



**Transversalización del  
envejecimiento y la vejez:**

***“Una mirada a lo largo del curso de vida”***

---

## Transversalización del envejecimiento y la vejez:

### **“Una mirada a lo largo del curso de la vida”**

Documento Orientador de la implementación del Sello Identitario  
de la Escuela de Salud del Instituto Profesional de Chile  
– Marzo 2019 –

Documento desarrollado por la Escuela de Salud de Instituto Profesional de Chile<sup>1</sup> y  
Teresa Abusleme Lama<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Silver Angulo, Pablo Carrasco, Pamela Gallardo, Carla Maluenda, Carolina Martín, Natalia Pavez, Francisco Riquelme, Engelbert Robert, Felipa Rodríguez, Francisca Silva, Victoria Sotomayor, Camila Torres.

<sup>2</sup> Socióloga, Magister en Política y Gobierno. Especialista en materia de envejecimiento, vejez y políticas públicas.

TABLA DE CONTENIDO

<b>INDICE DE FIGURAS</b> .....	3
<b>INDICE DE TABLAS</b> .....	3
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	4
<b>II. MISIÓN Y VISIÓN DE LA ESCUELA DE SALUD</b> .....	5
A. Misión de la Escuela de Salud .....	5
B. Visión de la Escuela de Salud (Se decide adscribir a la Visión institucional).....	5
C. Objetivos Estratégicos de la Escuela de Salud .....	6
<b>III. NUEVO CONTEXTO DEMOGRÁFICO</b> .....	6
<b>IV. CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES EN CHILE</b> .....	9
a) Salud .....	9
b) Educación .....	10
c) Relaciones familiares y condición de pobreza .....	12
d) Vida social y Redes .....	12
e) Trabajo .....	12
<b>V. ENFOQUE DE DERECHOS EN LA VEJEZ</b> .....	13
<b>VI. ENVEJECIMIENTO ACTIVO</b> .....	15
<b>VII. IMAGEN NEGATIVA DE LA VEJEZ E INTERGENERACIONALIDAD</b> .....	16
<b>VIII. PARADIGMAS DE APLICACIÓN PARA EL TRABAJO CON PERSONAS MAYORES</b> .....	17
<b>IX. OBJETIVOS A DESARROLLAR PARA LA INSTALACIÓN DEL SELLO IDENTITARIO DE LA ESCUELA DE SALUD</b> .....	19
→ Objetivo General .....	19
→ Objetivos Específicos.....	20
<b>X. IMPLEMENTACIÓN DEL SELLO INSTITUCIONAL DE LA ESCUELA DE SALUD EN LOS PROCESOS DE FORMACIÓN DE IPCHILE</b> .....	20
<b>XI. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	25

**INDICE DE FIGURAS**

Figura 1: Chile: Evolución de la Estructura de la población por grandes grupos de edad 1950 – 2050 (en porcentajes)..... 7

Figura 2: Pirámide poblacional de Chile 1960. Población: 7.695.691..... 8

Figura 3: Pirámide Poblacional de Chile 2017. Población: 18.313.495..... 8

Figura 4: Porcentaje de personas que recibió atención médica y que declara haber tenido algún problema para obtener atención por grupo de edad (2017)..... 9

Figura 5: Años promedio de escolaridad de personas de 19 años o más por grupos de edad (1990 – 2017). ..... 11

Figura 6: Normas Internacionales asociadas a la Protección Internacional de los Derechos Humanos de las personas mayores..... 14

Figura 7: Pilares en que se basa el envejecimiento activo..... 15

Figura 8: Representaciones de la Exclusión social de personas mayores..... 16

**INDICE DE TABLAS**

Tabla 1: Factores que sostienen el envejecimiento activo ..... 16

Tabla 2: Características del Modelo de Salud Familiar y Comunitario..... 18

Tabla 3: Relación entre Sello Institucional IPCHILE y Sello Identitario Escuela de Salud ..... 21

Tabla 4: Acciones propuestas para implementar Sello Escuela de Salud ..... 22

## I. INTRODUCCIÓN

Chile es un país con un envejecimiento avanzado (Huenchuan, 2014). El censo llevado a cabo el año 2017 cuenta que el 16,2% de la población, es decir 2.850.171, son personas mayores<sup>3</sup> ([www.censo2017.cl](http://www.censo2017.cl)). Para el año 2035 se proyecta que en nuestro país de cada cuatro habitantes, uno tendrá 60 y más años.

Una institución de Educación Superior Técnico Profesional como el Instituto Profesional de Chile (en adelante IPCHILE) que busca instalar en sus estudiantes valores tales como adaptación, compromiso, confianza y conciencia social, no puede quedar indiferente ante los cambios demográficos que ocurren en el país.

Es por ello que la Escuela de Salud se ha planteado formar profesionales que instalen la mirada de curso de vida y la gerontología en sus prácticas cotidianas, sobre todo considerando que sus principales usuarios en un futuro cercano serán las personas mayores y sus familias.

Lo anterior implica instalar un sello identitario para la Escuela de Salud, sustentado en los cambios sociodemográficos que se base en la transversalización del envejecimiento y la vejez como un pilar y marca propia de los estudiantes de la Escuela. Esto se traduce en instalar la gerontología como base de la acción interna y externa de esta área, asumiendo un rol activo en el cambio de paradigma del envejecimiento y la vejez.

El presente documento entrega herramientas teóricas y prácticas para generar esta transformación y convertir a la Escuela de Salud de IPCHILE en una unidad vanguardista en la formación de esta temática, a través del análisis de 4 ejes:

- Enfoque de derechos en la atención.
- Curso de vida e intergeneracionalidad como práctica de cambio social.
- Importancia de la promoción y prevención en salud para un envejecimiento activo.
- Rol profesional/técnico en el trabajo con personas mayores.

---

<sup>3</sup> A nivel país, las personas mayores son todas aquellas que tienen 60 y más años, tanto para hombres como para mujeres, lo que queda explícito en el artículo número 1 de la Ley N° 19.828 que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor el año 2002.

Es importante considerar que se requiere un cambio cultural frente al envejecimiento y la vejez. IPCHILE consciente de lo anterior, acepta el desafío de crear conciencia, sensibilizar y modificar los modelos sociales existentes a través del compromiso con las personas mayores apuntando a la generación de un cambio social, libre de estigmas y prejuicios y con una fuerte base en la educación como camino para lograrlo.

## **II. MISIÓN Y VISIÓN DE LA ESCUELA DE SALUD**

La Escuela de Salud de IPCHILE se define como una unidad formadora de técnicos y profesionales con conocimientos actualizados en las diversas áreas de la salud, dispuestos a servir con altos estándares de profesionalismo, ética y preocupación por la persona y comunidad, conscientes de las diversas realidades del país donde les corresponda desempeñarse.

