

PROYECTO
CENTRO DE BIENESTAR PARA LAS
PERSONAS MAYORES Y SUS
FAMILIAS

SALUDQUILLOTA

2022

Equipo de redacción y edición:

Víctor Alvarado Miric, Asistente Social, Director del Departamento de Salud Quillota.

Patricia Espíndola Moraga, Nutricionista, candidata a Magíster en Salud Pública mención en Gestión de Servicio Sanitario. Jefa de Unidad de Convenios, Subdirección Técnico-Programática.

Perla Jorquera Brito, Ingeniero Comercial, Coordinadora administrativa-financiera proyecto Centro de Bienestar.

Pablo Lira Mendiguren, Odontólogo, Subdirector Técnico-Programático.

Claudia Maturana Donoso, Psicóloga, Encargada de Desarrollo Institucional.

Rogelio Monsalve Masso, Médico cirujano, candidato a Magíster en Salud Pública mención en Gestión de Servicio Sanitario. Encargado de Unidad de Vigilancia Epidemiológica, Subdirección de Modelo en Red.

Mónica Quiroga Fernández, Enfermera, Subdirectora de Modelo en Red.

Melissa Rivera Parada, Enfermera, Unidad de Vigilancia Epidemiológica, Subdirección de Modelo en Red.

Yuvixa Silva Silva, Asistente Social, Referente de Unidad de Desarrollo de Personas, Subdirección de Recursos Humanos.

María José Vergara Reyes, Asistente Social, Magíster en Salud Pública, mención en Gestión de Servicio Sanitario. Encargada de Plataforma de Gestión Familiar. Subdirección de Modelo en Red.

Dominique Villanueva Aburto, Antropóloga, Subdirección de Modelo en Red.

RESUMEN EJECUTIVO

En Chile el envejecimiento poblacional presenta un crecimiento acelerado y preocupante: estimaciones proyectan que para el año 2050 una de cada cuatro personas será mayor de 60 años, representando el 25% de la población total. La vejez en Chile, según datos de la encuesta CASEN 2017, se caracteriza por altos índices de pobreza multidimensional, reportando problemas en la protección social de esta población, con acceso desigual a los sistemas de salud, vivienda, tecnología, cuidados, entre otros. En Quillota, según la proyección del Censo 2017, la población de 60 años y más corresponde a un 19% de la población total, siendo mayor que el promedio nacional. El índice de envejecimiento demográfico de la comuna indica que cada 100 personas menores de 15 años existen 92,6 personas mayores, mientras que a nivel nacional son casi 81 personas mayores por cada menor de 15 años. Es posible demostrar, con estos datos, que la población de Quillota está envejeciendo aceleradamente, por lo cual se necesita fortalecer y articular de mejor forma la red institucional ya existente de atención y servicios especializados para las personas mayores, abrir nuevas prestaciones y servicios acordes a los requerimientos de esta población e innovar en soluciones locales.

En el país se destacan dos políticas que otorgan un marco general para la atención de salud de las personas mayores y en situación de dependencia: la Política Integral de Envejecimiento Positivo 2012-2025, a cargo del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) y el Plan Nacional de Salud Integral para Personas Mayores 2020-2030, dictado desde el Ministerio de Salud. Además, desde el 2015, se incorpora el enfoque de derechos a través de la ratificación de la Convención Interamericana de Derechos Humanos de las personas mayores. Estas estrategias y planes no logran incorporar suficientemente las consideraciones de la actual crisis de los cuidados que viven nuestras sociedades actuales. En las últimas décadas, los cambios profundos en los modelos familiares y de convivencia, la mayor presencia de mujeres en el mercado laboral, la fragmentación de las redes de apoyo y comunitarias, la falta de servicios públicos y su creciente privatización, entre otros factores, configuran una compleja trama de situación crítica para nuestras sociedades que se denomina por la literatura como la “crisis de los cuidados”. En esta crisis, el sistema de cuidados se encuentra frágil e infra financiado, que pone en evidencia las deficiencias de los estados modernos para proveer cuidados a la ciudadanía.

El proyecto Centro de Bienestar para las Personas Mayores y sus Familias está dirigido a contrarrestar estas barreras, a través de la instalación de un establecimiento de salud que, con un modelo de gestión y atención particular, aspira a consolidarse en un eje articulador de políticas públicas y sociales focalizadas a la población mayor. El proyecto surge desde la Municipalidad de Quillota siendo dirigido, principalmente, por el Departamento de Salud Quillota. Esta institución se caracteriza por desarrollar un modelo de gestión de salud municipal complejo y único que ha permitido que el sistema sea flexible y tenga capacidad de adaptación e innovación con los nuevos contextos y desafíos socio-epidemiológicos en la comuna. Por lo demás, ha permitido descentralizar la gestión y ejecución de las acciones de promoción, prevención y tratamiento, a favor de intervenir y colaborar con las comunidades de Quillota por su bienestar integral, tanto a nivel individual como social y familiar.

El Centro de Bienestar para las Personas Mayores y sus Familias tiene por objetivo general: Constituir el Centro de Bienestar para las personas mayores y sus familias que aborde los desafíos del envejecimiento de la ciudadanía.

Los objetivos específicos son:

- 1) Consolidar la red de establecimientos, prestaciones y servicios de la institución municipal-APS y extrasistema, para una atención integral, cercana, digna y de calidad.
- 2) Garantizar el acceso de las personas mayores a prestaciones y servicios socioculturales y sanitarios ofertados por el Centro de Bienestar y la Red Comunal.
- 3) Fomentar los proyectos de vida de las personas mayores.
- 4) Gestionar un sistema de cuidados orientado a mantener la autovalencia y otorgar condiciones para el buen morir.
- 5) Consolidar y fortalecer los vínculos familiares y comunitarios de las personas mayores, con enfoque territorial e identitario.

Los resultados esperados incluyen: (1) El diseño e implementación del establecimiento con su propio modelo de gestión, atención y financiamiento, que sean eficientes y efectivos. (2) La articulación de la red de salud, municipal y de las instituciones públicas y/o privadas. (3) El otorgamiento oportuno y de calidad de las prestaciones y servicios hacia las personas mayores de la comuna. (4) El impacto del

proyecto será cuantificado y cualificado en los niveles de bienestar subjetivo de las personas mayores y sus familias de la comuna. (5) La implementación del Centro de Bienestar será una estrategia dentro de una nueva política para las personas mayores podrá constituirse como un referente técnico para su implementación y replicabilidad en otras comunas del país. En síntesis, el Centro de Bienestar será un establecimiento de salud perteneciente a la Red APS que ofertará una serie de prestaciones y servicios tanto socioculturales (promoción, salud mental, talleres, proyectos de vida, arte y cultura, entre otros.), como sanitarios (salud cardiovascular, salud sexual, rehabilitación y mantención de la autovalencia, camas de cuidados al final de vida, urgencia para personas mayores, entre otros).

Estos resultados son posibles si se continúa con el fortalecimiento del empoderamiento ciudadano, la corresponsabilidad en los procesos de salud-enfermedad, fomentando el ejercicio pleno de los derechos, la participación, la promoción de la diversidad, el fomento del capital social, las redes sociales y familiares y la articulación entre la ciudadanía y la institucionalidad pública en la construcción de nuevas formas de gobernanza territorial. Por tanto, la implementación del Centro de Bienestar incluirá factores para mejorar la calidad de vida de las personas mayores y sus familias, cuyos beneficios sentarán las bases para la sostenibilidad social de este proyecto.

El Centro de Bienestar aspira a ser parte de esta Red APS que lleva más de dos décadas innovando y transformando las formas de hacer salud municipal en Chile. Este proyecto se propone integrar el ámbito social con las áreas administrativas y médicas en métodos de trabajo interdisciplinarios que se extienden desde la planificación hasta la innovación. En este sentido, se reconoce que el fenómeno del envejecimiento es un desafío a los sistemas mismos y que las soluciones solo pueden provenir de estos. La meta es implementar estrategias acordes a las necesidades y requerimientos de individuos, familias y comunidades, en el contexto del acelerado proceso de envejecimiento que se está produciendo en el país.

CONTENIDO

SECCIÓN 1 - RELEVANCIA	7
1.1 Contexto del proyecto	7
1.2 Situación actual	8
1.2.1 Descripción del problema	8
1.2.2 Panorama del envejecimiento en Chile	10
Impacto de la pandemia COVID-19 en la población mayor en Chile	11
1.2.3 Panorama del envejecimiento en Quilota	13
1.3 Fundamentación	16
1.3.1 Perspectiva teórica	16
Promoción de la justicia social y de género en el cuidado de las personas mayores: pensar el Centro de Bienestar desde la crisis de los cuidados	19
1.3.2 Población objetivo	21
1.3.3 Alineamiento estratégico	23
Coherencia con los objetivos de la Convención de Derechos Humanos de las Personas Mayores	23
Coherencia con los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS) de las Naciones Unidas	24
Coherencia con la Década de Envejecimiento Saludable en las Américas (2021-2030)	25
Coherencia con el Plan Nacional de Salud Integral para las Personas Mayores 2020-2030	26
Coherencia con las propuestas de Gobierno 2022-2026	27
1.3.4 Objetivos	29
SECCIÓN 2 - FACTIBILIDAD	30
2.1 Convenio con SSVQ	30
2.2 Apoyos transversales	31
SECCIÓN 3 - ARREGLOS DE IMPLEMENTACIÓN Y PROPUESTA DE GESTIÓN	33
3.1 Arreglos institucionales	33
3.2 Arreglos de implementación	34
3.3 Propuesta de gestión del Centro de Bienestar	36
3.3.1 Ejes articuladores del Centro de Bienestar	36
3.3.2 Definición del Modelo de Gestión	37
	5

Estrategia de Red Integrada Comunal	38
3.3.3 Definición de las áreas de gestión del Centro de Bienestar	42
3.3.4 Definición Modelo de Atención	43
3.3.5 Definición de las unidades del Centro de Bienestar	44
Unidad Centrada en la Persona	47
Unidad de Gestión de Red	48
Unidad de Gestión de la Información	48
Unidad de Familia	49
Unidad de Gestión del Cuidado	50
Unidad de Cuidado Avanzado	53
Unidad de Rehabilitación y Autovalencia	55
Unidad de Farmacia	56
Unidad de Promoción de Salud y Participación Ciudadana	57
SECCIÓN 4 - SOSTENIBILIDAD DE LOS RESULTADOS	59
4.1 Sostenibilidad social	59
4.3 Sostenibilidad de capacidades desarrolladas	60
4.4 Innovación	61
BIBLIOGRAFÍA	64

SECCIÓN 1 - RELEVANCIA

1.1 CONTEXTO DEL PROYECTO

El presente proyecto surge desde la Municipalidad de Quillota siendo dirigido, principalmente, por el Departamento de Salud Quillota, la institución que está a cargo de la gestión de la salud municipal y de la Atención Primaria en la comuna. Esta institución se caracteriza por desarrollar un modelo de gestión de salud municipal complejo que se compone de una red articulada de subdirecciones, establecimientos de salud, prestadores y estrategias con enfoque territorial.

Este modelo de gestión ha permitido que el sistema de salud municipal sea flexible y tenga capacidad de adaptación e innovación con los nuevos contextos y desafíos socio-epidemiológicos en la comuna. Por lo demás, ha permitido descentralizar la gestión y ejecución de las acciones de promoción, prevención y tratamiento, a favor de intervenir y colaborar con las comunidades de Quillota por su bienestar integral, tanto a nivel individual como social y familiar. El modelo de gestión local ha permitido resolver diversas brechas y problemáticas, incorporando innovaciones en las programaciones y abriendo espacios alternativos de trabajo ciudadano (1).

Bajo este modelo, se asume la salud como una responsabilidad comunal que permite generar estrategias de abordaje territorial de las temáticas de salud, siempre incorporando las determinantes sociales de la salud a la comprensión de los procesos de salud, enfermedad y atención. **En este marco, el modelo se focaliza en la familia y en las comunidades, con fuerte enfoque territorial, atendiendo las necesidades, fortalezas e identidades propias de los territorios.**

La iniciativa surge bajo esta forma de entender la salud municipal en la comuna, cuando en septiembre de 2017 se coloca la primera piedra de la construcción del Hospital Biprovincial Quillota-Petorca, hacia el cual se trasladará el Hospital San Martín de Quillota, hecho que genera la idea de darle uso a las dependencias del futuro ex-hospital. La elaboración del proyecto comienza a gestarse en el año 2018, siendo desarrollado por un equipo municipal, hasta que, en ese mismo año, el ex-alcalde Luis Mella gestiona con la Universidad de Valparaíso para encargarle a su equipo de

extensión Gerópolis¹ la elaboración del proyecto. Durante el mes de octubre de 2018, la Municipalidad realiza la primera campaña de firmas con el fin de crear un “Centro Integral para el Adulto Mayor” en el actual Hospital San Martín, logrando más de 40.000 firmas. Luego, durante un año, hasta comienzos de 2020, la Universidad de Valparaíso elaboró un estudio compuesto por un diagnóstico y el proyecto llamado “Centro Integral para el Adulto Mayor de Quillota” (CIAM), este proyecto elaboró una serie de insumos, sistematización de información y análisis que servirían para consolidar lo que actualmente se presenta en este proyecto. Posteriormente, en tiempos de pandemia, el Departamento de Salud reformuló el proyecto CIAM definiendo nuevos lineamientos y una propuesta de gestión más acorde a la realidad socio-epidemiológica local y también a la realidad de la Red APS comunal.

1.2 SITUACIÓN ACTUAL

1.2.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El problema identificado mediante el diagnóstico efectuado por Gerópolis, es que existe una deficiencia en el abordaje integral de las personas mayores en la comuna de Quillota. Debemos tener en consideración que la región de Valparaíso presenta un proceso de envejecimiento acelerado, siendo la región más envejecida del país. En este sentido, según el CENSO 2017, en Quillota, la población entre 60 años y más representa un 18,55% de su total, mientras que la población de 0 a 14 años representa un 20,04% de su total. Con estos datos, es posible observar que el porcentaje de población mayor de la comuna es más alto que la proporción a nivel nacional. Quillota y la región de Valparaíso están envejeciendo rápidamente, por lo que se vuelve urgente resolver los problemas, desafíos y brechas que trae este fenómeno consigo, tanto a nivel familiar como a nivel de sociedad (2).

Debido al rápido proceso de envejecimiento local, el sistema público de apoyo y contención para las personas mayores está vulnerable y en riesgo de presentar problemas cada vez mayores y que impliquen cada vez mayor profundidad en la

¹ El Centro Interdisciplinario para el Desarrollo del Adulto Mayor Gerópolis, creado en 2015 por la Universidad de Valparaíso, busca contribuir a la salud y calidad de vida de las personas mayores a través de una serie de acciones de vinculación, formación e investigación, articuladas bajo el enfoque de envejecimiento en el lugar.

solución. Por tanto, el proyecto del Centro del Bienestar buscaría prevenir estos dilemas, los cuales no sólo tienen que ver con una percepción clínica del envejecimiento, sino una que también tome en cuenta el territorio, su identidad, la situación socioeconómica de las personas mayores y sus derechos como ciudadanos.

La principal causa de este problema identificado se puede sintetizar en la escasa priorización política y económica para personas mayores y población en riesgo socio sanitario. De esta causa, es posible discernir sus sub-causas. Se identifican la inexistencia de un Servicio de Atención Primaria de Urgencia exclusivo para personas mayores; la deficiente respuesta para emergencias sociales en personas mayores; el aumento de la atención en servicio de urgencias por necesidades no clínicas; y escasa oportunidad en la atención sociosanitaria. Estas sub-causas del problema tienen su raíz en la falta de coordinación y carencias en el sistema público de atención, el cual no cuenta, en la actualidad, con los servicios exigidos por la comunidad y las personas mayores del territorio.

Por otro lado, se identifican las sub-causas de las deficiencias que presenta el actual paradigma de salud ante la emergencia de nuevos fenómenos socio epidemiológicos. Esto hace referencia al modelo hegemónico de atención biomédica, donde sólo se les otorga importancia a los problemas médicos y tienden a la patologización de la población mayor. En este modelo hegemónico, se estigmatizan a las personas mayores, se les discrimina en lo que recientemente se ha categorizado como “edadismo”, es decir, se crean roles y prejuicios arbitrarios a las personas mayores sólo por contar con cierta edad y ciertas características ancladas a esa edad (3, 4). Además, existe una deficiencia en la referencia-contrareferencia, es decir, no hay derivación asistida entre el hospital y la Red APS, por lo que las personas no vuelven a consultar luego de un evento de hospitalización. En síntesis, no existe una comunicación clara entre el Hospital y la Red APS, lo cual es una clara deficiencia en la resolutivez de ambos entes (2).

