

## ¿SIRVEN LAS AYUDAS TÉCNICAS A LAS PERSONAS MAYORES? PERCEPCIÓN DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE ESTA GARANTÍA EXPLÍCITA EN SALUD, SANTIAGO, CHILE

ARE TECHNICAL AIDS USEFUL FOR ELDERLY PEOPLE? THE PERCEPTION OF PRIMARY HEALTH CARE-BASED INFORMANTS ABOUT THIS EXPLICIT HEALTH GUARANTEE IN SANTIAGO, CHILE

### RESUMEN

**Objetivo:** Conocer la percepción de informantes clave pertenecientes a la red de Atención Primaria de Salud en Chile, respecto al proceso de gestión asistencial y el impacto del programa nacional de Garantías Explícitas en Salud (GES) sobre la entrega de ayudas técnicas a personas mayores. **Materiales y métodos:** Un estudio cualitativo basado en análisis de casos múltiples, en el cual se realizó entrevistas semi-estructuradas a 8 informantes clave de la red asistencial, fue desarrollado en 2015 en tres comunas de Santiago, Chile. El análisis de la información recogida se realizó mediante análisis de contenido, y se finalizó el muestreo de máxima variación al saturar la información. Se resguardaron los criterios de rigor científico y el protocolo fue aprobado por un Comité de Ética. **Resultados:** Hay una percepción de cobertura y detección de necesidad como adecuada en pacientes bajo control, aunque desde la perspectiva de los informantes, hay desconocimiento de esta garantía en la población. La necesidad es detectada por cualquier profesional de salud, pero la indicación es exclusivamente médica, lo que genera barreras de acceso. Hay una entrega oportuna; sin embargo, no se realiza seguimiento ni se aprecia como parte de una atención integral. Se percibe que la ayuda técnica es de calidad y la articulación de la red es adecuada, aunque no hay retroalimentación a Atención Primaria de Salud. El impacto lo consideran positivo en pacientes y familiares: mejora la ejecución de actividades diarias y genera mayor autonomía y capacidad de desplazamiento. **Conclusiones:** Existe una percepción positiva de este programa GES y su impacto en la mejoría en la calidad de vida de los pacientes. Pero, la entrega de ayudas técnicas se encuentra desvinculada de una atención integral, por ende, este programa prioriza sólo la garantía de oportunidad.

**Palabras clave:** envejecimiento, personas mayores, atención primaria de salud, ayudas técnicas.

### ABSTRACT

**Objective:** To assess the perception of key informants working in Primary Health Care in Chile, regarding the administration and impact of the national Explicit Health Guarantees (GES) program which provides technical aids to vulnerable elderly adults. **Materials and methods:** A qualitative study, based on multiple case analysis of semi-structured interviews with 8 key informants of the healthcare network, was conducted in 2015 in three municipalities of Santiago, Chile. The collected information was analyzed by means of content analysis, and maximum variation sampling was carried out until the data saturation point was reached. Rigorous scientific criteria were safeguarded, and the study protocol was approved by an Ethics Committee. **Results:** Patients deemed the program's coverage and detection of needs to be adequate, although informants conveyed that the general population is largely unaware of the program. While any health professional can detect a patient's need for technical aids, only physicians can prescribe the devices, which generates access barriers. Technical aid delivery is timely; however, it is not monitored or considered to form part of a comprehensive care system. Assistive devices are perceived to be high quality, and the delivery network coordination is seen as adequate, although there is no feedback to Primary Health Care. The program's impact is considered positive among patients and family members, as it improves the performance of daily activities and generates greater autonomy and mobility. **Conclusions:** This GES program is positively perceived and viewed to improve patients' quality of life. However, the delivery of technical aids is disconnected from an integral care approach, and thus the program only prioritizes the guarantee of opportunity.

**Keywords:** aging, elderly adults, primary health care, technical devices

Macarena Hirmas  
Lucy Poffald  
Andrea Olea  
Ximena Aguilera  
Isabel Matute  
Claudia González  
Iris Delgado  
Manuel Nájera

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

María Inés Gómez  
Ligia Gallardo  
Hernán Bustamante  
Hospital Padre Hurtado

María Cristina Di Silvestre  
Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo

mhirmas@udd.cl

Recibido 05-07-2018;  
Aceptado 03-04-2019

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es un fenómeno mundial, estimándose que al 2050, dos mil millones de personas tendrán 60 años y más<sup>1</sup>. En Chile representan el 15,8%<sup>2</sup>, cifra que aumentaría a 30,7% en 2050<sup>3</sup>.

Factores biológicos, sociales y económicos asociados al proceso de envejecimiento, pueden repercutir en declinaciones del estado funcional generando vulnerabilidad<sup>4</sup>. La vulnerabilidad en personas mayores no sólo es resultado directo de la edad, sino que se explica por la acumulación durante su vida de estos factores mencionados<sup>4</sup>. El deterioro en el funcionamiento y capacidades no es lineal ya que alterna con períodos de mejorías intermitentes, sin embargo, estas condiciones se acentúan en aquellos más vulnerables<sup>5</sup>.

