone hasta ahora, no permite el desglose solicitado. La información proporcionada por FONASA sólo establece el precio que la propia institución ha fijado para cada prestación, valor que es multiplicado por el número de prestaciones estimados a realizar, para determinar el monto de las respectivas transferencias de fondos a los Servicios de Salud. Las diferencias que se producen entre lo comprometido a realizar por los SS y lo efectivamente realizado, son compensadas en las siguientes transferencias, una vez validada la información proporcionada por los SS, por parte del Departamento de Control de FONASA. Sin embargo, los valores unitarios de prótesis y órtesis parecen razonablemente realistas con respecto al mercado, puesto que son similares.

Otro análisis más importante por su incidencia en los costos se refiere a las consultas y las hospitalizaciones. Este se realiza a continuación con datos del sector público y luego del sector privado.

En el Instituto Nacional de Geriátrica (ING), durante el año 1997 y a partir del sistema de monitoreo de costos SIGH (Sistema de Información para la Gestión Hospitalaria), se realizó un estudio de costos de las prestaciones, consulta o control médico de especialidades y del valor del día cama con hospitalización integral, día cama integral geriátrica y día cama pensionado. Debido a la metodología utilizada, el costo obtenido es el costo unitario promedio, ya que se determinaron costos totales para el total otorgado de cada tipo de prestación, dividiendo luego por el total de prestaciones por tipo.

Se incluye a continuación un cuadro que indica en miles de pesos, por tipo de prestación, el costo unitario, desglosado en gasto directo y gasto indirecto, y su comparación con el arancel FONASA, para cada prestación. Dicho arancel, para efectos de este análisis, representó el

valor que FONASA transfiere al ING, a través del SSM Oriente, para cubrir el costo unitario de la prestación, y la diferencia entre ambos valores corresponde al valor que el usuario debe enterar en el hospital.

**COMPARACION COSTOS V/S ARANCEL FONASA
EN MILES DE PESOS DE 1997**

Tipo de Atención	Costo Directo	Costo Indirecto	Costo medio Total	Arancel FONASA	Diferencia	Dif de Costo Cargo Hosp. %	Dif de Costo Cargo Paciente %
Consulta o control médico de especialidades	8.89	2.71	11.60	2.90	8.70	400	75
Día cama hospitalización integral medicina	9.43	6.40	15.83	15.50	0.33	102	2
Día cama integral geriatría	5.50	4.01	9.51	10.70	(1.19)	(12)	(12.5)
Día cama pensionado	21.51	8.75	30.26	20.60	9.66	147	31.9

Aun cuando el ejemplo del ING no está referido específicamente a las prestaciones incluidas en los programas de FONASA de prótesis y órtesis, enfermedades catastróficas y oportunidad en la atención, refleja que, entre el precio que FONASA establece para las prestaciones consideradas en dichos programas, y el costo que para un hospital público representa el otorgar la prestación, existe una diferencia que, en la modalidad de libre

elección, debe ser cubierta por el usuario, en proporciones que van desde el 10 % hasta el 75%.

En la modalidad institucional, representa un costo no recuperable para el hospital. Al efectuar la comparación (de Costo Cargo Hospital), es posible verificar que el costo incurrido al otorgar la prestación, en promedio es notablemente más alto que el precio que FONASA paga al establecimiento.

Al efectuar la misma comparación con los aranceles cobrados por los hospitales más baratos del sistema privado (Referencia: aranceles de los Hospitales Clínicos de la Universidad Católica y J. J. Aguirre, en sala y respecto de las mismas prestaciones contenidas en los programas), se verifica que la proporción cubierta por el arancel de FONASA está en torno del 30 %, debiendo el usuario en estos casos, costear la diferencia.

Se hace presente que muy pocos hospitales públicos conocen los costos por prestación, no obstante haberse implementado el sistema SIGH hace ya algunos años. En varios hospitales dicho sistema se encuentra actualmente en desuso lo que resulta inconveniente desde el punto de vista del mejoramiento de la gestión. Su aplicación permitiría disponer de información actualizada y analizada que es pertinente para una mejor toma de decisiones. El MINSAL debería insistir ante los Servicios de Salud para una efectiva aplicación de sistemas de gestión de este tipo.

<ul style="list-style-type: none">• Condiciones para una eventual recuperación de costos.

Por tratarse en la mayoría de los casos, de beneficiarios del sistema público que no tienen acceso a otras fuentes de financiamiento (alrededor de 93% de los AM de acuerdo a la estimación de FONASA), no es posible estimar recuperación de costos por los servicios prestados a ellos en el marco de este Programa. En el caso de aquellos usuarios que optan por la modalidad de libre elección (posiblemente un tercio), la diferencia costeadada por ellos podrá considerarse como una recuperación de costos por los servicios prestados por el programa. De la misma forma, aquellos usuarios que son afiliados a alguna ISAPRE. En

todo caso, representan una minoría respecto del total de AM que se atiende en los hospitales públicos.

Más aún, la población beneficiaria del sistema ISAPRE se reduce notablemente en la edad de jubilación porque se incrementan en forma prohibitiva las cotizaciones al mismo tiempo que se reducen los ingresos. Esto explica que 93% de los AM está afiliado a FONASA según los datos entregados por el Sr. Rony Lenz, Director de FONASA. Esta autoridad concluye que ni el sistema público ni el privado están preparados para enfrentar la creciente demanda de la población. Esta situación podría explicar en parte la falta de metas explícitas en este Programa.

En resumen, la implementación del Programa de Salud del AM en el sistema público en todos los niveles de atención está desfinanciado de acuerdo al cuadro anterior. Esto es porque los establecimientos del sistema público no reciben el reembolso del costo real incurrido en otorgar las prestaciones tanto desde FONASA como desde los usuarios en la modalidad de libre elección. Por tanto, es necesario proponer una serie de medidas complementarias o alternativas, que se presentan a continuación:

- 1) Precisar los aranceles sobre la base de nuevos estudios de costos reales de las prestaciones.
- 2) Para todos los afiliados al sistema público e ISAPRE (los adultos mayores de mañana) se propone definir un plan de ahorro específico para cubrir el alza en los precios de los planes a partir de los 60-65 años. Esto podría realizarse a lo largo de la vida activa del cotizante y constituiría un ahorro adicional al 7% de cotización para salud actualmente en vigencia, o bien, parte de ese 7% podría destinarse a esos fines.
- 3) Otra alternativa para cubrir el alza en los precios de los planes a partir de los 60-65 años, sería diseñar un plan común de salud con mismo costo para el sistema público y privado que sería financiado por los mismos cotizantes o en su defecto por el Estado (vía impuestos generales) en caso de indigencia. En el sistema público y en el privado debiera establecerse un aporte adicional como co-seguro para la tercera edad.

6. Análisis y Recomendaciones sobre el nivel de logro del fin del Programa

• Contribución del programa al logro del fin

El fin enunciado en la matriz del marco lógico consensuada con la contraparte del MINSAL, es *“Contribuir a un envejecimiento saludable y a un mejoramiento de la calidad de vida de los Adultos Mayores”*.

Las acciones médico-curativas cuyo inicio data de 1994 y 1995, que pueden ser atribuidas al Programa, sin duda han contribuido al logro del fin, por la vía de solucionar problemas emergentes de los Adultos Mayores que han sido atendidos, los cuales, en mayor o menor grado, han obtenido una recuperación de su autovalencia y por tanto, han mejorado de cierta forma su calidad de vida.

Sin embargo, no se ha hecho una evaluación del grado de satisfacción respecto de la demanda existente a las prestaciones ofrecidas, así como tampoco, en general, se ha hecho una medición del grado de recuperación de la autovalencia de cada uno de los beneficiarios atendidos. Tampoco se ha evaluado el grado de satisfacción del usuario.

• Tipo de Evaluación para medir el logro del Fin

Esta percepción puede obtenerse mediante una evaluación del grado de satisfacción de la demanda existente a las prestaciones ofrecidas. Respecto de la autovalencia, debe aplicarse el instrumento de evaluación de la autonomía, una vez terminado el período de rehabilitación o convalecencia, en el caso de las intervenciones quirúrgicas o tratamiento de enfermedades postrantes. Además debe considerarse la aplicación de una encuesta específica para establecer el grado de satisfacción.

- Cambios producidos en grupos no identificados inicialmente

El Programa tiene como objeto a los Adultos Mayores de 65 años afiliados a FONASA. No se conocen evidencias de impacto en grupos diferentes a la población objetivo. Sin embargo, en la medida que el AM recupera su autovalencia ello debería repercutir favorablemente en el entorno familiar y en la comunidad. Podrá participar en labores productivas, domésticas, comunitarias, formativas para los niños, lúdicas, etc.

- Impacto no planeado del Programa en áreas como institucional, ambiental, tecnológico, entre otros

No se observan impactos no planeados.

7. Sustentabilidad del Programa

• Condiciones para la sustentabilidad del Programa.

En la medida que permanezca vigente el propósito planteado en el marco lógico y en la Política de Salud del Adulto Mayor, el programa será sustentable en el tiempo, condicionado a la existencia del financiamiento respectivo (el cual ha sido creciente en el tiempo) y a que los organismos ejecutores (Servicios de Salud/Municipalidades) tengan acceso a la producción de los bienes y servicios necesarios para la ejecución de las acciones.

Lo anterior podrá efectuarse siempre que se disponga del recurso humano calificado, formado según las directrices ya propuestas, conforme a lo ya planteado, esto es, promover la incorporación de las materias de geriatría y gerontología en la enseñanza de pre-grado; establecer, en conjunto con entidades de enseñanza superior (universidades, institutos profesionales), programas de diplomado y formación básica y media de post - grado en dichas materias; reforzar los programas actualmente en ejecución, su financiamiento y su cobertura en término del número de profesionales a formar; establecer en el interior del Sistema de Salud, la formación de Técnicos Paramédicos con orientación a dichas materias (cursos de 1.200 y de 1.500 horas).

• Replicabilidad del Programa.

El PAM es un programa orientado específicamente a la atención de salud de una población con características especiales. Su aplicación es de carácter nacional y las condiciones de su implementación condicionan su existencia como programa único, en el marco de la Política de Salud del Adulto Mayor, la cual forma parte integrante de la Política Nacional para el Adulto Mayor.

8. Experiencia Adquirida en la Ejecución del Programa

- Lecciones que deja el Programa para la Unidad Ejecutora y otras Instituciones involucradas.

El Panel estima muy positivo que la Unidad Ejecutora del Programa de Salud del Adulto Mayor haya considerado conveniente solicitar la evaluación del Programa, habida cuenta que su implementación como tal se inicia en fecha reciente (la propia Unidad Ejecutora se constituye en Enero de 1999), basado hasta la fecha en acciones médico - curativas gestionadas por FONASA y aplicadas por los Servicios de Salud.

El éxito relativo de dichas acciones, así como el progresivo incremento de la cobertura de las mismas, permite vaticinar que el Programa continuará siendo impulsado y respaldado por las autoridades, lo que garantiza su permanencia y crecimiento, en el marco de la Política Nacional del Adulto Mayor, impulsada por el actual Gobierno,

El proceso de diseño e implementación de los Programas de Salud genera por parte de las entidades ministeriales importantes requerimientos de apoyo, tanto para la gestión de los recursos involucrados, como para el análisis y desarrollo de acciones técnicas relativas al perfeccionamiento de los procedimientos para la atención directa a los pacientes, el respaldo científico para las prestaciones y servicios entregados y otros aspectos.

En este sentido, la Unidad Ejecutora es un “comprador de servicios” y debe valerse, para la gestión de los recursos, de la estructura del Ministerio y de la entidad que administra el financiamiento (FONASA), así como de los ejecutores directos de las acciones (Servicios de Salud). Por lo tanto, es posible concluir que para este efecto, debe dotársele de capacidad profesional para actuar como coordinadora y ente normativo respecto del Programa de Salud del Adulto Mayor.

- Aspectos innovadores en el diseño o ejecución del Programa.

El aspecto del PAM que representa la mayor innovación, se refiere a la evaluación de riesgo funcional que se plantea realizar en la comunidad, mediante la aplicación de un instrumento diseñado para el efecto, en el nivel primario de atención (NPA).

El equipo de salud que en dicho nivel coordina la pesquisa y “reclutamiento” de los Adultos mayores, está constituido por profesionales médicos y paramédicos que contribuyen con sus conocimientos específicos a una mejor caracterización de los problemas de salud que los AM presentan. Específicamente, se trata de identificar inicialmente el riesgo de pérdida de autonomía, para luego identificar patologías específicas que deban ser tratadas en el NPA o en el nivel secundario de atención.

El actual diseño del esquema de evaluación de riesgo funcional considera en forma relevante la actuación del recurso Enfermera, para lo cual se ha contemplado la contratación de dos horas enfermera/día por cada uno de los 87 consultorios incluidos en el llamado “Plan Piloto”.

Se ha constatado que la contratación de enfermeras para la aplicación del Programa, presenta dificultades, ya que, no obstante que el MINSAL ha otorgado el financiamiento respectivo, las rentas que pueden ofrecerse a las profesionales, no son atractivas.

Adicionalmente, el recurso enfermera es escaso y ellas prefieren contratarse en las entidades de salud del sector privado, debido a que ofrecen mejores rentas. Por lo mismo, se produce una alta deserción de estas profesionales desde el sector público y específicamente, desde los consultorios de atención primaria, generando un costo extraordinario ya que, normalmente, aquellas profesionales que abandonan la Atención Primaria, ya han sido beneficiarias de acciones de capacitación.

Por lo anterior, es muy importante que se esté planteando la necesidad de formar líderes comunitarios, para la educación respectiva, los que pueden ser AM. Esto encaja muy bien

con el programa de salud familiar emergente y con los objetivos de la Política Nacional para el AM.

IV. Priorización de las Recomendaciones

Presentar las principales recomendaciones priorizadas e indicar cuáles son los requerimientos básicos y cuál sería la (s) institución (es) responsable (s) para la implementación de cada recomendación. Ejemplos de requerimientos básicos para la implementación: recursos financieros, un estudio previo, cambios legales o cambios de normas o reglamentos vigentes, etc.

Las recomendaciones se han priorizado conforme al grado de importancia asignado por el Panel para efectos del buen desempeño e implementación del Programa de Salud del Adulto Mayor.

- Se recomienda el fortalecimiento estructural de la Unidad Coordinadora, otorgando una estructura formal más definida a este equipo ministerial, con asignación de tareas concretas y diferenciadas, a integrantes distintos. Es pertinente perfeccionar el Programa, consolidando en el nivel central una estructura de coordinación con mayor grado de resolución y mejor acceso a las decisiones. En el nivel normativo y de coordinación, se propone reformular la estructura de dependencia del citado programa en el nivel central.
- La nueva estructura programática debe ser reforzada, tanto desde el punto de vista normativo, como también desde el punto de vista funcionario, de tal manera que disponga de una estructura administrativa básica, con reconocimiento en el organigrama jerárquico y funcional del Ministerio, con una dotación compuesta por cargos de planta, con funciones específicas entre las cuales debe considerarse la coordinación con las demás unidades del Ministerio; coordinación con los Servicios de Salud y con las Municipalidades y Corporaciones Municipales; desarrollo de estudios sobre la realidad del AM; generación y difusión de normas de atención y guías de autocuidado; coordinación con entidades externas al MINSAL, tales como el Comité del Adulto Mayor, MIDEPLAN, Universidades y otras, relacionadas con planes y programas cuyo sujeto sea el Adulto Mayor. Conforme al objetivo específico N° 8 del documento sobre Política de Salud para el Adulto Mayor (página 23), será necesario implementar un Programa más amplio y multisectorial. Esto implica desarrollar esquemas concretos y prácticos de

coordinación intersectorial, asignando esta tarea específica a un encargado, también específico, en el equipo ministerial a cargo del programa.

- Es necesario y conveniente considerar la inserción de las sociedades científicas en los equipos de trabajo, en calidad de organismos asesores permanentes. Adicionalmente, se sugiere considerar la participación de profesionales y expertos externos, en similar calidad.
- En el nivel de ejecución, es importante establecer las estructuras que posibiliten una mejor gestión y monitoreo en la otorgación de prestaciones, tanto en el nivel primario de atención, como en el nivel secundario y terciario. Así, en el caso del nivel primario de atención (NPA), debe fortalecerse la gestión, utilizando como instrumento la formación de monitores de la comunidad y de los propios adultos mayores, en el ámbito del autocuidado, pesquisa y “reclutamiento”, para efectuar evaluaciones de riesgo funcional, con el apoyo técnico de profesionales especialistas en geriatría, en este nivel. También será clave aumentar la cobertura de los AM en forma sustantiva para lo cual el instrumento lógico y más costo - efectivo es el desarrollo de la medicina familiar, siendo necesario para ello crear muchos más centros de salud familiar en la atención primaria. Ello debiera contribuir a disminuir los costos hospitalarios llamados catastróficos. La aplicación de este modelo orientará también al equipo de salud para incrementar la realización de eventos grupales, con el objeto de contribuir a la reinserción social del AM. Formar y capacitar a los recursos humanos del NPA orientando los esquemas de atención hacia el concepto de salud familiar.
- En el nivel secundario y terciario será necesario en forma progresiva fomentar la incorporación de especialistas en geriatría y la formación de Unidades geriátricas en los hospitales base. Adicionalmente, establecer mecanismos de monitoreo y medición del nivel de calidad y de la eficacia de las prestaciones, así como del grado de satisfacción de los usuarios.

- Contribuirá en forma importante a una mayor eficacia en el logro del propósito del Programa, la implementación de un programa de alimentación adicional con una colación diaria para los AM más desmedrados, conforme a lo propuesto.
- Igualmente, dicha actividad contribuirá a una mayor eficiencia, por la vía de prevenir la ocurrencia de mayores costos de tratamientos e intervenciones en aquellos AM carenciados que sean beneficiados con el programa de alimentación adicional.
- Es imprescindible garantizar la disponibilidad del recurso enfermera en la aplicación de las actividades del PAM. Para esto, es recomendable estudiar la opción de ofrecer mejores niveles de renta a dichas profesionales y establecer un programa de formación continua a manera de incentivo para que permanezcan en el NPA. Esto involucra a la totalidad del recurso enfermera en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, por cuanto, la mejora de rentas en un Programa, implica estudiar la opción de ofrecer a todo el estamento un beneficio similar, con lo cual se contribuiría a lograr su mayor permanencia en los establecimientos del sistema público, evitando su fuga al extra - sistema y por otro lado, incentivaría a las nuevas profesionales a ingresar a los establecimientos públicos, paliando así la amenaza de escasez de este recurso calificado.
- Para los requerimientos que se originen en la planificación futura de la implementación del Programa, debe obtenerse la incorporación de materias de Geriatría y Gerontología en el nivel de pre - grado de profesionales médicos y paramédicos y en la formación de los Técnicos Paramédicos (reconocidos y/o impartidos por el MINSAL y los Servicios de Salud). Este es un tema con resultados en el mediano plazo, por lo que debe plantearse su incorporación desde ya. Establecer, en conjunto con entidades de enseñanza superior (universidades, institutos profesionales), programas de diplomado y formación básica y media de post - grado en dichas materias, reforzar los programas actualmente en ejecución, su financiamiento y su cobertura en término del número de profesionales a formar.
- Es de suma importancia establecer mecanismos para la aplicación del procedimiento de evaluación de riesgo y “reclutamiento” de adultos mayores en el nivel primario de atención (NPA), utilizando entre otros instrumentos a las organizaciones comunitarias (Juntas de

vecinos, comités y clubes del Adulto Mayor, colegios, agrupaciones scouts, etc.) y a las Direcciones de Desarrollo Comunitario de las Municipalidades, así como perfeccionar los procedimientos de coordinación con otros organismos que gestionan programas para el Adulto Mayor, en el marco de la Política Nacional enunciada sobre el tema. Esto permitirá incrementar la cobertura y precisar con claridad la población objetivo.

