

Subdirección de Atención Primaria
Servicio de Salud Coquimbo

Atención de Salud para Personas Mayores en Centros de Atención Primaria COMPROMISO DE GESTIÓN N° 10



**Gobierno
de Chile**

Klga. Maricela Vicencio Castillo
Referente técnico Programas Personas
Mayores APS
maricela.vicencio@redsalud.gov.cl

POBLACION PERSONAS MAYORES

Las personas mayores registradas como beneficiarias del sistema público de salud y en particular de los establecimientos de atención primaria (APS) para el año 2018 alcanza 1.757.552 personas de 65 y más años a lo largo del país (Población validada, FONASA 2018), lo que equivale al 88% de la población de ese rango etáreo a nivel nacional según el CENSO 2017 (INE,2018).

El Estudio Nacional de Dependencia de Personas Mayores de 60 años 2009 entre en otros problemas de salud (SENAMA), se tiene que: 14,7% de la población estudiada vive sola, agrava problema (aislamiento, no se alimenta, no se mueve de casa, no tiene estímulo interpersonal, dificulta acceso a atención de salud).





13% del total de Población Inscrita Validada corresponde a personas de 65 y más años (1.820.059 personas a 2019).

19% del total de Población Inscrita Validada corresponde a personas de 60 y más años (2.534.189 personas a 2019).

61% son mujeres y el 39% son hombres.

Un 48,4 % de las personas de 65 y más años recibió el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (2018).

Un 55% se encuentra bajo control por condición funcional.

Un 66% se encuentra bajo control por condición cardiovascular equivalente

Un 15% se encuentra bajo control por condición de salud mental.

Un 12% se encuentra bajo control por artrosis.

Un 8% se encuentra bajo control por hipotiroidismo.

Un 56% está bajo control por condición nutricional

85% es Autovalente
15% con algún grado de dependencia

Representan el 50% de la población bajo control por condición cardiovascular

10% bajo peso
36 % normal
29% sobrepeso
25% obeso



Fuentes: FONASA y DEIS MINSAL

PROGRAMA ATENCIÓN DOMICILIARIA A A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA



Existen 58.294 personas bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria con dependencia severa a nivel nacional. Se estima entre los cuidadores evaluados a diciembre de 2018 que un 42% presenta sobrecarga intensa, entre los cuales un 52% es representado por personas de 65 y más años, lo que implica la necesidad de tomar medidas desde el sector salud (DEIS MINSAL, 2019)

N° de personas con dependencia severa bajo control en el programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa SSC corte agosto 2019