En América Latina y El Caribe, la evaluación de problemas de salud y discapacidad, indica que las personas mayores están envejeciendo con más limitaciones funcionales y peor salud que en países desarrollados. Además, las redes familiares tienen menos capacidad de suplir la falta de apoyo institucional<sup>6</sup>.

En Chile, se estima que la población mayor de 18 años en situación de discapacidad corresponde al 20%; de éstos, un 58,3% tiene 60 años y más. De estas personas, el 40,4% tiene dependencia funcional y el 36,9% presenta dificultades físicas o de movilidad.<sup>7</sup> A medida que las personas envejecen, aumenta la dificultad física o de movilidad: 9,2% entre 60-64 años, 14,2% entre 65-79 años y 32,1% en 80 y más<sup>8</sup>. Las personas mayores con bajo nivel de escolaridad presentan peor condición de salud respecto al nivel alto<sup>9</sup>.

El deterioro funcional, junto a la influencia del entorno, puede afectar el desempeño en la vida diaria, generar dolor, alteración de marcha y caídas, y por tanto, algunas personas requerirán de ayudas técnicas (AT) para mantener su autonomía<sup>10</sup>. Chile ha implementado programas de atención socio-sanitaria, buscando disminuir los grados de vulnerabilidad e inequidad<sup>4</sup>. Así, la población adulta mayor ha sido priorizada a través del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES); marco legal que resguarda derechos relacionados a problemas priorizados para afiliados al sistema público y privado de salud. Las garantías establecidas por ley corresponden a:

acceso, oportunidad, calidad y protección financiera.

Uno de los problemas priorizados es el programa "GES Órtesis (ayudas técnicas) para personas de 65 años y más", vigente desde 2006, que garantiza la entrega de bastones, andadores, sillas de ruedas y otras. Cada AT se asocia a criterios de indicación y actividades de evaluación, entrega y control. El plazo máximo establecido por ley para cumplir con la oportunidad es 20 días desde la indicación médica para bastón y 30 días para andador y silla<sup>10</sup>. La pesquisa de necesidad puede surgir del paciente, cuidadores, o equipo de salud; siendo el médico quien determina la AT requerida y realiza la interconsulta tanto en atención primaria (APS) como en hospitales para beneficiarios del sistema público de salud, ingresándolas al Sistema de Gestión de Garantías Explícitas en Salud (SIGGES).

El año 2017 se entregaron 133.356 AT a los beneficiarios del seguro público de salud de todo el país, con un costo estimado anual de 5.5 millones de dólares. La entrega de AT ha aumentado en un 39% entre 2012 y 2017<sup>11</sup>, con un incremento de 47% en el gasto durante ese período.<sup>11,12</sup>

A la fecha se ha estudiado el cumplimiento de la garantía de oportunidad<sup>13</sup> mediante análisis de registros, pero no existen evaluaciones de la percepción sobre la gestión e impacto de este programa. La Organización Mundial de la Salud plantea la necesidad de investigar en el área de envejecimiento para identificar necesidades y obstáculos que enfrentan los países en relación a la salud de este grupo. Existe consenso en la necesidad de contar con evaluaciones de impacto de políticas y programas que permitan redireccionar los esfuerzos hacia aquellos más efectivos<sup>1,5</sup>. Si bien es un programa nacional, es un tema relevante para la salud pública de la Región, ya que pretende contribuir a una problemática que atraviesa fronteras debido a la transición demográfica acelerada del continente y la dificultad de los sistemas asistenciales para adaptarse a estos desafíos.

En este contexto, se realizó el estudio FONIS "Impacto del GES Órtesis en la capacidad funcional de personas de 65 años y más" SA13120089, cuyo objetivo fue evaluar la efectividad de esta política en la mejora de la capacidad funcional, y conocer el proceso de atención y percepción de los beneficiarios sobre la atención e impacto en su vida. Para dar cuenta del fenómeno completo, se indagó además en la percepción sobre el funcionamiento del GES a

través de un estudio cualitativo. Este artículo reporta este último componente cuyo objetivo fue conocer la percepción de informantes clave pertenecientes a la red de APS del Hospital Padre Hurtado (HPH) respecto a la gestión de este GES e impacto que perciben sobre las personas mayores.

Esta investigación la realizó el Centro de Epidemiología y Políticas de Salud, Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo, Hospital Padre Hurtado, y dos referentes nacionales en la materia y a cargo de políticas públicas Servicio Nacional del Adulto Mayor y Servicio Nacional de la Discapacidad.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio cualitativo en informantes clave de APS, basado en análisis de casos múltiples<sup>14,15</sup> desarrollado durante el 2015 en el área de influencia del HPH, Santiago, Chile, que abarca a una población residente en zonas vulnerables y bajo nivel de escolaridad<sup>8</sup>. Anualmente un aproximado de 55.308 pacientes de 60 y más años realiza su control de salud en esta área.<sup>7</sup>

La metodología cualitativa permite comprender los fenómenos desde la experiencia y percepción de los sujetos y las complejas interacciones sociales en determinadas circunstancias, permitiendo identificar puntos de entrada donde intervenir<sup>16</sup>.

