

Recomendaciones para contribuir a la mejora del programa GES de ayudas técnicas para personas de 65 años y más

Proyecto FONIS SA13 | 20089 “Discapacidad y Envejecimiento: Impacto del GES Órtesis en la capacidad funcional de las personas de 65 años y más, estudio prospectivo.”

25/11/2016

Recomendaciones para contribuir a la mejora del programa GES de ayudas técnicas para personas de 65 años y más © 2016 by Centro de Epidemiología y Políticas de Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo is licensed under Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International





Reporte: “Recomendaciones para contribuir a la mejora del programa de ayudas técnicas para personas de 65 años y más”.

Centro de Epidemiología y Políticas de Salud. Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo.

Proyecto FONIS SA13|20089 Discapacidad y Envejecimiento: Impacto del GES Órtesis en la capacidad funcional de las personas de 65 años y más, estudio prospectivo.

Santiago de Chile, 2016

Contenido

I.	ANTECEDENTES DEL PROYECTO	3
1.	INTRODUCCIÓN	3
2.	OBJETIVOS	4
3.	PRINCIPALES RESULTADOS	5
II.	METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES.....	11
III.	RECOMENDACIONES.....	12
1.	COMPROMISO POLÍTICO Y MARCO LEGAL	13
2.	PESQUISA OPORTUNA DE LA NECESIDAD DE AYUDA TÉCNICA Y PROCESO DE INDICACIÓN Y ENTREGA	14
3.	SEGUIMIENTO DEL PACIENTE Y EVALUACIÓN DE IMPACTO.....	16
4.	ARTICULACIÓN DE LA RED	16
5.	SUPERVISIÓN Y FISCALIZACIÓN.....	17
IV.	PARTICIPANTES DE REUNIÓN DE EXPERTOS	18
V.	LISTADO DE INVESTIGADORES Y COLABORADORES DEL PROYECTO	19

I. Antecedentes del proyecto

El documento que se presenta a continuación contiene las recomendaciones para contribuir a la mejora del programa de ayudas técnicas (AT) para personas de 65 años y más. Estas recomendaciones corresponden a uno de los productos comprometidos en el proyecto “Discapacidad y Envejecimiento: Impacto del GES Órtesis en la capacidad funcional de las personas de 65 años y más, estudio prospectivo”, desarrollado entre marzo 2014 y diciembre 2016. Este proyecto contó con financiamiento del Fondo Nacional de Investigación en Salud SA13|20089.

La entidad ejecutora del proyecto fue la Universidad del Desarrollo, a través del Centro de Epidemiología y Políticas de Salud perteneciente a la Facultad de Medicina. El proyecto contó con el apoyo y participación del Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), Hospital Padre Hurtado (HPH), Municipalidades de La Granja, San Ramón y La Pintana, Centros de Atención Primaria (APS) de la red de atención del hospital y otras instituciones y participantes colaboradores. El equipo investigador estuvo conformado por profesionales de las distintas instituciones involucradas (ver listado de investigadores y colaboradores al final del documento).

1. Introducción

El envejecimiento de la población es un fenómeno mundial, estimándose que al 2050 dos mil millones de personas tendrán 60 años y más. En Chile actualmente, la población de 60 años y más asciende a 2.786.689 personas, representando el 15,3% de los habitantes del país, proporción que aumentará a 17,3% en 2020 y a 28% en 2050.

La Esperanza de Vida en nuestro país es de 79,7 años (76,7 años para los hombres y 82,8 años para las mujeres) en el período 2015-2020. Este grupo de edad presenta una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles con un alto potencial de producir discapacidad.

En nuestro país existe como actividad regular del sistema de salud público, el control de las personas mayores con algún nivel de dependencia. A diciembre de 2015 (datos preliminares), ingresaron al programa del adulto mayor en el sistema de salud público 208.071 personas de 65 años y más, de los cuales 44% fueron evaluados autovalentes sin riesgo de dependencia. El 13% presentó riesgo de dependencia y 16% algún nivel de dependencia. De estos últimos: dependencia leve 51%, dependencia moderada 15%, dependencia grave 16% y dependencia total 18%. Las características funcionales de este grupo de personas mayores los hace más susceptibles de utilizar ayudas para la deambulaci3n.

Desde el a3o 2006 en Chile, el programa GES 3rtesis entrega ayudas t3cnicas (AT) a las personas de 65 a3os y m3s, que presentan limitaciones para desplazarse o para realizar actividades de la vida diaria contribuyendo a mantener o mejorar su funcionalidad. Las AT incluidas son bastones, andadores, sillas de rueda, coj3n y colch3n antiescaras. A la fecha s3lo se ha estudiado el cumplimiento de la garant3a de oportunidad. No existen evaluaciones del impacto que esta intervenci3n de salud tiene en la mejor3a de la capacidad funcional de las personas mayores y en la percepci3n que tienen los beneficiarios respecto al proceso y resultados.

En ese contexto, surge el proyecto FONIS “Discapacidad y Envejecimiento: Impacto del GES Órtesis en la capacidad funcional de las personas de 65 años y más, estudio prospectivo” SA13|20089, cuyo objetivo fue evaluar el impacto del programa GES Órtesis en la capacidad funcional de las personas de 65 años y más, y conocer los factores asociados a 3ste. Adem3s, busc3 conocer las percepciones que tienen informantes clave de la red respecto al proceso de gesti3n asistencial del GES Órtesis en

sus distintas etapas y respecto al impacto que tiene en las personas mayores. El estudio tuvo un componente cuantitativo y uno cualitativo.

El componente cuantitativo correspondió a una cohorte de 309 pacientes que recibieron su AT en el Hospital Padre Hurtado y fueron seguidos por 7 meses (septiembre 2014 – febrero 2016). Las AT estudiadas fueron bastón, silla y andador. Se consideraron 4 momentos de observación (T0: reclutamiento, T1: 40 días desde T0, T2: 130 días desde T0 y T3: 220 días desde T0) para los cuales se utilizaron técnicas e instrumentos específicos orientados a lo que se buscaba evaluar en cada tiempo de observación. Se levantó información sobre variables sociales y demográficas, clínicas, evolución de la capacidad funcional, el proceso de entrega, seguimiento y control de la AT. Por su parte, el componente cualitativo fue desarrollado en 2 fases: una encuesta telefónica a 14 informantes clave (1 por cada centro de atención primaria (APS) de la red HPH) que buscó realizar un mapa del proceso asistencial del GES antes de dar inicio a las entrevistas semiestructuradas; y una segunda fase de entrevistas semi-estructuradas a 8 informantes clave de APS de la misma red.

El muestreo de las entrevistas fue por saturación y el análisis a través de codificación axial. Se resguardaron los criterios de rigor científico. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

2. Objetivos

Objetivo general: evaluar el impacto del GES Órtesis en la capacidad funcional en las personas de 65 años y más que han recibido la ayuda técnica y proponer recomendaciones para mejorarlo.

Objetivo específico 1: Evaluar el proceso de indicación, entrega, seguimiento y control de órtesis en personas de 65 años y más de acuerdo al cumplimiento de la guía clínica, siguiendo al adulto mayor desde que recibe la órtesis en el hospital hasta que se reincorpora a sus controles de salud en la Atención Primaria de Salud y hasta 7 meses post entrega de órtesis.