El último grupo de sub-causas que se identifican del problema es que se observa una desarticulación de los programas para las personas mayores, tanto estatales como municipales, lo cual genera una intervención sesgada del contexto de la persona mayor y queda en evidencia que los equipos de salud poseen escasa formación en temáticas de personas mayores y de su atención integral (2). Asimismo, la oferta de programas y

servicios existentes están centrados en la gestión del daño y a un nivel individual de las personas, es decir, no cuentan con líneas de trabajo preventivas o de promoción de estilos de vida saludables y tampoco cuentan con enfoques de familia y comunitarios.

La principal consecuencia que provoca el problema, al cual ya se identificaron sus principales raíces de causas, es la encarecida calidad de vida de las personas mayores. Esta consecuencia se manifiesta en detalles como, por ejemplo, el alto gasto de bolsillo para las personas mayores y sus familias, gastos derivados de las patologías y dificultades asociadas al envejecimiento. Podríamos indicar que, la otra cara de la moneda de esta consecuencia es el abandono y la violencia intrafamiliar que padecen las personas mayores en nuestro país y comuna. Cada vez se naturaliza más que las familias abandonen a las personas mayores, la cual es provocada por la sobrecarga emocional, psicológica y económica de las familias, las cuales se enfrentan a la precariedad de la vida. Estas consecuencias, irremediablemente, aumentan la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad de las personas mayores, lo que, a su vez, provoca un considerable aumento de la población mayor con necesidades sociosanitarias no resueltas (5).

Estas consecuencias podemos asociarlas fácilmente a la mantención de la inequidad del acceso a la salud. El ámbito económico permea sin remedio los desafíos que enfrentan las personas mayores y su proceso de envejecimiento. Esto provoca que se genere un mayor gasto en las instituciones gubernamentales que realizan maniobras de salvataje a este dilema pero que, lamentablemente, siguen perpetuando el modelo enfocado en el daño y, por consecuencia, se identifica una escasa incorporación de los determinantes sociales de la salud en los programas que buscan lidiar con los desafíos que presenta la población mayor en nuestro país.

1.2.2 PANORAMA DEL ENVEJECIMIENTO EN CHILE

En Chile el envejecimiento poblacional presenta un crecimiento acelerado, según los resultados del Censo realizado el año 2017, el 16,22% de la población total tiene 60 años o más, siendo un total de 2.850.171 habitantes. Esto evidencia un amplio crecimiento respecto al Censo del año 2002, donde el mismo sector de la población representaba un 11,36%, llegando a un total de 1.717.478 habitantes.

Se puede observar en el gráfico n°1 la tendencia hacia el envejecimiento del

comportamiento demográfico del país, donde cada vez se acorta más la brecha entre los menores de 15 años y las personas mayores de 60 y más años. Además, se espera que para el 2025, las personas mayores de 60 años sean el 20% de la población, superando, a partir de ese año, al grupo de menores de 15 años.

También se proyecta para el 2050 que una de cada cuatro personas será mayor de 60 años, representando el 25% de la población.

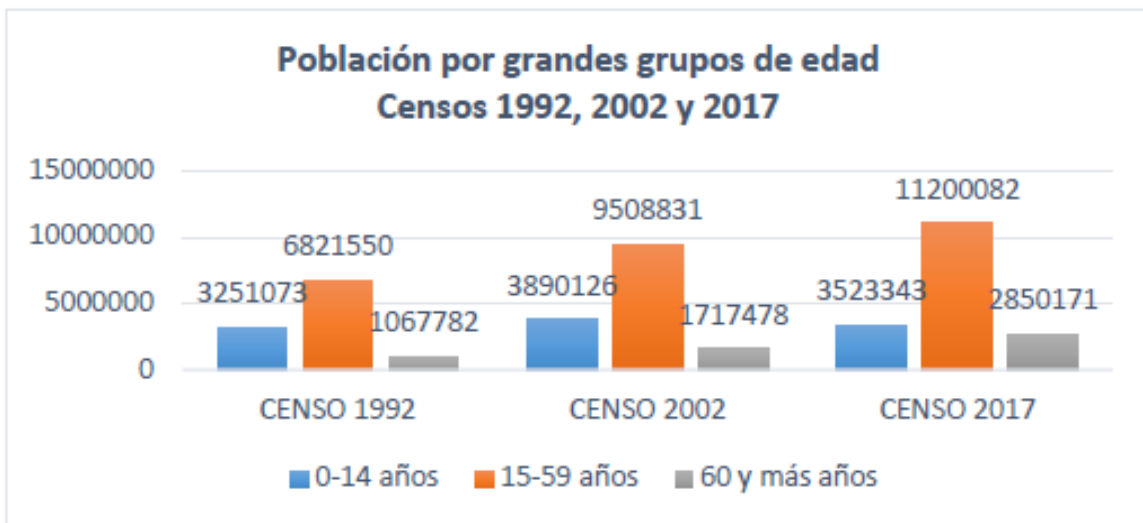


Gráfico 1 Población por grandes grupos de edad. Fuente: Censos 1992, 2002 y 2017

También, la vejez en Chile, según datos extraídos de la Encuesta CASEN 2017, se caracteriza por los altos índices de pobreza multidimensional que presenta el 22,1% de la población mayor de 60 años. Además, el 14,2% de las personas mayores presenta algún tipo de dependencia funcional (ya sea leve, moderada o severa) y de ellos el 98,2% reside en hogares familiares con un cuidador familiar. El 84,9% de las personas mayores se está afiliada al sistema público de salud FONASA (6).

IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LA POBLACIÓN MAYOR EN CHILE

En enero del 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) producto de la pandemia COVID-19, virus que afecta la salud y calidad de vida de todas las personas, y que ha desencadenado dificultades socioeconómicas sin precedentes en el mundo. Esta no solo es una emergencia sanitaria, sino también una grave crisis humanitaria y de

desarrollo, cuyas repercusiones sociales, económicas y políticas podrían extenderse en el tiempo, en especial en países que ya presentaban situaciones de desigualdad, pobreza y conflicto (7). Frente al COVID-19, el desarrollo humano, entendido como la medición combinada de los niveles de calidad de vida, salud y educación, está por primera vez retrocediendo desde que comenzó a monitorearse (8), en gran medida producto de esta contingencia.

Las personas mayores representan uno de los grupos de mayor riesgo al sufrir no tan solo las consecuencias adversas de contraer el COVID-19, sino también el impacto social y económico que trae consigo. Desde el punto de vista social, las personas mayores pueden requerir mayor apoyo tanto por problemas físicos como mentales, o por el bajo acceso a tecnologías y herramientas de comunicación que rápidamente se están instalando como medios de gestión de protección social. Algunas personas mayores que viven solas o en aislamiento han tenido dificultades para conseguir alimentos, atención médica, medicamentos, ingresos, pensión o, inclusive, información respecto de la emergencia sanitaria. Por estos motivos, parte de las estrategias que se han implementado para agilizar y reforzar la protección social en este grupo se enfocan en asegurar la conectividad y la gestión expedita de requerimientos sociales y materiales (5).

Es difícil precisar el impacto de las medidas de prevención en la calidad de vida de las personas mayores. En general, los datos y estadísticas disponibles son epidemiológicos y clínicos, ya que su objetivo es orientar a la población y monitorear indicadores clave de la pandemia, para así tomar las medidas sanitarias correspondientes (9). Sin embargo, es claro que el distanciamiento social, la cuarentena voluntaria, la cuarentena total obligatoria y la cuarentena sanitaria han tenido efectos psicológicos y sociales sobre todo en las poblaciones de mayor riesgo.

De esta manera, en un contexto en el que muchas personas mayores están sometidas a un aislamiento social indefinido —sobre todo aquellas que viven solas—, exentas de participación social y sin acceso a medios tecnológicos, es posible anticipar que su calidad de vida se ha visto deteriorada significativamente. A estos elementos se deben sumar el temor y la angustia frente a la posibilidad de contagiarse, a la enfermedad de personas cercanas y seres queridos, además de los efectos adversos del aislamiento social, posibles mermas físicas, como también factores de vulnerabilidad como dependencia funcional, enfermedades crónicas y bajos ingresos (5).

Según un estudio de la Universidad Católica de Chile (10), la pandemia ha disminuido los niveles de bienestar subjetivo de la población mayor del país, afectando sobre todo a su salud mental y aumentando los síntomas ansiosos y depresivos. El estado general de salud también empeoró, aumentando los problemas de memoria y los problemas gastrointestinales, ambos cuadros asociados al estrés que ha implicado la experiencia de la pandemia y el confinamiento. Este estudio demostró que las personas mayores de bajo nivel educacional y que viven solas han sido las más vulnerables frente a las medidas restrictivas de confinamiento, especialmente por el escaso acceso a las tecnologías de la información y comunicación (TICs).

Por otro lado, tanto este estudio como uno realizado por Proyecto Nodo (5) han demostrado la gran capacidad de adaptación, resiliencia y autoeficacia de las personas mayores que les han permitido sobrellevar de mejor forma la pandemia. La capacidad de mantener contactos – sobre todo familiares muestran que las familias han operado como un importante soporte del bienestar en este grupo. Además, aumentó la co-residencia intergeneracional lo que implica que las familias – y especialmente las mujeres - están muy demandadas por las múltiples tareas de cuidado que deben enfrentar.

Estos estudios señalan que las políticas sociales deberían estar orientadas a facilitar la interconectividad de las personas mayores, que debería incluir una política robusta de tecnologías de la información y la comunicación orientada a la población más vulnerable.

1.2.3 PANORAMA DEL ENVEJECIMIENTO EN QUILLOTA

Según los datos del CENSO 2017, Quillota tiene una población total de 90.517 habitantes, de los cuales 16.793 son personas de 60 y más años, representando un 18,55% de la población total de la comuna. Respecto a otros grupos de edad, la población de entre 0 y 14 años alcanza un total de 18.141 habitantes, representando un 20,04%, mientras que la población entre los 15 y los 59 años alcanza un total de 55.583 habitantes, representando un 61,41% del total.



Gráfico 2 Distribución por grandes grupos de edad de la comuna de Quillota. Fuente: Centro Intea. Gerópolis - UV. 2020.

Como se puede observar en el gráfico anterior, el porcentaje de la población mayor, tanto de la comuna de Quillota como de la región de Valparaíso, es similar y más alto que la proporción a nivel nacional, estando muy cercano al grupo de personas menores de 15 años. Esto refleja que el fenómeno del envejecimiento acelerado tiene un mayor impacto en la región de Valparaíso, siendo esta la región más envejecida del país.

Por otro lado, en Quillota, se manifiesta un índice de la feminización de la vejez a considerar: el cálculo del índice de feminidad en Quillota nos indica que hay 129 mujeres adultas mayores por cada 100 hombres adultos mayores. Esto implica que, al tratar el fenómeno del envejecimiento, se debe tener especial cuidado con implementar un enfoque de género y construir programas que integren esta visión.

Asimismo, el índice de envejecimiento demográfico, el cual expresa la relación entre la cantidad de personas mayores y la cantidad de niños, niñas y adolescentes, en la comuna se expresa de la siguiente forma: por cada 100 personas menores de 15 años, hay 92,6 personas de 60 y más años, mientras que a nivel país, son casi 81 personas mayores por cada 100 personas menores de 15 años. Por lo que, podemos observar, el índice de envejecimiento demográfico en Quillota es mayor al del país, por

lo que se vuelve menester incorporar e implementar planes como el Centro del Bienestar en este sector.

En este mismo sentido, el índice de dependencia demográfica de personas mayores, la cual se utiliza para medir la necesidad de soporte social de la población mayor por parte de la población en edad activa, es de 30,21 a nivel comunal, mientras que a nivel nacional es de 25,45.

Todos estos datos, otorgados por el estudio de Gerópolis (2), nos dan un claro indicio que la población en Quillota está envejeciendo aceleradamente, por lo cual se necesita fortalecer y articular de mejor forma la red ya existente de atención y servicios especializados para las personas mayores. La actual oferta de dispositivos municipales es la siguiente (1):

1. Casa del Adulto Mayor, la cual administra diversos programas públicos destinados a las personas mayores como el Programa Vínculos, Condominio de Viviendas Tuteladas, entre otros.
2. Programa Servigente, donde las personas mayores involucradas ofrecen sus trabajos y/u oficios a la comunidad a cambio de una transacción monetaria. El fin de este programa es mantener a las personas mayores activas y con retribución económica.
3. Casas de Acogida, actualmente existen 2 Casas de Acogida en la comuna, en el sector de San Pedro y en el centro de la ciudad. Estos establecimientos brindan a las personas con antecedentes de enfermedades como cáncer terminal o accidentes vasculares, y a sus familiares un lugar de contención y respeto, además de apoyar el tratamiento médico de los pacientes.
4. Centro de Rehabilitación “Kimche” que está orientado principalmente a las personas mayores y otorga tratamiento con un enfoque multidisciplinario ya que cuenta con terapeuta ocupacional, nutricionista, kinesióloga y fonoaudióloga.
5. Centro Plaza Mayor es un centro de atención de salud con un enfoque Bio-Psico-Social-Ecológico focalizado en la población mayor a 60 años del área urbana de la Comuna de Quillota, cuyo equipo de trabajo multidisciplinario, centrado en el ser de la persona, otorga prestaciones promocionales, educativas, preventivas,

y terapéuticas innovadoras para responder a las necesidades del adulto mayor contemporáneo.

Como se puede apreciar en el listado anterior, la oferta de dispositivos en la comuna es amplia y diversa, abarcando las dimensiones biomédicas, socioculturales y laborales, pero es necesario articular estas ofertas de mejor forma para entregar servicios de mejor calidad y ampliarlos a la población de personas mayores de la comuna a través del desarrollo de una estrategia local de intervención.

1.3 FUNDAMENTACIÓN

1.3.1 PERSPECTIVA TEÓRICA

Los avances de la geriatría, como disciplina médica dedicada al estudio e intervención del proceso de envejecimiento y la vejez, han permitido comprender que los problemas de salud que aquejan a la población mayor tienen explícita relación con las condiciones sociales, ambientales y económicas que experimentan. Por ejemplo, las condiciones de vivienda y barrio en el que vivan, la calidad de las relaciones sociales y familiares establecidas, el acceso a una buena alimentación, condiciones económicas óptimas, entre otros muchos factores que intervienen en el tipo de vejez que vive una persona y cómo influye en sus condiciones de salud física y psíquica (11). A esto, debemos sumarle las implicancias de género, sexualidad, etnicidad y clase, entre otras, que tienen las personas mayores y que influyen en la forma en que vivencian la vejez (12, 13). Es decir, la vejez es un fenómeno que se determina por los factores sociales contextuales en los que se enmarcan los individuos (14).

Por otro lado, la Gerontología, es un campo disciplinar que se nutre de los aportes de diversas disciplinas como la psicología, la sociología, la antropología, la kinesiología, la medicina, la nutrición, el urbanismo y el derecho, entre otras. La Gerontología se encarga de estudiar el proceso de envejecimiento humano y los fenómenos que lo caracterizan. Dentro de sus estudios más específicos, se encuentra la vejez, el envejecimiento, las personas mayores, los cambios que vive el individuo en esta etapa de la vida y cómo el aumento de las personas mayores en la población ha transformado a la sociedad en su conjunto (15).

En la actualidad, la Gerontología ha adherido a perspectivas teóricas y paradigmáticas positivas entorno a estos temas, promoviendo el envejecimiento activo, exitoso y productivo, además de encargarse de revalorizar el compromiso cívico de las personas mayores, su implicación en la manera de envejecer y la heterogeneidad de formas de vida en esta etapa del ciclo vital. Todo lo anterior es posible identificarlo como “gerontología positiva”, una rama que se conoce por su ferviente creencia en que las personas mayores pueden contribuir a recuperar los valores de las sociedades relacionados con la ciudadanía, el compromiso con la comunidad y cooperación intergeneracional, entre otros (16).

Podemos reconocer que, en el país se destacan dos políticas que otorgan un marco general para la atención de salud de las personas mayores y en situación de dependencia: la Política Integral de Envejecimiento Positivo 2012-2025, a cargo del Servicio Nacional del Adulto Mayor SENAMA y el Plan Nacional de Salud Integral para Personas Mayores 2020-2030, dictado desde el Ministerio de Salud. Además, desde el 2015 se incorpora el enfoque de derechos a través de la ratificación de la Convención Interamericana de Derechos Humanos de las personas mayores.