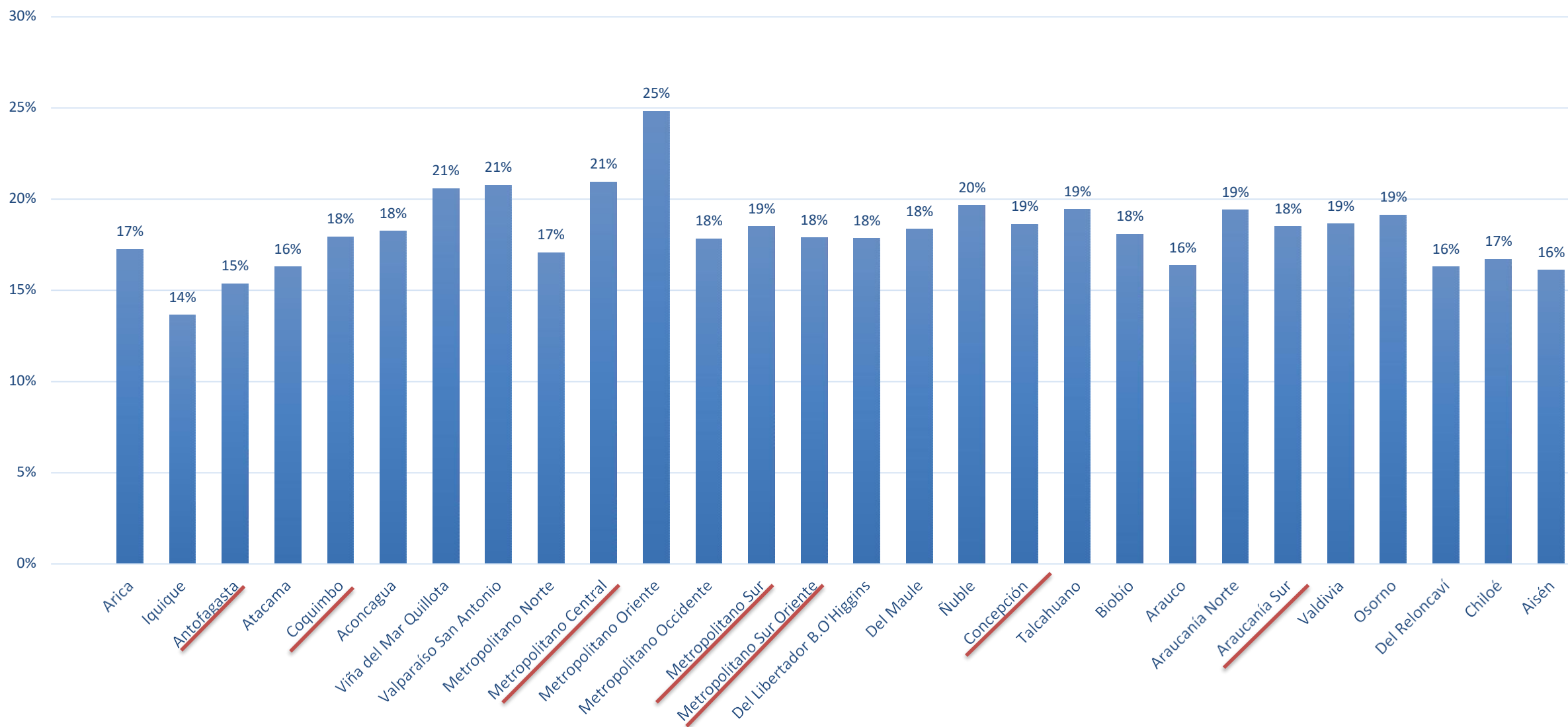
2832 PADDs



N° de cuidadores de personas con dependencia severa

2719

PORCENTAJE DE PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS EN LA POBLACIÓN INSCRITA VALIDADA POR SERVICIO DE SALUD



COMGES 10: FORTALECIMIENTO DE LA SALUD EN PERSONAS MAYORES



- **OBJETIVO GENERAL:**

Mejorar la gestión de atención integrada de Personas Mayores en los diferentes niveles de atención, con énfasis en las acciones y prestaciones de prevención primaria y secundaria, con objeto de avanzar hacia una atención integral y centrada en las personas.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Promover el autocuidado de salud en las organizaciones sociales de Personas Mayores.
- Incrementar el porcentaje de establecimientos de salud de atención primaria que programan controles de salud para una atención integrada e integral de Personas Mayores.
- Mejorar la continuidad de la atención para personas con dependencia severa.
- Mejorar la integración de la Red de salud en la Red intersectorial para el fomento del envejecimiento activo.



COMGES 10: FORTALECIMIENTO DE LA SALUD EN PERSONAS MAYORES

- Acciones destinadas a fortalecer la salud de las personas mayores

Más Adultos Mayores Autovalentes

- 30% de las Organizaciones Sociales ingresadas al Más AM Autovalentes, cuentan con Líderes Comunitarios Capacitados en Autocuidado y Estimulación Funcional.

Programación en Red

- 20% de los establecimientos programan controles integrados para personas mayores con más de una patología crónica.

Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa

- 80% de la población bajo control del PAD cuenta con 2ª Visita Domiciliaria Integral.

CONTROLES INTEGRALES A PERSONAS MAYORES CON MÁS DE UNA PATOLOGÍA CRÓNICA

Ningún establecimiento de la cuarta región programa controles integrales para personas mayores con más de una patología crónica



Se efectuó un Plan de acción para que 20% de los establecimientos de APS de la región programen controles integrales para persona mayores con más de una patología crónica



El Servicio de Salud cumplió 100%

PLAN DE ACCIÓN

AVANCES

1. Se seleccionaron 6 CESFAM de de la región (20%) para comenzar con la estrategia de cuidados integral con énfasis en la multimorbilidad en el Adulto mayor
2. Se presentó en terreno la estrategia de cuidados integrales a los equipos
3. Se obtuvo el Compromiso de los Directores de implementar la estrategia y de asistir a la jornada de capacitación el 18 de noviembre.