El diseño muestral fue de máxima variación y de criterio, y se buscó deliberadamente variabilidad en cuanto a sus características y no equivalencia respecto al número de unidades muestrales por características<sup>17</sup>. Los criterios de selección correspondieron a participantes que fueran integrantes del equipo de salud de APS de tres comunas: La Pintana, La Granja y San Ramón. Además, el informante se seleccionó según su rol en la APS, que perteneciera a un centro con mayor experiencia de entrega de AT y que estuviera desarrollando funciones relativas a este GES al momento del estudio. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas concordando con ellos fecha y lugar.

El muestreo finalizó cuando a la luz de los análisis, se observó saturación de la información, es decir, se dejó de obtener información nueva. Esto ocurrió con 8 entrevistas.

Las entrevistas fueron realizadas por el equipo investigador entre mayo y agosto de 2015 utilizando

preguntas guía (Tabla 1) con dimensiones de indagación adaptadas al contexto del entrevistado, profundizando en aspectos relevantes sobre la percepción del programa. Las dimensiones de indagación fueron determinadas en base a la Guía clínica GES de ayudas técnicas, criterios técnicos y literatura revisada, y fueron las siguientes: aplicación de estándares y proceso de atención, articulación con la red asistencial, impacto del GES en personas mayores y sus familias.

Las entrevistas fueron audio-grabadas previa firma del consentimiento informado y transcritas textualmente. Para incrementar la validez del dato se utilizó la triangulación de analistas para alcanzar una "objetividad intersubjetiva" y reducir los posibles sesgos personales introducidos en las etapas de reducción, análisis e interpretación de resultados. Para ello, se codificó de manera paralela e independiente cada transcripción por dos profesionales de salud formados en investigación cualitativa. Los desacuerdos se trataron revisando los datos originales. Para asegurar la consistencia interna se utilizó la estrategia "comparación de categorías emergentes"<sup>15</sup>.

Para el análisis se utilizó la técnica de análisis de contenido. Se transcribieron las entrevistas, leyendo reiteradamente las transcripciones y codificando cada párrafo, asignando códigos (palabra que simboliza el contenido de la respuesta) al contenido de lo expresado por los participantes como respuesta a las preguntas. Se examinaron los datos en base a una comparación constante, buscando similitudes y diferencias. Luego se relacionaron los distintos conceptos agrupando todos aquellos que se referían un mismo tema<sup>16-18</sup>.

Se resguardaron los criterios de rigor científico: credibilidad, auditabilidad y transferibilidad<sup>14,16</sup>. Para credibilidad, los investigadores analizaron en forma independiente las transcripciones verificando los conceptos principales. Se confirmó que los datos y su interpretación correspondían a lo que los participantes expresaron utilizando las transcripciones y archivos de audio. Para auditabilidad se encuentra disponible todo el material utilizado: documentación, transcripciones textuales y archivos de audio. Para transferibilidad, se realizó la descripción del lugar y características de los participantes donde se estudió el fenómeno. Esto permite plantear que los hallazgos del estudio pueden encontrarse en contextos similares.

**Tabla 1.** Preguntas guía de entrevistas semi estructurada para informantes clave provenientes de la atención primaria de salud, Santiago, 2015

<b>Dimensión</b>	<b>Pregunta guía</b>
<b>Aplicación de estándares y proceso de atención</b>	<p>En su opinión, ¿cómo es la cobertura de entrega de ayudas técnicas?</p> <p>¿Cómo cree Ud. que es la calidad de las ayudas técnicas (bastones, sillas y andadores) que se entregan?</p> <p>¿Le parece que las personas mayores o sus familiares reciben el entrenamiento adecuado al momento que le entregan las órtesis?</p> <p>Si el informante clave es el médico u otro profesional que realiza la indicación de órtesis: ¿Ud. recibió entrenamiento para evaluar el uso de órtesis y para realizar evaluaciones de funcionalidad o grado de dependencia de las personas mayores?</p> <p>¿En qué consistió el entrenamiento? ¿Qué opina de ese entrenamiento? ¿Le enseñaron a usar instrumentos de evaluación?</p> <p>Si el informante clave no es el médico u otro profesional que realiza la indicación de órtesis: ¿Ud. conoce si los profesionales que indican las órtesis recibieron algún entrenamiento para evaluar el uso de órtesis y para realizar evaluaciones de funcionalidad o grado de dependencia de las personas mayores?</p> <p>¿En qué consistió el entrenamiento? ¿Qué opina de ese entrenamiento? ¿Le enseñaron a usar instrumentos de evaluación?</p> <p>¿Se realiza seguimiento a las personas mayores después que se les entrega su órtesis?</p>
<b>Articulación con la red asistencial</b>	<p>¿Qué opina de la coordinación de la red asistencial en el GES de órtesis de personas mayores de 65 años?</p> <p>¿Cómo percibe Ud. la gestión de la red de los centros de salud?</p> <p>¿Cómo percibe Ud. la gestión de la red en el Hospital Padre Hurtado?</p> <p>¿A qué atribuye Ud. este funcionamiento de la red?</p>
<b>Impacto del GES en las personas mayores y sus familias</b>	<p>¿Cómo percibe Ud. el impacto que tienen las ayudas técnicas en la vida de las personas mayores?</p> <p>¿Cómo percibe Ud. el impacto que tienen las ayudas técnicas en la vida de las familias de esas personas mayores?</p> <p>Si responde que no tienen oportunidad de ver el impacto directamente, preguntar si ha sido informado a través de otros profesionales de este impacto y cuál es.</p>

