

M 51653

M
A 1852
2000
c1

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL

**ESTUDIO SOBRE LA REALIDAD
DE HOGARES PARA ADULTOS MAYORES
EN LA REGION DE VALPARAISO
CATASTRO REGIONAL Y PROPUESTA DE ASOCIACIÓN**

SEMINARIO DE TITULO PARA OPTAR AL GRADO DE
LICENCIADO EN SERVICIO SOCIAL Y AL
TITULO PROFESIONAL DE ASISTENTE SOCIAL

Docente guía:
Sra. MARTA BUSTOS DIAZ

Alumno:
FERNANDO ACOSTA FUENTES

131

Valparaiso, 2000

Universidad  de Valparaiso
CHILE
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
BIBLIOTECA



REF.: Informa calificación Seminario de Título
alumno que se indica.

VALPARAISO, 7-de Marzo de 2001.

SEÑOR DECANO:

En mi calidad de Profesor Guía vengo en informar el Seminario de Título desarrollado durante el año académico 2000 por el alumno de la Escuela de Trabajo Social Sr. **FERNANDO ACOSTA FUENTES** expuesto en el informe final de dicho Seminario instituido, "**ESTUDIO SOBRE LA REALIDAD DE HOGARES PARA ADULTOS MAYORES EN LA REGION DE VALPARAISO. CATASTRO REGIONAL Y PROPUESTA DE ASOCIACION**", patrocinado por la Oficina del Adulto Mayor de la Intendencia Regional.


En la evaluación, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 42^a del Reglamento del Plan de Estudios vigente, he tenido en consideración los siguientes aspectos: importancia, originalidad y aporte del trabajo al campo profesional; aspectos metodológicos; amplitud y suficiencia del desarrollo del tema y de la bibliografía utilizada; régimen formal de citas; carácter de la redacción y calidad del vocabulario técnico utilizado.

El trabajo ejecutado se refiere a una problemática no abordada en otros estudios, de tal modo que resulta de interés a la comunidad y a la profesión. Aportó nueva información y creó espacios de interacción entre el sector público y privado para avanzar en el desarrollo institucional de los hogares de adultos mayores y a la vez contribuir a mejorar la calidad de vida de estos últimos.

El estudiante aplicó la Metodología de Servicio Social demostrando un dominio suficiente tanto del proceso como de las técnicas utilizadas en las distintas etapas del método. El desequilibrio en los tiempos asignados y lentitud en la toma de decisiones y selección de técnicas, afectaron un mejor logro.

La bibliografía fue adecuada, como así también el régimen formal de citas y vocabulario técnico utilizado.

En atención a lo anterior se califica el Seminario de Título con nota 5.0 (cinco punto cero)


MARTA BUSTOS DIAZ
PROFESOR GUIA

AL SEÑOR
ANTONIO PEDRALS G. de C.
DECANO
FACULTAD DE DERECHO Y
CIENCIAS SOCIALES
PRESENTE.



REF.: Informa calificación Seminario de Título
alumno que se indica.

VALPARAISO, 7 de Marzo de 2001.

SEÑOR DECANO:

En mi calidad de Profesor Informante vengo en informar el Seminario de Título desarrollado durante el año académico 2000 por el alumno de la Escuela de Trabajo Social Sr. **FERNANDO ACOSTA FUENTES** expuesto en el informe final de dicho Seminario intitulado, "**ESTUDIO SOBRE LA REALIDAD DE HOGARES PARA ADULTOS MAYORES EN LA REGION DE VALPARAISO. CATASTRO REGIONAL Y PROPUESTA DE ASOCIACION**", patrocinado por la Oficina del Adulto Mayor de la Intendencia Regional.

En la evaluación, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 42^a del Reglamento del Plan de Estudios vigente, he tenido en consideración los siguientes aspectos: importancia, originalidad y aporte del trabajo al campo profesional; aspectos metodológicos; amplitud y suficiencia del desarrollo del tema y de la bibliografía utilizada; régimen formal de citas; carácter de la redacción y calidad del vocabulario técnico utilizado.

Por lo anteriormente expuesto vengo en calificar el presente Seminario de Título con nota **4.8** (cuatro punto ocho)

FERNANDO PASTEN CORDOVEZ
PROFESOR INFORMANTE

AL SEÑOR
ANTONIO PEDRALS G. de C.
DECANO
FACULTAD DE DERECHO Y
CIENCIAS SOCIALES
PRESENTE.
MDD/rvs.-

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: ANTECEDENTES INSTITUCIONALES	
1. Intendencia regional de Valparaíso	3
2. Descripción del Comité Regional del Adulto Mayor	6
3. Programas y actividades realizadas	7
CAPITULO II: INVESTIGACIÓN DIAGNÓSTICA	
1. Formulación del Problema	11
2. Delimitación del Tema	12
3. Objetivos de la Investigación	12
4. Fundamentación	15
5. Marco de Referencia	18
6. Operacionalización de Variables	39
7. Metodología de la Investigación	55
8. Análisis e interpretación de los datos	59
9. Síntesis Diagnóstica	108
10. prognosis	113
CAPITULO III: PROGRAMACIÓN	
1. Dependencia legal y administrativa	115
2. Fundamentación	115
3. Objetivo General	119
4. Objetivo Especifico	119
5. Responsable	120
6. Tiempo	120
7. Evaluación	120
8. Proyecto N° 1	121
9. Proyecto N° 2	127
10. Proyecto N° 3	131
CAPITULO IV: EJECUCIÓN	
1. Fases del Proceso Administrativo	138
2. Descripción de la Ejecución de Proyecto N° 1	140
3. Descripción de la Ejecución de Proyecto N° 2	145
4. Descripción de la Ejecución de Proyecto N° 3	147
CAPITULO V: EVALUACION	
1. Fundamentación	149
2. Evaluación del Objetivo General del Programa	150
3. Evaluación Proyecto N° 1	152
4. Evaluación Proyecto N° 2	153
5. Evaluación Proyecto N° 3	154
6. Aplicación de Criterios Evaluativos	155

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

- | | |
|-------------------------------|-----|
| 1. Conclusiones del Seminario | 157 |
| 2. Sugerencias al Tema | 160 |

BIBLIOGRAFIA 161

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, nuestro país ha ido presentando un progresivo envejecimiento de su población que hoy día tiene 60 años y más, constituyéndose en el 10,5% del total poblacional, lo que corresponde a 1.449.365 habitantes (encuesta Casen 96), proyectándose este aumento para el 2025 a un 18%, lo que corresponderá a 3.957.607 habitantes.

El grupo de población Adulta Mayor, al igual que otros grupos etáreos va a tener necesidades específicas, y va a generar determinados impactos en el país o entorno inmediato, lo que en definitiva trascenderá todos los ámbitos de la sociedad.

Para ello, los servicios de atención al anciano van a requerir modificar sus actuales sistemas en beneficio de este creciente sector poblacional. Dentro de estos se encuentran los así llamados Hogares o casas de residencias para ancianos o adultos mayores, que en nuestro país tienen una doble raíz según el tipo de adulto mayor que acude a ellos. En este sentido aquellos de marcado origen benéfico o asistencial, con una trayectoria bastante duradera en el tiempo y de arraigo social han enfocado su accionar desde instituciones religiosas, de salud o de fundaciones particulares hacia un grupo etáreo carente de recursos y con insatisfacciones de necesidades de orden básico. Por otro lado, y paralelos a los anteriores y de aparición más reciente, surgen aquellos de tipo privado y con sello economicista, enfocados a grupos de niveles más altos de la escala social, los que requieren de servicios de cuidados específicos y por los cuales cancelan un valor que es exigido por la prestación de servicios.

Estas dos realidades anteriormente enunciadas, carecen de vinculaciones entre ellos y desarrollan sus actividades en forma aislada, lo que favorece al desconocimiento, desde un punto de vista social en relación a su cuantía y a los servicios que entregan, y desde el punto de vista de ellos mismos a los beneficios a los que pueden acceder, a la información que implique cambio positivo en la calidad de la atención que otorgan y a la potencia de acción que podrían tener en caso de estar agrupados como sector.

Lo descrito con anterioridad también se produce en la región de Valparaíso, por lo que esta situación que significa un desafío a abordar para la sociedad en general y para las instancias decicionales ligadas a estos establecimientos en particular, por lo mismo esto motivó al Alumno Seminarista a realizar una labor profesional que permita integrar en forma adecuada a estos establecimientos entre ellos y con instituciones públicas por medio

de la formulación de un plan de trabajo que potenciara en primer lugar conocer la realidad en la región y por otra parte organizarlos.

Es así que el presente Seminario abordará la situación de los Hogares para Adultos Mayores a través de seis capítulos, donde se contemplan todas la etapas del proceso metodológico.

El primero, comprende antecedentes generales de la institución patrocinante, lo que tiene por finalidad dar a conocer su estructura interna, la política, las acciones desarrolladas y los principios básicos que rigen su acción.

El segundo, presenta la investigación diagnóstica que incluye la definición y fundamentación del problema, objetivos de investigación, marco de referencia, operacionalización de variables y posteriormente el análisis e interpretación de los datos recogidos, para vertirlos en una síntesis diagnóstica y formulación de la prognosis.

El tercer capítulo, corresponde a la programación que contempla la realización de tres proyectos orientados a superar la situación problema cuyo objetivo general pretende *“informar y difundir los antecedentes encontrados a partir de la investigación de los Hogares para Adultos Mayores de la región de Valparaíso a través de jornadas de sensibilización con el fin de integrar a los distintos establecimientos, promoviendo instancias de asociación y participación para los mismos”*.

El cuarto capítulo, describe la intervención profesional propiamente tal, realizada por el Alumno Seminarista a través de su proceso administrativo y la ejecución de los proyectos contemplados en el programa.

El quinto capítulo, plantea la evaluación de las actividades ejecutadas, a través de una evaluación general del programa, sus proyectos, recursos, tiempo, cumplimiento de los objetivos y evaluación del proceso metodológico.

Para concluir, en el sexto capítulo se exponen las conclusiones y sugerencias que el Alumno Seminarista ha considerado a lo largo del trabajo. Terminando con la bibliografía utilizada y los anexos que sirven como complemento a la labor profesional.