Pichasca

Marcos Macuada
Ogalde

Pan de Azúcar

Villa San Rafael
Urbano de Illapel

Punitaqui

CAMBIO EN EL PARADIGMA

Atención centrada en personas bajo control de un programa

- Dificultad de integrar objetivos
- Duplicidad de acciones
- Funcionamiento atomizado
- Distintos focos de la comorbilidad

Cuidados integrales de personas

- “Cuidados” integrales e integrados
- Cuidados personalizados
- A lo largo del curso de la vida
- Énfasis en el autocuidado
- Registros clínicos integrados.

MULTIMORBILIDAD,
coexistencia de 2 o más
condiciones crónicas, que
pueden incluir enfermedades no
transmisibles de larga duración o
condición mental de larga
duración.



CUIDADO INTEGRAL Incorpora las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales en todas las etapas del proceso, del curso de vida y en relevancia del estado salud enfermedad.



La Estrategia, aspira a que las personas cuenten con cuidados integrales, integrados, continuos, centrados en las personas, con capacidad de innovación que incorpora el entorno y las necesidades que de ahí surgen, garantizando la calidad de la atención y la eficiencia.

Todo ello en el marco de responder a las **necesidades que genera la cronicidad** en las personas, sus cuidadores, equipo de salud y población en general.

OBJETIVO DE LA ESTRATEGIA

Busca tener impacto en:

PERSONAS EN SITUACIÓN DE CRONICIDAD,

Una atención más integrada, continua y más adaptada a sus necesidades, con una responsabilidad mayor en la gestión de su propia salud. Pasando de un sistema reactivo a un sistema proactivo.

LOS CIUDADANOS, como personas con potenciales condiciones crónicas. La prevención de la cronicidad y promoción de su propia salud.

EQUIPO DE SALUD,

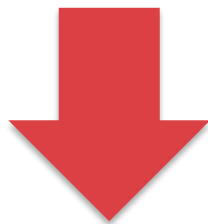
Una mayor optimización del tiempo en labores de mayor valor añadido.