Objetivo específico 2: Medir la evolución de la capacidad funcional en personas de 65 años y más relacionada al uso de órtesis con un instrumento estandarizado de acuerdo a la guía clínica durante el período de seguimiento del estudio.

Objetivo específico 3: Estudiar la percepción del usuario, sobre el proceso e impacto de la entrega de órtesis en distintos momentos de observación del estudio.

Objetivo específico 4: Analizar los factores que se asocian a la evolución de la capacidad funcional y de la percepción del usuario que influyen en el impacto de la capacidad funcional en personas de 65 años y más que reciben órtesis y proponer recomendaciones para contribuir a la mejora del proceso.

3. Principales resultados

Caracterización de los participantes del estudio

De los 309 sujetos enrolados en el estudio, el 68% correspondió a mujeres, la mediana de edad fue 74 años (rango 65-99). Respecto a la pertenencia a pueblos originarios, el 6,1% (19) declaró pertenecer a etnia mapuche. El nivel educacional correspondió principalmente a educación básica, primaria o preparatoria con un 70% (216). En relación a la ocupación, el 94% (290) se encontraba jubilado, rentista o incapacitado. El 89% (275) pertenecía a Fonasa A o B. Con respecto al ingreso mensual, el 93% (284) recibía menos de \$251.000 pesos y el 73,8% (228) de los sujetos declaró que sus ingresos se habían reducido por su problema de salud. Si se considera además la cantidad de personas que dependen de este ingreso, se observa que en el 72,2% del ingreso per cápita es menor a \$100.000. El 53,4% (165) se declaró como jefe de hogar y el 44,7% (138) vive en pareja. Respecto de la necesidad de cuidados para el desarrollo de sus actividades diarias, el 74% (229) refirió tener cuidador y hay un 3,6% (11) que lo requerían pero no contaban con uno.

De los 309 sujetos reclutados, a 124 (40%) le indicaron bastón, a 52 (17%) andador, a 70 (23%) silla de ruedas y a 63 (20%) silla de ruedas y otra AT.

Se perdieron 42 personas (13,6%), cifra de pérdida menor a lo estimado en el cálculo inicial de la muestra. Los motivos de pérdida de sujetos fueron las siguientes:

- 20 fallecidos
- 8 inubicables
- 7 se fueron a vivir fuera de Santiago
- 7 rechazos durante el seguimiento

Objetivo específico 1: Evaluar el proceso de indicación, entrega, seguimiento y control de órtesis en personas de 65 años y más de acuerdo al cumplimiento de la guía clínica, siguiendo al adulto mayor desde que recibe la órtesis en el hospital hasta que se reincorpora a sus controles de salud en la Atención Primaria de Salud y hasta 7 meses post entrega de órtesis.

A. Componente cuantitativo

Se estudió el cumplimiento de la garantía de oportunidad, consistencia entre órtesis indicada y entregada, y aspectos que la guía clínica recomienda sean realizados al momento de entregar una AT y luego durante el seguimiento de ésta. Estos últimos aspectos tienen que ver con entregar al usuario información sobre uso y cuidados de la AT, duración, entrenamiento en su uso, corrección y refuerzo de la técnica empleada y citación a control al mes de entrega. Además, seguimiento en sus controles de salud habituales.

Garantía de oportunidad: para el cumplimiento de la garantía, se consideraron los plazos establecidos siendo 20 días para bastón y 30 días para andador y silla respectivamente, la que fue cumplida en el 83% de los sujetos. El rango de días transcurridos entre la indicación y la entrega fue de 0 a 249 días, con una mediana 14 días. Hubo 41 sujetos que recibieron una nueva AT durante el seguimiento, en ellos la garantía de oportunidad se cumplió en un 80,5%.

Consistencia entre órtesis indicada y entregada: el 87,4% de los pacientes recibieron la AT que fue indicada en APS. Esto refleja consistencia entre necesidad y prestación entregada. Entre los 39 pacientes que recibieron una AT diferente a la indicada, el 89,7% corresponde a aumento en el número de órtesis o complejidad, por ejemplo de andador a silla; y un 10,3% corresponde a una

disminución en la cantidad o complejidad de la órtesis, por ejemplo, de andador a bastón. Estas diferencias se dan en el contexto de evaluación kinésica al momento de la entrega donde el kinesiólogo a cargo, evalúa al paciente y modifica lo que considera pertinente.

Indicaciones de uso y entrenamiento: sobre el 90% de los participantes del estudio recibieron explicación acerca de cómo utilizar la órtesis tanto para la primera órtesis entregada en T0, como para las nuevas órtesis que se entregaron durante los tiempos de seguimiento (T1, T2 y T3). Respecto del entrenamiento y práctica en el uso, se evidencia variabilidad entre los tiempos, siendo entrenados en T0 el 91% de los sujetos, el 60% en T1, el 75% en T2 y el 91% en T3. De los sujetos que asistieron a la entrega de la órtesis con cuidador (239), se enseñó al cuidador, el uso y ajustes de la órtesis al 85,5% en T0, sin embargo, sólo al 75,7% se le indicó cómo ayudar al paciente a moverse o a transferirse con ésta.

Cuidados, mantención de la órtesis y duración: existe una baja proporción de pacientes 11% que recibe información en T0 y sólo 1 persona en cada uno de los otros 3 tiempos.

Seguimiento y control: la guía clínica recomienda controlar al mes de entrega de la AT para evaluar cómo el paciente ha estado utilizando la órtesis, hacer correcciones, evaluación de mejora, aparición de dolores, etc. Sólo el 2,3% de los pacientes fueron citados al mes desde T0 y ningún paciente de los que recibieron una nueva órtesis durante los tiempos de seguimiento. Al estudiar si en los controles habituales de salud en APS algún profesional que lo atendió le consultó acerca del funcionamiento y problemas con el uso de la órtesis, un tercio de quienes habían asistido a controles, fue consultado sobre estos aspectos por parte del profesional que lo atendió.

B. Componente cualitativo: entrevista a informantes clave

Pesquisa de necesidad: los entrevistados mencionan que la pesquisa se realiza en la atención primaria, por parte de todos los profesionales, principalmente en la atención médica y kinésica. También hacen pesquisa en los Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR) de la comuna. No obstante, existe la percepción que el conocimiento de este derecho aún no es suficiente. Ello se relaciona a la escasa difusión de éstos en el último tiempo, a diferencia de etapas previas donde se realizó amplia difusión de las patologías GES. En el caso de pacientes que no asisten regularmente a los consultorios (no están en los programas clásicos como Hipertensión Arterial y Diabetes) o no están en contacto con sus centros de salud, los informantes piensan que no reciben ayudas técnicas porque no se ha detectado la necesidad.

En el caso de pacientes inasistentes a controles, indican que debieran ser contactados a través de la actividad de rescate, no obstante, ésta se realiza de manera prioritaria a grupos predefinidos en las metas sanitarias debido a la escasez de recursos humanos. Por otra parte, informan que entre las personas mayores, hay muchos que viven solos y sin red de apoyo, razón por la que no asisten a sus centros de salud, en una fase en que aún no son diagnosticados como postrados y por tanto, no reciben las visitas domiciliarias dirigidas a estos grupos. También existen casos en que sus datos de contacto no corresponden y por tanto, no es posible ubicarlos.