CAPITULO I
ANTECEDENTES INSTITUCIONALES

MARCO INSTITUCIONAL

Introducción

El trabajo que se expone es realizado en su totalidad bajo el patrocinio del Comité Regional del Adulto Mayor de Valparaíso.

En virtud de lo señalado anteriormente, se hace necesario contar con una visión del marco institucional en que se inserta el trabajo realizado, de modo de contextualizar las diversas acciones que a través de él se realicen. Con este fin, se presenta una caracterización de la Intendencia Regional, luego una descripción general del Comité Regional del Adulto Mayor, para finalizar con antecedentes de programas existentes.

1.- Intendencia de Valparaíso

1.1.- Generalidades.

Dentro de la orgánica constitucional de la República de Chile, las Intendencias regionales son órganos dependientes directamente de la Administración Central del Estado, fijan sus políticas de acuerdo a las necesidades que en cada región se presentan y de acuerdo a los lineamientos generales que emanan de esa administración central.

En el territorio nacional existen 12 Intendencias Regionales, a demás de la Región Metropolitana. Cada una de estas se estructura en un gobierno interior y de administración y un gobierno regional.

Al interior de la Intendencia Regional de Valparaíso, El Comité Regional del Adulto Mayor, depende administrativamente de la División de Gobierno Interior y Administración a través del Departamento de Acción social de la Intendencia. Sin embargo para efectos del desarrollo de programas y su implementación se entiende directamente con la Intendente.

1.2.- Política Nacional para el Adulto Mayor. Comité Nacional y Comités Regionales.

El Comité Nacional para el Adulto Mayor, fue creado mediante el Decreto N° 203 de fecha 27 de Noviembre de 1995, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia como órgano asesor del Presidente de la República en la implementación de las políticas, planes y programas propuestos por la Comisión Nacional para el Adulto Mayor.

En conformidad a lo anterior el Gobierno ha aprobado una Política Nacional para el Adulto Mayor que busca avanzar en la solución de los problemas y crecientes necesidades del sector, por lo que resulta necesario contar con una estructura regional que favorezca la puesta en marcha en todo el territorio nacional de las acciones y propuestas contenidas en la Política Nacional para el Adulto Mayor aprobada por el Gobierno.

De acuerdo a lo anterior se crearon los Comités Regionales para el Adulto Mayor los que están definidos según decreto Oficial como "órganos asesores del Intendente en la promoción y aplicación de los planes y programas que beneficien al adulto mayor".

En la Región de Valparaíso y considerando que es política oficial del Supremo Gobierno el impulsar y desarrollar una política específica dirigida al Adulto Mayor, que busque avanzar en la solución de los problemas y necesidades crecientes y específicas de este estrato poblacional, el Intendente Regional ha estimado necesario coordinar e impulsar de modo conjunto en la V Región de Valparaíso, todos los planes y programas que las diferentes instituciones públicas regionales están dedicando al Adulto Mayor, de modo de hacer un seguimiento y evaluación permanente de sus efectos, con el fin de tomar las decisiones que corresponda para mejorarlos de manera permanente y que es necesario en la Región la creación de un espacio concreto para la coordinación, sistematización de acciones, diseños de planes y programas de actuación pública regionales, seguimiento y evaluación de estos y, en general, para el seguimiento y evaluación de las estrategias referidas al Adulto Mayor que el Gobierno de la Nación está desarrollando, fue creado bajo Resolución Exenta N° 31 - 49012 del 6 de Julio de

1998 el Comité Regional para el Adulto Mayor de Valparaíso; visto lo dispuesto en el Decreto N° 009 de 1997 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que crea los Comités Regionales para el adulto Mayor; lo dispuesto en los artículos 24 y 100 de la Constitución política de la República de Chile; lo presupuestado en los artículos 37 y 43 de la Ley N° 18.575, "Orgánica Constitucional de bases Generales de la administración del Estado" y lo señalado en los artículos 2º, letras a) y c) de la Ley N° 19.175, "Orgánica Constitucional sobre Gobierno y Administración Regional".

Al Comité Regional le corresponde:

- a) Proponer al Intendente una estrategia y la realización de planes y programas regionales y, en general, todo tipo de iniciativas específicas que apunten a resolver los problemas que existen o pueden generarse en el estrato que componen los adultos mayores de la V Región.
- b) Efectuar propuestas tendientes a favorecer la implementación de la Política Nacional para el Adulto Mayor en la V Región, coordinando las acciones de las diferentes instituciones públicas regionales en sus diferentes niveles territoriales.
- c) Buscar y proponer fuentes de financiamiento para las acciones que pretenda desarrollar el Comité.
- d) Buscar y proponer mecanismos de coordinación de acciones dirigidas al adulto mayor con el sector privado de la V Región.
- e) Promover estudios e investigaciones sobre la realidad del adulto Mayor en la V región.

Jurisdiccionalmente el Comité abarca el territorio correspondiente a toda la Quinta Región de Valparaíso, estructuradas en seis Provincias y 38 comunas.

2.- Descripción del Comité Regional del Adulto Mayor

El Comité Regional para el Adulto Mayor está presidido por el Intendente Regional o por quién este designe como su representante, y está integrado por:

- a) El Secretario Regional de Planificación y Cooperación
- b) Los Secretarios Regionales Ministeriales de Gobierno, Salud, Educación, Vivienda, Justicia, Trabajo y Previsión Social.
- c) Los Directores Regionales del SERNATUR, la DIGIDER y el FOSIS.
- d) Dos representantes de INTEGRA
- e) Un/a representante del Hogar de Cristo
- f) Un/a representante de la Asociación de Municipalidades de la V Región de Valparaíso.
- g) El/la Jefe del Departamento Social de la Intendencia.

Cada uno de los representantes institucionales mencionados podrá designar, de común acuerdo con el Intendente Regional, una persona que les represente y asuma las tareas en el Comité.

Sin perjuicio de lo anterior, el Comité puede invitar a sus sesiones a otros funcionarios del Gobierno Regional, así como a representantes del sector privado, si lo estimare conveniente.

El Comité ha designado, de entre sus miembros, una Secretaria Ejecutiva quien, en el ejercicio de sus funciones, le corresponde actuar como Coordinadora del Comité Regional, llevar las actas de los acuerdos adoptados, firmar junto con el Presidente del Comité todos los documentos oficiales que se refieren a acuerdos adoptados y desempeñar las funciones que el Comité acuerde.

Los miembros del Comité desempeñan sus funciones ad honorem.

3.- Programas y actividades realizadas

Las diferentes acciones realizadas por el Comité Regional del Adulto Mayor han tenido como ejes programáticos en su ejecución los siguientes:

- Coordinación
- Capacitación
- Difusión
- Apoyo a las organizaciones de Adultos Mayores, potenciando su desarrollo, coordinación e intercambio entre ellos.

Las iniciativas concretas del Comité, que se traducen en beneficios para las personas mayores de la Región fueron:

3.1.- En el ámbito del transporte.

El programa ha consistido en la entrega de 1000 pases liberados por el periodo de un año a los adultos mayores de 70 años, de escasos recursos, residentes en la comuna de Valparaíso.

El programa fue evaluado con la colaboración de la Universidad de Valparaíso, a través de sus alumnos en práctica de Servicio Social.

3.2.- En el ámbito de la vivienda

Se ha trabajado en coordinación con la Secretaría Regional Ministerial a fin de aumentar el número de las viviendas básicas destinadas para adultos mayores (2%) en los conjuntos habitacionales de SERVIU. En el Conjunto habitacional de Villa Queronque en la Comuna de Limache, se entregaron gracias a esta gestión, 29 viviendas.

Un programa iniciado pero con necesidad de ser continuado, es la construcción de casas de acogida diurna para adultos mayores más carenciados de cada comuna.

En la V Región actualmente se han seleccionado 2 proyectos de casas de acogida, correspondiendo a la comuna de Los Andes y Villa Alemana.

3.3.- En el ámbito de la salud.

En coordinación con la Secretaría Ministerial de Salud se apoyaron activamente las campañas de vacunación para adultos mayores.

Se ha colaborado en la preparación, difusión y lanzamiento del programa del Ministerio de Salud de Alimentación Complementaria de los Adultos Mayores (PACAM).

3.4.- En el ámbito del tiempo Libre.

Se han apoyado los programas de capacitación de monitores turísticos Adulto Mayor, organizados por el SERNATUR, haciéndolos participar activamente en el primer encuentro regional de adultos mayores en la V Región.

3.5.- En el ámbito Municipal.

Con los municipios se han coordinado actividades de capacitación, de recreación y turismo, los eventos regionales del adulto mayor organizados por el Comité., la difusión de las políticas nacionales al respecto, promoviéndose la asociatividad de los adultos mayores en los organismos de base.

3.6.- En coordinación con el FOSIS.

Apoyo al lanzamiento y clausura a cada uno de los programas "Más vida para tus años" y "Fondos de Proyectos Concursables", donde se ha colaborado en el jurado que asigna los proyectos.

3.7.- Con las Gobernaciones.

Se realizan coordinaciones entre los departamentos sociales y el Comité en relación con la información de planes y programas, especialmente lo referido a la capacitación y con el programa de pases rebajados de la locomoción colectiva.

3.8.- Con las Universidades.

Difusión del programa del Gobierno Regional que financia tesis relativas a temas de interés regional y al respecto gestionándose el financiamiento de una Tesis referida al tema del adulto mayor en la Universidad de Valparaíso, en la carrera de Servicio Social.

Con las Escuelas de Enfermería y Odontología. Elaboración de un programa de atención de salud integral en la comuna de Algarrobo, donde en el mes de Diciembre de 1999 se realizó el primer diagnóstico de salud bucal.

3.9.- Relaciones Nacionales e Internacionales.

Establecimiento de contactos con la Red Chilena de programas para adultos mayores y con la Red Latinoamericana y del Caribe de Programas de Personas Mayores "Tiempos" para intercambio de información al respecto y para el desarrollo del seminario Internacional.

