

## Artículo de Revisión

# Envejecimiento poblacional y unidades de climaterio

Dr. Hugo Salinas P.

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico de la Universidad de Chile

---

### RESUMEN

La población chilena viene experimentando un proceso de envejecimiento acelerado, extremadamente complejo, que acarrea grandes desafíos para el sujeto que lo vive, como para la sociedad en su conjunto, uno de los cuales es la problemática que plantean las mujeres en etapa de climaterio.

El Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2020, recoge la preocupación por el climaterio y establece como metas para la mujer climatérica, disminuir a menos de un 15% aquellas mujeres que presenten un deterioro importante en su calidad de vida, aumentar a un 30% las mujeres que se realicen controles de climaterio e indicar terapia de reemplazo hormonal al menos al 70% de las mujeres que presenten calidad de vida alterada a nivel de los establecimientos públicos.

Se considera que con el uso correcto de intervenciones clínicas es posible revertir el deterioro de la calidad de vida de mujeres entre 45 y 64 años, en especial si es centrado en equipos multidisciplinarios que otorguen una atención personalizada y se focalizan en un manejo integral de la problemática que plantea el climaterio y la menopausia.

Para lograr lo anterior es necesario contar con una red que permita evaluar la calidad de vida de la población, aumentar la cobertura y la calidad de atención por síntomas climatéricos y la difusión a nivel poblacional de contenidos relacionados a esta etapa.

Si bien la implementación de unidades de climaterio a nivel primario se recoge adecuadamente en la Orientaciones del Ministerio de Salud, el diseño e implementación de unidades de climaterio a nivel secundario y terciario, donde será necesario derivar un gran número de mujeres por sus antecedentes o su patología actual, podría facilitarse si se tienen en cuenta algunas consideraciones basadas en el adecuado uso de las herramientas que ofrece la gestión clínica aplicada.

**PALABRAS CLAVE:** gestión clínica, modelos de gestión, climaterio

### SUMMARY

The Chilean population is undergoing an accelerated, extremely complex aging process, which presents great challenges for both the subject who lives it and the society as a whole, one of which is the problem posed by women in the climacteric stage.

The National Health Plan for Health Objectives as of 2020, reflects the concern for the climacteric and establishes as goals for climacteric women, to reduce to less than 15% those women who present a significant deterioration in their quality of life, increase to a 30% women who perform climacteric controls, and indicate hormone replacement therapy to at least 70% of women who present altered quality of life at the level of public establishments.

It is considered that with the correct use of clinical interventions it is possible to revert the deterioration of the quality of life of women between 45 and 64 years old, especially if it is focused on multidisciplinary teams that provide a personalized attention and focus on a comprehensive management of the problem posed by climacteric and menopause.

---

To achieve this, it is necessary to have a network to evaluate the quality of life of the population, increase coverage and quality of care due to climacteric symptoms and the promotion at population level of contents related to this stage.

Although the implementation of climacteric units at the primary level is adequately reflected in the Ministry of Health Guidelines, the design and implementation of climacteric units at secondary and tertiary level, where it will be necessary to refer a large number of women due to their background or their pathology, could be facilitated if some considerations are taken into account based on the proper use of the tools offered by applied clinical management.

**KEYWORDS:** Clinical management, management models, climacteric.

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es un hecho único en la historia de la humanidad. Se explica por cambios en variables políticas, sociales, culturales y económicas que han incidido en la reducción de las tasas de fecundidad y mortalidad y el aumento consecuente de la expectativa de vida. Vivimos una transición demográfica que lleva al envejecimiento poblacional aceleradamente. Se estima que al 2025, las personas mayores de 65 años en Chile superarán a las menores de 15 años (1).

A 2014, el grupo de mujeres de 45 a 64 años alcanzaba a 2.191.593, con una expectativa de vida de 82.2 años, siendo esta cifra de mujeres, el grupo objetivo para haber recibido acciones de protección, promocionales y preventivas, en especial cuando producto del progresivo envejecimiento han ingresado al climaterio y menopausia (2).

El envejecimiento en sí, que excede en mucho a la menopausia, es un proceso complejo y multidimensional, que implica consecuencias y desafíos, para los sujetos que la experimentan, como para la sociedad en su conjunto.