- Aplicación de una encuesta específica para establecer el grado de satisfacción de los Adultos Mayores.
- Se requiere implementar un sistema de monitoreo que proporcione información respecto de los costos que representa la producción unitaria de cada componente, de manera de confrontarla con el precio establecido por FONASA. De la misma forma, es de suma importancia el establecimiento de esquemas de evaluación permanente de la calidad y cobertura en la producción de los componentes. Específicamente, en el caso de la entrega de órtesis y prótesis, es preciso incorporar esquemas de evaluación ex – ante y ex – post, respecto de la calidad de estos implementos, así como la pertinencia de su uso por parte del respectivo beneficiario, en términos de que su aplicación lo sea de acuerdo a la falencia o minusvalía que éste presente. En otras palabras, que le solucione efectivamente la falencia que presenta (ex – ante) y además, que su utilización (cuando es externo) sea real y efectiva (ex – post).
- Como los establecimientos del sistema público no reciben el reembolso del costo real incurrido en otorgar las prestaciones y están desfinanciados, se propone una serie de medidas complementarias o alternativas, que se presentan a continuación: 1) Precisar los aranceles sobre la base de nuevos estudios de costos reales de las prestaciones. 2) Para todos los afiliados al sistema público e ISAPRE (los adultos mayores de mañana) se propone definir un plan de ahorro específico para cubrir el alza en los precios de los planes a partir de los 60-65 años. Esto podría realizarse a lo largo de la vida activa del cotizante y constituiría un ahorro adicional al 7% de cotización para salud actualmente en vigencia, o bien, parte de ese 7% podría destinarse a esos fines. 3) Otra alternativa para cubrir el alza en los precios de los planes a partir de los 60-65 años, sería diseñar un plan común de salud con mismo costo para el sistema público y privado que sería financiado por los mismos cotizantes o en su defecto por el Estado (vía impuestos generales) en caso de indigencia.
- **V. Referencias**

• Documentos en base a los cuales se llevó a cabo el análisis

1) Documentos del MINSAL:

- Diseño e Implementación de las Prioridades de Salud, 1997.
- Estrategias Innovadoras en Salud, 1998.
- Norma programática del Adulto Mayor (documento borrador).
- Norma manejo de Tarjetero del Adulto Mayor.
- Instructivo Uso Tarjeta del Adulto Mayor.
- Carné del Adulto Mayor.
- Guías de alimentación para el Adulto Mayor.
- Programa de alimentación para el Adulto Mayor. PACAM.
- Informe de costos y alternativas de acceso a medicamentos. Propuesta modelo de dispensación de medicamentos para el Adulto Mayor.
- Política de salud para el Adulto Mayor.
- Balance a fines de 1998 del estado de ejecución del programa del Adulto Mayor del MINSAL.
- Programa del Adulto Mayor. Evaluación 1997.
- Manejo ambulatorio de la neumonía del Adulto adquirida en la comunidad. MINSAL.
- Manual de autocuidado del Adulto Mayor. MINSAL.
- Depresión, demencia e insomnio. Serie guías clínicas del Adulto Mayor, 3. MINSAL.
- Salud oral en el Adulto Mayor. Serie guías clínicas del Adulto Mayor, 2. MINSAL.

2) Documentos del Comité Nacional del AM.

- Mensaje de SE el Presidente de la República sobre el proyecto de Ley relativo al Servicio Nacional del Adulto Mayor.

3) Documentos del Programa de Geriatria de la Dra. Juana Silva (incluye aportes del Dr. Ricardo Hidalgo).

- Manual control sano del adulto mayor en atención primaria. MINSAL. Primer borrador.

- Programa de Promoción de la Salud de los Ancianos para Latinoamérica y el Caribe. OPS, 1990.
- Declaración de Montevideo. OPS, 1997.
- Informe Comisión Nacional para el Adulto Mayor. 1995.
- Primary care geriatrics. Ham RJ, Sloane. PD. Third edition.

4) Documentos del Dr. PP Marín y de la Sra. Rosita Kornfeld. Programa de Geriátría, Pontificia Universidad Católica de Chile.

- Informe final Proyecto FOSIS. Comuna de Lo Espejo. Programa de Geriátría, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Marín PP et al. Valoración geriátrica ambulatoria de 2116 adultos mayores pobres. Rev Med Chile 1998; 126: 609-614.
- Marín PP et al. Medición del riesgo funcional en adultos mayores pobres, con un instrumento validado en Canadá. Rev Med Chile 1998; 126: 1316-1322.
- Marín PP et al. Resultados al aplicar el sistema de clasificación de pacientes RUG-T18 en ancianos ingresados a un hospital universitario. Rev Med Chile 1998; 126: 761-768.
- Marín PP et al. Evaluación geriátrica de adultos mayores en un hospital universitario. Rev Med Chile 1994; 122: 1362-1366.
- Marín PP et al. Experiencia piloto en el uso de una ficha de evaluación geriátrica ambulatoria. Rev Med Chile 1996; 124: 701-706.
- Marín PP et al. Estudio comparativo de nonagenarios que viven en sus propios hogares versus los institucionalizados. Rev Med Chile 1997; 125: 539-543.

5) Otros documentos:

- Administration on Aging, Agencia del Gobierno USA, 1999.
- Joseph P. Kennedy II. Nutrition Reviews 1996; 54: S57-S58.
- Goodling W. Nutr Reviews 1996; 54: S55-S56.

- Atalah E, et al. Rev Méd Chile 1998; 126: 489-96.
- Marín PP et al. Rev Med Chile 1997; 125: 539-43.
- Shetty PS. Diet-, nutrition-, and lifestyle-related chronic non-communicable diseases; the emerging epidemic in developing countries. Nestle Foundation Annual Report 1997: 53-6.
- Mardones S. F. et al. Rev. Chil. Nutr. 1998; 25: 57-68).

• Nombre de las personas entrevistadas, instituciones, y fecha de las entrevistas realizadas durante el proceso de evaluación.

- 1) La reunión con la Directora de la Unidad de Evaluación de Programas Sociales Sra. María Teresa Hamuy y la representante de esta Unidad de la DIPRES para esta Evaluación, Sra. Jimena Federici, con todo el panel de expertos se realizó el día Lunes 5 de Abril. En esa reunión se presentó al grupo a la Encargada del Programa en el MINSAL Sra. Alicia Villalobos. Los representantes del nivel superior del Ministerio de Salud (Sres. Alan Mrugalsky y Víctor Labra Holzapfel, del Departamento de Control de Gestión) fueron citados pero concurren por error involuntario de comunicación a las oficinas del el Departamento de Salud Pública de la Universidad Católica.

- 2) La reunión del 6 de Abril se realizó en el MINSAL y esta vez con la participación del Sr. Víctor Labra. Por la DIPRES concurren la Sra. María Teresa Hamuy y el Consultor Fernando Silva. En la ocasión se presentó el marco lógico del programa y las tareas pendientes sobre la ficha de antecedentes que están acometiendo la Sra. Villalobos y el Consultor F. Silva. Las observaciones a la Ficha de Antecedentes que realizó el Panel consistieron en que:
 - a) varios componentes del Programa no están suficientemente documentados en cuanto a que las poblaciones beneficiarias son diferentes, además que los costos programados y efectuados en cada uno de ellos no se presentaron completamente;
 - b) como algunos de los componentes no tienen dependencia directa de la Coordinación del Programa y/o no se han iniciado en su implementación se acordó evaluar por el

panel en forma completa sólo los componentes con implementación efectiva (especialmente en el componente nuevo de atención primaria) y evaluar sólo a nivel de diseño al conjunto del programa.

- 3) Hubo una tercera reunión el día 13 de Abril en el MINSAL con la Sra. Alicia Villalobos, acompañada por el Dr. Manuel Ipinza, en la que también participó la Sra. Jimena Federici de la DIPRES. Ahí se obtuvo una segunda relación sobre el modelo de atención del Programa, incluyendo un esquema del mismo.
- 4) La cuarta reunión fue el día 11 de Mayo en el MINSAL con la Sra. Alicia Villalobos, acompañada por el Dr. Manuel Ipinza, en la que también participó la Sra. M. Teresa Hamuy y la Sra. Jimena Federici de la DIPRES, acompañadas por el Consultor Fernando Silva. Fue sobre el Informe de Avance 1.
- 5) La quinta y última reunión fue el día 24 de Junio en el MINSAL con la Sra. Alicia Villalobos, acompañada por el Dr. Manuel Ipinza, en la que también participó la Sra. M. Teresa Hamuy y la Sra. Jimena Federici de la DIPRES, acompañadas por el Coconsultor Fernando Silva. Fue sobre el Informe de Avance 2.
- 6) Dos entrevistas con Dr. Pedro Paulo Marín (Jefe del Programa del Adulto Mayor de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica). La primera en Abril 20 o 21 y la segunda el 21 de Junio.
- 7) Dos entrevistas con Sra. Rosita Kornfeld (Educatora, Directora del Programa del adulto Mayor, Universidad Católica). La primera 8 de Abril y la segunda 7 de Junio.
- 8) Varias entrevistas con personal relevante de FONASA para determinar poblaciones y costos por componentes. Reuniones con FONASA (Sra Viviana Jara) y Presupuesto del MINSAL, para determinar poblaciones y costos por componentes, con la idea de tener información más estructurada para evaluar el desempeño y la aplicación de los presupuestos asignados para prestaciones relativas al Programa de Salud del Adulto Mayor y también, de programas relacionados, como el ERA. Además se obtuvieron

Cuadros resúmenes de prestaciones y aplicación de presupuestos. Los cuadros resúmenes por año incluyeron las prestaciones otorgadas, los presupuestos asignados y el gasto efectivo. Con la Dra. Juana Silva Opazo, Directora del Instituto Nacional de Geriátría. Participó también el Dr. Juan Jerez, Director de la Policlínica de Especialidades del Instituto. Se pudo profundizar en el modelo de atención y en las actividades del Instituto. Una reunión fue el 16 de Abril con los panelistas Lorena Javet y Francisco Mardones. Otra reunión fue con el panelista René Pradenas en Mayo.

- 9) Una reunión para compartir información general fue con los panelistas del Programa del AM de FOSIS. Se realizó el 8 de Mayo.
- 10) La panelista Lorena Javet se reunió con Manuel Pereira, encargado del Comité Nacional para el AM, el día 14 de Junio.
- 11) El panelista René Pradenas se reunió con Alicia Villalobos el día 25 de Junio, para analizar aspectos relativos a las capacitaciones efectuadas durante todo el período en evaluación.
- 12) El panelista Francisco Mardones se reunió en dos oportunidades con el Dr. Ricardo Hidalgo (Psicogeriatra del ING) los días 19 de mayo y 4 de Junio.

ANEXO 1: Matriz de Evaluación del Programa

95

NOMBRE DEL PROGRAMA: PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO MAYOR AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA: 1995 MINISTERIO RESPONSABLE: MINISTERIO DE SALUD SERVICIO RESPONSABLE: DIVISION DE SALUD DE LAS PERSONAS (DISAP)				
Enunciado del objetivo	Indicadores		Medios de Verificación	Supuestos
	Actuales	Posibles		
FIN: Contribuir a un envejecimiento saludable y a un mejoramiento de la calidad de vida de los Adultos Mayores				
PROPOSITO: Mantener o aumentar la condición de autovalencia del Adulto Mayor beneficiario de Fonasa		Proporción de Adultos Mayores autovalentes sobre la población beneficiaria de Fonasa	Instrumento de evaluación funcional	Se mantiene la prioridad como política de Gobierno y se incrementa el presupuesto para este programa

<p>COMPONENTES:</p> <p>1. Personal de la salud sensibilidad y capacitado en la atención de salud de los Adultos Mayores</p>	<p>Personal de Salud capacitado en la atención de salud del Adulto Mayor.</p>	<p>Personal con destrezas y actitudes acorde con la orientación recibida</p>	<p>Prueba de conocimientos. Supervisión con pauta de observación de conductas y actitudes.</p>	<p>Estabilidad laboral del personal capacitado. Personal capacitado no sea ocupado por el Municipio en otras funciones.</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <p>1. Orientaciones para la atención de salud de la población Adulta Mayor</p> <p>1.1. Revisión Bibliográfica.</p> <p>1.2. Convocatoria a expertos para elaborar normas e instrumentos.</p> <p>1.3. Diseño de instrumento Evaluación de Riesgo Funcional en Comunidad</p> <p>1.4. Elaboración de Manual para aplicación del instrumento de Evaluación de Riesgo funcional en Comunidad y las primeras orientaciones para lo que sería un Control de Salud del Adulto Mayor.</p> <p>1.5. Sensibilizar a los directores de los Servicios de Salud en la aplicación de políticas para este grupo etáreo.</p> <p>1.6. Capacitación a equipos de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniones realizadas • Instrumento diseñado • Manual elaborado 		<ul style="list-style-type: none"> • Notas de reuniones • Instrumento elaborado • Manual cuidados de la salud del Adulto Mayor publicado y distribuido • Notas de reuniones • Programas de 	

<p>Atención Primaria.</p> <p>1.7. Elaboración del Manual de Auto-cuidado del Adulto Mayor, para la Atención Primaria.</p> <p>1.8. Elaboración de la ficha del control de salud e instructivo de la misma.</p> <p>1.9. Capacitar profesionales en Gerontología.</p> <p>1.10 Elaboración de Guías Clínicas</p> <p>1.11. Elaboración de material educativo dirigido a Adultos Mayores</p> <p>1.12. Trabajo intersectorial.</p> <p>1.13. Participación en Evento Vivir la Vida que organiza el Comité Nacional del Adulto Mayor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Directivos sensibilizados • Número de equipos por capacitados • Manual elaborado • Ficha elaborado • Número de profesionales capacitados • Guías Clínicas elaboradas • Reuniones, convenios sectoriales • Elaboración Estareal y materiales educativos 		<p>capacitación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manual publicado y distribuido • Ficha distribuida a consultorios. • Fichas clínicas publicadas • Convenios firmados • Estareal y materiales educativos presentados y distribuidos en el evento 	
---	---	--	--	--

<p>1.14. Validación del instrumento evaluación de riesgo de pérdida de funcionalidad en comunidad.</p> <p>1.15. Difundir de políticas dirigidas al Adulto Mayor.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Publicaciones elaboradas en distintos medios de comunicación, Radio, T.V., etc.		<ul style="list-style-type: none">• Programas realizados	
--	---	--	--	--

<p>COMPONENTES:</p> <p>2. Prótesis y Ortesis entregadas a Adultos Mayores</p>	<p>Número de Prótesis y Ortesis entregadas a Adultos Mayores</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Porcentaje de pacientes que usan las prótesis entregadas; ▪ Tasa de entrega de prótesis y ortesis acorde al grado de discapacidad. ▪ Porcentaje de pacientes satisfechos sobre el total de pacientes con prótesis y ortesis entregadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reportes estadísticos de los S.S.: Número y tipo de prótesis y ortesis entregadas; - Número de bonos vendidos en la MLE: lentes y audífonos. - Número de reembolsos efectuados en la MLE por lentes y audífonos; 	<p>Que los adultos mayores usen y les sirvan las prótesis y ortesis entregadas.</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <p>2.1. Definición de prestaciones y diseño de canastas</p> <p>2.2. Estudios de costos y fijación de precios.</p> <p>2.3. Definición mecanismos de financiamiento.</p> <p>2.4. Negociación y compromisos de gestión con prestadores.</p> <p>2.5. Control, monitoreo y evaluación del cumplimiento de los compromisos suscritos por los prestadores.</p>	<p>(1) Prestaciones incorporadas al Programa y respectivas canastas</p> <p>(2) Precios finales de las canastas</p> <p>(3) Transferencias en base a población estimada: Percapita</p> <p>(4) Firma de los</p>			

101

	Compromisos de Gestión (5) Informe final y reliquidación anual.			
--	--	--	--	--

COMPONENTES:	Número de Enfermos Adultos Mayores con indicación de tratamiento quirúrgico en las patologías seleccionadas intervenidos	<p>(*) Tasa de cobertura</p> <p>(*) Proporción de pacientes reintervenidos;</p> <p>(*) Razon entre pacientes intervenidos antes de tres meses sobre el total de pacientes intervenidos.</p> <p>(*)Porcentaje de pacientes que mejoran su capacidad funcional sobre el total de pacientes intervenidos</p> <p>(*)Porcentaje de pacientes satisfechos sobre el total de pacientes intervenidos.</p> <p>(*) Tasa de letalidad intrahospitalaria.</p>	<p>(*) Reportes S.S.: número de intervenciones realizadas a beneficiarios mayores de 65 años.</p> <p>(*) Egresos hospitalarios.</p>
<p>3. Adultos Mayores intervenidos por algunas enfermedades de costo catastrófico.</p>			

<p>ACTIVIDADES:</p> <p>3.1. Definición de prestaciones y diseño de canastas</p> <p>3.2. Estudios de costos y fijación de precios.</p> <p>3.3. Definición mecanismos de financiamiento.</p> <p>3.4. Negociación y compromisos de gestión con prestadores.</p> <p>3.5. Control, monitoreo y evaluación del cumplimiento de los compromisos suscritos por los prestadores.</p>	<p>1. Prestaciones incorporadas al Programa y sus respectivas canastas</p> <p>2. Precios finales de las canastas</p> <p>3. Transferencias en base a demanda, listas de espera y capacidad resolutive: cupos disponibles</p> <p>4. Firma de los Compromisos de Gestión</p> <p>5. Informe final y reliquidación anual.</p>			
--	--	--	--	--

COMPONENTES:				
<p>4. Adultos Mayores intervenidos antes de los tres meses para algunas patologías de resolución quirúrgica.</p>	<p>Número de Enfermos Adultos Mayores con indicación de tratamiento quirúrgico en patologías seleccionadas antes de tres meses.</p>	<p>(* Tasa de cobertura</p> <p>(* Proporción de pacientes reintervenidos;</p> <p>(* Razon entre pacientes intervenidos antes de tres meses sobre el total de pacientes intervenidos.</p> <p>(*)Porcentaje de pacientes que mejoran su capacidad funcional sobre el total de pacientes intervenidos</p> <p>(*)Porcentaje de pacientes satisfechos sobre el total de pacientes intervenidos.</p> <p>(* Tasa de letalidad intrahospitalaria.</p>	<p>- Reporte S.S.: número de intervenciones realizadas a beneficiarios mayores de 65 años.</p> <p>- Egresos hospitalarios.</p>	