En aspectos de salud, esta política adopta un enfoque de envejecimiento positivo, y lo define como la creación dinámica de un futuro atractivo para las personas y las sociedades. Como política, el envejecimiento positivo no se limita a solucionar problemas, sino que busca que las personas mayores sean autovalentes, estén integradas en su comunidad y reporten altos niveles de bienestar subjetivo. La política Integral de Envejecimiento Positivo tuvo como objetivos generales proteger la salud funcional de las personas mayores, mejorar su integración a los distintos ámbitos de la sociedad e incrementar sus niveles de bienestar subjetivo. Actualmente, en las políticas y programas del Servicio Nacional del Adulto Mayor, se utiliza el enfoque del envejecimiento positivo, por ser el término utilizado de manera consensuada a nivel mundial (17). Como concepto, el envejecimiento positivo contiene las significaciones del envejecimiento saludable y activo que integran aspectos sociales y sanitarios en la promoción del buen envejecer, y posicionan a las personas mayores como sujetos de derechos.

Desde un enfoque de derechos, existen a nivel nacional inequidades y vulneraciones observadas hacia las personas mayores ejemplificadas en situaciones

tales como segregación social, pérdida de rol laboral y detrimento económico, precariedad en jubilaciones, bajo reconocimiento de autonomía y escasa participación en instancias sociales, pérdida de autonomía en las instituciones sanitarias, trato asexuado y sin derecho a intimidad, analfabetismo digital, restricciones y abusos vividos en residencias de larga estadía, entre otros(18).

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las personas mayores, ratificada por el Estado chileno en el año 2017, incorpora la visión de la persona mayor como sujeto de derecho, transformando cada problemática en derechos protegidos por al menos un artículo (19). En el artículo 19, se habla del Derecho a la Salud, indicando que se debe fortalecer las capacidades de los trabajadores en los servicios de salud, respecto de la atención de las personas mayores. Se hace necesario “geriatrizar” o “gerontolizar” a los equipos de APS para poder brindar una atención de calidad, integral y humana. Esto incluye también la función docente de los establecimientos. En el artículo 9, se habla del Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia, indicando que se deben capacitar a los funcionarios públicos en reconocer situaciones de violencia y/o maltrato. En el artículo 11, se fundamenta el derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud. Y, finalmente, en el artículo 12, se indica el derecho de la persona mayor a recibir servicios de cuidado a largo plazo.

La aplicación del enfoque de los Derechos Humanos para los asuntos de la vejez ha significado un cambio paradigmático, demostrando grandes ventajas para un tratamiento más equitativo de los problemas y necesidades de las personas mayores (20).

El enfoque, básicamente, da cuenta que el derecho internacional es el marco conceptual aceptado y que puede ofrecer un sistema coherente de principios y reglas en el ámbito de las políticas públicas. Implica la existencia de mecanismos de responsabilidad, la promoción de la igualdad y no discriminación, la participación y empoderamiento de grupos excluidos y la realización progresiva de los derechos.

De este modo, tanto el Proyecto del Centro del Bienestar, como la propuesta de la estrategia local de intervención para las personas mayores, se enmarcan en la voluntad Municipal y de la ciudadanía por mejorar la calidad de vida de las personas mayores, a través de la integración de la Red de Salud Municipal con diversos enfoques,

como el de derechos, familiar, comunitario y territorial, entendiendo que el envejecimiento positivo en la comuna es posible si se reconoce la transversalidad de este desafío que enfrentamos como sociedad.

PROMOCIÓN DE LA JUSTICIA SOCIAL Y DE GÉNERO EN EL CUIDADO DE LAS PERSONAS MAYORES: PENSAR EL CENTRO DE BIENESTAR DESDE LA CRISIS DE LOS CUIDADOS

En las últimas décadas los cambios profundos en los modelos familiares y de convivencia, la mayor presencia de mujeres en el mercado laboral, la fragmentación de las redes de apoyo y comunitarias, la falta de servicios públicos y su creciente privatización, entre otros factores, configuran una compleja trama de situación crítica para nuestras sociedades que se denomina por la literatura como la “crisis de los cuidados” (21). En esta crisis, el sistema de cuidados se encuentra frágil e infra financiado, que pone en evidencia las deficiencias de los estados modernos para proveer cuidados a la ciudadanía.

Los cuidados se constituyen como una categoría polisémica que es posible definir como “las actividades y relaciones que se desarrollan con el fin de satisfacer las necesidades físicas y emocionales de las personas” (22). Las necesidades de cuidado son las necesidades básicas para la reproducción y mantención de la vida y tienen un carácter intergeneracional. Frecuentemente se asocia esta categoría con las situaciones de dependencia (infancia, personas mayores y personas con discapacidad), pero es necesario comprender que los cuidados son transversales a todas las etapas de la vida y que son indispensables para la cotidianidad. Desde un punto de vista formal, los cuidados también se materializan en la transferencia de recursos como las pensiones de vejez, el apoyo económico y todo tipo de prestaciones asistenciales (23).

En concreto, autoras feministas desglosaron “los trabajos de cuidado” en tres tipos de actividades (24):

- 1) El *cuidado directo dirigido a las personas*, que incluye el cuidado físico (alimento, baño, aseo), el emocional (escuchar, hablar, ofrecer consuelo) y los servicios (comprar comida, ir de excursión).
- 2) El *mantenimiento físico* de los espacios en que la gente vive (cambiar la ropa de cama, lavar la ropa, limpiar, etc.).

- 3) Y el *trabajo de parentesco*: el fomento de relaciones y conexiones sociales entre las personas.

Con esto en cuenta, es posible resaltar la necesidad de reubicar los cuidados en el centro de nuestros modelos de organización socioeconómicos y su posibilidad transformadora y democratizadora.

En Chile, el contexto de transición demográfica acelerada agudiza la incapacidad por parte del estado, la sociedad civil y las personas de construir salidas articuladas para las necesidades de cuidado de la población. En el caso de los cuidados en personas mayores, los factores que configuran la crisis se rastrean a partir de tres ejes:

- 1) Las transformaciones sociodemográficas: el incremento de la longevidad impacta en el aumento de la demanda de cuidados;
- 2) Los cambios sociolaborales: aumento de la participación en el mercado laboral por parte de las mujeres y su indisponibilidad para otorgar trabajos de cuidados;
- 3) La adopción de directrices políticas neoliberales cuyos recortes sociales limitan la cobertura entre demanda y oferta de cuidados (25)

Lo anterior ha provocado el surgimiento de nuevas necesidades con relación a las pensiones y la seguridad social, a la salud, a la vivienda y a la accesibilidad y usos de espacios públicos. Estas necesidades se manifiestan de modo heterogéneo, dependiendo con los niveles socioeconómicos, el género, la localización espacial y la edad de las personas mayores y sus familias. Por lo que se vuelve menester incorporar todos estos factores al momento de diseñar soluciones a esta crisis.

La crisis de los cuidados, por lo demás, deja en evidencia las graves y reiteradas situaciones de injusticia social y de género que derivan en desiguales accesos a los recursos de cuidado, como a desiguales responsabilidades de cuidar (26). La responsabilidad, por lo general, es atribuida como un rol femenino, por lo que genera mayor carga material y simbólica a las mujeres de las familias, comunidades y sociedades. Cuidar tiene repercusiones en sus trayectorias laborales y sociales, por lo que las mujeres tienden a estar en una situación de precariedad de vida mayor al ser cuidadoras. Asimismo, la clase social, su localización espacial y otros factores, también provocan inequidades en las situaciones de cuidado a considerar: las familias con

menos recursos y más aisladas tienen mayores dificultades para acceder a la oferta del mercado de servicios de cuidado (21).

En el contexto de esta crisis de índole social, política, económica y cultural, es necesario revertir el modelo de pensamiento y entender los cuidados como una innovación social y política (21). Para esto, se debe redescubrir las dimensiones comunitarias del cuidado y potenciar otras nuevas para visualizarlas como propuestas de presente y futuro. Releva lo comunitario en las políticas públicas, para potenciar su valor y complementar las acciones formales. Los cuidados no son solo labor de las familias, del estado o el mercado, sino que son una responsabilidad de la sociedad en su conjunto.

Finalmente, es necesario relevar la dignidad de las personas receptoras de cuidados. En la sociedad actual, existe el ideal social de la independencia y de la autosuficiencia personal como valores que merman la autoestima y la consideración social de las personas receptoras de cuidados como seres “débiles” y “enfermos”. Este ideal es sumamente dañino y obvia que todos los seres humanos necesitamos cuidados a lo largo de nuestras vidas, no sólo durante la infancia y la vejez. En esta línea, las personas que son receptoras de cuidados deben ser respetadas en sus derechos y autonomía, con capacidad de decidir (27).

Todo lo anterior supone un cambio de paradigma que permite visibilizar los límites actuales de los modelos de atención a la dependencia, exigir responsabilidades públicas en la provisión de cuidados y reivindicar el cuidado como derecho (el derecho a cuidar y a ser cuidado). Supone reconocer el cuidado como central para la organización social y política, transversal a las áreas de educación, salud, vivienda y protección social. Los cuidados, en la actualidad, normalizan y reproducen la exclusión y el abandono social, pero también es posible abrirse a la oportunidad que a través del cuidado es posible trascender la desigualdad (21).

1.3.2 POBLACIÓN OBJETIVO

La población de referencia son todas las personas mayores de 60 años residentes en Quillota que corresponden a 20.836, según estiman las proyecciones del CENSO 2017. La población afectada (potencial) son las 19.160 personas mayores a 60

años inscritas en FONASA (a diciembre 2021). La población objetivo² corresponde a todos los actuales usuarios de la Red APS comunal los cuales son 12.535 personas (a junio 2022), dado que la mayor oferta está en base a la canasta de prestaciones de la APS. El proyecto considera la atención de población mayor que residan tanto en el sector urbano como rural de la comuna. La población mayor inscrita en el área urbana de Quillota corresponde al 83,4%, mientras que en el área rural corresponde al 16,6%.

Los beneficiarios indirectos de este proyecto son las familias de las personas mayores, que se verán favorecidas en la aplicación del enfoque familiar de la otorgación de servicios y prestaciones en el futuro Centro de Bienestar y en el cambio paradigmático progresivo del sistema de cuidados local. La red familiar de la persona mayor podrá estar conformada de cualquier forma, al igual que la calidad de los vínculos familiares. Se espera que el Centro de Bienestar, a través de la articulación de la red intra y extrasistema, pueda fortalecer estos vínculos y dar respuesta oportuna a situaciones críticas.

La población objetivo será definida como personas mayores con niveles o grados de funcionalidad desde autovalente sin riesgo hasta dependiente moderado. Los usuarios dependientes severos seguirán siendo atendidos por programas de atención domiciliaria integral (PADI) correspondiente a su Centro de Salud³. Esto, tomando en cuenta que el índice de dependencia funcional, el 85,8% de las personas mayores de 60 años en Chile no tiene dependencia (Casen, 2017). De todos modos, según estos mismos datos, el 14,2% de las personas mayores reporta ser dependiente funcional a algún nivel y el 5,5% tiene dependencia moderada.

² Cabe destacar, que esta población objetivo está considerada por la oferta de prestaciones actual. A medida que el Centro de Bienestar avance progresivamente en su instalación, se considera la apertura de sus atenciones (tanto sociales como sanitarias) a la población de personas mayores de toda la comuna, independiente de su previsión.

³ Esto sin considerar a los futuros pacientes de la Unidad de Cuidados Avanzados, cuyos usuarios están descritos en el apartado 3.3.5

1.3.3 ALINEAMIENTO ESTRATÉGICO

COHERENCIA CON LOS OBJETIVOS DE LA CONVENCIÓN DE DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES

El proyecto es coherente con el actual marco de derechos humanos internacional: la Convención de Derechos Humanos de las Personas Mayores (19), ratificada por el Estado de Chile en 2017. En su totalidad, el objeto de la Convención es promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad.

En específico, el proyecto se compromete mayormente con los siguientes artículos:

- 1) **Artículo 6:** se deben adoptar todas las medidas necesarias para garantizar a la persona mayor el goce efectivo del derecho a la vida y el derecho a vivir con dignidad en la vejez hasta el fin de sus días, en igualdad de condiciones con otros sectores de la población. Para esto, es necesario tomar medidas, tanto en lo público como en lo privado, para que se ofrezca un acceso a las personas mayores no discriminatorio a cuidados integrales.
- 2) **Artículo 8:** se reconoce el derecho a la participación e integración comunitaria, en donde la persona mayor tiene derecho a participar dentro de la familia, la comunidad y la sociedad. Se deben crear y fortalecer mecanismos de participación e inclusión social de la persona mayor, que permita erradicar los prejuicios y estereotipos que obstaculizan el pleno disfrute de estos derechos. También, se deberá promover la participación en actividades y espacios intergeneracionales para fortalecer la solidaridad y el apoyo mutuo, como clave del desarrollo social local.
- 3) **Artículo 12:** Las personas mayores tienen derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda, propiciando para mantener su independencia y autonomía. Asimismo, se deberán diseñar medidas de apoyo a las familias y cuidadores mediante la

introducción de servicios apropiados. Estas medidas deberán tener en cuenta la perspectiva de género y el respeto a la dignidad e integridad física y mental de la persona mayor.

- 4) **Artículo 19:** Las personas mayores tienen derecho a la salud física y mental sin ningún tipo de discriminación. Para esto, es necesario diseñar e implementar estrategias intersectoriales de salud orientadas a una atención integral que incluya la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad en todas sus etapas, y la rehabilitación y los cuidados paliativos de la persona mayor, a fin de propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
- 5) **Artículo 21:** Las personas mayores tienen derecho a su identidad cultural, a participar en la vida cultural y artística de la comunidad, al disfrute de los beneficios del progreso científico y tecnológico y de otros productos de la diversidad cultural, así como a compartir sus conocimientos y experiencias con otras generaciones. Para esto, es necesario crear estrategias de acción en dichos ámbitos.
- 6) **Artículo 22:** Las personas mayores tienen derecho a la recreación, la actividad física, el esparcimiento y el deporte. Se deberá promover el desarrollo de servicios de recreación que tengan en cuenta los intereses y necesidades de las personas mayores, con el objeto de mejorar su salud y calidad de vida en todas sus dimensiones y promover su autorrealización, independencia, autonomía e inclusión en la comunidad.

COHERENCIA CON LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLES (ODS) DE LAS NACIONES UNIDAS

El proyecto está en línea con los ODS promovidos por las Naciones Unidas, los cuales buscan poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad para 2030 (28). Chile suscribió y se comprometió en 2015 al cumplimiento de este programa de desarrollo sostenible.

Se plantearon un total de 17 ODS, los cuales están integrados, ya que reconocen que las intervenciones en un área afectarán los resultados de otras y que el desarrollo debe equilibrar la sostenibilidad medioambiental, económica y social. Con este proyecto,

se estaría contribuyendo, a nivel local, con los objetivos “**Fin de la pobreza**”, “**Salud y Bienestar**”, “**Igualdad de género**” y “**Reducción de las desigualdades**”.

En este sentido, el proyecto busca contribuir a un desarrollo inclusivo y sostenible, logrando el diseño de una iniciativa innovadora que incluye en su centro a un grupo cada vez más importante de la población: las personas mayores.

COHERENCIA CON LA DÉCADA DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE EN LAS AMÉRICAS (2021-2030)

Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) surge la Estrategia Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud, de la cual se desglosa el Plan de Acción Internacional de las Naciones Unidas para el Envejecimiento y los ODS. La principal estrategia para lograr y apoyar las acciones destinadas a construir una sociedad para todas las edades es “**La Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030**” (29, 30), estrategia declarada en 2020 por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Ésta propone diez años de colaboración de los gobiernos, la sociedad civil, los organismos internacionales, los profesionales, las instituciones académicas, los medios de comunicación y el sector privado, en aras de mejorar la vida de las personas mayores, así como las de sus familias y comunidades.

Este proyecto se alinea con los objetivos de esta estrategia, los cuales son:

- 1) Cambiar la forma en que pensamos, sentimos y actuamos hacia la edad y el envejecimiento.
- 2) Asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores.
- 3) Ofrecer atención integrada centrada en la persona y servicios de salud primaria que respondan a las personas mayores.
- 4) Brindar acceso a la atención a largo plazo para las personas mayores que la necesitan.