Los entrevistados refieren que existen pacientes que si bien, requieren una AT, la rechazan por motivos personales principalmente por vergüenza, en cuyo caso, no se genera la interconsulta y no queda registro de esta necesidad.

Emerge la percepción que no existe un entrenamiento formal para evaluar discapacidad y evaluar necesidad de AT. Por otra parte, no existe claridad en los protocolos o flujogramas internos para estas evaluaciones.

Proceso de indicación y entrega: se perciben dificultades administrativas en algunos centros que no ingresan oportunamente las interconsultas (IC) al sistema informático a través del cual se monitorean las garantías; estas no quedan registradas como incumplimiento, produciendo retraso en la gestión de la red y demoras en la entrega de las ayudas técnicas. Para evitar el incumplimiento en el sistema, se genera una nueva IC para que se cuente con el tiempo necesario para cumplir la garantía. Ello debido a personal administrativo que no cumple los estándares, a pesar de las capacitaciones GES, especialmente en centros con alta rotación de personal.

Respecto al entrenamiento de los pacientes o familiares en la entrega de ayudas técnicas, los informantes desconocen si existe. Lo que sí saben, es que se realizan indicaciones de uso y cuidado de la órtesis por parte del profesional kinesiólogo del HPH quien realiza la entrega; no obstante, desconocen en qué consisten y si son adecuadas o no. Opinan que no hay más información en APS sobre el acto de entrega.

El hecho que sea un kinesiólogo quien realiza la entrega apoya la idea que debe existir algún tipo de entrenamiento para usar la órtesis, se cree que el entrenamiento debe incluir cómo funciona la órtesis, cómo ajustarla y cómo mantenerla, aunque no se sabe si ello ocurre.

Los entrevistados destacan la necesidad de facilitar el acceso a la entrega de las AT, a quienes no pueden trasladarse al Hospital por diversas razones económicas o de salud.

Respecto al entrenamiento de los médicos en la evaluación de la discapacidad o en la evaluación de requerimiento de ayudas técnicas, se señala que es el entrenamiento que han recibido en su formación de pregrado, no contando con entrenamiento específico en el área. Tampoco existe un entrenamiento formal en evaluación de discapacidad y tratamientos de rehabilitación.

Identifican a las enfermeras como las profesionales que más se han formado en aplicar pautas y criterios estándares de evaluación de funcionalidad, movilidad y necesidades en general de las personas mayores.

Seguimiento del paciente: existe la noción que este GES se cumple al momento de entregar la ayuda técnica y no se percibe la necesidad de seguimiento. Se identifica al programa de salud del adulto mayor como la instancia de continuidad de la atención, de un modo indirecto, no sistemático, aludiendo a la idea que hay un contacto posterior en el cual se podrá ver al paciente con la órtesis, no obstante, esto no ocurre. Se piensa que la sola entrega de la ayuda técnica se traduce de inmediato en una mejora en la calidad de vida.

Los informantes relacionan el modelo de salud familiar con la ausencia de seguimiento, debido a que se promueve la autonomía de los pacientes, entendiendo que se contactará si hay algún problema con la AT, y además porque los recursos humanos son insuficientes. Desconocen que la Guía Clínica establece el seguimiento y control de las órtesis entregadas, sobre esta base se funda la percepción que al no estar normado, no hay un procedimiento, por lo tanto, no se hace.

Articulación con la red: evalúan que la red local funciona bien, basado en el hecho que las referencias de pacientes hacia el HPH funcionan, los pacientes son derivados dentro de los tiempos establecidos, las entregas de órtesis se realizan cumpliendo las garantías, no hay dificultades en el flujo de derivación definido, la comunicación entre los centros y el HPH es expedita y no hay reportes de quejas de pacientes.

Destacan la integración de la red local para lograr que el paciente se informe oportunamente de la hora y día de entrega de la órtesis, destacando la proactividad de ambos niveles de atención (primario y secundario). Atribuyen un rol central en el buen funcionamiento de la red a la encargada del GES Órtesis del HPH por su estilo personal y su forma de gestión. Piensan que la red asistencial

ha mejorado también por mejoras en el SIGGES que actualmente permite crear el caso el mismo día, lo que antes demoraba 4 días.

Opinan que en este GES no existe rechazo de ningún tipo a la indicación de órtesis, lo que sí ocurre en otros GES en los que se pide, por ejemplo, más exámenes antes de ingresar la interconsulta en el sistema.

Una dificultad importante que reportan los informantes clave, es que en aquellos pacientes que no tienen su previsión al día, no es posible digitar la interconsulta en SIGGES. A los pacientes les resulta difícil entender el problema y el equipo de salud aporta tratando de resolver directamente con FONASA la situación para evitar más viajes, demoras y trámites a estos pacientes que tienen problemas para movilizarse.

Señalan como una dificultad de la red interna de APS el conocimiento de lo que significa este GES más allá del cumplimiento de la garantía, dada la rotación alta de los médicos y la incorporación de nuevos kinesiólogos y otros profesionales del área que desconocen el tema más allá de las garantías exigidas. Señalan que no hay retroalimentación a los centros de APS una vez que se hace la entrega de la ayuda técnica en el Hospital, salvo en aquellos pacientes en que hubo dificultades para citarlo y hacer la entrega de la ayuda técnica, en donde se solicita apoyo desde APS y por tanto, se entrega alguna información del paciente. Tampoco hay verificación de la entrega por parte de los centros de APS, ni conocimiento de cómo evoluciona el paciente con la órtesis.

Supervisión y fiscalización: respecto a supervisión del proceso de indicación y derivación para entrega de órtesis, algunos señalan recibir supervisión de forma semanal o mensual. Esta supervisión es llevada a cabo por distintas figuras: médico contralor, asistente social referente técnico comunal del GES, enfermera de postrados durante las visitas y encargada GES.

La fiscalización de la garantía se realiza en algunos centros con frecuencia variable, anual, semanal y mensual. Se identifica como encargado de ésta al Servicio de Salud, Hospital a través del SIGGES, Departamento de estadísticas del centro, encargada del Municipio y Ministerio de Salud.

Objetivo específico 2: Medir la evolución de la capacidad funcional en personas de 65 años y más relacionada al uso de órtesis con un instrumento estandarizado de acuerdo a la guía clínica durante el período de seguimiento del estudio.

La evolución de la capacidad funcional se evaluó mediante el índice de Barthel que mide el grado de dependencia para la realización de actividades básicas de la vida diaria, y con el test de Tinetti que mide riesgo de caídas.

Índice de Barthel: Considera un puntaje de 0 a 100, donde a mayor puntaje mayor independencia. La media del puntaje más alto para todo el período de observación, corresponde a bastón con 90,7, luego andador 74,2; silla y otra ayuda 78,1; y finalmente silla 72,8. Estas diferencias son estadísticamente significativas entre las órtesis. Al observar la evolución durante el tiempo de seguimiento, se ve un aumento del puntaje en todas las órtesis estudiadas, es decir, una tendencia a la mejoría aun cuando no todas alcanzan significación estadística.

Test de Tinetti: considera un puntaje de 0 a 28, donde a mayor puntaje menor riesgo de caídas. Este instrumento agrupa el riesgo de caídas en 3 niveles: <19 puntos alto riesgo, 19-24 puntos riesgo medio, 25-28 riesgo alto. En quienes se les entregó bastón, se observa que disminuye el riesgo alto de caídas a lo largo del seguimiento, siendo estadísticamente significativo (0,044). A quienes se

entregó andador, no se obtienen resultados significativos, sin embargo, al observar la tendencia, se aprecia una disminución del riesgo alto.