<p>ACTIVIDADES:</p> <p>4.1. Definición de prestaciones y diseño de canastas</p> <p>4.2. Estudios de costos y fijación de precios.</p> <p>4.3. Definición mecanismos de financiamiento.</p> <p>4.4. Negociación y compromisos de gestión con prestadores.</p> <p>4.5. Control, monitoreo y evaluación del cumplimiento de los compromisos suscritos por los prestadores.</p>	<p>(1) Prestaciones incorporadas al Programa y respectivas canastas</p> <p>(2) Precios finales de las canastas</p> <p>(3) Transferencias en base a demanda no resuelta en tiempos menores a tres meses.</p> <p>(4) Firma de los Compromisos de Gestión</p> <p>(5) Informe final y reliquidación anual.</p>			
--	--	--	--	--

<p>COMPONENTES:</p> <p>5. Pacientes atendidos mayores de 65 años portadores de Neumonía.</p>	<p>Enfermos Adultos Mayores, diagnosticados y tratados en forma ambulatoria u hospitalizada sobre lo programado</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Porcentaje de pacientes que recibieron efectivamente y oportunamente los medicamentos indicados sobre el total de pacientes tratados. ▪ Tasa de Mortalidad por Neumonía en mayores de 65 años • Tasa de letalidad intrahospitalaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Reportes S.S.: Número de pacientes atendidos y tratados; - Egresos hospitalarios 	
<p>ACTIVIDADES:</p> <p>5.1. Definición de prestaciones y diseño de canastas</p> <p>5.2. Estudios de costos y fijación de precios.</p> <p>5.3. Definición mecanismos de financiamiento.</p> <p>5.5. Control, monitoreo y evaluación del cumplimiento de los compromisos suscritos por los prestadores.</p>	<p>(1) Prestaciones incorporadas al Programa y respectivas canastas</p> <p>(2) Precios finales de las canastas</p> <p>(3) Transferencias en base a demanda estimada en los Servicios de</p>			

	Salud incorporadas al Programa (4) Informe final y reliquidación anual			
--	---	--	--	--

(*) Este Programa se implementa con información proporcionada por el Programa Nacional de Enfermedades Respiratorias, cuyo responsable es el Dr. Pedro Mansilla

<p>COMPONENTES:</p> <p>6. Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor diseñado parcialmente</p>				
<p>ACTIVIDADES:</p> <p>6. Diseño de entrega de Alimentación Complementaria:</p> <p>6.1. Revisión Bibliográfica</p> <p>6.2. Convocatoria a expertos</p> <p>6.3. Estudio de conductas alimentarias y estado nutricional de los Adultos Mayores.</p> <p>6.4. Diseño del producto: Crema Puré, Años Dorados</p> <p>6.5. Elaboración de Guías de Alimentación del Adulto Mayor</p> <p>6.6. Elaboración de Registros para la puesta en marcha del Programa.</p> <p>6.7. Información y sensibilización del PACAM a nutricionistas de Consultorios seleccionados.</p> <p>6.8. Inicio de la Licitación del producto por parte de la CENABAST.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniones realizadas • Estudio realizado • Producto diseñado • Guías elaboradas • Registros elaborados • Grado de aceptabilidad del Producto por la población objetivo. • Reuniones realizadas • Licitación realizada 		<ul style="list-style-type: none"> • Nota de las reuniones, normas técnicas y guías elaboradas. • Documento con resultado del estudio • Producto elaborado de acuerdo al diseño • Libro publicado • Impresión de los registros elaborados • Documento con resultado de la aceptabilidad de producto • Notas y actas de las reuniones • Documentos legales de la licitación 	

<p>COMPONENTES:</p> <p>7. Modelo de Atención Farmacéutica para Adultos Mayores en Patologías Específicas, parcialmente diseñada.</p>				
<p>ACTIVIDADES:</p> <p>7.1. Estudio de costos de cada tratamiento de patologías previamente definidas.</p> <p>7.2. Testeo de canales de distribución de farmacias privadas.</p> <p>7.3. Diseño de registro de recolección de datos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Costos establecidos para cada tratamiento • Testeo realizado • Sistema de registro diseñado 		<ul style="list-style-type: none"> • Documento de informe de costos, canales de distribución y de registros de recolección de datos 	

<p>COMPONENTES:</p> <p>8. Modelo de Atención de Salud del Adulto Mayor en el Sistema Público de Salud en validación</p>				
<p>ACTIVIDADES:</p> <p>a) Control de Salud del Adulto Mayor Sano en la Comunidad.,</p> <p>8.1. Definición de propósitos y objetivos</p> <p>8.2. Búsqueda de financiamiento</p> <p>8.3. Confección de Manual y Registros propios del Programa</p> <p>8.4. Definición y Selección de indicadores propios del Programa</p> <p>8.5. Definición de criterios para la selección de Consultorios que participarían en el Proyecto</p> <p>8.6. Selección de los Consultorios de acuerdo a los criterios definidos.</p> <p>8.7. Definición de perfiles, selección, capacitación y contratación de los recursos humanos necesarios</p> <p>8.8. Definición y adquisición de equipos e instrumental transportables.</p>	<p>1. Propósito y objetivos definido.</p> <p>2. Financiamiento obtenido</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manuales y registro elaborados • Indicadores definidas y seleccionadas • Consultorios seleccionados • Personal contratado de acuerdo a perfiles diseñados • Equipos capacitados 		<ul style="list-style-type: none"> • Documento manual Proyectos control sano del Adulto Mayor Primer Borrador • Presupuesto del Programa • Impresión • Manual • Visita a terreno • Manual • Manual y contratos de trabajo • Facturas • Supervisión de desempeño 	

<p>8.9. Difusión a nivel comunitario del Proyecto.</p> <p>8.10. Incorporación de Adultos Mayores al Proyecto.</p> <p>8.11. Control de Salud orientado a la evaluación de la funcionalidad y pesquisa de factores de riesgo.</p> <p>Por enfermera</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examen clásico de salud - Detección de problemas - Evaluación de la funcionalidad - Plan de atención: educación para el autocuidado - Tratamiento básico de enfermería e inmunizaciones - Derivación a médico <ul style="list-style-type: none"> Asistente Social Programa de Crónicos Odontólogo Médico del Consultorio - Seguimiento <p>Por Médico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examen clásico - Diagnóstico Clínico: 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipos comprados de acuerdo a diseño definido. • Proyecto difundido <p>Adulto Mayor bajo control</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controles de salud realizados de acuerdo a norma <ul style="list-style-type: none"> ▪ Número Adultos Mayores con evaluación multidimensional por enfermera ▪ Número Adultos Mayores con evaluación multidimensional por médico ▪ Número de Adultos Mayores evaluados por asistente social ▪ Número Adultos Mayores 		<ul style="list-style-type: none"> • Actas y notas de reuniones, folletos de difusión. • Verificación registros 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro • Registro • Registro • Registro
---	---	--	---	--

<p style="text-align: center;">Geriátrico Funcionalidad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento - Derivación a niveles secundario y terciario. <p>Por Asistente Social</p> <ul style="list-style-type: none"> - Difusión de los objetivos del Programa a los Adultos Mayores en la comunidad - Coordinación intersectorial - Educación específica de los beneficios de la participación social en la salud de los Adultos Mayores - Estudio y resolución de caso social - Reinserción social cuando procede - Derivación a otros organismos específicos. - Promoción de actividades culturales y recreativas <p>8.12. Promoción de formación de organizaciones de Adulto Mayor</p> <p>8.13. Seguimiento en relación a problema detectado y grado de resolución.</p> <p>8.14. Supervisión técnica-administrativa y coordinación en terreno por enfermera y médico</p> <p>8.15. Evaluación periódica de las</p>	<p>educados por autocuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Número Adultos Mayores educados en participación y salud ▪ Número Adultos Mayores inmunizados ▪ Número visitas domiciliarias por enfermera ▪ Número visitas domiciliarias por asisten social ▪ Número visitas domiciliarias por auxiliar de enfermería ▪ Número actividades de difusión ▪ Número actividades de capacitación ▪ Número actividades de 			<ul style="list-style-type: none"> • Registro • Registro • Registro • Registros • Registro • Registro • Registro • Registro • Registro
---	---	--	--	---

<p>actividades realizadas</p> <p>8.16. Revisión periódica de los registros para su validación</p> <p>8.17. Capacitación periódica de los equipos</p> <p>8.18. Revisión periódica del Manual para su reformulación</p> <p>8.19. Identificación de los problemas médicos sociales prevalentes en la población Adultos Mayores</p> <p>8.20. Transferencia de la experiencia a nivel nacional</p> <p>8.21. Estudio de la capacidad de resolución de los problemas detectados por el sistema público de salud.</p>	<p>promoción de estilo de vida saludable</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Número actividades de promoción de salud mental▪ Número Adultos Mayores derivados a otro nivel de atención de salud▪ Número Adultos Mayores derivados a organizaciones de la red social▪ Número Adultos Mayores controlados por enfermera▪ Número Adultos Mayores controlados por médico▪ Número adultos Mayores evaluados por e equipo			<ul style="list-style-type: none">• Registro • Registro • Registro• Registro • Registro
---	---	--	--	---

ANEXO 2: Antecedentes Presupuestarios y de Costos

116

117

**PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR
TRANSFERENCIAS 1994**

Servicios de Salud	\$
Arica	22,763,000
Iquique	15,761,000
Antofagasta	15,960,000
Atacama	100,599,000
Coquimbo	33,081,000
Viña del Mar - Quillota	27,624,000
Valpo.- San Antonio	51,337,000
San Felipe	5,310,000
O'Higgins	9,020,000
Maule	49,041,000
Ñuble	21,714,000
Bio-Bío	30,065,000
Concepción - Arauco	15,252,000
Talcahuano	6,037,000
Araucanía	31,341,000
Valdivia	7,800,000
Osorno	56,206,000
Llanchipal	92,390,000
Aysén	16,020,000
Magallanes	15,451,000
M. Oriente	7,416,000
M. Central	6,377,000
M. Norte	16,140,000
M. Sur Oriente	36,241,000
M. Sur	12,290,000
M. Occidente	78,277,000
Total	779,513,000

**PROGRAMA ADULTO MAYOR
PRESTACIONES OTORGADAS
AÑO 1995**

PRESTACIONES	META	PRESTACIONES OTORGADAS	% CUMPLIMIENTO
Lentes	24,316	25,295	104.0%
Audifonos	1,723	1,871	108.6%
Bastones	3,096	2,985	96.4%
Placas Dentales	10,364	8,374	80.8%
Sillas de Ruedas	953	1,006	105.6%
Subtotal I Etapa	40,452	39,531	97.7%
Lentes Intraoculares	2,717	2,241	82.5%
Marcapasos	501	408	81.4%
Protesis Total de Cadera	582	388	66.7%
Protesis Parcial de Cadera	241	162	67.2%
Protesis de Cadera CO - 10	169	35	20.7%
Subtotal II Etapa	4,210	3,234	76.8%
TOTAL I y II Etapa	44,662	42,765	95.8%

**PROGRAMA ADULTO MAYOR
N° DE PRESTACIONES REALIZADAS DURANTE AÑO 1996
SERVICIO DE SALUD ARICA**

	DESCRIPCION DE LA PRESTACION	COMPROMISO DE GESTION	VALOR DE LA PRESTACION	CANTIDAD DE PRESTACIONES ANUAL 96	Proporcion entre prest. abiertas y cerradas	Presupuesto Utilizado	Proporcion respecto al presupuesto
A E I E R T A	LENTES	700	10,680	1,058	99.50%	11,267,700	93.39%
	AUDIFONOS	50	79,880	90		7,189,200	
	BASTONES	50	7,500	68		610,000	
	SILLA DE RUEDAS	12	163,000	20		3,360,000	
	ANDADOR	-	38,000	-		0	
	GOLCHON ANTIESCARGAS	3	100,000	2		200,000	
	COJIN ANTIESCARGAS	10	3,000	-		0	
	CANASTA DENTAL TIPO	100	54,051	142		7,675,242	
C E R R A D A	CATARATA	7	304,552	7	0.50%	2,131,864	6.61%
	IMPLANTACION DE MARCAPASO	-	1,001,957	-		-	
	ARTROSIS DE CADERA	-	915,110	-		-	
	FRACTURA DE CADERA	-	637,470	-		-	
	FRACTURA DE ANTEBRAZO	-	204,980	-		-	
	FRACTURA DE TOBILLO	-	264,990	-		-	
	COLELITIASIS	-	349,033	-		-	
	PROLAPSO VAGINAL	-	281,714	-		-	
HIPERPLASIA DE PROSTATA	-	347,094	-	7	-	2,131,864	
		932	4,764,981	1,387		32,274,006	

**Programa Atención del Adulto Mayor
Año 1995**

Prestaciones	Actividad Comprometida	Actividad Realizada	Porcentaje ejecución
Lentes	24,316	25,285	104
Audifonos	1,723	1,871	109
Placas Dentales	10,365	8,762	85
Bastones	3,096	2,985	96
Sillas de Rueda	953	1,006	106
Subtotal	40,453	39,909	99
Lentes Intraoculares	2,717	2,241	82
Marcapasos	501	408	81
Protesis Total de Cadera	992	585	59
Subtotal	4,210	3,234	77
Total	44,663	43,143	97

El Programa se inició en enero de 1995 con una **Primera Etapa** que consideró la entrega de prótesis y ortesis. El Programa operó en forma descentralizada, siendo los SS los responsables de fijar sus metas expresadas en número de elementos a distribuir, como asimismo de entregarlos a los beneficiarios.

En una **Segunda Etapa**, desarrollada en el segundo semestre de 1995, se agregó la entrega de prótesis necesarias para realizar las intervenciones quirúrgicas de implantación de lentes intraoculares, marcapasos y prótesis de cadera.

La Primera Etapa tuvo un presupuesto total de 796 millones de pesos.,
La Segunda Etapa tuvo un presupuesto total de 728 millones de pesos.

PROGRAMA DE ATENCION DEL ADULTO MAYOR
AÑO 1996

121

Prestaciones	Valor Unitario	Actividad Comprometida (1)	Actividad Realizada (2)	Diferencia (2) - (1)	Porcentaje de ejecución	Presupuesto M\$ (3)	Gasto Efectivo M\$ (4)	Diferencia (4) - (3)	Porcentaje de ejecución
Protesis y Ortesis									
Lentes	10,650	23,936	24,325	389	102	254,918,400	259,061,250	4,142,850	102
Audífonos	79,880	2,110	2,412	302	114	168,546,800	192,670,560	24,123,760	114
Baston	7,500	2,078	2,051	- 27	99	15,585,000	15,382,500	- 202,500	99
Silla de Rueda	165,000	839	1,256	417	150	138,435,000	207,240,000	68,805,000	150
Andador	38,000	327	265	- 62	81	12,426,000	10,070,000	- 2,356,000	81
Colchón Antiescaras	100,000	427	292	- 135	68	42,700,000	29,200,000	- 13,500,000	68
Cojín Antiescaras	3,000	1,012	523	- 489	52	3,036,000	1,569,000	- 1,467,000	52
Canasta Tipo Dental	54,051	5,705	4,999	- 706	88	308,360,955	270,200,949	- 38,160,006	88
Subtotal Protesis		36,434	36,123	- 311	99	944,008,155	985,394,259	41,386,104	104
Intervenciones Quirúrgicas									
Cataratas	304,552	876	1,449	573	165	268,787,552	441,295,848	174,508,296	165
Implantación de Marcapasos	1,001,957	309	340	31	110	309,604,713	340,665,380	31,060,667	110
Artrosis de Cadera (Protesis total)	915,110	174	245	71	141	159,229,140	224,201,950	64,972,810	141
Colelitiasis	349,033	308	526	218	171	107,502,164	183,591,358	76,089,194	171
Prolapso Vaginal	281,714	137	138	1	101	38,594,818	38,876,532	281,714	101
Hiperplasia de la Próstata	347,094	313	699	386	223	108,640,422	242,618,706	133,978,284	223
Fractura de cadera (Prótesis parcial)	637,470	225	265	40	118	143,430,750	168,929,550	25,498,800	118
Fractura de tobillo	264,990	34	78	44	229	9,009,660	20,669,220	11,659,560	229
Fractura de antebrazo	204,980	27	32	5	119	5,534,480	6,559,360	1,024,900	119
Subtotal Intervenciones		2,403	3,772	1,369	157	1,148,333,679	1,667,407,904	519,074,225	145
Proyectos Específicos						390,820,000	390,820,000		100
Hospital Geriátrico						110,965,000	110,965,000		100
Hospicio Talca						120,000,000	120,000,000		100
Capacitación SNSS						50,000,000	50,000,000		100
S.S. Viña del Mar (H. Paz de la Tarde)						40,000,000	40,000,000		100
Convento Hogar de Cristo						68,105,000	68,105,000		100
Atención Podología						1,750,000	1,750,000		100
TOTAL		38,837	39,895	1,058	103	2,483,161,834	3,043,622,163	560,460,329	123

Nota:

(1) El presupuesto del Programa en el año 1996 fue de M\$ 2,419,472. De los cuales M\$ 2,000,000 fueron transferidos a los S.S. por el mecanismo per cápita; Con los recursos restantes se financiaron proyectos especiales.

(2) Las transferencias a los S.S. se realizaron dentro del marco presupuestado de gasto. Hubo S.S. que realizaron más prestaciones que las comprometidas y otros no cumplieron con las metas.

