

UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO /FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LOS ALIMENTOS/ ESCUELA
DE ENFERMERÍA



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

**ASOCIACIÓN ENTRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON LOS
NIVELES DE DEPENDENCIA EN ADULTOS MAYORES PERTENECIENTES AL
CESFAM TERESA BALDECCHI, SAN CARLOS 2015**

AUTORES:

HERNÁNDEZ ANDRADES, MARÍA IGNACIA

PEÑA CARRASCO, DIEGO ESTEBAN

URIBE SEPÚLVEDA, FELIPE IGNACIO

VERGARA GUTIÉRREZ, VALENTÍN EDUARDO

PROFESOR GUÍA TESIS:

EU MG. EN SALUD PÚBLICA

MENCIÓN EPIDEMIOLOGÍA

SRA. PINCHEIRA RODRÍGUEZ, ANA RAQUEL

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

2015

AGRADECIMIENTOS

A nuestra profesora guía Sra. Ana Pincheira Rodríguez por ser en todo momento un gran apoyo y guiarnos en esta importante etapa, que muchas veces estuvo llena de dificultades, sin embargo confió en nosotros y nos instó a seguir adelante.

A la Dra. Carmen Luz Muñoz por guiarnos de forma correcta durante el proceso de formación de nuestra investigación.

Al profesor Sr. Miguel Ángel López Espinoza, por su colaboración durante todo el proceso de investigación.

Al Sr.EU Víctor Méndez director del establecimiento por su buena voluntad y disposición en la entrega de información y material de apoyo al inicio de esta investigación.

A la Sra. EU Verónica Franco encargada del programa de salud cardiovascular, encargada de estudiantes universitarios de enfermería, por su buena recepción y colaboración en nuestra investigación.

A cada uno de los usuarios que participó en esta investigación, por su amabilidad y disposición a la hora de responder el instrumento y así llevar a cabo nuestro estudio.

DEDICATORIA

Especialmente dedicada a nuestros padres, hermanos y familia por ser el apoyo fundamental para lograr este anhelado sueño de muchos de ser un profesional, por enseñarnos el gran valor del altruismo, y determinar con ello nuestros caminos a elegir una carrera preocupada del resto.

Gracias a nuestros profesores por el tiempo dedicado a las clases, la preocupación por nuestro crecimiento tanto personal como profesional, y la entrega de herramientas para formarnos como personas únicas, capaces, líderes y profesionales al cien por ciento.

Al equipo de salud que amablemente nos apoyó para terminar nuestro proyecto, y también a la gente que estuvo tanto dispuesta a participar como a los que no, pues nos demostraron que con nuestro esfuerzo y constancia lograríamos finalizar nuestra investigación a pesar de lo difícil que se presentara.

Pero sobre todo, gracias a Dios por permitirnos conocer a los compañeros que conformamos este equipo, por entregar la bendición de la vida y la salud entre nosotros, y por no separarse de nosotros para lograr ser el milagro que somos hoy.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud con los niveles de dependencia en adultos mayores residentes en la comuna de San Carlos, Provincia de Ñuble, Chile.

Métodos: Estudio correlacional de corte transversal que utiliza como población de estudio a adultos mayores de 65 años o más, y con algún grado de dependencia (exceptuando dependencia total). Con muestreo aleatorio simple, se obtiene una muestra de 236 participantes de un universo de 1500 personas adultos mayores del CESFAM Teresa Baldecchi, San Carlos, con una prevalencia del 24% y un error del 5%. Para valorar DSS, se utilizó una encuesta de elaboración propia que evalúa características sociodemográficas, y para dependencia, índice de Barthel.

Resultados: De los participantes, el rango etario predominante fue el de 70 a 74 (28,8%), mayoritariamente mujeres (57,6%), y del total, superior la cantidad de personas independientes (54,7%). Según la relación de DSS con la dependencia, la edad ($p=0,003$), nivel de escolaridad ($p=0,036$), empleo ($p=0,025$), la prevalencia de patologías crónicas ($p=0,038$), y la actividad física realizada ($p<0,001$), son altamente significativas para ser factor de dependencia en el adulto mayor.

Conclusiones: Los Determinantes Sociales de la Salud constituyen una óptima herramienta para el estudio del comportamiento humano, de los factores que influyen en su salud e interviniendo en la promoción de salud de manera positiva para lograr mayores niveles de independencia en los adultos mayores y disminuyendo la dependencia en la población senescente.

Palabras clave: Determinantes Sociales de la Salud, Envejecimiento, Dependencia, Promoción de la Salud.

ABSTRACT

Aims: This study aims to determine the association between Social Determinants of Health and dependency levels in the elderly population in San Carlos, Ñuble, Chile.

Method: A Correlational Cross-Sectional Study was used in a population of elderly people, 65 years or older, who had any dependency level (excepting total dependency). Simple Random Sampling was applied, there were 236 participants from a universe of 1500 elderly people from CESFAM Teresa Baldecchi, San Carlos. The prevalence rate was 24% and error rate was 5%. In order to validate SDH, a survey which assesses socio-demographic characteristics was designed. Barthel Index was used to measure dependency levels.

Findings: According the participants, the predominant age range was 70 to 74 (28.8%) mostly women (57.6%) and from the total number, the majority was Independent People (54.7%). According to the relation of SDH with Dependence, Age ($p = 0.003$), Level of Schooling ($p = 0.036$), Employment ($p = 0.025$), the Prevalence of Chronic Diseases ($p = 0.038$), and Physical Activity ($p < 0.001$), were highly significant to become factors of dependence in the Elderly.

Conclusions: The Social Determinants of Health constitute an optimal tool for the study of human behavior, the factors that influence their health and finally intervening in the Health Promotion in a positive way to achieve higher levels of independence in Elderly people and decreasing dependence on the ageing population. Key words: Social Determinants of Health, Ageing, Dependency, Health Promotion.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 FUNDAMENTACIÓN	4
1.2 IMPORTANCIA PARA LA PROFESIÓN	8
1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
1.4 PROBLEMATIZACIÓN.....	10
1.5 MARCO TEORICO	12
1.6 MARCO EMPÍRICO	29
1.7 PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN	37
1.8 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	38
1.9 HIPÓTESIS.....	39
II. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN	40
2.1 TIPO DE DISEÑO	40
2.2 UNIVERSO	40
2.3 MUESTRA	41
2.4 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD	41
2.5 UNIDAD DE ANÁLISIS	42
2.6 LISTADO DE VARIABLES.....	42
2.7 DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.....	43
2.8 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	44
2.9 PRUEBA PILOTO	45
2.10 ASPECTOS ÉTICOS	45

2.11 PROCESAMIENTO DE DATOS	46
III. RESULTADOS	47
IV. DISCUSIÓN	59
4.1 LIMITACIONES.....	69
4.2 SUGERENCIAS.....	70
4.3 CONCLUSIONES.....	71
V. BIBLIOGRAFÍA	74
ANEXO 1: MATRIZ DE VARIABLES	85
ANEXO 2: CARTAS DE SOLICITUD DE DIRECTORA DE ESCUELA.....	88
ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	90
ANEXO 4: CUESTIONARIO	92
ANEXO 5: INDICE DE BARTHEL.....	93

I. INTRODUCCIÓN

El hombre desde su inicio ha experimentado para conocer el proceso de enfermedad y muerte, originando así la medicina actual. Las primeras civilizaciones apoyaron su ciencia en el modelo biológico (relacionar la naturaleza con lo práctico), y la creencia religiosa ⁽¹⁾, considerando el entorno, vida social y religión como factores que interactúan con el organismo humano, siendo desde esa época un tema de interés ⁽²⁾.

Pero, no es sino hasta cuando Rudolf Virchow (1848), que en una investigación sobre la propagación de tifus, establece que existen condiciones externas al individuo que lo enferman, añadiendo explícitamente el componente social y político a la salud, dando la base al concepto actual de “Determinantes Sociales de la Salud (DSS)” ^(3,4).

Alfaro explica que para estudiar las condiciones sanitarias, el Ministro canadiense Marc Lalonde, definió y propuso los DSS como raíz (1974 ⁽⁵⁾). Indicó que, para lograr salud, el estado de enfermedad no es lo único a considerar. Crea el concepto de los “Campos de salud”, 4 elementos básicos que la determinan y son la base para alcanzarla: la biología humana, ambiente, sistema sanitario y estilo de vida. Lalonde pone al sistema sanitario en segundo plano y da más auge al resto de factores, pues son modificables ^(6,7).

Más tarde, la “Declaración de Alma-Ata” (1978) revolucionó al unir una estrategia integral que abordaba las causas sociales, económicas y políticas, con el derecho fundamental a la salud para lograrla, enfocada en “proteger y promover la salud de todos los pueblos”, y siendo clave para mantener la salud de todos ^(8,9). Luego de Alma-Ata, se realizó la primera Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud (Ottawa, 1986), donde se emite una “carta” dirigida a lograr “Salud para Todos en el año 2000”. Así, la salud pública en el mundo se hizo más participativa a nivel social ⁽¹⁰⁾.

Tema no nuevo es que la población mundial se encuentra envejeciendo de forma irreversible (Chile desde CENSO de 1992: transición demográfica avanzada ⁽¹¹⁾), por lo que las reformas de salud deben ir hacia el rango de 65 y más años, dirigiendo la intervención

a ellos, por su alto porcentaje ^(12,13). El envejecimiento conlleva el deterioro progresivo asociado a la declinación de la funcionalidad y autonomía. De esta manera, la dependencia es el resultado final de la interacción de los cambios fisiológicos de la edad, enfermedades crónicas, condiciones agudas y el entorno psicosocial ⁽¹⁴⁾.

Junto con reestructurar el Fondo Nacional de Salud (FONASA) en 1990, promoviendo equidad y calidad de atención en salud para los ciudadanos ⁽¹⁵⁾, en Chile se aplicó una medida preventiva de salud en el año 1995 a través de la formación del “Control Sano del Adulto Mayor”, el EFAM (Evaluación Funcional del Adulto Mayor) ⁽¹⁶⁾, dirigida al cambio demográfico medido. Con el cambio de reforma (2000), simultáneamente se crea el Consejo Nacional para Promoción de la Salud “Vida Chile”, encargado de elaborar políticas de Promoción de Salud en el país, dando responsabilidad y participación social ⁽¹⁷⁾. Por ello, Chile enfoca su modelo de atención sanitaria en los DSS, incorporando nuevos programas en la cartera de atención biopsicosocial de las personas ⁽⁶⁾. Para el año 2008, el EFAM pasó a ser EMPAM (Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor), actual garantía GES, para mejorar calidad de vida y mantener la funcionalidad del usuario ⁽¹⁶⁾. Así, la relación entre DSS y adulto mayor es esencial para la promoción de su salud, motivo principal para elegir esta población y su funcionalidad para el estudio.

A ciencia cierta, los DSS no son un tema nuevo. La OMS (2007) los definen como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan, incluyendo también el sistema de salud ^(2,18). El término “social” adquiere gran importancia, pues estas condiciones afectan directamente a la población. Por esa razón, enfermería se torna una de las profesiones principales en los DSS, ya que, actuando de manera holística, abarca los principales componentes sociales que la componen. Betty Neuman, enfermera pionera en salud mental comunitaria, crea la “Teoría de Sistemas” como herramienta de enseñanza (modelo conceptual de enfermería desde 1976), que considera al individuo de forma global, según 3 áreas de influencia: psicológica, filosófica y biológica, valorando su interacción con el medio ^(19,20). La teoría habla de una interdependencia constante

usuario/entorno, o un ciclo continuo según el estímulo social que este reciba. La persona es afectada positiva y negativamente en su salud y desarrollo, considerando así fundamental al entorno para el resultado final: la salud óptima del individuo. Así, al sumar la teoría de los sistemas y Determinantes Sociales de la Salud, se comprende la relación del entorno, salud y desarrollo de las personas, valorando promoción y prevención antes que tratamiento⁽¹⁹⁾.

Desde la perspectiva de los sistemas, y valorando la migración de la población adulta joven hacia las ciudades más grandes por realización personal, se perjudica el desarrollo de la población en las comunas aledañas. Así, comparando Chillán, que posee una población adulta mayor del 11,3%; San Carlos tiene un mayor porcentaje de personas adultas mayores con un 13,1%, según CENSO 2002 (aún no se formaliza el de 2012), por lo que se presume que en la actualidad posee un mayor universo investigativo para los DSS en población senescente, y significa un avance para la investigación tanto del CESFAM Teresa Baldecchi, como para la provincia de Ñuble⁽²¹⁾.

1.1 FUNDAMENTACIÓN

Desde 1946, la Organización Mundial de la Salud investiga la forma de mejorar la salud y calidad de vida a nivel mundial. Así, se conocen las necesidades que presenta la población para poder alcanzar su bienestar físico y psicológico ⁽¹⁸⁾. La salud, definida de forma tradicional como ausencia de enfermedad, no fue satisfactoria. Por ello, la OMS en 1967, realiza una nueva definición del concepto de salud como el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente ausencia de enfermedades ⁽²²⁾”. Sin embargo, para definir salud, se debe poner especial énfasis en las características inherentes del individuo que la determinan para alcanzar su estado de “completo bienestar” conocido como salud.

Como respuesta a ello, se implanta como marco de referencia los “Determinantes Sociales de la Salud (DSS)” como circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan, incluyendo también el sistema de salud en donde están inmersos; circunstancias que no son igualitarias a nivel mundial, pues son resultado de la distribución del dinero y recursos destinados al país, y dependen del estado y las políticas en que se esté participando ⁽¹⁸⁾. Para la comprensión de dichos DSS, Ávila explica que se han desarrollado diferentes marcos conceptuales que derivan de los determinantes de la salud de Marc Lalonde (1974). Él desde su estudio reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente social en un sentido más amplio, junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud ⁽²³⁾. Sin embargo, Corvalán expone que el estudio de los DSS se focaliza en valorar las distintas perspectivas teóricas que tocan las desigualdades sociales e inequidades en salud, y las identifica para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) particularmente, para reconocer las causas de desigualdad planteada, como las condiciones económicas, sociales, de género, multiculturales y generacionales ⁽²⁴⁾.

En la última década, diversos estudios en nuestro país establecen el tema de los DSS como fundamental para tratar la mala distribución de los recursos y como herramienta para la promoción de salud ^(7,25), pues nuestro país, según los estudios de los OECD, tiene mala distribución de los ingresos, y políticas públicas insuficientes para subsanar el tema ⁽²⁶⁾.

Un buen indicador de desarrollo en aspectos de salud y crecimiento en los países, es la transición demográfica originada por la disminución de la mortalidad, el aumento de la expectativa de vida y disminución de la natalidad. Según la OMS, el número de personas con 60 o más años en todo el mundo se ha duplicado desde 1980, y se prevé que alcance los 2000 millones de aquí al 2050 ⁽¹²⁾.

Estableciendo relación entre determinantes sociales de la salud y la población senescente que aumenta cada día en nuestro país y a nivel mundial, se determina que a mejor manejo del tema de DSS, se puede asegurar una mejor calidad de vida, siempre y cuando exista una distribución equitativa. Esto se comprobó con un estudio realizado por el SENAMA, donde se refleja que: nivel de escolaridad bajo, personas pertenecientes a zona rural, ingreso económico bajo (primer quintil) y personas mayores adscritas al sistema público de salud en comparación con ISAPRES, adquieren mayor nivel de dependencia cuando son adultos mayores ⁽¹⁶⁾. Estos factores comprueban la estrecha relación de la dependencia en adultos mayores y los DSS. Aquí radica el fundamental uso de los determinantes sociales de la salud, involucrando la trascendencia de ellos asociados a la dependencia, y establecer la importancia de otro determinante en el adulto mayor: el ingreso económico, pues existe una estrecha relación en cómo la persona se desarrolla como tal a través de su vida con su nivel de ingresos económicos, accediendo a mejores servicios o no. Desde esta perspectiva, la mayor intervención del profesional de enfermería a futuro debe estar dirigida a los usuarios pertenecientes a ese rango etario y sus factores de riesgo, porque será uno de los porcentajes de población mayoritarios en Chile.

En Latinoamérica, el envejecimiento poblacional sigue la misma tendencia. En un estudio realizado por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), se afirma que el primer país con mayor índice de envejecimiento poblacional es Brasil; en segundo lugar Chile y en tercer lugar se encuentra Argentina ⁽¹³⁾. En Chile, según datos entregados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), la población de adultos mayores en el país hasta el año 2013

correspondía a 2,4 millones de personas con más de 60 años (cerca del 15% de la población). De este 15% de la población, el 57% son mujeres y el 43% hombres.

Se espera que para el 2050, los mayores de 60 años alcancen el 29% de la población ⁽¹³⁾. Por el alto nivel de personas adultas y disminución de la natalidad, la pirámide poblacional del país es de tipo regresiva. Dado esto, la expectativa a 20 años es que el rango de población de adultos mayores aumente, superando incluso a la población menor de 15 años ⁽²⁷⁾. A nivel local, ocurre de la misma manera en la región del Bío-Bío, pues posee una población de 314.013 personas mayores de 60 años, que según la información entregada por el CASEN de 2011, corresponden a un 15,6% del total de la población regional ⁽²⁸⁾. Específicamente, el índice de envejecimiento de la provincia de Ñuble es de un 41.4%, es decir, por cada 100 menores de 15 años existen 41 personas mayores ⁽²⁹⁾. De esta manera, las intervenciones realizadas por los servicios de salud influyen en la calidad de vida de los adultos mayores. Al generarse el envejecimiento de la población, cambia también la implementación de los niveles de promoción y prevención. Al aumentar la calidad de vida, se genera un cambio positivo en el estado de salud de los usuarios, de una manera en que interviene en todas las metas de la persona.

Así, la orientación del equipo de salud se debe basar en el cambio demográfico para aumentar la expectativa de vida de las personas ⁽³⁰⁾. En esta perspectiva, se desprende el enorme valor de intervenir en el estilo de vida de las personas. Al adoptar el papel de agentes de salud y valorar a la persona de forma holística, pesquisando a tiempo conductas de riesgo, estableciendo un plan de atención según sus necesidades, y dando herramientas que le hagan más factible adquirir un estilo de vida saludable, la promoción representa el campo de intervención más influyente a largo plazo si se actúa sobre él.

En ese sentido, de acuerdo al Estudio Nacional de Dependencia en las Personas Mayores (EDPM, SENAMA, 2009) entre el 21,4% y un 25,5% de la población adulta mayor presenta algún nivel de dependencia en sus actividades de la vida diaria (AVD) y 10,7% presenta dependencia severa; pero, sólo el 3,3% se encuentra postrado ⁽³¹⁾. Al intervenir en los DSS

mencionados anteriormente, se debe entregar la educación suficiente para evitar aumentar el nivel de dependencia y no tener la necesidad monetaria que exigen los cuidados médicos de mayor complejidad, lo que derive en institucionalización.

En esta misma línea, según la cantidad de ingresos de tipo monetario a los que pueda acceder una persona o familia, estará su nivel de acceso a servicios de mejor calidad. Visto de esta manera, acceder a una mejor atención en salud también equivaldría a costos mayores. Así, se establece que a menor nivel socioeconómico, mayor es la prevalencia en la población de tener algún grado de dependencia o limitación funcional en la persona adulta mayor ⁽³²⁾. El Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), promoviendo el envejecimiento saludable y equidad (de carácter gratuito), garantiza la cobertura total o parcial de un número de problemas de salud a los beneficiarios de FONASA e ISAPRES ⁽³³⁾. Basado en el programa de salud actual que apunta hacia la prevención, se influye también en los Determinantes Sociales de la Salud futuros como el ingreso económico y el estilo de vida.