3.10.- Contacto con las empresas

Se han programado visitas a empresas privadas y estatales, a quienes se les ha solicitado apoyo financiero para actividades relacionadas en beneficio del Adulto Mayor. A raíz de esto se ha solventado el encuentro coral de adultos mayores y es "Seminario internacional pensando estrategias para el adulto mayor del siglo XXI".

3.11.- Acciones de capacitación de monitores.

Programa regional de capacitación elaborado en conjunto con el (PNUD) Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, con patrocinio del Comité Nacional del Adulto Mayor. Consiste en entregar herramientas teórica prácticas para el trabajo con adultos mayores a encargados municipales del tema y a líderes de organizaciones de adultos mayores de cada comuna. Los temas escogidos han sido; comunicación asertiva, autocuidado de la salud, elaboración de proyectos, liderazgo y dinámica de grupo.

Se trabajó en conjunto con el INP de San Felipe, la preparación de jornadas de capacitación para funcionarios que atienden público adulto mayor en el mes de Abril de 1999.

Programación en conjunto con el Hospital Geriátrico de Limache jornadas de capacitación en la aplicación de instrumentos de medición del riesgo social del adulto mayor.

Coparticipación en Seminario Organizado por el Hogar de Cristo.

Seminario internacional "Pensando estrategias para el adulto mayor del siglo XXI", planificado en conjunto con las universidades estatales de la región, representada por su Consejo de Rectores.

CAPITULO II
INVESTIGACIÓN DIAGNÓSTICA

1.- FORMULACION DEL PROBLEMA

El problema a tratar en el Seminario de Título, se refiere al **desconocimiento del número y características que asumen los Establecimientos de larga estadía para Adultos Mayores de la Región de Valparaíso.**

Los Servicios de Salud de la región (Servicio de Salud Valparaíso San Antonio y Servicio de Salud Viña del Mar Quillota), si bien han trabajado coordinadamente en el tema de los Hogares para Adultos Mayores en la región estableciendo una línea de trabajo que apunta a la supervisión de estos centros, en cuanto al cumplimiento de la normativa que los rige, no se han abocado a aunar los conocimientos necesarios en cuanto a determinar las características que asumen estos establecimientos de larga estadía.

Los catastros que han elaborado se restringen a la enumeración de los establecimientos y a conocer la cantidad de residentes que en ellos habitan, sin embargo dichos catastros están parcializados por jurisdicciones de acción de los servicios de salud descritos. A pesar de ello no se ha realizado ningún tipo de estudio por instituciones públicas o privadas que permita reunir este conocimiento, profundizándolo para así llegar a determinar, a parte de la cuantía de estos establecimientos, el tipo de servicios prestados, la calidad de ellos y el enfoque que predomina en la atención directa al adulto mayor; además de llegar a determinar cuantos de ellos cumple con los requerimientos mínimos exigidos por el reglamento que los rige, teniendo en cuenta que las especificaciones abordadas en dicho reglamento, debieran promover no sólo la satisfacción de necesidades biológicas, sino que también las de desarrollo integral de las personas de edad avanzada internas en hogares o centros de larga estadía.

En ese sentido, este estudio procura dar una solución a este problema, insertándose institucionalmente en el Comité Regional del Adulto Mayor, organismo que pretende reunir la información parcial existente, y sobre la base de ello, proponer una metodología de trabajo con este tipo de establecimientos.

2.- DELIMITACION DEL TEMA

Para el efecto del estudio se considerará población objetivo a los Establecimientos de Larga Estadía de la región de Valparaíso referidos por diferentes organismos e instituciones, entre los que se cuentan los Servicios de Salud Valparaíso - San Antonio y Viña del mar - Quillota, instituciones ligadas a organismos eclesiales y otros Hogares de adultos mayores.

El estudio persigue llegar a reunir la información acumulada y determinar la cantidad de Hogares y Centros de acogida existentes en la Región, el número de adultos mayores residentes o asistentes a dichas instituciones, la calidad del sistema de atención directa empleado, el tipo de actividades realizadas y la vinculación con el personal de trato directo que trabaja en ellos. Así mismo se requiere establecer en términos concretos los recursos físicos, materiales y humanos existentes, como también los procedimientos y actividades que en ellos son ejecutados.

3.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.- Objetivo general N° 1

“Conocer las características sociodemográficas que presentan los Adultos Mayores de los distintos Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores de la Región de Valparaíso”

Objetivo específico

1. Caracterizar la población de Adultos Mayores según antecedentes demográficos, promedio de permanencia viviendo en los establecimientos, promedio de residentes que reciben visitas, distribución de valentes, semivalentes y postrados, las causales que tienen para ingresar o retirarse del establecimiento y aspectos socioeconómicos.

3.2.- Objetivo general N° 2

“Caracterizar los establecimientos de larga estadía para Adultos Mayores de la Región de Valparaíso en cuanto a cumplimiento de disposiciones fijadas por organismos estatales fiscalizadores”

Objetivos específicos

1. Determinar si es que los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores de la región, cumplen con las especificaciones establecidas por los Servicios de Salud.
2. Conocer si se da cumplimiento a las exigencias existentes para las distintas dependencias pertenecientes a los establecimientos.
3. Conocer si se da cumplimiento a los antecedentes de autorización e instalación exigidos para este tipo de establecimientos.
4. Conocer si se da cumplimiento a disposiciones fijadas para el personal que se desempeña en estos establecimientos.

3.3.- Objetivo General N° 3

“Caracterizar los establecimientos de larga estadía de la región para adultos mayores de la región de Valparaíso en cuanto a su normativa interna y sistema de atención prestada”

Objetivos Específicos

1. Conocer las normas de procedimientos existentes
2. Determinar el número de personas que laboran en ellos
3. Conocer aspecto financieros y el tipo de servicios que en relación con ellos se da.
4. Conocer la normativa interna en relación a las condiciones exigidas para ingresar.
5. Conocer la cantidad y calidad de atención médica entregada.

6. Conocer de las actividades sociorecreativas dirigidas a los residentes en cuanto a tipo y calidad.

3.4.- Objetivo General N° 4

“Caracterizar las relaciones y vinculaciones de los adultos mayores residentes en establecimientos de larga estadía para adultos mayores”

Objetivos Específicos

1. Determinar el tipo de comunicación establecido por el residente al interior del establecimiento y hacia las personas que va dirigido.
2. Conocer el tipo de sentimientos experimentado por el adulto mayor frente al ingreso al establecimiento y durante su residencia.
3. Conocer el régimen de visitas existentes, las personas que las realizan como factor de integración del residente.
4. Determinar las actividades específicas realizadas con y para la comunidad.

3.5.- Objetivo General N° 5

“Caracterizar la motivación de los adultos mayores residentes en establecimientos de larga estadía hacia la actividad y la participación”

Objetivos Específicos

1. Conocer la calidad de la participación en las actividades programadas
2. Conocer los intereses expresados generalmente por los residentes
3. Determinar cómo es la motivación del residente en la participación
4. Determinar la calidad de integración del residente al interior de los establecimientos.

4.- FUNDAMENTACIÓN

“De todos los fenómenos contemporáneos el menos discutible, el más seguro en su marcha, el más fácil de prever con mucha anticipación y quizá el más cargado de consecuencias es el envejecimiento de la población”¹

En el año 1998 el FNUAP (Fondo de Población de la Naciones Unidas) difundió en su “informe del Estado de la Población Nuevas Generaciones”, los siguientes datos;

En 1959 habían en el mundo 200 millones de mayores de 60 años

En 1975 el aumento superó los 350 millones.

De acuerdo a las proyecciones demográficas de las Naciones Unidas, en 45 años más las personas de edad avanzadas constituirán el 13.7 % de la población mundial.

Chile también está experimentando una transición demográfica. Así, según datos del informe de la Comisión Nacional para el Adulto Mayor (año 1995), Chile se encuentra en un proceso de envejecimiento poblacional paulatino, pero sostenido, con estimaciones que indicaban que en el año 1992, el 9.8% de la población total del país estaba compuesto por adultos mayores, lo que equivale a una población de 1.305.557 personas, proyectándose un 16 % para el año 2025, esto es una población mayor superior a los 3 millones de habitantes. Del total de la población mayor, un 55% son mujeres, junto con lo anterior, la esperanza de vida para los chilenos es de 70 y más años.

En consecuencia, si se proyectan las tendencias de los últimos 40 años, hasta el año 2020 se observa que la composición de la población económicamente inactiva cambiará, reemplazándose individuos de entre 0 y 14 años por individuos sobre los 65 años. Lo que es importante, porque ambos segmentos poblacionales requieren de distintos tipos de servicios, todo lo cual redundará en la necesidad de redefinir las políticas existentes en materias tales como salud, educación, previsión social, entre otras.

“La Quinta Región concentra la más alta cifra de adultos mayores a nivel nacional. Son al rededor de 165 mil personas de más de 60 años, lo que equivale al 12 % de su población total.

Sólo en Viña del Mar viven una 40 mil personas de la Tercera Edad, que en el 68% de los casos se hayan en situación de pobreza o extrema pobreza.

Esta situación ha determinado la necesidad de que los organismos cuyo quehacer se orienta a prestar atención a este grupo etáreo, hayan debido ampliar su cobertura para satisfacer la alta demanda.

No obstante y a pesar de que ha surgido una serie de planes y programas a nivel de gobierno e instituciones de beneficencia para dar respuesta a esta nueva realidad, aún no son suficientes para cubrir las necesidades de los adultos mayores, lo que dificulta para que tengan una buena calidad de vida”.²

La respuesta social en el país se ha visto reflejada a través de diferentes instituciones, ya sea de carácter público o de carácter privadas.

Con relación a la respuesta institucional pública, el Instituto de Normalización Previsional, INP, informó que durante el año 1999 se pagaron en promedio un total de 162.258 pensiones en la Quinta Región.

Según la misma fuente existen al rededor de 30 mil pensiones asistenciales que consisten en un beneficio otorgado por el Estado a personas que no reciben ningún otro ingreso.

En el área de la Salud, los adultos mayores pertenecen en su mayoría al sistema de Fondo Nacional de Salud, FONASA, donde se han implementado algunos programas para el sector, como “enfermería a domicilio” y “centros del adulto mayor”.