**Tabla 2.** Descripción de cada informante clave proveniente de la atención primaria de salud, Santiago, 2015

N°	Sexo	Edad (años)	Profesión	Rol en el GES de ayudas técnicas	Tiempo trabajando en sector salud (años)	Tiempo trabajando en centro de salud actual (años)
1	Mujer	31	Asistente social	Detección, gestión de interconsulta, rescate de pacientes	7	7
2	Mujer	52	Técnico social	Detección, gestión de interconsulta	23	8
3	Mujer	36	Médico con especialidad salud familiar	Indicación órtesis, visita postrados, gestión interconsulta (contraloría de interconsultas)	8	4
4	Mujer	31	Matrona	Encargada gestión GES Supervisión de interconsultas	8	7
5	Hombre	27	Enfermero	Encargado GES comunal monitoreo	3	3
6	Mujer	40	Trabajadora social	Encargada técnica de todos los GES comunal y encargada GES de un centro de salud	8	8
7	Hombre	40	Médico general	Médico contralor GES	7	2
8	Mujer	47	Administrativa	Digitadora SIGGES y gestión del GES	12	1

Estudio aprobado por Comité Ético-Científico del Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente. Los individuos fueron invitados a participar voluntariamente a través de un consentimiento informado y no representó riesgos ni costos para ellos. La información fue tratada en forma anónima y confidencial por los investigadores.

## RESULTADOS

### Características de los informantes clave

Los participantes fueron 8 personas (tabla 2) y sus roles respecto al GES fueron: pesquisa de necesidad de AT, indicación, digitación, gestión de interconsultas, supervisión, monitoreo, encargado de programa. La tabla 3 sintetiza las características de los informantes clave. Tiempo trabajando en centro de salud actual (años).

A continuación, se presentan las percepciones de los informantes clave, según las dimensiones de indagación:

### Pesquisa de necesidad y cobertura

Los participantes perciben la cobertura y detección

de necesidad como adecuadas sólo en pacientes activos en control. Las actividades de rescate se realizan de manera prioritaria en grupos predefinidos en las metas sanitarias de APS y dada la escasez de recursos humanos no captan a la mayoría de inasistentes.

*“a todo paciente que asiste al centro y que necesita, se le indica y entrega su órtesis. Si requiere otra, también la recibe” (Informante Clave 4, matrona)*

Los entrevistados perciben que el conocimiento de esta garantía aún no es suficiente, relacionándolo a la escasa difusión en el último tiempo. Señalan que la información acerca de este GES puede resultar compleja para las personas mayores.

*“todavía llegan pacientes que en algún momento compraron la ayuda técnica o están consiguiendo ayuda técnica o están como medios desesperados por una silla de ruedas o por bastones” (Informante Clave 1, trabajadora social)*

Los participantes señalan que la necesidad de AT la puede detectar cualquier integrante del equipo de salud, pero la indicación es exclusivamente médi-

**Tabla 3.** Características de los informantes clave de la atención primaria de salud, Santiago, 2015

<b>Característica</b>	<b>Valor</b>
<b>Total participantes (n)</b>	8
<b>Sexo</b>	
Hombre	2
Mujer	6
<b>Edad (años)</b>	
Mediana	38
Rango	27-52
<b>Comuna de pertenencia</b>	
La Pintana	3
San Ramón	3
La Granja	2
<b>Tipo de dependencia</b>	
Municipal	7
Privado	1
<b>Tipo de rol en atención primaria</b>	
Profesional	6
Técnico	1
Administrativo	1
<b>Tiempo trabajando en sector salud (años)</b>	
Mediana	8
Rango	3-23
<b>Tiempo trabajando en centro de salud actual (años)</b>	
Mediana	5,5
Rango	1-8

ca, generando una barrera de acceso debido a la escasez de horas. Sugieren que otros profesionales (kinesiólogos y terapeutas ocupacionales) puedan pesquisar, indicar y derivar, facilitando el acceso al programa.

Respecto al entrenamiento de médicos en evaluación de discapacidad, mencionan que es únicamente la formación recibida en pregrado. Señalan a las enfermeras como las profesionales que más se han formado en aplicar pautas y evaluar funcionalidad y movilidad en personas mayores.

Se perciben dificultades administrativas en algunos centros que no ingresan oportunamente las interconsultas al sistema SIGGES a través del cual se monitorean las garantías, produciendo demoras en la entrega. Esto ocurre en gran medida por la alta rotación de personal y por bajo desempeño a pesar de las capacitaciones.