122

**PROGRAMA DE ATENCION DEL ADULTO MAYOR
AÑO 1997**

Prestaciones	Valor Unitario	Actividad Comprometida (1)	Actividad Realizada (2)	Diferencia (2) - (1)	Porcentaje de ejecución	Presupuesto (3) M\$	Gasto Efectivo M\$ (4)	Diferencia (4) - (3)	Porcentaje de ejecución
Protesis y Ortesis									
Lentes	11,240	23,145	27,202	4,057	118	260,149,800	305,750,480	45,600,680	118
Audifonos	125,000	1,913	2,274	361	119	239,125,000	284,250,000	45,125,000	119
Baston	7,910	2,243	1,670	- 573	74	17,742,130	13,209,700	- 4,532,430	74
Silla de Rueda	174,080	615	608	- 7	99	107,059,200	105,840,640	- 1,218,560	99
Andador	40,090	292	114	- 178	39	11,706,280	4,570,260	- 7,136,020	39
Colchón Antiescaras	105,500	347	333	- 14	96	36,608,500	35,131,500	- 1,477,000	96
Cojín Antiescaras	3,170	261	75	- 186	29	827,370	237,750	- 589,620	29
Canasta Tipo Dental	57,000	4,226	4,426	200	105	240,882,000	252,282,000	11,400,000	105
Subtotal Protesis y Ortesis		33,042	36,702	3,660	111	914,100,280	1,001,272,330	87,172,050	110
Intervenciones Quirúrgicas (*)									
Cataratas	334,530	993	1,245	252	125	332,188,290	416,489,850	84,301,560	125
Implantación de Marcapasos	1,098,400	324	426	102	131	355,881,600	467,918,400	112,036,800	131
Artrosis de Cadera (Protesis total)	1,016,660	185	214	29	116	188,082,100	217,565,240	29,483,140	116
Fractura de cadera (Prótesis parcial)	723,460	495	464	- 31	94	358,112,700	335,685,440	- 22,427,260	94
Fractura de tobillo	303,280	30	26	- 4	87	9,098,400	7,885,280	- 1,213,120	87
Fractura de antebrazo	234,010	26	25	- 1	96	6,084,260	5,850,250	- 234,010	96
Subtotal Intervenciones		2,053	2,400	347	117	1,249,447,350	1,451,394,460	201,947,110	116
Otras Prestaciones									
Consultas Oftalmológicas	8,560	7,506	7,771	265	104	64,251,360	66,519,760	2,268,400	104
Otras Prestaciones	-	826	596	- 230	72	-	-	-	72
Subtotal Otras Prestaciones (10% libre disposición)		8,332	8,367	35	100	64,251,360	66,519,760	2,268,400	104
ERA**			999			184,380,327	184,380,327	-	100
TOTAL	-	43,427	48,468	4,042	112	2,412,179,317	2,703,566,877	291,387,560	112

POA Adulto Mayor**		2,016	582	- 1,433	29	790,385,919	229,284,648	- 561,101,271	29
--------------------	--	-------	-----	---------	----	-------------	-------------	---------------	----

TOTAL GENERAL		45,442	49,050	2,609	108	3,202,565,236	2,932,851,525	- 269,713,711	92
----------------------	--	---------------	---------------	--------------	------------	----------------------	----------------------	----------------------	-----------

(*) En el año 1997, las Intervenciones correspondientes a Colelitiasis, Hiperplasia de la Próstata y Prolapso Vaginal en mayores de 65 años, fueron incorporadas al POA

(Programa de Oportunidad en la Atención) El detalle de la actividad realizada se presenta en anexo adjunto

Cabe Recordar que en el año 1997 la fuente de financiamiento del POA del Adulto Mayor fue precisamente este Programa y no el PAM propiamente tal.

(**) La diferencia que se produce no es déficit sino que corresponde al mayor gasto incurrido por los SS por aumento de la actividad por sobre lo comprometido.

(***) En el año 1997 los recursos transferidos para el Programa ERA fueron sólo para los S S Del área Metropolitana y correspondieron a M\$ 48,000 en inversión y M\$136.380 para operación de días cama

123

**PROGRAMA OPORTUNIDAD EN LA ATENCION DE LOS PACIENTES
AÑO1997**

INTERVENCIONES	ACTIVIDAD BASE (1)	ACTIVIDAD ADICIONAL COMPROMETIDA (2)	ACTIVIDAD TOTAL COMPROMETIDA (3)	ACTIVIDAD REALIZADA (4)	DIFERENCIA (4) - (3)	PRECIO UNITARIO (5)	PRESUPUESTO* (5)*(2)	GASTO EFECTIVO*	DIFERENCIA
Colelitiasis mayor 65 años	5,674	905	6,579	3,240	(3,339)	396,591	358,914,855	-	- 358,914,855
Colelitiasis menor 65 años	10,115	2,295	12,410	17,015	4,605	333,810	766,093,950	766,093,950	-
Total Colelitiasis	15,789	3,200	18,989	20,255	1,266		1,125,008,805	766,093,950	- 358,914,855
Hiperplasia Prostata mayor 65 años	2,072	957	3,029	2,613	(416)	399,445	382,268,865	216,099,745	- 166,169,120
Hiperplasia Prostata menor 65 años	843	330	1,173	1,582	409	391,820	129,300,800	129,300,800	-
Total Hiperplasia Prostata	2,916	1,287	4,202	4,195	(7)		511,569,665	345,400,345	- 166,169,120
Prolapso Uterino Mayor 65 años	701	153	854	742	(112)	321,583	49,202,199	13,184,903	- 36,017,296
TOTAL	19,405	4,640	24,045	25,192	1,147		1,686,780,469	1,124,679,198	- 561,101,271

* Presupuesto: Corresponde al precio unitario por la actividad adicional comprometida

* Gasto Efectivo: Corresponde al precio unitario por la actividad adicional realizada

En el POA del año 1997 no hubo una fuente de financiamiento exclusiva para las prestaciones que en el marco de este programa se realizaron a los adultos mayores de 65 años.

El mecanismo de pago utilizado es entregar recursos adicionales a los SS para resolver la demanda no resuelta en tiempos menores a tres meses, sobre una actividad base, comprometiéndose los SS, con una actividad adicional.

En la evaluación final, lo que se verifica es si cumplió con la actividad total comprometida, y sobre esa información se liquida.

INTERVENCIONES	ACTIVIDAD ADICIONAL COMPROMETIDA (2)	ACTIVIDAD REALIZADA (4)	DIFERENCIA (4) - (3)	PRECIO UNITARIO (5)	PRESUPUESTO* (5)*(2)	GASTO EFECTIVO*	DIFERENCIA
Colelitiasis mayor 65 años	905	-	- 905	396,591	358,914,855	-	- 358,914,855
Hiperplasia Prostata mayor 65 años	957	541	- 416	399,445	382,268,865	216,099,745	- 166,169,120
Prolapso Uterino Mayor 65 años	153	41	- 112	321,583	49,202,199	13,184,903	- 36,017,296
TOTAL POA A. MAYOR	2,015	582	- 1,433		790,385,919	229,284,648	- 561,101,271

124

SEGÚN INFORMACION PROPORCIONADA Y VALIDADA POR EL DEPTO. DE CONTROL DEL FONASA

**PROGRAMA ATENCION DEL ADULTO MAYOR
AÑO 1998**

PRESTACIONES	PAM TRADICIONAL	AGENDA SOCIAL		ACTIVIDAD COMPROMETIDA	ACTIVIDAD REALIZADA*	PORCENTAJE DE EJECUCION	PRECIO UNITARIO	PRESUPUESTO	GASTO EFECTIVO	PORCENTAJE DE EJECUCIO
		PROTESIS Y ORTESIS	PRESTACIONES CATASTROFICAS							
Lentes	21,869	33,764		55,433	50,535	91	11,750	651,337,750	593,786,250	91
Audífonos	2,197	1,694		3,891	2,932	75	130,630	508,281,330	383,007,160	75
Bastones	1,387	1,663		3,050	2,308	76	8,270	25,223,500	19,087,160	76
Sillas de Ruedas	433	424		857	906	106	181,910	155,896,870	164,810,460	106
Andador	137	287		424	232	55	41,890	17,761,360	9,718,480	55
Colchón Antiescaras	194	429		623	495	79	110,250	68,685,750	54,573,750	79
Cojín Antiescaras	209	606		815	296	36	3,310	2,697,650	979,760	36
Canasta Dental Tipo	3,017	5,772		8,789	6,126	70	59,580	523,472,840	364,864,560	70
Protesis Dental (1)	864			864	486	56		-	-	
SUBTOTAL PROTESIS Y ORTESIS	30,107	44,639		74,746	64,316	86		1,953,357,050	1,590,827,580	81
Cataratas	1,100		2,304	3,404	2,542	75	353,160	1,202,156,640	897,732,720	75
Implantación de Marcapaso	350		291	641	638	100	1,160,630	743,963,830	740,481,940	100
Endoprotesis Total de Cadera	137		283	420	372	89	1,025,020	430,508,400	381,307,440	89
Endoprotesis Parcial de Cadera	214		214	428	426	100	755,430	323,324,040	321,813,180	100
Cuidados Palealivos			5,200	5,200	4,000	77	20,900	108,680,000	83,600,000	77
SUBTOTAL INTERVENCIONES	1,801		8,292	10,093	7,978	79		2,808,632,910	2,424,935,280	86
Consulta Oftalmológica	5,332	2,023	-	7,355	7,935	108	9,960	73,255,800	79,032,800	108
Fotocoagulación			968	968	459	47	105,170	101,804,560	48,273,030	47
Otras Prestaciones	2,282		-	2,282	959	42		-	-	
SUBTOTAL OTRAS PRESTACIONES	7,614	2,023	968	10,605	9,353	88		175,060,360	127,305,830	73
Total General	39,522	46,662	9,260	95,444	81,647	86		4,937,050,320	4,143,066,490	84

(1) Esta prestación solamente la proporciona el Servicio de Salud Metropolitano Central

* Corresponde a la actividad realizada y validada por el Depto. Control del FONASA a la fecha.

Aun se encuentra en proceso de validación por el Depto. de Control la información enviada por los Servicios de salud, la que presenta problemas de RUT y de atención a no beneficiarios

SEGÚN INFORMACION PROPORCIONADA POR LOS SERVICIOS DE SALUD

125

**PROGRAMA ATENCION DEL ADULTO MAYOR
AÑO 1998**

PRESTACIONES	PAM TRADICIONAL	AGENDA SOCIAL		ACTIVIDAD COMPROMETIDA	ACTIVIDAD REALIZADA*	PRECIO UNITARIO	PRESUPUESTO	GASTO EFECTIVO
		PROTESIS Y ORTESIS	PRESTACIONES CATASTROFICAS					
Lentes	21,669	33,764		55,433	56,391	11,750	651,337,750	662,594,250
Audífonos	2,197	1,694		3,891	3,845	130,630	508,281,330	502,272,350
Bastones	1,387	1,663		3,050	2,899	8,270	25,223,500	23,974,730
Sillas de Ruedas	433	424		857	916	181,910	155,896,870	166,629,560
Andador	137	287		424	399	41,890	17,761,360	16,714,110
Colchón Antiescaras	194	429		623	611	110,250	68,685,750	67,362,750
Cojín Antiescaras	209	606		815	442	3,310	2,697,650	1,463,020
Canasta Dental Tipo	3,017	5,772		8,789	9,401	59,560	523,472,840	559,923,560
Protesis Dental (1)	864			864	988		-	-
SUBTOTAL PROTESIS Y ORTESIS	30,107	44,639	-	74,746	75,892		1,953,357,050	2,000,934,330
Cataratas	1,100		2,304	3,404	3,463	353,160	1,202,156,640	1,222,993,080
Implantación de Marcapaso	350		291	641	625	1,160,630	743,963,830	725,393,750
Endoprotesis Total de Cadera	137		283	420	373	1,025,020	430,508,400	382,332,460
Endoprotesis Parcial de Cadera	214		214	428	481	755,430	323,324,040	363,361,830
Cuidados Paleativos			5,200	5,200	5,200	20,900	108,680,000	108,680,000
SUBTOTAL INTERVENCIONES	1,801	-	8,292	10,093	10,142		2,808,632,910	2,802,761,120
Consulta Oftalmológica	5,332	2,023	-	7,355	9,451	9,960	73,255,800	94,131,960
Fotocoagulación			968	968	769	105,170	101,804,560	80,875,730
Otras Prestaciones	2,282		-	2,282	1,610		-	-
SUBTOTAL OTRAS PRESTACIONES	7,614	2,023	968	10,605	11,830		175,060,360	175,007,690
Total General	39,522	46,662	9,260	95,444	97,864	-	4,937,050,320	4,978,703,140

(1) Esta prestación solamente la proporciona el Servicio de Salud Metropolitano Central

* Corresponde a la actividad realizada e informada por los Servicios de Salud. Los SS informaron una actividad superior a la comprometida, no obstante CONTROL rechazó parte de la información por problemas de RUT y de atención a no beneficiarios.

186

**PROGRAMA OPORTUNIDAD EN LA ATENCION
PRESTACIONES PARA EL ADULTO MAYOR
AÑO 1998**

PATOLOGIAS	POA TRADICIONAL	AGENDA SOCIAL	ACTIVIDAD COMPROMETIDA	ACTIVIDAD REALIZADA TOTAL	PRECIO UNITARIO	PRESUPUESTO	% CUMPLIMIENTO
Colelitiasis	3,529	712	4,241	3,632	320,230	228,003,760	85.6%
Hernia Abdominal	2,202	622	2,824	3,158	178,000	110,716,000	111.8%
Hiperplasia de la Prostata	2,414	534	2,948	2,121	406,400	217,017,600	71.9%
Prolapso Vaginal	1,031	215	1,246	1,350	320,250	68,853,750	108.3%
TOTAL	9,176	2,083	11,259	10,260		624,591,110	91%

EVOLUCION Y DISTRIBUCION GASTO

127

CONCEPTO	PRESUP 1995	GASTO 1995	DISTRIB.	PRESUP 1996	GASTO 1996	DISTRIB.	PRESUP 1997	GASTO 1997	DISTRIB.	PRESUP 1998	GASTO 1998	DISTRIB.
Personal	3,170	1,420	22	65,818	84,377	83	81,193	81,628	77	84,920	91,867	89
Bienes y servicios de consumo		740	11	6,902	12,019	12	8,191	18,196	17	4,689	10,995	11
Inversión		4,319	67	435	526	1	0	6,497	6	0	0	0
Otros		0	0	4,146	4,146	4	0	0	0	0	0	0
TOTALES	3,170	6,479	100	77,301	101,070	100	89,384	106,321	100	89,609	102,862	100

NUM. RO DE PRESTACIONES AÑOS 1 985 A 1998

128

Glosa de Prestaciones	1,995			1,996			1,997			1,998		
	programado	realizado	%cumplim.	programado	realizado	%cumplim.	programado	realizado	%cumplim.	programado	realizado	%cumplim.
Lentes	24,316	25,295	104	23,936	24,325	102	23,145	27,202	118	55,433	56,391	102
Audífonos	1,723	1,871	109	2,110	2,412	114	1,913	2,274	119	3,891	3,845	99
Bastones	3,096	2,985	96	2,078	2,051	99	2,243	1,670	74	3,050	2,899	95
Sillas de Ruedas	953	1,006	106	839	1,256	150	615	608	99	857	916	107
Andador	0	0	0	327	265	81	292	114	39	424	399	94
Colchón Antiescaras	0	0	0	427	292	68	347	333	96	623	611	98
Cojín Antiescaras	0	0	0	1,012	523	52	261	75	29	815	442	54
Canasta Dental Tipo	10,364	8,374	81	5,705	4,999	88	4,226	4,426	105	8,789	9,401	107
Cataratas	2,717	2,241	82	876	1,449	165	993	1,245	125	3,404	3,463	102
Implantación de Marcapaso	501	408	81	309	340	110	324	426	131	641	625	98
Endoprotesis Total de Cadera	582	388	67	174	245	141	185	464	251	420	373	89
Endoprotesis Parcial de Cadera	410	197	48	225	265	118	495	214	43	428	481	112
Fractura de antebrazo	0	0	0	27	32	119	26	25	96	0	0	0
Fractura de tobillo	0	0	0	34	78	229	30	26	87	0	0	0
✓ Colelitiasis	0	0	0	308	526	171	0	0	0	0	0	0
✓ Prolapso vaginal	0	0	0	137	138	101	0	0	0	0	0	0
✓ Hiperplasia de Próstata	0	0	0	313	699	223	0	0	0	0	0	0
Cuidados paliativos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5,200	5,200	100
Consulta Oftalmológica	0	0	0	0	0	0	7,506	7,771	104	7,355	9,451	128
○ Fotocoagulación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	968	769	79
○ Otras Prestaciones	0	0	0	0	0	0	2,841	2,177	77	2,282	1,610	71
○ Prótesis Dental (1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	864	988	114
Total General	44,662	42,765		38,837	39,895		45,442	49,050		95,444	97,864	

PRESTACIONES AÑOS 1995 A 1. 3
MILES DE PESOS

129

Glosa de Prestaciones	1,995			1,996			1,997			1,998		
	programado	realizado	%Cumplim.	programado	realizado	%Cumplim.	programado	realizado	%Cumplim.	programado	realizado	%Cumplim.
Lentes	224,823	207,503	92	254,918	259,061	102	260,150	305,750	118	651,338	662,594	102
Audifonos	199,859	198,080	99	168,547	192,670	114	239,125	284,250	119	508,281	502,272	99
Bastones	40,693	22,229	55	15,585	15,382	99	17,742	13,210	74	25,223	23,975	95
Sillas de Ruedas	155,257	169,018	109	138,435	207,240	150	107,059	105,841	99	155,897	166,630	107
Andador	0	0	0	12,426	10,070	81	11,706	4,570	39	17,761	16,714	94
Colchón Antiescaras	0	0	0	42,700	29,200	68	36,608	35,131	96	68,686	67,362	98
Cojín Antiescaras	0	0	0	3,036	1,569	52	827	238	29	2,698	1,463	54
Canasta Dental Tipo	211,025	120,693	57	308,361	270,200	88	240,882	252,282	105	523,473	559,924	107
Cataratas	149,320	130,115	87	266,788	441,296	165	332,188	416,490	125	1,202,157	1,222,993	102
Implantación de Marcapaso	267,045	268,737	101	309,605	340,665	110	355,881	467,918	131	743,964	725,394	98
Endoprotesis Total de Cadera	169,499	113,717	67	159,229	224,202	141	188,082	217,565	116	430,508	382,332	89
Endoprotesis Parcial de Cadera	31,454	33,024	105	143,431	168,930	118	358,112	335,685	94	323,324	363,362	112
Fractura de antebrazo	0	0	0	5,534	6,559	119	6,084	5,850	96	0	0	0
Fractura de tobillo	0	0	0	9,010	20,669	229	9,098	7,885	87	0	0	0
Colelitiasis	0	0	0	107,502	183,591	171	0	0	0	0	0	0
Prolapso vaginal	0	0	0	38,595	38,876	101	0	0	0	0	0	0
Hiperplasia de Próstata	0	0	0	108,640	242,619	223	0	0	0	0	0	0
Cuidados paliativos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	108,680	108,680	100
Consulta Oftalmológica	0	0	0	0	0	0	64,251	66,520	104	73,256	94,132	128
Fotocoagulación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	101,805	80,876	79
Otras Prestaciones	0	0	0	0	0	0	974,766	413,665	42			0
Protesis Dental (1)	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0
Total General	1,448,975	1,263,116		2,092,342	2,652,799		3,202,561	2,932,850		4,937,051	4,976,703	