Observado lo anterior, y según diagnóstico de las políticas orientadas al adulto mayor, la oferta pública hacia ellos ha tenido un sello marcadamente

¹ Simone de Beauvoir. Citada por el Presidente de la Cámara de Diputados Sr. Gutenberg Martínez, Discurso Inaugural Seminario “Discriminación por edad en los distintos campos de la actividad social.

² El Mercurio de Valparaíso, Lunes 27 de Marzo del 2000

asistencialista, que no reconoce la condición de valentes de la mayoría de este grupo y que inhibe la posibilidad de desarrollar actividades autogestionadas.

En el marco de los lineamientos que hoy existen en materia de políticas sociales, actualmente el Comité Regional del Adulto Mayor quiere impulsar investigaciones, estudios y diagnósticos de problemas específicos en el área, teniendo en cuenta la cada vez mayor demanda de Centros destinados a este segmento poblacional y el mejoramiento de las condiciones de calidad de vida que a través de ellos puede desarrollarse.

A la luz de esta inquietud Institucional, Servicio Social se perfila como una disciplina, capaz de orientar en las mejores posibilidades que este sector tiene en la sociedad, en cuanto a la calidad de los sistemas de atención brindada como grupo vulnerable de la sociedad.

En esos sistemas se encuentran instituciones que prestan un servicio de residencia permanente y a los cuales la profesión puede entregar un aporte que signifique obtener una visión clara respecto de mejores alternativas en el tratamiento del adulto mayor.

Por otro lado se presupone que aquellos sistemas que entregan un servicio de atención diurna son más eficaces en promover la autovalencia en la etapa de la adultez mayor. En tal sentido Servicio Social, puede llegar a potenciar este tipo de servicios, en el caso de que así fuese, a través de estudios indagatorios que corroboren tal presunción.

Por tanto, reconociendo que Servicio Social contempla entre sus líneas de acción, el mejoramiento de la calidad de vida de los grupos más vulnerables de la sociedad, es que el fomento de su participación e integración en forma adecuada, tiene un efecto directo al permitir que el individuo se sienta autovalente psicológica y físicamente en la medida de lo posible y con más posibilidad de sentir una identidad social positiva como grupo etéreo.

5.- MARCO DE REFERENCIA

El envejecimiento es un proceso que se desarrolla gradualmente entre los individuos y en el colectivo demográfico. Las personas envejecen a medida que en su tránsito por las diversas etapas del ciclo de vida ganan en años; una población envejece cada vez que los estratos de edades mayores aumentan su número dentro del conjunto poblacional. Entre las personas, y más allá de las consideraciones biológicas, el envejecimiento trae consigo unos complejos cambios asociados a la edad, que involucran a la percepción que las personas tienen de sí mismas, a la valoración que los demás les asignan y al papel que desempeñan en la comunidad.

5.1.- Aspectos conceptuales sobre el envejecimiento

“ El proceso de envejecimiento, desde el punto de vista de los individuos que lo viven, se conceptualiza como un proceso de cambios continuos que requieren del individuo que lo experimenta, adaptación a condiciones diferentes y compensar fallas debidas a cambios intrínsecos al mismo, tales como deterioro y fallas biológicas y a cambios extrínsecos, por ejemplo, la restricción de las oportunidades sociales, de tener un ingreso suficiente y contar con un rol que le defina tareas propias y le permita obtener el reconocimiento social. Quienes lo experimentan necesitan, por lo tanto, del apoyo expresivo de los demás, es decir de la comprensión y el afecto que les ayude a aceptar y adaptarse a las condiciones cambiantes, las que van desde la pérdida de la capacidad motriz y de agudeza sensorial hasta el retiro del trabajo, la pérdida de prestigio y autoestima, etc. Requieren, además, de la ayuda de otros para compensar las fallas que experimentan, sea por su deterioro biológico, sea por la restricción en las oportunidades que les ofrece la sociedad. En otras palabras, requieren de ayuda instrumental que les permita satisfacer sus necesidades cotidianas y poder seguir viviendo en forma autónoma; y de apoyo expresivo - afectivo y cognitivo - que les haga más fácil aceptar los cambios que van experimentando con el proceso de envejecimiento.”¹

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos de mayor impacto de este siglo y, seguramente, crucial en la construcción de la historia del siglo XXI. En términos estrictamente demográficos, alude a la importancia relativa de las personas de 60 y más años de edad y una prolongación cada vez mayor de la esperanza de vida al nacer y a los sesenta años. Más allá de ser un fenómeno demográfico que permite hablar de poblaciones envejecidas, quienes envejecen son las personas, sus organismos alcanzan

¹ Carmen Barros y Otras; Los Hogares, una forma de atención al anciano, Revista de Trabajo Social N° 34

edades cada vez más avanzadas, y son las sociedades las que deben buscar formas adecuadas para responder a este proceso.

El envejecimiento de los individuos corresponde a un proceso normal y es definido por la (O.M.S.) como “Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios característicos para las especies durante todo el ciclo de vida. En los últimos años de vida, esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que esos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales”.² Como principal característica de esta definición, es la limitación o requerimientos de un mayor tiempo para que el organismo o el individuo como un todo se adapte a un cambio biológico, psicológico o social.

Con relación a capacidad funcional y salud del adulto mayor, la O.P.S recientemente ha definido el envejecimiento como “Un proceso de integración entre el individuo que envejece y una realidad contextual en proceso permanente de cambio”.

En las sociedades actuales hay dos hechos que llaman la atención en torno al tema del envejecimiento. Las personas viven en promedio más años que antes y hay un importante crecimiento en el número de personas en edades avanzadas. Estos dos aspectos constituyen conceptos diferentes aunque relacionados. El primero es la prolongación de la vida de los individuos; el segundo corresponde al envejecimiento de las poblaciones, que generalmente se expresa en el aumento en la proporción de adultos mayores.

El proceso de envejecimiento biológico de los individuos, como tal, es irreversible y ocurre a lo largo de toda la vida. Sin embargo se considera vieja a la persona que está en la etapa final de la misma, en la que dicho proceso se hace más acelerado y va comprometiendo las facultades físicas y mentales. Desde un punto de vista sociodemográfico y jurídico - laboral se considera que la vejez comienza a partir de cierta edad. Este corte es arbitrario y no puede contemplar la multidimensionalidad de un estado que depende de muchos factores, en los que la edad por sí sola nada significa.

“Laslett (1996) señala que el establecimiento de una edad para la vejez es una construcción social, que solo parcialmente está determinada por factores biológicos o psicológicos. La categoría viejo es, por consiguiente, un estado adscrito, generalmente aceptado por las personas pertenecientes a él, pero no elegido. Ello conduce a la no existencia de homogeneidad acerca de las características de ese estado adscrito y la fijación

² En Seminario Internacional “Pensando estrategias para el adulto mayor en el siglo XXI”. Dra. Juana Silva Opazo.

de la edad de su inicio. Estos varían de país a país, de cultura a cultura, y a través del tiempo. Dicho autor menciona, adicionalmente, la posibilidad de distinguir cuatro etapas del ciclo de vida: la primera edad, relacionada con la infancia y la juventud; la segunda edad, vinculada a la vida activa y reproductiva; la tercera edad, referida a la etapa activa de retiro; y la cuarta edad que alude a la fase de declinación mayor dependencia y deterioro más acelerado. La propuesta novedosa de incorporar una cuarta edad al ciclo de vida, proviene del aumento del promedio de años de vida observado en los países más desarrollados, lo que haría inadecuado el tradicional estado adscrito de viejo que comprende tan diversas situaciones”³

Para Carmen Barros el envejecimiento, mirado desde el punto de vista del adulto mayor, es un “proceso individual de adaptación a condiciones cambiantes provenientes del propio organismos, del medio social o de ambos, cuyo carácter dependerá de como se encaren y resuelvan los problemas”⁴.

Así mismo se indica que “la vejez cubre el periodo que corresponde a una disminución del ritmo de trabajo, a la declinación de sus fuerzas físicas y de sus facultades psicológicas y sociales”.⁵

En la actualidad en nuestro país no existe un término que identifique a este grupo etáreo, se les ha llamado senescente, anciano, geronte, entre otros. Para efectos de este estudio se he de utilizar el término Adulto Mayor, que es definido por MIDEPLAN como “toda persona mayor de 60 años”. Este término tiene un carácter más genérico, abarcando en forma más amplia los conceptos antes mencionados. Considera a las personas a partir del cese de la actividad laboral, independiente de la edad en que realmente ésta se produce.

5.2.- El proceso de envejecimiento en la población; antecedentes sociodemográficos relevantes

“El envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe se caracteriza, en contraste a lo observado en los países desarrollados, por:

- Rápido crecimiento - Los países desarrollados envejecieron gradualmente durante todo un siglo; los países en desarrollo envejecerán rápidamente en menos de 30 años.

³ Juan Chackiel, “El envejecimiento de la población latinoamericana”. En “Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las personas de edad. Seminario Técnico”. Santiago de Chile 8 al 10 de Septiembre de 1999.

⁴ Barros Lazaeta, Carmen: “Aspectos Sociales del envejecimiento”; en “La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa”; Organización Panamericana de la Salud; Washington, 1994

- Pobreza - El mundo desarrollado era rico cuando envejeció, los países de la América Latina y el Caribe envejecerán siendo aún pobres.

- Heterogeneidad e iniquidad - El proceso de envejecimiento acentúa las diferencias bio - psico - sociales entre los individuos; En América Latina y el Caribe también acentúan las iniquidades socioeconómicas y de género.”⁶

1.- Rápido crecimiento e impacto en las condiciones de salud:

“En general se habla de sociedades relativamente envejecidas cuando el grupo de personas de 60 años y más excede el 10% o 12% de la población total. En la década de los 70s la región de América Latina y el caribe tenía 17 millones de personas de 60 años y más, cerca del 6% de la población total. En la actualidad es más del doble, alrededor de 40 millones de personas, cerca del 8% del total de habitantes de la región. En la mayoría de los países este grupo crece a ritmos mayores que los otros grupos etáreos y que la población total y se espera que para el 2025 llegue a más de 96 millones, representando el 14% de la población total.