Para el profesional de Enfermería, los DSS en la población adulta mayor es un tema de importancia para el futuro desarrollo profesional integral de los cuidados holísticos que se deben entregar. Sin embargo, al momento de realizar búsqueda de este tema en específico, la información a nivel nacional no es de gran cantidad; también, los estudios de cohortes que permiten analizar el proceso de la dependencia en la adultez avanzada son muy escasos en América Latina ⁽¹⁶⁾.

En consecuencia, el objetivo principal de la presente investigación es analizar cómo afectan los determinantes sociales de la salud en los distintos niveles de dependencia, diferenciando la perspectiva de grupos de adultos mayores dependientes e independientes, debido a que a nivel provincial no existe literatura que exponga con exactitud y de forma concreta cómo afectan los determinantes sociales de la salud a la población geriátrica.

1.2 IMPORTANCIA PARA LA PROFESIÓN

Los “Determinantes Sociales de la Salud” según Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004, se definen como las condiciones sociales en que vive una persona que influyen de sobremanera en sus posibilidades de estar sana. En efecto, circunstancias como la pobreza, la inseguridad alimentaria, la exclusión y la discriminación social, la mala calidad de la vivienda, las condiciones de falta de higiene en los primeros años de vida y la escasa calificación laboral constituyen factores determinantes de buena parte de las desigualdades que existen entre países y dentro de ellos por lo que respecta al estado de salud, las enfermedades y la mortalidad de sus habitantes. Para mejorar la salud de las poblaciones más vulnerables del mundo y fomentar la equidad sanitaria se precisan nuevas estrategias de acción que tengan en cuenta esos factores sociales que influyen en la salud⁽³⁴⁾.

Esta definición sobre los Determinantes Sociales de la Salud muestra la importancia que tienen los equipos sanitarios en los factores externos que influyen en el desarrollo de la vida, preocupándose de la calidad de la atención en salud otorgada a la persona, las patologías que presenta el usuario y los estilos de vida, sin embargo los DSS tienen otros conceptos, como el ambiente, en dónde la preocupación y soluciones debe venir desde los poderes gubernamentales para la población⁽⁶⁾.

Es por esto la relevancia de los Determinantes Sociales de la Salud en la enfermería, ya que es una profesión que mantiene un cercano contacto con la población que recibe su atención de salud en los Centros Sanitarios, donde el enfermero se encarga de llevar a cabo la promoción, prevención y recuperación de la salud, en las distintas etapas de la vida de la persona⁽⁶⁾.

Una de las metas más importantes para el país es lograr que el sistema sanitario se enfoque en los Determinantes Sociales de la Salud y que con esta dirección la población alcance altos niveles de calidad de vida, que las personas sean sanas y que mantengan estilos de vida acorde con los países desarrollados, es más, que sus proyecciones de salud

sean las adecuadas para mantener una esperanza de vida mayor o igual al promedio mundial. ⁽²⁵⁾

Como profesionales de la Salud, se deben conocer los Determinantes Sociales de la Salud y actuar eficazmente para poder evitar las diferencias prevenibles durante el desarrollo de la vida de las personas. ⁽⁶⁾

Frenz, mantuvo dentro de sus estudios que los malos indicadores de salud, revelan una sociedad injusta. ⁽⁶⁾ Críticamente esta autora tiene un fundamento, ya que Chile está calificado dentro de la OECD como uno de los países con mayor diferencia política, económica y pública. ⁽²⁶⁾

Los Determinantes Sociales de la Salud son aquellas características sociales en que la vida se desarrolla, y en los que se deben intervenir para evitar las desigualdades en salud y trabajar en equipo y así para poder abarcar el modelo biopsicosocial para poder aumentar la calidad de vida de los habitantes del país ⁽⁶⁾.

Es por esto la importancia de conocer los Determinantes Sociales de la Salud en la profesión, para poder intervenir de manera preventiva, con un equipo multidisciplinario y promocionar la salud en las personas que tengan características más vulnerables e identificar cuáles son los que se mantienen con mayor frecuencia en los adultos mayores que no han recibido ninguna o tardíamente alguna de las intervenciones propuestas por el Gobierno para poder alcanzar niveles de vida óptimos y dignos para cada comunidad y así poder dar a conocer el estudio, para otorgarles a la población una calidad de atención y de salud cada vez mejor, evitando los niveles de dependencia extremos, que no solo afectan a la persona que lo padece, sino que también afecta a la familia y entorno que rodea a la persona ⁽⁶⁾.

1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud con niveles de dependencia de los adultos mayores pertenecientes al CESFAM Teresa Baldecchi de la ciudad de San Carlos?

1.4 PROBLEMATIZACIÓN

1. ¿Cuáles son los Determinantes Sociales de la Salud en relación a sus antecedentes sociodemográficos, tales como: edad, sexo, estado civil de los participantes del estudio?

2. ¿Cuál es el nivel de dependencia de los participantes del estudio?

3. ¿Cuáles son los Determinantes Sociales de la Salud en relación a sus características socioeconómicas, tales como: nivel de escolaridad, situación de vivienda, empleo y entorno?

4. ¿Cuáles son los Determinantes Sociales de la Salud en relación a sus antecedentes de salud y características sanitarias, tales como: patologías crónicas y de salud mental, categorización de FONASA y percepción de la atención otorgada por el centro de salud al que pertenecen los participantes del estudio?

5. ¿Cómo son los Determinantes Sociales de la Salud en relación a sus estilos de vida, tales como: actividad física, hábito tabáquico y hábito alcohólico de los participantes del estudio?

6. ¿Existe asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud en relación a sus características sociodemográficas y los niveles de dependencia de los participantes del estudio?

7. ¿Existe asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud en relación a sus características socioeconómicas y los niveles de dependencia de los participantes del estudio?

8. ¿Existe asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud en relación a sus antecedentes de salud y características sanitarias con el nivel de dependencia de los sujetos del estudio?

9. ¿Existe asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud en relación a sus estilos de vida y el nivel de dependencia de los participantes del estudio?

1.5 MARCO TEORICO

El concepto de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) surge con fuerza desde hace 2 décadas, cuando se reconoce la limitación de las intervenciones dirigidas a los riesgos de enfermar ⁽³⁵⁾. En 1848, Rudolph Virchow, médico alemán, antropólogo forense, biólogo y político, conocido por su promoción de la salud pública, apodado como “el padre de la patología moderna” y considerado uno de los fundadores de la medicina social, investigó una grave epidemia de tifus exantémico en el alta Silesia V., y redactó un informe criticando las condiciones sociales que fomentaron la propagación de la enfermedad ⁽³⁾. De esta manera, establecía “Determinantes Sociales de la Salud” que provocaban la propagación de la enfermedad, reportando así que las condiciones críticas de salubridad a nivel social eran el factor principal que permitía el contagio. Por esa razón, Virchow es considerado un defensor de la salud pública. Sus escritos y enseñanzas están llenos de observaciones y recomendaciones sobre cómo fortalecer la salud de las personas a través de la mejora de sus condiciones económicas y sociales ⁽³⁾, y relacionó circunstancias similares a una epidemia de cólera y un brote de tuberculosis en Berlín, en 1849.

Siguiendo en esta perspectiva, Virchow rechaza la teoría humoral que predominaba en esa época y establece que son factores sociales externos modificables los que fomentan la transmisión de las enfermedades. Además, precisa un sinnúmero de medidas para optimizar las condiciones socioeconómicas de la gente y, de esta manera, mejorar la salud desde la posición del individuo y su entorno. Sus trabajos siguen las mismas percepciones que varios de los pioneros de la salud pública moderna y sintonizan totalmente con los postulados de los “nuevos” paradigmas sobre los DSS y sus desigualdades, las cuales se pueden observar en estudios realizados posteriormente a lo de Virchow ^(4,36).

Manteniendo el énfasis en el entorno, las condiciones socioeconómicas y vivienda de las personas, el contar con una residencia adecuada es uno de los aspectos más importantes en la vida de una persona. La vivienda es esencial para cubrir las necesidades básicas, además de otorgar protección, privacidad y un espacio personal.

Es por esa razón que las condiciones sociales más destacadas por Rudolph Virchow correspondían a la estructura de clases. Por ejemplo, se percató que las tasas de morbilidad y mortalidad, especialmente la mortalidad infantil, eran más elevadas en ciudades donde vivían obreros, que en una sociedad con mayores ingresos y desarrollo. Durante sus investigaciones, Virchow demuestra preocupación sobre los factores ambientales inherentes al individuo y que están directamente relacionados al impacto sobre la salud de la población, describiendo las inadecuadas condiciones de vivienda, nutrición y vestido, mencionando que existe poco interés por parte de los funcionarios gubernamentales al ignorar las causas que producen la enfermedad^(4,36)

Basados en estos aportes, se ha ido formando el concepto de los “determinantes sociales de la salud”, entendiéndose como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan directamente en su salud. Se ha expresado como “las características sociales en que la vida se desarrolla”, de manera que los determinantes sociales de la salud se evidencian no sólo relacionados al contexto social, sino también como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales y propias del individuo se convierten en consecuencias para la salud. Los determinantes sociales de la salud son objetos de políticas públicas, los cuales pueden ser sujetos a cambios mediante intervenciones efectivas⁽³⁵⁾.

Es por esta razón que el continuo actuar sobre los determinantes sociales de la salud ha llevado al desarrollo de marcos conceptuales para facilitar comprender los procesos sociales que influyen sobre la salud. Esto demuestra el enfoque que tienen dichos determinantes sobre la salud pública, la cual persigue la equidad en el sistema de salud⁽³⁵⁾.

Según Marques, Marc Lalonde (1974) Ministro de Salud de Canadá, basándose en el modelo postulado por Hubert Laframboise, identificó y estableció en un informe el término “Determinantes Sociales de la Salud”, siendo elementos claves que afectan directamente en la salud de las personas, planteando que la salud es más que un sistema

de atención. Dentro de ellos consideraba 4 “Campos de la Salud”, como componentes mayores: “Biología Humana, Estilos de Vida, Medio Ambiente y Sistema Sanitario”. Como consecuencia de este informe se iniciaron diferentes estudios de investigación (1974) sobre los factores determinantes de salud que demuestran, de manera más objetiva, que su modificación tiene estricta relación con la disminución de problemas en salud y, por consiguiente, en el gasto en la atención pública⁽³⁷⁾.

Los avances en la promoción de la salud considerando al individuo y su entorno continuaron. El 12 de septiembre de 1978, en Alma-Ata (capital de Kazakhsan), representantes de 134 naciones acordaron en una solemne declaración, en la que se suscitó a todos los gobiernos, a los agentes de salud y a la comunidad mundial, proteger y promover la salud de todas las personas del mundo. Estas declaraciones son⁽⁹⁾:

- I) La Conferencia reitera firmemente que salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades.
- II) Existe una grave desigualdad en el estado de salud de la población mundial.
- III) El desarrollo socioeconómico Internacional es importante para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir las diferencias.
- IV) El pueblo tiene el derecho y el deber en la atención a su salud.
- V) Los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de su pueblo
- VI) Atención primaria de salud, basada en métodos y tecnologías prácticos.
- VII) La atención primaria de salud: 1. Refleja las condiciones económicas 2. Se dirige a los principales problemas de salud de la comunidad 3. Incluye, educación, promoción, prevención y tratamiento 4. Implica a todos los sectores 5. Requiere individuo y de la comunidad 6. Apoyarse por interconsultas 7. Se basa en el plano local y el de referencia.
- VIII) Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción
- IX) Cooperación mundial, con solidaridad, para garantizar salud para todos.
- X) Alcanzar un nivel aceptable de salud para el año 2000 optimizando recursos.

Estos factores determinaban en gran parte la salud de la población, por tal motivo se comenzó a dar una mayor importancia en la promoción de salud, tanto así que en la Carta de Ottawa, firmada en el año 1986 en la cual se realizó la primera conferencia internacional y se debatió acerca de las acciones que se han de realizar para alcanzar la salud para todos en el año 2000 en adelante ⁽¹⁵⁾. Esta conferencia fue importante para poder entregar una respuesta a la creciente demanda de un nuevo movimiento para la salud pública en todo el mundo, ya que los grandes debates se centraron en los países industrializados, además de problemas similares en regiones. En concreto, la Educación para la Salud y la Promoción de la Salud han demostrado ser herramientas fundamentales para modificar los estilos de vida de las personas y el medio ambiente hacia un equilibrio saludable ⁽³⁷⁾.

Mientras tanto en Chile, el año 2000 se instauró la Reforma de Salud, con el propósito de mejorar el sistema de salud. Según Ferrer, entre sus principales objetivos, se incluyó dar prioridad a una política sanitaria con énfasis en la prevención e intervención en la población; disminuir la inequidad entre sectores más vulnerables y más acomodados, como también en el sector rural y urbano; y ofrecer una atención de calidad y oportuna. Lo más relevante que se mostró dentro de esta reforma fue la implantación de “Garantías Explícitas en Salud” (2005) la cual hacía referencia a el acceso, calidad, oportunidad y protección financiera para un conjunto de prestaciones médicas de ciertas patologías, las cuales presenten un alto impacto social en la población. Para esto, se implementaron sistemas de salud que facilitan el acceso a la atención ⁽³⁸⁾.

Estos sistemas en salud están divididos en dos sectores, el público y privado. El sector público está conformado por todos los organismos que constituyen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS): el ministerio de salud y sus organismo dependientes, el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimiento, Superintendencia de Salud y por último el Fondo Nacional de Salud (FONASA) el cual se encarga de otorgar cobertura de atención, tanto a las personas que cotizan el 7% de sus ingresos mensuales en FONASA,

como a aquellas que, por carecer de recursos propios, financia el estado a través de un aporte fiscal directo ⁽³⁹⁾. Los tramos que presenta se dividen en: FONASA A, B, C y D en donde FONASA A abarca a aquellas personas indigentes o carentes de recursos (porcentaje copago 0%), la B, ingreso imponible menor o igual a \$225.000, la C, ingreso imponible mayor a \$225.000 y menor a \$328.500, y la D a personas en donde su índice imponible mensual es mayor a \$328.501 (porcentaje de copago 20 %) ⁽⁴⁰⁾. Además, junto con esta clasificación, se encuentran otras prestaciones de servicios en donde los usuarios pueden acceder, los cuales presentan un conjunto de beneficios garantizados por la ley N°18.469 para aquellas personas afiliadas a FONASA e ISAPRE. En cuanto al programa AUGE, también conocido como Garantías Explícitas en Salud (GES), el cual se define como un programa que integra 80 patologías a las que los usuarios pueden consultar y realizar el tratamiento correspondiente. Las enfermedades con mayor incidencia en la población senescente en Chile son las ECNT, como Hipertensión Arterial, Dislipidemias y Diabetes Mellitus ⁽⁴¹⁾. Estas patologías se encuentran totalmente asociadas a los estilos de vida de las personas, en cómo sus hábitos benefician o perjudican el completo bienestar durante el tiempo de vida que hayan cursado. Cabe mencionar que la alimentación, la actividad física, los vicios, son una parte crucial en los estilos de vida y en como ellos influenciarán en la salud de las personas y a lo largo de sus vidas ⁽⁴²⁾.

Es así como, según información de la OMS, la mala salud de los pobres, el gradiente social y las desigualdades sanitarias entre los países, nivel mundial y nacional, están provocadas por una distribución desigual del poder, los ingresos, bienes y servicios y, por las consiguiente, injusticias que afectan en las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. En relación a esta desigualdad, se explica que no es de ninguna manera un fenómeno “natural” si no que más bien, algo social que se comparte dentro de la misma comunidad en la que se encuentra inmersa el individuo ⁽⁴³⁾. De esta manera, el estudio de

los determinantes sociales de la salud cobra vital importancia para evaluar la situación actual y a futuro la salud de la población, puesto que darán indicios claves para iniciar planes de abordaje y mejorar las condiciones de salubridad de las personas.

Es por esto que, aún dentro de las investigaciones, se mantiene una brecha importante en relación a las diferencias en las condiciones de salud que poseen los distintos niveles económicos dentro las poblaciones, de manera que es común encontrar una menor cantidad de necesidades satisfechas y una mayor necesidad de asistencia sanitaria, en los estratos sociales más bajos que en una población con mayores niveles socioeconómicos.

Es por esta razón que las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y las condiciones sociales quedan representadas en un nuevo modelo, el cual es elaborado por Dahlgren y Whitehead, y adoptado por Acheson, el llamado “Modelo Socioeconómico de Salud (1991) según Borrell ⁽⁴⁴⁾.

Modelo Socioeconómico de Salud.



¹Este modelo presenta a los principales determinantes de la salud como capas de influencia. En primera instancia se encuentra el individuo, edad, sexo y los factores constitucionales que afectan a su salud pero que no pueden ser modificados por el equipo

¹ Fuente: Modelo Socioeconómico de capas de Dahlgren y Whitehead basado en lo planteado por Evans. ⁽⁴⁵⁾

de salud. Luego le siguen los determinantes posibles de modificar, comenzando por los estilos de vida individuales ⁽²⁵⁾.

Los individuos y sus conductas son influenciados por su comunidad y las redes sociales, las que pueden ayudar o mantener la salud del individuo. Los determinantes considerados más amplios o profundos, en cuanto a su influencia, tienen que ver con las condiciones de vida y trabajo, alimentos y acceso a servicios básicos, además de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, representadas en la capa más externa ⁽⁴⁶⁾. Sin embargo, basado en el mismo estudio (1991), en cuanto a los estilos de vida, hoy se debate que son producto de los condicionantes sociales y de la propaganda comercial.

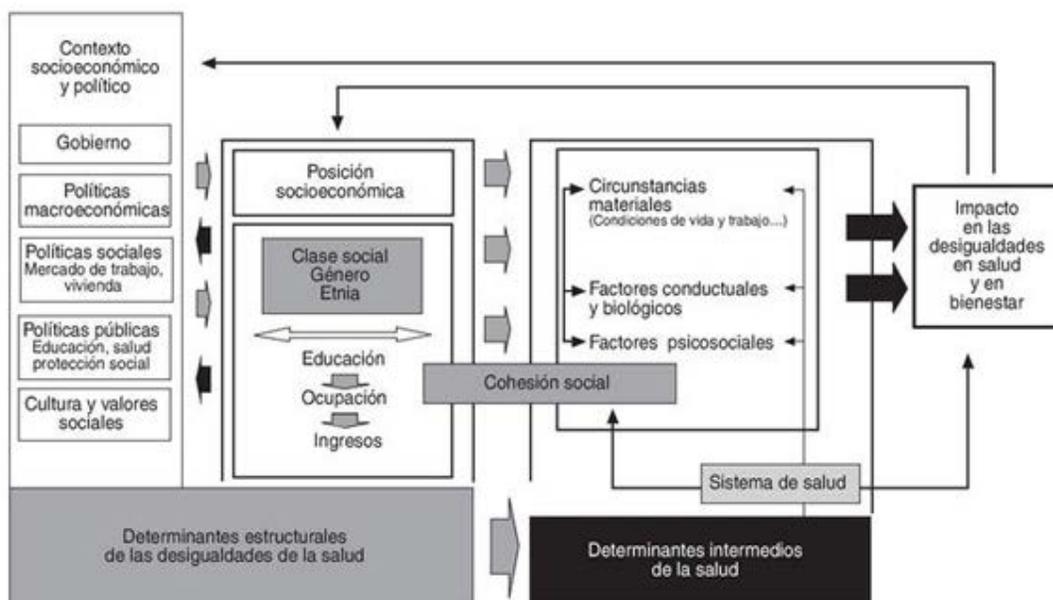
Es por esta razón que darle información a la población sobre los riesgos de estilos de vida poco saludables, como por ejemplo el tabaquismo, no son suficientes para hacerles cambiar. Se requiere crear políticas de salud que se puedan ejercer con responsabilidad y compromiso para favorecer el autocuidado de las personas ^(44,46).