### Entrega y seguimiento

Los participantes perciben que la entrega es oportuna, sin embargo, no se realiza control posterior. Existe la noción que el GES se cumple una vez que la AT es entregada logrando la garantía de oportunidad. No se percibe la necesidad de seguimiento como en otras patologías. Atribuyen esto a la escasez de recursos humanos y al desconocimiento de esta actividad en la guía clínica GES. Identifican al programa del adulto mayor como la instancia de continuidad de la atención, de un modo indirecto, aludiendo a la idea que hay un contacto posterior en el cual se podrá ver al paciente con la AT, no obstante, ello no ocurra.

*“o sea me da la sensación que si uno dice este paciente necesita un burrito y se lo dan, como que uno listo, se lo dieron y cumplimos y hasta allí llega nuestra tarea” (Informante Clave 3, médica)*

*“por tiempo, porque nunca se ha hecho el seguimiento de la entrega de la órtesis, porque tal vez tendríamos que hacerle seguimiento a muchos otros problemas de salud GES” (Informante Clave 6, trabajadora social)*

*“uno se rige aquí en la atención primaria por normas, entonces eso no está normado ya, entonces no lo van hacer.” (Informante Clave 5, enfermero)*

Los informantes desconocen si existe entrenamiento

en el uso al momento de la entrega. Saben que se dan indicaciones por parte del kinesiólogo del hospital que entrega la AT; no obstante, desconocen en qué consisten y si son adecuadas.

*“Mira, yo te mentaría si te dijera que sí porque no lo sé” (en respuesta a si el entrenamiento es adecuado) (Informante Clave 6, trabajadora social)*

### Calidad de las ayudas técnicas

Las AT son percibidas como de buena calidad en relación al material y cuentan con garantía de reposición. Los problemas detectados guardan relación con las malas condiciones del entorno donde se utilizan, produciendo mayor desgaste y daño. Otro problema, si bien escaso, se refiere a pacientes que requieren AT específicas, como pacientes con obesidad mórbida, pacientes neurológicos o andadores con ruedas. Al entregarse productos estándares, estos pacientes no se ven beneficiados. La vida útil de las AT es desconocida como para determinar la calidad en relación al uso y desgaste natural. Tampoco está claro si el tiempo autorizado de reposición señalado en la guía clínica (cada 3 años) es el que corresponde al uso normal.

### Articulación de la red

Los entrevistados estiman que la articulación es buena y no perciben dificultades en el flujo de derivación entre APS y hospital. La comunicación es expedita y no hay quejas de los pacientes. Atribuyen un rol central en el buen funcionamiento de la red a la encargada del GES del hospital por su estilo personal y forma de gestión.

*“encuentro que es buena, me gusta, me gusta cómo funciona, hay buena comunicación con el hospital, si hay algún error de allá, de acá, se soluciona” (Informante Clave 4, matrona)*

No obstante, señalan que no hay retroalimentación a los centros de APS después de la entrega de AT en el hospital, salvo en aquellos pacientes en que hubo dificultades para citarlo. En dicha circunstancia se solicita apoyo a APS conociendo lo que ocurrió con el paciente. Tampoco hay verificación de la entrega por parte de APS, ni conocimiento de cómo evoluciona el paciente con la AT.

*“nosotros le entregamos la silla de ruedas al paciente y el sigue su vida, sigue viniendo a sus con-*

*troles crónicos, a su control del adulto mayor, a sus vacunas, etcétera, pero no hay un seguimiento de la órtesis propiamente tal” (Informante Clave 4, matrona)*

*“Sí, a través del SIGGES lo podemos hacer, pero no se hace tampoco” (Informante Clave 6, trabajadora social)*

### Supervisión y fiscalización

En relación a la supervisión de la indicación y derivación para entrega de órtesis, algunos informantes señalan recibirla de forma semanal o mensual. Se lleva a cabo por médico contralor, enfermera encargada del programa de postrados y encargada GES.

La fiscalización del cumplimiento de la garantía de oportunidad se realiza con frecuencia esporádica. No existe una figura única que lleve a cabo esta tarea, identificando como encargados a: Servicio de Salud, hospital a través del sistema informático, Departamento de Estadísticas de APS, encargada del Municipio y Ministerio de Salud.

### Impacto de la AT en la calidad de vida

Perciben que el impacto es positivo en la vida de pacientes y familiares en dos aspectos: (1) recibir un elemento concreto (órtesis), ya que tratándose de personas que viven en condiciones económicas muy precarias no podrían costear estos dispositivos; (2) el alcanzar autonomía para desplazarse, disminuyendo el dolor y mejorando la independencia para las actividades de la vida diaria.

El impacto es percibido positivo para los familiares ya que facilita el traslado de la persona mayor, que de otra forma no podrían hacerlo o lo harían en muy escasas oportunidades.