Objetivo específico 3: Estudiar la percepción del usuario, sobre el proceso e impacto de la entrega de órtesis en distintos momentos de observación del estudio.

Se evaluó la percepción del paciente durante el acto de entrega de la órtesis en T0, y a quienes se les entregó una nueva órtesis durante el seguimiento. La mayoría se siente “muy satisfecho” y “satisfecho” con el servicio brindado al momento de la entrega en todos los tiempos de observación (T0 100%, T1 80%, T2 100%, T3 100%).

Para estudiar el impacto de la entrega de órtesis, se utilizó la encuesta de calidad de vida, que evaluaba la percepción de la persona previa entrega de órtesis o condición basal (T0), y su percepción posterior a la entrega, 40 días (T1) y a los 220 días (T3). Esta encuesta mide dos dimensiones: bienestar y satisfacción.

Se observa una mejora en la percepción de la calidad de vida, resultado estadísticamente significativo. Complementariamente, para cada una de las órtesis la evolución positiva en la calidad de vida a lo largo del seguimiento es estadísticamente significativa.

Adicionalmente, para estudiar el impacto de la entrega de la órtesis, se consideraron dimensiones de autopercepción de salud, desplazamiento y movilidad.

Autopercepción de salud: las variables estudiadas fueron sentirse triste/decaído/deprimido, percepción de salud en general y de vida en general.

A lo largo del período de observación, la tendencia muestra que quienes refieren sentirse siempre tristes/decaídos/deprimidos, disminuye durante el seguimiento, que si bien no es estadísticamente significativo, las tendencias representan una mejoría que se mantiene en todas las AT estudiadas.

Respecto de la percepción de salud en general, la tendencia muestra que la proporción de quienes declaran una salud excelente/muy buena/buena, aumenta en cada uno de los tiempos de seguimiento, evolución estadísticamente significativa.

Al analizar la percepción que se tiene con la vida en general, es similar a las variables anteriores, se observándose una mejoría a lo largo del estudio. Quienes se sienten bien/muy bien, aumentan durante el seguimiento, sin ser estadísticamente significativa.

Desplazamiento y movilidad: se consideraron variables relacionadas a desplazamiento dentro y fuera del hogar, temor de caídas y caídas ocurridas antes de 6 meses desde el reclutamiento y luego entre los distintos momentos de observación.

Las dificultades declaradas para movilizarse dentro del hogar debido a escaleras, puertas estrechas, etc. van disminuyendo a lo largo del seguimiento, resultados estadísticamente significativos. Respecto de las dificultades declaradas para entrar o salir de la casa, también se observa una disminución respecto de la condición basal, sin embargo, estas dificultades vuelven a aparecer en T2 y T3, resultados estadísticamente significativos. Finalmente, en relación a las dificultades al desplazarse fuera del domicilio (cruce de calles, veredas, obstáculos, transporte público, otros) se observa una disminución estadísticamente significativa.

Respecto a la cantidad de personas que declaran temor a caerse si salen de sus hogares, disminuye a lo largo del estudio una vez entregada la AT, resultados estadísticamente significativos. Respecto de quienes declaran haber sufrido caídas, también se observa una disminución estadísticamente significativa a lo largo del seguimiento.

Evaluación del uso y dificultades con la ayuda técnica entregada: se observa una disminución en el uso de la ayuda técnica a lo largo del seguimiento, quienes declaran usar la AT en T1 corresponde a 94%, en T2 el 88% y en T3 el 82%. Esta disminución es estadísticamente significativa. Entre quienes declaran utilizar la ayuda técnica, sobre el 90% se siente seguro utilizando la órtesis en todos los tiempos de seguimiento.

Respecto a la facilidad con el uso de la AT, se observa una tendencia al aumento de quienes declaran que no les resulta fácil utilizarla, sin embargo, este comportamiento no es estadísticamente significativo al analizar por órtesis durante el seguimiento. Respecto del por qué no resulta fácil su uso, se mencionan como motivos principales el dolor/falta de fuerza y dificultad en la manipulación.

Dolor: se estudiaron dos situaciones, “dolor nuevo con el uso de la AT”, y “presencia de dolor crónico que disminuyó con el uso de la AT”. Respecto de la primera situación, al analizar por tiempo de seguimiento, un 13,7% en T1 señala que el uso de la ayuda técnica le provocó algún dolor que antes no tenía, 11,2% en T2 y 15,1% en T3. Al observar por ayuda técnica, quienes recibieron bastón son los que más declaran la presencia de dolor con el uso de la órtesis. Con respecto al dolor crónico, 152 pacientes mencionaron en T0, que presentaban dolor crónico de más de 6 meses de evolución. En dos de cada tres sujetos, este dolor disminuyó con el uso de la órtesis (65,8%).

Al observar los principales problemas técnicos que tuvieron los usuarios con la AT durante el seguimiento, sólo 64 personas refirieron haber presentado dificultades. Entre ellas destacan que el reflectante del bastón se caía, problemas con apoya pies, apoya brazos y con los frenos de la silla de ruedas, además de piezas sueltas de las tres ayudas técnicas.

Entre quienes no pudieron resolver la falla, la principal razón (65%) corresponde a pérdida de piezas o que no pudieron resolverlo por ellos mismos, lo que permite inferir desconocimiento del uso de servicio técnico de la garantía.

Durante T3, se aplicó nuevamente el test Minimental para evaluar cuántos sujetos presentaron deterioro cognitivo durante el seguimiento. De los 267 participantes que finalizaron el estudio, el 15% presentó Minimental alterado evidenciando deterioro cognitivo durante el estudio.

Síntesis de los resultados

En este estudio la población usuaria de AT correspondió a un grupo de edad con una mediana de 74 años, principalmente mujeres, de baja escolaridad, afiliados a FONASA A o B y con un ingreso menor a \$251.000. La mayoría contaba con un cuidador que lo asistía en sus actividades de la vida diaria. Al momento de la entrega de la AT el 72% tenía dependencia leve; 47% riesgo alto de caída y 55% percepción negativa de calidad de vida.

En relación al cumplimiento de la garantía GES, sobre el 80% cumple con la oportunidad definida en la guía y prácticamente a la totalidad de las personas se les explicó y enseñó el uso de la órtesis. Si bien, la guía clínica recomienda controlar al mes de entrega de la AT para evaluar cómo el paciente ha estado utilizando la órtesis, hacer correcciones, evaluación de mejora, aparición de dolores, etc, sólo 2,3% de los pacientes fue citado a este control. Por otra parte, sólo a un tercio de los pacientes que asistieron a su control habitual en APS, algún profesional le consultó acerca de problemas con el uso de la órtesis.

Respecto a la consistencia entre la indicación y la AT entregada, ésta es adecuada al grado de dependencia y riesgo de caída del paciente. El 100% de los usuarios se sintió satisfecho con el servicio durante el seguimiento.