A su vez, sus egresados se relacionan con los usuarios desde un enfoque biopsicosocial, centrado en la persona y en la comunidad, por medio de estrategias inclusivas y participativas, evitando la asimetría de información que ha caracterizado históricamente a salud y promoviendo el consenso frente a las acciones de apoyo, diagnóstico, rehabilitación, cuidado y muerte digna.

### **A. Misión de la Escuela de Salud**

Desarrollar carreras técnicas y profesionales en el área de la salud, basadas en la concepción constructivista de la formación, considerando las competencias laborales pertinentes que son exigidas por el medio profesional relevante, así como formar egresados reconocidos a nivel nacional por su calidad profesional, compromiso social y responsabilidad en su actuar, capaces de insertarse eficientemente en el mundo laboral para ser un aporte a la calidad de la atención de salud en Chile.

### **B. Visión de la Escuela de Salud (Se decide adscribir a la Visión institucional)**

Ser una de las instituciones líderes de Chile en educación técnica y profesional, reconocida ampliamente por entregar una educación de calidad que favorezca a sus estudiantes para obtener el progreso personal y profesional que anhelan.



Para llevar a cabo su misión y visión, la escuela de salud adscribe su quehacer a un Plan Estratégico. Los objetivos de éste son:

C. Objetivos Estratégicos de la Escuela de Salud

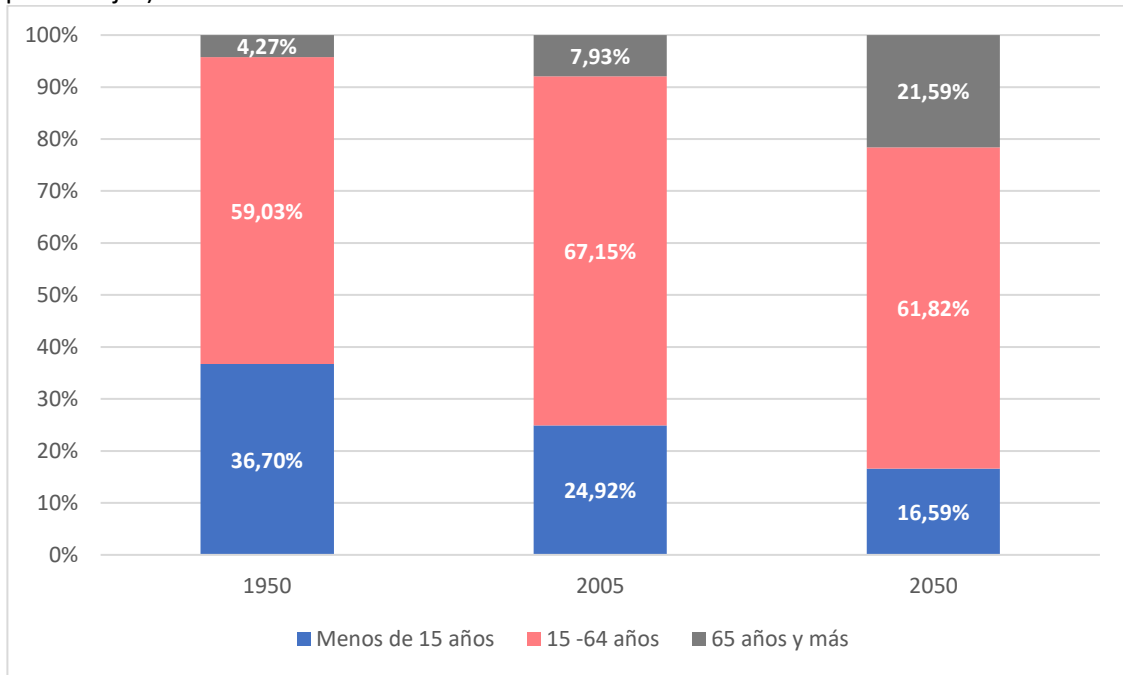
- 1) Mejorar la progresión académica de los estudiantes.
- 2) Asegurar el mejoramiento continuo de la calidad en los procesos académicos.
- 3) Actualizar los planes de estudio de las carreras orientándose a las necesidades del medio profesional relevante.
- 4) Mejorar los indicadores de servicio a clientes internos y externos en los procesos de Campos Clínicos.
- 5) Realizar vinculación disciplinar con el entorno.
- 6) Crear oferta de educación pertinente al mercado laboral y a las necesidades de los egresados.
- 7) Explorar el sello de identidad para la Escuela de Salud.
- 8) Evaluar periódicamente la sustentabilidad económica de las carreras.

Con el fin de que los egresados de la Escuela de Salud tengan un sello identitario como factor diferenciador en su vida profesional, es que se consideró abordar este desafío como uno de los objetivos estratégicos de la Escuela, definiendo la necesidad de transversalizar la formación en envejecimiento y vejez. Lo anterior valida el enfoque de curso de vida como eje de acción, siendo las personas y sobre todo las personas mayores, los protagonistas relevantes en la toma de decisiones en relación a los procesos de salud y enfermedad, potenciando así su bienestar y calidad de vida.

**III. NUEVO CONTEXTO DEMOGRÁFICO**

Junto con las cifras antes especificadas del CENSO 2017, la encuesta CASEN del mismo año muestra que en la actualidad existe aproximadamente el mismo número de personas de 60 y más años que de niños de 0 a 14 años. Esta comparación, a la cual se le llama índice de envejecimiento, muestra cuantitativamente la magnitud del fenómeno de envejecimiento poblacional en Chile.