*“ahora ya están mejor, caminan mejor con ese apoyo y no se tienen que andar afirmando y ya no se andan cayendo, están contentas las señoras o los caballeros, contentos con sus bastones, otros con los andadores, vienen pa’ acá con los andadores” (Informante Clave 2, técnica social)*

*“que van a comprar el pancito, que se demoren ya no 10 minutos, se demorarán 30 minutos, pero ya llegan al lugar que ellos quieren, o sea, no viven encerrados en un cuarto que es allí donde se forma la persona postrada po’, que no sale a*

*ningún lado” (Informante clave 8, administrativa)*

*“para los familiares o cuidadores también les es de gran ayuda porque muchas veces no tienen plata para el taxi para traer a su familiar y lo pueden traer en la silla hasta acá” (Informante Clave 6, trabajadora social)*

### DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue conocer la percepción de informantes clave pertenecientes a la red de APS del Hospital Padre Hurtado respecto al GES de ayudas técnicas y, conocer el impacto que ellos perciben sobre las personas mayores. El principal hallazgo que emerge es la noción que este GES se cumple una vez entregada la AT y no requiere control posterior. Debido a que los usuarios de ayudas técnicas son personas vulnerables, se describe a nivel internacional que el seguimiento es especialmente importante y debiera cumplirse lo establecido en la guía GES: un control al mes desde la entrega para identificar nuevas necesidades, evaluar uso, conocer el contexto en que la usa y hacer ajustes<sup>10,23-26</sup>. Respecto del impacto, éste se percibe de forma positiva para pacientes y familiares debido a la autonomía que logran alcanzar lo que conlleva a una mejoría en su calidad de vida.

La garantía de oportunidad es percibida con alto cumplimiento, resultado similar a lo encontrado en el componente cuantitativo de este FONIS, el cual constató un cumplimiento del 83%. Esto difiere a lo encontrado en un estudio realizado en sólo una comuna de la Región Metropolitana que utilizó registros del GES donde el cumplimiento fue menor al 70%<sup>13</sup>. Nuestros hallazgos se enmarcan en lo recomendado internacionalmente, que señala que la entrega debe ser lo más precoz posible al detectar la necesidad ya que conduce a mejores resultados y menor sobrecarga familiar<sup>27-29</sup>.

La calidad de las AT es percibida como buena. Se reconoce la existencia de garantía de reposición, acorde a lo recomendado internacionalmente donde se indica asegurar su mantención para evitar lesiones<sup>28-30</sup>.

Los informantes carecen de información acabada sobre el acto de entrega, manifiestan una falta de retroalimentación del hospital a la APS una vez entregada la AT, y viceversa. Se reconoce en diversos

estudios que el acto de entrega es un hito fundamental en la prestación de AT porque permite evaluar integralmente al sujeto considerando aspectos personales, familiares y sociales que pueden influir en el uso del dispositivo y permite brindar educación en el uso<sup>10,23,24,30-32</sup>.

Los profesionales de la atención primaria no han recibido entrenamiento formal y continuo en discapacidad y rehabilitación, pese a que las recomendaciones señalan que los profesionales que entregan AT deben capacitarse para brindar un servicio adecuado<sup>5,10,25,29,33</sup>. Esto representa una brecha que el GES de AT debiera abordar incluyendo actividades de formación en APS<sup>5,28</sup>.

La articulación de la red asistencial es percibida como buena porque las derivaciones se realizan de forma oportuna y la entrega en tiempos establecidos; las dificultades se resuelven con la participación activa del equipo de la red primaria y secundaria. Esto coincide con lo recomendado sobre establecer una articulación fluida entre niveles para mejorar la provisión de servicios y dar una adecuada respuesta a las necesidades de los usuarios<sup>5,33,34</sup>. No obstante lo anterior, no se aprecia que la entrega de la AT sea parte de un proceso continuo e integral de rehabilitación de los pacientes, como lo plantea la Estrategia Nacional de Salud 2010-2020<sup>35</sup> y recomendaciones internacionales<sup>26</sup>. En este sentido, es relevante consignar que la entrega aparece desvinculada de la acción del programa del adulto mayor o del programa de rehabilitación de la atención primaria. La organización de los sistemas de salud debiera permitir que, en todos los niveles de prevención, se realicen intervenciones orientadas a la mantención de las capacidades físicas y mentales de las personas mayores; moderando la pérdida de capacidades con el fin de evitar mayor deterioro; apoyando la rehabilitación y participación<sup>5,36</sup>. Las AT son parte fundamental del proceso de rehabilitación, por lo que se requiere estén insertas en un proceso continuo de indicación, uso y evaluación (26).

La supervisión del programa es realizada con frecuencia variable y por distintos actores, representando una falencia dado que la evidencia señala que esta actividad debe desarrollarse de forma periódica para lograr una buena calidad de los servicios prestados<sup>5,28,29</sup>.