La probabilidad de sobrevivir hasta los 60 años y la esperanza de vida a los 60 años se ha incrementado notablemente en todos los países de la región durante los últimos 50 años. Está claro que en casi todos los países las personas que lleguen a los 60 años pueden esperar vivir alrededor de 20 años más, valores muy cercanos a los de Estados Unidos o Japón.”⁷

A pesar de las semejanzas en la trayectoria de los cambios de la mortalidad entre los adultos mayores de la región y de los países desarrollados, hay algunas diferencias importantes. Talvés la más sobresaliente es la existencia de un patrón de causas de muerte con mayor presencia de enfermedades infecciosas. Esto significa que, para un nivel determinado de esperanza de vida a los 60 años, los países de la región tienen una mayor probabilidad de tener mayores tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas que los países desarrollados.

⁵ Domínguez, Oscar: La vejez Nueva Edad Social, De. Andrés Bello, Chile. 1982.

⁶ Perspectiva para un envejecimiento saludable en América Latina y el caribe”. Peáez, Martha. En Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las personas de edad. 1999.

2.- Pobreza:

América Latina y el Caribe es la región con mayor desigualdad del ingreso del mundo. Las desigualdades en las condiciones de vida están presentes durante todo el ciclo vital y se expresan, entre otras cosas, diferencias en los niveles de mortalidad según estrato socioeconómico, origen étnico o área de residencia. Sin embargo, entre la población de 60 y más años la desigualdad tiende a expresarse en diferenciales en el perfil de morbilidad.

La desigualdad en las condiciones de salud de los adultos mayores se ve acentuada por diferencias en el acceso a los servicios de salud, siendo en el grupo de los adultos mayores especialmente más significativa.

3.- Heterogeneidad y desigualdad:

Los déficit nutricionales, los efectos de las enfermedades infecciosas y las exposiciones al medio ambiente desde la concepción hasta la adultez, tienen consecuencias a largo plazo que afectan la salud y la funcionalidad de los adultos mayores. Además de las desigualdades en la distribución de recursos, la falta de acceso a los servicios de salud, la falta de escolaridad y la baja protección económica de la mayoría de las personas de 60 años agudiza las diferencias internas en las poblaciones adultas mayores en la región.

5.3.- Aspectos sociodemográficos del Adulto Mayor a nivel nacional y regional

Chile no ha estado ajeno al notable crecimiento experimentado por la población mayor de 60 años. "Nuestro país se encuentra en un proceso de envejecimiento paulatino pero sostenido, lo que se traduce que para el año 1990 el 10 % de la población correspondía a personas de 60 años y más (1.302.258), para el año 2025 las proyecciones indican que un 16 % de la población estará en este grupo etáreo, es decir una cifra de adultos mayores que será superior a los 3 millones de personas."⁸

A fines de 1998, el Ministerio de Planificación y Cooperación realizó la Séptima Encuesta de Caracterización socioeconómica Nacional (CASEN VII), representativa de todos los hogares del país a nivel nacional, regional y por zona urbano rural. En esta

⁷ Perspectiva para un envejecimiento saludable en América Latina y el Caribe". Peáez, Martha. En Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las personas de edad. 1999.

⁸ CELADE 1995, en "Envejecimiento, vejez y pobreza", Fortes, Paula. Primer encuentro Regional (V Región) "Pobreza y Desarrollo".

encuesta se presentaron los primeros resultados en relación a la situación del adulto mayor en el país. La información contempló aspectos demográficos, características del hogar, algunos indicadores de actividad económica y pobreza, aspectos de salud, previsión social, vivienda y nivel educacional.

La encuesta CASEN 98 registra una población adulta mayor (PAM) de 1.529.136 personas. De ella, 866.864 son mujeres y 662.452 son hombres, lo que hace que entre 1990 y 1998 haya aumentado en una proporción mayor que la población menor de 59 años, lo que indica que la población del país tiende a una creciente longevidad. En el año 1998 el 10,5% de la población del país es adulta mayor.

La diferencia entre sexos señala una mayor proporción de mujeres y la distancia crece a medida que aumenta la edad, constatando la mayor esperanza de vida de la población femenina.

Del total de la población adulta mayor, la pobreza alcanza a un 11% de ella. En relación al país, esta representa el 5,2% del total de la población pobre.

Entre 1990 y 1998 la pobreza y la indigencia en los adultos mayores ha disminuido prácticamente a la mitad, tendencia que también se observa a nivel general del país.

De acuerdo a la estructura del ingreso, el 98% de los ingresos de los adultos mayores provienen de ingresos autónomos y sólo el 2% proviene de subsidios monetarios.

El 72,2% de los adultos mayores está adscrito previsionalmente al Instituto de Normalización Previsional (INP) y el 11,8% lo hace a una Administradora de Fondos de Pensiones (AFP).

En relación a las pensiones asistenciales (PASIS), los datos de 1998 indican que de cada 100 PASIS asignados, casi 80 (79,1%) se destinaron a personas mayores ubicados en los dos quintiles de ingresos más bajos.

Según la afiliación a sistema previsional de salud, el 77,6% de la población adulta mayor hace uso del sistema público y sólo un 8,9% está afiliado a ISAPRE.

De acuerdo a la información procesada, las mayores causas de inactividad de la población de 60 y más años son, por orden decreciente: el haberse jubilado o pensionado (50.0%); el desempeño de labores de hogar (28,9%) y enfermedad (11,6%)

Respecto a la distribución por zona de residencia, se constata que la población adulta mayor se concentra en una mayor proporción en las regiones V, VIII y región metropolitana, alcanzando en esta última un 39,3% respecto del total de PAM del país.

En la V región de Valparaíso la población adulta mayor está conformada por 185.708 personas, constituyendo el 12,44% de la totalidad de A. M. Del país, ocupando en la composición poblacional regional un 11,7%.

5.4.- Satisfacción de necesidades en grupos vulnerables

Siguiendo a Maslow, se pueden agrupar las necesidades humanas en cinco categorías. La primera incluye los requerimientos fisiológicos, tales como respirar, comer, beber, evacuar, dormir, abrigarse. El segundo bloque estaría formado por las necesidades de seguridad, entendida como protección frente a las amenazas de orden físico, económico o psicosocial. El tercer grupo acoge a las demandas sociales de afecto y de pertenencia a algunos grupos, es decir, la amistad, el amor, la vinculación a unidades sociales identificadoras. La cuarta categoría corresponde a los impulsos en pos del prestigio y de poder, la necesidad de estima y de influencia, en resumen. La quinta clase de necesidades corresponde a las tentativas del hombre hacia el desarrollo de sus capacidades, de sus potencialidades, hacia su autorrealización.

“Las necesidades de autorrealización tienen un reconocimiento moderado en el campo de los servicios sociales, más no están ausentes. Están surgiendo en el campo preescolar y en el de los viejos. La promoción de actividades productivas a realizar por la gente anciana no busca, cuando está bien orientada, al mero entretenimiento o la lucha contra la artrosis, sino que ofrece una vía nueva de realización personal. Esto nos hace volver a la idea de que los servicios sociales actúan no sólo sobre los requerimientos de supervivencia, sino sobre las necesidades en sentido muy amplio. En lenguaje coloquial, habría que decir, pues, que su campo son las necesidades y potencialidades humanas.”⁹

“En una sociedad como la de los países en vías de desarrollo, la situación y los problemas de los ancianos no pueden entenderse, sino en referencia a las estructuras económicas sociales dominantes. Es claro reflejo y producto de la sociedad capitalista que hoy vivimos. Desde una perspectiva sociológica, el problema de los ancianos en los países en vías de desarrollo resume y refleja la amplia gama de la conflictiva panorámica social de

⁹ Introducción a los servicios sociales, Demetrio Casado, Editorial Popular.

una sociedad basada en la rentabilidad de las personas, y que necesariamente engendra desigualdades e incluso exclusiones y marginaciones extremadamente graves.”¹⁰

En una sociedad como en la actual, “encontramos, por una parte, una tendencia a la organización nuclear de la familia, impelida generalmente por la estrechez cada vez mayor de las viviendas y, por otro lado, a la tendencia de aislar a las generaciones anteriores, que se traduce en un sentimiento de independencia que lleva como contrapartida la ruptura de solidaridad entre generaciones. La consecuencia de estos hechos la sufre el anciano, que ya no puede mantenerse independiente, sea solo o en pareja, que necesita ser cuidado y no se siente integrado a su grupo de parentesco. Su agregación a una familia nuclear pasa, en mayor o menor medida, a ser una carga e incluso, un estorbo.

Tal contexto social está restringiendo las oportunidades que la sociedad brinda al anciano para que este pueda satisfacer sus necesidades de relacionarse con los demás, realizar actividades que lo hagan sentir útil, tener seguridad económica y contar con el cuidado que requiere, con el reconocimiento de los otros y con su propia estima.”¹¹

5.5.- Interdependencia Social como forma de satisfacción de necesidades entre individuos y sistemas de atención social.

El concepto de interdependencia, se define como “toda relación entre dos o más sujetos que buscan vincularse a causa de la existencia de necesidades insatisfechas en unos y la posesión de los recursos para satisfacerlos, en otros. Esta relación puede ser simple o compleja, directa o indirecta.”¹²

Tres de las siete categorías planteadas de interdependencia social, tienen que ver con la relación que se produce entre aquellos adultos mayores que por diferentes razones hacen uso de las alternativas ofrecidas en instituciones de acogida que plantean su base operativa en la internación, estas son:

“Donante: Es aquel capaz de transferir a otros recursos económicos, materiales o servicios, de forma gratuita y sin que por ello se derive compromiso alguno de carácter emocional, ideológico ni de otro tipo.

Asistido: es el beneficiario de la respuesta de un donante, relativa a la satisfacción de sus necesidades económicas, materiales o de servicios.