**Figura 1.** Chile: Evolución de la Estructura de la población por grandes grupos de edad 1950 – 2050 (en porcentajes)



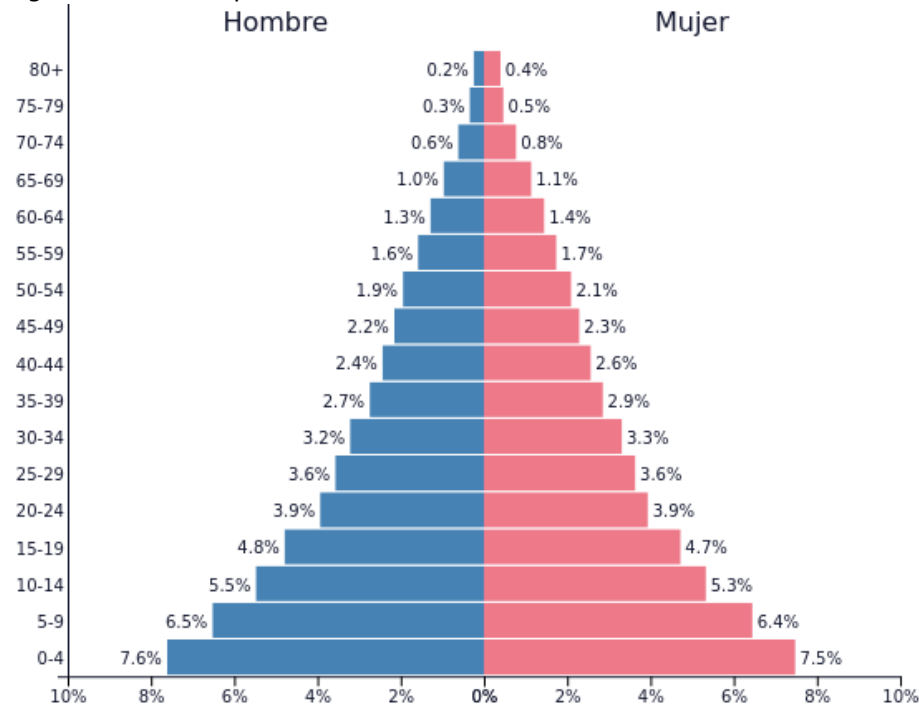
Fuente: CEPAL

A su vez, la expectativa de vida al nacer se ha incrementado en las últimas décadas alcanzando de acuerdo a las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística, los 77,9 años para los hombres y 83,4 para las mujeres, promediando entre ambos sexos 80,6 años (INE, 2018).

Además, hay que considerar que la natalidad a nivel país ha disminuido y que en 10 años se duplicó la cantidad de personas de 60 y más años, demostrando que la transición chilena se ha producido a una velocidad impensable. Si se analizan datos mundiales, se puede concluir que los países europeos envejecieron en cien años y con condiciones económicas consideradas del primer mundo. Según los datos demográficos, Chile lo ha hecho en veinte años y con condiciones económicas consideradas como subdesarrollo (INE, 2018).

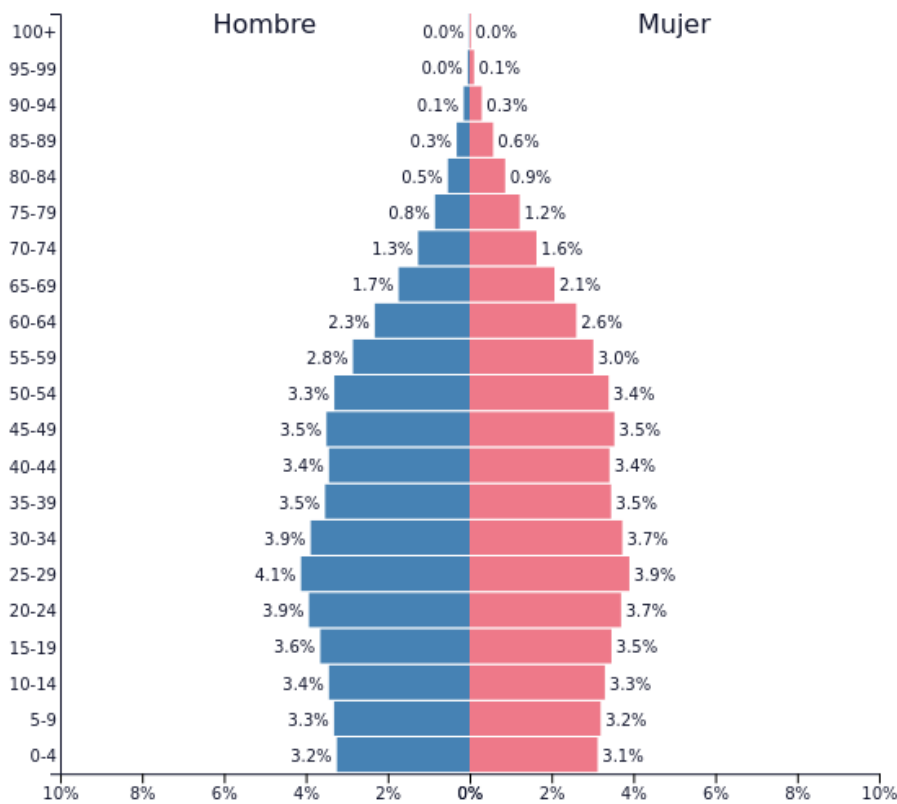


Figura 2: Pirámide poblacional de Chile 1960. Población: 7.695.691.



Fuente: CMM, 2017.

Figura 3: Pirámide Poblacional de Chile 2017. Población: 18.313.495



Fuente: CMM, 2017.

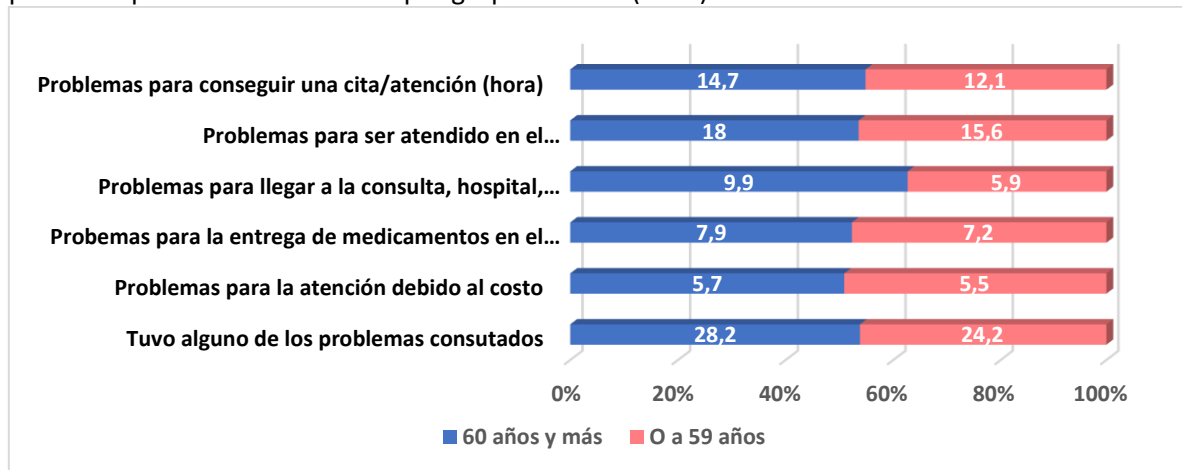
Cabe agregar que en el mundo rural el envejecimiento es mayor que en las urbes. De hecho, el índice de envejecimiento en estas zonas alcanza 120 personas mayores por cada 100 niños de 0 a 14 años. En las ciudades este índice disminuye a 97,6.

#### IV. CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES EN CHILE

##### a) Salud

En lo relativo a las condiciones de salud de las personas mayores en el país, el 84,9% de este grupo etario está inscrito en el Fondo Nacional de Salud (FONASA), considerando además que a nivel general, el 78% de la población utiliza este fondo. La tasa de atención médica ante problemas de salud en los últimos tres meses del año 2017 fue de 93,1% para las personas mayores y de 94% para población entre 0 y 59 años (CASEN, 2017). Lo anterior da cuenta que es a lo largo de todo el ciclo vital que se requiere una atención de salud integral y no solo en la adultez mayor. No obstante, son las personas de la tercera edad quienes presentan mayores problemas para acceder a los servicios de salud. El siguiente gráfico da cuenta de esta realidad (CASEN, 2017).