A la hora de implementar políticas públicas, “los derechos y las necesidades de protección social de la población, proveen el marco ético-normativo a partir del cual se diseñan e implementan las políticas y programas sociales para el mejoramiento efectivo de la calidad de vida de las personas” (1).

La menopausia ha sido considerada a lo largo del tiempo, desde una enfermedad hasta una etapa de liberación femenina a fines de la edad fértil, con cambios relativos más o menos positivos, basados en factores personales y culturales que cruzan esta etapa de la vida (3).

El enfrentamiento de los procesos ligados a climaterio y menopausia, se extienden más allá de los cambios hormonales que se producen durante esta etapa, toda

vez que es aquí donde existe una mayor prevalencia de procesos crónicos, cuya sintomatología no necesariamente está asociada a la disminución de la producción estrogénica o debido a que muchos procesos que se producen alrededor de la menopausia, cursan paralelamente con acontecimientos personales, familiares y laborales, que pueden influir en la calidad de vida.

Existe consenso que las mujeres mayores de 45 años que no han tenido períodos menstruales por un año o que presentan síntomas vasomotores y períodos menstruales irregulares, o sólo presentan sintomatología si no tienen útero, es suficiente para diagnosticar menopausia o peri menopausia.

Específicamente, frente a menopausia, es necesario responder qué síntomas presentan una asociación causal con la disminución de estrógenos (cognitivos, del estado de ánimo, vasomotores, vaginales, urinarios, mamarios, sexuales y músculo-esqueléticos) y qué problemas de salud se relacionan con la disminución de estrógenos en la mujer menopaúsica (osteoporosis y riesgo de fractura y enfermedades cardiovasculares) (3).

La terapia de reemplazo hormonal, con el objetivo de reponer estrógenos, una de las estrategias de mayor impacto, lamentablemente no ofrece consensos respecto a sus riesgos y beneficios. Estudios de gran relevancia han determinado que el uso de terapia hormonal de reemplazo, por ejemplo, previene fracturas por osteoporosis al mismo tiempo que incrementa el riesgo de enfermedades cardiovasculares, a pesar que hoy se admite que las enfermedades cardiovasculares tienen un riesgo acorde con los factores inherentes a cada individuo (4).

Guías para la atención del climaterio.

Uno de los grandes desafíos de la atención de mujeres en menopausia o cercana a ésta, es que las mujeres en esta etapa se seguirá incrementando, aumentando el número de referencias a los niveles secundarios y terciarios de atención, en especial, para cubrir el control de síntomas en el corto plazo, como asimismo para atender problemas de salud de largo plazo (4).

Al igual que lo que ocurre en otros países, incluso los más desarrollados, la oferta de servicios públicos y privados especializados en climaterio y menopausia son muy escasos y en muchas regiones de nuestro país inexistentes, de tal forma que se hace imprescindible ir rápidamente al desarrollo de los mismos.

Se hace necesario una guía para colaborar con el diagnóstico y manejo de la menopausia, entregando recomendaciones para la implementación de servicios de atención a mujeres con menopausia basados en evidencia, siendo los más relevantes (4):

1. Incrementar esfuerzos para cambiar conductas clínicas inadecuadas a nivel de la atención primaria.
2. Mejorar los conocimientos entre los profesionales de la salud, de tal forma que puedan apoyar a mujeres a tomar una decisión informada respecto al uso de terapia hormonal de reemplazo, en base a sus propios beneficios y riesgos, así como la suplementación de medicamentos que permitan evitar el riesgo de fracturas u otras condiciones propias de esta etapa.

Por otra parte, adicionalmente podríamos elaborar un carnet de control de climaterio, a semejanza de la sistematización y orden que ha significado el carnet de control prenatal, que permite compartir información o señalar hechos de relevancia médica, entre el que otorga y la que recibe prestaciones de salud.

El desarrollo de unidades de climaterio. Un cambio en el paradigma organizacional.

Es tan complejo el enfoque de la mujer en etapa de climaterio y menopausia, que no basta contar con un médico dedicado a climaterio, es necesario desarrollar unidades de climaterio.

Previamente nos hemos referido al diseño e implementación de unidades de medicina materno fetal, que desde las consideraciones teóricas de administración y gestión, no debieran resultar muy distintas al diseño e implementación de unidades de

climaterio, con una gran diferencia. Las unidades de medicina materno fetal tienen su base de sustentación en las unidades de alto riesgo de las maternidades del país, mientras las unidades de climaterio en establecimientos públicos son prácticamente inexistentes (5).