FONDO NACIONAL DE SALUD
PRESUPUESTO PROGRAMA ADULTO MAYOR

130

AÑO 1995				AÑO 1996				AÑO 1997				AÑO 1998			
PRESUPUESTO FINAL APROB.	GASTO DEVENGADO	PORCENTAJE S/FONASA	PORCENTAJE DE EJECUCION	PRESUPUESTO FINAL APROB.	GASTO DEVENGADO	PORCENTAJE S/FONASA	PORCENTAJE DE EJECUCION	PRESUPUESTO FINAL APROB.	GASTO DEVENGADO	PORCENTAJE S/FONASA	PORCENTAJE DE EJECUCION	PRESUPUESTO FINAL APROB.	GASTO DEVENGADO	PORCENTAJE S/FONASA	PORCENTAJE DE EJECUCION
2,323,957	2,294,759		100	2,645,898	2,628,041		100	3,039,088	2,984,877		100	3,283,291	3,256,193		100
3,233,858	3,055,008		100	4,908,672	4,825,736		100	6,275,095	6,711,059		100	7,748,979	7,786,426		100
107,230	104,910		100	126,936	125,896		100	173,690	173,416		100	691,941	647,220		100
408,813,207	406,194,072		100	513,773,343	513,208,278		100	589,287,935	588,137,892		100	591,543,968	582,726,192		100
414,478,252	411,648,749		100	521,454,847	520,787,751		100	598,775,808	596,007,244		100	603,288,179	594,416,031		100
4,238	7,068	0.31	100	11,879	11,812	0.45	100	12,092	11,940	0.40	100	34,334	34,566	1.06	100
5,898	9,409	0.31	100	22,037	21,689	0.45	100	24,967	26,845	0.40	100	81,032	82,856	1.06	100
196	323	0.31	100	570	565	0.45	100	691	694	0.40	100	7,225	6,870	1.06	100
745,549	745,549	0.18	100	2,308,575	2,308,575	0.45	100	2,344,612	2,344,612	0.40	100	6,185,864	6,185,864	1.06	100
755,881	762,349	0.19	100	2,341,061	2,340,841	0.45	100	2,382,362	2,384,091	0.40	100	6,308,455	6,309,956	1.06	100

PROGRAMA ADULTO MAYOR 1998 (MODALIDAD INSTITUCIONAL)
Consolidado Sistema Nacional de Servicios de Salud

Glosa de Prestaciones	Cantidad Comprometida	Agenda Social		Total Comprometido 1998	Precio Unitario 1998	Presupuesto Comprometido 1998		
		Ortesis y Prótesis	Seguro Catastrófico					
Lentes	21,669	33,764		55,433	11,750	651,337,750		
Audífonos	2,197	1,694		3,891	130,630	508,281,330		
Bastones	1,387	1,663		3,050	8,270	25,223,500		
Sillas de Ruedas	433	424		857	181,910	155,896,870		
Andador	137	287		424	41,890	17,761,360		
Colchón Antiescaras	194	429		623	110,250	68,685,750		
Cojín Antiescaras	209	606		815	3,310	2,697,650		
Canasta Dental Tipo	3,017	5,772		8,789	59,560	523,472,840	2,026,612,850	abierta
Cataratas	1,100		2,304	3,404	353,160	1,202,156,640		
Implantación de Marcapaso	350		291	641	1,160,630	743,963,830		
Endoprotesis Total de Cadera	137		283	420	1,025,020	430,508,400		
Endoprotesis Parcial de Cadera	214		214	428	755,430	323,324,040	2,699,952,910	cerrada
Consulta Oftalmológica	5,332	2,023	0	7,355	9,960	73,255,800		
Fotocoagulación			968	968				
Otras Prestaciones	2,282		0	2,282				
Prótesis Dental (1)	864			864				
Total General	39,522	46,662	4,060	90,244				
Total Transferencia (M\$)	2,038,712	1,137,780	1,703,340	4,679,832		4,726,565,760		

(1) Esta prestación solamente la proporciona el Servicio de Salud Metropolitano Central

PROGRAMA ADULTO MAYOR 1998 (MODALIDAD INSTITUCIONAL)
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

Glosa de Prestaciones	Cantidad Comprometida	Agenda Social		Total Comprometido 1998		
		Ortesis y Protesis	Seguro Catastrófico			
Lentes	620	2.700		3.320	11,750	39.010,000
Audifonos	35	50		85	130,630	11,103,550
Bastones	30	10		40	8,270	330,800
Sillas de Ruedas	25	32		57	181,910	10,368,870
Andador				0	41,890	0
Colchón Antiescaras				0	110,250	0
Cojin Antiescaras				0	3,310	0
Canasta Dental Tipo	100	250		350	59,560	20,846,000
Cataratas	80		280	360	353,160	127,137,600
Implantación de Marcapaso	33		20	53	1,160,630	61,513,390
Endoprotesis Total de Cadera	9		4	13	1,025,020	13,325,260
Endoprotesis Parcial de Cadera			6	6	755,430	4,532,580
Consulta Oftalmológica				0	9,960	0
Fotocoagulación			24	24		
Otras Prestaciones	10			10		
Total General	942	3,842	334	4,318		
Total Transferencia (M\$)	190,338	59,060	133,586	283,544		

81,659,220 abierta

206,508,830 cerrada

288,168,050 total

PROGRAMA ADULTO MAYOR 1998 (MODALIDAD INSTITUCIONAL)
Servicio de Salud Metropolitano Occidente

Glosa de Prestaciones	Cantidad Comprometida	Agenda Social		Total Comprometido 1998			
		Ortesis y Protésis	Seguro Catastrófico				
Lentes	1,150	3,300		4,450	11,750	52,287,500	
Audifonos	153	100		253	130,630	33,049,390	
Bastones	84	450		534	8,270	4,416,180	
Sillas de Ruedas	36	100		136	181,910	24,739,760	
Andador	32			32	41,890	1,340,480	
Colchón Antiescaras	22	30		52	110,250	5,733,000	
Cojín Antiescaras		235		235	3,310	777,850	
Canasta Dental Tipo	165	300		465	59,560	27,695,400	150,039,560 abierta
Cataratas	5		80	85	353,160	30,018,600	
Implantación de Marcapaso	18		20	38	1,160,630	44,103,940	
Endoprotésis Total de Cadera	11			11	1,025,020	11,275,220	
Endoprotésis Parcial de Cadera	36			36	755,430	27,195,480	112,593,240 cerrada
Consulta Oftalmológica				0	9,960	0	
Fotocoagulación			80	80			
Otras Prestaciones				0			
Total General	1,712	4,515	180	6,407			
Total Transferencia (M\$)	115,464	95,793	59,979	271,046			262,632,800 total

PROGRAMA ADULTO MAYOR 1998 (MODALIDAD INSTITUCIONAL)
Servicio de Salud Metropolitano Norte

Glosa de Prestaciones	Cantidad Comprometida	Agenda Social		Total Comprometido 1998			
		Ortesis y Prótesis	Seguro Catastrónico				
Lentes	2,900	2,175		5,075	11,750	59,631,250	
Audifonos	90	68		158	130,630	20,639,540	
Bastones				0	8,270	0	
Sillas de Ruedas				0	181,910	0	
Andador				0	41,890	0	
Colchón Antiescaras				0	110,250	0	
Cojín Antiescaras				0	3,310	0	
Canasta Dental Tipo	337	300		637	59,560	37,939,720	118,210,510 abierta
Cataratas			240	240	353,160	84,758,400	
Implantación de Marcapaso	11			11	1,160,630	12,766,930	
Endoprotesis Total de Cadera			29	29	1,025,020	29,725,580	
Endoprotesis Parcial de Cadera			11	11	755,430	8,309,730	135,560,640 cerrada
Consulta Oftalmológica				0	9,960	0	
Fotocoagulación				0			
Otras Prestaciones				0			
Total General	3,338	2,543	289	6,161			
Total Transferencia (MS)	75,476	52,307	122,748	250,523			253,771,150 total

135 -

PROGRAMA ADULTO MAYOR 1998 (MODALIDAD INSTITUCIONAL)
Servicio de Salud Metropolitano Sur

Glosa de Prestaciones	Cantidad Comprometida	Agenda Social		Total Comprometido 1998			
		Ortesis y Protesis	Seguro Catastrófico				
Lentes	1,500	3,110		4,610	11,750	54,167,500	
Audifonos	240	225		465	130,630	60,742,950	
Bastones	80	10		90	8,270	744,300	
Sillas de Ruedas	32			32	181,910	5,821,120	
Andador	8			8	41,890	335,120	
Colchón Antiescaras	24	10		34	110,250	3,748,500	
Cojin Antiescaras				0	3,310	0	
Canasta Dental Tipo	80	400		480	59,560	28,588,800	154,148,290 abierta
Cataratas	100		80	180	353,160	63,568,800	
Implantación de Marcapaso	29		32	61	1,160,630	70,798,430	
Endoprotesis Total de Cadera	2		20	22	1,025,020	22,550,440	
Endoprotesis Parcial de Cadera	20		40	60	755,430	45,325,800	202,243,470 cerrada
Consulta Oftalmológica				0	9,960	0	
Fotocoagulación			232	232			
Otras Prestaciones				0			
Total General	2,115	3,755	404	6,274			
Total Transferencia (M\$)	149,338	96,643	140,510	386,491			356,391,760 total

136

PROGRAMA ADULTO MAYOR 1998 (MODALIDAD INSTITUCIONAL)
Servicio de Salud Metropolitano Central

Glosa de Prestaciones	Cantidad Comprometida	Agenda Social		Total Comprometido 1998		
		Ortesis y Prótesis	Seguro Catastrófico			
Lentes	1,320	2,000		3,320	11,750	39,010,000
Audifonos	95	150		245	130,630	32,004,350
Bastones				0	8,270	0
Sillas de Ruedas				0	181,910	0
Andador				0	41,890	0
Colchón Antiescaras	5			5	110,250	551,250
Cojín Antiescaras				0	3,310	0
Canasta Dental Tipo		33		33	59,560	1,965,480
Cataratas	25			25	353,160	8,829,000
Implantación de Marcapaso	43			43	1,160,630	49,907,090
Endoprotesis Total de Cadera	10			10	1,025,020	10,250,200
Endoprotesis Parcial de Cadera	27			27	755,430	20,396,610
Consulta Oftalmológica				0	9,960	0
Fotocoagulación				0		
Otras Prestaciones	310			310		
Prótesis Dental	864			864		
Total General	2,693	2,183	0	4,882		
Total Transferencia (MS)	133,659	45,060	0	178,719		

73,531,080	abierta
89,382,900	cerrada
162,913,980	total

137

PROGRAMA ADULTO MAYOR 1998 (MODALIDAD INSTITUCIONAL)
Servicio de Salud Metropolitano Oriente

Glosa de Prestaciones	Cantidad Comprometida	Agenda Social		Total Comprometido 1998			
		Ortesis y Prótesis	Seguro Catastrónico				
Lentes	400	2,200		2,600	11,750	30,550,000	
Audífonos	150	120		270	130,630	35,270,100	
Bastones	200	100		300	8,270	2,481,000	
Sillas de Ruedas	5	80		85	181,910	15,462,350	
Andador		80		80	41,890	3,351,200	
Colchón Antiescaras		140		140	110,250	15,435,000	
Cojín Antiescaras				0	3,310	0	
Canasta Dental Tipo	150	225		375	59,560	22,335,000	124,884,650 abierta
Cataratas	92		240	332	353,160	117,249,120	
Implantación de Marcapaso	38		50	88	1,160,630	102,135,440	
Endoprotesis Total de Cadera			8	8	1,025,020	8,200,160	
Endoprotesis Parcial de Cadera			8	8	755,430	6,043,440	233,628,160 cerrada
Consulta Oftalmológica				0	9,960	0	
Fotocoagulación			102	102			
Otras Prestaciones	421			421			
Total General	1,456	2,945	406	4,807			
Total Transferencia (M\$)	121,874	89,093	168,383	379,350		358,512,810 total	

PROGRAMA ADULTO MAYOR 1998 (MODALIDAD INSTITUCIONAL)
Servicio de Salud O'Higgins

Glosa de Prestaciones	Cantidad Comprometida	Agenda Social		Total Comprometido 1998			
		Ortesis y Prótesis	Seguro Catastrónico				
Lentes	158	2.057		2.215	11,750	26,026,250	
Audifonos	40	123		163	130,630	21,292,690	
Bastones		436		436	8,270	3,605,720	
Sillas de Ruedas	5	52		57	181,910	10,368,870	
Andador		90		90	41,890	3,770,100	
Colchón Antiescaras		82		82	110,250	9,040,500	
Cojin Antiescaras		82		82	3,310	271,420	
Canasta Dental Tipo	34	166		200	59,560	11,912,000	86,287,550 abierta
Cataratas	188		78	266	353,160	93,940,560	
Implantación de Marcapaso	22		6	28	1,160,630	32,497,640	
Endoprotesis Total de Cadera	12		5	17	1,025,020	17,425,340	
Endoprotesis Parcial de Cadera	18		10	28	755,430	21,152,040	165,015,580 cerrada
Consulta Oftalmológica				0	9,960	0	
Fotocoagulación			24	24			
Otras Prestaciones	1			1			
Total General	478	3,688	123	3,689			
Total Transferencia (M\$)	127,849	76,271	49,488	253,608			251,303,130 total

139

PROGRAMA ADULTO MAYOR 1998 (MODALIDAD INSTITUCIONAL)
Servicio de Salud Magallanes

Glosa de Prestaciones	Cantidad Comprometida	Agenda Social		Total Comprometido 1998		
		Ortesis y Prótesis	Seguro Catastrófico			
Lentes	200	298		498	11.750	5.851.500
Audifonos	45	34		79	130.630	10.319.770
Bastones		10		10	8.270	82.700
Sillas de Ruedas		5		5	181.910	909.550
Andador		5		5	41.890	209.450
Colchón Antiescaras		10		10	110.250	1.102.500
Cojín Antiescaras		19		19	3.310	62.890
Canasta Dental Tipo	30	30		60	59.560	3.573.600
Cataratas	10		40	50	353.160	17.658.000
Implantación de Marcapaso	4		2	6	1.160.630	6.963.780
Endoprotesis Total de Cadera	5		2	7	1.025.020	7.175.140
Endoprotesis Parcial de Cadera	1		1	2	755.430	1.510.860
Consulta Oftalmológica	112			112	9.960	1.115.520
Fotocoagulación			8	8		
Otras Prestaciones				0		
Total General	407	411	53	871		
Total Transferencia (M\$)	25.185	12.097	19.998	57.280		

23.227.480	abierta
33.307.780	cerrada

56.535.260	total
------------	-------

140.

PROGRAMA ADULTO MAYOR 1998 (MODALIDAD INSTITUCIONAL)
Servicio de Salud Aysen

Glosa de Prestaciones	Cantidad Comprometida	Agenda Social		Total Comprometido 1998				
		Ortesis y Prótesis	Seguro Catastrófico					
Lentes	170	100		270	11,750	3,172,500		
Audifonos	15			15	130,630	1,959,450		
Bastones		57		57	8,270	471,390		
Sillas de Ruedas	3	9		12	181,910	2,182,920		
Andador		6		6	41,890	251,340		
Colchón Antiescaras	3			3	110,250	330,750		
Cojín Antiescaras				0	3,310	0		
Canasta Dental Tipo	30	26		56	59,560	3,335,360	11,703,710	abierta
Cataratas				0	353,160	0		
Implantación de Marcapaso	3		4	7	1,160,630	8,124,410		
Endoprotesis Total de Cadera	1		1	2	1,025,020	2,050,040		
Endoprotesis Parcial de Cadera	1		2	3	755,430	2,266,290	12,440,740	cerrada
Consulta Oftalmológica				0	9,960	0		
Fotocoagulación				0				
Otras Prestaciones				0				
Total General	226	198	7	431				
Total Transferencia (M\$)	11,883	5,083	6,671	23,637			24,144,450	total

PROGRAMA ADULTO MAYOR 1998 (MODALIDAD INSTITUCIONAL)
Servicio de Salud Lanchipal

Glosa de Prestaciones	Cantidad Comprometida	Agenda Social		Total Comprometido 1998			
		Ortesis y Protésis	Seguro Catastrófico				
Lentes	600	800		1,400	11,750	16,450,000	
Audífonos	50	70		120	130,630	15,675,600	
Bastones	100			100	8,270	827,000	
Sillas de Ruedas	46	40		86	181,910	15,644,260	
Andador				0	41,890	0	
Colchón Antiescaras				0	110,250	0	
Cojín Antiescaras				0	3,310	0	
Canasta Dental Tipo	311	130		441	59,560	26,265,960	74,862,820 abierta
Cataratas	40		80	120	353,160	42,379,200	
Implantación de Marcapaso	8		8	16	1,160,630	18,570,080	
Endoprotésis Total de Cadera	4		24	28	1,025,020	28,700,560	
Endoprotésis Parcial de Cadera			16	16	755,430	12,086,880	101,736,720 cerrada
Consulta Oftalmológica				0	9,960	0	
Fotocoagulación			16	16			
Otras Prestaciones				0			
Total General	1,159	1,048	144	2,343			
Total Transferencia (M\$)	76,896	33,653	75,908	185,366			176,599,540 total

142

PROGRAMA ADULTO MAYOR 1998 (MODALIDAD INSTITUCIONAL)
Servicio de Salud Osorno

Glosa de Prestaciones	Cantidad Comprometida	Agenda Social		Total Comprometido 1998				
		Ortesis y Prótesis	Seguro Catastrófico					
Lentes	660	307		967	11,750	11,362,250		
Audífonos	110	17		127	130,630	16,590,010		
Bastones	117			117	8,270	967,590		
Sillas de Ruedas	28			28	181,910	5,093,480		
Andador	1			1	41,890	41,890		
Colchón Antiescaras	16			16	110,250	1,764,000		
Cojín Antiescaras				0	3,310	0		
Canasta Dental Tipo	20	220		240	59,560	14,294,400	50,113,620	abierta
Cataratas			30	30	353,160	10,594,800		
Implantación de Marcapaso			4	4	1,160,630	4,642,520		
Endoprotesis Total de Cadera	3		12	15	1,025,020	15,375,300		
Endoprotesis Parcial de Cadera			7	7	755,430	5,288,010	35,900,630	cerrada
Consulta Oftalmológica				0	9,960	0		
Fotocoagulación				0				
Otras Prestaciones				0				
Total General	955	544	53	1,552				
Total Transferencia (M\$)	34,258	18,931	33,118	86,307			86,014,250	total

PROGRAMA ADULTO MAYOR 1998 (MODALIDAD INSTITUCIONAL)
Servicio de Salud Valdivia

Glosa de Prestaciones	Cantidad Comprometida	Agenda Social		Total Comprometido 1998			
		Ortesis y Protésis	Seguro Catastrófico				
Lentes	650	516		1,166	11,750	13,700,500	
Audífonos	75	48		123	130,630	16,067,490	
Bastones	10	20		30	8,270	248,100	
Sillas de Ruedas	8	4		12	181,910	2,182,920	
Andador	3	1		4	41,890	167,560	
Colchón Antiescaras	6	2		8	110,250	882,000	
Cojín Antiescaras				0	3,310	0	
Canasta Dental Tipo	22	119		141	59,560	8,397,960	41.646,530 abierta
Cataratas	24		76	100	353,160	35,316,000	
Implantación de Marcapaso	7			7	1,160,630	8,124,410	
Endoprotésis Total de Cadera	5		16	21	1,025,020	21,525,420	
Endoprotésis Parcial de Cadera	4		4	8	755,430	6,043,440	71.009,270 cerrada
Consulta Oftalmológica				0	9,960	0	
Fotocoagulación			32	32			
Otras Prestaciones	30			30			
Total General	844	710	128	1.682			
Total Transferencia (M\$)	50.874	28.578	49.628	121.078			112.655,800 total