En relación al componente cualitativo, los hallazgos muestran que la percepción de los informantes clave sobre cobertura y detección de necesidad es adecuada en pacientes activos, pero no cubre a quienes no contactan los servicios o se encuentran inasistentes a control. La entrega es oportuna, sin embargo, no se realiza seguimiento. Los entrevistados perciben la órtesis como de buena calidad, la articulación de la red adecuada y fluida, aunque no hay retroalimentación a APS. Perciben el impacto como positivo en pacientes y familiares: mejora la ejecución de actividades diarias y genera mayor autonomía y capacidad de desplazamiento.

En relación a la evolución de la capacidad funcional medida a través del índice de Barthel, se observa durante el seguimiento, una mejoría en la independencia para la realización de las actividades de la vida diaria, especialmente entre los usuarios de andador y usuarios de silla y otra AT.

Respecto al riesgo de caídas medido con el test de Tinetti, los resultados muestran que disminuye el alto riesgo de caídas a lo largo del seguimiento.

La percepción del usuario respecto al impacto de la entrega de la AT durante el seguimiento, muestra una mejoría en la calidad de vida posterior a la entrega para cada una de las órtesis. Respecto a la autopercepción de salud se observa una mejoría en percepción de salud general y percepción con la vida en general.

Respecto al desplazamiento y movilidad, ésta muestra una mejoría significativa dentro del hogar y disminución de dificultades para desplazarse fuera de la casa.

Quienes declaran temor a caerse al inicio del estudio, disminuyen a lo largo del seguimiento una vez entregada la AT en forma significativa.

Al observar la presencia de dolor con el uso de la AT, existe aproximadamente un 15% de personas que señala que el uso le ha provocado un dolor nuevo que no tenía antes. Esta situación se da principalmente en quienes recibieron bastón.

En conclusión, el GES órtesis responde a la necesidad real de las personas mayores especialmente vulnerables y a su vez, es valorado por ellos. En general se cumple lo señalado en la guía clínica GES, sin embargo, no hay control al mes de la entrega ni seguimiento en las atenciones de APS. Esto es especialmente importante para corregir uso, evaluar presencia de dolor y mejorar su autonomía en general. Adicionalmente, del estudio cualitativo surge la percepción de una entrega desvinculada de la atención integral priorizando sólo la garantía de oportunidad. El impacto percibido por los informantes clave es positivo en la calidad de vida de pacientes y familias.

II. Metodología para la elaboración de las recomendaciones.

Las recomendaciones generadas a partir de este proyecto buscan contribuir a la mejora del programa GES de Órtesis para las personas de 65 años y más, identificando elementos del proceso, indicación, entrega y seguimiento que pudieran ser susceptibles de mejora.

Las recomendaciones se generaron en base a los resultados del estudio, entrevistas a informantes clave, mesa de trabajo con expertos y revisión de literatura nacional e internacional (listado de revisión de literatura en bibliografía). Se elaboró un documento de trabajo que contenía los

principales resultados del estudio y el consolidado de los hallazgos de la revisión de literatura para apoyar el trabajo de los expertos.

La mesa de trabajo se realizó el día viernes 11 de noviembre de 9:00 a 11:30 en la Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo, con el objetivo de dar a conocer los principales resultados del estudio y trabajar en conjunto las recomendaciones en base a los hallazgos. La reunión contó con la participación de expertos del Servicio Nacional de la Discapacidad, Servicio Nacional del Adulto Mayor, del Ministerio de Salud: División de Prevención y Control de Enfermedades, División de Gestión de Redes Asistenciales, Secretaría Técnica de GES, de Lifeware Integra SA, e investigadores del Centro de Epidemiología y Políticas de Salud de la Facultad de Medicina, Universidad Del Desarrollo. Adicionalmente se recogieron los aportes de expertos que no pudieron estar presentes ese día. (Ver página 19: tabla de participantes de reunión de expertos)

III. Recomendaciones

Las recomendaciones se agrupan en 5 ejes que serán detallados a lo largo del presente documento:

1. Compromiso político y marco legal de la Garantía Explícita en Salud
2. Pesquisa oportuna de la necesidad de ayuda técnica y proceso de indicación y entrega
3. Seguimiento del paciente y evaluación de impacto
4. Articulación de la red
5. Supervisión y fiscalización

1. Compromiso político y marco legal

Chile presenta un envejecimiento avanzado, lo que conlleva una alta prevalencia de enfermedades crónicas con un alto potencial de producir dependencia. En este sentido, surgen iniciativas como el GES de ayudas técnicas para personas de 65 años y más que se inserta dentro de las acciones destinadas a enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad.

Recomendación:

Asegurar un marco legislativo que permita al GES de ayudas técnicas abordar las necesidades de esta población.

En este marco, las recomendaciones emanadas en la reunión de expertos enfatizaron los siguientes aspectos concretos para abordar este eje:

- El estado deberá desarrollar políticas preventivas que permitan que las personas lleguen a una vejez con buena salud. El Programa del Adulto Mayor, en coordinación con los demás programas, debiera realizar intervenciones orientadas a la mantención de las capacidades físicas y mentales de las personas mayores.
- Implementar políticas integrales de envejecimiento considerando la participación de todos los actores involucrados (SENAMA, SENADIS, ONG'S, MINVU, Municipalidades, Juntas de vecinos, consejos de usuarios, entre otras), integrando a personas mayores en el diseño, desarrollo e implementación de políticas de salud. Incorporar además, la mirada geriátrica y gerontológica, considerando la heterogeneidad de la vejez.
- Un elemento que emerge de la discusión es la importancia de que los ciudadanos tengan conocimientos de sus deberes y derechos en materias de salud. De esta forma los ciudadanos toman decisiones informadas y se encuentran empoderados a la hora de decidir sobre su salud, como por ejemplo al conocer la existencia de las Garantías Explícitas en Salud de las 80 patologías hasta ahora incluidas. Una instancia para difundir estos contenidos podría comenzar a través de la educación cívica en colegios sobre los deberes y derechos ciudadanos en materias de salud.
- Frente al desconocimiento que tiene la ciudadanía sobre las garantías, y siguiendo la línea del punto anterior, se recomienda que exista un programa permanente de difusión sobre todas las garantías GES y para que esta sea efectiva, requiere contar con financiamiento propio. En el contexto de la difusión, se recomienda desarrollar estrategias nacionales y locales como programas radiales, televisivos, ferias, otros, que permitan informar a los usuarios respecto de las garantías, incluyendo la participación de otros sectores del Estado (por ejemplo: Municipio, Instituto de Previsión Social).
- Una falencia detectada tiene relación con las competencias de los profesionales en relación a las ayudas técnicas. En ese sentido, se sugiere que desde la formación de pregrado, las Universidades contribuyan a desarrollar competencias adecuadas para atender y dar cuenta de las necesidades de la población adulta mayor. Se debe incorporar en la malla curricular de las carreras relacionadas a este tema, la evaluación funcional de las personas mayores, indicación y aspectos técnicos de las AT.

- En el marco legal chileno, los únicos profesionales autorizados para prescribir una AT son los médicos, hecho que genera barreras de acceso a esta garantía. En este sentido, sería necesario revisar la pertinencia de ampliar esta facultad a otros profesionales debidamente acreditados.

2. Pesquisa oportuna de la necesidad de ayuda técnica y proceso de indicación y entrega

De acuerdo a la guía clínica GES, en la ruta que sigue el paciente durante el proceso de atención, existe un momento de sospecha de necesidad de AT, donde se pesquisa cualquier patología que produzca algún grado de limitación funcional que requiera el uso de AT. Esta pesquisa puede ser realizada por integrantes del equipo de salud, el paciente y sus familiares o cuidadores.