*Figura 4: Porcentaje de personas que recibió atención médica y que declara haber tenido algún problema para obtener atención por grupo de edad (2017).*



NOTA: Se excluye categoría No sabe/ No responde

\*Diferencia por grupo de edad según razones: Al 95% de confianza, las diferencias entre grupos de edad según problemas para obtener atención son estadísticamente significativas excepto en: "Problemas para pagar la atención debido al costo" y "Problemas para la entrega de medicamentos en el establecimiento de salud o acceso a ellos por su costo"

Fuente: CASEN, 2017.

A modo de ejemplo de esta situación, se puede mencionar que la prevalencia de los factores de riesgo y patología cardiovascular en el grupo etario de 65 y más años, según la Encuesta Nacional

de Salud 2016-2017 (ENS), dan cuenta que el 94% de esta población presenta sedentarismo, el 41,2% sobrepeso, el 34,5% cumple parámetros de obesidad y el 73,3% hipertensión arterial. La sospecha de diabetes mellitus alcanza el 30,6%.

En referencia a la salud mental, cabe destacar que la depresión afecta al 6,8% de las personas mayores entre 65 y 74 años y al 3,2% en el grupo etario de 75 y más años, inferior a la media nacional que alcanza el 6,2% (Ministerio de Salud, 2017). Esto se genera por la paradoja del envejecimiento basada en la Teoría de la Selectividad, dado que si bien las condiciones de vida empeoran, el bienestar aumenta producto que las personas mayores se sienten más preparadas para enfrentar los distintos problemas debido a su experiencia e historia de vida Emocional (Carstensen, 1993, citado por Márquez-Gonzalez, 2008)

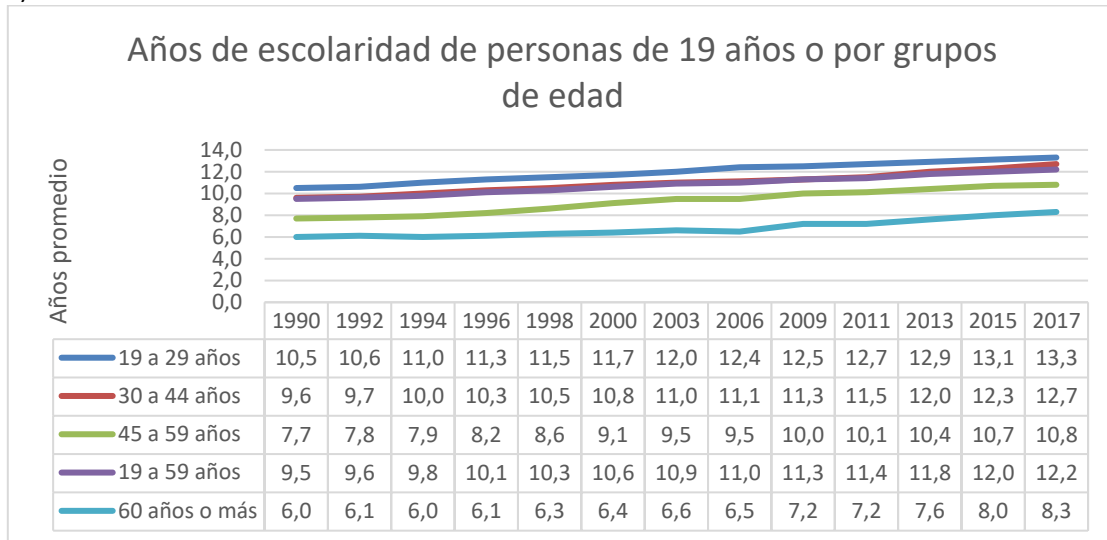
De acuerdo a cifras de Alzheimer's Disease International (ADI, 2016), se diagnostica una demencia cada tres segundos en el mundo. Los países en vías de desarrollo como Chile son los más afectados dado el envejecimiento de su población. A nivel nacional, el 1,06% de la población presenta algún tipo de demencia (Slachevsky et al., 2012), cifra que para las personas de 60 y más alcanza el 7,1%, aumentando a prácticamente un 20% en el grupo de personas de 80 y más años y sobre el 30 % en personas de 85 y más años (Fuentes, Albala, 2014).

Finalmente, es importante relevar que de cada cinco personas mayores, una presenta algún grado de dependencia (Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2010). Al respecto, la CASEN 2017 muestra que el 14,2% de la población mayor presenta dependencia funcional, donde un 3,7% presenta dependencia severa, 6,2% moderada y 4,5% leve. Estas cifras aumentan a medida que se avanza en los quinquenios de edad.

#### b) Educación

El análisis de los años promedio de educación formal que tienen actualmente las personas mayores en Chile, reflejan que existe una brecha importante. Este grupo etario tiene en promedio 8,3 años de educación formal, mientras que la población entre 19 y 59 años tiene 12,2, prácticamente 4 años más. La brecha se agudiza si se compara la población mayor con aquella que tiene específicamente entre 19 y 29 años donde existen 5 años de diferencia (CASEN, 2017).

Figura 5: Años promedio de escolaridad de personas de 19 años o más por grupos de edad (1990 – 2017).



\*Diferencias 2015- 2017: Al 95% de confianza, las diferencias son estadísticamente significativas entre los años 2015-2017 para cada grupo de edad.

\*Diferencias entre grupos de edad: Al 95% de confianza, las diferencias son estadísticamente significativas para el año 2017 entre los distintos grupos de edad.

Fuente: CASEN, 2017.

Sumado a lo anterior, los porcentajes de analfabetismo en las personas mayores son bastantes más altos que en el resto de los grupos etarios. En el grupo de las personas de 60 y más años, el 8,2% no sabe leer ni escribir, mientras que en la población entre 15 y 29 años esta cifra solo es del 1,1%. La población de 80 y más años es quien presenta los porcentajes más altos de analfabetismo, alcanzado un 14,1%, seguida por el grupo de entre 75 y 79 años con 10,7%. De igual manera es importante destacar que desde el año 1990 se observa una baja significativa en los porcentajes de analfabetismo en la población mayor (CASEN, 2017).

Finalmente, los datos sostienen que las personas mayores que viven en zonas rurales presentan porcentajes aún más altos de analfabetismo, alcanzando el 18,8% y triplicando las cifras de la realidad urbana que llegan a 6,4% (SENAMA, 2013).

No se debe olvidar que la educación es un importante factor protector para mejorar la calidad de vida, tener mejores condiciones de salud, acceder a servicios, realizar actividades significativas, obtener mejores oportunidades laborales, entre otros, junto con ser un espacio integrador a nivel

social y comunitario. Es por ello que nuestro país debe incorporar la realidad de las personas mayores en las políticas públicas.

c) Relaciones familiares y condición de pobreza

Se ha descrito que en la actualidad en el 41,9% de los hogares en Chile hay presencia de al menos una persona mayor. En el 36,3% de estos casos, la persona mayor es jefe de hogar, siendo el 55,8% hombres y el 44,2% mujeres (CASEN, 2017).