COHERENCIA CON EL PLAN NACIONAL DE SALUD INTEGRAL PARA LAS PERSONAS MAYORES 2020-2030

El Ministerio de Salud ha dado respuesta mediante el diseño de un Plan Nacional de Salud Integral para las Personas Mayores y su Plan de Acción 2020-2030 (31). Este plan está alineado a las recomendaciones e iniciativas internacionales, tales como: puesta en práctica de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (ONU), y la recientemente lanzada Década para el envejecimiento saludable 2020-2030, en adelante Plan Nacional (Organización Mundial de la Salud), en donde Chile tiene un papel protagónico.

Este Plan se propone **generar un entorno propicio para que las Personas Mayores desarrollen sus vidas en forma saludable, incluyéndose en la sociedad a través de su aporte activo, logrando metas personales propias de su etapa de vida, incorporándose como gestores de las iniciativas destinadas a mejorar su propia calidad de vida.** Generar este entorno propicio pasa también por generar cambios a nivel estructural, impactando los determinantes sociales de la salud, mejorando la calidad de vida a lo largo del ciclo vital de nuestros ciudadanos, todo lo cual implica trabajar al interior del sector salud, con el intersector, y por supuesto, generando instancias de colaboración a nivel de Estado, sociedad civil y mundo privado.

El Plan Nacional de Salud Integral de Personas Mayores tiene como objetivo central, **promover el envejecimiento positivo, prevenir y controlar la morbimortalidad asociadas a enfermedades crónicas, transmisibles y accidentes,** a través de acciones de promoción, prevención, tratamiento, y rehabilitación en los diferentes niveles de la red asistencial, trabajo intersectorial y sociedad civil. Para cumplir con este objetivo, se propone mantener un enfoque que brinde equidad a todas las personas, independientemente de su etnia, sexo, localización geográfica o nivel socioeconómico, tengan las mismas oportunidades para acceder a servicios que garanticen calidad en la atención.

El Plan, además, tiene como misión entregar servicios integrales de salud a las Personas Mayores del país, asegurando su acceso, calidad y sostenibilidad en el tiempo. Para esto, integra como población objetivo a todas las personas de 65 años y más, y beneficiarios indirectos tales como cuidadores, la comunidad y los equipos de salud.

Para llevar a cabo el Plan, se establecieron 6 líneas estratégicas:

1. Educación, promoción y prevención: apunta a fomentar el empoderamiento de las personas mayores como agentes principales de su propia salud, a la vez que reconoce explícitamente la importancia del entorno como un factor clave que influye en su condición de salud.
2. Provisión de servicios: se presentan iniciativas que buscan mejorar el acceso y calidad a servicios de salud por parte de las Personas Mayores del país.
3. Fortalecimiento de la red integrada de atención a personas mayores: se reconoce la necesidad de contar con una cantidad y calidad adecuada de profesionales de la salud, así como infraestructura y equipamiento que permitan implementar las acciones.
4. Fortalecimiento de los sistemas de información: se reconoce como clave para poder cuantificar y entender las necesidades de salud de las Personas Mayores en el país, con el fin de relevar sus problemas y diseñar soluciones adecuadas, basadas en evidencia.
5. Rectoría, regulación y fiscalización: Las acciones de rectoría, regulación y fiscalización permiten dotar al Plan de un marco que asegure su correcta implementación, junto con incrementar la sostenibilidad de éstas y otras iniciativas destinadas a las Personas Mayores a lo largo del tiempo.
6. Financiamiento: Las acciones de esta línea transversal contemplan iniciativas destinadas a disminuir las brechas de financiamiento de las distintas áreas del plan, presentar proyectos de expansión de inversión, mejora de infraestructura y recursos humanos, transferencia técnica, formación de especialidad, entre otros.

COHERENCIA CON LAS PROPUESTAS DE GOBIERNO 2022-2026

El proyecto está alineado con al menos 4 propuestas de Gobierno (32). En primer lugar, con el **“Poder local y municipios”**, cuyo desafío se manifiesta en llevar al desarrollo a todos los chilenos, siendo las municipalidades el primer espacio donde la ciudadanía se relaciona con el Estado. Se busca fortalecer los espacios descentralizados donde las municipalidades puedan entregar soluciones que permitan disminuir las amplias desigualdades sociales en el país. Asimismo, el Gobierno acentúa

el fomento y **protección de los Derechos Humanos de los grupos de especial protección**, impulsando acciones afirmativas para corregir las desigualdades estructurales e históricas que han experimentado las mujeres y diversos grupos sociales, entre ellos, las personas mayores.

En cuanto a la salud, el actual Gobierno buscará **reactivar la Atención Primaria de Salud** que se vio fuertemente afectada por la pandemia, teniendo en cuenta la necesidad de retomar las actividades normales y propiciar estrategias de acuerdo con las necesidades socio epidemiológicas nacionales. Se buscará mantener sanas y compensadas a las personas en sus comunidades, potenciando la promoción y prevención de salud, así como el autocuidado, con énfasis en las personas mayores.

También, una de las más destacadas propuestas es el denominado **Sistema Nacional de Cuidados**, el cual se establecerá en los pilares de la corresponsabilidad social de los cuidados, participación de la comunidad en su gobernanza, universalidad, pertinencia local, cuidado comunitario y gestión de datos. Tendrá como uno de sus focos a las personas mayores con y sin dependencia y a las personas cuidadoras. En este mismo marco, para las personas mayores sin dependencia y con dependencia leve se propone una política de envejecimiento digno, activo y saludable, al igual que planes de alfabetización digital para favorecer la teleasistencia, aumento en la cobertura de centros diurnas y la creación de centros de cuidado comunitarios con participación de las organizaciones sociales.

Para las personas mayores con dependencia más avanzada, se facilitará su permanencia en casa a través de un programa remunerado de **Agentes Comunitarios del Cuidado**, vinculado a la APS y a los gobiernos locales. Se espera prevenir la dependencia severa con detección temprana y derivación y atención oportuna a través del vínculo del agente comunitario con la APS. Se buscará **modernizar el sistema actual de Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM)**. Se avanzará hacia un modelo de vivienda tutelada que promueva el enfoque comunitario de cuidados y la promoción de la autonomía de las personas mayores.

Por último, se propone resolver las problemáticas que aquejan a las personas cuidadoras, creando una figura remunerada del Agente Comunitario del Cuidado, que apoyará a la persona que cumpla el rol principal de cuidado para permitirle que dedique tiempo al desarrollo y cuidado de su propia vida. Se establecerá una credencial para la

persona cuidadora, que le permita acceder a beneficios como un plan de recuperación de la salud física, mental y dental, y capacitación para la reinserción laboral, entre otros. Se impulsará la integración de personas cuidadoras a una red comunitaria de cuidados y a espacios de participación y decisión política.

Es posible observar que todas estas propuestas son posibles de aplicar y desarrollar en el futuro Centro de Bienestar, el cual será un espacio que velará por el cumplimiento de este tipo de políticas y estrategias de forma articulada y efectiva.

1.3.4 OBJETIVOS

Este proyecto tiene por objetivo general constituir el Centro de Bienestar para las personas mayores y sus familias que aborde los desafíos del envejecimiento de la ciudadanía.

Y los objetivos específicos son:

- 1) Consolidar la red de establecimientos, prestaciones y servicios de la institución municipal-APS y extrasistema, para una atención integral, cercana, digna y de calidad.
- 2) Garantizar el acceso de las personas mayores a prestaciones y servicios socioculturales y sanitarios ofertados por el Centro de Bienestar y la Red Comunal.
- 3) Fomentar los proyectos de vida de las personas mayores.
- 4) Gestionar un sistema de cuidados orientado a mantener la autovalencia y otorgar condiciones para el buen morir.
- 5) Consolidar y fortalecer los vínculos familiares y comunitarios de las personas mayores, con enfoque territorial e identitario.

SECCIÓN 2 - FACTIBILIDAD

2.1 CONVENIO CON SSVQ

El alcalde Oscar Calderón Sánchez y el director del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, Alfredo Molina Naves, firmaron el convenio para iniciar el proceso de traspaso del edificio del Hospital San Martín a la Municipalidad de Quillota. Este convenio es el paso previo al esperado traspaso, que se concretará una vez que culmine el traslado de todos los funcionarios del Hospital San Martín, al nuevo Hospital Biprovincial.

El alcalde de Quillota Oscar Calderón destacó que se trata de un hito histórico para la comuna y también para el país, con un proyecto y una propuesta que se ha trabajado de manera conjunta entre el Municipio y el Estado de Chile, a través del Servicio de Salud: “Es una propuesta para generar un proyector no solo para la comuna, sino también para las comunas aledañas, generando una red de atención adaptada a la realidad de nuestros adultos mayores. Cada vez tenemos mayores expectativas de vida, tenemos que estar preparados e ir adaptando nuestra gestión y nuestras políticas públicas hacia esa situación. Hoy, desde la Municipalidad de Quillota, se genera una propuesta de política pública local, que puede ser perfectamente compartida a nivel nacional”, explicó Oscar Calderón.

Por su parte, el exalcalde y médico de SaludQuillota, Luis Mella Gajardo, en cuyo mandato edilicio se dio origen a la iniciativa, dijo que es una fecha importante para los adultos mayores de la comuna. “Lo que estamos planteando es un modelo nuevo, donde fundamentalmente se aborda la problemática del adulto mayor en forma integral y donde se ataca directamente uno de los principales factores de la alta demanda de atención en salud que tienen los adultos mayores, que es la postración”, indicó el doctor Mella.

Para el director del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, Alfredo Molina, la firma del convenio es el inicio oficial para dar forma a la propuesta de un centro integral para el adulto mayor, en las dependencias del actual Hospital San Martín. “Hemos firmado un convenio que entrega un marco de la forma que vamos a seguir avanzando. Hay algunos compromisos que se deben cumplir por parte del Municipio, a futuro, para que cuando se hayan trasladado los funcionarios del Hospital San Martín al Hospital

Biprovincial, poder hacer entrega. Estamos contentos de poder aportar a la comuna, a la provincia, en nuestro rol rector técnico, para que esto avance y que las instalaciones cumplan con todas las medidas de seguridad, para poder atender a cualquier persona que ingrese a estas”, dijo Alfredo Molina.

Para concretar el proyecto se requería que el Servicio de Salud, representante del Ministerio y administrador de esta infraestructura, autorizara su traspaso a la Municipalidad de Quillota. Con ese fin, desde septiembre pasado los equipos técnicos de ambas instituciones estuvieron trabajando en la evaluación de la propuesta municipal y su viabilidad, conversaciones que incorporaron al proyecto temas como salud mental y atención a personas en situación de discapacidad, lo que desembocó finalmente en el convenio firmado el lunes 7 de marzo.

2.2 APOYOS TRANSVERSALES

El proyecto ha recibido el apoyo transversal tanto de la ciudadanía como de diferentes personalidades de las comunicaciones, la cultura y la política nacional. Esto debido en gran medida a la campaña comunicacional impartida desde la Municipalidad y que ha permeado con fuerza en los y las vecinas de la comuna y los alrededores.

El año 2018 la Municipalidad de Quillota inició la primera campaña para socializar el proyecto con la comunidad y conseguir firmas de apoyo, tanto digitales como de manera presencial. En aquella ocasión, se lograron recaudar alrededor de 42 mil firmas. En el año 2021 se comenzó con la segunda campaña de firmas a través de la campaña “El Hospital que queremos”. En la actualidad, ya son más de 17 mil, las cuales fueron presentadas al Ministerio de Salud como muestra del respaldo ciudadano a la propuesta⁴.

Por otro lado, a partir de esta última campaña comunicacional, el proyecto ha recibido el apoyo público de diversas y reconocidas personalidades tanto nacionales como locales de los ámbitos culturales y deportivos, como por ejemplo Héctor Noguera,

⁴ Alcalde de Quillota y proyecto de Centro del Adulto Mayor: “Hoy están las condiciones para tener esa respuesta”. G5 Noticias; 02/03/2022. Extraído de:

<https://g5noticias.cl/2022/03/02/alcalde-de-quillota-y-proyecto-de-centro-del-adulto-mayor-hoy-están-las-condiciones-para-tener-esa-respuesta/>

Teresita Reyes, Jorge Coulon, Johnny Herrera, Elisa Loncon, entre otros, quienes han comprendido el impacto positivo de este proyecto⁵.

Desde el ámbito político, se han logrado unir los apoyos de los alcaldes de la zona como el alcalde Hijuelas, José Saavedra; la alcaldesa de Nogales, Margarita Osorio; el alcalde de La Calera, Johnny Piraino; la alcaldesa de La Cruz, Filomena Navia⁶; y el alcalde de Limache, Daniel Morales⁷. Asimismo, han manifestado su apoyo los diputados Diego Ibáñez (CS), Daniel Verdessi (DC), Luis Pardo (RN) y Carolina Marzán (PPD)⁸. Por lo demás, se comprometió el apoyo del Gobernador Regional Rodrigo Mondaca⁹, quien aseguró el apoyo desde el Gobierno Regional para habilitarlo ya que también existe la voluntad por parte de los consejeros regionales para ello¹⁰.

⁵ Alcalde de Quillota suma apoyos para lograr la implementación del Centro de Atención Integral para el Adulto Mayor. G5 Noticias; 18/02/2022. Extraído de:

<https://g5noticias.cl/2022/02/18/alcalde-oscar-calderon-suma-apoyos-para-lograr-la-implementacion-del-centro-de-atencion-integral-para-el-adulto-mayor/>

⁶ Alcaldes de la Provincia de Quillota apoyan nuestro Centro Integral Para el Adulto Mayor. Change.org; 12/10/2021. Extraído de: https://www.change.org/p/ministerio-de-salud-de-chile-que-el-hospital-san-mart%C3%ADn-de-quillota-sea-un-centro-integral-para-el-adulto-mayor-d5e153f8-0e1d-466e-93bb-7101f1aaa709/u/29712432?cs_tk=AKGy9tLcYjtYLPldbmEAAXicyyvNyQEABF8BvBid0iel7DRc bh7yDDAdx0g%3D&utm_campaign=a7bfe677b62e4609b82643d61f03c5fd&utm_content=initial_v0_5_0&utm_medium=email&utm_source=petition_update&utm_term=cs

⁷ Alcalde de Limache: "Proyecto de centro para el adulto mayor involucra a las provincias de Quillota y Marga". El Observador; 05/08/2021. Extraído de: <http://www.observador.cl/alcalde-de-limache-proyecto-de-centro-para-el-adulto-mayor-involucra-a-provincias-de-quillota-y-marga-marga/>

⁸ Ibidem.

⁹ Gobernador conoció el proyecto del centro para el adulto mayor. La Estrella de Quillota; 13/08/2021. Extraído de: <http://www.estrellaquillota.cl/impresas/2021/08/13/full/cuerpo-principal/6/>

¹⁰ Consejo Regional celebra primer paso del Centro para el Adulto Mayor de Quillota y gobernador compromete apoyo para habilitarlo. PuraNoticia; 04/03/2022. Extraído de: <https://puranoticia.pnt.cl/regiones/consejo-regional-celebra-primer-paso-del-centro-para-el-adulto-mayor-de>

SECCIÓN 3 - ARREGLOS DE IMPLEMENTACIÓN Y PROPUESTA DE GESTIÓN

3.1 ARREGLOS INSTITUCIONALES

Para llevar a cabo la instalación del Centro de Bienestar y la implementación de su Modelo de Gestión, es necesario desarrollar una estrategia de trabajo organizado que reúna los esfuerzos mancomunados de la Municipalidad de Quillota y sus unidades internas: Alcaldía, Departamento de Salud, Dirección de Desarrollo Comunal, Secretaría Comunal de Planificación, entre otros. Para esto, se deben ejercer arreglos institucionales tales, que los roles, las responsabilidades y las relaciones de trabajo deben quedar claramente estipuladas y concordadas con todas las partes involucradas en este gran proyecto comunal.

Por una parte, el Centro de Bienestar es un proyecto impulsado por la administración municipal vigente, pero que tiene sus orígenes desde la administración anterior, por lo que el esfuerzo por erigir este establecimiento es transversal y con una alta adherencia ciudadana. Por tanto, es el alcalde y su equipo, los principales líderes políticos de este proyecto, quienes tienen la responsabilidad de proporcionar los medios y herramientas para que se lleve a cabo y de buscar acuerdos y voluntades políticas con otros actores institucionales, tanto fuera como dentro de la Municipalidad.