Desde la perspectiva socioeconómica y estilos de vida, la enfermería es fundamental para el desarrollo humano y la mantención de salud, puesto que al ser agentes de cuidado y lograr educar a la población, se evita la enfermedad. Aquí radica la importancia de valorar los determinantes sociales de la salud como factor concluyente de la vida del ser humano.

Por esta razón, al establecer la relación entre los antecedentes socioeconómicos y el estilo de vida, no se puede pasar por alto hablar sobre el concepto de "igualdad" el cual se define como la ausencia de diferencias injustas en salud, entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Por el contrario, la desigualdad social en salud se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que se plasma en una peor salud en las personas socialmente menos favorecidas. Distintos estudios indican que las desigualdades en salud son considerables y causa en muchos casos un exceso de morbilidad y mortalidad, superiores a los factores de riesgo de enfermedades conocidas. Además, en los ámbitos donde se ha estudiado, estas

desigualdades van en aumento, ya que la salud mejora más rápidamente en las clases sociales más altas ⁽⁴⁴⁾.

Las diferencias de acceso económico y/o de atención en salud van de la mano con los determinantes sociales, pues influyen de forma negativa tanto en las persona como en la comunidad. Es por esa razón que se han creado estudios para mejorar las condiciones de desigualdad a nivel local en diversos países. Desde estos planes de mejora se desprenden los modelos conceptuales de los determinantes sociales de la salud, los cuales intenta disminuir las desigualdades en salud, y que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) pertenecen a:



²1. Contexto socioeconómico y político: Factores estructurales del sistema social que afectan de forma importante a esa estructura. Se incluyen los siguientes aspectos: a) gobierno, b) políticas macroeconómicas, c) políticas sociales, d) otras políticas públicas, y e) valores sociales y culturales. Se dispone de pocos estudios que relacionen el contexto

² Fuente: Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud para la disminución de las desigualdades según Borrell ⁽⁴⁴⁾.

político con la salud y las desigualdades en salud de la población para establecer una comparativa.

2. Posición socioeconómica: Se incluyen determinantes estructurales de las desigualdades en salud, como los distintos ejes de desigualdad de la estructura social, de la clase social, la posición socioeconómica, el género y la etnia o la raza. Estos ejes determinan las esperanzas y/o oportunidades de tener una buena salud y están relacionados con el concepto de discriminación o de las relaciones de clase, género o raza injustas basadas en malas prácticas sea por clasismo, sexismo o racismo.

3. Los determinantes intermedios o factores intermediarios: La estructura social determina desigualdades en los factores intermediarios, los cuales, a su vez, determinan las desigualdades en salud. Estos factores son: *a)* las circunstancias materiales, *b)* las circunstancias psicosociales, *c)* los factores conductuales y biológicos, y *d)* el sistema de salud ⁽⁴⁴⁾. Lo fundamental para disminuir las desigualdades, es realizar estudios a nivel nacional y aplicar modelos para mejorar el acceso a salud de la totalidad de la población, en especial los adultos mayores al ser una población en ascenso.

Basándose entonces en lo expuesto anteriormente, y comparando con la situación nacional; la vivienda consume una gran proporción del presupuesto familiar, y representan el gasto individual más grande para muchas personas y familias al sumar arriendo, gas, energía eléctrica, agua, menaje de casa o reparaciones. En Canadá, las familias gastan en promedio el 22% de su ingreso bruto ajustado disponible en mantener su vivienda (más que el promedio general), mientras que en Chile el gasto es del 19%, que implica una menor preocupación de la población local por su vivienda, y un menor gasto en ella. Además, en Canadá un hogar promedio tiene 2.5 habitaciones por persona (mayor al promedio de la OCDE de 1.6 habitaciones), mientras que en Chile la cantidad es de 1,3 por persona, lo que demuestra una condición más cercana al hacinamiento y por ende no sólo menor satisfacción, sino también un impacto negativo en la salud física y psicológica de las personas, además de restringir el suministro por persona a servicios como el agua

potable y alcantarillado. En términos de servicios básicos, el 99.8% de las personas en Canadá habitan viviendas con acceso privado en sus hogares, mientras que en Chile la cifra es 90,64% del total de la población ⁽⁴⁷⁾.

La situación de calidad del medio ambiente no es diferente, pues el lugar en que vivimos tiene un efecto directo en nuestra salud y bienestar. La falta de una cultura ambientalista o de cuidado, sumado al bajo control de emisión de contaminantes por las industrias e individuos, produce efectos agravantes en el aire propicio para la salud. En Canadá, la concentración promedio de partículas en el aire (llamado PM10) llega a un nivel de 14.5 microgramos por metro cúbico, a diferencia de Chile que se eleva con 46,2 microgramos (uno de los niveles más altos según las estadísticas de la OCDE), mucho mayor al promedio de la OCDE de 20.9 microgramos por metro cúbico y más aún que el límite anual recomendado por la OMS de 20 microgramos por metro cúbico ^(26,47).

Pese a lo anteriormente señalado, no solamente la vivienda y el ambiente se ven afectados para la población con menos recursos. En el ámbito de la salud, al mejorar las condiciones de vida, las intervenciones de salud pública y los avances en la atención médica, progresa también la esperanza de vida. La esperanza de vida al nacer en Canadá es de 81 años (por encima del promedio general de 80 años), a diferencia de Chile, en el cual la esperanza de vida es de 78,3 años. No obstante, esta diferencia se ve reflejada en el gasto total en salud, pues Canadá representó el 11.2% del PIB, a diferencia de la situación nacional que representa sólo el 7,5% del Producto Interno Bruto. Canadá ha puesto sus esfuerzos en aumentar el gasto en salud para mejorar el servicio entregado a su población. Por esa razón, en la calificación subjetiva de estado de salud, el 88% de los habitantes de Canadá contestaron que era buena, mientras que en Chile sólo el 59% respondió lo mismo ⁽⁴⁷⁾. Aquí se valora también la percepción de seguridad en salud de las personas, cómo afecta la atención que reciben en salud, desde la promoción hasta la restauración, y el acceso que tienen a ella. Por ello, es fundamental la implementación de

planes de mejora a nivel nacional en las reformas de salud, para aumentar el gasto en salud, para entregar un servicio oportuno y de calidad para la población.

Así, al comparar también variables como el ingreso económico, la educación, seguridad percibida. También se valora una inferioridad en el desarrollo de Chile que se asocia al instante con la gran desigualdad social y la falta de distribución de recursos más equitativa en ministerios más importantes como lo son la salud, la educación y los ingresos económicos de la población ⁽²⁶⁾. Chile aún mantiene una amplia brecha de ingresos económicos, pues la población situada en el 20% superior de la escala de ingresos obtiene 13 veces lo que percibe la población que ocupa el 20% inferior ⁽²⁶⁾. La situación nacional actual, a pesar de mejorar con el tiempo, aún se mantiene bajo los estándares promedio del mundo, lo que promueve a la realización de reformas en pro de la mejoría principalmente en el acceso y calidad de la salud, y la educación para el crecimiento del resto de las variables.

Por esa razón, a nivel ministerial se debe apoyar los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud según Borrell, los que tienen su importancia radical en combatir las desigualdades tanto en salud como en la vida cotidiana. Es por esto que se han construido políticas para combatir las desigualdades sociales en salud, los cuales se basan en el modelo de Whitehead y Dahlgren quienes proponen 10 principios para poner en marcha la disminución de las desigualdades sociales en salud. Estos son:

1. Las políticas deben mejorar los niveles de salud de la población.
2. Se deben utilizar distintos acercamientos para disminuir las desigualdades en salud.
3. Las intervenciones poblacionales para mejorar la salud también deben enfocarse en la disminución de las desigualdades entre los distintos grupos sociales.
4. Las acciones deben contener a los determinantes sociales de las desigualdades en salud y no sólo a los determinantes de la salud, ya que pueden no ser los mismos.
5. Deben informarse y registrarse los efectos adversos de las intervenciones realizadas.

6. Es necesario tener los instrumentos para evaluar la extensión de las desigualdades en salud y las intervenciones puestas en marcha.
7. Se debe promover y facilitar la participación de la población más vulnerable.
8. Las desigualdades en salud se deben describir de forma separada para hombres y mujeres, ya que sus determinantes pueden modificarse según el sexo.
9. Se deben mencionar las diferencias en salud según la etnia o el área geográfica teniendo en cuenta la situación socioeconómica.
10. Los sistemas de salud se deben basar en principios de equidad, proporcionando atención a la población, independientemente de su capacidad económica.

En este sentido, la importancia en las desigualdades sociales es realizar un cambio circunstancial en la visión del modelo de salud, en donde se requiere pasar del paradigma biomédico centrado en los problemas de salud, a otro basado en los determinantes sociales de la salud, que requiere un alto compromiso político que implica a todas las áreas del gobierno y a la participación de la ciudadanía ⁽⁴⁴⁾. De esta forma, el enfoque debe estar dirigido a fomentar las buenas prácticas de salud y la atención equitativa, para que determinantes de la salud como estilos de vida e ingresos económicos sean una herramienta para la promoción y en pos de la mantención del bienestar biopsicosocial de la persona, en vez de afectarle en su vida. Pero para que se cumplan estas acciones, debe existir un ente regulador que se preocupe de verificarlo, por lo que en marzo de 2005 se creó la “Comisión en Determinantes Sociales de la Salud”.

La Comisión se creó con el fin de apoyar a los países vulnerables en salud para hacer frente a los factores sociales que llevan a las desigualdades en salud y la mala salud. La Comisión quiere llamar la atención de los gobiernos y de la sociedad a los determinantes sociales de la salud y en la creación de mejores condiciones sociales para la salud, especialmente entre las personas más vulnerables y países ⁽⁴⁸⁾.

Esta comisión está formada por destacados formuladores de políticas y gerentes, científicos, grupos expertos y miembros de la sociedad civil, designados por el Director General de la OMS. Los miembros de la Comisión se reunirán tres o cuatro veces al año, la mayoría de éstas en países en desarrollo para conversar y debatir acerca de los asuntos que más competen a nivel mundial ⁽⁴⁹⁾.

Los principales productos de la comisión son establecer redes integradas por destacados científicos, líderes sociales y expertos que recolectarán conocimientos sobre actividades y políticas efectivas para enfrentar los determinantes sociales de la salud, enfatizando contextos socio-políticos de bajos ingresos.

Las redes expertas comprenderán diversos temas: condiciones de vida en el desarrollo oportuno del niño, sistemas de salud como determinante social, condiciones de trabajo y empleo, efectos sobre la salud de algunos procesos de globalización, diseño y organización de programas de control de enfermedades prioritarias de salud pública, condiciones extremas de vivienda, exclusión social y metodologías necesarias a utilizar para la evaluación de las intervenciones y políticas sobre los determinantes sociales en salud. En este punto comienza el trabajo de la comisión, en cómo fortalecer el ámbito social en los países más vulnerables y en cómo actuar frente a problemas de escala mundial y de cierta manera ayudar a fomentar el desarrollo de estos países ⁽⁴⁹⁾.

Sin duda la creación de la comisión de los determinantes sociales de la salud ha marcado un hito en la población mundial ayudando a los países más vulnerables, a verificar la existencia de una mayor equidad y poder mejorar de forma progresiva los determinantes que afectan a estas grandes poblaciones.

Sin embargo como ya se describió sobre las inequidades en salud, la creación de una comisión de los determinantes sociales de la salud , no se debe olvidar a las grandes teoristas que relacionaron las inequidades de las personas, la falta de recursos y que basaron sus experiencias con las poblaciones y personas, por lo cual, nace presentar a la teorista Betty Neuman con su teoría de sistemas donde refleja la naturaleza de los

organismos como sistemas abiertos (von Bertalanffy, 1968) en interacción entre ellos y el entorno (Neuman, 1982). Dentro de este modelo, Neuman sintetiza el conocimiento a partir de varias disciplinas e incorpora sus propias creencias filosóficas y su experiencia enfermera, especialmente en el campo de la salud mental ⁽¹⁹⁾.

El modelo aprovecha elementos de la teoría de Gestalt (Perls, 1973), que describe la homeostasis como un proceso a partir del cual un organismo mantiene el equilibrio y, en consecuencia, la salud, cuando las condiciones varían. Neuman describe el ajuste como el proceso que permite al organismo satisfacer sus necesidades. Dado que existen muchas necesidades y cada una de ellas puede provocar la pérdida del equilibrio o de la estabilidad en el paciente, el proceso de ajuste es dinámico y continuo ⁽¹⁹⁾.

El modelo también se basa en las opiniones filosóficas de Chardin y Marx (Neuman, 1982). La filosofía de Marx señala que las propiedades de las partes dependen, en cierta medida, de los conjuntos más grandes en los sistemas dinámicamente organizados. Con esta idea, Neuman (1982) confirmó que los patrones del conjunto influyen en el conocimiento de la parte, lo que se corresponde con la filosofía de la totalidad de la vida de Chardin ⁽¹⁹⁾.

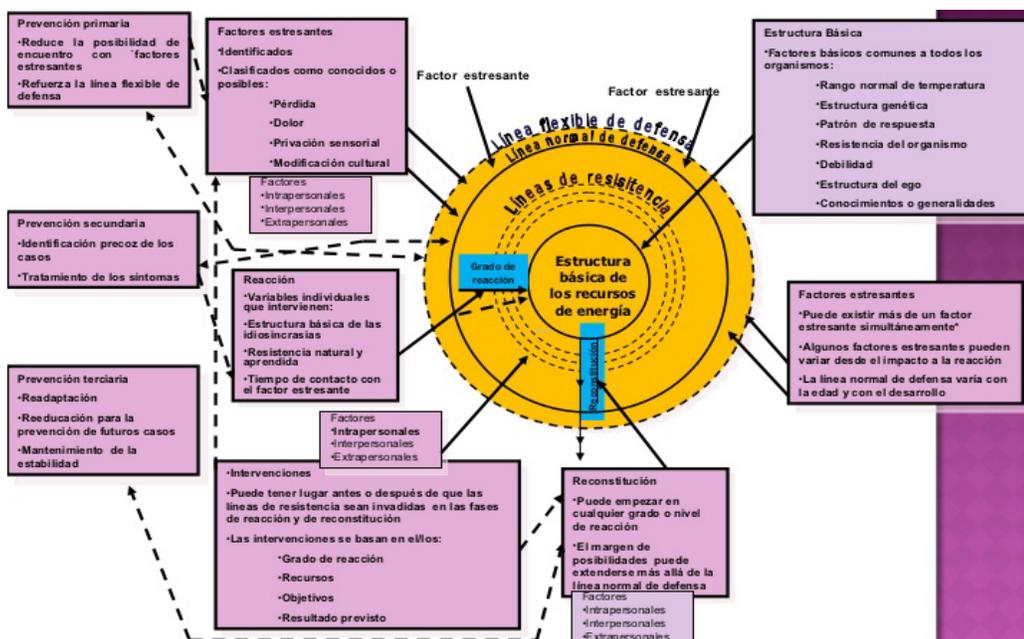
Además se utilizó la definición de *estrés* de Seyle (1974), que consiste en la respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda que se le haga. Esta demanda requiere la adaptación al problema, independientemente de la naturaleza del mismo. Por tanto, la esencia del estrés es la demanda no específica de la actividad ⁽¹⁹⁾.

Esta teoría adapta en la enfermería el concepto de niveles de prevención del modelo conceptual de Caplan (1964) y relaciona estos niveles de prevención con la enfermería. La prevención primaria actúa protegiendo al organismo antes del contacto con un elemento estresante peligroso. Las prevenciones secundaria y terciaria son posteriores a la aparición del elemento estresante. La prevención secundaria intenta reducir el efecto estresante a través del diagnóstico precoz y de un tratamiento eficaz de los síntomas de la enfermedad. Neuman lo describe como el fortalecimiento de las líneas internas de

resistencia. La prevención terciaria intenta reducir los efectos residuales del elemento estresante y devolver al cliente el bienestar después del tratamiento ⁽¹⁹⁾.

Betty Neuman (2001) describe el modelo de sistemas como el interés de la enfermería en las personas sanas y enfermas como sistemas holísticos y en las influencias ambientales sobre la salud. Se subrayan las percepciones de los clientes y de las enfermeras respecto a los elementos estresantes y a los recursos, y los clientes actúan conjuntamente con las enfermeras para establecer objetivos e identificar intervenciones de prevención relevantes. El individuo, la familia u otro grupo, la comunidad o un problema social son sistemas cliente considerado compuesto de variables fisiológicas, psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales que interactúan ⁽¹⁹⁾.

³ Los conceptos principales identificados en el modelo son: visión integral, sistema abierto (incluyendo función, entrada y salida, retroalimentación, negentropía y estabilidad), entorno (incluido el entorno creado), sistema cliente (incluyendo las cinco variables, estructura básica, líneas de resistencia, línea normal de defensa y línea flexible de



³ Modelo de Sistemas de Neuman (Copyright original 1970 por Betty Neuman. Utilizado con autorización ⁽¹⁹⁾).

defensa), salud (de bienestar a enfermedad), elementos estresantes, grado de reacción, prevención como intervención (tres niveles) y reconstrucción ⁽¹⁹⁾.

Valorando las teorías propuestas para establecer el marco teórico, es de vital importancia estimar la percepción de salud propia del usuario, el proceso de envejecimiento y los cambios que conlleva.

En Chile la población adulta mayor se encuentra en una etapa acelerada, donde las personas comienzan a tener menos hijos y los adultos mayores permanecen más en tiempo. El segmento que más crece y que proyecta crecer a futuro es el de 75 años o más, esto trae consigo mensajes de urgencia para las políticas públicas respecto de la atención a la dependencia y el fomento de la autonomía ⁽³²⁾.

El progresivo deterioro biológico y consecuente aumento de problemas de salud asociados al envejecimiento, son el resultado de la interacción de factores biomédicos y contextuales, los que incluyen estilos de vida, hábitos de alimentación, actividad física y presencia de enfermedades, entre otros. Este deterioro puede manifestarse de diversas formas y en general se asocia con una baja en las capacidades funcionales y la autonomía de las personas mayores ⁽³²⁾.