Aun cuando una investigación cualitativa no tiene como meta la generalización de los hallazgos, y

esto pudiera representar una limitación, es posible plantear que los resultados de este estudio son transferibles a otros centros de APS toda vez que todos ellos atienden a personas mayores, pertenecientes al sistema público de salud, vulnerables del punto de vista social y económico. Otra limitación identificada se relaciona con la información obtenida desde “informantes claves”, que lleva necesariamente a obtener una visión parcial del fenómeno ya que ellos hablan desde su particular posición respecto de éste; sin embargo, tienen buenas comprensiones de cómo es el fenómeno de estudio. Al tratarse de agentes de salud, pueden sentir que están siendo evaluados en su desempeño y el contenido de sus respuestas estar influido por lo que socialmente se espera sea su conducta, es decir sesgo de “deseabilidad social”.

Una fortaleza de este estudio es que pretende ser un aporte a las políticas públicas basadas en evidencia mediante el análisis de la percepción de actores clave de la APS. Ello permitió identificar factores relacionados al impacto del GES de ayudas técnicas útiles para generar recomendaciones que contribuyan a la mejora del proceso en los centros estudiados y, al mismo tiempo, dado que el programa es de cobertura nacional, estos hallazgos pudieran ser un aporte a otros centros del país.

## CONCLUSIÓN

En síntesis, el estudio puso en evidencia una percepción positiva del GES desde los profesionales que juegan un rol directo en él: la red funciona, los estándares se cumplen y existe una percepción de impacto positivo en usuarios. Al tratarse de una población vulnerable social y materialmente, el GES de AT contribuiría a reducir inequidades en salud debido a que las ofrece en forma gratuita y universal<sup>5</sup>. Sin embargo, la entrega no está inserta en un proceso de rehabilitación, tanto en el marco de un tratamiento integral del adulto mayor como planificación de actividades de rehabilitación. Aun existiendo en los municipios centros de rehabilitación, falta articulación con el GES. Ello refleja un proceso asistencial fragmentado y una brecha de recursos físicos y humanos en este ámbito en la red local en nuestro país<sup>37</sup>.

En base a los resultados encontrados, es posible plantear recomendaciones que fortalezcan esta

política pública: la implementación de normas de atención que permitan que otros profesionales de la salud, no sólo el médico, puedan indicar la AT para compensar la sobredemanda y escasez de horas médicas; incorporar el seguimiento de forma sistemática tanto al paciente como familiares/cuidador incluyendo componentes educativos y evaluación funcional; mantener retroalimentación fluida entre los niveles de atención involucrados e integrar la entrega de la AT a un proceso de rehabilitación incluyendo a la red de atención primaria y centros de rehabilitación comunales. Si bien, algunas de estas recomendaciones podrían implementarse a nivel local, requieren recursos humanos, físicos y financieros, lo que puede constituir una barrera estructural.

### Fuente de financiación y apoyo

Este proyecto fue financiado por el Fondo Nacional de Investigación en Salud-FONIS, código proyecto SA13I20089. Esta institución no tuvo influencia en ningún aspecto relacionado con el estudio (diseño, recolección, análisis, difusión de resultados).

El proyecto contó además con el apoyo institucional del Hospital Padre Hurtado, Servicio Nacional del Adulto Mayor, Servicio Nacional de la Discapacidad, Municipios y sus respectivas Direcciones de Salud y centros de Atención Primaria de las comunas de La Granja, La Pintana y San Ramón.

### Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable. 2009.
2. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). País y regiones total: Actualización población 2002-2012 y proyecciones 2013-2020. 2017.
3. Comisión Económica para América Latina y el Caribe-División de Población (CELADE). Estimaciones y proyecciones de población total, urbana y rural, y económicamente activa. América Latina - Revisión 2017. 2017.
4. Hirmas M, Abusleme MT, Matute I, Olea A, Poffald L. Una mirada a la vulnerabilidad social y sus consecuencias en la salud de las personas mayores en Chile. In: Cabieses B, Bernaldes M, Obach A, Pedrero V, editores. Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones. Primera ed. 2016. p. 1-484.
5. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015.
6. Albala C, Lebrão ML, María E, Díaz L, Ham-Chander R, Hennis AJ, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. Rev Panam Salud Pública. 2005;17(5/6):307-22.
7. Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud. Población bajo control de salud [Internet]. 2017. Available from: [www.senadis.cl](http://www.senadis.cl)
8. Ministerio de Desarrollo Social, Subsecretaría de Evaluación Social. Encuesta de Caracterización Socioeconómica - CASEN 2015. 2016.
9. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 [Internet]. 2018 [cited 2018 Oct 10]. Available from: <http://epi.minsal.cl/encuesta-nacional-de-salud-2015-2016/>
10. Ministerio de Salud. Guía Clínica 2010 Guía Clínica órtesis (o ayudas técnicas) para personas mayores de 65 años y más. 2010.
11. Departamento de Estadísticas e Información en Salud Ministerio de Salud. Entrega de ayudas técnicas GES a personas de 65 y mas años en Chile, años 2012 a 2017.
12. Instituto de Administración en Salud, Facultad de Economía y Negocios, Universidad de Chile. Estudio de verificación del costo esperado individual promedio por beneficiario del conjunto priorizado de problemas de salud con Garantías Explícitas - 2015. 2015.
13. Tamayo M, Aleitte 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.
14. Urra Medina E, Núñez Carrasco R, Retamal Valenzuela C, Jure Cares L. Enfoques de estudio de casos en la investigación de Enfermería. Cienc y Enfermería [Internet]. 2014 [cited 2015 Jan 29];20(1):131-42. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532014000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
15. Poupard J. La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Centre international de criminologie comparée U de M, editor. 1997. 405 p.