Este proyecto se enmarca en el espíritu de la descentralización como noción que permite el traspaso de competencias, servicios y programas públicos hacia los gobiernos regionales y municipalidades. Según expertos (33), transferir más poder a los municipios permite acercarnos de manera directa e integral a las comunidades y ciudadanos, ya que la estructura municipal es la más flexible y adaptable a las particularidades de los territorios y los grupos humanos. Asimismo, fortalecer el rol de los municipios permite diseñar y ejecutar de manera local políticas públicas que busquen subsanar las desigualdades territoriales.

Por designación del alcalde, el proyecto es dirigido por el Departamento de Salud, el cual se encargó de nombrar un equipo responsable de estudiar la viabilidad del proyecto y diseñar propuestas de implementación. Este equipo técnico se encarga

de sentar los lineamientos y propuestas de gestión, diseño, atención y funcionamiento integral del futuro establecimiento, desde una perspectiva técnica y multidisciplinar.

3.2 ARREGLOS DE IMPLEMENTACIÓN

Para llevar a cabo la implementación del proyecto del Centro de Bienestar se están desarrollando las siguientes acciones:

1. Se estableció el **equipo técnico**. Este grupo de trabajo está conformado por profesionales del Departamento de Salud. El equipo técnico desarrolla las labores de diseño y gestión del desarrollo del Proyecto del Centro de Bienestar, es responsable, a su vez, del seguimiento del trabajo de las Comisiones y de apoyar sus labores en lo que se necesite. Su objetivo es contribuir a la consolidación del Centro de Bienestar, a través de la investigación, el diseño de instrumentos y la gestión del trabajo articulado en red.
2. Se estableció el **equipo de Red Integrada**. Este grupo de trabajo está conformado por los representantes y encargados de los dispositivos de la Red APS Quillota y de la Municipalidad¹¹. El objetivo de este equipo es articular el trabajo de la estrategia de la Red Integrada Comunal, bajo un enfoque altamente colaborativo. Este equipo mantendrá reuniones periódicas para establecer lineamientos de trabajo en conjunto.
3. Para capacitar a los funcionarios participantes de este proyecto se espera continuar y amplificar un **Plan de Capacitaciones** que logre entregar las herramientas, conocimientos, metodologías y experiencias necesarias a los funcionarios de la Red Municipal para, por una parte, equilibrar las habilidades y

¹¹ En este equipo participan los representantes y encargados de: Centro de Salud Cardenal Silva Henríquez, Centro de Salud Dr. Miguel Concha, Cecof Cerro Mayaca, Cecof Santa Teresita, Cecof María Ernestina Fernández, Cesfam La Palma, Cesfam Boco, Cesfam San Pedro, Plataforma de Gestión Familiar, Casa de Acogida, Centro Plaza Mayor, Centro de Promoción de la Salud y la Cultura, Dirección de Desarrollo Comunal, Casa Adulto Mayor, Secretaría Comunal de Planificación y Equipo comunicacional de Alcaldía.

conocimientos de estos en temáticas de gerontología y, por otro, inculcar las nuevas formas de trabajo articulado bajo la Red Integrada Comunal.

4. Se ha desarrollado una amplia estrategia comunicacional acompañada de acciones de difusión, visibilidad y sensibilización a la comunidad y a los funcionarios involucrados en el proyecto. Todo esto a través de **presentaciones**¹² que se han realizado al personal de los dispositivos de la Red Integrada Comunal, al igual que a Consejos Consultivos. En estas oportunidades, no sólo se les ha presentado el proyecto, sino que también se han recogido sus comentarios y propuestas, haciendo hincapié en el carácter colaborativo del diseño del proyecto.
5. A partir de lo anterior, se realizó una **encuesta de satisfacción** a los funcionarios que participaron de las presentaciones, donde pudieron incorporar sus comentarios, propuestas y dudas de manera anónima. Esto ha permitido tener un acceso a las percepciones de actores relevantes del proyecto que, de otra forma, no hubiésemos tenido acceso. La encuesta fue respondida por un total de 47 funcionarios de manera online. Los resultados nos indican que 91,5% de los encuestados está muy de acuerdo con la premisa: “considero que el Proyecto del Centro de Bienestar es de gran impacto para la comuna”. El 68,1% de los encuestados está muy de acuerdo con la premisa: “considero que mi compromiso en este Proyecto será fundamental para el éxito de su ejecución”. Finalmente, el 46,8% considera que su nivel de satisfacción con la estrategia de trabajo en red y colaborativo del Proyecto del Centro de Bienestar es muy alto mientras que 36,2% considera que su nivel de satisfacción es alto. Por tanto, es posible concluir que existe un amplio y alto nivel de adherencia y compromiso al proyecto por parte de los trabajadores que participarán directa e indirectamente de éste.

¹² Tal y como se presenta en la siguiente nota periodística:
<https://www.radiofestival.cl/saludquillota-inicio-ciclo-de-charlas-para-difundir-el-proyecto-de-centro-integral-del-adulto-mayor/>

3.3 PROPUESTA DE GESTIÓN DEL CENTRO DE BIENESTAR

3.3.1 EJES ARTICULADORES DEL CENTRO DE BIENESTAR

El Centro de Bienestar es un establecimiento de salud municipal donde se ejecutarán prestaciones socioculturales y sanitarias a través de la articulación de la actual y futura oferta de la Red para las personas mayores y sus familias. Esto, con la finalidad de garantizar el acceso, oportunidad y resolutivez de sus necesidades y, por ende, contribuir a su bienestar. Por tanto, el establecimiento se articulará en 3 ejes:

- 1) **Protección social y cuidado:** En este eje tenemos todas las acciones de atención ambulatoria, camas de alta dependencia y camas transitorias de baja complejidad. Se podrá contar con acceso a otros aseguradores de salud, teleasistencia y abrir las posibilidades de crear una urgencia médica para las personas mayores y abogacía.
- 2) **Recuperación o mantención de la autovalencia:** En este eje se encuentran las acciones de rehabilitación, mantención de la funcionalidad, de estimulación cognitiva y fortalecimiento de la autovalencia social.
- 3) **Participación socio comunitaria:** En este eje están las acciones en temáticas de sentido de vida, realización personal, proyecto de vida y espiritualidad. También, están las posibilidades de conformar voluntariados y gestionar trabajos a tiempo parcial para personas mayores.

Protección social y cuidado	Recuperación o mantención de la autovalencia	Participación sociocomunitaria
<ul style="list-style-type: none"> • Atención ambulatoria • Camas de cuidados al final de la vida • Cama transitoria de baja complejidad • Acceso a otros aseguradores (copago) • Urgencia médica de personas mayores • Teleasistencia • Abogacía • Farmacia comunal • Farmacia asistencial 	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación • Mantención de la funcionalidad • Estimulación cognitiva • Autovalencia social 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentido de la vida, realización personal y proyecto de vida • Salud mental • Cultura, arte y espiritualidad • Voluntariado • Trabajo a tiempo parcial • Acompañamiento en el buen morir

Tabla 1 Ejes articuladores Centro de Bienestar.

3.3.2 DEFINICIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN

Un **Modelo de gestión** es la forma en cómo se organizan y combinan los recursos disponibles con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones de una institución. En el caso del Centro de Bienestar, se propone instalar un Modelo de Gestión que provoque una reingeniería de la red de dispositivos municipales. Esto, con el propósito de fortalecer la red ya existente e innovar en su articulación e integración en lo que se denomina **Estrategia de Red Integrada Comunal**.

Por esta Estrategia entenderemos el conjunto de dispositivos, establecimientos, programas y prestaciones que pertenecen a la institución municipal y que se involucran con la población de las personas mayores y sus familias en sus desafíos y necesidades, reconociendo sus fortalezas. Por tanto, se comprende que, independiente de su tamaño o nivel de complejidad, comparten objetivos comunes y generan actividades definidas, diferenciadas y complementadas entre sí, que se entrelazan e interconectan. Esta Estrategia se desarrolla o adopta capacidad de coordinación, comunicación y gestión de la información y procedimientos para acreditar y reconocer a sus unidades, definiendo las características generales de ellas y sus propias formas de funcionamiento.

La comunicación y los sistemas de información son claves para la calidad de los vínculos, la efectividad de la red y su capacidad de adaptarse a este nuevo establecimiento. Para que sea una estrategia exitosa, requerirá de claridad en los mecanismos de toma de decisiones, en la resolución de conflictos, en mecanismos de soporte financiero y del orden organizacional que sea coherente con los objetivos del Centro.

El Modelo de Gestión exige a la red adaptar sus procesos a las nuevas exigencias epidemiológicas y a las expectativas de los ciudadanos, lo que implica revisar críticamente la opinión de la ciudadanía en la temática, la relación costo-efectividad de las acciones y la calidad de sus procesos productivos, la adaptabilidad de sus recursos humanos, y las modalidades que adopta para organizar y gestionar su estructura y recursos.

La ausencia de la Estrategia de Red Integrada Comunal significa que exista duplicidad y subutilización de recursos tecnológicos y humanos, que se efectúen

procedimientos o intervenciones a mayor costo o que las personas deambulan por centros y establecimientos sin obtener una real solución a sus necesidades.

En síntesis, la red de atención se constituye en forma flexible sobre la base de satisfacer las necesidades de las personas en cuanto sujetos insertos en un contexto familiar, comunitario y social, asumiendo que la atención primaria no es la puerta de entrada al sistema público de atención, sino que es una estrategia de desarrollo de los territorios donde se puede articular de mejor forma la resolución de las necesidades de la ciudadanía y de canalizar sus aportes y contribuciones al mismo territorio. En este sentido, la red se configura con las personas y sus familias como núcleos y sujetos protagónicos, y con la atención primaria como espacio articulador.

ESTRATEGIA DE RED INTEGRADA COMUNAL

Esta Estrategia busca incluir y coordinar a las unidades municipales que se vinculan con personas mayores y sus familias, apoyándose en recursos como la centralización de la información y el desarrollo de Planes de Familia Saludables¹³. Por medio de esta integración, se buscará disminuir la sobre intervención o duplicidad de acciones, y adecuar el acceso y la oferta de servicios a las personas mayores y sus familias. Es decir, se buscará subsanar la baja integración que existe actualmente entre las estrategias de intervención socioculturales y sanitarias. Existen diversas iniciativas enfocadas en la población mayor, pero existe baja o casi nula conexión entre ellas, por lo que la Red Integrada Comunal se encargará de ser el nexo y la articulación, materializándose en el establecimiento del Centro de Bienestar.

La Red Integrada Comunal ofrecerá prestaciones y servicios de acceso universal, tanto generales como focalizados, de acuerdo con las necesidades de las personas mayores y sus familias, relevando el derecho a la autonomía sobre sus propias decisiones en salud, reconociendo sus gustos, preferencias y el sistema sociocultural en el que se enmarcan.

¹³ Estos Planes son un conjunto de prestaciones otorgadas o coordinadas por la APS y sus redes, que se presentan al usuario y su familia para su aprobación o consenso. Más detalle de esto en el apartado 3.3.5.

La misión de esta Red integrada será contribuir al envejecimiento positivo, la protección social, el acompañamiento y la consolidación de los vínculos familiares y comunitarios por medio de prestaciones y servicios socioculturales y sanitarios que favorezcan el mayor bienestar de las personas mayores y sus familias.

Los **conceptos centrales** que regirán el funcionamiento general de la Estrategia y del Centro de Bienestar, en función de su interacción con las personas mayores y sus familias son:

- **Humanización de la atención:** Consta de entender que la salud y la enfermedad no son los únicos procesos que experimentan las personas a lo largo de sus ciclos vitales, sino que se deben reconocer los hitos personales y las crisis normativas / no normativas como parte de las personas que son atendidas. Se reconoce la importancia de las relaciones intersubjetivas en la atención y de las emociones y empatía en los procesos clínicos. Por lo demás, se integran los conceptos como la personalización de la atención, reconocer a los otros desde sus potencialidades y como personas que son únicas e integrales.
- **Autonomía:** Se considera como autonomía el derecho a mantener el control sobre la propia vida, el derecho a determinar qué es bueno para su proyecto de vida y recibir información adecuada para el ejercicio de la toma de decisiones. Se reconoce el respeto que merece cada persona con sus proyectos de vida y acciones de realización personal.
- **Realización personal y proyecto de vida:** El Centro de Bienestar se compromete a ofrecer instancias y herramientas para concretar los proyectos de vida de las personas mayores.
- **Participación social:** Se reconoce la participación como una capacidad que vincula la necesidad humana de actuar sobre la realidad que se habita, de incidir sobre los aspectos que configuran en el territorio. De este modo, se debe asumir la responsabilidad de fortalecer e incentivar la participación social de las personas mayores, para que sean actores plenos dentro sus familias, comunidades y de la sociedad.

- **Reorientación hacia un enfoque integral de las distintas unidades y servicios vinculados a las personas mayores y sus familias:** Se busca lograr la acción conjunta, coordinada y sistemática de esta red, generando sinergias y, como consecuencia, mejores resultados en el bienestar de las personas mayores y sus familias.
- **Articulación entre distintas unidades y servicios:** Se debe asumir la responsabilidad de la colaboración en el cuidado y resguardo de las personas mayores en distintos niveles de las unidades y servicios; procurar que exista una buena comunicación y mecanismos eficientes de referencia y contrareferencia; asegurar la continuidad del cuidado e incorporar a la familia en esta labor.

En síntesis, la estrategia tendrá las siguientes características:

- **Integral y centrado en la persona:** Se considera la forma en que la salud de un individuo, su comunidad, su entorno y otros factores, y las generaciones anteriores y futuras están interconectadas a lo largo de la vida. La salud, por tanto, es entendida como un proceso dinámico que requiere ir más allá de las intervenciones dirigidas a la atención del daño y a enfermedades específicas. La salud es vista como una dimensión importante del desarrollo humano, y no simplemente como un fin en sí mismo.
- **Enfoque de derechos:** En primer lugar, se reconoce a las personas mayores como sujetos de derecho y de respeto por su dignidad humana. Considera el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales y reconoce el derecho a la atención de salud. Asume también, que el ejercicio de estos derechos asegura la autonomía y autodeterminación de las personas, respecto a su salud. Además de generar condiciones de seguridad en salud durante toda su vida.
- **Enfoque de determinantes sociales de la salud:** Desde este enfoque se reconoce que la edad y el género, junto a la clase social, etnia y territorio, configuran las relaciones sociales y las relaciones simbólicas que organizan la vida social. Estos determinantes estructuran y estratifican a los grupos sociales en base a las premisas de poder, autoridad, recursos y prestigio. Por tanto, es importante comprender que todo lo anterior modelan las condiciones de vida y pueden determinar mayores o menores desigualdades sociales en salud.

- **Enfoque familiar:** Se incorporan y fortalecen los factores protectores de la salud dentro de las familias, además de detectar e intervenir precozmente situaciones de riesgo al interior de estas. Aumentar la efectividad de las acciones en salud a través de la adecuada participación de la familia en el involucramiento en la salud y los procesos de las personas mayores.
- **Enfoque comunitario:** Se busca mantener una comunidad saludable, que mejore sus resultados en salud como producto de la acción conjunta entre el sistema de salud y otros sectores con una comunidad activa. Los equipos de trabajo deberán conocer las instancias de participación social existentes en los territorios e incentivar a las personas mayores a participar de estas, a través de la entrega de espacios y herramientas que fomenten la acción social y comunitaria autónoma de las personas mayores y sus familias.
- **Enfoque de género:** Las inequidades de género en el ámbito de la salud se refieren a las desigualdades innecesarias y prevenibles en el estado y atención de salud en los y las ciudadanos, las cuales, en su calidad de determinante social, impactan también en la salud de la población de personas mayores. Este enfoque está implícito tanto en el enfoque de derechos como en el de determinantes sociales y tiene como finalidad alcanzar la igualdad por medio de una distribución justa de los beneficios, el poder, los recursos y las responsabilidades.

El Centro de Bienestar se transformará en el eje articulador de una gestión de red integrada en temáticas de envejecimiento, vejez, personas mayores y sus familias. Como se expone en la siguiente gráfica, el Centro de Bienestar articula los esfuerzos y el trabajo de la red Salud Quillota y de la Municipalidad de Quillota, instituciones que ya poseen una larga trayectoria tratando con personas mayores. También, el Centro se articulará con otras instituciones, como con el nuevo Hospital Biprovincial Quillota-Petorca, los dispositivos de urgencias, la APS a nivel provincial y también con fundaciones como Banamor.