¹⁰ Eleonor Codoh y colaboradores. Reintegración social de los ancianos, Revista de Trabajo Social N° 47

¹¹ Eleonor Codoh y colaboradores. Reintegración social de los ancianos, Revista de Trabajo Social N° 47

¹² Los estados de necesidad como objeto del trabajo social, Patricio García L., Revista de Trabajo Social N° 47

Hospedero: Es aquel capaz de transferir a otros, en forma gratuita u onerosa, recursos destinados no sólo a cubrir sus necesidades insatisfechas de orden económico, material o de servicios, sino además aquellas de orden psicológico, afectivo, jurídico – político y cultural. La relación con el otro sujeto se caracteriza por presentar algún grado de compromiso o simpatía respecto de la finalidad de lograr la satisfacción de la necesidad que lo motiva.”¹³

“El recurso permite responder a la necesidad insatisfecha, sirviendo de vínculo en la relación de interdependencia social, satisfaciéndola total o parcialmente, ya que no siempre lo que se transfiere tiene la calidad y cantidad requerida, o bien, el receptor no la utiliza en la forma correcta.”

El recurso o vínculo puede asumir, entre otras, la expresión de asistencia o donación, que es “aquel recurso transferido desde un donante a un asistido, consistente en objetos materiales, económicos o servicios, otorgados en forma gratuita.”

“La transferencia es el acto por el cual se traspaşa o entrega, en forma gratuita u onerosa, un determinado recurso, desde a uno u otro sujeto.”

“La interdependencia secundaria: es la que se origina entre hospederos y huéspedes. Se expresa no sólo en la transferencia de recursos económicos, materiales o servicios, sino también en una relación más estrecha, que puede incluir la esfera afectiva, ideológica o de otro tipo.”

Según el mismo autor, mencionado anteriormente las relaciones de interdependencia social estarían determinadas por un principio rector de carácter universal consistente en la existencia de la dinámica entre dos fuerzas en proceso de compensación. Tanto las necesidades insatisfechas como las correspondientes respuestas, constituirían fuerzas, esto es, energías en potencia o en acción de origen biopsíquico y social. Toda necesidad insatisfecha sería un vacío de recursos destinados a un fin y, en un sentido matemático, tendría signo negativo. Tal vacío estaría en procura de ser ocupado en virtud de la fuerza de la expectativa o ansiedad que se genera cuando un sujeto se activa para lograr una respuesta.

Por su parte las respuestas serían fuerzas de carga positiva, destinadas a cubrir el vacío que deja la necesidad insatisfecha. El conjunto de respuestas potenciales organizadas constituyen de ese modo, la respuesta social a las necesidades insatisfechas.

¹³ Los estados de necesidad como objeto del trabajo social, Patricio García L., Revista de Trabajo Social N° 47

5.6.- Sistemas de atención institucionalizada del adulto mayor como respuesta social frente a las consecuencias biológicas, psicológicas y económicas de la adultez mayor.

“En los últimos años los países de América Latina, han demostrado un creciente interés por el bienestar de su población anciana. Podemos señalar así que en Argentina, Uruguay, Brasil, Venezuela y Chile, entre otros, se han implementado realizaciones a favor de las personas mayores, tanto por instituciones del Estado, las menos, como por organizaciones privadas, asumiendo responsabilidades en la entrega de servicios sociales de atención, como así mismo en soluciones tendientes a crear una conciencia global de la sociedad en términos de cambio de valores para una mejor comprensión de los problemas relativos a la vejez y al envejecimiento.”¹⁴

Según el estudio encabezado por Eleonor Codoh se estima como ideal que el anciano esté en su casa, junto a su pareja, sus hijos y allegados, pero este ideal se aleja día a día de la realidad, frente a lo cual se han ido creando o implementando una serie de mecanismos sociales alternativos para asegurar las necesidades básicas de las personas de edad avanzada.

Generalmente la institucionalización del anciano se lleva a cabo sea en hogares oficiales, nacionales provinciales o locales, o bien en hogares privados y de bien público, con o sin fines de lucro.

Estos hogares los encontramos generalmente en las capitales, existiendo carencias de iniciativas de esta naturaleza en el nivel local. Los antecedentes demuestran la existencia de gran número de hogares privados, predominantemente atendidos por la iglesia y por colectividades extranjeras, que crean sus instituciones propias con la finalidad de protegerlos de riesgos de enfermedades y de brindar asistencia social a sus miembros.

La permanencia del anciano en el hogar suele depender de la posibilidad de recibir ayuda y servicios de apoyo para el control de su salud, ayuda en los quehaceres del hogar y una gama de servicios sociales recreativos. Dichos servicios pueden ser entregados en forma integral a los ancianos por organizaciones muy variadas que pasan a constituir una solución alternativa de carácter económico. En síntesis los hogares de ancianos son soluciones habitacionales para grupos vulnerables como es el caso de personas de avanzada edad y los incapacitados.

Se presume como una opción valórica que el “dar ayuda material y apoyo expresivo al anciano es una función compartida por la familia y la sociedad. A nivel societal, esto se

¹⁴ Eleonor Codoh y colaboradores. Reintegración social de los ancianos, Revista de Trabajo Social Nº 47

hace mediante el funcionamiento de una red diferenciada de servicios sociales de atención al anciano. Este conjunto de mecanismos sociales destinados a asistir al anciano, se diferencia de acuerdo con la cuantía de las deficiencias que padece el anciano y/o de los cuidados que requiere.

Una segunda opción ideológica postula que el objetivo de los servicios sociales de atención al anciano en general, y de los Hogares, en particular, es brindar ayuda y apoyo para que los ancianos puedan seguir siendo autónomos, aunque se trate de una autonomía apoyada, y para que se sientan y de hecho estén integrados, en pie de igualdad, a su familia y a su sociedad.”¹⁵

Una forma de servicio social de asistencia al anciano consiste en “un establecimiento destinado a proporcionar habitación, servicios generales comunes, esparcimiento, trabajo, educación, etc. a ancianos sanos y autosuficientes con problemas sociales y/o económicos” (Comisión Multisectorial del Anciano - 1977). Los Hogares son entonces, una forma de asistir al anciano, para que éste pueda, a pesar de sus fallas, seguir siendo autónomo e integrado a su familia y a su sociedad.

“Las residencias son centros destinados a servir de vivienda permanente a personas de la tercera edad, en los que se presta atención integral continuada a quienes no pueden satisfacer estas necesidades por otros medios.

Dependiendo de las características de los usuarios, las residencias pueden ser: de válidos, de asistidos y mixtas.

Los usuarios deberían reunir las siguientes condiciones tanto psíquicas como físicas

- a) Ancianos incapacitados como secuela de enfermedades degenerativas o neurológicas.
- b) Ancianos que por inmovilidad prolongada presentan dificultades en la deambulación.
- c) Ancianos con alta senilidad, generalmente con más de 80 años, que tengan dificultades para valerse por sí mismos.
- d) Ancianos dependientes por causas psíquicas que no provoque un trastorno grave en su comportamiento.

¹⁵ Carmen Barros y Otras; Los Hogares, una forma de atención al anciano, Revista de Trabajo Social N° 34

Los hogares son centros para la Tercera edad en los que se promueve la convivencia entre los mayores. Cuenta con diversos servicios, entre los que cabe destacar: peluquería, Podología, Terapia Ocupacional y actividades recreativas y socioculturales.”¹⁶

“La información disponible indica que el ingreso a un Hogar, es percibido por los ancianos como un destierro del mundo en que siempre vivió, frente a esto el anciano responde renunciando y retirándose de ese mundo que lo rechaza. Siente que los otros lo abandonan, lo cual lo hace sentirse inferior y solo. A ello responde con retraimiento, encerrándose en sí mismo y despreocupándose del mundo exterior.”¹⁷

La vida en un Hogar debe “manifestarse fundamentalmente en la participación, esto, como garantía de libertad y diálogo y un derecho básico del hombre que no puede verse limitado por la edad.

La participación ha de entenderse en el sentido de tomar parte en la realización de las actividades de la vida diaria, de manera que no se reduzca al residente a una situación pasiva.

Por tanto, no todo termina en la residencia con la comida suficiente, la limpieza esmerada y la atención médica, sino que tenemos obligación de crear, promover y mantener el mayor tiempo posible las funciones activas y útiles de los beneficiarios, su autonomía e independencia.”¹⁸

Según el Centro de Actividades Naturales y Terapias Ocupacionales Útiles de España, los centros de atención para el adulto mayor, debieran observar dentro de sus objetivos

principales:

- 1) Que estos servicios sean un lugar de vida comunitaria donde estas personas que tienen handicaps, encuentren un modo de vida, donde la comunicación, la ayuda mutua y las relaciones se ven favorecidas por la participación en esta vida comunitaria.
- 2) Hay una pérdida de autonomía individual. Las actividades cotidianas no las pueden realizar solos. Se trata de buscar una autonomía colectiva a través de la ayuda del grupo y de los cuidadores.
- 3) En cuanto a las familias hay dos objetivos. Por un lado darle un soporte en sus necesidades y por otro buscar su colaboración con el centro de acogida.

¹⁶ Ancianidad, familia e institución. María del Carmen García Pérez y Otro. Editorial AMARU

¹⁷ Carmen Barros y Otras; Los Hogares, una forma de atención al anciano, Revista de Trabajo Social Nº 34

¹⁸ María del Carmen García Pérez y otro; Ancianidad, familia e institución

Estudios realizados en España acerca del porqué de la importancia de capacitar al personal de trato directo, sostienen que el rol de este es el de vivir con la comunidad en donde laboran y a su ritmo. “El personal tiene la función de ayudar, estimular, incitar y velar pero no de sustituir la actividad de estas personas.

Las cualidades esenciales para poder trabajar en este tipo de instituciones son las siguientes:

1. Es imprescindible amar a los ancianos.
2. Ser afectuosos
3. Tener intuición
4. Tener sentido común
5. Tener sensibilidad.

Las funciones del personal se pueden resumir en:

- a) Mantener y desarrollar en los miembros del grupo el deseo de participar en la vida comunitaria.
- b) Apaciguar los conflictos
- c) Controlar las tomas de medicación
- d) Observar las dietas alimenticias
- e) Velar por las diversas peripecias de la vida cotidiana (incontinencias, caídas, malestares, etc.)
- f) Asegurar el mantenimiento y el buen orden de la casa (menús, limpieza)¹⁹

“Los trabajadores de una residencia asistida en general precisan poseer cualidades y actitudes mentales para poder atender, los variados problemas de los residentes por lo que deben contar con una buena formación continuada para conseguir que su labor sea más eficaz para no perder la ilusión y evitar la tensión que suele aparecer trabajando con este tipo de residentes.