16. Taylor S., Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Paidós, editor. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. 1987. 301 p.
17. UCLA Center for Health Policy Research. Health Data Program. Data, Advocacy and Technical Assistance. Section 4: Key Informant Interviews [Internet]. 2016 [cited 2015 Jan 30]. p. 10. Available from: [http://healthpolicy.ucla.edu/programs/health-data/trainings/documents/tw\\_cba23.pdf](http://healthpolicy.ucla.edu/programs/health-data/trainings/documents/tw_cba23.pdf)
18. Di Silvestre C. Investigación Cualitativa. Fundamentos y metodología. Segunda Ed. 2015. 134 p.
19. Miles M, Huberman A. Qualitative Data Analysis. 1994.
20. Aronson J. The Qualitative Report A Pragmatic View of Thematic Analysis A Pragmatic View of Thematic Analysis. J Qual Rep [Internet]. 1995 [cited 2015 Jan 27];2(21):1–3. Available from: <http://nsuworks.nova.edu/tqr%0Ahttp://nsuworks.nova.edu/tqr/vol2/iss1/3>
21. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada [Internet]. 2002 [cited 2015 Jan 30]. 341 p. Available from: [http://books.google.es/books/about/Bases\\_de\\_la\\_investigaci?n\\_cualitativa.html?id=TmgvTb4tiR8C&pgis=1](http://books.google.es/books/about/Bases_de_la_investigaci?n_cualitativa.html?id=TmgvTb4tiR8C&pgis=1)
22. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic Inquiry. Sage Publications; 1985. 42-44 p.
23. Arthanat S, Bauer S, Lenker J, Nochajski S, Wu YW. Conceptualization and measurement of assistive technology usability. Disabil Rehabil Assist Technol [Internet]. 2007 [cited 2015 Jan 29];2(4):235–48. Available from: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/17483100701343665>
24. Oztürk A, Simsek TT, Yümin ET, Sertel M, Yümin M. The relationship between physical, functional capacity and quality of life (QoL) among elderly people with a chronic disease. Arch Gerontol Geriatr [Internet]. 2011 [cited 2015 Jan 29];53(3):278–83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21215469>
25. Organización Mundial de la Salud, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Sociedad Internacional de Prótesis y Ortopedia, Internacional de Personas con discapacidad. Pautas para el suministro de sillas de ruedas manuales en entornos de menores recursos. 2008.
26. Samuelsson K, Wressle E. User satisfaction with mobility assistive devices: an important element in the rehabilitation process. Disabil Rehabil [Internet]. 2008 [cited 2015 Jan 29];30(7):551–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17852301>
27. W. Ben Mortenson, BScOT Louise Demers, BScOT Marcus J. Fuhrer, Jeffrey W. Jutai, CPsych James Lenker FD. 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(4):297–306.
28. Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. Informe Mundial sobre la Discapacidad. 2011.
29. Organización Mundial de la Salud (OMS). Documento de posición conjunta sobre suministro de dispositivos de movilidad en entornos con recursos escasos. Un paso hacia la aplicación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en materia de movilidad personal. 2012.
30. Peterson DB, Murray GC. Ethics and assistive technology service provision. Disabil Rehabil Assist Technol [Internet]. 2006 Jan [cited 2015 Jan 29];1(1–2):59–67. Available from: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/09638280500167241>
31. Dokuztug F, Yu Y. Effectiveness of a wheelchair skills training programme for community-living users of manual wheelchairs in Turkey : a randomized controlled trial. Clin Rehabil. 2011;(25):416–24.
32. Walker K a., Morgan K a., Morris CL, DeGroot KK, Hollingsworth HH, Gray DB. Development of a Community Mobility Skills Course for People Who Use Mobility Devices. Am J Occup Ther [Internet]. 2010 Jul 6 [cited 2015 Jan 29];64(4):547–54. Available from: <http://ajot.aotapress.net/cgi/doi/10.5014/ajot.2010.08117>
33. World Health Organization IS for P and O. The relationship between prosthetics and orthotics services and community based rehabilitation (CBR ). 2003.
34. Rehabilitación Basada en la Comunidad Guías para la RBC. 2012.
35. Ministerio de Salud de Chile. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. 2011.
36. Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. Santiago de Chile; 2009.
37. Cuevas G, Bunger S. Epidemiología de la discapacidad y desarrollo de la red de rehabilitación en la última década. Rev Hosp Univ Chile [Internet]. 2010 [cited 2015 Mar 2];21:289–97. Available from: <http://www.captura.uchile.cl/handle/2250/14101>