3.3.3 DEFINICIÓN DE LAS ÁREAS DE GESTIÓN DEL CENTRO DE BIENESTAR

El Centro de Bienestar tendrá un Modelo de Gestión interna basado en 5 áreas: Área de Gestión Familiar, Área de Gestión Administrativa y Financiera, Área de Gestión de Fidelización, Área de Gestión de Inclusión Sociocultural y el Área de Gestión Clínica.

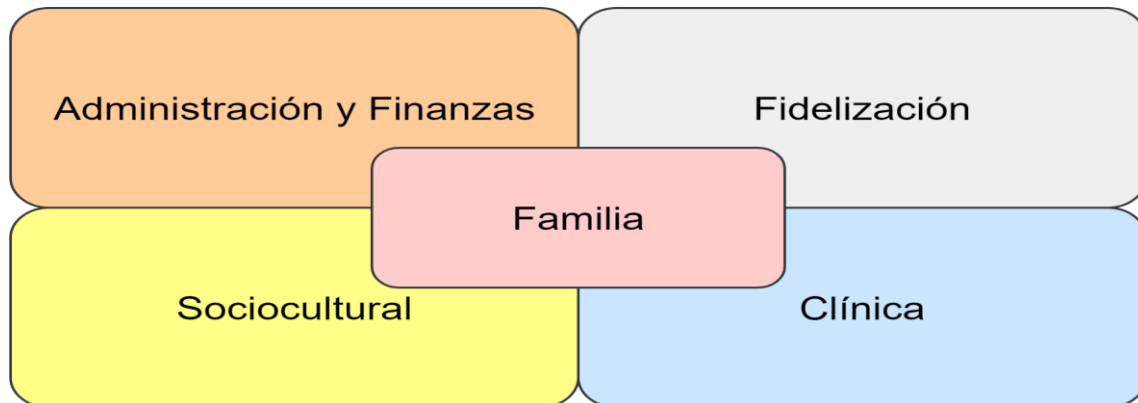


Ilustración 1 Áreas de Gestión Centro de Bienestar.

1. **Área de Gestión Familiar:** área destinada a acoger, caracterizar y vincular a las personas mayores y sus familias a la Red Integrada. Su objetivo será promover el desarrollo de una ciudadanía corresponsable de su propio proceso salud-enfermedad, participativa, integrada, e informada.
2. **Área de Gestión Administrativa y Financiera:** área de soporte y apoyo a la gestión que se encargará del manejo óptimo de los recursos humanos, financieros y físicos. Además, tendrá la misión de generar las vías de financiamiento para implementar este proyecto.
3. **Área de Gestión de Fidelización:** tendrá el rol de ser la puerta de entrada a los usuarios y cuyo objetivo será la gestión de la información que se disponga de las personas mayores y sus familias. También, deberá garantizar el acceso oportuno a las prestaciones, servicios e información de la Red Integrada. Su función será recopilar, procesar y analizar los datos generados y requeridos entre las personas mayores, sus familias y los nodos de la Red Integrada, permitiendo una eficiente y oportuna gestión de la información para la administración y

coordinación de esta. Además, debe cumplir la función de ser una vía de vinculación y consulta para sus usuarios y usuarias.

4. **Área de Gestión Sociocultural:** área que aportará al mejoramiento de la salud de las personas mayores y sus familias cuya base es la participación con la comunidad. Su objetivo será fortalecer la integración y aporte de las personas mayores a las actividades socioculturales, de acuerdo con sus intereses, necesidades y motivaciones; constituyendo así una vía para favorecer su bienestar y un envejecimiento positivo.
5. **Área de Gestión Clínica:** área técnica, asistencial y docente que tendrá el rol de supervisar el hacer de las unidades que generen prestaciones clínicas, gestión del cuidado, enfocadas en la morbilidad, así como la recuperación y mantención de la autovalencia y en la prevención de enfermedades de las personas mayores. Su objetivo será supervisar el correcto ejercicio de las prestaciones sanitarias, dando énfasis en la calidad de ellas.

3.3.4 DEFINICIÓN MODELO DE ATENCIÓN

El **modelo de atención** es la forma óptima de organizar las acciones sociosanitarias, de modo de satisfacer los requerimientos y demandas de la comunidad y la población usuaria. El quehacer definido en este modelo de atención se basa en un equipo multidisciplinario que se hace cargo, aplicando el enfoque familiar, es decir, acompaña a los integrantes de la familia de las personas mayores apoyando los momentos críticos con consejería, educación y promoción de salud, controlando los procesos para detectar oportunamente el daño y proporcionando asistencia clínica y rehabilitación oportuna en caso de patología aguda o crónica. La formación y competencias de este equipo son acordes al nuevo perfil socio-epidemiológico, a la gestión en red y con habilidades de liderazgo y trabajo en equipo.

En síntesis, el modelo de atención se basa en el modelo ejecutado por la actual Plataforma de Gestión Familiar con su **Plan Familia Saludable**, el cual es un modelo de protección social, en cuanto está enraizada en una serie de instrumentos y acciones cuyos objetivos son la plena realización de los derechos económicos, sociales y

culturales de la población. La protección social busca, según la CEPAL, “garantizar el acceso a ingresos adecuados para un nivel de bienestar suficiente de manera universal” (34). Este modelo, inserto en el Centro de Bienestar, permite contribuir en garantizar una mayor articulación entre los dispositivos y prestaciones tanto municipales como de salud. En esto, el modelo cumple los siguientes roles: 1) humanizar la atención de los procesos clínicos dentro de la red, 2) facilitar la derivación y seguimiento entre las unidades del Centro y, 3) articular las prestaciones y servicios de la red, relevando el acompañamiento de las personas mayores y sus familias, la consolidación de los vínculos sociales y comunitarios y la promoción del bienestar y del envejecimiento positivo.

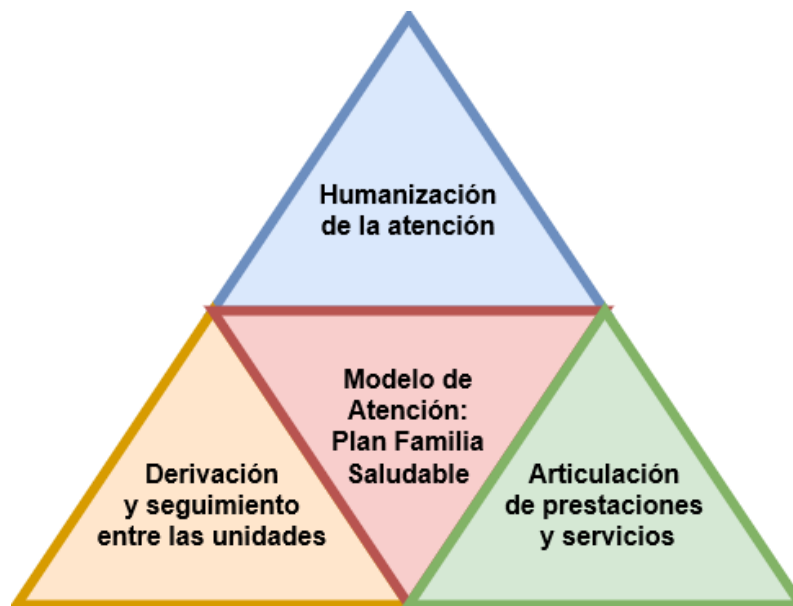


Ilustración 2 Modelo de Atención Centro de Bienestar

3.3.5 DEFINICIÓN DE LAS UNIDADES DEL CENTRO DE BIENESTAR

La estrategia de atención propuesta para el Centro de Bienestar busca generar una mayor integración y articulación entre las unidades prestadoras tanto municipales como de atención primaria. Se busca garantizar el acceso a las prestaciones de toda índole, otorgar mayores oportunidades a la población y generar servicios de calidad y excelencia para las personas mayores y sus familias.

Por tanto, se establecieron unidades vinculantes definidas en torno a los 3 ejes articuladores del Centro de Bienestar: Protección social y cuidado, Recuperación o mantención de la autovalencia y Participación socio comunitaria. Estas unidades son:

- Unidad Centrada en la Persona
- Unidad de Gestión de Red
- Unidad de Gestión de la Información
- Unidad de Familia
- Unidad de Gestión del Cuidado
- Unidad de Cuidado Avanzado
- Unidad de Rehabilitación y Autovalencia
- Unidad de Farmacia
- Unidad de Promoción y Participación

Dichas unidades tienen 3 funciones principales:

1. La prestación de servicios
2. La gestión de las prestaciones a través de un enfoque integral
3. La coordinación con otras unidades

Estas Unidades están agrupadas estratégicamente por Área de Gestión, por lo que se organizan de la siguiente forma:

- Área de Gestión de Fidelización administra las Unidades Centrada en la Persona, Gestión de Red y Gestión de la Información.
- Área de Gestión Familiar administra la Unidad Familiar.

- Área de Gestión Clínica administra las Unidades de Gestión del Cuidado, Cuidado Avanzado, Rehabilitación y Autovalencia y Farmacia.
- Área de Gestión Sociocultural administra la Unidad de Promoción y Participación, además de involucrarse directamente con los programas de Dideco.

Finalmente, el Área de Gestión de Administración y Finanzas no cuenta con unidades de atención directa al usuario.

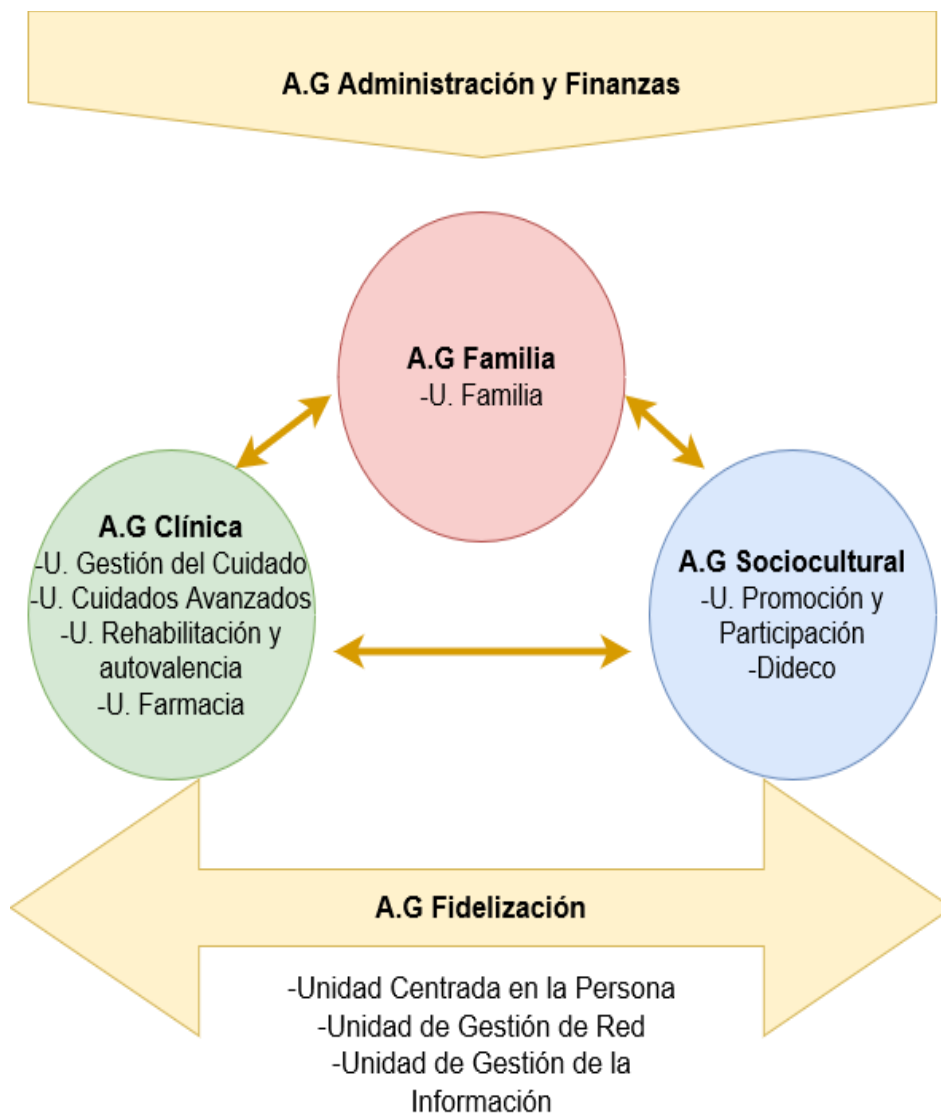


Ilustración 3 Modelo de Gestión Centro de Bienestar

UNIDAD CENTRADA EN LA PERSONA

Esta unidad está a cargo de supervisar los procesos de admisión y satisfacción usuaria que se llevan a cabo en el Centro de Bienestar. Tiene por objetivo velar por una óptima atención de las personas mayores, a través del reconocimiento de estos en su heterogeneidad, garantizando el acceso de las prestaciones y servicios en condiciones de igualdad efectiva. Por tanto, esta unidad tiene como fin humanizar la atención desde el primer momento en que la persona se acerca al establecimiento.

Las acciones de esta unidad son:

- **Admisión:** cumple el rol de vincular las necesidades de las personas mayores con la oferta de prestaciones y servicios del Centro de Bienestar, velando por un acceso óptimo y oportuno. Esto incluye:
 - Recepción y orientación del usuario.
 - Inscripción o actualización de datos.
 - Difusión y acceso a las actividades ofertadas por el centro.
 - Recordatorios y confirmación de citas.
- **Satisfacción usuaria:** su finalidad es garantizar el derecho de los ciudadanos a informarse, sugerir, reclamar y/o felicitar acerca de las diversas materias en salud, retroalimentando la gestión de las reparticiones públicas, para contribuir a lograr una atención oportuna, de calidad, excelencia y sin discriminación. Sus acciones son:
 - Facilitar el acceso a la información sobre el funcionamiento y servicios otorgados por el Centro de Bienestar.
 - Coordinar con otras unidades para optimizar la calidad de atención.
 - Recibir y gestionar los requerimientos ciudadanos para mejorar la gestión y funcionamiento del Centro de Bienestar, constituyéndose en un espacio de participación.
 - Detección de brechas en la atención, a través de mecanismos como estudios de satisfacción usuaria y procesos participativos.

UNIDAD DE GESTIÓN DE RED

Unidad de apoyo, destinada a realizar la gestión y la coordinación entre las solicitudes de las personas con la red, tanto interna como externa, así como del intersector. Su finalidad es articular las necesidades y requerimientos de las personas mayores con los prestadores y servicios pertenecientes a la red APS, a programas municipales, a organizaciones de la sociedad civil y a la institucionalidad pública y/o privada.

Se describen entre sus funciones:

- Elaboración de mapa de red periódico de prestadores y servicios.
- Articulación y trabajo colaborativo con los dispositivos de la Red de Salud.
- Coordinación intersectorial y trabajo en red con los diferentes actores públicos y/o privados.
- Gestión de la información de la red hacia las unidades del Centro de Bienestar.

UNIDAD DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

Unidad de apoyo, destinada a generar el soporte para la recolección, procesamiento y reporte de los datos obtenidos durante los diversos procesos que se realizan en el centro. Implica el trabajo de convertir los datos en información y luego en conocimientos, así como la estandarización e interoperabilidad de datos entre las distintas unidades.

Entre sus acciones contempla:

- Elaborar y sustentar plataforma de datos tipo “ficha de caracterización sociofamiliar” que apoye la fidelización.
- Funciones de agregación de datos y reportes que faciliten la gestión.
- Generación de alertas y reportes que faciliten el proceso de acceso y oportunidad de atenciones.

UNIDAD DE FAMILIA

Esta unidad estará a cargo del rol de las ejecutivas de familia, personal administrativo que articulan y coordinan los Planes Familiares Saludables de la población usuaria indicada. Estos Planes Familiares Saludables, constituidos por un conjunto de prestaciones otorgadas o coordinadas por la atención primaria y sus redes, se presenta a la persona mayor y su familia para su aprobación o consenso en este, permitiendo el acercamiento de la salud, entendiendo que hay brechas de inequidad, por consiguiente optimizar y en lo posible garantizar un acceso y cobertura a las prestaciones que a través de metas y/o políticas públicas están destinadas a disminuir la brecha de desigualdad.