Los niveles básicos de funcionalidad son las acciones que una persona realiza en forma cotidiana. La capacidad para realizar estas acciones permite mantener su independencia y permanecer en la comunidad, integrada a su entorno. El deterioro funcional es un indicador pronóstico de discapacidad y dependencia, por lo que su evaluación adquiere especial relevancia. Los instrumentos más usados para estudiar la funcionalidad en el adulto mayor son conjuntos cuantificables de actividades, de diferente nivel de complejidad, que miden las actividades de la vida diaria (AVD) ⁽³²⁾.

Basándose en lo mencionado anteriormente, se puede concluir que estas diferencias también determinan el cómo se verá afectada la salud del usuario en el mediano y largo plazo. Aquí radica la importancia de promover una asistencia de salud equitativa y oportuna, para crear conductas de promoción de salud que se interioricen en la persona y

se hagan un hábito inconsciente, cambiando la cultura social e implantando una costumbre propia de beneficio para la salud de ellos mismos⁽¹⁹⁾.

1.6 MARCO EMPÍRICO

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. ⁽²⁴⁾

Estos determinantes explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, es por esto que se indagaron estudios tanto nacionales como internacionales para mantener una línea de investigación con bases científicas en el estudio propuesto.

Vidal-Gutiérrez D, Chamblas-García I, Zavala- Gutiérrez M, Müller Gilchrist, Rodríguez-Torres R, M.C., Chávez-Montecino A. (Concepción, Chile 2011) ⁽²⁵⁾, titulado: “Determinantes Sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile”. Estudio de tipo descriptivo, correlacional. El propósito del estudio fue determinar la relación entre estilo de vida promotor de salud y variables psicosociales, demográficas y de salud, en las comunas de Coronel y Concepción, en una población de 441 adultos entre 20 y 65 años. El instrumento utilizado fue la Escala Health-Promoting Lifestyle Profile II. Dentro de sus resultados se encontró que, al relacionar el estilo de vida promotor de salud con la edad de las personas encuestadas, se encontraron diferencias significativas a nivel de las sub-escalas: relaciones interpersonales ($F=3,93$, $p=0.0087$), responsabilidad en Salud ($F=3,92$, $p<.01$), actividad física ($F=6,9$, $p=0.0002$) y crecimiento espiritual ($F=2,72$, $p=0.0443$). En el caso de la sub-escala relaciones interpersonales y crecimiento espiritual, las diferencias se presentan entre el grupo etario de 31 a 40 años respecto del grupo de 51 a 60 años, donde los primeros presentan promedios más altos y los segundos los promedios más bajos. En relación a la variable ingresos económicos, a nivel de Estilo de vida promotor de salud global, los promedios decrecen según decrece el nivel de ingresos, sin embargo las diferencias significativas se presentan sólo entre los grupos extremos ($p<0.0001$). En la sub-escala relaciones interpersonales las diferencias significativas se presentan entre los grupos de mayores ingresos respecto del de menores ingresos

($p < 0.0001$). A nivel de la sub-escala nutrición, es el grupo de ingreso de 400 a 800 mil quien difiere con los de ingresos más bajos (menos de 200 mil), quienes cuentan con más de 800 mil pesos al mes, son similares a quienes cuentan con 200 a 400 mil, y no difieren significativamente con los restante grupos económicos ($p = 0.0005$)⁽²⁵⁾.

Chávez Alejandra, Vidal Daisy, Merino J. (Concepción, Chile 2010)⁽⁷⁾, titulado: “Determinantes sociales de la salud y conductas vinculadas a salud. Comuna de Coronel, Región del Bío Bío, Chile”. Estudio no experimental, transeccional y correlacional que recopiló información respecto de los factores predictores de las conductas promotoras en salud, en la perspectiva de los Determinantes Sociales en la comuna de Coronel. El universo estuvo conformado por los adultos que durante el año 2007 se realizaron el Examen de Medicina Preventiva en los Establecimientos de Salud de la comuna, quedando conformada por 223 adultos entre 20 a 64 años. Destacaron como predictores de estilos de vida saludable el ingreso y la escolaridad. A partir de los resultados obtenidos, se hace necesario fomentar la inclusión de los determinantes sociales, en los procesos de elaboración, ejecución y evaluación del conjunto de políticas sociales que influyen en la salud de las personas y comunidades.⁽⁷⁾

Ramírez-Velez R, Agredo R, Jerez A, Chapal L. (Colombia, 2008)⁽⁵⁰⁾, “Calidad de vida y condiciones de salud en adultos mayores no institucionalizados en Cali, Colombia.” Estudio exploratorio en 307 Adultos mayores de 65 años, sin limitación física ni psíquica que alterase la comunicación médico-paciente. Los sujetos completaron el Cuestionario de SaludSF-12 Health Survey. Las variables sociodemográficas y antropométricas fueron recogidas mediante historia clínica. La edad media fue $69,2 \pm 6,4$ años (IC95 %:69,8-74,3, $p < 0,05$), la estatura $1,53 \pm 0,08$ m (IC95 %:1,52-1,54, $p < 0,05$), el peso corporal $63,8 \pm 11,0$ kg (IC 95%:61,8-64,3) y el Índice de masa corporal $26,7 \pm 4,4$ kg/m² (IC 95 %:26,2-27,2). El Índice Cintura Cadera fue $,8 \pm 0,06$ cm (IC95 %:0,83-0,54 $p < 0.05$), mientras que el perímetro de cintura fue $89,0 \pm 9,5$ (IC95 %:104,2-106,5). Las puntuaciones más altas se

presentaron en los dominios vitalidad $59,0 \pm 10,9$ %, salud mental $52,7 \pm 12,5$ % y salud física $50,1 \pm 7,0$ %. La puntuación más baja quedó demostrada en los dominios Rol emocional $19,2 \pm 4,0$ % y Función social $24,1 \pm 4,5$ %. Existe un deterioro importante de la calidad de vida de nuestros adultos mayores, relacionados a factores de riesgo de morbilidad, más acentuado en las escalas físicas y levemente a las escalas mentales. La valoración de la calidad de vida subjetiva debería convertirse en una herramienta de uso habitual en la práctica clínica ⁽⁵⁰⁾.

Delgado-Acosta H, Alonso-Padrón E, Rodríguez-Fernández L, Pedraza-Alejo D, Álvarez-Pérez A, Pérez-Álvarez A. (La Habana, Cuba) ⁽⁵¹⁾, titulado: “Estudio de determinantes sociales y estado de salud de la población”. Se realizó un estudio descriptivo sobre la contribución de algunas determinantes sociales al estado de salud de la población del Área I del municipio Cienfuegos durante el año 2011. Para ello se tuvieron en cuenta indicadores demográficos, sociales, medioambientales, de estilos de vida y de la organización de los servicios de salud. Dentro de los resultados, el Área I es desfavorecida en varias de las dimensiones estudiadas como: medio ambiente, y en la organización de los servicios de salud, con inestabilidad en el cumplimiento de consultas y terrenos e incremento de los casos vistos en los Servicios de Urgencia, se observó elevado porcentaje en la exposición a factores de riesgo cardiovascular con repercusión en la mortalidad dentro de las primeras causas de muerte sin dejar de destacar el incremento que hubo en la incidencia de enfermedades transmisibles como: tuberculosis, enfermedades diarreicas e infecciones de transmisión sexual. Dentro de las conclusiones, hay evidencias que permiten guiar acciones para modificar el estado de salud de la población del Área I del municipio Cienfuegos de la expresión de sus determinantes, con énfasis en la organización de los servicios de salud ⁽⁵¹⁾.

Marín J. (Chile, 2015) ⁽⁵²⁾, titulado: “Consumo del alcohol en los adultos mayores: prevalencia y factores asociados.” Estudio transversal basado en una muestra representativa de la población chilena de 60 años y más, derivada del Estudio Nacional de Dependencia en las Personas Mayores (ENDPM) realizado por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) de la Universidad de Chile y el Centro de Microdatos de la misma casa de estudios. La muestra es de tipo probabilístico, multietápico, que considera una encuesta aplicada cara a cara, cuyo proceso de levantamiento se realizó entre los meses de noviembre de 2009 y enero de 2010 analizó la prevalencia de consumo de alcohol en adultos mayores, usando los datos del Estudio Nacional de Dependencia en las Personas Mayores del 2009. El número de personas que respondió el módulo de alcohol fue de 4.058 personas, que representan aproximadamente a 1,5 millones de personas mayores a partir de los 60 años. Se indagó respecto a la prevalencia y patrones de consumo riesgoso de alcohol entre los adultos mayores y su relación con características sociodemográficas. La prevalencia de consumo de alcohol (al menos ocasionalmente) fue de 32,5%, de los cuales el 52,0% presenta patrones de consumo riesgoso. Este grupo está compuesto mayoritariamente por hombres menores de 70 años, con altos ingresos, más de 12 años de educación y que están casados/conviviendo o anulados/separados. Creemos que este trabajo es un aporte inicial al conocimiento del consumo de alcohol y sus características en este grupo etario, así como abre la discusión sobre la necesidad de contar con instrumentos que midan el consumo de alcohol en esta población de acuerdo a criterios internacionales ⁽⁵²⁾.

Villarreal G, Month E. (Colombia, 2011) ⁽⁵³⁾, titulado: “Condición socio familiar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia)”. Se realizó un estudio descriptivo, correlacional, de corte transversal y de contactos múltiples en una muestra de 275 adultos mayores de 65 años, residentes en 18 barrios que conforman las comunas 9 y 6 de la ciudad de Sincelejo. Mediante encuesta se indagaron las características sociodemográficas, hábitos higiénicos, problemas de salud.

Se emplearon la Escala de Valoración Socio familiar de Gijón, Escala de Lawton y Brody, Índice de Katz para la valoración funcional y la Escala Minimental para la evaluación cognitiva. Sus resultados son: El 61% de los adultos mayores son de sexo femenino y la media de edad de 75,4 años. Con criterios diagnósticos de hipertensión arterial (75.2%), cardiopatías isquémicas (70.5%) y osteoarticulares (68.3%), los cuales se incrementan con la edad, y en el sexo femenino, el 51% presenta pluripatologías. La comorbilidad se relacionó con polimedicación (76%), problemas bucodentales (70.1%), dolores en miembros inferiores y depresión (68 y 54.1% respectivamente). El test de Gijón determinó que el 67.7% de los adultos mayores tenía riesgo y problema social, siendo más representativo en las mujeres ($p < 0,05$). La valoración funcional se deterioró con la edad ($p < 0,05$). A modo de conclusión los adultos mayores se encuentran en vulnerabilidad y riesgo social, tienen buena capacidad funcional, la cual se deteriora con el incremento de la edad, y presentan una elevada comorbilidad⁽⁵³⁾.

Cardona D. (Medellín, Colombia 2008)⁽⁵⁴⁾, titulado: “Comparativo calidad de vida del adulto mayor. Medellín, 2008”. Se realizó un estudio descriptivo comparativo con fuente de información secundaria, usando los 82.601 registros de la Encuesta de calidad de vida del año 2008, distribuida en tres grupos: jóvenes, adultos y adultos mayores. El análisis realizado fue univariado y bivariado, de las características demográficas, económicas, de seguridad social y salud, acompañado de pruebas estadísticas de asociación. Se obtuvieron los siguientes resultados: en lo demográfico, los adultos mayores representan el 9,2%, con ventaja femenina; el estado civil fue el de casado, con marcada diferencia en la condición de viudez y el 39% no registró ningún nivel educativo. En lo económico se halló que el 34,7% se dedican al hogar, el 34,1% son jubilados y el 9,5% continúa trabajando con un ingreso promedio de un salario mínimo. El 71,4% está afiliado al régimen contributivo, se realizan consultas preventivas médicas en mayor proporción que los jóvenes y el 31,3% no lo hace. Solo el 7,3% se sintió enfermo el mes

anterior y sus padecimientos fueron: hipertensión, estrés y depresión. Las conclusiones de este estudio son: el adulto mayor no presentó diferencias frente a los otros dos grupos poblacionales, pero la edad lo hacen más vulnerable en lo económico y en las condiciones que salud al tener limitaciones para acceder a las oportunidades, al no acceder a las exigencias que el medio productivo y la sociedad requieren, olvidando su experiencia y sabiduría adquirida en el transcurso de su vida ⁽⁵⁴⁾.

Díaz G, Vergara J L. (Bolivia, 2006) ⁽⁵⁵⁾, titulado: "Influencia ejercicio físico en la salud del adulto mayor. Consultorio "El Morro", Municipio Sucre. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo en el consultorio popular "El Morro", perteneciente a la Parroquia Petare, Municipio Sucre del Estado Miranda, República Bolivariana de Venezuela en el periodo de septiembre de 2005 a febrero de 2006, con el objetivo de determinar la influencia del ejercicio físico en la salud del adulto mayor. El universo estuvo integrado por 121 ancianos de la comunidad y la muestra por 66 abuelos que realizaban ejercicios físicos. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas individuales y de la observación clínica del anciano utilizando las variables edad, sexo, enfermedades presentes en los adultos mayores y tratamiento que cumplían. Los datos fueron procesados, y se aplicó un análisis estadístico porcentual, obteniendo como resultados que el 54.54% de los abuelos practicaban ejercicios físicos, el 31.8 % se agrupan en el grupo de 60-64 años, con predominio del sexo femenino en un 57.5 %. El 69.56% de los hipertensos, el 73.80% de los que padecían artrosis y el 71.42% de los que manifestaron trastornos depresivos controlaron estos padecimientos; el 59.52% de pacientes con artrosis, el 50 % de asmáticos, un 43.47 % de los hipertensos y el 19,04%, de los que tienen trastornos depresivos disminuyeron la dosis del medicamento en el día. Se concluye que el ejercicio físico mejora la salud del adulto mayor y le garantiza una longevidad saludable ⁽⁵⁵⁾.

Barrantes M, García-Mayo E, Gutiérrez-Robledo L, Miguel-Jaimes M. (México, 2004) ⁽⁵⁶⁾, titulado: “Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos.” El estudio se realizó de junio a diciembre de 2004 en el Departamento de Geriátrica del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, en México, DF. Los datos de las variables se obtuvieron de la información de la encuesta para el Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), realizada con base en la Ley de Información Estadística y Geográfica, Capítulo V, Artículo 38. Se incluyeron un total de 4 872 personas mayores de 65 años, a quienes se les interrogó sobre ayuda para las actividades básicas de la vida diaria (AVD) y actividades instrumentales (AIVD) de la vida diaria; así como sobre la presencia de enfermedad crónica. Resultados. De los mayores de 65 años, 24% resultó dependiente en AVD y 23% en AIVD. Las enfermedades crónicas relacionadas con dependencia funcional en actividades básicas e instrumentadas fueron las enfermedades articular y cerebrovascular, el deterioro cognitivo y la depresión. La prevalencia de dependencia funcional es alta en los mayores de 65 años. Este estudio demuestra cuáles enfermedades crónicas están asociadas con la dependencia. Es necesario desarrollar medidas orientadas al tratamiento y prevención de estas entidades crónicas que se asociaron con dependencia funcional ⁽⁵⁶⁾.

Cardona D, Estrada A, Agudelo H. (Medellín, Colombia 2002) ⁽⁵⁷⁾, titulado: “Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín”. Se realizó un estudio descriptivo con el objetivo de caracterizar algunos componentes de la calidad de vida, base en la información proveniente de la Encuesta de Calidad de Vida realizada en la ciudad en los años 1997 y 2001; los certificados de defunción de 1990 a 1999; los registros de egresos hospitalarios de 1990 a 1997, y una encuesta telefónica en el año 2002 a 637 adultos mayores seleccionados sistemáticamente. Dentro de sus resultados, se observó un incremento de 168% en este grupo poblacional desde 1964 a 2001, evidenciando la etapa de transición demográfica plena que vive la ciudad. También se observó una pérdida de poder adquisitivo de 65% entre 1997 y 2001, así como la situación de aislamiento en que viven los ancianos, lo que marca la pérdida de independencia y autoestima. Los

componentes de independencia, seguridad socioeconómica y redes de apoyo social constituyen el 97% de la calidad de vida del adulto mayor de la ciudad ⁽⁵⁷⁾.

Tomsone S, Horstmann V, Oswald F, Iwarsson S. (Junio 2013, Alemania, Letonia y Suecia)

⁽⁵⁸⁾, titulado: “Aspectos del hogar y estado de salud percibido según AVD en grupos de adultos mayores dependientes e independientes, en muestras de tres naciones”. Estudio que apunta a soluciones basadas en mejorar las condiciones del hogar y lugar de descanso. Estas son importantes para la población envejecida para promover la salud y mantener la capacidad funcional. El objetivo de este estudio era investigar objetivamente cómo los aspectos observados de alojamiento fueron relacionados con la salud percibida entre los grupos AM independientes y dependientes y cómo estos factores afectan en la realización de sus Actividades de Vida Diaria (AVD). Par el método, se utilizaron de 3 naciones distintas (Alemania = 450; Letonia = 303; Suecia = 397). Se utilizaron datos sobre dependencia para las AVD, salud percibida y los aspectos objetivos y percibidos de alojamiento. La estadística descriptiva, correlaciones y modelos de regresión ordinal multivariante fueron usados para el análisis de los datos. Los resultados muestran que los participantes dependientes generalmente eran mayores en edad, presentaban más limitaciones funcionales y también habían percibido su salud como más pobre comparado al grupo de AM independientes, basándose en la desigualdad de accesibilidad con los usuarios independientes. Con respecto al alojamiento percibido, la utilidad, así como el significado de indicadores del hogar era a menudo inferior en los grupos dependientes; la satisfacción estaba en el mismo nivel, mientras la sensación de inferioridad comparada con el alojamiento en otros lugares era más alta. Las diferencias entre las muestras nacionales eran sumamente significativas tanto para los AM dependientes como independientes, para todas las variables, excepto el número de barreras ambientales en AM independientes. Las relaciones entre salud percibida, por un lado, y los aspectos objetivos y percibidos de alojamiento por otra parte, genera grandes diferencias entre AM y las muestras nacionales. Como conclusión se muestra que los resultados sirven para alertar a los prestadores de asistencia de salud que es importante llamar la atención a

como los AM perciben su situación de alojamiento y al hecho que los niveles diferentes de independencia funcional exigen intervenciones diferentes⁽⁵⁸⁾.

Como se observa, las evidencias de los determinantes sociales de la salud en la población adulta mayor son limitadas. Por tanto, el objetivo de este estudio es correlacionar los determinantes sociales, que dentro de ellos tenemos las variables independientes, con la variable dependiente, nivel de dependencia (independiente, leve, moderado y grave) en los adultos mayores, y así poder implementar la investigación en Enfermería sobre este tema.

1.7 PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

Determinar la asociación entre los determinantes sociales de la salud con los niveles de dependencia en adultos mayores pertenecientes al CESFAM Teresa Baldecchi, San Carlos.

1.8 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivos generales:

Identificar la asociación que existe entre los determinantes sociales de la salud con los niveles de dependencia en adultos mayores pertenecientes al CESFAM Teresa Baldecchi, San Carlos.