El acercamiento y mantenimiento de las relaciones con los familiares de los residentes es un aspecto que no debe olvidarse y que hay que potenciar desde el centro como uno de los criterios básicos de actuación”²⁰

“El trabajo de enfermería es básico y fundamental en estas unidades, ya que de él depende que los individuos que las ocupan presenten el mejor aspecto físico, mental y de adaptación

¹⁹ Ancianidad, familia e institución, María del Carmen García Pérez. Ediciones AMARU.

²⁰ Ancianidad, familia e institución, María del Carmen García Pérez. Ediciones AMARU

al medio. Es este colectivo el que más horas está en continuo contacto con los residentes y de su trabajo continuado se derivan los distintos cuidados que se precisan, acorde a las necesidades que por la edad y patología individual este grupo presenta.”²¹

En Chile, el marco legal vigente no contempla una reglamentación para instituciones de carácter asistencial para el Adulto Mayor, salvo en lo que se refiere a lo especificado a través de los Servicios de Salud que cada área administrativa tiene en las regiones del país. A diferencia de otros grupos etáreos o de género, como menores o mujer, respectivamente., la ley ha creado Servicios Nacionales, por los cuales se han implementado programas específicos y se han regularizado y reglamentado a aquellas instituciones que los acogen.

Por otra parte, tenemos que en este estrato social no sólo la problemática de la pobreza es grave, sino que lo es también la relación del anciano con la sociedad o con su familia, la inexistencia de espacios de participación o simplemente de uso del tiempo libre. Frente a esta situación de abandono o de necesidad, el adulto mayor recurre a los servicios sociales de las municipalidades, las cuales, salvo aquellas de Valparaíso, Quillota, San Antonio, Viña del Mar o Los Andes, entre otros, no disponen ni de recursos humanos ni materiales para satisfacer las demandas que estas personas plantean.

Lo anterior ha exigido de los poderes públicos de la región el diseño y puesta en marcha de una estrategia integral de actuación dirigida al adulto mayor cuyos objetivos centrales sean el buscar soluciones coordinadamente a los diferentes problemas que ellos enfrentan en el día a día, reintegrarlos a la sociedad y eventualmente a sus familias y, sobretodo, abrirles espacios de participación para que ellos mismos puedan colaborar, según sus capacidades personales, experiencias y posibilidades, en la generación del proceso de autovaloración y aporte social.

En relación a lo anterior, el diseño de una estrategia integral de actuación cabe para aquellos adultos mayores que están internos en Hogares o que participan en Centros de Acogida Diurnos. En este sentido, una buena programación del trabajo debe abordar el máximo de condiciones en que viven estos ancianos, por lo cual sería conveniente realizar, a lo menos, tres conjuntos de tareas que son las siguientes :

1.- Realización de investigaciones que permitan obtener la información más precisa posible en relación a datos estadísticos de adultos mayores pertenecientes a este tipo de instituciones.

²¹ Ancianidad, familia e institución, María del Carmen García Pérez. Ediciones AMARU

- 2.- Información referente a organizaciones o instituciones que acogen a adultos mayores en la región.
- 3.- Coordinación de las diferentes instituciones públicas o privadas que acogen y tienen programas o proyectos destinados a los adultos mayores.
- 4.- Capacitación en la elaboración de proyectos específicos dirigidos a instituciones de acogida para el adulto mayor.

Lo anterior ha implicado revisar las políticas sociales que se tienen para los Hogares de adultos mayores, ya que estos pueden acceder a fondos concursables, por lo que ha de determinarse, si la labor realizada en este tipo de modalidades institucional, justifica el traspaso de esos fondos, teniendo como fundamento el de si existe un mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor que es acogido en ellos.

5.7.- Los servicios sociales de atención al anciano. características y especificaciones legales

Los Hogares para adultos mayores, son instituciones que prestan un servicio de atención social, consistentes en “un establecimiento destinado a proporcionar habitación, servicios generales comunes, esparcimiento, trabajo, educación, etc. a ancianos sanos y autosuficientes con problemas sociales y/o económicos”²². Son una forma, entonces de “asistir al anciano para que este pueda, a pesar de sus fallas, seguir siendo autónomo e integrado a su familia y a su sociedad.”²³

Según Reglamento de los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores, Decreto N° 2601 de 1994 del Ministerio de Salud, tomado razón por la Contraloría General de la República el 25 de Noviembre de 1994, se considera en su artículo 2° como establecimientos de larga estadía para adultos mayores a “aquel autorizado por el Servicio de Salud correspondiente para recibir adultos mayores que por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados para la mantención de su salud y funcionalidad.”²⁴

A continuación se hacen algunas precisiones sobre los aspectos más relevantes de esta normativa.

²² Comisión Multisectorial del Anciano, 1977. En Los Hogares, una forma de atención al anciano. Revista de Trabajo Social N° 39. Carmen Barros y otras.

²³ Carmen Barros y otras, Revista de trabajo social N° 39

²⁴ Reglamento de establecimientos de larga estadía para adultos mayores N° 2601, Ministerio de Salud

1.- El establecimiento geriátrico de larga estadía se concibe como un “medio ambiente protegido” donde se brindan cuidados diferenciados dirigidos a la mantención de la salud y funcionalidad.

Debe diferenciarse de una situación de asilo que de respuesta exclusivamente a necesidades básicas de techo y alimentación o en el otro extremo, de las clínicas u Hospitales cuyo objetivo principal es la recuperación de cuadros mórbidos agudos o crónicos.

2.- Los establecimientos serán autorizados para su funcionamiento cuando cumplan con los estándares mínimos señalados en el reglamento.

3.- El reglamento establece que el personal deberá ser incrementado proporcionalmente en base al número de camas y el grado de dependencia de los residentes.

En sus disposiciones generales el reglamento se aplica a establecimientos de larga estadía para los adultos mayores tales como, casas de reposo, hogares de ancianos, asilos, hospicios y otros generales.

Se precisa en el reglamento que se considera adultos mayores a las personas de 60 años y más.

La instalación y funcionamiento de los establecimientos sometidos al reglamento, requiere de autorización del Servicio de Salud en cuyo territorio se encuentren ubicados, al que le corresponderá, asimismo, el control y supervisión de estos.

Para la obtención de la autorización de instalación y funcionamiento del local, el propietario o representante legal en su caso, deberá elevar al Servicio de Salud respectivo una solicitud en la cual se especifique las acciones que desea desarrollar, adjuntando los siguientes antecedentes:

- a) Nombre, dirección y teléfono del establecimiento.
- b) Individualización, RUT y domicilio del propietario y representante legal en su caso.
- c) Documentos que acrediten el dominio del inmueble o los derechos a utilizarlo por el peticionario.
- d) Plano del local, indicando distribución de las camas en el dormitorio.

e) La calidad del inmueble donde esté ubicado el establecimiento, así como todas sus instalaciones deberán cumplir con la ordenanza general de construcción y urbanización.

f) Acreditar que cumple con los requisitos de prevención y protección contra incendios que establece el Reglamento sobre Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los lugares de Trabajo.

g) Identificación del Director Técnico responsable con copia de su certificado de Título, carta de aceptación del cargo y horario en que se encontrará en el establecimiento.

h) Planta del personal con que funcionará el establecimiento con su horario contratado y sistemas de turno.

i) Reglamento interno del establecimiento, que deberá incluir un formulario de contrato a celebrarse entre el establecimiento y el residente o su representante, en el que se estipule los derechos y deberes de ambas partes y las causales de exclusión del residente.

j) Plan de evacuación ante emergencias.

k) Libro foliado de uso de los residentes o sus familiares, para sugerencias o reclamos que será timbrado por el Servicio de Salud

En cuanto al local y su instalación, los establecimientos deberán disponer de una planta física que cumplirá a lo menos con los requisitos establecidos en los artículos 5° al 11, 18, 21 al 27, todos inclusive, del decreto N° 194 de 1978, del Ministerio de Salud que aprueba el Reglamento de Hoteles y Establecimientos similares.

Deberán poseer, además, las siguientes dependencias bien diferenciadas e iluminadas y que no tengan barreras arquitectónicas:

a) Al menos una oficina/sala de recepción, que permita mantener entrevistas en privacidad con los residentes y sus familiares.

b) Los establecimientos de más de un piso deberán contar con un ascensor que permita la cabida de una camilla.

c) Zonas de circulación, con pasillos de una amplitud mínima de 94 centímetros, bien iluminados, sin desniveles o con rampas, si los hay. Si tiene escaleras, éstas deben tener un ancho mínimo de 94 centímetros, con pasamanos en ambos lados y peldaños evidenciados, no pudiendo ser de tipo caracol.

d) Sala de estar o de uso múltiples con capacidad para el 100% de los residentes en forma simultánea, con iluminación natural, televisión y elementos de recreación para los residentes, tales como juegos, revistas, libros, etc.

- e) Zonas exteriores para recreación, con 1 metro cuadrado mínimo por residentes, de patio, terraza o jardín.
- f) Comedor suficiente para el 50% de los residentes simultáneamente.
- g) Dormitorios con un máximo de cuatro camas, guardarropa individual y un velador por cama, considerando espacio para un adecuado desplazamiento de las personas según su autonomía. Contará con un timbre de tipo continuo por cama.
Al menos el 10% de las camas deberán corresponder a catres clínicos, los que se incrementarán de acuerdo al grado de dependencia institucional.
- h) Los servicios higiénicos deben estar cercanos a los dormitorios y ser de fácil acceso. Deberá haber al menos un baño con ducha por cada seis residentes y un baño por piso que permita la entrada de silla de ruedas. Los pisos de estos serán antideslizantes, contarán con agua caliente y fría, agarraderas de apoyo, duchas que permitan el baño auxiliado y entrada de elementos de apoyo y timbre de tipo continuo.
- i) La cocina deberá cumplir con las condiciones higiénicas y sanitarias que aseguren la adecuada recepción, almacenamiento, preparación y manipulación de los alimentos, su equipamiento. La vajilla estará de acuerdo al número de raciones a preparar.
- j) Lugar cerrado para mantener equipamiento e insumos médicos y de enfermería mínimos tales como esfigmomanómetro, estetoscopio, termómetros, botiquín de primeros auxilios y archivos de historias clínicas.
- k) Lugar cerrado destinado a guardar los útiles de aseo.
- l) Lavadero con pileta, con un lugar de recepción y almacenamiento para la ropa sucia, lavadora adecuada para el número de residentes e implementación para el secado y planchado de la ropa, además de un lugar para clasificar y guardar la ropa limpia.