MEJORAR CALIDAD DE VIDA

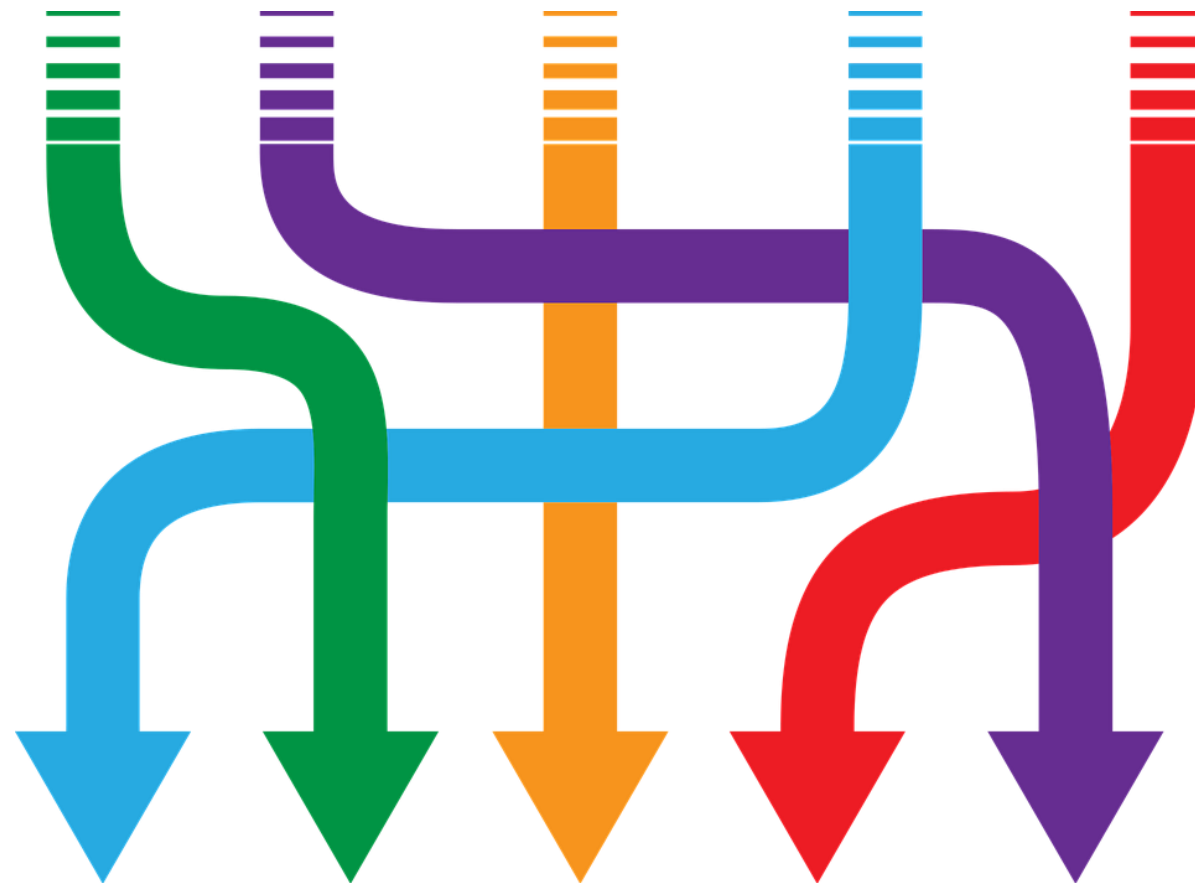
BASES DE LA ESTRATEGIA

ENFOQUE SALUD POBLACIONAL

El enfoque de salud poblacional, se orienta a mejorar la salud de toda la población y reducir las potenciales desigualdades de salud, buscando además analizar los niveles de complejidad y comorbilidad de la población, segmentándola a fin de planificar los recursos para cubrir las diferentes necesidades



ESTRATIFICACIÓN



¿ Como llegamos a esto ?

BASES DE LA ESTRATEGIA

Cuidado de la población según riesgo

**Uso del CONTEO
SIMPLE DE
PATOLOGÍAS**
para realizar
estratificación

Este método ha
presentado buena
correlación con los demás
y es sencillo de
implementar en cualquier
sistema sanitario,
pudiendo establecerse
como medida inicial.

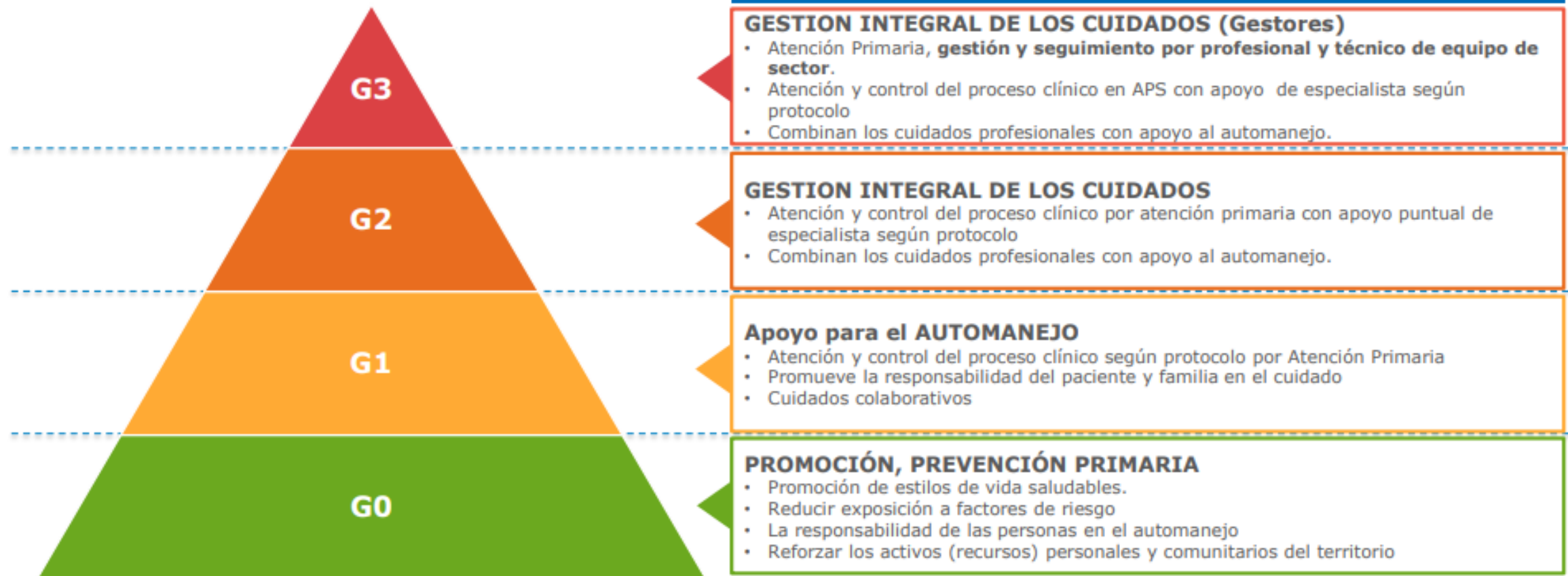
Referencias: Alyson L. Huntley et al. Measures of Multimorbidity and Morbidity Burden for Use in Primary Care and Community Settings: A Systematic Review and Guide. Ann Fam Med 2012;10:134-141.
Johnston MC et al. Defining and measuring multimorbidity: a systematic review of systematic reviews. Eur J Public Health. 2018 Jun 5.