Objetivos específicos:

1. Conocer los Determinantes Sociales de la Salud en relación a sus antecedentes sociodemográficos, tales como: edad, sexo y estado civil de los participantes del estudio.
2. Conocer los niveles de dependencia de los participantes del estudio.
3. Identificar los Determinantes Sociales de la Salud en relación a sus características socioeconómicas, tales como: nivel de escolaridad, situación de vivienda, empleo y entorno de los participantes del estudio.
4. Identificar los Determinantes Sociales de la Salud en relación a sus antecedentes de salud y características sanitarias, tales como: patologías crónicas y de salud mental, categorización de FONASA y percepción atención de salud que reciben los participantes del estudio.
5. Conocer las características de los Determinantes Sociales de la Salud en relación a sus estilos de vida, tales como: actividad física, consumo de alcohol y tabaco, y frecuencia de estos en los participantes del estudio.
6. Identificar si existe asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud en relación a sus antecedentes sociodemográficos y los niveles de dependencia de los participantes del estudio.
7. Identificar si existe asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud en relación a sus características socioeconómicas y los niveles de dependencia de los participantes del estudio.

8. Determinar si existe asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud en relación a sus antecedentes de salud, características sanitarias y el nivel de dependencia de los sujetos del estudio.
9. Identificar si existe asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud en relación a sus estilos de vida y el nivel de dependencia de los participantes del estudio.

1.9 HIPÓTESIS

- Cuanto mejor sean los Determinantes Sociales de la Salud, menor es el grado de dependencia en adultos mayores pertenecientes al CESFAM Teresa Baldecchi, San Carlos.

II. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 TIPO DE DISEÑO

- Estudio Analítico correlacional de corte transversal año 2015.

2.2 UNIVERSO

- Se estudió una población de 1500 personas adultas mayores de 65 y más años que pertenecen al CESFAM Teresa Baldecchi de la ciudad de San Carlos, según la base de datos

del establecimiento, que estén inscritos hasta el año 2015 y que cumplieron los criterios de elegibilidad del estudio.

2.3 MUESTRA

Se seleccionó a los participantes del estudio mediante el tipo de muestra probabilística con un muestreo aleatorio simple.

Se obtuvo una muestra de 236 adultos mayores a partir del cálculo del tamaño muestral, en el cual se consideró un 95% de confianza, con una prevalencia de índice de dependencia del 24% en la región del Bío-Bío y un error del 5%.

2.4 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Criterios de inclusión

1. Adultos mayores de 65 años o más, independientes o que poseían algún grado de dependencia.
2. Adultos mayores alfabetos.
3. Firma de consentimiento informado. (Anexo 3)

Criterios de exclusión

- Adulto mayor que posean alguna enfermedad o dependencia que le impidan la comprensión de las encuestas, aplicando entrevista previa.
- Adulto mayor que al ser evaluado resulte en dependencia total.

2.5 UNIDAD DE ANÁLISIS

- Adultos mayores con diferentes grados de dependencia (leve, moderado y grave) e independientes, pertenecientes al CESFAM Teresa Baldecchi, San Carlos.

2.6 LISTADO DE VARIABLES

Las variables de estudio se encuentran en la matriz de variables. (Anexo 1)

Variables de estudio

Variable independiente:

- Determinantes Sociales de la Salud:
 - Antecedentes sociodemográficos (Edad, sexo, estado civil).
 - Características socioeconómicas: Nivel de escolaridad, situación de vivienda, empleo, entorno.
 - Antecedentes de salud: Patologías crónicas, patología salud mental, categorización FONASA, percepción de la atención otorgada por el centro de salud.
 - Estilos de vida: Actividad física y frecuencia, hábito tabáquico, alcohólico y frecuencia de consumo.

Variable dependiente:

- Niveles de Dependencia (Independiente, dependiente leve, moderado, grave).

2.7 DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.

Para la recolección de datos se utilizaron 2 instrumentos recolectores, uno de ellos por elaboración propia y el “Índice de Barthel” el cual se encuentra en versiones disponibles y validadas en español.

El primer instrumento que se utilizó fue el de recolección de datos, cuestionario el cual abarcó: antecedentes sociodemográficos, socioeconómicos, antecedentes de salud y características sanitarias, finalizando con preguntas de estilo de vida. Se realizaron preguntas directas y cerradas, donde cada una de las preguntas tuvo respuestas predeterminadas en las cuales el encuestado debió elegir solo una.

El segundo instrumento que se utilizó fue el Índice de Barthel, diseñado en 1955 por Mahoney y Barthel para medir la evolución de sujetos con procesos neuromusculares y

musculoesqueléticos en un hospital para enfermos crónicos de hospitales de Maryland (Montebello State Hospital, Deer's Head Hospital y Western Maryland Hospital), Estados Unidos y publicado diez años después, en 1965⁽⁵⁹⁾. Fue validado en español por Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J^(59,60), el cual corresponde a un test que evalúa actividades básicas de la vida diaria, necesarias para la independencia en el autocuidado, en donde su deterioro implica la necesidad de ayuda de otra persona. Valora 10 áreas de las AVD: alimentación, lavado (baño), vestirse y desvestirse, aseo personal, deposición, micción, uso del baño, traslado sillón – cama, deambulación y subir y bajar escalones; donde la puntuación total varía entre 0 y 100 (90 total para pacientes limitados a silla de ruedas).

2.8 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se contactó a él director del CESFAM Teresa Baldecchi de San Carlos a través de una carta de solicitud por parte de la Directora de Escuela de Enfermería de la Universidad del Bío - Bío, Sra. Pamela Montoya Cáceres (ANEXO 2). Los datos obtenidos en cuanto al Universo, fueron recaudados mediante base estadística proporcionada por el Centro de Salud.

Se seleccionó a los participantes de forma aleatoria en un rango etario de 65 años y más. Posteriormente se aplicó el instrumento por los encuestadores a los adultos mayores pertenecientes al CESFAM Teresa Baldecchi en las salas de espera de cada respectivo sector.

2.9 PRUEBA PILOTO

Con el objetivo de calibrar los aspectos relacionados con la aplicación de los instrumentos del estudio y aumentar la confiabilidad de los mismos, se aplicó el cuestionario de recolección de antecedentes sociodemográficos, socioeconómicos, antecedentes de salud y estilos de vida, de elaboración propia, en una muestra piloto de 15 adultos mayores pertenecientes al grupo de aeróbica de la población Kennedy de Chillán, seleccionados al azar con las mismas características de la muestra del estudio. Al final de la aplicación de instrumentos, los sujetos reclutados indicaron los problemas mínimos de comprensión de las preguntas, por lo cual se adaptó a un lenguaje más común para que no surgieran problemas al desarrollar el estudio final.

2.10 ASPECTOS ÉTICOS

Para garantizar la adecuación de los aspectos metodológicos, éticos y jurídicos de esta investigación, el proyecto fue presentado al Director del CESFAM Teresa Baldecchi para su evaluación. Además, las personas elegibles fueron informadas del objeto general del estudio (cuidando no introducir sesgos de expectancia), de los inconvenientes (disponibilidad de tiempo) y ventajas (informe sobre resultados) del estudio. Explícitamente se señaló que la colaboración era voluntaria, que el estudio se podía abandonar en el momento deseado y que los investigadores se comprometieron a velar por la confidencialidad de los datos.

Todos los detalles sobre el consentimiento informado (ANEXO 3) figuraron en un documento que debió ser leído y firmado por ambas partes, participante y un miembro

del equipo de investigación, tal y como se refleja en los postulados éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, así como en la Ley 19.628, la Ley 20.120 y la Ley 20.584.

2.11 PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 15.0 (en español). Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencia observada y porcentajes, previa comprobación de normalidad según el cálculo de la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Para determinar la fiabilidad del Índice de Barthel se midió la consistencia interna mediante Alpha de Cronbach.

Con el objetivo de asociar los determinantes sociales de la salud con niveles de dependencia, se aplicó la prueba de independencia de Chi², bajo el supuesto que las variables cualitativas presentaran celdas con frecuencias esperadas menores a cinco en menos de un 20%. Se utilizó un nivel de significación de 0,05.

III. RESULTADOS

Se estudió una muestra de 261 Adultos mayores pertenecientes al Cefam Teresa Baldecchi de la comuna de San Carlos de los cuales 236 participaron en el estudio contestando todos los ítems del cuestionario de forma voluntaria, sin abandonarla durante su desarrollo. Cabe destacar que 25 adultos mayores no cumplieron con los criterios de inclusión, ya que no participaron de forma voluntaria.

En cuanto a las principales características sociodemográficas de la muestra que se indican en la Tabla 1, el 28.8 % indicó una edad entre 70 y 74 años; el 57.6% fueron mujeres y el estado civil con un 55,1 % declaró estar casado al momento de la recolección de los datos.

Tabla 1

Distribución de los Determinantes Sociales de la Salud según antecedentes sociodemográficos de los participantes del estudio.

Determinantes Sociales de la Salud Antecedentes sociodemográficos	n=236	%
Edad (años)		
Entre 65 y 69 años	65	27.5%
Entre 70 y 74 años	68	28.8%
Entre 75 y 79 años	49	20.8%
80 años y más	54	22,9%
Sexo		
Mujer	136	57.6%
Hombre	100	42.4%
Estado Civil		
Soltero	30	12.7%
Casado	130	55.1%
Viudo	57	24.2%
Separado	19	8.0%

Fuente: “Asociación entre los determinantes sociales de la salud con diferentes grados de dependencia en adultos mayores pertenecientes al CESFAM Teresa Bladecchi, San Carlos 2015”

En la tabla 2 se observa un 60,2% que refirió haber cursado estudios básicos, el 82,2% presenta una situación de vivienda propia, un 90,7% posee empleo y un 87,3% se considera un entorno bueno.

Tabla 2
Distribución de los Determinantes Sociales de la Salud según antecedentes socioeconómicos de los participantes del estudio.

Determinantes Sociales de la Salud Características socioeconómicas	n=236	%
Nivel de escolaridad		
Sin estudios	41	17.3%
Básica	142	60.2%

Media	33	14.0%
Técnica	7	3.0%
Universitaria	13	5.5%
Situación de vivienda		
Propia	194	82.2%
No propia	42	17.8%
Empleo		
Sí	22	9.3%
No	214	90.7%
Entorno		
Bueno	206	87.3%
Regular	30	12.7%

Fuente: IDEM

Según los antecedentes de salud y características sanitarias de la muestra que se muestran en la tabla 3, el 67,4% presentó más de una patología crónica, mientras que un 94,5% indicó poseer una categorización de Fonasa A y B, el 80,5% no presentó patologías de salud mental y el 80,1% de la población estudiada percibió la atención de salud otorgada por el CESFAM como buena.

Tabla 3

Distribución de los Determinantes Sociales de la Salud según antecedentes de salud y características sanitarias de los participantes del estudio.

Determinantes Sociales de la Salud	n=236	%
Antecedentes de Salud y Características Sanitarias		
Patologías Crónicas		
Diabetes	6	2.5%
Hipertensión	31	13.1%
Dislipidemia	1	0.4%
Más de 1 patología	159	67.4%
Otras	24	10.2%
Ninguna	15	6.4%
Categorización FONASA		
FONASA A Y B	223	94.5%
FONASA C,D Y OTROS	13	5.5%
Patología Salud Mental		
Sí	46	19.5%
No	190	80.5%
Percepción de la atención otorgada por el centro de Salud		
Buena	189	80.1%
Regular	47	19.9 %

Fuente: IDEM

Según los estilos de vida de los participantes del estudio que muestra la tabla 4, un 70,8% indicó no realizar actividad física; 93,2% no fuma y un 77,5 % no bebe algún tipo de bebida alcohólica.

Tabla 4
Distribución de los Determinantes Sociales de la Salud según Estilos de Vida de los participantes del estudio.

Determinantes Sociales de la Salud	n=236	%
Estilos de Vida		
Actividad Física		
Sí	69	29.3%
No	167	70.7%
Frecuencia actividad física (n=69)		
1 a 2 veces /semana	16	23.2%
3 o más veces/semana	53	76.8%
Hábito tabáquico		
Sí	16	6.7%
No	220	93.3%
Frecuencia de hábito tabáquico (n=16)		
1 a 2 veces /semana	6	37.5%
3 o más veces/semana	10	62.5%
Hábito Alcohólico		
Sí	53	22.5%
No	183	77.5%
Frecuencia de hábito alcohólico (n=53)		
1 a 2 veces/semana	16	30.2%
3 o más veces/semana	4	7.5%
Ocasionalmente	33	62.3%

Fuente: IDEM

Se observa en la tabla 5 los niveles de dependencia de los participantes del estudio donde con un 54,7% la población se clasifica como independiente y con un 45,3% presento algún grado de dependencia. La consistencia interna del índice de Barthel (medido como puntaje) fue de 0,825.

Tabla 5
Distribución de los participantes del estudio según su nivel de dependencia.

Nivel de dependencia *	n=236	%
Con algún grado de Dependencia	107	45.3%
Independiente	129	54.7%
Total	236	100%

Fuente: IDEM, *Para este estudio no se consideraron sujetos con nivel de dependencia total, ya que se estudiaron usuarios asistentes al CESFAM Teresa Baldecchi y además al momento de evaluar variables de estudio, no tendrían significancia.

De los antecedentes sociodemográficos evaluados en la muestra, la tabla 6 indica que el sexo y estado civil no se asociaron estadísticamente con los niveles de dependencia (todos con $p > 0,05$), pero sí se encontró una asociación con edad ($p = 0,003$) donde los sujetos evaluados como independientes, el 34,9 y 31,8% tenían entre 65-69 y 70-74 años respectivamente y, de los evaluados como dependientes, el 25,2 y 30,9% de la muestra fueron sujetos con 75-79 y 80 años y más, respectivamente.

Tabla 6
Asociación de los Determinantes Sociales de la Salud según antecedentes sociodemográficos de los participantes del estudio con nivel de dependencia.

Determinantes Sociales de la Salud Antecedentes Sociodemográficos	Nivel de dependencia		Total	χ^2 *	p-valor
	Con algún grado de Dependencia (n=107)	Independiente (n=129)			
Edad (años)				13.7	0.003
Entre 65 y 69 años	20 (18.7%)	45 (34.9%)	65 (27.5%)		
Entre 70 y 74 años	27 (25.2%)	41 (31.8%)	68 (28.8%)		
Entre 75 y 79 años	27 (25.2%)	22 (17.0%)	49 (20.8%)		
80 años y más	33 (30.9%)	21 (16.3%)	54 (22.9%)		
Sexo				0.19	0.660
Mujer	60 (56.1%)	76 (58.9%)	136 (57.6%)		
Hombre	47 (43.9%)	53 (41.1%)	100 (42.4%)		
Estado Civil				7.24	0.064
Soltero	18 (16.8%)	12 (9.3%)	30 (12.7%)		
Casado	58 (54.2%)	72 (55.8%)	130 (55.1%)		
Viudo	27 (25.2%)	30 (23.3%)	57 (24.2%)		
Separado	4 (3.8%)	15 (11.6%)	19 (8.0%)		

* Prueba de Independencia de χ^2

La tabla 7 indica los niveles de dependencia asociados a situación de vivienda y entorno, donde no se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p>0,05$).

En cuanto al nivel de escolaridad, se encontró una asociación estadísticamente significativa con los grados de dependencia ($p=0,036$), donde los sujetos evaluados con algún grado de dependencia, el 20,6% y 64,5% no eran escolarizados y con estudios básicos respectivamente. Luego de los participantes evaluados como independientes, el 16,3, 3,1 y 9,3% refirieron haber cursado estudios medios, técnicos y universitarios.

Con respecto al empleo, se observó una asociación estadísticamente significativa ($p=0,025$), donde el 95,3% de los participantes que fueron evaluados con algún grado de dependencia indicaron no tener un empleo, versus el 86,8% del grupo valorado como independiente.

Tabla 7

Asociación de los Determinantes Sociales de la Salud según antecedentes socioeconómicos de los participantes del estudio con nivel de dependencia.

Determinantes Sociales de la Salud Antecedentes socioeconómicos	Nivel de dependencia		Total	χ^2 *	p-valor
	Con algún grado de Dependencia (n=107)	Independiente (n=129)			
Nivel de escolaridad				10.3	0.036
Sin estudios	22 (20.6%)	19 (14.7%)	41 (17.3%)		
Básica	69 (64.5%)	73 (56.6%)	142 (60.2%)		
Media	12 (11.2%)	21 (16.3%)	33 (14.0%)		
Técnica	3 (2.8%)	4 (3.1%)	7 (3.0%)		
Universitaria	1 (0.9%)	12 (9.3%)	13 (5.5%)		
Situación de vivienda				0.0002	0.980
Propia	88 (82.2%)	106 (82.2%)	194 (82.2%)		
No propia	19 (17.8%)	23 (17.8%)	42 (17.8%)		
Empleo				5.005	0.025
Sí	5 (4.7%)	17 (13.2%)	22 (9.3%)		
No	102 (95.3%)	112 (86.8%)	214 (90.7%)		
Entorno				0.88	0.346
Bueno	91 (85.0%)	115 (89.1%)	206 (87.3%)		

Regular	16 (15.0%)	14 (10.9%)	30 (12.7%)
---------	------------	------------	------------

* Prueba de Independencia de χ^2

La tabla 8 indica la asociación entre los niveles de dependencia con los antecedentes de salud, donde las patologías de salud mental y la percepción otorgada por el centro de salud no se relacionan estadísticamente con los grados de dependencia ($p > 0,05$), mientras que las patologías crónicas que poseen los integrantes del estudio, se asocian estadísticamente ($p < 0,05$), donde el 70,1% los participantes evaluados con algún grado de dependencia y el 65,1% de los independientes presentan más de 1 patología.

Tabla 8

Asociación de los Determinantes Sociales de la Salud según antecedentes de salud y características sanitarias de los participantes del estudio con nivel de dependencia.

Determinantes Sociales de la Salud Antecedentes de Salud y Características Sanitarias	Nivel de dependencia		Total	χ^2 *	p-valor
	Con algún grado de Dependencia (n=107)	Independiente (n=129)			
Patologías Crónicas				11.78	0.038
Diabetes	3 (2.8%)	3 (2.3%)	6 (2.5%)		
Hipertensión	14 (13.1%)	17 (13.2%)	31 (13.1%)		
Dislipidemia	0 (0.0%)	1 (0.8%)	1 (0.4%)		
Más de 1 patología	75 (70.1%)	84 (65.1%)	159 (67.4%)		
Otra	14 (13.1%)	10 (7.7%)	24 (10.2%)		
Ninguna	1 (0.9%)	14 (10.9%)	15 (6.4%)		
Patología Salud Mental				0.37	0.54
Sí	19 (17.8%)	27 (20.9%)	46 (19.5%)		
No	88 (82.2%)	102 (79.1%)	190 (80.5%)		
Categorización FONASA *				1.178	0.277
FONASA A Y B	103 (96.3%)	120 (93.0%)	223 (94.5%)		
FONASA B, C Y OTROS	4 (3.7%)	9 (7.0%)	13 (5.5%)		
Percepción de la atención otorgada por el centro de Salud				3.47	0.062
Buena	80 (74.8%)	109 (84.5%)	189 (80.1%)		
Regular	27 (25.2%)	20 (15.5%)	47 (19.9%)		

* Prueba de Independencia de χ^2

* FONASA: Fondo Nacional de Salud.

La tabla 9 indica la asociación de los niveles de dependencia con los estilos de vida de los participantes del estudio, donde hábito tabáquico y alcohólico no se asocian

estadísticamente (los dos con $p > 0,05$). En cuanto a actividad física, se encontró una asociación estadísticamente significativa con los grados de dependencia ($p < 0,05$), donde el 86,9% los participantes evaluados con algún grado de dependencia no realizaban actividad física en comparación con el 56,6% del grupo de independientes.