Desde un enfoque sistémico, se comprende que existen crisis normativas y no normativas en toda familia, por lo que es de vital importancia que las Ejecutivas de Familia estén constantemente comunicándose para resguardar por el bienestar de la persona mayor y, a través de herramientas y acciones, se pueda empoderar al grupo familiar para que pueda asumir de la mejor manera el desafío que significa el proceso de envejecimiento. Esto significa colaborar con la familia para la conservación de la autonomía y la autovalencia de la persona mayor, la promoción su bienestar emocional, físico y mental y la promoción de la integración de la persona mayor a la vida social y comunitaria, a través del fomento de la corresponsabilidad que debe haber con la persona mayor y su familia.

Las Ejecutivas de Familia procuran hacer entrega de prestaciones biopsicosociales, constantemente, siendo también una parte activa de acompañamiento en el proceso de la persona y su grupo familiar, además de canalizar sus inquietudes, recibiendo sugerencias en modalidad de trabajo, generando un levantamiento de información, una visibilidad y acompañamiento con las familias.

Las acciones y prestaciones a cargo de esta Unidad son:

- **Entrevista familiar:** Prestación que tiene por objeto recabar antecedentes relevantes respecto de la familia que ingresa a la estrategia. Se busca conocer al grupo familiar, valorar sus dinámicas establecidas y recabar antecedentes para evaluar e identificar factores de riesgo y protectores presentes.

- **Estudio de Familia:** Instancia que permite el trabajo multidisciplinario implicando a las distintas unidades que forman parte de la Red y del Centro de Bienestar. Tiene por objeto traspasar la información pesquisada en Entrevista Familiar para poner en conocimiento a las Unidades sobre aquellas familias que enfrentan situaciones que requieran de acompañamiento. Esta instancia está conformada por los y las encargadas de las Unidades, por lo tanto, es un equipo multidisciplinario e intersectorial que estará involucrado en el acompañamiento de las personas mayores y sus familias y del monitoreo del cumplimiento del Plan Familiar Saludable.
- **Elaboración de la propuesta Plan Familiar Saludable:** En el Estudio de Familia se proponen las prestaciones y servicios que compondrán el Plan Familia Saludable, el cual permitirá a las personas mayores y sus familias acceder oportunamente a estos y que será gestionado por la Ejecutiva de Familia.
- **Visita domiciliaria:** Herramienta de intervención que permite obtener, verificar y ampliar la información entregada por las familias en las entrevistas, además de observar el ambiente social y familiar en el que se desenvuelve la familia.
- **Coordinación y articulación de prestaciones de la Red APS y Municipal:** Coordinación de las prestaciones y servicios integrados en el Plan de Familia Saludable.
- **Gestión del Plan Familiar Saludable:** Actividades desarrolladas por Ejecutivas de Familia para verificar el cumplimiento del PFS involucrando las acciones necesarias para su cumplimiento.
- **Monitoreo del Plan Familiar Saludable:** Labor ejecutada por el equipo técnico en conjunto de las ejecutivas de familias para monitorear el cumplimiento del PFS.

UNIDAD DE GESTIÓN DEL CUIDADO

Unidad especializada en generar prestaciones clínicas específicas con un enfoque familiar y comunitario. En ella se prestará atención a los problemas de salud de los usuarios, proporcionando un servicio de calidad. Para esto, su práctica asistencial estará basada en las orientaciones técnicas y tendrá en cuenta la eficiencia en la utilización de los recursos, así como las expectativas de la ciudadanía acerca de la

accesibilidad a los servicios sanitarios y la continuidad asistencial. Se reconoce, así, la corresponsabilidad de la ciudadanía en su salud y se respeta e incentiva los factores protectores de la salud propia de las personas y sus culturas.

Esta unidad tiene la capacidad de planificar y gestionar sus actividades con autonomía y responsabilidad, basándose en los tres ejes articuladores, siendo el objetivo central, facilitar la atención integral al paciente, mejorar la seguridad y la calidad de los procesos asistenciales, y favorecer la accesibilidad y la continuidad de la atención sanitaria

Las prestaciones de la Unidad de Gestión del Cuidado son:

- **Examen Anual de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM):** El EMPAM, hace de la funcionalidad su nudo central. A través de la medición de funcionalidad, se detectan los factores de riesgo, los que deben ser incorporados en el Plan de Salud, para actuar sobre ellos. Los objetivos del examen son:
 - Evaluar la salud integral y la funcionalidad del adulto mayor
 - Identificar y controlar los factores de riesgo de pérdida de la funcionalidad
 - Elaborar un plan de atención y seguimiento, para ser ejecutado por el equipo de salud
 - Propuesta de prestación innovadora: Valoración Integral realizar un control inicial con dupla clínico-social en la cual se aplique el instrumento EMPAM para especificar una valoración clínica de la persona mayor y a la vez un instrumento social, el cual se enfoque en caracterizar a la persona mayor en la comunidad y con su familia, con el objetivo de diseñar un plan individualizado preventivo, terapéutico y rehabilitador que garantice una atención adecuada, efectiva y de calidad.
- **Programa Salud Cardiovascular:** Este programa busca prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por ECV, así como prevenir las complicaciones de la diabetes mellitus, en congruencia con los objetivos sanitarios definidos a nivel nacional e internacional. Tiene como objetivo reducir la incidencia de eventos cardiovasculares a través del control y compensación

de los factores de riesgo cardiovascular en APS, así como también, mejorar el control de las personas que han tenido un evento cardiovascular con el fin de prevenir la morbilidad y mortalidad prematura, junto con mejorar la calidad de vida de estas personas.

- **Programa GES 85 Alzheimer y otras demencias:** Este programa está diseñado para cumplir una de las Garantías Explícitas en Salud, las cuales constituyen derechos en materia de salud relativos a acceso, calidad, oportunidad y protección financiera con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a los problemas de salud determinados. El Programa GES 85 es una garantía especificada en la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, donde se debe asegurar la confirmación diagnóstica dentro de 60 días desde la sospecha, la confirmación diagnóstica diferencial dentro de 180 días desde la sospecha y el tratamiento dentro de 60 días desde la confirmación diagnóstica.
- **Programa salud sexual:** Dentro de las políticas públicas no existe un programa especializado u orientación técnica que enmarcan el trabajo en la salud sexual de las personas mayores. Debido a lo anterior el Centro de Bienestar generará esta prestación innovadora la cual tratará temas cognitivos, psicológicos, emocionales, psico-orgánicos, problemas biológicos, entre otros que influyan en la salud sexual de las personas mayores. Se realizarán consejerías individuales, grupales y familiares orientadas a romper mitos, especificar cambios biológicos y resolver dudas con respecto a la sexualidad en esta etapa de vida.
- **Unidades de Apoyo:**
 - Unidad de Tratamiento: Unidad especializada en realizar procedimientos de enfermería los cuales consisten en Curaciones avanzadas, Curaciones simples, Administración de tratamiento intramuscular, Postura y retiro de sonda, Administración de tratamiento subcutáneo, entre otros.
 - Unidad de Toma de Muestra: Unidad especializada en toma de muestras biológicas, para posteriormente enviarlas a analizar en el laboratorio según corresponda.

- **Urgencia especializada en Personas Mayores:** prestación innovadora que pretende brindar atención a las necesidades de urgencia/emergencia de baja complejidad de las personas mayores, facilitando el acceso oportuno y equitativo de los usuarios a la atención que otorga la red de urgencia/emergencia del sistema público de salud. Esta área de atención debe estar en coordinación con el establecimiento de origen del usuario, para dar continuidad a la atención de éste y enfocar su problemática desde la perspectiva de una atención integral.

UNIDAD DE CUIDADO AVANZADO

Unidad especializada en otorgar cuidados de atención cerrada de baja complejidad, con enfoque familiar y comunitario, velando por la mantención y/o recuperación de las patologías que presentan los usuarios, mediante una atención humana y de calidad, optimizando los recursos humanos y materiales disponibles. Dentro de esta unidad existen las siguientes prestaciones:

- **Camas de cuidados al final de la vida:** Esta prestación está enfocada en realizar planes de cuidados para usuarios en condición de enfermedad terminal y sus familias, el cual responde a la persona en su totalidad, no solo a su enfermedad. Se dirige a la población mayor de 18 años, pertenecientes a FONASA y a la comuna de Quillota, que estén cursando una enfermedad terminal¹⁴. El objetivo de este plan es mantener al usuario lo más cómodo posible, evitando o tratando los síntomas y los efectos secundarios de su enfermedad y tratamiento, respetando su espiritualidad.
 - Esta prestación tiene un enfoque familiar y comunitario, y contempla como prestación específica¹⁵:
 - Alimentación (régimen según necesidad del usuario)

¹⁴ Enfermedad terminal: enfermedad avanzada, progresiva e incurable, la cual presenta una falta de respuesta al tratamiento específico y pronóstico de vida limitado. Se define como un diagnóstico fatal, con pronóstico breve de horas, días, semanas o a lo sumo unos pocos meses (menos de 6 meses).

¹⁵ Estas camas no contemplan útiles de aseo y personales, medicamentos crónicos, vestimenta, ropa de cama según necesidad.

- Lavandería
 - Servicios de enfermería incluyendo aseo y confort
 - Servicios médicos (visita diaria e ingresos)
 - Servicios nutricionales, fonoaudiológicos y kinesiológicos, estos últimos dos según indicación médica interna.
 - Acompañamiento y asesoría legal, si se requiere, en el proceso de la muerte.
- **Camas transitorias de baja complejidad:** Esta prestación está enfocada en camas de corta estadía (máximo 2 meses), las cuales dan respuesta a personas en situación de vulnerabilidad social con necesidad de atención clínica, que requieran un apoyo de estadía por un corto plazo, hasta que la red asistencial y social genere un mecanismo de apoyo a su necesidad. Prestación dirigida a población de mayores de 18 años, pertenecientes a FONASA y a la comuna de Quillota, que se encuentren en una situación de vulnerabilidad social con necesidad de atención clínica de baja complejidad, entendiendo estas últimas como prestaciones multiprofesionales que incluyan procedimientos dentro de la canasta de atención primaria.
 - Estas camas contemplan como prestación específica¹⁶:
 - Alimentación (régimen según necesidad del usuario)
 - Lavandería
 - Servicios de enfermería incluyendo aseo y confort
 - Servicios médicos (visita diaria e ingresos)
 - Servicios nutricionales, fonoaudiológicos y kinesiológicos, estos últimos dos según indicación médica.

¹⁶ Ibidem.

UNIDAD DE REHABILITACIÓN Y AUTOVALENCIA

Unidad especializada en otorgar prestaciones enfocadas a la mantención, recuperación y rehabilitación integral del usuario, con enfoque familiar y comunitario, especializada en los diferentes síntomas físicos, cognitivos y emocionales, así como también en el abordaje de las necesidades sociales. El objetivo principal es dar la máxima autonomía e independencia al paciente a nivel físico, cognitivo, psicológico y social, aumentando de este modo su calidad de vida y la de su familia.

Las prestaciones de esta unidad se desarrollarán en el marco de atención ambulatoria y atención cerrada.

- **Atención ambulatoria:** Esta prestación incluye tratamientos para enfermedades de carácter ambulatorio, con necesidad de rehabilitación en el ámbito motor y neurológico, incluyendo lesiones agudas, con un enfoque en la educación paciente-familia, y, a la vez, incluye tratamiento/talleres con enfoque preventivo en el ámbito de salud física y motora. Las prestaciones específicas de este tipo de atención son:
 - Rehabilitación kinesiólogía, fonoaudiología, terapeuta ocupacional, y nutricional.
 - Taller Más adultos mayores autovalentes (Kinesióloga y Terapeuta Ocupacional) que incluye actividad física, estimulación cognitiva y autocuidado.
 - Evaluación de ayudas técnicas, por kinesióloga.
 - Talleres: Se trata de talleres sobre temática diversa cuyo objetivo es proporcionar a las personas conocimientos y herramientas para afrontar el desarrollo de su enfermedad y sus síntomas de manera autónoma y lograr una mayor calidad de vida.
- **Atención cerrada:** Atención a través de sus distintos equipos de profesionales a la Unidad de Cuidado Avanzado.

UNIDAD DE FARMACIA

Unidad de apoyo diagnóstico y terapéutico especializada en la preservación y dispensación de medicamentos a la comunidad, su objetivo es brindar servicios farmacéuticos que aseguren la entrega oportuna, segura e informada de medicamentos e insumos clínicos. Esta unidad debe colaborar con la labor médica y el equipo de salud para promover el uso racional de los medicamentos haciendo que todo el proceso terapéutico sea más eficiente para cada usuario que requiera farmacoterapia, conteniendo los costos para el prestador y contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos. Prestaciones:

- Farmacia Comunal.
- Farmacia asistencial:
 - Farmacia en tu barrio.
 - Botiquín cardiovascular.
 - Botiquín morbilidad.
- Atención farmacéutica Cardiovascular: ejecutada por químico-farmacéuticos y sus equipos, con capacidades y experiencia en el área asistencial. Contribuyen al cumplimiento de la terapia en cada paciente, integrando todos los aspectos relacionados con la efectividad y eficiencia final de los tratamientos, interactuando con el equipo de salud, la Red de Atención de Salud y el usuario.
- Los Servicios Farmacéuticos comprenden las siguientes prestaciones:
 - Dispensación de medicamentos acorde a los protocolos o guías terapéuticas.
 - Seguimiento farmacológico.
 - Elaboración de preparados magistrales estériles.
 - Elaboración de preparados magistrales no estériles.

UNIDAD DE PROMOCIÓN DE SALUD Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Esta unidad está enfocada en las personas y sus inquietudes, con el propósito de potenciar sus competencias socioculturales y elevar sus niveles de bienestar, operando bajo la premisa de complementar el trabajo de las otras unidades. Esto a través del desarrollo de habilidades, destrezas e intereses, teniendo como marco la participación, la expresión cultural, las artes y la actividad física. Se busca fomentar el concepto de la promoción en salud, a través de iniciativas que las mismas personas puedan llevar a cabo. Además, la unidad busca fortalecer y elevar el nivel de salud mental y calidad de vida de las personas mayores, sus familias y comunidades a través de la promoción de la salud mental positiva, el mejoramiento de la capacidad individual y colectiva para prevenir los trastornos mentales y la atención integral de salud con enfoque familiar, comunitario e intersectorial, propendiendo al empoderamiento social. Las prestaciones y acciones de esta unidad serán:

- Inclusión Social y Participación Ciudadana:
 - Trabajo con organizaciones sociales de base, promoviendo el sentido de la vida, la realización personal y proyecto de vida de las personas mayores.
 - Trabajo con organizaciones de usuarios de Salud Mental y/o familiares, fortaleciendo el empoderamiento social y el respeto por los derechos de las personas mayores.
 - Voluntariados.
 - Trabajo Comunitario en el área de cultura, arte y espiritualidad.
 - Terapias complementarias.
- Salud Mental:
 - Talleres psicoeducativos promocionales.
 - Trabajo con Grupos de Autoayuda existentes en la red comunal o creación de nuevos grupos.
 - Intervenciones comunitarias intra y extra-muro.

- Consultas de Salud Mental multidisciplinaria.
- Consejerías individuales y familiares.
- Derivación a la red de salud.
- Programa Conversemos: intervenciones de carácter grupal en donde se fortalecen los propios recursos de la comunidad para enfrentar situaciones críticas sociales.



SECCIÓN 4 - SOSTENIBILIDAD DE LOS RESULTADOS

4.1 SOSTENIBILIDAD SOCIAL

La Municipalidad de Quillota y el Departamento de Salud sostienen más de veinte años de experiencia en gestión de la salud municipal, abogando por principios innovadores en búsqueda del bienestar de la población comunal. Esta experiencia y los avances progresivos de los diferentes proyectos que se han desarrollado no se sostiene únicamente por voluntad política, sino también por dinámicas de cambios transformadores que ya se encuentran enraizados en la cultura organizacional de nuestra institución, que toman como fundamento el contexto sociocultural de las comunidades que conforman Quillota y de su ciudadanía activa. Es posible indicar que SaludQuillota junto a la ciudadanía comparten valores, prácticas y nociones de lo que se desea para el propio territorio. La frecuencia y calidad de estos vínculos no se visualizan como hitos aislados, sino como etapas progresivas de un proceso de acompañamiento mutuo entre los actores comunitarios y los actores institucionales, experiencias que permiten el desarrollo de habilidades sociales, de la afectividad en forma sistemática, que es a la vez retroalimentada por el reconocimiento mutuo por parte de los ciudadanos participantes en un continuo de salud.