En lo referente a las condiciones de vulnerabilidad económica, la encuesta CASEN 2017 muestra que el 4,5% de las personas mayores se encuentra bajo la línea de la pobreza por ingresos y el 22,1% en condiciones de pobreza multidimensional, siendo ésta última una de las cifras más altas luego de la población infantil (CASEN, 2017). Este fenómeno se produce principalmente por el monto de la pensión básica solidaria, el cual es más alto que el límite fijado para la canasta con la cual se calcula la pobreza en el país. No obstante, al superar únicamente el aspecto económico y considerar otros indicadores tales como educación, salud, trabajo, vivienda y entorno y redes y cohesión social, las personas mayores presentan importante niveles de vulnerabilidad social.

d) Vida social y Redes

La socialización en las personas mayores es considerada un gran factor protector para la salud física y mental, dado que les permite sentirse integrados, valorados, útiles, vigentes, potenciar sus características personales, satisfacer sus necesidades, evitar el abandono y la soledad, mantener los vínculos y sentirse apoyados socialmente. De acuerdo a la CASEN 2017, el 35,5% participa en algún tipo de organización, siendo las más nombradas las juntas de vecinos, las agrupaciones de personas mayores, las organizaciones religiosas y los clubes deportivos.

e) Trabajo

La CASEN del 2017 muestra que el 31,8% de las personas de 60 y más años continúa trabajando, 40,6% lo hace como empleado y 38,8% como trabajador por cuenta propia. Es importante considerar que prácticamente del 70% de personas inactivas, un 20% declara que si le ofrecieran un

trabajo estaría disponible para llevarlo a cabo (CASEN, 2015). Según la Nueva Encuesta Nacional de Empleo (INE, 2014), el 70% de las personas mayores realiza trabajos no calificados.

Es importante considerar que la mayor motivación para ejercer una actividad laboral es la económica, porcentaje que asciende a un 66% de las personas mayores encuestadas junto con mantenerse vigente y activo que alcanza un 16%.

Estudios cualitativos realizados por SENAMA, SENCE, las Universidades Católica de Chile, de Santiago y Finis Terrae, plantean que las personas mayores aportan experiencia, responsabilidad, buen trato, confiabilidad, mejor trabajo y servicio de calidad superior. Mediante la actividad laboral complementan sus pensiones, cubren sus costos en salud, financian espacios de ocio y tiempo libre y ayudan económicamente a sus hijos y nietos. Finalmente, se concluye que el trabajo les permite mantener su independencia económica, cuestión fundamental para ellos, lo que los hace sentir y mantener activos y vigentes.

## **V. ENFOQUE DE DERECHOS EN LA VEJEZ**

Es importante considerar que las características del envejecimiento no se generan de manera homogénea en los seres humanos, quienes están fuertemente influenciados por el entorno, las condiciones de vida y los comportamientos de las personas (OMS, 2015). El envejecimiento es un proceso que involucra experiencias de diversa índole, muchas de ellas de carácter subjetivo asociadas a las condiciones de vida, la edad biológica y a los riesgos a los que se ha estado sometido a lo largo del ciclo vital, es decir, a los determinantes sociales de la salud. Considerando una mirada holística del ser humano, se debe tener en cuenta que éste posee dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual y es precisamente la interacción de estas dimensiones la que da cuenta de complejidad y genera la heterogeneidad.

Respetar la heterogeneidad permite la aparición de la dignidad y de la autonomía, vale decir, del respeto a la toma de decisiones individuales, acorde a las voluntades de cada cual.

Se han generado lineamientos específicos en el marco de los derechos para las personas mayores, siendo los más relevantes en la actualidad los establecidos por la Organización de las

Naciones Unidas (ONU) y por la OEA (Organización de Estados Americanos) que se resumen en la siguiente tabla:

Figura 6: Normas Internacionales asociadas a la Protección Internacional de los Derechos Humanos de las personas mayores.



Los Principios establecidos por las Naciones Unidas en el año 1991, donde se aprueban y reconocen una serie de derechos específicos para las personas mayores. También en el Plan de Acción sobre el Envejecimiento y Declaración Política aprobada en la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de la ONU (ONU, 2002).

- INDEPENDENCIA
- PARTICIPACIÓN
- CUIDADOS
- AUTORREALIZACIÓN
- DIGNIDAD



La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores aprobada por la Organización de los Estados Americanos, OEA, el año 2015 (OEA, 2015).

- Derecho a la igualdad y no discriminación por razón de edad.
- Derecho a la vida y dignidad en la vejez.
- Derecho a la independencia y autonomía.
- Derecho a la participación e integración comunitaria.
- Derecho a la seguridad y a una vida sin violencia.
- Derecho a no ser sometido a tortura, ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.
- Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud.
- Derecho a las personas mayores que reciben servicios de largo plazo.
- Derecho a la libertad personal.
- Derecho a la expresión, opinión y acceso a la información.
- Derecho a la nacionalidad y libertad de circulación.
- Derecho a la privacidad e intimidad.
- Derecho a la seguridad social.
- Derecho al trabajo.
- Derecho a la salud.
- Derecho a la educación.
- Derecho a la cultura.
- Derecho a la recreación, esparcimiento y al deporte.
- Derecho a la propiedad.
- Derecho a la vivienda.
- Derecho al medio ambiente sano.
- Derecho a la accesibilidad y movilidad personal.
- Derechos políticos.
- Derecho a la reunión y asociación
- Derecho a la protección ante situaciones de riesgo y emergencias humanitarias.
- Derecho a igual reconocimiento como persona ante la ley.
- Acceso a la justicia.

El enfoque de derechos humanos en la vejez es un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano. Desde el punto de vista normativo, está basado en las normas internacionales



de derechos humanos antes mencionadas y desde el punto de vista operacional, está orientado a la promoción y la protección de los derechos de las personas (OHCHR, 2006).

Por todo lo anterior y en el marco de los derechos mencionados, la Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que es indispensable considerar el envejecimiento activo como marco de acción en las definiciones de las políticas estatales de salud.

## VI. ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Se define como la optimización de las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante todo el ciclo vital. Busca ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez. Este modelo se basa en cuatro pilares:

*Figura 7: Pilares en que se basa el envejecimiento activo.*



Fuente: Sáez, J., 2009.

La idea de envejecimiento activo surge en respuesta a un periodo de declive personal. Actualmente, se busca que el proceso sea una experiencia positiva y logre mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Para esto es necesario considerar varios factores detallados a continuación:

Tabla 1: Factores que sostienen el envejecimiento activo.