Tabla 9
Asociación de los Determinantes Sociales de la Salud según Estilos de Vida de los participantes del estudio con nivel de dependencia.

Determinantes Sociales de la Salud Estilos de Vida	Nivel de dependencia		Total	χ^2 *	p-valor
	Con algún grado de Dependencia (n=107)	Independiente (n=129)			
Actividad Física				25.9 4	<0.001
Sí	14 (13.1%)	55 (42.6%)	69 (29.2%)		
No	93 (86.9%)	73 (57.4%)	166 (70.8%)		
Frecuencia actividad física (n=69)				0.44 1	0.592
1 a 2 veces /semana	4 (5,8%)	12 (17.4%)	16 (23.2%)		
3 o más veces/semana	10 (14.5%)	43 (62.3%)	53 (76.8%)		
Hábito tabáquico				0.01 7	0.890
Sí	7 (6.5%)	9 (7.0%)	16 (6.8%)		
No	100 (93.5%)	120 (93.0%)	220 (93.2%)		
Frecuencia de hábito tabáquico (n=16)				2.04 9	0.152
1 a 2 veces /semana	4 (25.0%)	2 (12.5%)	6 (37.5%)		
3 o más veces/semana	3 (18.8%)	7 (43.7%)	10 (62.5%)		
Hábito Alcohólico				0.09 2	0.761
Sí	25 (23.4%)	28 (21.7%)	53 (22.5%)		
No	82 (76.6%)	101 (78.3%)	183 (77.5%)		
Frecuencia de hábito alcohólico (n=53)				1.86	0.393
1 a 2 veces/semana	6 (11.3%)	10 (18.9%)	16 (30.2%)		
3 o más veces/semana	3 (5.7%)	1 (1.9%)	4 (7.5%)		

Ocasionalmente	16 (30.2%)	17(32.0%)	33 (62.3%)
----------------	-------------------	------------------	------------

* Prueba de Independencia de χ^2

IV. DISCUSIÓN

El propósito de la investigación fue conocer si existe asociación entre los determinantes sociales de la salud con los niveles de dependencia en adultos mayores pertenecientes al CESFAM Teresa Baldecchi de San Carlos en el año 2015.

Se realizó una exhaustiva búsqueda, en la que no se encontraron estudios similares a las variables aplicadas en la investigación en los últimos 10 años tanto a nivel nacional como internacional.

Con respecto a los Determinantes Sociales de la Salud, en relación a los antecedentes sociodemográficos, la edad de los participantes del estudio alcanzó 28,8% entre 70 y 74 años, esto se relaciona con los resultados del estudio: “Calidad de vida y condiciones de salud en adultos mayores no institucionalizados en Cali, Colombia”, realizado por Ramírez-Velez R, Agredo R, Jerez A, Chapal L. (2008)⁽⁵⁰⁾, donde se obtuvo que la edad media de los adultos mayores participantes fue de 69,2±6,4 años, lo que coincide con la investigación realizada, dentro de la misma línea, en el año 2012 se realizó una investigación por el Ministerio del Desarrollo, que lleva por título “Envejecimiento”⁽⁶¹⁾, en el cual el rango etario de 70 y 74 años no fue representativo con un 20%. Respecto a la variable sexo, los adultos mayores registran una frecuencia de mujeres con un 57,6%, este porcentaje es muy similar al estudio titulado “Condición socio familiar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia), realizado por Villarreal G., Month E. (2011)⁽⁵³⁾, donde se obtuvo que un 61% de los adultos mayores entrevistados son mujeres, en la misma línea se encontró un estudio realizado por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (2011) que lleva por título “Estudio recopilación, sistematización y descripción de la información estadística disponible sobre vejez y envejecimiento en Chile”⁽⁶²⁾, donde se demuestra que la población adulto mayor de sexo mujer predomina con un 56% versus un 44% de hombres. Con respecto al estado civil de los participantes, casado alcanzó un 55,1%, el cual concuerda con la encuesta CASEN 2013⁽²¹⁾, donde el estado casado mantiene un 52,3% sobre las demás características.

Con respecto a los Determinantes Sociales de la Salud, en relación a las características socioeconómicas, el nivel de escolaridad en los sujetos del estudio presentan enseñanza básica en un 60,2%, lo cual coincide con el estudio realizado en julio del 2012 por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) que lleva por título “Indicadores sociodemográficos de las personas mayores a nivel territorial” ⁽⁶³⁾, donde se demuestra que a nivel de país y regional un 50% presenta como nivel de escolaridad enseñanza básica. Respecto a su situación de vivienda indicó que un 82,2% de los participantes del estudio poseen casa propia, al comparar con la encuesta CASEN 2013 “Adulto Mayor” ⁽²¹⁾ indica que el 80% de los adultos mayores posee casa propia, mientras que el otro 20% es de característica compartida y/o arrendada por las personas. En Chile el Ministerio de Vivienda y Urbanismo en conjunto con el Ministerio del Desarrollo Social, en el año 2012 se crearon nuevas políticas sociales en las que los adultos mayores pueden optar a viviendas propias, las cuales se entregan equipadas y cuentan con un monitor que se encarga de administrar el plan social de cada uno de los condominios. Las viviendas tuteladas proveen a la persona mayor de una solución habitacional y de servicios de apoyo social y cuidado, promoviendo su acceso a la oferta programática local y su vinculación a la comunidad ⁽⁶¹⁾. En lo que se refiere a empleo, un 90,7% de los sujetos del estudio indicaron no poseen ocupación laboral, lo que no concuerda con estudio “Envejecimiento” ⁽⁶¹⁾ (2011), el cual evidenció que un 25 % de la población mayor de 65 años aún mantenía ocupación laboral, dicha descripción se evidencia debido a las bajas pensiones que reciben los adultos mayores vulnerables, por lo que, uno de los objetivos específicos de la Política de Envejecimiento es “proteger la seguridad económica de las personas mayores”. Con el fin de alcanzar este objetivo, en diciembre de 2012 se redujo la cotización para salud del 7% al 5% de los pensionados mayores de 65 años, cuyo grupo familiar pertenezca al 80% más pobre de la población. Lo anterior se suma a la eliminación total de cotización para salud que se implementó en noviembre del 2011, para todos los pensionados del sistema de pensiones solidarias. En cuanto a entorno se

evidenció que la mayoría lo considera como bueno, sin embargo no hay estudios de la misma índole para poder realizar la comparación ⁽⁶¹⁾.

Con respecto a los Determinantes Sociales de la Salud, en relación a los antecedentes de salud y asistencia sanitaria, las patologías crónicas en los adultos mayores que participaron en el estudio indicaron poseer más de 1 enfermedad con un 67,4%, lo que concuerda con el estudio “Envejecimiento” (2011) ⁽⁶¹⁾, lo que indicó pluripatologías en las personas mayores alcanzaban un 84,9%. En cuanto a las patologías de salud mental, un 80,5% de los participantes del estudio indicaron no poseer algún tipo de afección de salud mental, este porcentaje no es similar al estudio titulado “Condición socio familiar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia), realizado por Villarreal G., Month E. (2011) ⁽⁵³⁾, el que demostró que un 54,1% de los adultos mayores tenían problemas de depresión. Respecto de la categorización de FONASA de los participantes del estudio, 94,5% de los adultos mayores se encuentran en FONASA A y B, como lo refiere la Encuesta CASEN 2013⁽²¹⁾, en donde 78,85% de los encuestados refieren al mismo grupo de previsión de salud. En cuanto a la percepción de la atención otorgada por el centro de salud, se evidencia que un 80,1% de los participantes del estudio presentan una percepción de atención buena, sin embargo no existen estudios con respecto a la percepción de salud, esta respuesta puede estar asociada a la existencia de la Reforma de Salud en Chile (2000), donde el presidente Lagos anunció la preparación de un proyecto de Reforma de Salud centrada en los derechos y garantías de los pacientes y basada en un esquema de financiamiento solidario. Se trata de responder adecuadamente a una población que en conjunto es más envejecida, más educada y con mayor conciencia de sus derechos, pero que sigue presentando grandes desigualdades en las condiciones de vida, lo que se expresa en importantes brechas en las condiciones de salud y enfermedad, se implementó una mejor oferta, calidad y eficiencia tanto de los servicios de cuidado como de protección, prevención, atención y rehabilitación de la salud de las personas mayores, este año se amplió la cobertura del Examen Médico Preventivo del Adulto Mayor (EMPAM), el cual

permite diagnosticar de manera precoz los factores de riesgo asociados a la pérdida de funcionalidad, para luego generar acciones de intervención. Este examen cubrió durante 2012 a más de 400.000 adultos mayores. Asimismo, a partir de 2013, se desarrolló y fortaleció un plan de prevención de la discapacidad y de rehabilitación, para las personas que tengan más de 65 años y que presenten algún grado de dependencia física potencialmente reversible^(38,61).

Con respecto a los Determinantes Sociales de la Salud, en relación a los estilos de vida, la actividad física de los sujetos de estudio un 70,8% no realiza ejercicio físico y de los que si realizan (29,2%) lo hace con una frecuencia de 3 o más veces por semana, al comparar con el estudio “Influencia ejercicio físico en la salud del adulto mayor. Consultorio “El Morro”, Municipio Sucre”, realizado por Díaz G, Vergara J.L. (2006)⁽⁵⁵⁾, se evidencian diferencias significativas con la investigación realizada, donde el estudio boliviano demostró un 54,5% de los adultos mayores del estudio realizaban ejercicio físico. Sin embargo, con el objetivo de aumentar la prevalencia de factores protectores para la salud en las personas mayores, el 2012, se implementaron varias acciones. Una de ellas fue una estrategia comunicacional focalizada en la promoción de una vida saludable en las personas mayores, asociada al Programa Elige Vivir Sano. La actividad física es uno de los factores más importantes para disminuir los deterioros y riesgos asociados al envejecimiento, el Instituto Nacional de Deporte (IND) implementó 255 talleres y 85 eventos deportivos para personas mayores autovalentes de las comunas más vulnerables, a través del Programa Adulto Mayor en Movimiento. Además, se cuenta con 34 recintos deportivos anualmente, para que grupos organizados de personas mayores puedan realizar sus actividades deportivas y recreativas. En el año 2013, se crea en Chile el Ministerio del Deporte (MINDEP), el cual cumple con el objetivo de entregar mayores facilidades a la población a realizar actividad física, es así como existe el programa “Adultos Mejores”, el cual se basa en las personas entre 60 y 70 años. La oferta programática será diversa, de acuerdo a las posibilidades de recintos disponibles,

equipamiento, y necesidades de los beneficiarios, entre las cuales encontramos gimnasia para el Adulto Mayor, Caminatas, Gimnasia Acuática, Tai chi, Senderismo, Pilates, entre otros ⁽⁶³⁾. Todas estas iniciativas buscan que los adultos mayores vivan un envejecimiento activo y con mayores niveles de bienestar subjetivo ⁽⁶¹⁾. A nivel de la comuna en la que se realizó el estudio, el CESFAM Teresa Baldecchi, mantiene políticas públicas de una mayor promoción de la actividad física de los adultos mayores, en el cual ofrece clases de aeróbica o gimnasia para las personas mayores de 65 años y que mantenía una asistencia responsable de parte de los participantes. En cuanto a hábito tabáquico, la mayoría de los participantes del estudio que mencionaron no hacerlo alcanzó un 93,2% y los que sí lo realizaban con una frecuencia de 3 o más veces por semana, no hay estudios de las mismas características con las que se pueda comparar. En Chile existen políticas públicas en relación al tabaco, llamada Ley 19419, en materia de ambientes libre de humo de tabaco, donde se aclaran los puntos que los ciudadanos deben conocer para poder adaptarse a las políticas públicas que instan a una reducción en el consumo del cigarrillo en la población para mejorar sus expectativas de salud ⁽⁶⁵⁾. En relación al hábito alcohólico, se muestra que en un 77,5% de los adultos mayores que participaron del estudio no beben y de los que sí, lo realizan con una frecuencia de ocasionalmente, como lo demuestra el estudio realizado por el médico J. Marín, llamado “Consumo de alcohol en los adultos mayores: prevalencia y factores de riesgo” (marzo, 2015), en el que se demuestra que cerca del 70% de los adultos mayores no beben alcohol ⁽⁶⁶⁾. Las leyes chilenas (Ley N° 19.925) contribuyen a mantener un orden público con respecto al consumo de alcohol e irresponsabilidades que este pueda ocasionar ⁽⁶⁶⁾.

Respecto a los niveles de dependencia en adultos mayores pertenecientes al CESFAM Teresa Baldecchi de San Carlos, un 54.7% fueron evaluados como Independientes y un 45,3% de los sujetos estudiados fueron evaluados como con algún grado de dependencia, lo cual concuerda con la encuesta CASEN 2013 ⁽²¹⁾, en la cual se muestra que

la mayoría de las personas encuestadas fueron categorizadas como independientes o autovalentes.

En cuanto a la edad, los adultos mayores de 80 y más años, presentaron algún grado de dependencia y aquellos con edad entre 65 y 69 años presentaron independencia, existiendo así una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Respecto a dicha situación se podría inferir que la variable edad está relacionada directamente proporcional a los niveles de dependencia, ya que entre más edad, mayor es el grado de dependencia en el adulto mayor; de la misma manera lo demuestra la encuesta CASEN 2013 ⁽²¹⁾, en la que se refleja que los mismos tramos de edad representan la mayor cantidad de personas independientes y con algún grado de dependencia respectivamente.

Respecto a la variable sexo, no se logró obtener resultados con alguna asociación estadísticamente significativa, ya que la muestra con la que se trabajó, no presentó una cantidad igualitaria entre mujeres y hombres, siendo la primera gran parte de la muestra. Sin embargo, se logra observar que los sujetos que presentaron sexo mujer, el 56,1% son evaluados con algún grado de dependencia versus un 49,3% en los hombres. En cuanto a los que fueron evaluados como independientes un 58,9% fueron mujeres y el resto hombres, evidenciando claro un aumento en la independencia por parte de las mujeres.

En la variable estado civil, aunque no se observa una asociación estadísticamente significativa con los determinantes sociales de la salud, presenta una relevancia importante ya que el 55,8% que son evaluados como independientes son casados, el cual se beneficia en gran número puesto que se incorpora la ayuda de otro sujeto para realizar las actividades básicas de la vida diaria, fomentando así la independencia.

En cuanto al nivel de escolaridad, se encontró una asociación estadísticamente significativa, donde los participantes del estudio que fueron evaluados con algún grado de dependencia e independientes con un 64,5 y 56,6% respectivamente poseen una escolaridad básica, estableciendo una relación importante debido a que la mayor parte de los sujetos evaluados con algún grado de dependencia deben presentar mayor

dificultad para comprender los cuidados o actividades que se realizan por parte del CESFAM para mejorar su dependencia.

Respecto a la situación de vivienda, a pesar de que no se demostró una asociación estadísticamente significativa, presenta una importancia ya que el 82,2% que se presenta en los participantes evaluados con algún grado de dependencia e independientes poseen vivienda propia. Esto se debe a que la mayoría de los adultos mayores pertenecientes al CESFAM Teresa Baldecchi han adquirido una mayor cantidad de oportunidades en relación a subsidios, participación en programas del ministerio de vivienda otorgándoles así su casa propia.

De acuerdo a lo mencionado durante las entrevistas sobre empleo, se observó un asociación estadísticamente significativa, el 95,3 y 86,1% de los participantes con algún grado de dependencia e independientes respectivamente no poseen empleo, por lo que solo poseen ingresos a través de sus pensiones mensuales y aportes familiares.

En cuanto a entorno, no se encuentra una asociación significativa con la variable dependiente, ya que la mayor parte de los participantes evaluados como con algún grado de dependencia e independientes presentaron un entorno bueno con un 85 y 89,1% respectivamente. Es importante destacar que la Municipalidad de San Carlos en conjunto con el CESFAM Teresa Baldecchi presta servicios comunitarios en relación a mejoramiento del entorno, además los sectores que cubre el centro de salud son en mayor parte pacíficos y tranquilos.

En relación a las patologías crónicas que presentan los participantes del estudio, el 70,1 y 65,1% de los que fueron evaluados con algún grado de dependencia e independientes respectivamente poseen más de 1 patología crónica. Esto se relaciona a el aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión, diabetes, dislipidemia), considerando además que la mayoría de los entrevistados tienen artrosis o algún tipo de enfermedad agregada. También cabe destacar que de la muestra estudiada, sólo un 6,4% no posee ninguna otra enfermedad, este bajo porcentaje es debido a que la

mayoría de los adultos mayores no adquieren un estilo de vida saludable en su juventud y con menos frecuencia lo trabajan en su envejecimiento.

Respecto a las patologías de salud mental, no se demostró una relación significativa, ya que el 82,2 y 79,1% de los participantes con algún grado de dependencia e independientes respectivamente no poseen enfermedades de salud mental, debido a que la mayoría de los adultos mayores estudiados no tienen algún tipo de empleo, situaciones complejas, pérdidas, que les produzcan algún tipo de estrés o decaimiento. También cabe destacar que la menor parte que poseía una enfermedad de salud mental se encontraban en constante control y programas de rehabilitación en el centro de salud.

En tanto, la categorización de FONASA que presentaba los participantes del estudio evaluado con algún grado de dependencia e independiente, el 96,3 y 93 % respectivamente se encuentra en FONASA A Y B, debido a que la mayoría de los adultos mayores estudiados se encuentran pensionados. Cabe destacar además que el resto de los participantes que fueron evaluados, los cuales representan un 5,5% del total, fueron categorizados como FONASA C, D Y OTROS, ya que ellos por recibir una pensión mayor deben cancelar un porcentaje de las prestaciones de salud que se le otorgan, lo cual para su envejecimiento activo, no es favorable, ya que muchas veces sus pensiones no son lo suficientemente altas para poder costear enfermedades, que los otros beneficiarios lo pueden hacer gratis. Lo que si podemos rescatar es que las mayores frecuencias de patologías crónicas y de salud mental se incluyen en el AUGE, por lo cual se ven beneficiados para poder recibir lo que ellos necesitan sin que se vea afectada su situación económica.

En cuanto a la percepción de la atención otorgada por el centro de salud, no tuvo una relación significativa en cuanto a los niveles de dependencia, ya que la mayoría de los participantes evaluados con algún grado de dependencia e independientes, el 74,8 y 84,5% respectivamente, consideraron la atención otorgada por el CESFAM como buena,

debido a que se les otorgaba una atención de forma cordial, respetuosa, oportuna en tiempo y en grado de resolutivez.

En relación a la actividad física, se encontró una relación significativa importante, ya que los participantes que fueron evaluados con algún grado de dependencia e independientes, el 86,6 y 56,6 % respectivamente no realizaban actividad física. Esto está relacionado a que la mayoría de los participantes con algún grado de dependencia por motivos de estabilidad, desplazamiento, no se encontraban aptos para realizar actividades que se les otorgaban, además de las enfermedades asociadas que poseían. Es importante también destacar que de los participantes que realizaban actividad física, el 76,8 % del total de los participantes, lo hacían con una frecuencia de 3 o más veces por semana, debido a que pertenecían a un grupo comunitario o formaban parte de programas para mejorar la autovalencia del adulto mayor del propio CESFAM.