Es posible dar cuenta que existe una buena relación con otros actores institucionales, los cuales han flexibilizado sus prácticas en concordancia con la gestión comunal, superando las resistencias iniciales a partir de la constancia, perseverancia y cohesión de los equipos, generando una presencia y reconocimiento importante a nivel de gestores de salud en nuestra región.

Con todo lo anterior, es necesario profundizar en los vínculos con la comunidad, potenciando la apropiación de parte de estos, de herramientas y espacios para la instalación de procesos de evaluación que aporten con retroalimentación precisa y de calidad de este gran proyecto. Esto dará mayor precisión a los resultados globales de los procesos desplegados y facilitará el crecimiento de la ciudadanía en participación a niveles óptimos.

La principal proyección visualizada en esta experiencia tiene relación con diseñar e implementar un establecimiento con su propio Modelo de Gestión, Atención y

Financiamiento que sea eficiente y efectivo. Su impacto deberá ser cuantificado y cualificado en los niveles de bienestar subjetivo de las personas mayores y sus familias de nuestra comuna. Desarrollar el Centro de Bienestar como una estrategia dentro de una nueva política para las personas mayores podrá constituirse como un referente técnico para su implementación y replicabilidad en otras comunas del país.

Esto solo será posible si continuamos con los esfuerzos por fortalecer el empoderamiento ciudadano, la corresponsabilidad en los procesos de salud-enfermedad, fomentando el ejercicio pleno de los derechos, la participación, la promoción de la diversidad, el fomento del capital social, las redes sociales y familiares y la articulación entre la ciudadanía y la institucionalidad pública en la construcción de nuevas formas de gobernanza territorial. Por tanto, la implementación del Centro de Bienestar incluirá factores para mejorar la calidad de vida de las personas mayores y sus familias, cuyos beneficios sentarán las bases para la sostenibilidad social de este proyecto.

4.3 SOSTENIBILIDAD DE CAPACIDADES DESARROLLADAS

En cuanto a la sostenibilidad, esta experiencia exigirá cambios profundos, en especial a los actores institucionales y equipos de trabajo. Dado que se han generado procesos de flexibilidad en la relación del equipo de salud con la comunidad. Los patrones relacionales que se evidencian no son susceptibles de modificar únicamente a través de la vía de decisiones político-administrativas, tanto al interior del sistema municipal, como en la comunidad. Se trata no sólo de motivaciones momentáneas, sino de procesos de aprendizaje continuos.

El desarrollo de capacidades específicas a las labores del Centro de Bienestar representa uno de los pilares esenciales para garantizar la sostenibilidad del proyecto. Es necesario el esfuerzo transversal de todas las áreas municipales y en co-construcción con la comunidad, en miras a la descentralización de la toma de decisiones, considerando la pertinencia territorial de las propuestas y, por sobre todo, mantener en ponderación el bienestar y el buen vivir de las personas mayores.

En este contexto, se vuelve menester desarrollar un programa de capacitación para todos los actores involucrados en la construcción de este proyecto cuyo pilar es el enfoque de derechos de las personas mayores. Para lograr los objetivos del Centro de

Bienestar, es necesario asegurar una integración de estos enfoques “hacia adentro” del equipo humano y el sistema de organizaciones e instituciones participantes.

4.4 INNOVACIÓN

En la experiencia de Quillota se marca un hito en cuanto a la innovación, ya que transforma la estructura y organización de los centros asistenciales con el objeto de abordar dimensiones diversas en cuanto a la prevención, promoción, rehabilitación, en un enfoque familiar y de generación de ciudadanía, derribando diversos paradigmas insertos en la APS, la cual suele mantener lineamientos rígidos y de orientación clínica. En esta experiencia, se han logrado instalar una serie de nuevas formas de trabajo y establecimientos innovadores. Por un lado, se ha logrado transformar la lógica asistencial por una promocional; se han creado nuevas estructuras (Unidad de la Familia, Centro de Promoción de la Salud y la Cultura, Plataforma de Gestión Familiar, entre otros); se crearon procedimientos (Unidades: de la mujer y vida en pareja, de la vida sana, de la infancia, del adulto (a) mayor, de la adolescencia, entre otros); se insertó la cultura como una forma de hacer salud (obras de teatro, bandas de rock, hip hop, itinerancias culturales, exposiciones de pintura, muralismo, etc.).

Paralelamente, existe un compromiso formal por parte de las autoridades locales y agentes municipales de construir una salud más comprometida con los ciudadanos, generadora de redes sociales y de capital social. Por lo tanto, la experiencia de la APS de Quillota es innovadora, ya que liga sus principios con los de Alma Ata, existe soporte y apoyo de las autoridades locales y se encuentra un espacio para la creación y la innovación permanente.

El Centro de Bienestar aspira a ser parte de esta Red APS que lleva más de dos décadas innovando y transformando las formas de trabajar la salud municipal en Chile. Este proyecto se propone integrar el ámbito social con las áreas administrativas y médicas en métodos de trabajo interdisciplinarios que se extienden desde la planificación hasta la innovación.

En este sentido, reconocemos que el fenómeno del envejecimiento es un desafío a los mismos sistemas y que sólo las soluciones en los sistemas pueden hacerse cargo, a través del análisis reflexivo y la integración. La meta es crear soluciones apropiadas

que puedan prestar asistencia a individuos, familias y comunidades, con los desafíos que impone la vejez, el envejecimiento y sus características.

Por tanto, el proyecto, para integrar innovaciones en los sistemas sociales complejos para mejorar la calidad del cuidado y la asistencia, debe incluir las siguientes consideraciones u orientaciones (35):

- 1) **Fomento a la colaboración multidisciplinaria:** Se espera tomar una perspectiva holística de los problemas que aquejan a la población mayor y sus familias, reconociendo la complejidad de las interacciones humanas dentro de contextos físicos, sociales y culturales. Se promoverá la colaboración multidisciplinaria para mantener cada visión integrada y que así ninguna sea reduccionista o poco ética. Por tanto, los equipos multidisciplinarios serán esenciales para atender las necesidades de las personas mayores, promoviendo recopilar la información suficiente para comprender las necesidades y escenarios de vida y sus contextos históricos y culturales.
- 2) **Inclusión de estándares éticos:** se pone acento en la importancia de considerar las perspectivas de las personas mayores y sus familias, enfatizando sus deseos por dignidad y respeto. El involucramiento emocional y moral de los participantes del proyecto desarrollará una sensibilidad apropiada para entender las necesidades de las personas mayores y permitir innovaciones que sirvan a la causa.
- 3) **Gestión de Red Integrada:** Se tomará el compromiso por identificar y desarrollar soluciones que se integrarán dentro del sistema de trabajo del Centro que logren ayudar, equipar y fortalecer el establecimiento, teniendo siempre en máxima consideración a las personas mayores, sus familias y equipos de trabajo. En este sentido, se debe colaborar estrechamente con los equipos de trabajo para mejorar los diseños de servicios y optimizar el uso de los recursos. Esta forma de trabajar fortalecerá e integrará los sistemas de prestación de atención, a menudo fragmentados, respaldado en la Red Integrada Comunal, la cual surge como nueva infraestructura en conjunto con el Centro de Bienestar.
- 4) **Promoción de la justicia social:** Si bien el objetivo es brindar soluciones apropiadas a la población mayor, es fundamental garantizar que se cumplan beneficios dirigidos a los grupos socialmente desfavorecidos (mujeres mayores,

personas de escasos recursos, de comunidades rurales, con alfabetización digital y general limitada, entre otros). Para esto, el Centro de Bienestar contará con estudios que permitan explorar innovaciones en sus propias estrategias y formulación de políticas comunales en favor del bienestar social.

- 5) **Fomento de la integración social:** entre los muchos beneficios e impactos que el Centro de Bienestar puede traer a las personas mayores y sus familias, se espera que pueda contribuir a una sociedad socialmente cohesionada e integrada. Esto significa que el Centro contribuirá a las personas mayores a aumentar su sentido de conexión social y reducir su sentimiento de soledad y aislamiento. También, se propone aportar en que las personas mayores alcancen niveles de funcionamiento óptimos, para que puedan seguir participando en actividades sociales, de aprendizaje, de cuidado y económicas. El Centro de Bienestar, a través de una fuerte visión de integración social, buscará aumentar las oportunidades para crear una sociedad verdaderamente intergeneracional y amigable con las personas mayores, donde el envejecimiento activo sea una opción. Se espera que, por lo tanto, se pueda contribuir a reemplazar el prejuicio del envejecimiento como una etapa de declive, deterioro y dependencia, cambiándolo por uno donde las personas mayores sean respetadas y una parte activa y fundamental de la vida social.
- 6) **Búsqueda de beneficios globales a través de las experiencias locales:** A partir de un buen desarrollo del Centro de Bienestar, se espera que la iniciativa se pueda replicar y aplicar en otras comunas del país que también enfrenten el desafío del envejecimiento de su población. Este proyecto es un enorme aprendizaje no tan solo para la comuna, sino también para el país, ya que, de ser exitoso, podrá contribuir al esfuerzo global para hacer frente a el rápido crecimiento de las necesidades de las personas mayores y la sociedad.

El Centro de Bienestar tiene un gran potencial para mejorar el bienestar integral de las personas mayores y sus familias. El objetivo es que el Centro se convierta en una parte orgánica del sistema social complejo y dinámico que apoya y sustenta la prestación de atención a las personas mayores que lo necesitan.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) SaludQuillota. Estructura y funcionamiento del Modelo de Salud Quillota; 2022.
- (2) Gerópolis Universidad de Valparaíso. Centro Integral para el Adulto Mayor de Quillota; 2020.
- (3) Bozanic, A. Escribir sin edadismo, escribir con geroactivismo. Fundación GeroActivismo; 2021.
- (4) Köttl, H. & Mannheim, I. Edadismo y tecnología digital. Medidas políticas para abordar la discriminación por razón de edad como barrera para adoptar y usar la tecnología digital. Euroageism Policy Brief; 2020.
- (5) Proyecto NODO. Hábitos y necesidades de personas mayores en pandemia. Análisis de situación y desafíos estructurales en Chile. Santiago de Chile, Sistema de las Naciones Unidas en Chile; 2021.
- (6) Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Envejecimiento positivo en Chile; 2018. Extraído de:
[Http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Envejecimiento_Positivo.pdf](http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Envejecimiento_Positivo.pdf)
- (7) PNUD. COVID-19, Respuesta integrada del PNUD; 2020. Extraído de www.undp.org/content/dam/undp/library/km-gap/SP_UNDP%20COVID%2019%20Response%20Offer.pdf
- (8) PNUD. Más allá de la recuperación: con miras a 2030. Recuperado de www.undp.org/content/dam/undp/library/km-gap/COVID-Response-2-June%2018_ES.pdf
- (9) Red Latinoamericana de Gerontología. Chile: Principales resultados del Reporte de Medidas Nacionales e Internacionales de confinamiento y desconfinamiento en los 60+; 2021. Extraído de www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=4620
- (10) Herrera, M., Elgueta R., Fernández, M., Giacoman, C., Leal, D., Rubio, M., Marshall, P. & Bustamante, F. Calidad de vida de las personas mayores chilenas durante la pandemia COVID-19. Pontificia Universidad Católica de Chile. Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo del Gobierno de Chile. Santiago

- de Chile; 2021. Extraído de: https://sociologia.uc.cl/wp-content/uploads/2021/07/libro_calidad-de-vida-pm-y-covid-19-.pdf
- (11) Pizarro Giadach, P. V Foro de Envejecimiento "Hacia la década del envejecimiento saludable 2020". Hacia la construcción de un modelo sociosanitario de atención integral para personas mayores. Valparaíso, Chile; 2019.
 - (12) Harley, D & Teaster, P. Handbook of LGBT Elders. An Interdisciplinary Approach to Principles, Practices and Policies; 2016.
 - (13) Ayalon, L. & Tesch-Römer, C. Contemporary Perspectives on Ageism. Volume 19; 2018.
 - (14) Kornfeld, R. & Caro, S. Envejecimiento: Gerontología y Principales Enfoques Teóricos. En: Diplomado en Gerontología Social. Programa Adulto Mayor UC, Santiago de Chile; 2017.
 - (15) Red Transdisciplinaria sobre Envejecimiento. Género y políticas públicas: una mirada necesaria de la vejez. Universidad de Chile, Santiago de Chile; 2020.
 - (16) Sánchez, C. Gerontología Social. San Juan: Publicaciones puertorriqueñas; 2001.
 - (17) Calvo, E. & Madero-Cabib, I. Enfoques sobre el envejecimiento: Envejecimiento saludable, activo y positivo y su Promoción Entre Las Personas Mayores. En Gerontología Social. Programa Adulto Mayor UC, Santiago de Chile; 2016.
 - (18) Valenzuela, J. Adulto Mayor: Sujeto de derecho. Fundación Oportunidad Mayor; 2017. Extraído de: <https://omayor.cl/adulto-mayor-sujeto-de-derecho/>
 - (19) Organización de los Estados Americanos (OEA). Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las personas mayores; 2015. Extraído de: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Conv-Interamericana-Prot-Derechos-Personas_Mayores.pdf
 - (20) Abusleme, T., Arenas, A. & Riveros, C. Personas mayores como sujetos de derechos. En: Diplomado semipresencial con enfoque en derechos humanos de

- las personas mayores. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile; 2019.
- (21) Bofill-Poch, S. & Comas-d'Argemir, D. Promoviendo la justicia social y de género en el cuidado de mayores y dependientes. Bofill-Poch, S. & Comas-d'Argemir, D, editoras. En El Cuidado de mayores y dependientes. Madrid: Icaria Editorial S.A; 2021. p. 9-33.
 - (22) Del Valle, A. Bienestar, familia y problemas de cuidados en América Latina. Emancipação, 13; 2013.
 - (23) Giménez, D. Género, previsión y ciudadanía social en América Latina. En Marco F, coordinador. Los sistemas de pensiones en América Latina: un análisis de género. Santiago de Chile: CEPAL; 2004. p. 99-154.
 - (24) Waerness, K. A feminist perspective on the new ideology of community care for the elderly. Acta Sociológica, 30; 1987.
 - (25) González, H., Guizardi, M. & Larrazabal S. En los márgenes de la ciudadanía, envejecimiento femenino y políticas públicas en Chile. En Bofill-Poch, S. & Comas-d'Argemir, D, editoras. En El Cuidado de mayores y dependientes. Madrid: Icaria Editorial S.A; 2021. p. 313-331.
 - (26) Tronto, J. Caring democracy: Markets, equality, and justice. NYU Press; 2013.
 - (27) Báñez, T. Opiniones, vivencias y sentimientos de las personas receptoras de cuidados profesionales de larga duración en relación con el cuidado. En Bofill-Poch, S. & Comas-d'Argemir, D, editoras. En El Cuidado de mayores y dependientes. Madrid: Icaria Editorial S.A; 2021. p. 231-248.
 - (28) Naciones Unidas. Objetivos y metas de desarrollo sostenible. Extraído de: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
 - (29) Organización Panamericana de la Salud. Década de Envejecimiento Saludable en las Américas (2021-2030); 2021. Extraído de: <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-2030>

- (30) Organización Mundial de la Salud (OMS). Decade of healthy ageing: baseline report; 2020. Extraído de:
<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1327340/retrieve>
- (31) Ministerio de Salud de Chile. Plan Nacional de Salud Integral para Personas Mayores y su Plan de Acción 2020-2030. Santiago de Chile; 2021.
- (32) Programa de Gobierno Apruebo Dignidad. Santiago de Chile; 2021. Extraído de:
[https://s3.amazonaws.com/cdn.boricpresidente.cl/web/programa/Plan+de+gobierno+AD+2022-2026+\(2\).pdf](https://s3.amazonaws.com/cdn.boricpresidente.cl/web/programa/Plan+de+gobierno+AD+2022-2026+(2).pdf)
- (33) Comisión Asesora Presidencial en Descentralización y Desarrollo Regional. Informe. Santiago de Chile; 2014.
- (34) Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Agenda Regional de Desarrollo Social Inclusivo. Santiago de Chile; 2020.
- (35) Kleinman, A., Chen, H., Levkoff, S., Forsyth, A., Bloom, D., Yip, W., Khanna, T., Walsh, C., Perry, D., Seely, E., Kleinman A, S., Zhang, Y., Wang, Y., Jing, J., Pan, T., An, N., Bai, Z., Wang, J., Liu, Q. & Habbal, F. Social Technology: An Interdisciplinary Approach to Improving Care for Older Adults. Public Health Vol. 9; 2021.