### Factores Ambientales

- Contextos rurales y urbanos (accesibilidad, adaptabilidad en viviendas, barreras arquitectónicas, etc.)

### Factores Económicos

- Pisos de ingresos mínimos, oportunidades laborales (remuneradas y voluntariado)

### Servicios Sociales y Sanitarios

- Promoción y prevención en salud física y mental, acceso y cuidados básicos y avanzados.

### Factores Sociales

- Maximizar oportunidades de educación (prevención de violencia y abusos, promoción de la participación, etc.)

### Factores Conductuales:

- Crear conciencia del envejecimiento, medida que implique una mejor calidad de vida.

Fuente: Ramos et al., 2016.

## VII. IMAGEN NEGATIVA DE LA VEJEZ E INTERGENERACIONALIDAD

Figura 8: Representaciones de la Exclusión social de personas mayores.



La vejez se acompaña de imaginarios sociales negativos.

- Desde la sociedad
- Desde los mismos adultos mayores (Viejismo)

Afecciones:

- Autonomía
- Dignidad
- Derechos Generales

Fuente: Becca, L., Mahzarin, B., 2004.

De este modo, la discriminación por edad tiene relación con el concepto de solidaridad intergeneracional en el sentido de que deben superarse las barreras de comunicación personales,

físicas, semánticas y simbólicas entre los diversos grupos etarios a lo largo del curso de vida, promoviendo el contacto e interacción entre ellos. La OMS en la actualidad plantea el concepto de ciudades amigables para referirse a la necesidad de construir “sociedades para todas las edades” (OMS, 2007).

Las personas mayores y la sociedad en general deben visibilizar los estereotipos en relación a la edad para poder visualizar y promover la heterogeneidad y la intergeneracionalidad. Ésta es definida como la interacción entre personas de distintas generaciones por medio de un cruce de relaciones basadas en el respeto, la independencia, la participación, los cuidados, la autorrealización y la dignidad dentro del ciclo vital y considerando un nuevo trato hacia este grupo etario (Beltrán y Rivas, 2013) . De no ser así, el respeto por los derechos no se alcanzará de manera adecuada ni coherente con la transición demográfica del país.

#### **VIII. PARADIGMAS DE APLICACIÓN PARA EL TRABAJO CON PERSONAS MAYORES**

A partir del año 2005 se implementa en Chile una importante reforma en la salud pública, basada en la generación de un modelo de atención integral, llamado modelo de salud familiar y comunitario. Este nuevo modelo implica cambiar el enfoque, salir de lo meramente biomédico y pasar a lo biopsicosocial, trabajar con las familias, ensayar nuevas formas de relación, poner a las personas y su salud al centro del quehacer cotidiano y constituirse como un eje de desarrollo social y comunitario. Las características principales de este modelo de salud familiar y comunitario son:

Tabla 2: Características del Modelo de Salud Familiar y Comunitario

El enfoque biopsicosocial	Enfásis en la familia y comunidad. Considera la interculturalidad y el enfoque de género.
Continuidad de cuidados en la atención	<p>Desde las personas que se atienden, correspondiendo al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo.</p> <p>Desde la perspectiva de los Sistemas de Salud, como el grado en que el cuidado del paciente está coordinado a través de las diversas funciones, actividades y unidades operativas del sistema.</p> <p>Desde el equipo Profesional, donde su disposición y coordinación durante el proceso de cuidado es clave en términos de los objetivos de la red.</p>
Prestación de servicios integrados	Se debe considerar en todo el sistema de salud, incluyendo la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. A su vez, debe comprender la multidimensionalidad de los problemas presentados por las personas.
Participación social	Hace referencia a la responsabilidad compartida entre todos los miembros de la familia y la comunidad por la salud de su familia y de cada uno de sus integrantes.
Promoción y prevención de la salud	<p>Dentro de la promoción se incluyen las estrategias y acciones a realizar previas al desarrollo de factores de riesgo o antecedentes predisponentes.</p> <p>La prevención incluye las acciones y estrategias para revertir situaciones de vulnerabilidad asociados a problemas de salud. Ambos ámbitos son claves para el logro del envejecimiento activo.</p>
Centrado en las personas	Basado en el Modelo de Atención Centrado en las Personas en cuya base está la calidad de vida. En la actualidad, este modelo se considera indispensable para el trabajo con las personas mayores y tiene como una de sus características fundamentales la defensa de sus derechos. Esto se traduce en respetar la heretogeneridad presente en la vejez, alejándose de la estandarización y acercándose a servicios diseñados e implementados pensando en la realidad particular de cada persona (Martínez, 2013).

Fuente: MINSAL, 2013.

## **IX. OBJETIVOS A DESARROLLAR PARA LA INSTALACIÓN DEL SELLO IDENTITARIO DE LA ESCUELA DE SALUD**

Como se ha planteado, el trabajo con las personas a lo largo del curso de vida implica respetar su heterogeneidad, pues en la medida en que avanzamos en la edad, las diferencias se van agudizando, generando aún más diversidad entre las personas.

La heterogeneidad y el respeto son la base para la aplicación de miradas particulares de acuerdo con los grados de autovalencia, con el objetivo de proporcionar apoyos y cuidados pertinentes a sus necesidades.

Si bien el enfoque de derechos se implementa en el país como un enunciado común, se carece aún de aplicaciones acordes a las nuevas realidades. A estos factores se añade que los estigmas y los prejuicios muchas veces perpetúan acciones invisibilizadas, carentes de empatía, comunicación efectiva y respeto.

Surge así la necesidad de que los profesionales y técnicos que egresan de IPCHILE asuman un rol activo en el cambio de paradigma, incluyendo en su formación la mirada de curso de vida, la intergeneracionalidad, la heterogeneidad y el respeto por la dignidad y la autonomía de las personas en general y de las personas mayores en particular.

La Escuela de Salud de IPCHILE a partir de lo señalado en este documento, se compromete a instaurar una nueva mirada de sensibilización en estos temas en la comunidad académica, estableciendo los siguientes objetivos:

→ Objetivo General

Implementar un sello identitario en las carreras de la Escuela de Salud de IPCHILE con la finalidad de orientar el quehacer técnico y profesional de la comunidad académica, considerando el enfoque biopsicosocial y la transversalización del envejecimiento y la vejez.

→ Objetivos Específicos

1. Lograr la valoración del enfoque de derechos en la atención de salud de las personas a lo largo del curso de vida, en particular de las personas mayores en la comunidad académica de la Escuela de Salud.
2. Conceptualizar las particularidades del trabajo con personas mayores, enfocándose en el envejecimiento saludable y activo de este grupo etario.
3. Promover los factores protectores en salud desde la primera infancia, con miras a una mejor calidad de vida en la vejez.
4. Concientizar en relación a las diferencias etarias y los determinantes sociales de la salud, enfatizando en la realización de acciones intergeneracionales de desarrollo social.