Recomendación:

Implementar estrategias de detección precoz de la necesidad de AT, y el desarrollo de protocolos de indicación y entrega.

En este contexto, las recomendaciones surgidas de la reunión de expertos para abordar este eje se refirieron a lo siguiente:

- Para que la pesquisa de necesidades de AT sea oportuna, es necesario que esta necesidad pueda ser pesquisada en cualquier momento de la atención (consulta, controles de salud, resolución de temas administrativos). Para ello, será necesario realizar capacitaciones permanentes sobre las garantías explícitas de salud a todo el personal que atiende a los usuarios.
- En este sentido es relevante aumentar la cobertura del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), con el fin de detectar precozmente cualquier alteración de salud. Es importante evitar la concepción de que la vejez es sinónimo de enfermedad y donde ciertas dolencias se normalizan retrasando el diagnóstico lo que redundaría en peor calidad de vida.
- Es necesario desarrollar un protocolo de atención que incluya: quiénes pueden indicar la AT (por ejemplo: médicos, kinesiólogos, enfermeras, terapeuta ocupacional u otro), herramientas de evaluación funcional del paciente, la ruta a seguir por éste, algoritmos de decisión y, especificaciones técnicas de las órtesis (duración, garantía, elementos de calidad y seguridad). La elaboración de este protocolo, debe ser de responsabilidad del Ministerio de Salud y en conjunto con actores clave como SENADIS, SENAMA, agrupación de personas mayores y otros relevantes. Este documento debe permitir la adaptación al nivel primario de atención ajustándose a las realidades locales, sin eliminar los criterios básicos definidos.
- Asimismo, es necesario establecer mecanismos que aseguren que los usuarios, familiares y cuidadores conozcan cuál es el proceso y ruta de atención que sigue esta garantía una vez pesquisada la necesidad. Esto facilitaría los procesos de contacto, seguimiento y adherencia del paciente.
- Asegurar que desde la atención privada de salud los pacientes que lo requieran, sean derivados al GES. Esto es especialmente relevante para aquellos usuarios del sector público

que acceden a la modalidad de libre elección, dado que en ocasiones se ha observado que estos usuarios no son orientados adecuadamente y deben incurrir en gastos innecesarios que están cubiertos por la garantía.

- Es necesario mantener un sistema de capacitación continua (mínimo una vez por año) que entregue competencias mínimas a los profesionales que están involucrados en este GES en todos los niveles de atención, debido especialmente a la alta rotación de ellos. La capacitación es un mecanismo que contribuye a disminuir la rotación de profesionales. Entre las estrategias señaladas para el fortalecimiento de competencias, se mencionaron:
 - e-Learning.
 - Formación de formadores.
 - Alianzas con actores clave como SENADIS, SENAMA, otros.
- Es necesario capacitar a usuarios, familiares y cuidadores, sobre los aspectos de mantención de la AT, así como las conductas a seguir frente a desperfectos u otros problemas que pudiera presentar la AT. Asimismo, esta capacitación debe considerar también la orientación sobre la consulta oportuna frente a la aparición de problemas funcionales como dolor u otros.
- Es necesario que para aquellos usuarios con dificultades de acceso para recibir su AT (ruralidad, barreras geográficas, postrado u otro), tanto la atención primaria como secundaria, considere poner a su disposición mecanismos de traslado o acercamiento de los usuarios o de las AT según necesidad.
- En el proceso de entrega de la AT, se recomienda brindar apoyo psicológico y consejería al usuario en torno a la integración de una nueva realidad, imagen de la vejez e incorporar actividades de carácter social que impliquen compartir experiencias. Esto porque se ha visto que estas iniciativas mejora la adherencia al uso de la AT y por ende la calidad de vida de las personas.
- Actualmente, al momento de entrega de la AT solamente se evalúa el riesgo de caídas. Es necesario hacer una evaluación integral del paciente que incluya: enfermedades crónicas, el entorno, habilidades y destrezas para el uso de la AT, red de apoyo, compromiso visual o motriz, deterioro cognitivo, participación social y otros relevantes. Todo esto, con el objetivo de considerar elementos que pudieran afectar el correcto uso de la ayuda técnica, funcionalidad del paciente e impacto en la calidad de vida y participación.
- El proceso de pesquisa, indicación y entrega debe estar centrado en el paciente, es decir, adaptarse desde donde el paciente se encuentre en la ruta de atención según su patología y resolver en forma integral evitando derivaciones innecesarias.
- Respecto de la calidad y garantía de las AT, se recomienda contar con estándares mínimos exigibles, realizar compras centralizadas y estudiar la posibilidad que la garantía técnica de la AT las gestione directamente el usuario con el servicio técnico asociado a esta garantía.

3. Seguimiento del paciente y evaluación de impacto

El seguimiento una vez entregada la AT, tiene como objetivos: identificar nuevas necesidades, evaluar la experiencia del paciente con el uso de la AT, evaluar la interacción usuario-dispositivo-ambiente y realizar los ajustes necesarios.

En este marco, las recomendaciones surgidas de la reunión de expertos para abordar este eje se refirieron a lo siguiente:

- El seguimiento al mes de la entrega de la AT, recomendado en la guía clínica GES, sólo se ejecuta en un 2% de los casos. Entre las razones para esta baja cobertura, está la falta de presupuesto asignado. Es necesario por tanto, que esta actividad cuente con un arancel FONASA y se incorpore de manera estructural al programa.
- El seguimiento de los pacientes debiera incorporarse a la atención habitual de salud que ellos realizan. Se recomienda que la ficha clínica incluya preguntas específicas para usuarios de AT (Ej: presencia de dolor, dificultades en su uso, etc.) que permitan al equipo de salud el seguimiento adecuado de los pacientes para hacer los cambios necesarios en forma oportuna. Es importante considerar que en el caso de pacientes con deterioro cognitivo, esta información deberá ser proporcionada por un informante clave (familiar o cuidador).
- Para asegurar la mantención de la AT y su óptimo funcionamiento, se recomienda incluir en la ficha electrónica, signos de alerta sobre fechas de mantención y vencimiento de vida útil.
- Para poder evaluar el impacto de la AT en la vida de los pacientes, se recomienda incluir un instrumento que mida la capacidad funcional y calidad de vida. Este instrumento se debiera aplicar al momento de la entrega (medición basal) y transcurridos 6 meses. Nuestro estudio demuestra que transcurrido ese plazo es cuando se observa una mejoría en la capacidad funcional y calidad de vida de los pacientes.

Recomendación:

Asegurar los mecanismos que permitan realizar seguimiento y evaluación de impacto de las AT.

4. Articulación de la red

Este aspecto implica establecer una comunicación fluida y articulación entre los distintos niveles de atención de forma de mejorar la provisión de servicios, generar distintas instancias de atención a los pacientes y dar una adecuada respuesta a las necesidades de usuarios y familiares.

En este marco, las recomendaciones surgidas de la reunión de expertos para abordar este eje se refirieron a lo siguiente:

- Reforzar los canales de comunicación entre niveles de atención, especialmente el momento en que el paciente vuelve a la APS después de haber recibido la AT, de modo de realizar los seguimientos correspondientes descritos en el punto anterior.