En el marco de los sistemas de salud filantrópico caritativos, los problemas de salud pública, como por ejemplo, las enfermedades infecciosas, eran resueltas por los médicos, mientras que los problemas actuales, fundamentalmente enfermedades crónicas, como obesidad, diabetes, hipertensión, dislipidemias, depresión y tabaquismo crónico requieren un cambio de estilo de vida, la personalización de la enfermedad, la experiencia aportada por los propios pacientes y un enfoque multiprofesional y multisectorial, que son propios de los modelos médico asistenciales o francamente en procesos profundos de reformas sanitarias (5).

Las unidades de gestión clínica son de mayor complejidad y apuntan a la "excelencia triple organizacional": el manejo del conocimiento científico, la implementación de procesos efectivos y la provisión de servicios de excelencia (6).

Las unidades de climaterio de nivel secundario o terciario de atención, producto de los cambios demográficos y la consecuente transformación de la población incrementan las necesidades de salud, en el marco de déficit de recursos, justamente cuando la inversión es infinitamente mayor, deben adoptar una nueva forma de organización y gestión, con nuevos liderazgos, modelos gerenciales innovadores y el uso de nuevas tecnologías (6,7).

Estas nuevas unidades deben transitar desde procesos estables de planificación y administración operativa, propio de los sistemas de salud médico asistenciales, definidos en base a una estructura física determinada para otorgar prestaciones, asumiendo que la calidad es equivalente a siempre igual, a procesos organizados en estructuras físicas diseñadas para entregar servicios en distintos lugares, donde la idea de calidad es siempre distinto, adaptándose a las condiciones y requerimientos específicos de cada paciente y centrado en éstos, los cuales pueden participar en el diseño del servicio, generando el valor del mismo, sin cuyo esfuerzo personal se perdería la capacidad de generarlo (7).

Pasamos a que la idea de calidad no es hacer todo siempre igual, sino que siempre ajustado a las necesidades y deseo de cada persona. La estandarización de normas y procedimientos es reemplazada por el desarrollo de competencias

individuales y colectivas, permitiendo que los individuos puedan tomar decisiones en base a su experiencia.

En una unidad clínica, médicos y el personal de salud deben contar con planes de desarrollo que no sólo incluyan las competencias clínicas a mejorar, sino también las que dicen relación con el liderazgo, administración gerencial y comunicaciones, para trabajar tomando decisiones no sólo en función del manejo de cada paciente, sino que buscando acuerdos en los casos en los cuales hay riesgos que deben ser minimizados y finalmente acomodar su acción a múltiples criterios, integrando consideraciones no sólo clínicas, sino que presupuestarias, técnico profesionales y personales en la búsqueda del mejor desempeño posible a largo plazo (6).

Estrategias, gobierno y procesos de las unidades de climaterio.

Desde una perspectiva más práctica, las unidades de climaterio deberían ser parte de servicios de obstetricia y ginecología, y cuando estos servicios comparten su labor con centros académicos, debería recaer en éstos, la enseñanza del manejo integral de la menopausia, incluyendo los riesgos y beneficios de la terapia hormonal, como parte del programa regular de las carreras de la salud. A nivel de post grado se debe asegurar un módulo avanzado en el manejo del climaterio y la menopausia, revisando aspectos teóricos y prácticos del manejo integral de este período de la vida.

Una propuesta del rol de estas unidades de climaterio en la difusión del conocimiento debería incluir (4):

1. La obligatoriedad de los servicios de obstetricia y ginecología de contar con unidades de climaterio.
2. La participación de profesionales que provengan de otras áreas del conocimiento.
3. Que la provisión de servicios sea entregada por especialistas con conocimiento en el manejo de climaterio y menopausia.
4. La revisión teórica de las vías de referencia y contra referencia para el manejo de la menopausia, comprobando la efectividad de las mismas.
5. La identificación de líderes en menopausia que puedan disminuir las deficiencias en la referencia entre los distintos niveles de atención cuando éstas sean detectadas.

6. El diseño de guías clínicas para el adecuado uso de medicamentos, en especial de hormonas, prescritos por médicos en el primer nivel de atención.