PIRÁMIDE DE ESTRATIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN



Adaptada y modificada de: Pirámide de Kaiser permanente de riesgos modificada (38).

CUIDADO INTEGRAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN RIESGO



POBLACIÓN **MULTIMORBILIDAD SEVERA (G3)**

- Estará a cargo del equipo de sector, mediante dupla (profesional y técnico). Función facilitar y gestionar el cuidado. La dupla se definirá conforme las necesidades de las personas con condiciones crónicas

Profesional gestor

- Profesional que facilita y gestiona el cuidado de usuarios complejos con multimorbilidad (desarrollo, seguimiento de planes, monitoreo de referencia y contrarreferencia)

Técnico gestor

- Apoya en la gestión al profesional, realizando seguimiento y rescate de usuarios de alta complejidad, y monitorizando el estado de salud de usuarios de mediana complejidad.

COEFICIENTES TÉCNICOS PARA LA PROGRAMACIÓN

- Programar mayor tiempo en la agenda para las atenciones que abordan 2 o más condiciones crónicas.

Ingreso

- Multimorbilidad moderada y Severa: 45 min.
- Personas con una condición crónica: 30 min.

Control

- Control integral de la multimorbilidad en personas con condiciones crónicas: 30 minutos
- Control integral médico, personas mayores multimorbilidad severa: 45 minutos (**propuesta servicio de Salud Coquimbo**)

Concentración

- Una frecuencia mínima de 2 y máxima de 4 atenciones por año, por diferentes profesionales del equipo de salud.
- La concentración es entregada por las OT de cada programa

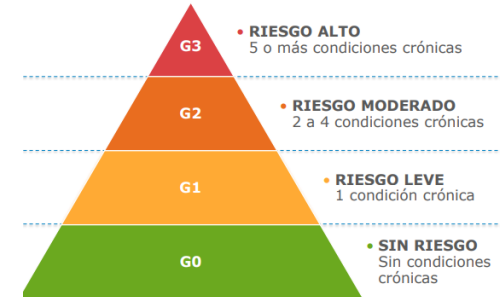
Personas con 4 patologías



Multimorbilidad moderada (G2)



Controles de 30 minutos (médico)



GESTION INTEGRAL DE LOS CUIDADOS

- Atención y control del proceso clínico por atención primaria con apoyo puntual de especialista según protocolo
- Combinan los cuidados profesionales con apoyo al automanejo.

**Concentración
según OT específica**

**Participación
de otros profesionales
según OT específica**



**Gobierno
de Chile**

GRACIAS