Recomendación:

Implementar mecanismos que permitan una atención integrada e integral del paciente.

- Lo anterior, se facilitaría de manera importante a través de la implementación de la ficha electrónica en red que pueda ser utilizada tanto en APS como en nivel secundario.
- Se recomienda contar con un encargado GES de AT en APS que realice el seguimiento de los pacientes que recibieron AT. Ello requiere una mayor cantidad de horas de recurso humano y contar con metas de gestión.

5. Supervisión y fiscalización

Contar con supervisión y fiscalización permite lograr una buena calidad de los servicios prestados, como asimismo, mantener actualizados registros de usuarios y proveedores.

En este marco, las recomendaciones surgidas de la reunión de expertos para abordar este eje se refirieron a lo siguiente:

Recomendación:

Resguardar, a través de mecanismos de supervisión y fiscalización continua de la garantía, una buena calidad de los servicios.

- Realizar supervisiones periódicas (como mínimo una vez al año) en relación al cumplimiento de la garantía que incluya pesquisa, indicación y derivación.
- Para que esta supervisión tenga éxito, es necesario contar con un encargado por Servicio de Salud, lo que implica una mayor cantidad de horas de recurso humano y contar con metas de gestión.

Algunas recomendaciones enunciadas, requieren solamente reorganización de actividades y funciones relacionadas a este GES. Otras en cambio, necesitarán financiamiento adicional como es el programa de difusión del GES y sus garantías; la capacitación periódica del personal de salud; mecanismos que faciliten el acercamiento de pacientes a la atención GES en los casos que lo ameriten; asignación de presupuesto para el control de seguimiento al mes de entregada la AT; la creación e implementación de ficha electrónica y el aumento de horas de RRHH para apoyo psicológico, monitoreo del programa en APS y supervisión en los Servicios de Salud.

IV. Participantes de reunión de expertos

Nombre	Institución
Ximena Neculhueque	División de Prevención y Control de Enfermedades, Ministerio de Salud
Gladys Cuevas	División de Gestión de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud
Andrea Guerrero	Secretaría Técnica de Garantías Explícitas en Salud, Ministerio de Salud
Pablo Moncada	Servicio Nacional de la Discapacidad
Cristián Massad	Servicio Nacional del Adulto Mayor
María Teresa Abusleme	Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud
Hernán Mery	Lifeware Integra SA (a la fecha del estudio Servicio Nacional de la Discapacidad)
María Inés Gómez	Hospital Padre Hurtado
Hernán Bustamante	
Ligia Gallardo	
Lucy Poffald	Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales
Andrea Olea	Centro de Epidemiología y Políticas de Salud (CEPS), Facultad de Medicina
Claudia González	Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo (CAS-UDD)
Macarena Hirmas	

V. Listado de investigadores y colaboradores del proyecto

Nombre	Filiación
Investigadora principal: Macarena Hirmas	Centro de Epidemiología y Políticas de Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo (UDD)
Investigadora alterna: María Inés Gómez	Hospital Padre Hurtado
Co-investigadores	
Andrea M. Olea Isabel Matute Ximena Aguilera Claudia González Iris Delgado Manuel Nájera Ana María Gormaz Antonia Bandera	Centro de Epidemiología y Políticas de Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo (CAS-UDD)
Lucy Poffald	Secretaría de Estudios. Facultad de Psicología Universidad Diego Portales
Jaime Leppe	Carrera Kinesiología, Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo (CAS-UDD)
Hernán Bustamante	Hospital Padre Hurtado
Ligia Gallardo	
Eladio Recabarren	Servicio Nacional de la Discapacidad
Cristián Massad	Servicio Nacional del Adulto Mayor
Hernán Mery	Lifeware Integra SA
María Teresa Abusleme	Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud
Colaboradores	
Filiación o rol en el estudio	
Personas mayores participantes del estudio	Comunas La Pintana, La Granja y San Ramón
Marisol Salgado	Equipo de terreno
Jeniffer Lara	
Mariela Rojas	
Sergio Maass	Programación Tablet y seguimiento
Martín Arriagada	Hospital Padre Hurtado
Ivonne Morales	Escuela de Kinesiología, Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo (CAS-UDD)
Directora Jeanette Lara	Hogares Alemanes
Patricio Araneda	
Carolina Izquierdo	
Francesca Ciangarotti	
Personas mayores residentes	
Directora Hermana Ana Lidia Cruz	Fundación Las Rosas
Fernando Rivero	
Carolina Vilches	
Personas mayores residentes	
Felipe Delpin	Municipalidad de La Granja
Aldo Parra	
Miguel Ángel Aguilera	Municipalidad de San Ramón

Nombre	Filiación
Juana Casillas	
Jaime Pavez	Municipalidad de La Pintana
Gabriel Jimenez	
Pablo Contreras	CESFAM Malaquías Concha
Lorena Fernández	
Karin Rojas	CESFAM La Granja
Rocio Yaquich	
Eduardo Matus	CESFAM La Granja Sur
Macarena Araya	
Carlos Galleguillos	CESFAM La Bandera
Ingrid Carril	
Javier Campaña	
Guillermo Roseblatt	CESFAM Poetisa Gabriela Mistral
Miguel Ángel Cares	
Maricela Sepúlveda	
Rosa Rosales	CESFAM Salvador Allende
Ángelo Retamal	
Mario Quezada	CESFAM Modelo
Carlos Mero	
Francisco Sotomayor	CESFAM Pablo De Rokha
Mercedes Torres	
Soledad Turra	CESFAM San Rafael
Cecilia Ruiz	
Tania Guajardo	
Margarita Flores	CESFAM Santiago Nueva Extremadura
Patricio Gutiérrez	
Francis Ciampi	CESFAM El Roble
Carima Chamy	
Lina Guzmán	CESFAM Flor Fernández
Gloria Mejias	
Patricia Valdebenito	
Carolina Andaur	CESFAM Juan Pablo II
Verónica Miranda	
Andrea Rioseco	
Alejandro Sanhueza	CESFAM Santo Tomás
Fabiola Olcay	
María Soledad Díaz	
Andrea Slachevsky	Corporación Profesional de Alzheimer y Otras Demencias (COPRAD). Facultad de Medicina Universidad de Chile.
Sebastián Espinoza	Ayudantes alumnos. Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo (CAS-UDD)
Luis Vargas	

Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable. 2009.
2. Ministerio de Salud. Guía Clínica 2010 Guía Clínica órtesis (o ayudas técnicas) para personas mayores de 65 años y más. 2010.
3. Aleitte MT y F. Cumplimiento de garantía de oportunidad GES en ayudas técnicas en una comuna urbana de la Región Metropolitana. Rev Chil Salud Pública. 2011; 15(3):146–54.
4. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial de la discapacidad. 2011.
5. Servicio Nacional del Adulto Mayor. Política Integral de Envejecimiento Positivo 2012-2025.
6. Organización Mundial De La Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, 2015.
7. Carlo Francescutti, Francesco Gongolo, Andrea Simoncello, Lucilla Frattura. Description of the person-environment interaction: methodological issues and empirical results of an Italian large-scale disability assessment study using an ICF-based protocol. BMC Public Health 2011, 11(Suppl 4):S11.
8. Organización Mundial de la Salud. Rehabilitación Basada En La Comunidad: Guías Para la RBC. 2012
9. Organización Mundial de la Salud Ciudades Globales amigables con los mayores: Una guía. 2007.
10. Servicio Nacional del Adulto Mayor. Estudio nacional de dependencia en personas mayores. 2009.
11. H. Stephen Kaye, Patricia Yeager and Myisba Reed. Disparities in usage of assistive technology people with disabilities. Asst Technol 2008; 20:194-203.
12. David B. Perterson & Gerald C. Murray. Ethics and assistive technology service provision. Disability and rehabilitation: Assistive Technology, January-june 2006; 1 (1-2):59-67.
13. Asuman Ozturk et al. Effectiveness of a wheelchair skills training programme for community-living users of manual wheelchairs in Turkey: a randomized controlled trial. Clinical Rehabilitation 2011; 25: 416–424.
14. Organización Mundial de la Salud, USAID. Documento de posición conjunta sobre suministro de dispositivos de movilidad en entornos con recursos escasos. 2012.
15. Servicio Nacional de la Discapacidad. Programa de ayudas técnicas: Informe final de evaluación, 2008.
16. World Health Organization, International Society for Prosthetics and Orthotics. The Relationship Between Prosthetics And Orthotics Services An Community Based Rehabilitation. A Joint ISPO/WHO Statement, nov 2003.
17. Meera Adya, Deepti Samant, Marcia J. Scherer, Mary Killeen, Michael W. Morris Assistive/rehabilitation technology, disability, and service delivery models. Cogn Process (2012) 13 (Suppl 1):S75–S78.
18. Mayté Vera Sánchez, Rita Campillo Motilva. Evaluación de la marcha y el equilibrio como factor de riesgo en las caídas del anciano. Rev Cubana Med Gen Integr v. 19 n.5 Ciudad de la Habana Sep-oct 2003.
19. Mortenson WB, Demers L, Fuhrer MJ, Jutai JW, Lenker J, DeRuyter F. Effects of an assistive technology intervention on older adults with disabilities and their informal caregivers: An exploratory randomized controlled trial. Am J Phys Med Rehabil 2013; 92:297Y306.
20. Sajay Arthanat, Stephen M. Bauer, James A. Lenker, Susan M. Nochajsk i & Yow Wu B. Wu. Conceptualization and measurement of assistive technology usability. Disability and Rehabilitation: Assistive Technology, July 2007; 2(4): 235 – 248.

21. Oscar Cañete S, Ligia Gallardo A. Descripción de factores no audiológicos asociados en adultos mayores del programa de audífonos año 2006, Hospital Padre Hurtado, Santiago. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. CabezaCuello* 2009; 69: 29-36.
22. W. Ben Mortenson, William C. Miller, Catherine L. Backman, and John L. Oliffe. Association Between Mobility, Participation and Wheelchair- Related Factors in Long-term Care Residents Who Use Wheelchairs as their Primary Means of Mobility. *J Am Geriatr Soc.* 2012 July; 60(7).
23. Amol M. Karmarkar, Diane M. Collins, Annmarie Kelleher & Rory A. Cooper. Satisfaction related to wheelchair use in older adults in both nursing homes and community dwelling. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, September 2009; 4(5): 337–343.
24. Asuman Ozturk, Tulay Tarsuslu Simsek, Eylem Tutun Yumin, Meral Sertel, Murat Yumin. Relationship between physical, functional capacity and quality of life among elderly people with a chronic disease. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 53 (2011) 278–283.
25. Laura A. McClure, PhD, Michael L. Boninger, MD, Haishin Ozawa, MS, Alicia Koontz, PhD. Reliability and Validity Analysis of the Transfer Assessment Instrument.
26. Linda Resnik, Susan Allen, Deborah Lsenstadt, Melanie Wasserman, and Lisa Lezzoni. Perspectives on use of mobility aids in a diverse population. *Disabil Health J.* 2009 April 1; 2(2): 77–85.
27. Organización Mundial de la Salud. Pautas para el suministro de sillas de ruedas manuales en entornos de menores recursos. 2008.
28. H. Stephen Kaye, Patricia Yeager and Myisba Reed. Disparities in usage of assistive technology people with disabilities. *AsstTechnol*, 2008; 20:194-203.
29. Kimberly A. Walker, Kerri A. Morgan, Carrie L. Morris, Keri K. De Groot, Holly H. Hollingsworth, David B. Gray. Development of a community mobility skills course for people who use mobility devices. *American Journal of Occupational Therapy*, 64, 547–554.
30. Osnat Fliess-Douer, PhD, Yves C. Vanlandewijck, PhD, Marcel W. M. Post, PhD, Lucas H. V. Van Der Woude, PhD and Sonja De Groot, PhD. Wheelchair skills performance between discharge and one year after inpatient rehabilitation in hand-rim wheel chair users with spinal cord injury. *J Rehabil Med* 2013; 45: 553–559.
31. Beatrice P. J. Ducks, Roelof D. Wessels, Suzanne L. M. de vlieger, & Marcel W. M. Post. KWAZO, a new instrument to assess the quality of service delivery in assistive technology provision. *Disability and Rehabilitation*, August 2006; 28(15): 909–91.
32. Kersti Samuelsson & Ewa Wressle. User satisfaction with mobility assistive devices: An important element in the rehabilitation process. *Disability and Rehabilitation*, 2008; 30(7): 551–558.
33. Helen Hoenig, Lawrence R. Landerman, Kathy M. Shipp, PT, Carl Pieper, Carl Pieper, Margaret Richardson, Nancy Pahel, and Linda George. A Clinical Trial of a Rehabilitation Expert Clinician versus Usual Care for Providing Manual Wheelchairs. *American Geriatrics Society JAGS*, 2005; 53:1712–1720, 200.
34. Susan L. Shore. Use of an economical wheelchair in India and Peru: Impact on health and function. *Med SciMonit*, 2008; 14(12): PH71-79.
35. Sara M. Bradley, Cameron R. Hernandez. Geriatric assistive devices. *American Family Physician* Volume 84, Number 4, August 15, 2011.
36. Löfqvist, C. Pettersson, S. Iwarsson & A. Brandt. Mobility and mobility-related participation outcomes of powered wheelchair and scooter interventions after 4-months and 1-year use. *Disability and Rehabilitation: AssistiveTechnology*, 2012; 7(3): 211–218.

37. Doris Dalis Montes de Oca García, Lic. Ana Julia Bravo y Dra. Clara Díaz Medina. Influencia del círculo de abuelos en la evolución de las enfermedades articulares. Revista Cubana de Enfermería, v.20 n.3. Ciudad de la Habana. Septiembre – diciembre. 2004.
38. Kate Rosseau-Harrison, Annie Rochette, Francois Routhier, Danielle dessureault, Francois Thibault, & Odile Cote. Perceived impacts of a first wheelchair on social participation. Disability and Rehabilitation: Assistive Technology, January 2012; 7(1):37-44.
39. Frances Harris. Conceptual issues in the measurement of participation among wheeled mobility device users. Disability and Rehabilitation: Assistive Technology, May 2007; 2(3): 137 – 148.

Recomendaciones para contribuir a la mejora del programa GES de ayudas técnicas para personas de 65 años y más © 2016 by Centro de Epidemiología y Políticas de Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo is licensed under Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International