7. La elaboración de formularios que ayuden a difundir la información actualizada respecto a la terapia hormonal.

8. La realización de encuentros locales que permitan la diseminación del conocimiento.

9. El involucramiento de matronas y otros profesionales de la salud en actividades teóricas y prácticas que permitan mejorar el conocimiento para el enfoque integral de la menopausia.

La gestión operacional.

De forma muy simple y resumida, es necesario desarrollar las siguientes acciones para conformar en una primera etapa, unidades de climaterio (5,8):

1. Determinar la misión de la unidad de climaterio: ¿Para qué existe la unidad de climaterio?: servicios asistenciales que incluye la unidad de climaterio, a quienes van dirigidos los servicios, como se van a proporcionar los servicios.
2. Determinar la visión de la unidad de climaterio: ¿Qué queremos que sea esta unidad de climaterio en los próximos años?: determinar que se quiere conseguir en el plazo de cinco años.
3. Realizar el análisis externo a la unidad de climaterio: riesgos y oportunidades que brinda el mercado, los pacientes y sus problemas, necesidades y expectativas.
4. Realizar el análisis interno de la unidad de climaterio: estrategia y liderazgo, personas, recursos y alianzas, procesos, satisfacción de pacientes, satisfacción de profesionales, resultados.
5. Definir los objetivos a corto y mediano y largo plazo de la unidad de climaterio: tácticos o de corto plazo (cuantificables) y estratégicos o de mediano y largo plazo (aspiracionales).
6. Desarrollar las líneas estratégicas de la unidad de climaterio: identificar las líneas clave de la unidad de climaterio para alcanzar los objetivos estratégicos.

A partir de este momento, la unidad de climaterio puede pasar a una segunda fase donde se hace necesario: elaborar el plan operativo y controlar el cumplimiento del plan, determinar el organigrama, nombrando el equipo de dirección y estableciendo funciones y responsabilidades, revisar el clima

laboral, implicar y capacitar al personal, gestionar la calidad y la innovación y rediseñar los procesos.

#### Consideraciones finales

Asumir la necesidad de construir unidades de climaterio es equivalente al esfuerzo por desarrollar unidades de alto riesgo obstétrico en las maternidades del país, basado en niveles de atención por factores de riesgo, en algún momento histórico de nuestro desarrollo sanitario.

Es apremiante constituir unidades de climaterio en los hospitales, las cuales son prácticamente inexistentes, para que asuman un rol rector y supervisor respecto al trabajo que se realiza en el primer nivel de atención, el cual es desarrollado principalmente por matronas.

Es una responsabilidad ineludible de los gestores clínicos de los hospitales, y en especial de sus servicios de obstetricia y ginecología, donde deben residir estas unidades, sin desconocer el rol que cumple la complementariedad con otras unidades al interior de los establecimientos.

El modelo de análisis y mejoría de procesos hospitalarios que ya hemos propuesto, ofrece la posibilidad de avanzar hacia un modelo descentralizado, centrado en la atención integral del paciente, favoreciendo la calidad asistencial y la eficiencia, en un ambiente de necesaria y urgente reforma estructural del sistema hospitalario (5,8).

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Las personas mayores en Chile. Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez. Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA. Santiago de Chile, Julio 2009.
2. Orientaciones Técnicas para la Atención Integral de la Mujer en Edad de Climaterio en el Nivel Primario de la Red de Salud (APS). Ministerio de Salud de Chile. 2014.
3. Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia, Guía de práctica clínica sobre la menopausia y post menopausia. Barcelona: Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. Asociación Española para el Estudio de la menopausia. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano. 2004.
4. Menopause: diagnosis and management. NICE guideline (NG 23). 12 de November 2015.
5. Salinas H. Diseño e implementación de una unidad de medicina materno fetal. Rev Chil Obstet Ginecol 2016; 81(5): 439-444.
6. Ribera, J, Antoja, G, Rosenmöller M, Borrás P. Hospital of the Future. A New Role for Leading Hospitals in Europe. Abridged version. Center for Research in Healthcare Innovation Management. Business School. Universidad de Navarra. España, Enero 2016.
7. Pucheu, A. Coaching para la efectividad organizacional. Modelos, técnicas y ejemplos de aplicación. Facultad de Ciencias Sociales. Pontificia Universidad Católica de Chile. Salesianos Impresores S.A. Mayo 2016.
8. Guía Práctica para la Implantación de Unidades de Gestión Clínica, Informe 2014 de AMPHOS.