Respecto a hábito tabáquico, no se obtuvo una relación significativa, puesto que se presentaron porcentajes similares en los participantes evaluados con algún grado de dependencia e independientes que no fumaban, ya que por parte del centro de salud se educa constantemente en las salas de espera y en los mismos controles que asiste el adulto mayor. En relación a los participantes del estudio que si fumaban, el 62,5% del total lo hacían con una frecuencia de 3 o más veces por semana, debido a que la mayoría de los sujetos mantenían el hábito desde jóvenes. Además, presentaban dificultad para retirarse de dicho hábito y comenzar una nueva vida saludable.

Para la variable hábito alcohólico, no se observó una relación significativa con los niveles de dependencia, puesto que el 76,6 y 78,3% de los participantes evaluados con algún grado de dependencia e independientes respectivamente no mantenían un hábito alcohólico. Esto se relaciona a que los participantes del estudio se mantienen en constantes controles con el centro de salud y se preocupan por informarse al momento de tener alguna duda o consulta. Además aquellos participantes que si mantenían un hábito

alcohólico, el 62,3 % del total lo hacía con una frecuencia de ocasionalmente, destacando que bebían en ocasiones especiales o en el almuerzo por mención del médico.

Al discutir los resultados de la investigación realizada con respecto a cómo influyen los determinantes sociales de la salud en los niveles de dependencia de los adultos mayores, podemos aceptar la hipótesis realizada al comienzo del estudio, debido a que los resultados y asociaciones demostraron significancia en cuanto a las variables estudiadas.

4.1 LIMITACIONES

- Escasos estudios de tipo correlacional relacionados con el tema de investigación.
- Retraso en la entrega de autorización por parte del establecimiento de salud para comenzar a realizar la investigación.

4.2 SUGERENCIAS

- Mayor énfasis en los determinantes sociales de la salud, incorporarlos en los primeros niveles de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío.
- Considerar los resultados de este estudio como sustento para futuras investigaciones del tema.

4.3 CONCLUSIONES

El estudio realizado sobre la asociación de los determinantes sociales de la salud con algún grado de dependencia (leve, moderado, grave e independientes) de los adultos mayores pertenecientes el CESFAM Teresa Baldecchi, de la comuna de San Carlos. A raíz de esta investigación podemos concluir que:

- Con respecto a los niveles de dependencia, el 54,7% de los participantes del estudio se clasifica como adulto mayor independiente y el 45,3% se encuentra con algún grado de dependencia.
- Con respecto a los antecedentes sociodemográficos, el 28,8% de los participantes tiene entre 70 y 74 años de edad. El 57,6% de los encuestados era mujer. El 55,1% de los participantes presenta como estado civil casado, 24,2% viudo(a), 12,7% soltero(a) y el 8,1% separado.
- Con respecto a las características socioeconómicas, el 60,2% de los participantes cursó solo estudios básicos y un 13% cursó estudios universitarios. El 82,2% tiene vivienda propia. El 90,7% de los entrevistados no tiene empleo. El 87,3% refiere que el entorno donde habita es bueno.
- Con respecto a los antecedentes de salud y características de la atención sanitaria, el 67,4% de los participantes presenta más de una patología crónica, mientras que el 13,1% solo presenta hipertensión y el 6,4% no presenta ninguna enfermedad. El 94,5% de los encuestados pertenece a la categorización de FONASA en la cual no se cancela por la atención y/o prestaciones. El 80,5% no tiene patologías de salud mental. El 80,1% indicó que la calidad de la atención otorgada por el centro de salud familiar es buena.
- Con respecto a los estilos de vida, el 70,8% de los participantes no realiza actividad física, del 29,2% que si realiza actividad física un 22,5% mantiene una frecuencia semanal de ejercicios aeróbicos 3 o más veces. El 93,2% de la población encuestada no mantiene un hábito tabáquico, de los que si mantienen este hábito

un 4,2% consume tabaco 3 veces o más a la semana. El 77.5% no consume alcohol habitualmente, y un 14% casos se caracterizaba por ser ocasional.

- Al comparar los niveles de dependencia con las características sociodemográficas se obtuvo que la edad de los participantes del estudio con algún grado de dependencia en un 30,8% tienen 80 y más años, mientras que aquellos que clasificaron como independientes en un 34,9% tienen entre 65 y 69 años, evidenciando que los niveles de dependencia dependen de la edad de los sujetos con un p-valor altamente significativo. El sexo, mayoritariamente en la muestra eran mujeres (57,6%), aun así esta variable no incide en los niveles de dependencia, al igual que el estado civil, ambos constituyen un p-valor no significativo para el estudio.
- Al comparar los niveles de dependencia con los antecedentes socioeconómicos, el nivel de escolaridad de los participantes del estudio demostró que aquellos que tenían algún grado de dependencia, el 64,5% cursó solo estudios básicos, mientras que en los participantes independientes, con un 56.6% realizó estudios básicos, evidenciando que los niveles de dependencia dependen del nivel de escolaridad con un p-valor altamente significativo. En tanto el empleo también evidencia con un p-valor altamente significativo en relación a los niveles de dependencia que aquellos que mantienen cierto grado de dependencia trabajan, representando un 4,7%, así como los que clasificaron como independientes un 13,2% trabaja. En cuanto a la vivienda y entorno, son variables que no demostraron influir en los niveles de dependencia, evidenciando con un p-valor no significativo.
- Al comparar los niveles de dependencia con los antecedentes de salud de los participantes del estudio, las patologías crónicas demuestran que un 70,1% de los categorizados con algún grado de dependencia mantiene más de una patología, mientras que en los encuestados independientes un 65,1% mantiene esta misma condición, con un p-valor altamente significativo, los niveles de dependencia dependen de las patologías que tenga el usuario. Las variables como patología de

salud mental, categorización de FONASA y percepción de la atención otorgada por el centro de salud, no fueron variables influyentes en los niveles de dependencia de los participantes del estudio.

- Al comparar los niveles de dependencia con los estilos de vida, la actividad física muestra que en los participantes con algún grado de dependencia un 13,1% realizaban actividad física, mientras que los independientes, un 42,6% realizaban ejercicio físico, evidenciando con un p-valor altamente significativo, confirmando que los niveles de dependencia dependen de la actividad física que realice el individuo; la frecuencia con la que realizaban actividad física los encuestados con algún grado de dependencia reveló que un 71,4% lo hacía 3 o más veces a la semana, mientras que los independientes lo realizan en un 78,2%. El hábito tabáquico no constituye una variable que lleve hacia la dependencia, asimismo el hábito alcohólico, estas últimas dos con p-valor no significativos para el estudio.
- Los Determinantes Sociales de la Salud constituyen una óptima herramienta para el estudio del comportamiento humano, de los factores que influyen en su salud y comportamiento social. Al poder interiorizarse con este tema se debe tomar la importancia de la promoción de salud e intervenir en los problemas que se anuncian en la población a través de estudios e informaciones gubernamentales. Al momento de realizar promoción de salud de manera positiva en la población, se verá la importancia de los Determinantes Sociales de la Salud, que otorgándole la relevancia necesaria en las personas de manera positiva, se encontrarán usuarios adultos mayores con un alto grado de independencia, en cambio si se realizan intervenciones que no aporten lo suficiente en la calidad de vida de los usuarios senescentes, tendremos una población con altos niveles de dependencia. Es por esto la importancia de la Enfermería en los antecedentes de salud e intervenciones que se deben hacer para mantener y aumentar la independencia en los adultos mayores. Sin embargo, las políticas gubernamentales son primordiales para poder otorgarles una calidad de vida adecuada a la población del país.

V. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Pontificia Universidad Católica. Apuntes sobre historia de la medicina “La medicina hipocrática” [Internet] [Consultado: 9 de junio 2015]. Disponible en:
http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/historiamedicina/HistMed_04.html
- 2) Villar E. Los Determinantes Sociales de Salud y la lucha por la equidad en Salud: desafíos para el Estado y la sociedad civil. Sociedad Saúde, São Paulo. 2007; Volumen 16, n°3. [7-13]. [Consultado: 11 de junio de 2015].
- 3) Schultz M. Rudolf Virchow. Emerg Infect Dis. [Revista en Internet] Septiembre 2008 [Consultado: 10 de octubre 2014]; Vol. 14(9) [1480- 1481] Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2603088/>
- 4) Schechter M. Rudolf Virchow, Salud pública y medioambiente formado. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine. 2003; Volumen 8, n°4. [Consultado: 03 de marzo de 2015] Disponible en:
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3456221/pdf/11524_2006_Article_252.pdf]
- 5) Alfaro Porras E. Uso de las concepciones teóricas sobre los determinantes sociales de la salud [monografía internet]. Costa Rica. [consultado:16 de marzo de 2015] Disponible en:
<http://www.saludpublica.ucr.ac.cr/Libro/03%20Uso%20de%20las%20concepciones.pdf>
- 6) Frenz P. Desafíos de Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud. Rev. Chil. Salud Pública [Revista Internet] 2005 [Consultado: 15 de Octubre 2014]; Vol. 9(2) [103-110] Disponible en:
<http://www.revistaderecho.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/20128/21293>
- 7) Chávez A, Vidal D, Merino J. Determinantes sociales de la salud y conductas vinculadas a la salud. Comuna de Coronel, Región del Bío Bío, Chile. Revista Cuadernos Médicos Sociales [Revista en Internet] Marzo 2010 [citado 10 de noviembre 2014]; Vol. 50(1)[pág. 39-48] Disponible en:
http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/publicaciones/cuadernos/50_1.pdf

- 8) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estado Mundial de la Infancia: Salud materna y neonatal. UNICEF. 2009; pág: 31. [Consultado: 14 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc09/docs/SOWC09-FullReport-ESP.pdf>
- 9) Declaración de ALMA-ATA, 1978: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Salud Pública Educ Salud. 2002; 2 (1): 22-24. [Consultado: 8 de junio de 2015]. Disponible en: <http://mpsp.webs.uvigo.es/rev02-1/AlmaAta-02-1.pdf>
- 10) Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986. Salud Pública Educ Salud. 2001; 1 (1): 19-22. [Consultado: 8 de junio de 2015]. Disponible en: <http://mpsp.webs.uvigo.es/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>
- 11) Programa Interdisciplinario de Estudios Gerontológicos, Universidad de Chile. El cambio demográfico en Chile. [Internet] [Consultado: 22 de Mayo de 2015] Disponible en: <http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/chien3.htm>
- 12) Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre el envejecimiento de la población [Internet]. Abril 2012; [consultado: 21 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
- 13) Servicio Nacional del Adulto Mayor, Gobierno de Chile. Cuenta Pública, Gestión 2011-2013 [Internet]. 20 de marzo de 2013; [consultado: 21 de septiembre 2014]. Disponible en: <http://www.senama.cl/filesapp/Cuenta%20Publica%202010%202013%206%20de%20marzo.pdf>
- 14) González F, Massad C, Lavanderos F. Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores [Internet]. [consultado: 22 de septiembre 2014]. Disponible en: http://www.senama.cl/filesapp/Estudio_dependencia.pdf
- 15) Subsecretaría de Previsión Social, ¿Qué es la Previsión? [Internet]. Marzo 2013; [Consultado: 1 de junio de 2015]. Disponible en: http://www.previsionsocial.gob.cl/subprev/?page_id=7157
- 16) Ministerio de Salud, Servicio Nacional del Adulto Mayor. Programa Nacional de Salud de las personas Adultas Mayores [Internet]. 2014. [consultado: 15 de

- octubre 2014] Disponible en:
http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf
- 17) Salinas J, Vio del Río F. Promoción de la Salud y actividad física en Chile: política prioritaria. *Pan Am Public Health*. 2003; 14(4). [Consultado: 8 de junio de 2015]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v14n4/18134.pdf>
- 18) OMS. Determinantes Sociales de la Salud [Internet]. [Consultado: 15 de Octubre 2014] Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/
- 19) Freese B, Beckman S, Boxley-Harges S, Bruick-Sorge C, Matthew-Harris S, Hermiz M, et.al. Betty Neuman: Modelo de los sistemas. En: Marriner Tomey A. Raile Alligood M. editores. *Modelos y Teorías en Enfermería*. 4ª ed. España: Harcourt Brace; 1999. p. 267-299.
- 20) Romero Herrera G, Flores Zamora E, Cárdenas Sánchez P, Ostiguín Meléndez R. Análisis de las bases teóricas del modelo de sistemas de Betty Neuman. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM [Revista en Internet]* 2007 Enero – Abril. [Consultado: 26 de Abril de 2015]; 4(1). p 44 – 48. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/viewFile/30301/28146>
- 21) Moreno-Segovia E, Miles-Avello J. *Adultos Mayores por Regiones, Comunas y Porcentajes* [monografía en Internet]. Chile: Servicio Nacional del Adulto Mayor: 2003 [Consultado: 2 de Junio de 2015] Disponible en: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/adultosmayores/pdf/mayorescenso2002.pdf
- 22) Ministerio Desarrollo Social, INE. *Encuesta CASEN 2013, Adultos mayores*. Encuesta de caracterización socioeconómica nacional. [Internet]. [Consultado: 12 de junio 2015]. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013_Adultos_mayores_13mar15_publicacion.pdf
- 23) Ávila-Agüero ML, *Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud*. *Acta médica costarricense* [Revista en Internet]. 2009. [Consultado: 08 de septiembre

- de 2014]; Vol. 51(2) [71-73]. Disponible en :
<http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v51n2/art02v51n2.pdf>
- 24) Corvalán C. Los determinantes sociales y ambientales en relación al cambio climático y la salud [Internet] [consultado: 18 de noviembre 2014]. Disponible en: <http://www.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2013/07/Carlos-Corvalan-Los-determinantes-sociales-y-ambientales-en-relacion-al-cambio-climatico-y-la-salud.pdf>
- 25) Vidal-Gutiérrez D, Chamblas-García I, Zavala- Gutiérrez M, Müller Gilchrist R, Rodríguez-Torres, M.C., Chávez-Montecino A. Determinantes sociales de la Salud y Estilos de Vida en Población Adulta de Concepción, Chile. Ciencia y Enfermería [Revista en línea] 2014. [visitado 10 de noviembre 2014]; Vol. 20(1) Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532014000100006&script=sci_arttext
- 26) OECD. Índice de Calidad de Vida: Chile [Internet] 2015 [Consultado: 12 de Abril de 2015] Disponible en: <http://www.oecdbetterlifeindex.org/es/countries/chile-es/>
- 27) Instituto de Sociología UC. Chile y sus mayores, Resultados Tercera Encuesta Nacional Calidad de Vida en la Vejez 2013 [Internet]. Marzo 2014; [consultado: 21 de septiembre 2014]. Disponible en: <http://www.senama.cl/filesapp/Chile%20y%20sus%20mayores%202013,%20Encuesta%20de%20Calidad%20de%20Vida.pdf>
- 28) Ministerio Desarrollo Social. Región del Biobío: Caracterización de Adultos Mayores por Género, Encuesta Casen 2011 [Internet]. Diciembre 2012; [consultado: 21 septiembre 2014]. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/Biob%C3%ADo_final_50e1b58b569f3.pdf
- 29) Huerta-Riveros P, Paúl-Espinoza I, Leyton-Pavez C. Impacto de indicadores de gestión en salud sobre estrategias de un servicio de salud público. Open Journal System [Internet]. 12 de abril 2012; [consultado: 21 de septiembre 2014]. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/27801/36330>
- 30) OMS. Temas de Salud : Envejecimiento [Internet] [Consultado: 8 de septiembre 2014] Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es>

- 31) Ministerio de Salud, Servicio Nacional del Adulto Mayor. Estudio de Actualización del Catastro de Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM) del país, Informe Final [internet]. Enero 2013, [Consultado: 15 de Septiembre 2014] Disponible en: <http://www.senama.cl/filesapp/INFORME%20FINAL%20CATASTRO%20ELEAM%20NACIONAL%202012%20REVISADO.pdf>
- 32) Fuentes-García A, Sánchez H, Lera L, Cea X, Albalá C. Desigualdades socioeconómicas en el proceso de discapacidad en una cohorte de adultos mayores de Santiago de Chile [Internet]. Año 2010. [Consultado: 17 de Septiembre 2014]; 27(3) [226-232]. Disponible en: <http://www.captura.uchile.cl/handle/2250/132998>
- 33) SENAMA. Principales Beneficios y Programas del Gobierno para las personas Mayores. Enero 2012. [Consultado: 9 de junio de 2015] Vol. 6. Disponible en: <http://www.senama.cl/filesapp/Enero-2012.pdf>
- 34) García-Ramírez J, Vélez-Alvares C. América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas. Revista Salud Pública [Revista internet]. Mayo 2013 [citado 15 de abril 2015]; Volumen 15(5) [pág. 731-742] disponible: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v15n5/v15n5a09.pdf>.
- 35) Ministerio de Salud. Determinantes Sociales. [Internet] [Consultado: 14 de octubre del 2014]. Disponible en: http://web.minsal.cl/determinantes_sociales
- 36) Waitzkin H. Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social. Medicina Social. 2006. [Internet] [Consultado: 17 de Abril de 2015]; 1(1). Disponible en: <http://pendientedemigracion.ucm.es/centros/cont/descargas/documento28401.pdf>
- 37) Marqués F. Curso de Postgrado sobre Promoción y Educación para la Salud: Marco teórico de la promoción y la educación para la salud. Universidad de Lleida. [Consultado: 13 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.ice.udl.es/udv/demoassig/recursos/edusal/fixxers/unidad1.pdf>

- 38) Ferrer M. Plan Auge y Reforma a la Salud: ¿Vía a la equidad en salud? [citado: 10 junio 2015] Disponible en: http://www.agendapublica.uchile.cl/n4/1_ferrer.html
- 39) Ministerio de Salud. Fondo Nacional de Salud. [Internet] [Consultado: 17 de Abril de 2015] Disponible en: http://web.minsal.cl/FONDO_NACIONAL_DE_SALUD
- 40) Fondo Nacional de Salud. Tramos A, B, C, D [Internet] [Consultado: 17 de Abril de 2015] Disponible en: https://www.fonasa.cl/portal_fonasa/stat/pages/tramos-a-b-c-d.html
- 41) Superintendencia de Salud de Chile. Patologías garantizadas AUGE [Internet] [Consultado: 17 de Abril de 2015] Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/w3-propertyname-501.html>
- 42) Escobar M, Olivares S, Zacarías I. Prevención de las enfermedades cardiovasculares [monografía en Internet]. Chile: Ministerio de Salud, Universidad de Chile; [Consultado: 18 de mayo de 2015]. Disponible en: http://www.inta.cl/material_educativo/cd/4Cardio.pdf
- 43) Urbina M, Gonzales M. La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas. [Internet] México, 2012. [Consultado: 10 de octubre 2014]. Disponible en: <http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/892/La%20importancia%20de%20los%20determinantes%20sociales%20en%20las%20poli%CC%81ticas%20pu%CC%81blicas.pdf>
- 44) Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades de Salud. Gaceta Sanitaria [Revista en internet] Septiembre - Octubre 2008 [Consultado: 10 de noviembre 2014]; Vol. 22(5) Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112008000500012&script=sci_arttext
- 45) Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. “Desafío a la falta de equidad en la Salud”. 2001; Publicación 585: 339-340. [Consultado: 05 de abril de 2015], Disponible en: <https://books.google.cl/books?id=MT47W378L4IC&pg=PA340&lpg=PA340&dq=modelo+de+capas+de+dahlgren+y+whitehead&source=bl&ots=lvTZ9SPRIO&sig=Ntw>