#### **X. IMPLEMENTACIÓN DEL SELLO INSTITUCIONAL DE LA ESCUELA DE SALUD EN LOS PROCESOS DE FORMACIÓN DE IPCHILE**

El desafío para la Escuela de Salud es plasmar en su quehacer las características del sello identitario, compuesto por los conceptos desarrollados en el presente documento en los siguientes ámbitos: curricular, vinculación con estudiantes y docentes, vinculación con el medio, educación continua, vinculación con egresados y empleadores/campos clínicos.

En este marco, el trabajo orientado hacia el enfoque de curso de vida, la intergeneracionalidad, el envejecimiento activo y el enfoque de derechos humanos tiene relación con cada uno de los pilares del Sello Institucional y tendrá como ideas fuerza 4 componentes principales.

Tabla 3: Relación entre Sello Institucional IPCHILE y Sello Identitario Escuela de Salud.

SELLO INSTITUCIONAL PILARES Y SUBDIMENSIONES	PILARES DEL SELLO DE LA ESCUELA DE SALUD	BASES DEL SELLO DE LA ESCUELA DE SALUD
<b>Adaptación: Respeto</b>	Enfoque de derechos en la intervención.	Se refiere al respeto de la dignidad, la autonomía, la participación, la autorrealización y el acceso a apoyos y cuidados, considerando la historia de vida de la persona, su contexto socioeconómico y sus capacidades, más allá de su condición de salud.
<b>Conciencia social: Participación social/ responsabilidad social.</b>	Intergeneracionalidad como práctica de cambio social.	La vinculación entre personas de diferentes generaciones y su participación en la comunidad como práctica para superar los prejuicios centrados en la edad y dar paso así a una sociedad respetuosa e inclusiva.
<b>Compromiso: Responsabilidad/ proactividad</b>	Importancia de la promoción y prevención en salud para un envejecimiento activo.	Se basa en la necesidad de mirar el envejecimiento como proceso, ya que se envejece de acuerdo a cómo se vive. Se requiere considerar la implementación de los cuatro pilares del envejecimiento activo, considerando los factores ambientales, económicos, los servicios sociales y sanitarios, la realidad social y las conductas. Estos factores implican el trabajo desde los determinantes sociales de la salud.
<b>Confianza: Credibilidad</b>	Rol profesional/ técnico, en el trabajo con personas mayores.	La Escuela de Salud considera que el cambio de paradigma sobre el modelo de trabajo con personas mayores es fundamental. Es por este motivo que imprime el enfoque biopsicosocial dentro de la formación de sus estudiantes, de modo que puedan ejercer en el campo laboral, considerando las necesidades de la persona que surgen en el proceso de envejecimiento y la vejez.



Frente a los pilares del sello identitario de la Escuela de Salud, se proponen acciones a realizar en los niveles antes mencionados para su implementación de manera exitosa, lo que se resume en la siguiente tabla:

*Tabla 4: Acciones propuestas para implementar Sello Escuela de Salud*

---

Actualización de productos curriculares, incorporando enfoques gerontológicos y del enfoque de salud familiar y comunitario, cuya base es el ciclo de vida.

---

Favorecer el uso de estrategias de promoción y prevención en salud, incluyendo acciones de intergeneracionalidad al interior de la institución y con sus socios estratégicos.

---

Desarrollar una oferta programática pertinente en temas de cuidados para personas mayores, tanto para cuidadores formales como informales, diplomados o cursos en áreas relevantes de los contenidos a los que hace referencia el sello.

---

Formular alianzas estratégicas con entidades, como clubes de adulto mayor del territorio donde está cada sede, dispositivos de la red de salud municipal y del Servicio Nacional del Adulto Mayor de cada región.

---

Promover el cambio cultural en la comunidad académica y colaboradores de la Escuela de Salud en función de la conciencia social y la relación con el cambio de paradigma hacia las personas mayores.

---

Promover el trabajo colaborativo entre las carreras de la Escuela de Salud y con las otras Escuelas de IPCHILE con el fin de realizar diversas actividades con los distintos socios estratégicos tanto internos como externos.

---

Considerar actividades de sensibilización para potenciar el cambio de paradigma en torno al envejecimiento orientado hacia la comunidad académica y los socios estratégicos.

Tras definirse el sello de la Escuela de Salud, todas las carreras deben incluirlo en la formación de los estudiantes para promover una sensibilización de todos los estamentos académicos.

En el ámbito curricular, los pilares de este sello de la Escuela de Salud se descompondrán en resultados de aprendizaje asociados a los del sello institucional y se integrarán en los planes de estudio, programas de asignaturas y planificaciones didácticas pertenecientes a las carreras que la componen.

En resumen, el sello identitario apunta al fortalecimiento de las competencias que se proyectan más allá de las capacidades específicas de cada disciplina y que responden a las demandas requeridas para un desempeño ético y socialmente responsable, de acuerdo a las necesidades del país que se detectan en los procesos vitales de envejecimiento y vejez. Además, su incorporación potencia el desarrollo de habilidades diferenciadoras para sus profesionales, pues les permitirán insertarse y desempeñarse eficazmente frente a las exigencias que representa el cambio demográfico en nuestra sociedad, a lo cual deben responder de manera transversal y colaborativa todas las carreras del área de salud.

Debido al compromiso de IPCHILE con la formación profesional integral de sus estudiantes, la exploración y posterior definición de sello identitario ha estado en constante intercambio con el medio laboral y disciplinar a nivel regional y nacional, considerando las políticas públicas que emanan de los entes reguladores.

En este sentido, una de las herramientas utilizadas para este intercambio ha sido la experiencia obtenida por medio de actividades de Vinculación con el Medio. Es el anhelo de la Escuela de Salud que esta estrategia se fortalezca y se retroalimente a través de la incorporación y aplicación del sello en las diversas actividades, considerando que dentro de los propósitos de la Dirección de Vinculación con el Medio de IPCHILE se encuentra complementar la formación profesional, retroalimentar los procesos académicos y fortalecer el sello institucional. Como la incorporación del sello de Escuela está en concordancia con el institucional, el fortalecimiento del sello identitario se anexa a este propósito.

Del mismo modo a través de la Unidad de Campos Clínicos (UCC) se busca implementar el sello identitario de la Escuela por medio del establecimiento de alianzas estratégicas con servicios públicos y privados de salud, del sistema de protección social, educacional o de otro sector, de tal forma que el equipo docente y los estudiantes conozcan, participen y aporten desde una mirada constructivista en su aplicación. Junto a lo anterior, se incentiva el diseño y desarrollo de actividades centradas en las personas mayores y sus derechos.

La continuidad y coherencia con el proyecto educativo de estas actividades se potenciará a través de la ejecución de acciones desde los distintos participantes que estén alineados con el sello

identitario, estableciendo así una relación sinérgica que apunta directamente a la Misión, Visión y principios orientadores de IPCHILE como institución de educación superior técnico profesional.