144 -

PROGRAMA ADULTO MAYOR 1998 (MODALIDAD INSTITUCIONAL)
Servicio de Salud Araucanía Norte

Glosa de Prestaciones	Cantidad Comprometida	Agenda Social		Total Comprometido 1998		
		Ortesis y Prótesis	Seguro Catastrófico			
Lentes	419	986		1,405	11,750	16,508,750
Audífonos	20	28		48	130,630	6,270,240
Bastones	20			20	8,270	165,400
Sillas de Ruedas	14			14	181,910	2,546,740
Andador	7			7	41,890	293,230
Colchón Antiescaras	10			10	110,250	1,102,500
Cojin Antiescaras	2			2	3,310	6,620
Canasta Dental Tipo	70	55		125	59,560	7,445,000
Cataratas	23		32	55	353,160	19,423,800
Implantación de Marcapaso				0	1,160,630	0
Endoprotesis Total de Cadera				0	1,025,020	0
Endoprotesis Parcial de Cadera				0	755,430	0
Consulta Oftalmológica	100			100	9,960	996,000
Fotocoagulación				0		
Otras Prestaciones				0		
Total General	685	1,069	32	1,786		
Total Transferencia (M\$)	24,938	18,519	11,301	54,758		54,758,280 total

35,334,480 abierta

19,423,800 cerrada

145

PROGRAMA ADULTO MAYOR 1998 (MODALIDAD INSTITUCIONAL)
Servicio de Salud Araucanía Sur

Glosa de Prestaciones	Cantidad Comprometida	Agenda Social		Total Comprometido 1998
		Ortesis y Protésis	Seguro Catastrófico	
Lentes	1,185	1,215		2,400
Audifonos	45	116		161
Bastones	180			180
Sillas de Ruedas	60			60
Andador	17			17
Colchón Antiescaras	15			15
Cojín Antiescaras	30			30
Canasta Dental Tipo	154	352		506
Cataratas	47		40	87
Implantación de Marcapaso	24		12	36
Endoprotésis Total de Cadera	2		20	22
Endoprotésis Parcial de Cadera				0
Consulta Oftalmológica	735			735
Fotocoagulación				0
Otras Prestaciones	10			10
Total General	2,504	1,683	72	4,259
Total Transferencia (M\$)	99,751	50,394	48,554	198,699

146

PROGRAMA ADULTO MAYOR 1998 (MODALIDAD INSTITUCIONAL)
Servicio de Salud Bio Bio

Glosa de Prestaciones	Cantidad Comprometida	Agenda Social		Total Comprometido 1998			
		Ortesis y Prótesis	Seguro Catastrófico				
Lentes	1.000	988		1.988	11.750	23.359.000	
Audifonos	160			160	130.630	20.900.800	
Bastones	20			20	8.270	165.400	
Sillas de Ruedas	15			15	181.910	2.728.650	
Andador				0	41.890	0	
Colchón Antiescaras	3			3	110.250	330.750	
Cojín Antiescaras				0	3.310	0	
Canasta Dental Tipo	30	250		280	59.560	16.676.800	71.193.160 abierta
Cataratas	30		80	110	353.160	38.847.600	
Implantación de Marcapaso	2		4	6	1.160.630	6.963.780	
Endoprotesis Total de Cadera				0	1.025.020	0	
Endoprotesis Parcial de Cadera	10			10	755.430	7.554.300	53.365.680 cerrada
Consulta Oftalmológica	706			706	9.960	7.031.760	
Fotocoagulación			40	40			
Otras Prestaciones				0			
Total General	1.976	1.238	124	3.338			
Total Transferencia (M\$)	65.165	26.499	37.102	128.766			124.558.840 total

147

PROGRAMA ADULTO MAYOR 1998 (MODALIDAD INSTITUCIONAL)
Servicio de Salud Talcahuano

Glosa de Prestaciones	Cantidad Comprometida	Agenda Social		Total Comprometido 1998		
		Ortesis y Prótesis	Seguro Catastrófico			
Lentes	700	691		1,391	11,750	16,344,250
Audifonos	131	39		170	130,630	22,207,100
Bastones	10			10	8,270	82,700
Sillas de Ruedas	3			3	181,910	545,730
Andador				0	41,890	0
Colchón Antiescaras				0	110,250	0
Cojín Antiescaras				0	3,310	0
Canasta Dental Tipo	60	200		260	59,560	15,485,600
Cataratas			18	18	353,160	6,356,880
Implantación de Marcapaso	10		2	12	1,160,630	13,927,560
Endoprotesis Total de Cadera	3		6	9	1,025,020	9,225,180
Endoprotesis Parcial de Cadera				0	755,430	0
Consulta Oftalmológica				0	9,960	0
Fotocoagulación			80	80		
Otras Prestaciones				0		
Total General	917	930	106	1,953		
Total Transferencia (M\$)	45,272	25,126	22,226	92,624		
					84,175,000	total

148

PROGRAMA ADULTO MAYOR 1998 (MODALIDAD INSTITUCIONAL)
Servicio de Salud Arauco

Glosa de Prestaciones	Cantidad Comprometida	Agenda Social		Total Comprometido 1998		
		Ortesis y Protésis	Seguro Catastrónico			
Lentes	23	775		798	11,750	9,376,500
Audifonos	16			16	130,630	2,090,080
Bastones	10			10	8,270	82,700
Sillas de Ruedas	14			14	181,910	2,546,740
Andador	1			1	41,890	41,890
Colchón Antiescaras				0	110,250	0
Cojín Antiescaras	5			5	3,310	16,550
Canasta Dental Tipo	15	27		42	59,560	2,501,520
Cataratas	30		22	52	353,160	18,364,320
Implantación de Marcapaso			5	5	1,160,630	5,803,150
Endoprotésis Total de Cadera				0	1,025,020	0
Endoprotésis Parcial de Cadera				0	755,430	0
Consulta Oftalmológica	189	23		212	9,960	2,111,520
Fotocoagulación			40	40		
Otras Prestaciones				0		
Total General	303	825	67	1,195		
Total Transferencia (MS)	18,424	10,943	17,689	47,056		42,934,970 total

18,767,500 abierta

24,167,470 cerrada

PROGRAMA ADULTO MAYOR 1998 (MODALIDAD INSTITUCIONAL)
Servicio de Salud Concepción

Glosa de Prestaciones	Cantidad Comprometida	Agenda Social		Total Comprometido 1998		
		Ortesis y Prótesis	Seguro Catastrófico			
Lentes	1,046	555		1,601	11,750	18,811,750
Audífonos	226			226	130,630	29,522,380
Bastones		100		100	8,270	827,000
Sillas de Ruedas				0	181,910	0
Andador				0	41,890	0
Colchón Antiescaras		20		20	110,250	2,205,000
Cojín Antiescaras				0	3,310	0
Canasta Dental Tipo	297	500		797	59,560	47,469,320
Cataratas	28		85	113	353,160	39,907,080
Implantación de Marcapaso	10		31	41	1,160,630	47,585,830
Endoprotesis Total de Cadera	5		21	26	1,025,020	26,650,520
Endoprotesis Parcial de Cadera	4		21	25	755,430	18,885,750
Consulta Oftalmológica	550			550	9,960	5,478,000
Fotocoagulación			64	64		
Otras Prestaciones				0		
Total General	2,166	1,175	222	3,563		
Total Transferencia (M\$)	94,815	39,333	109,924	243,872		

104,313,450	abierta
133,029,180	cerrada
237,342,630	total

150-

PROGRAMA ADULTO MAYOR 1998 (MODALIDAD INSTITUCIONAL)
Servicio de Salud Nuble

Glosa de Prestaciones	Cantidad Comprometida	Agenda Social		Total Comprometido 1998			
		Ortesis y Prótesis	Seguro Catastrófico				
Lentes	702	868		1,570	11,750	18,447,500	
Audifonos	17			17	130,630	2,220,710	
Bastones	122			122	8,270	1,008,940	
Sillas de Ruedas	36			36	181,910	6,548,760	
Andador	8			8	41,890	335,120	
Colchón Antiescaras	14			14	110,250	1,543,500	
Cojín Antiescaras	8			8	3,310	26,480	
Canasta Dental Tipo	156	473		629	59,560	37,463,240	74,546,330 abierta
Cataratas	22		56	78	353,160	27,546,480	
Implantación de Marcapaso			12	12	1,160,630	13,927,560	
Endoprotesis Total de Cadera	10		4	14	1,025,020	14,350,280	
Endoprotesis Parcial de Cadera	20		8	28	755,430	21,152,040	76,976,360 cerrada
Consulta Oftalmológica	698			698	9,960	6,952,080	
Fotocoagulación				0			
Otras Prestaciones				0			
Total General	1,813	1,341	80	3,234			
Total Transferencia (M\$)	89,304	98,371	43,948	151,523			##### total

151

PROGRAMA ADULTO MAYOR 1998 (MODALIDAD INSTITUCIONAL)
Servicio de Salud Maule

Glosa de Prestaciones	Cantidad Comprometida	Agenda Social		Total Comprometido 1998				
		Ortesis y Prótesis	Seguro Catastrófico					
Lentes	1.333	3.005		4.338	11,750	50,971,500		
Audifonos	150	11		161	130,630	21,031,430		
Bastones	80			80	8,270	661,600		
Sillas de Ruedas	26			26	181,910	4,729,660		
Andador	15			15	41,890	628,350		
Colchón Antiescaras	26			26	110,250	2,866,500		
Cojín Antiescaras	28			28	3,310	92,680		
Canasta Dental Tipo	260	248		508	59,560	30,256,480	141,118,200	abierta
Cataratas	120		128	248	353,160	87,583,680		
Implantación de Marcapaso	10		14	24	1,160,630	27,855,120		
Endoprotesis Total de Cadera			25	25	1,025,020	25,625,500		
Endoprotesis Parcial de Cadera	10		26	36	755,430	27,195,480	168,259,780	cerrada
Consulta Oftalmológica	1.000	2.000		3.000	9,960	29,880,000		
Fotocoagulación			124	124				
Otras Prestaciones				0				
Total General	3.058	5.264	317	8.639				
Total Transferencia (M\$)	131.221	71.437	128.322	322.980			309.377.980	total

152

PROGRAMA ADULTO MAYOR 1998 (MODALIDAD INSTITUCIONAL)
Servicio de Salud San Felipe - Los Andes

Glosa de Prestaciones	Cantidad Comprometida	Agenda Social		Total Comprometido 1998			
		Ortesis y Prótesis	Seguro Catastrófico				
Lentes	338	305		643	11,750	7,555,250	
Audifonos	25	55		80	130,630	10,450,400	
Bastones	30	10		40	8,270	330,800	
Sillas de Ruedas	17	12		29	181,910	5,275,390	
Andador	19	6		25	41,890	1,047,250	
Colchón Antiescaras	15	15		30	110,250	3,307,500	
Cojín Antiescaras	9	2		11	3,310	36,410	
Canasta Dental Tipo	78	37		115	59,560	6,849,400	34,852,400 abierta
Cataratas	7		139	146	353,160	51,561,360	
Implantación de Marcapaso	7		2	9	1,160,630	10,445,670	
Endoprotesis Total de Cadera	11		9	20	1,025,020	20,500,400	
Endoprotesis Parcial de Cadera			10	10	755,430	7,554,300	90,061,730 cerrada
Consulta Oftalmológica				0	9,960	0	
Fotocoagulación			72	72			
Otras Prestaciones				0			
Total General	556	442	232	1,230			
Total Transferencia (M\$)	39,575	17,149	74,861	131,585			124,914,130 total

153 -

PROGRAMA ADULTO MAYOR 1998 (MODALIDAD INSTITUCIONAL)
Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota

Glosa de Prestaciones	Cantidad Comprometida	Agenda Social		Total Comprometido 1998			
		Ortesis y Prótesis	Seguro Catastrófico				
Lentes	521	679		1,200	11,750	14,100,000	
Audifonos	4	83		87	130,630	11,364,810	
Bastones	90	394		484	8,270	4,002,680	
Sillas de Ruedas	3	66		69	181,910	12,551,790	
Andador	26	84		110	41,890	4,607,900	
Colchón Antiescaras	20	110		130	110,250	14,332,500	
Cojín Antiescaras	124	229		353	3,310	1,168,430	
Canasta Dental Tipo	0	509		509	59,560	30,316,040	102,822,470 abierta
Cataratas	144		115	259	353,160	91,468,440	
Implantación de Marcapaso	10		13	23	1,160,630	26,694,490	
Endoprotesis Total de Cadera	12		20	32	1,025,020	32,800,640	
Endoprotesis Parcial de Cadera	47			47	755,430	35,505,210	186,468,780 cerrada
Consulta Oftalmológica	1,042			1,042	9,960	10,378,320	
Fotocoagulación			16	16			
Otras Prestaciones*	1,500			1,500			
Total General	3,543	2,154	154	5,861			
Total Transferencia (M\$)	143,516	84,438	77,723	305,677			289,291,250 total

* Incluye Proyecto de Salud Mental de 1.000 consultas psiquiatricas.

154..

PROGRAMA ADULTO MAYOR 1998 (MODALIDAD INSTITUCIONAL)
Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio

Glosa de Prestaciones	Cantidad Comprometida	Agenda Social		Total Comprometido 1998		
		Ortesis y Prótesis	Seguro Catastrófico			
Lentes	1,500	770		2,270	11,750	26,672,500
Audifonos	95	140		235	130,630	30,698,050
Bastones	42	12		54	8,270	446,580
Sillas de Ruedas	30	13		43	181,910	7,822,130
Andador		10		10	41,890	418,900
Colchón Antiescaras		5		5	110,250	551,250
Cojin Antiescaras		39		39	3,310	129,090
Canasta Dental Tipo	100	190		290	59,560	17,272,400
Cataratas	40		80	120	353,160	42,379,200
Implantación de Marcapaso	20		12	32	1,160,630	37,140,160
Endoprotesis Total de Cadera	9		18	27	1,025,020	27,675,540
Endoprotesis Parcial de Cadera			8	8	755,430	6,043,440
Consulta Oftalmológica				0	9,960	0
Fotocoagulación				0		
Otras Prestaciones				0		
Total General	1,836	1,179	118	3,133		
Total Transferencia (M\$)	88,357	42,215	67,084	197,656		

84,010,900 abierta

113,238,340 cerrada

197,249,240 total

155

PROGRAMA ADULTO MAYOR 1998 (MODALIDAD INSTITUCIONAL)
Servicio de Salud Coquimbo

Glosa de Prestaciones	Cantidad Comprometida	Agenda Social		Total Comprometido 1998		
		Ortesis y Prótesis	Seguro Catastrófico			
Lentes	1,202	1,985		3,187	11,750	37,447,250
Audifonos	112	73		185	130,630	24,166,550
Bastones	83	49		132	8,270	1,091,640
Sillas de Ruedas	8	6		14	181,910	2,546,740
Andador				0	41,890	0
Colchón Antiescaras				0	110,250	0
Cojín Antiescaras				0	3,310	0
Canasta Dental Tipo	198	184		382	59,560	22,751,920
Cataratas			60	60	353,160	21,189,600
Implantación de Marcapaso	16		8	24	1,160,630	27,855,120
Endoprotesis Total de Cadera	15		12	27	1,025,020	27,675,540
Endoprotesis Parcial de Cadera	6		4	10	755,430	7,554,300
Consulta Oftalmológica				0	9,960	0
Fotocoagulación			12	12		
Otras Prestaciones				0		
Total General	1,640	2,297	96	4,033		
Total Transferencia (M\$)	81,200	45,315	47,059	173,574		
					88,004,100	abierta
					84,274,560	cerrada
					172,278,660	total

156.

PROGRAMA ADULTO MAYOR 1998 (MODALIDAD INSTITUCIONAL)
Servicio de Salud Antofagasta

Glosa de Prestaciones	Cantidad Comprometida	Agenda Social		Total Comprometido 1998		
		Ortesis y Prótesis	Seguro Catastrófico			
Lentes	200	401		601	11,750	7,061,750
Audifonos	32	40		72	130,630	9,405,360
Bastones	28			28	8,270	231,560
Sillas de Ruedas	12			12	181,910	2,182,920
Andador				0	41,890	0
Colchón Antiescaras	12			12	110,250	1,323,000
Cojin Antiescaras				0	3,310	0
Canasta Dental Tipo	170	306		476	59,560	28,350,560
Cataratas	20		80	100	353,160	35,316,000
Implantación de Marcapaso	14		12	26	1,160,630	30,176,380
Endoprotesis Total de Cadera	3		8	11	1,025,020	11,275,220
Endoprotesis Parcial de Cadera			12	12	755,430	9,065,160
Consulta Oftalmológica				0	9,960	0
Fotocoagulación				0		
Otras Prestaciones				0		
Total General	481	747	112	1,350		
Total Transferencia (M\$)	44,951	28,162	59,446	132,559		

48,555,150 abierta

85,832,760 cerrada

134,387,910 total

157 -

PROGRAMA ADULTO MAYOR 1998 (MODALIDAD INSTITUCIONAL)
Servicio de Salud Atacama

Glosa de Prestaciones	Cantidad Comprometida	Agenda Social		Total Comprometido 1998			
		Ortesis y Prótesis	Seguro Catastrófico				
Lentes	540	473		1,013	11,750	11,902,750	
Audifonos	25	50		75	130,630	9,797,250	
Bastones		5		5	8,270	41,350	
Sillas de Ruedas	2	5		7	181,910	1,273,370	
Andador		5		5	41,890	209,450	
Colchón Antiescaras	2	5		7	110,250	771,750	
Cojín Antiescaras				0	3,310	0	
Canasta Dental Tipo	120	49		169	59,560	10,065,640	36,053,560 abierta
Cataratas	15		4	19	353,160	6,710,040	
Implantación de Marcapaso	2		6	8	1,160,630	9,285,040	
Endoprotesis Total de Cadera	2		1	3	1,025,020	3,075,060	
Endoprotesis Parcial de Cadera			1	1	755,430	755,430	19,825,570 cerrada
Consulta Oftalmológica	200			200	9,960	1,992,000	
Fotocoagulación			2	2			
Otras Prestaciones				0			
Total General	908	592	14	1,514			
Total Transferencia (M\$)	29,063	16,719	9,505	55,227			
					55,879,130	total	

158..