EpiyMA4JOq8wHiAGS016qNmQ&hl=es-

419&sa=X&ei=LFclVfblJ8nwsAX0ooHABw&ved=0CGUQ6AEwDQ#v=onepage&q=modo%20de%20capas%20de%20dahlgren%20y%20whitehead&f=false

- 46) Vélez C, Vidarte J. Discapacidad y Determinantes Sociales de la Salud Estructurales e Intermedios: Diferencias por Género [Revista en Internet]. Cienc. innov. salud. 2014 [Consultado: 15 de mayo de 2015]; Vol.2 (2): 63 – 69. Disponible en: <http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/innovacionsalud/index.php/innovacionsalud/article/viewFile/156/162>
- 47) OECD. Índice de Calidad de Vida: Canadá [Internet] 2015 [Consultado: 12 de Abril de 2015] Disponible en: <http://www.oecdbetterlifeindex.org/es/countries/canada-es/>
- 48) OMS. Commission on Social Determinants of Health [Internet] 2005-2008 [Consultado: el 15 de octubre 2014]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/en/#
- 49) OMS. Comisión sobre los determinantes sociales.[sitio web]. [Consultado: 16 de octubre del 2014]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/
- 50) Ramírez-Velez R, Agredo R, Jerez A, Chapal L. Calidad de vida y condiciones de salud en adultos mayores no institucionalizados en Cali, Colombia. Revista Salud Publica [Revista en internet] 2008. [Consultado: 23 de septiembre 2014]; 10 (4). Disponible: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n4/v10n4a03.pdf>
- 51) Delgado-Acosta H, Alonso-Padrón E, Rodríguez-Fernández L, Pedraza-Alejo D, Álvarez-Pérez A, Pérez-Álvarez A. Estudio de determinantes sociales y estado de salud de la población. Revista Finlay [revista en Internet]. 2013 [citado 2014 Nov 27]; Vol. 3(4):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/214>
- 52) Marín J. Consumo del alcohol en los adultos mayores: prevalencia y factores asociados. [Revista en internet] Marzo 2015. [Consultado 12 de junio 2015]; 23. Disponible en: <http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2014/04/Boletin-N-%C2%A623-PDF2.pdf>

- 53) Villarreal G, Month E. "Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). [revista internet] disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522012000100008&script=sci_arttext
- 54) Cardona D. Comparativo de la calidad de vida del adulto mayor. Medellín, 2008. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2010; 28(2): 149-160. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/5051>
- 55) Díaz G, Vergara J.L. Influencia del ejercicio físico en la salud del adulto mayor Consultorio "El Morro", Municipio Sucre. [revista internet] 2006 [citado 15 de abril 2015];13 (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000200031
- 56) Barrantes-Monge M, García-Mayo E, Gutiérrez L, Miguel-Jaimes A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. Revista Salud Pública México [Revista internet] 2007 [citado 15 de abril 2015]; 49 (4). Disponible: http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S0036-36342007001000004&script=sci_arttext
- 57) Cardona D, Estrada A, Agudelo H. Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. Revista Biomédica [revista en internet] Junio 2006 [visitado el 27 noviembre 2014]; Vol. 26(2) [206-215]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84326204>
- 58) Tomsone S, Horstmann V, Oswald F, Iwarsson S. "Aspectos del hogar y estado de salud percibido según AVD en grupos de adultos mayores dependientes e independientes, en muestras de tres naciones" Junio 2013, Alemania, Letonia y Suecia). [Consultado: 15 de marzo de 2015] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23740591>.
- 59) Mahoney F, Barthel D. Funcional Evaluation: The Barthel Index. Meryland State Medical Journal [Revista en Internet] 1965 [Consultado: 28 de Septiembre 2014] ; Vol.14 [56-61] Disponible en:

<http://www.kcl.ac.uk/lsm/research/divisions/cicelysaunders/attachments/Tools-BI-Functional-Evaluation-The-Barthel-Index.pdf>

- 60) Baztán JJ, Pérez-del-Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1993;28:32-40.
- 61) Ministerio Desarrollo Social. Envejecimiento: Informe Política Social. 2012. [Consultado: 5 de junio 2015]. Disponible: http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/ipos-2012/media/ipos_2012_pp_186-205.pdf
- 62) Servicio Nacional del Adulto Mayor. Estudio recopilación sistematización y descripción de la información estadística disponible sobre la vejez y envejecimiento en Chile. Diciembre 2011. [Consultado: 10 junio 2015] Disponible en: <http://www.senama.cl/filesapp/INFORME%20FINAL%20ESTUDIO%20RECOPILACION%20ESTADISTICA.pdf>
- 63) Servicio Nacional del Adulto Mayor. Indicadores sociodemográficos de las personas mayores a nivel territorial. Julio 2013. [citado:10 de junio 2015] Disponible en: <http://www.senama.cl/filesapp/boletin%20Unidad%20de%20EstudiosOK.pdf>
- 64) Instituto Nacional del Deporte. Adultos Mejores. Disponible: <http://www.ind.cl/deporte-para-todos/adultos-mejores/>
- 65) Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Ley 19419. [citado: 10 junio 2015] Disponible: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1047848>
- 66) Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Ley 19925. [citado. 10 junio 2015] Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=220208>
- 67) Gómez-Pavón J., *et al.* Prevención de la dependencia en las personas mayores. *Rev. Clin Esp*. [Revista en Internet] 2008; [Consultado: 15 de octubre del 2015]; Vol. 208(7) [1-361]. Disponible en: <http://www.revclinesp.es/en/prevencion-dependencia-las-personas-mayores/articulo/S0014256508717703/>

- 68) Real Academia Española. Significado Edad. [Consultado: 15 de octubre del 2014].
Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=edad>
- 69) Fong J, Bueno J. Geriatría ¿Es desarrollo o una Necesidad? MEDISAN. [Revista en Internet] 2002 [Consultado: 15 de Octubre 2014]; Vol. 6(1) [69-75] Disponible en :
http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol6_1_02/san11102.htm
- 70) Real Academia Española. Significado Sexo [Internet] [Consultado: 22 de Septiembre 2014] Disponible en:
<http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=Wy9YtNaOODXX2uhtDb5a>
- 71) Real Academia Española. Significado Escolaridad [Internet]. [Consultado: 15 de octubre del 2014]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=escolaridad>
- 72) LABORSTA Internet. Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE-97) [Internet]. [Consultado: 20 de Octubre 2014] Disponible en:
<http://laborsta.ilo.org/applv8/data/isc97s.html>
- 73) Enciclopedia Jurídica, Estado Civil [Internet] 2014. [Consultado: 22 de Junio de 2015] Disponible en: <http://www.encyclopedia-juridica.biz14.com/d/estado-civil/estado-civil.htm>
- 74) Real Academia Española. Definición vivienda [Internet]. [Consultado: 22 de junio de 2015] Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=vivienda>
- 75) Definición ABC, Definición de empleo [Internet] 2007-2015 [Consultado: 22 de junio de 2015] Disponible: <http://www.definicionabc.com/economia/empleo.php>
- 76) Álvar N, Suñol R. La calidad de la Atención [Internet]. [Consultado: 22 de junio de 2015] Disponible en:
http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf
- 77) Pontificia Universidad Católica de Chile, Manual de Patologías General: Conceptos [Revista en Internet]. [Consultado: 23 de junio de 2015] Disponible en:
http://escuela.med.puc.cl/publ/patologiageneral/patol_004.html
- 78) Barrón-Pavón V, Ojeda-Urzúa G, Vera-Sommer S. Estilos de vida de personas mayores de 65 años económicamente activas de Chillán y Valparaíso. Chile

[Internet] 2006 [Consultado: 30 de septiembre del 2014]. Disponible en:
http://www.facso.uchile.cl/observa/tesis_barron.pdf

ANEXO 1: MATRIZ DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Nivel de Dependencia	Resultado de la interacción de los cambios fisiológicos relacionados con la edad, las enfermedades crónicas, las condiciones agudas e intercurrentes y el entorno psicosocial ⁽⁶⁷⁾ .	En este estudio el Nivel de dependencia se clasifica, según el Índice de Barthel (ABVD) ⁽⁶⁰⁾ en: <ul style="list-style-type: none"> - Independiente - Con algún grado de dependencia (Leve, Moderado, Grave)
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de realización del estudio ⁽⁶⁸⁾ .	La edad se expresa en años. En este estudio se clasifica en rangos de edad según la OMS ⁽⁶⁹⁾ : <ul style="list-style-type: none"> - Tercera edad: 65 años y más - Rangos: <ul style="list-style-type: none"> - 65 y 69 años - 70 y 74 años - 75 y 79 años - 80 años y más
Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer en los seres humanos ⁽⁷⁰⁾ .	El sexo se clasifica en ⁽⁷⁰⁾ : <ul style="list-style-type: none"> - Hombre - Mujer
Nivel de Escolaridad	Nivel de conocimientos alcanzados de acuerdo a estudios terminados ⁽⁷¹⁾ .	La escolaridad se clasifica en ⁽⁷²⁾ : <ul style="list-style-type: none"> - Sin Estudios - Básica - Media - Técnica

		<ul style="list-style-type: none"> - Universitaria
Estado Civil	Situación en la que se encuentra una persona según sus circunstancias y la legislación y a la que el ordenamiento concede ciertos efectos jurídicos ⁽⁷³⁾ .	<p>El estado civil se clasifica en ⁽⁷³⁾:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soltero - Casado - Viudo - Separado
Previsión en Salud	Es el conjunto de prestaciones en beneficio de los trabajadores y de sus familiares o beneficiarios, que tiene por objeto satisfacer económicamente sus necesidades, en caso de vejez, invalidez o sobrevivencia y así mantener su nivel de vida económico, social, cultural e integral ⁽¹⁴⁾ .	<p>Se clasifica en ⁽³⁹⁾:</p> <ul style="list-style-type: none"> - FONASA A y B (No pago por atención en salud) - FONASA C, D y otros (Pago por atención en salud)
Vivienda	Lugar cerrado y cubierto construido para ser habitado por personas ⁽⁷⁴⁾ .	<p>Se entenderá como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Propia. - No Propia. - Cantidad de personas del hogar. - Con quién(es) habita.
Empleo	Concreción de una serie de tareas a cambio de una retribución pecuniaria ⁽⁷⁵⁾ .	<p>Empleo clasificado como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Con empleo - Sin empleo

<p>Calidad de Atención en Salud</p>	<p>Es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes ⁽⁷⁶⁾.</p>	<p>Clasificación ⁽⁷⁶⁾:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buena (oportuna en tiempo, resuelven el problema de salud) - Regular (larga espera, insatisfecha en la resolución del problema)
<p>Patologías Asociadas</p>	<p>Estudio de las enfermedades como procesos o estados anormales de causas conocidas o desconocidas ⁽⁷⁷⁾.</p>	<p>Se entenderán como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patología Fisiológica (Enfermedad Crónica) - Patología Psicológica. - Ambas. - Ninguna.
<p>Estilos de Vida</p>	<p>Conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo y son fruto básicamente de la interacción entre las reacciones aprendidas durante el proceso de socialización y las condiciones de vida de ese individuo o grupo ⁽⁷⁸⁾.</p>	<p>En este estudio los estilos de vida se clasifican según:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actividad Física - Hábito Tabáquico - Hábito alcohólico

ANEXO 2: CARTAS DE SOLICITUD DE DIRECTORA DE ESCUELA.



DIRECCIÓN ESCUELA DE ENFERMERÍA

OFICIO Nº /2013

MAT.: Solicita Autorización

CHILLAN, 27 de abril 2015

A: SR. VICTOR MENDEZ SALINAS

Centro de Salud Familiar Teresa Baldecchi, San Carlos.

DE: SRA. PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S), Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada “Asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud con los niveles de dependencia de los adultos mayores pertenecientes al CESFAM Teresa Baldecchi, San Carlos 2015” con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:

- M^ª Ignacia Hernández Andrades 18.267.378-1
- Diego Peña Carrasco 17.351.661-4
- Felipe Uribe Sepúlveda 18.155.641-2

- Valentín Vergara Gutiérrez 18.216.807-6

Académico Guía:

E.U: Sra. Ana Raquel Pincheira Rodríguez, Magíster Salud Pública.

Propósito de la Tesis:

- Determinar la asociación de los Determinantes sociales de la Salud con el nivel de dependencia de los adultos mayores.

Objetivos Generales de la Tesis:

- Conocer las características socio demográficas, socio económico, ambiental y clínicas de los participantes en el estudio.
- Asociar los determinantes sociales de la salud con el nivel de dependencia que presente el adulto mayor en estudio.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los estudiantes, puedan acceder a la información necesaria y aplicar instrumentos de análisis de datos a usuarios del Centro de Salud Familiar que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante el mes de abril del año 2015, resguardando la confidencialidad y anonimato de la información recopilada.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente.

PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería (S)

ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Participante:

Quienes Suscriben, María Ignacia Hernández Andrades RUN: 18.267.378-1, Diego Peña Carrasco RUN: 17.351.661-4, Felipe Uribe Sepúlveda RUN: 18.155.641-2, Valentín Vergara Gutiérrez RUN: 18.216.807-7

Estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, están realizando una investigación titulada: “Asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud con los niveles de dependencia en adultos mayores pertenecientes al CESFAM Teresa Baldecchi, San Carlos”.

El objetivo del estudio es Identificar la asociación que existe entre los determinantes sociales de la salud con los niveles de dependencia en adultos mayores del CESFAM Teresa Baldecchi de la comuna de San Carlos.

Usted ha sido seleccionado para participar en esta investigación, la cual consiste en medir los niveles de dependencia y como estos se ven afectado por los principales determinantes sociales de la salud. Esto le tomará aproximadamente 15-20 minutos.

La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad. Su nombre no será utilizado y la información será sólo almacenada por el investigador principal en dependencias institucionales, no existiendo copias de ésta. Esta información sólo será utilizada en esta investigación.

Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para su participación en cualquier momento.

El estudio no conlleva ningún riesgo para su salud ni recibe ningún beneficio. No recibirá compensación por participar. Los resultados grupales estarán disponibles en la Escuela de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío si así desea solicitarlos. Si tiene alguna pregunta

sobre esta investigación, se puede comunicar con Ana Raquel Pincheira Rodríguez al fono +56 (42) 246 3228 o al correo electrónico apinchei@ubiobio.cl Este consentimiento se firmará en dos ejemplares, quedando uno en poder del participante.

Agradeciendo su participación, le saluda atentamente,

María Ignacia Hernández

Diego Peña Carrasco

Felipe Uribe Sepúlveda

Valentín Vergara Gutiérrez

ACEPTACIÓN

Yo, _____, he leído el procedimiento descrito arriba. El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de los estudiantes, María Ignacia Hernández, Diego Peña Carrasco, Felipe Uribe Sepúlveda, Valentín Vergara Gutiérrez sobre “Asociación entre los Determinantes Sociales de la Salud con los niveles de dependencia en adultos mayores pertenecientes al CESFAM Teresa Baldecchi, San Carlos.

He recibido copia de este consentimiento.

Firma Participante

María Ignacia Hernández, Diego Peña Carrasco,
Felipe Uribe Sepúlveda, Valentín Vergara Gutiérrez

ANEXO 4: CUESTIONARIO

Antes de responder el siguiente cuestionario, leer y tener en cuenta lo siguiente:

- Conteste las preguntas de manera espontánea y sin temor.
- Sus respuestas son confidenciales.
- No existen respuestas buenas o malas.
- Por favor responda a todas las preguntas.
- Si presenta alguna interrogante acerca de la aplicación de la encuesta no dude en consultar.

A continuación se le presenta una serie de preguntas que usted tendrá que marcar con una alternativa y en otras completar los espacios en blanco.

I. Antecedentes socio demográficos:

1- ¿Cuántos años tiene usted?

_____ Años.

2- Identifique su sexo: **Marque con una X.**

Mujer: _____ Hombre: _____

3- ¿Cuál es el nivel de escolaridad que alcanzó? **Marque con una X.**

- Sin estudios: _____
- Básica: _____
- Media: _____
- Técnica: _____

- Universitaria: _____

4.- ¿Cuál es su Estado Civil? **Marque con una X.**

- Soltero: _____
- Casado: _____
- Viudo: _____
- Separado: _____

II.- Antecedentes socioeconómicos

1. ¿Cuál es la situación de vivienda que presenta? **Marque con una X**

Propia: _____

No propia: _____.

2. Indique con quién comparte su vivienda **Marque con una X:**

Esposo (a) _____ Hijos _____ Nietos _____ Sobrino _____

Otros _____

3. ¿Cuántas son las personas que viven con Ud.?

4. ¿Cómo considera el entorno del lugar donde habita? **Marque con una X.**

Bueno: _____ Regular: _____ Malo: _____

5. ¿Posee algún tipo de Empleo? **Marque con una X.**

Si: ____ No: ____ Cual: _____

6. Si su respuesta es **SI**: ¿Cuál es la remuneración? \$ _____

7. ¿Cuál es el tipo de previsión de salud que usted tiene? **Marque con una X.**

FONASA A ____ FONASA B ____ FONASA C ____ FONASA D ____
ISAPRE _____ OTRO _____

III. Antecedentes de Salud:

1.- ¿Presenta algún tipo de enfermedad Crónica? Como por Ejemplo:

Marque con una X.

- I. Diabetes: _____
- II. Hipertensión: _____
- III. Dislipidemia: _____
- IV. Otra: _____
- V. Ninguna: _____

2.- ¿Presenta alguna patología psicológica ó pertenece al programa de Salud Mental?

Marque con una X.

Si: ____ No: ____ Cual: _____.

3.- ¿Alguna de estas patologías afecta en las actividades básicas de la vida diaria? **Marque con una X.**

- I. Patología Fisiológica (Enfermedad Crónica): _____

II. Patología Psicológica: _____

III. Ambas: _____

IV. Ninguna: _____

4.- ¿Cómo evaluaría usted la atención en salud otorgada, cuándo acude a sus controles o en situación de urgencia? **Marque con una X.**

Buena: _____

Regular: _____

Deficiente: _____

V. Estilos de vida

1.- ¿Realiza Algún tipo de Actividad Física? **Marque con una X.**

Si: _____ No: _____ Cual: _____.

2.- ¿Cuántas veces por semana? **Marque con una X.**

1 vez: _____ 2 veces: _____ 3 veces: _____ Más: _____.

3.- ¿Bebe algún tipo de bebida alcohólica? **Marque con una X.**

Si: _____ No: _____

4.- Si su respuesta es **SI**, ¿Cuántas veces a la semana? **Marque con una X.**

1 vez: _____ 2 veces: _____ 3 veces : _____ Mas: _____

5.- ¿Usted Fuma algún tipo de cigarrillo? **Marque con una X.**

Si: _____ No: _____

6.- Si su respuesta es **SI**, ¿Cuántas veces a la semana? **Marque con una X.**

1 vez: _____ 2 veces: _____ 3 veces: _____ Mas: _____

ANEXO 5: INDICE DE BARTHEL

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (Valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (Valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa.	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0
Total		

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla)	
Resultado	Grado de
< 20	Total
20-35	Severo
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