Es importante que la comunidad académica de la Escuela coordine y planifique sus acciones curriculares y extra curriculares, centradas en temáticas de envejecimiento y vejez, sensibilizando a los estudiantes y a la comunidad en general. Esta labor estará bajo la responsabilidad de la Dirección de Escuela de Salud en conjunto con su equipo de Coordinadores, Docentes Núcleo, Unidad de Campos Clínicos y principalmente de sus Directores de Carrera en todas las sedes.

Por todo lo anteriormente descrito, la Escuela de Salud estima que Chile requiere considerar el futuro del envejecimiento y la vejez de manera distinta a lo que se ha estado haciendo hasta ahora, producto que en la actualidad las personas mayores están activas y vigentes, existiendo un porcentaje menor de dependencia física y cognitiva. De ahí la importancia de poder ir transmitiendo a la comunidad una imagen acorde a la realidad de estos procesos, considerando el curso de vida, la prevención y la promoción y es justamente lo que ha motivado a la Escuela a que estos temas tributen al sello identitario que se ha definido.

Asumir el envejecimiento poblacional implica que las distintas instituciones de la sociedad, sean públicas, privadas o de la sociedad civil actúen de manera conjunta y hacia un mismo objetivo que esté centrado en considerar una mejor calidad de vida para la población y las personas mayores de manera conjunta.

De este modo, mirar y sensibilizar a la comunidad académica implica considerar un enfoque biopsicosocial para así promover la generación de una perspectiva de salud humanizada y holística de las personas por parte de los estudiantes, docentes y egresados y que puedan promover esta concepción en su interacción con la comunidad, entes reguladores y medio laboral / disciplinar pertinente.

## XI. BIBLIOGRAFÍA

- Asamblea general de Naciones Unidas (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos.
- Becca, L., Mahzarin, B. (2004): *Viejismo Implícito. En Viejismo. Estereotipos y Prejuicios contra las Personas Mayores (Ageism. Stereotyping and Prejudice against Older Persons) (comp.)* Todd D. Nelson. Massachusetts: The Mit Press.
- Beltrán, A., Rivas, A. (2013). *Intergeneracionalidad y Multigeneralidad en el envejecimiento y la vejez*. Tabula Rasa. No.18:303-320. Recuperado de <http://www.revistatabularasa.org/numero-18/14beltran.pdf>
- Center for Mathematical Modeling (2017). *Chile-France Forum analyzed big data's challenges on diseases associated with aging*. Santiago: Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas. Universidad de Chile. Recuperado de [http://www.cmm.uchile.cl/?attachment\\_id=31919](http://www.cmm.uchile.cl/?attachment_id=31919)
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Declaración Americana de Derechos del Hombre, 1948. Recuperado de: <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp> (Revisado en febrero de 2019)
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL (2003). *Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Ediciones CEPAL Santiago de Chile, 1-17.
- Fuentes, Patricio y Albala, Cecilia (2014). *An update on aging and dementia in Chile*. Dement Neuropsychol. No 8, (4):317- 322).
- Guajardo, G.; Tijoux M.E; Abusleme M.T; (ed) (2015). *La construcción social de las demencias en las personas mayores de la Región Metropolitana, Chile*. Santiago de Chile: SENAMA, FLACSO Chile, Instituto Chileno de terapia Familiar.
- Huenchuan, S.- Morlachetti, A (2006). *Análisis de los instrumentos internacionales y nacionales de derechos humanos de las personas mayores. Notas de Población*. Centro latinoamericano y Caribeño de Demografía –CELADE-, División población, CEPAL, Número 81.
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2005). *Las nuevas Proyecciones de Población*. Santiago. Recuperado de <https://www.ine.cl/estadisticas/demograficas-y-vitales>
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2018). *Compendio Estadístico 2018*. Recuperado de <https://www.ine.cl/docs/default-source/publicaciones/2018/bookcompendio2018.pdf?sfvrsn=5>
- Martínez, T. (2013). *Avanzar en Atención Gerontológica Centrada en la persona*. Disponible en [www.acpgerontologia.com](http://www.acpgerontologia.com)
- Ministerio de Salud (2013). *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Dirigido a Equipos de Salud*. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Organización Panamericana de la Salud. Disponible en <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>

- Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de los Derechos del Hombre*. Resolución Asamblea General, 183ª. sesión plenaria, A/RES/217 (III).
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2006). *Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo*. Naciones Unidas: Nueva York y Ginebra. Disponible en <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/FAQsp.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1991). *Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad*. Resolución Asamblea General, 74ª. sesión plenaria, A/RES/46/91.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2002). *Informe Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid 2002*. Ediciones Naciones Unidas, Madrid.
- Organización de los Estados Americanos (OEA) (2015). *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. Disponible en [http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_A-70\\_derechos\\_humanos\\_personas\\_mayores.pdf](http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf) (Revisado en febrero de 2019)
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2007). *Ciudades amigables con los mayores: una guía*.
- Pontificia Universidad Católica de Chile (2018). *Trabajo y personas mayores en Chile: Lineamientos para una política de inclusión laboral*. Estudio nacional en personas entre 55 y 74 años. Primera edición. Ediciones PUC.
- Ramos, Ana María, Yordi, Mirtha, Miranda, María de los Ángeles (2016). *El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas*. Revista Archivo Médico de Camagüey, 20(3), 330-337.
- Servicio Nacional de Capacitación y Empleo (SENCE) (2012). *Estudio de caracterización y disponibilidad de usuarios y empresas para la inserción laboral de los adultos mayores*. Consultora Clodinámica, Región Metropolitana, Santiago.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) (2018). *Envejecimiento positivo en Chile*. Disponible en: [http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Envejecimiento\\_Positivo.pdf](http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Envejecimiento_Positivo.pdf) (Revisado en febrero de 2019).
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) (2013). *Estudio sobre la Realidad Laboral de las Personas Mayores en la Región Metropolitana, Santiago*.
- Slachevsky, A., Arriagada, P., Maturana, J., & Rojas, R. (2012). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias en Chile: Propuesta de un Plan Nacional de Alzheimer y otras demencias*. Chile: Corporación Profesional de Alzheimer y otras demencias (Coprada); Sociedad de Neurología, Neuropsicología y Neurocirugía de Chile (Sonepsyn).
- Universidad Finis Terrae - Instituto de Seguridad del Trabajo (2017). *Condiciones laborales de las personas mayores: una mirada desde la salud y seguridad en el trabajo*.

El uso de un lenguaje que no discrimine ni marque diferencias entre hombres y mujeres ha sido una preocupación en la elaboración de este documento. Sin embargo, y con el fin de evitar la sobrecarga gráfica que supondría utilizar en castellano “o/a” para marcar la existencia de ambos sexos, se ha optado por utilizar el masculino genérico, en el entendido de que todas las menciones en tal género representan siempre a hombres y mujeres, abarcando claramente ambos sexos.