PROGRAMA ADULTO MAYOR 1998 (MODALIDAD INSTITUCIONAL)
Servicio de Salud Iquique

Glosa de Prestaciones	Cantidad Comprometida	Agenda Social		Total Comprometido 1998		
		Ortesis y Prótesis	Seguro Catastrónico			
Lentes	150	353		503	11,750	5,910,250
Audifonos	19	40		59	130,630	7,707,170
Bastones				0	8,270	0
Sillas de Ruedas				0	181,910	0
Andador				0	41,890	0
Colchón Antiescaras				0	110,250	0
Cojin Antiescaras				0	3,310	0
Canasta Dental Tipo	30	44		74	59,560	4,407,440
Cataratas			64	64	353,160	22,602,240
Implantación de Marcapaso	7		7	14	1,160,630	16,248,820
Endoprotesis Total de Cadera	1		10	11	1,025,020	11,275,220
Endoprotesis Parcial de Cadera	1		19	20	755,430	15,108,600
Consulta Oftalmológica				0	9,960	0
Fotocoagulación				0		
Otras Prestaciones				0		
Total General	208	437	100	745		
Total Transferencia (M\$)	15,936	11,594	56,123	84,053		

18,024,860	abierta
65,234,880	cerrada
83,259,740	total

159 -

PROGRAMA ADULTO MAYOR 1998 (MODALIDAD INSTITUCIONAL)
Servicio de Salud Arica

Glosa de Prestaciones	Cantidad Comprometida PAM 1998	Agenda Social		Total Comprometido 1998				
		Ortesis y Prótesis	Seguro Catastrófico					
Lentes	482	152		634	11,750	7,449,500		
Audifonos	22	14		36	130,630	4,702,680		
Bastones	51			51	8,270	421,770		
Sillas de Ruedas	5			5	181,910	909,550		
Andador				0	41,890	0		
Colchón Antiescaras	1			1	110,250	110,250		
Cojin Antiescaras	3			3	3,310	9,930		
Canasta Dental Tipo		149		149	59,560	8,874,440	22,478,120	abierta
Cataratas	10		77	87	353,160	30,724,920		
Implantación de Marcapaso	2		5	7	1,160,630	8,124,410		
Endoprotesis Total de Cadera	2		8	10	1,025,020	10,250,200		
Endoprotesis Parcial de Cadera	9			9	755,430	6,798,870	55,898,400	cerrada
Consulta Oftalmológica				0	9,960	0		
Fotocoagulación				0				
Otras Prestaciones				0				
Total General	587	345	90	992				
Total Transferencia (M\$)	24,691	12,489	40,894	78,074			78,376,520	total

ANEXO 3: Propuesta de Matriz de Marco Lógico (en los casos que corresponda)

160

NOMBRE DEL PROGRAMA: PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO MAYOR AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA: 1995 MINISTERIO RESPONSABLE: MINISTERIO DE SALUD SERVICIO RESPONSABLE: DIVISION DE SALUD DE LAS PERSONAS (DISAP)				
Enunciado Del Objetivo	Indicadores		Medios de Verificación	Supuestos
	Actuales	Posibles		
FIN: Contribuir a un envejecimiento saludable y al mejoramiento de la calidad de vida de los Adultos Mayores (AM)				
PROPOSITO: AM beneficiarios del Sistema Público que han mantenido o mejorado su autovalencia		AM autovalentes <hr/> AM beneficiarios FONASA	Información obtenida de la aplicación de instrumento de evaluación funcional	Se mantiene la prioridad como política de Gobierno y se incrementa el presupuesto del programa

<p>COMPONENTE N° 1:</p> <p>Equipo de salud sensibilizado, formado y capacitado en la atención de salud de los AM</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médico - Enfermera - Nutricionista - Terapeuta Ocupacional - Kinesiólogo - Asistente Social - Técnico Paramédico - Auxiliar 	<p>Número de personas capacitadas, por nivel mencionado</p>	<p>Número de personas capacitadas, por nivel mencionado y según contenidos que se hayan especificado</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prueba de conocimientos - Supervisión con pauta de observación de conductas, actitudes y aplicación de conocimientos 	<ul style="list-style-type: none"> - Estabilidad laboral del personal capacitado - El personal capacitado desempeña labores relacionadas con su capacitación
<p>ACTIVIDADES:</p> <p>1.1 Orientaciones para la atención de salud del AM</p> <p>1.2 Revisión bibliográfica y convocatoria a expertos para elaborar normas e instrumentos.</p> <p>1.3 Diseño de instrumento de Eval. de Riesgo Funcional en Comunidad</p> <p>1.4 Elaboración del Manual de Aplicación del instrumento.</p> <p>1.5 Sensibiliz. de directores de SS</p> <p>1.6 Capacitación a equipos de atención primaria</p> <p>1.7 Elaboración Manual de Autocuidado del AM, para Atención Primaria</p> <p>1.8 Elaboración ficha de control de salud y su instructivo</p> <p>1.9 Capacitar profesionales en Gerontología</p> <p>1.10 Elaboración de Guías Clínicas</p> <p>1.11 Elaboración de material educativo dirigido a los AM</p> <p>1.12 Trabajo intersectorial</p> <p>1.13 Validación del instrumento evaluación de riesgo de pérdida de funcionalidad</p> <p>1.14 Difusión de políticas sobre el AM</p>	<p>Reuniones realizadas</p> <p>Instrumento diseñado</p> <p>Manual elaborado</p> <p>Directivos sensibilizados</p> <p>Número de profesionales capacitados</p> <p>Manual elaborado</p> <p>Ficha elaborada</p> <p>Número de profesionales capacitados</p> <p>Guías elaboradas</p> <p>Material elaborado</p> <p>Instrumento validado</p> <p>Publicaciones elaboradas en distintos medios de comunicación</p>		<p>Notas de reuniones</p> <p>Instrumento elaborado</p> <p>Manual publicado y distribuido</p> <p>Notas de reuniones</p> <p>Evaluación de la capacitación</p> <p>Manual publicado y distribuido</p> <p>Ficha distribuida en consultorios</p> <p>Evaluación de la capacitación</p> <p>Guías distribuidas</p> <p>Material utilizado</p> <p>Instrumento validado</p> <p>Evaluación de la campaña de difusión</p>	

<p>COMPONENTE N° 2 :</p> <p>Formación de Recursos Humanos en Geriatría y Gerontología</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pregrado médicos y profesionales paramédicos - Postgrado médicos y profesionales paramédicos - Técnicos Paramédicos 1.200 y 1.500 horas 		<p>Programas elaborados</p>	<p>Lectura y Verificación de contenidos de programas</p>	<p>Se dispone de cargos para la contratación del personal con formación en Geriatría y Gerontología, por los Servicios de Salud</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <p>2.1 Elaboración de programa sobre el tema, para cada nivel profesional propuesto</p> <p>2.2 Análisis de los programas en conjunto con los estamentos académicos de universidades, institutos profesionales y unidades de formación de los SS</p> <p>2.3 Definición</p>		<p>Programas elaborados</p> <p>Actas de reuniones</p> <p>Programas incorporados en formación de pregrado</p> <p>Programas y cursos de postgrado</p>	<p>Lectura y Verificación de contenidos de programas</p>	
<p>COMPONENTE N° 3:</p> <p>Atención Primaria de Salud para el AM</p> <ul style="list-style-type: none"> - Control de salud del AM sano en la comunidad - Modelo de atención farmacológica - PACAM - Atención de pacientes con neumonía - PAI 		<ul style="list-style-type: none"> - Población AM bajo control. - Eval. De riesgo funcional realizada y con alteraciones. - N° y % de bajo peso según el índice de masa corporal (IMC). - N° y % con sobre peso y obesos según el IMC. - N° y % con PACAM. - N° y % inmunizados. - N° y % de los AM incorp.al programa de salud familiar. - Costo unitario y total de c/ tipo de prestaciones 	<p>Registro estadístico base para el desarrollo del RMC 03 B u otro a implementar.(Ej.: productos del SIAP, Sistema Integrado de Información para la Atención Primaria)</p>	<p>Se dispone del personal formado y capacitado</p> <p>Proveedores entregan medicamentos oportunamente. Facturas se pagan oportunamente para evitar suspensión de los suministros</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pesquisa y registro de los AM en el territorio adscrito al consultorio 2. Conformación de equipo de salud para otorgar las prestaciones 3. Aplicación de encuesta de autovalencia y eval. de riesgo funcional 4. Exámenes médicos 5. Atención farmacológica 6. PACAM. Selección AM >70 años y entrega del complemento alimenticio 7. Registro y eval. de prest. otorgadas 				

<p>COMPONENTE N° 4:</p> <p>Atención Secundaria de Salud para el AM</p> <ul style="list-style-type: none"> - Policlínica de Especialidades - Prótesis y Ortesis - Atención farmacológica 	<ul style="list-style-type: none"> - Costo unitario y total por tipo de prestaciones - N° y % de los AM beneficiados por tipo de prestaciones 	<ul style="list-style-type: none"> - Costo unitario y total por tipo de prestaciones - N° y % de los AM beneficiados por tipo de prestaciones - N° y % de prestaciones por tipo. - Grado de logro en la solución del problema de riesgo funcional 	<p>Registro estadístico base para el desarrollo de los RMC (SOME hospital respectivo)</p>	<p>Existe un esquema de derivación e interconsulta fluido y expedito Proveedores entregan productos con calidad suficiente y en forma oportuna Facturas se pagan oportunamente para evitar suspensión de los suministros</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Incorporación de especialistas en Geriatría y Gerontología 2. Entrega de prótesis y ortesis según diagnóstico 3. Atención farmacológica 4. Registro y evaluación de las prestaciones otorgadas 				
<p>COMPONENTE N° 5:</p> <p>Atención Terciaria de Salud para el AM</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervención por enfermedades de costo catastrófico - Intervención antes de tres meses, patologías de resolución quirúrgica 	<p>Costo unitario y total por intervenciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Costo unitario y total por intervenciones - Grado de logro de la solución al problema de capacidad funcional - Cobertura (número de pacientes beneficiados) 		<p>Fondos son entregados oportunamente (tiempo y cantidad) por FONASA</p>
<p>ACTIVIDADES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Incorporación de especialistas en Geriatría y Gerontología 2. Determinar pacientes a intervenir 3. Realizar intervenciones en el marco del POA (antes de tres meses) 4. Registro y evaluación de las prestaciones otorgadas 				

ANEXO 4: VARIOS.

165

A) CAPACITACION

Una de las actividades de más importancia para el desarrollo del Programa es la capacitación de los recursos humanos. Esta actividad, conforme a lo informado por la contraparte ministerial, se ha llevado a cabo a partir del año 1996, período durante el cual los Programas del Adulto y del Adulto Mayor, realizaron actividades de promoción y motivación en los distintos servicios de salud, con el objetivo específico de difundir ante los Directivos, las actividades que se iniciarían, relativas a la especialización de las atenciones al AM. No existe información sobre costo de las actividades realizadas.

En 1997, se inicia la ejecución de actividades de capacitación, en todas las Direcciones de los Servicios de Salud, con una cobertura de aproximadamente 1.000 profesionales, abarcando a todos los integrantes del equipo de salud, en los tres niveles de atención. No existe información sobre costo de las actividades realizadas en esta parte del proceso.

Según la declaración de la contraparte, los contenidos abordados en estas actividades de capacitación son los siguientes:

- Transición demográfica y Epidemiológica
- Envejecimiento saludable y patológico
- Evaluación funcional
- Aplicación de la encuesta de evaluación de riesgo funcional en comunidad
- Intersectorialidad: FOSIS y otras instituciones
- Control de Salud

Adicionalmente, en dicho período se inicia la elaboración del Manual de Autocuidado del Adulto Mayor, instrumento destinado a los miembros del equipo de salud.

En el año 1998, se inicia la elaboración de Guías clínicas sobre temas más prevalentes. Se proyecta la elaboración de 14 guías, de las cuales a la fecha sólo se han terminado dos.

166

En cuanto a las actividades de formación desarrolladas por instituciones de educación superior, a partir de 1995 se inicia el Diplomado de Geriatría y Gerontología en la Universidad de Concepción, actividad que ha perdurado, realizándose en el presente año su tercera versión. Se trata de formación de posgrado a la cual asisten profesionales médicos y profesionales paramédicos, por interés propio y eventualmente, patrocinados por las instituciones en las cuales se desempeñan. No hay constancia de que para dicha actividad se hayan otorgado becas ministeriales.

En 1998, se desarrolla el Diplomado en Gerontología, en la Universidad de Chile, destinado a todo tipo de profesionales del equipo de salud. La cobertura fue de 43 profesionales ese año, provenientes de distintos servicios de salud. Las becas fueron otorgadas por el MINSAL.

En 1998, se inicia también la validación del instrumento para la evaluación de riesgo funcional en la comunidad. Esta validación se encuentra en proceso en la zona de Concepción, con un costo de \$6,8 millones.

Adicionalmente, durante el período, se remitió directamente dinero a los SS para capacitación, distribuido como se indica en la tabla siguiente, en miles de pesos:

SERVICIO DE SALUD (1)	1996	1997	1998	1999***
ARICA	765	2.186	230	0
IQUIQUE	629	2.186	193	0
ANTOFAGASTA	2.361	2.186	171	0
ATACAMA	929	2.186	2.067	0
COQUIMBO	1.057	2.186	113	400
VALPARAISO-SAN ANTONIO	783	2.022	24	1.045
VIÑA DEL MAR-QUILLOTA	2.668	1.540	667	0
SAN FELIPE-LOS ANDES	718	1.540	2.594	400
LIB.BDO. O'HIGGINS	773	1.540	2.594	1.600
MAULE	2.683	2.186	36	800
ÑUBLE	557	1.540	82	400
CONCEPCION	487	1.794	109	500
ARAUCO	0	1.120	109	0
TALCAHUANO	2.010	1.120	643	0
BIO - BIO*	3.557	1.280	10.109	6.800
ARAUCANIA NORTE	2.713	1.120	1414	400
ARAUCANIA SUR	0	1.766	129	400
VALDIVIA	987	1.540	136	800
OSORNO	907	1.540	152	0
LLANCHIPAL	5.378	1.776	139	0
AYSEN	343	1.010	218	0
MAGALLANES	483	1.220	276	0
METROPOLITANO NORTE	10	492	0	2.245
METROPOLITANO ORIENTE**	1.690	8.000	28.666	2.580
METROP.SUR-ORIENTE	10	0	127	1.845
METROPOLITANO SUR	10	0	2.182	1.045
METROPOLITANO OCCIDENTE	1.700	732	1.582	2.645
METROPOLITANO CENTRAL**	1.690	0	0	24.645
NIVEL CENTRAL	0	4.192	85	6.450
TOTAL	35.899	50.000	54.847	55.000

*El Servicio de Salud Bio Bio pagará el estudio de validación de la Encuesta de Evaluación Funcional del Adulto Mayor y efectuará los trámites administrativos y financieros para trabajo con la Universidad de Concepción.

¹ Fuente: Ord. 5549/96. Nota de transferencia de 28.07.97. Ord. 1857/98. Ord. 2954/98. Ord. 2787/99. documentos todos de la Subsecretaría de Salud. ordenando a FONASA transferir los citados fondos.

**El Servicio de Salud Metropolitano Oriente financiará la elaboración, diseño e impresión de guías clínicas para la atención del AM y una reunión –taller con profesionales de los Servicios de Salud.

En el año 1999, se realiza nuevamente el Diplomado de Gerontología, con una matrícula de 30 profesionales, por un año, con un costo total de \$ 11, 25 millones. Igualmente, se realiza una formación en Enfermería Geriátrica, para 7 enfermeras, 1.600 horas, con un costo de \$ 7 millones.

Se firma convenio en 1999 con TELEDUC (técnicamente a cargo del Programa del Adulto Mayor de la Pontificia Universidad Católica de Chile), para la formación a distancia y se beca a 200 profesionales en 12 servicios de salud, otorgando cupos preferentemente a aquéllos de zonas apartadas. El Servicio de Salud Metropolitano Central realizará los trámites administrativo-financieros para el pago de TELEDUC y convenios para trabajo conjunto con otras instituciones.

Respecto a las Nutricionistas, el MINSAL, en convenio con el INTA, se encuentra elaborando un programa para 300 profesionales de la V, VIII y Región Metropolitana, en base a guías de trabajo para responder en sus lugares de trabajo.

En el caso de las Asistentes Sociales, se firmó convenio con la Universidad Bolivariana para desarrollar un programa similar.

Para los Odontólogos, el Departamento de Odontología del MINSAL se encuentra elaborando un curso para la Región Metropolitana, que abarca a 60 odontólogos, con un costo de \$ 2,5 millones.

Adicionalmente, se encuentra en proceso un convenio entre OPS-INTA-UC-MINSAL, para la elaboración de material de difusión e instrucción, con un costo de \$ 12 millones.

Se encuentra en elaboración un video, con clases para la atención de pacientes, destinado al NPA (un video por cada municipio), con un costo de \$ 2,5 millones.

170

B) LISTADO DE CONSULTORIOS Y ENFERMERAS CONTRATADAS. PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR. MINSAL, 1998.

ANEXO N° 1

LISTADO DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCION PRIMARIA

PRIMERA ETAPA PACAM

	REGION/SERVI	COMUNA	ESTABLECIMIENTO
01	Iquique	Iquique	Sur (CSF)
02	Valparaiso	Valparaiso	S. Damian (CSF)
03	Valparaiso	Valparaiso	Placeres (CSF)
04	Valparaiso	Valparaiso	Reina Isabel II (CSF)
05	Valparaiso	Valparaiso	Barón
06	Valparaiso	Valparaiso	Cordillera
07	Valparaiso	Valparaiso	Puertas Negras
08	Valparaiso	Valparaiso	C. Hospita) de Niños
09	Viña del Mar	Viña del Mar	Gómez Carreño (CSF)
10	Bdo. O'Higgins	Rancagua	Maria Lariffe
11	Bdo. O'Higgins	Rancagua	Abel Zapata
12	Bdo. O'Higgins	Rancagua	Eduardo de Geyter
13	Concepción	Concepción	V. Nonguen (CSF)
14	Concepción	Concepción	Tucapel
15	Concepción	Concepción	Lorenzo Arenas
16	Concepción	Concepción	Victor M. Fernández
17	Concepción	San Pedro	San Pedro (CSF)
18	Concepción	Coronel	Adosado H. Coronel
19	Concepción	Coronel	Pudahuel Poniente
20	Concepción	Coronel	Yobilo
21	Talcahuano	Talcahuano	Huaipencillo (CSF)
22	Talcahuano	Talcahuano	San Vicente (CSF)
23	Talcahuano	Talcahuano	Las higueras (CSF)
24	Talcahuano	Penco	Penco (CSF)
25	Bio - Bio	Loa Angeles	Dos de Septiembre (CSF)
26	Araucanía Sur	Temuco	Metodista (CSF)
27	Araucanía Sur	Padre Las Casas	Padre Las Casas (CSF)
28	Araucanía Sur	Temuco	Amanecer (CSF)
29	Araucanía Sur	Temuco	Pueblo Nuevo (CSF)
30	Valdivia	Valdivia	Las Animas (CSF)
31	Valdivia	Valdivia	Gil de Castro (CSF)
32	Osorno	Osorno	Los Carreras (CSF)
33	Osorno	Osorno	Pedro Jáuregui (CSF)
34	Llanchipal	Puerto Montt	Angeimó (CSF)
35	Llanchipal	Puerto Montt	Antonio Varas (CSF)
36	M. Oriente	Nuñoa	Rosita Renard (CSF)
37	M. Oriente	Nuñoa	Salvador bustos (CSF)
38	M. Oriente	La Reina	La Reina (CSF)
39	M. Oriente	Macul	Feix de Amest
40	M. Oriente	Macul	Santa Julia (CSF)

FRI, MAY-28-99 9:00AM

DPTO. PROGRAMA PERSONAS

6382238

172

P. 03

41	M. Occidente	Quinta Normal	Garín (CSF)
42	M. Occidente	Renca	Renca (CSF)
43	M. Occidente	Cerro Navia	Dr. Steeger
44	M. Occidente	Cerro Navia	Dr. Albertz
45	M. Occidente	Cerro Navia	Cerro Navia
46	M. Occidente	Pudahuel	Pudahuel Estrella
47	M. Occidente	Pudahuel	Gustavo Molina
48	M. Sur	El Bosque	Cisterna Sur
49	M. Sur	El Bosque	Orlando Letelier (CSF)
50	M. Sur	El Bosque	Santa Laura
51	M. Sur	El Bosque	Laurita Vicuña
52	M. Sur	San Joaquín	Arturo Baeza Goñi
53	M. Sur	San Joaquín	T. de los Andes
54	M. Sur	San Joaquín	San Joaquín (CSF)
55	M. Sur	La Cisterna	Eduardo Frei
56	M. Sur	La Cisterna	S. Anselma
57	M. Sur Oriente	La Pintana	Pablo de Rocka
58	M. Sur Oriente	La Pintana	Stgo. N. Extremo
59	M. Sur Oriente	La Pintana	Santo Tomás
60	M. Sur Oriente	La Pintana	San Rafael
61	M. Sur Oriente	La Pintana	El Roble (CSF)
62	M. Sur Oriente	La Florida	Los Quillayes
63	M. Sur Oriente	La Florida	Maffioletti
64	M. Sur Oriente	La Florida	Villa O'Higgins
65	M. Sur Oriente	La Florida	Bellavista
66	M. Sur Oriente	La Florida	Los Castaños (CSF)
67	M. Sur Oriente	Puente Alto	San Geronimo
68	M. Sur Oriente	Puente Alto	Vista Hermosa
69	M. Sur Oriente	Puente Alto	Alejandro del Río
70	M. Sur Oriente	Puente Alto	Bernardo Leighton (CSF)
71	M. Sur Oriente	Puente Alto	Chiloé
72	M. Sur Oriente	San Ramón	La Bandera
73	M. Sur Oriente	San Ramón	San Ramón
74	M. Sur Oriente	Pirque	Pirque (CSF)
75	M. Norte	Conchalí	Eneas González
76	M. Norte	Conchalí	Juanita Aguirre
77	M. Norte	Conchalí	Lucas Sierra
78	M. Norte	Conchalí	Symon Ojeda
79	M. Norte	Colina	Esmeralda
80	M. Norte	Colina	Colina
81	M. Norte	Recoleta	Cristo Vive (CSF)
82	M. Norte	Quilicura	Irene Frei
83	M. Norte	Independencia	A. Cruz Meo
84	M. Central	Santiago	Consultorio N° 1
85	M. Central	Estación Central	Consultorio N° 2
86	M. Central	Maipú	Maipú
87	M. Oriente	Peñalolén	San Luis de Macul

ENFERMERAS CONTRATADAS PARA REALIZAR EISAM

173

Servicio Salud	Nombre Enfermedades
Metropolitano Sur	<ul style="list-style-type: none"> • Ana Sánchez Osses Consultorio Arturo Baeza Goñi • Hilda Martínez Guíñez Consultorio Arturo Baeza Goñi • María Isabel Silva Uribe Consultorio Arturo Baeza Goñi • Verónica Alvarez Peña Consultorio Sor Teresa de los Andes • Ines Aravena Trincado Consultorio Laurita Vicuña • Marieta Palaviccini Inda Consultorio Laurita Vicuña • Ana Pulgar Consultorio Laurita Vicuña • Silvia Aguilera Sepúlveda Consultorio Laurita Vicuña • Verónica Calderón Iturra Consultorio Laurita Vicuña • Margarita Reusch Hevia Consultorio Laurita Vicuña • Rebeca Manyoma Consultorio Cisterna Sur • Raquel Pardo Consultorio Cisterna Sur • Pierina Hermansen Rebolledo Consultorio Santa Laura • Lorena Sepúlveda Sepúlveda Consultorio Santa Laura • Doris Arraño Toledo Consultorio Santa Anselma • Rosa Manquien Colihuil Consultorio Eduardo Frei Montalva • Elba Muñoz Burgos Consultorio Eduardo Frei Montalva
Metropolitano Sur-Oriente	<ul style="list-style-type: none"> • Pilar Flores Soto Puente Alto • María Cecilia Santos Puente Alto • Amelia Opazo Del Pino Puente Alto • Lorena Unión Papic Puente Alto • Francis Ciampi La Florida • Norma Gere La Florida • Sandra Marques La Florida • Araceli Aris Navarrete La Florida • María Elena Romero La Pintana • Silvia Pérez Barroso La Pintana • Hilda Gómez Riffo La Pintana • Magdalena Ríos Raggio La Pintana • Isabel Castillo Hernández La Pintana • Nadia Moyano La Pintana • Alejandra Ojeda La Pintana • Rosa Maita Zubizarreta La Pintana • Silvia Hernández Cabos La Pintana <p>* San Ramón, no tiene enfermeras contratadas en extensión horaria pues no han llegado las platas correspondientes a este año.</p>

Servicio Salud	Nombre Enfermedades
Metropolitano Norte	<ul style="list-style-type: none">• Edith Escobar Consultorio Cruz Melo• Andrea Muñoz Consultorio Cruz Melo• María Elena Mestre Consultorio Quilicura• Amelia Poblet Consultorio Colina• Nieves Mora Consultorio Lucas Sierra• Ruth Castro Consultorio Juanita Aguirre• Gladys Carmona Consultorio Eneas Gonel
Metropolitano Oriente	<ul style="list-style-type: none">• Nancy Foiz. Consultorio La Reina• Sara Labrin. Consultorio Salvador Bustos• Carmen Luisa Monsales. Consultorio Félix de Amesti
Metropolitano Occidente	<ul style="list-style-type: none">• Sonia Belmar Cifuentes• Felisa Huanca Solis• Ilda Luz Cid Castillo• Leonor Cayul Rivera Comuna de Pudahuel• Jessica Negrete Leiva Comuna de Pudahuel
Metropolitano Central	<ul style="list-style-type: none">•••
Concepción	<ul style="list-style-type: none">•••
Valparaíso	<ul style="list-style-type: none">• Marcela Sierra. Consultorio Quebrada Verde• Ana María Carrasco. Consultorio Puertas Negra• Olga Galvez. Consultorio Hosp. De Niños (S.S)• Patricia López. Consultorio Barón

C) DIAGRAMA DE PRODUCCION (MINSAL)

175

COMENTARIOS Y
OBSERVACIONES AL INFORME FINAL DE
EVALUACION POR PARTE DE LA INSTITUCION
RESPONSABLE

AGOSTO 1999

PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

COMUNIDAD

- Encuesta de Evaluación de Riesgo Funcional en Comunidad
- Trabajo Intersectorial:
 - Adultos Mayores organizados
 - Municipio
 - I.N.P.
 - O.N.G.
 - Organizaciones Comunitarias
 - DIGEDER
 - Educación
 - Registro Civil
 - Comité Regional Adulto Mayor
 - Otros



1er NIVEL

CONTROL DE SALUD (EISAM)

PACAM
Control de Salud
Control Hipertensión
y Diabetes

VACUNA ANTIGRIPIAL

MORBILIDAD

- Cardiovascular
- Respiratoria:
 - Eboc, Neumonía
- Digestiva
- Genito Urinaria
- Osteo-Articular
- Depresión
- Odontológica
- Visuales
- Auditivas
- Otras

Atención Integral
Odontológica

Visión: Vicio de refracción
Presbicia: Lentes

Auditivo: Presbiacusia
Osteo-muscular:

- Bastones
- Andadores
- Sillas de Ruedas
- Alivio del Dolor

Caidas
Incontinencia urinaria

Obesidad
Dislipidemia
Diabetes

Salud Mental:

- Ansiedad
- Alteración del Animo
- Depresión
- Demencia

Vascular

Periférico:

- Medias
- Vendas
- Actividad Física

Sedentarismo

Tabaco - Alcohol

Trastorno del Sueño

Estreñimiento

PIES:

- Hiperqueratosis
- Deformaciones
- Onicomiosis

Problemas Social:

- Aislamiento Social
- Económico
- Violencia Intrafamiliar, etc.

2º NIVEL

Atención Integral
Odontológica

Lentes

Audífonos

Resolución de
problemas
detectados en el
primer nivel y no
resueltos

3er NIVEL

Retinopatía Diabética:
Fotocoagulación

Cataratas:
Cirugía de Catarata

Osteo-articular:
Prótesis parcial y
total de Caderas

Prolapso Uterino:
Cirugía de Prolapso
Uterino

Hiperplasia Prostática:
Cirugía de Próstata

Arritmia Cardíaca:
Implantación de
Marcapaso

Neumonía:
Hospitalización de
Neumonía

URGENCIAS
Cardiovascular
Neumonía
Ostromuscular
Postrado
Descompensado
Digestivo
Otros

**MINISTERIO
DE SALUD**

La vida es primero

176

177

ORD. Nº: 4122

ANT. :

MAT. : Adjuntan informes.

Santiago, 16 AGO 1999

DE : DR. ALEX FIGUEROA MUÑOZ
MINISTRO DE SALUD

A : SR. RAMON FIGUEROA GONZALEZ
SUBDIRECTOR DE RACIONALIZACIÓN Y
FUNCIÓN PÚBLICA.
MINISTERIO DE HACIENDA

Adjunto a usted comentarios y observaciones a los informes finales al Programa del Adulto Mayor y de Subsidio por incapacidad laboral, evaluados durante el presente año por paneles de expertos.

Cabe señalar nuestra conformidad con dicho proceso general de evaluación, el que reafirma la eficacia y eficiencia de estos Programas desarrollados y ejecutados por este Ministerio.

Así también agradecer vuestra colaboración en dicho proceso que desde el año 1997 ha significado evaluar 10 importantes Programas de Salud por un monto global cercano a los 200.000 mil millones de pesos, es decir cerca de un 25% del presupuesto global anual del sector público.

Por último y en cuanto a las recomendaciones formuladas por los Paneles de Expertos y tal como se consigna en los informes técnicos que se adjuntan, compartimos en lo sustantivo estas, muchas de los cuales han sido implementadas o están en ejecución en tanto otras requieren modificaciones legales, estudios de factibilidad y en no pocos casos mayores recursos para su implementación.

Sin otro particular, saluda atentamente a usted,



ALEX FIGUEROA MUÑOZ
MINISTRO DE SALUD

DIRECCION DE PRESUPUESTOS OFICINA DE PARTES
16 AGO 1999
SPED

**COMENTARIOS Y OBSERVACIONES DEL MINISTERIO DE
SALUD AL INFORME FINAL DE EVALUACIÓN DEL
PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR**

En el marco de la Política Nacional y Salud del Adulto Mayor del Gobierno del Presidente Frei y la alta prioridad que en ellas se le asigna a este grupo etéreo, el MINSAL valora la iniciativa del Ministerio de Hacienda de haber realizado una evaluación externa del Programa de Salud del Adulto Mayor (PROSAM) de reciente inicio.

En esta perspectiva una evaluación exhaustiva del PROSAM realizada por expertos ajenos al sector, la consideramos como un valioso aporte al mejor desarrollo futuro para el programa.

En el marco anterior, la positiva evaluación de que ha sido objeto el programa es para el equipo coordinador del Ministerio, los equipos de trabajo de los Servicios de Salud y de los establecimientos del sector público, un aliciente a su desempeño. Así mismo la puesta en evidencia de algunas deficiencias o insuficiencias constituyen también una valiosa contribución al mejoramiento del mismo.

El equipo responsable del PROSAM a nivel del MINSAL, que fuera contraparte del Panel Evaluador, echa de menos en el informe final (pese a que ello fue discutido con los evaluadores) que no se aluda en él lo que nosotros consideramos como algunas de las más importantes insuficiencias del PROSAM en su actual estado de desarrollo y que dicen relación con las bajas coberturas existentes en muchas y muy importantes intervenciones tales como:

a) Bajas Coberturas

- Entrega de Lentes, con sólo un 8% de cobertura actual.
- Atención Integral Odontológica, con sólo un 1,8% de cobertura actual.
- Cirugía de Cataratas debe cubrir al 10% de Adultos Mayores que dicen no ver.
- Entrega de Medicamentos para hipertensos, diabéticos y enfermos con trastornos mentales, los que hoy se cubren sólo en 87 consultorios del país.
- Vacuna Antinfluenza, con un 60% de cobertura actual.
- Atención oportuna de los cuadros de neumonía tanto en forma ambulatoria como hospitalizados. Hoy está cubierto con programa sólo la Región Metropolitana, V y VIII. Es de justicia ampliar a todo el país este programa, considerando que constituye la tercera causa de muerte y que es una muerte prevenible.
- Aumentar la cobertura del PACAM, que hoy sólo se entrega en 87 consultorios.

b) Desarrollar programas de rehabilitación que son inexistentes en los tres niveles de atención. La rehabilitación constituye un pilar fundamental para mantener o mejorar la autovalencia de las personas de este grupo etáreo.

c) Desarrollar los distintos niveles de un modelo de atención geriátrica:

- Atención Domiciliaria

Las bajas coberturas anteriormente mencionadas obedecen a la no disponibilidad de algunos recursos críticos tales como médicos especialistas, enfermeras, kinesiólogos, terapeutas, psiquiatras y otros, así como de insumos básicos y de algunas tecnologías.

Con respecto a las recomendaciones específicas hechas por el panel evaluador, las cuales compartimos en su mayoría o con solo algunos matices de diferencia, nos referiremos a cada una de ellas en el mismo orden en que están en el documento.

En relación a las dos primeras recomendaciones, concordamos en la necesidad de fortalecer el equipo del nivel central con un reducido número de personas, para el cumplimiento de funciones técnicas y administrativas que hoy son efectuadas por la encargada del programa. Creemos que esta instancia debe fortalecer su función normativa, de monitoreo, evaluación y coordinación intra y extra sectorial.

En consecuencia no estamos de acuerdo con la propuesta de crear una estructura jerarquizada, que atente contra la necesaria flexibilidad y fluidez de relaciones que debe tener la dirección del programa en el nivel nacional.

Con respecto a la tercera recomendación, estamos de acuerdo y ello acontece así desde el inicio del programa.

En relación a todas las recomendaciones que aluden al modelo de Salud Familiar, estamos de acuerdo con la importancia de este componente como un enfoque complementario a los de salud individual, salud ocupacional y salud comunitaria. Este enfoque de salud familiar es inherente al modelo de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor que inspira al programa.

Creemos que hay un error de información o de percepción acerca de la actual estructuración de los programas ministeriales, ya que no existe y nunca ha existido un "Programa de Salud Familiar". Lo que hay son cinco programas básicos de acuerdo al ciclo vital de las personas y que son:

- a) Programa de Salud del Niño,
- b) Programa de Salud del Adolescente,
- c) Programa de Salud del Adulto,
- d) Programa de Salud del Adulto Mayor y
- e) Programa de Salud de la Mujer.

A todos estos programas se integran transversalmente los subprogramas por problemas de salud específicas (Hipertensión, Diabetes, Salud Mental, Salud Dental, Tuberculosis, Malnutrición y otros), los que incorporan en forma integral los aspectos de promoción, fomento, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, y que se ejecutan en todos los niveles de la organización y establecimientos del sistema público de salud.

En cuanto a la quinta recomendación, compartimos la necesidad de

formar especialistas y desarrollar y fortalecer la atención geriátrica en los niveles secundario y terciario.

Con referencia a la segunda parte de esta misma recomendación, concordamos con la necesidad de medir la calidad, efectividad, eficiencia y satisfacción de los usuarios con el programa y con cada uno de sus componentes. Se han diseñado y están en aplicación indicadores e instrumentos para ese fin.

Con respecto a las recomendaciones sexta y séptima, estamos de acuerdo que en un futuro pudieran desarrollarse otras estrategias de intervención nutricional tales como la propuesta por el panel. De todas formas en el caso particular de esta propuesta, no le corresponde al MINSAL crear comedores especiales para entregar esta colación, y ello pudiera ser iniciativa de los Municipios, de ONGs o de organizaciones de Adultos Mayores propiamente tales.

Lo que persigue al PACAM es precisamente prevenir la desnutrición en los Adultos Mayores más carenciados y de esta manera atenuar las consecuencias y el alto costo de tratamientos de otras patologías asociadas al estado nutricional.

Con relación a la octava recomendación, concordando en que el nivel de remuneraciones que hoy ofrece el Sistema Público a las enfermeras y a otros profesionales es insuficiente, al mismo tiempo consideramos que hay otros estímulos no pecuniarios, tales como condiciones de trabajo, desarrollo profesional y satisfacción con los resultados del trabajo realizado.

resultados del trabajo realizado.

La capacitación es un componente central del programa y ello se expresa en la creación de la especialización de postgrado en Enfermería Geriátrica, capacitación en servicio, realización de Simposium, Seminarios, Talleres, elaboración de Guías, Manuales, Videos y otros materiales educativos.

En cuanto a la novena recomendación, concordamos plenamente en la necesidad de incorporar en la enseñanza del pregrado contenidos de geriatría y de gerontología en todas las carreras de salud. Ello ya está aconteciendo en algunas carreras de enfermería y se establecerán los contactos en el futuro con las otras escuelas, particularmente las de medicina.

Con respecto a la décima recomendación, estamos plenamente de acuerdo y así se está haciendo.

Con respecto a la undécima propuesta estamos de acuerdo y ya varios servicios por iniciativa propia están ejecutando encuestas de satisfacción de usuarios. El Ministerio de Salud realizará antes de fin de año una evaluación externa de satisfacción con el PACAM, la muestra representativa de los Adultos Mayores beneficiarios de la intervención.

184.

Con relación a la propuesta número doce, concordamos en la necesidad de que los aranceles con que se paga a los establecimientos las distintas prestaciones del programa sean establecidos a costos reales y así se ha estado trabajando conjuntamente con el FONASA.

Asimismo, se ha solicitado de los especialistas respectivos establecer criterios e indicadores que aseguren la mejor calidad de las prestaciones y un impacto efectivo sobre los problemas intervenidos.

Con respecto a la última recomendación, estamos de acuerdo en la necesidad de avanzar en reformas estructurales que aseguren el acceso y atención de salud a todos los chilenos, en especial a los más pobres y a los adultos mayores, para lo cual se requieren cambios que vayan en la dirección de una mayor solidaridad en el financiamiento del sector público y un fortalecimiento del mismo.

Alicia Villalobos Courtín
Encargada
Programa Adulto Mayor

Dr. Manuel Ipinza
Secretario Ejecutivo
Agenda Social