En relación al personal, en su título III, se establece que los establecimientos deberán cumplir con las disposiciones del Reglamento sobre Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los Lugares de Trabajo.

La dirección técnica de estos establecimientos estará a cargo de una persona con título de una carrera del área de la salud, de duración no inferior a ocho semestres y de preferencia con capacitación gerontológica. Los Servicios de Salud privilegian a Enfermeros/as universitarios para este cargo. Este profesional será responsable ante la autoridad sanitaria del buen funcionamiento del establecimiento y del cumplimiento de la normativa sanitaria vigente.

La dirección técnica deberá coordinar su acción con el resto de los profesionales que concurran al establecimiento, y con la administración, con el objeto de velar por el cumplimiento del reglamento interno.

Además, al director técnico le corresponde:

- a) Asegurar las condiciones necesarias para el buen funcionamiento del establecimiento y el cuidado de los residentes.
- b) Establecer una coordinación con otros servicios para satisfacer necesidades de los residentes: atenciones de urgencia, traslados, exámenes de laboratorio, interconsultas, etc.
- c) Velar por que el personal reúna los requisitos pertinentes de formación y capacitación necesarios para su desempeño.
- d) Mantener una historia clínica por residente, autorizada por su médico tratante por lo menos dos veces al año, que incluya el diagnóstico de la funcionalidad y dependencia del residente y esté al alcance de todos los profesionales.
- e) Elaborar y mantener actualizadas normas de procedimientos para el personal en relación a situaciones de emergencia médica, aseo e higiene de las dependencias, entretenimiento y recreación de los residentes, visitas y demás que sean necesarios.

Según este reglamento, el establecimiento deberá contar con personal idóneo, en cantidad suficiente para satisfacer en forma permanente y adecuada la atención integral de los residentes, de acuerdo a su número y condiciones físicas y psíquicas.

Las residencias, de hasta veinte camas, con una proporción de 80 o más de residentes autovalentes, deberá contar con:

- a) Auxiliar de enfermería: cada 20 residentes o fracción inferior a ella, las 24 horas.
- b) Personal capacitado en el cuidado de ancianos o discapacitados (cuidador o asistente geriátrico), cuya función es principalmente de higiene, confort y entretenimiento de los residentes:

- Residencias con 80% de residentes autovalentes, tendrán:

- 1 persona por cada 10 residentes horario diurno
- 1 persona por cada 20 residentes horario nocturno.

- Residencias con 50% de residentes dependientes, tendrán:

- 1 persona por cada 5 residentes horario diurno
- 1 persona por cada 10 residentes horario nocturno.

- c) Manipulador de alimentos con carné sanitario al día:
1 persona por cada 20 residentes o fracción inferior a ello.
- d) Auxiliar de servicio: 1 persona por cada 20 residentes, horario diurno.

Este personal deberá ser incrementado proporcionalmente en base al número de camas y el grado de dependencia de los residentes.

Podrá contar además con un kinesiólogo, terapeuta ocupacional o profesor de educación física con formación gerontológica, para la rehabilitación y mantenimiento de las funciones biopsicosociales de los residentes y con la asesoría técnica de una nutricionista para la confección de minutas y dietas. En este sentido el Servicio de Salud Viña del Mar Quillota implementó un programa de Educación física para los residentes de los hogares de la jurisdicción con alumnos de IV y V años de la carrera de Educación Física de la Universidad de Playa Ancha. A través de este programa se constató los buenos resultados que se experimentaron con los adultos mayores residentes en cuanto a aspectos físicos y psíquicos²⁵

El establecimiento podrá contar con los servicios de un médico para el control de salud de los residentes, sin perjuicio del derecho de estos a tener un médico tratante. En el caso de que se requiera de atención médica y no se cuente con el profesional, se recurrirá al servicio de salud público o privado al que tenga derecho el residente.

5.8.- Autonomía Social: disponibilidad de los recursos sociales, participación y entorno ambiental.

“El concepto de salud ligado al nivel o estado de autonomía, comprende el concepto de disponibilidad de recursos sociales, dado que va a existir una estrecha relación entre la disponibilidad de: recursos económicos, condiciones de la vivienda, disponer o contar con una persona a lo menos para el apoyo en caso de enfermar y requerir ayuda, tener algún grado de conocimiento y/o vinculación con alguna organización de salud y/o social, con el estado de salud en términos positivos al estar presentes y favorecer un empeoramiento en caso de estar ausente.

Es también muy importante que el adulto mayor cuente al menos con una persona amiga o confidente, alguien con quien poder compartir sus preocupaciones, temores y también éxitos.

La participación constituye igualmente un factor de apoyo al mantenimiento de la autonomía, favoreciendo la comunicación entre pares, favoreciendo la autoestima, favoreciendo al adulto mayor para que se pueda identificar con un rol social y pueda sentirse útil.

²⁵ Sra. Ema Rebolledo, Jefe Oficina de Registro y Control Profesionales médicas y Paramédicas, SSVQ.

El entorno ambiental en donde se encuentre el adulto mayor va a tener una importante participación en apoyar el mantenimiento de la autonomía física y psíquica, siendo un entorno favorable aquel que tiene áreas verdes de fácil acceso, que en el vecindario donde vive tenga calles sin barreras arquitectónicas que puedan favorecer las caídas, medios de transporte de fácil acceso a la población adulta mayor”²⁶

²⁶ Dra. J. Silva O., Dr. J. Jerez N. “autocuidado del adulto mayor”. Comité Nacional para el Adulto Mayor. 1999

6.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Con relación a lo expresado en el Marco de referencia, se ha determinado operacionalizar cuatro variables. Estas surgen de antecedentes e investigaciones realizadas por diversos autores, las cuales han sido aisladas con el fin de convertirse en guía de orientación a la investigación precedente.

Las variables a analizar se especifican de la siguiente manera:

- *VARIABLE N° 1*

“Características sociodemográficas de los Adultos Mayores internos en Establecimientos de Larga Estadía.”

- *VARIABLE N° 2*

“Caracterización de Establecimientos de Larga Estadía”

- *VARIABLE N° 3*

“Caracterización de las relaciones y vinculaciones establecidas por el Adulto Mayor interno en Establecimientos de Larga Estadía.

- *VARIABLE N° 4*

“Motivación hacia la actividad y la participación”

VARIABLE: Características sociodemográficas de los adultos mayores internos en establecimientos de larga estadia			
Definición: Son las condiciones de la población de adultos mayores en establecimientos de larga estadia en relación a sexo, número de residentes promedio de permanencia, número de años que más tiempo se ha vivido en el establecimiento, promedio de residentes que reciben visitas, número de residentes autovalentes, número de residentes semi valentes, número de residentes postrados, causales más solicitadas de ingreso, causales más solicitadas de retiro, número de defunciones, origen de ingresos económicos, capacidad de la institución en cuanto a residentes, personas que habitualmente solicitan internación lista de espera para ingreso y número de personas esperando ingresar.			
DIMENSION	SUBDIMENSION	INDICADOR	SUBINDICADOR
VALOR			
1	Sexo	masculino	
		femenino	
2	Número de residentes	menos de 5	
		6 a 15	
		16 a 25	
		26 a 35	
		36 a 45	
		46 a 55	
		56 a 65	
		66 a 75	
		76 a 85	
		86 a 95	
		96 y más	
3	promedio de permanencia en el establecimiento	Menos de 5 años	
		6 a 10 años	
		11 a 15 años	
		15 años y más	
4	número de años que más tiempo se ha vivido en el establecimiento	Menos de 5 años	
		6 a 10 años	
		11 a 15 años	
		más de 15	
5	Promedio de residentes que reciben visitas	menos de 20%	
		21% a 40%	
		41% a 60%	
		61% a 80%	
		81% a 100%	

6	Número de residentes autovalentes	entre 0 - 3 entre 4 - 6 entre 7 - 9 9 y más		
7	Número de residentes semi valentes	entre 0 - 3 entre 4 - 6 entre 7 - 9 9 y más		
8	Número de residentes postrados	entre 0 - 3 entre 4 - 6 entre 7 - 9 9 y más		
9	Causales más solicitadas de ingreso	a solicitud de la familia (enfermedad , espacio) abandono por solicitud del adulto mayor		
10	Causales más solicitadas de retiro	cambio de residencia de la familia problemas económicos para mantenerlo agravamiento de la enfermedad fuga, alta médica. no ha habido retiros por diferencias con familiares del A. Mayor no hay causales cambio a otro hogar de adultos mayores falta de ambientación del A. Mayor fallecimiento		
11	Número de defunciones	s/ defunciones entre 1 a 5 defunciones entre 6 a 10 defunciones 11 y más		
12	Origen del aporte económico por residentes	PASIS Jubilación Aporte de familiares Aportes institucionales Subvención		

13	Capacidad de la institución en cuanto a residentes		1 - 15 residentes 16 - 30 residentes 31 - 45 residentes 46 - 60 residentes 61 - 75 residentes 76 - 90 residentes 91 - 105 residentes 106 - 115 residentes		
14	Persona que habitualmente solicita internación		Familiares no hijos Hijos Amigos Propio Adulto Mayor Institución a través de algún profesional		
				Institución Profesional	
				Institución Policial	
15	Lista de espera para ingreso			Motivo	
				Existe	SI NO
16	Número de personas esperando ingresar			Menos de 2	
				3 a 5	
				5 a 7	
				8 a 10	
				más de 10	
				No sabe	

II VARIABLE: Caracterización del establecimientos de larga estadia						
DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADOR	SUBINDICADOR	VALOR		
1	Cumplimiento de antecedentes de autorización e instalación	Formulario de contrato	Existe	SI = 2 NO = 0		
		Libro foliado de sugerencias o reclamos	Existe	SI = 2 NO = 0		
		Libro de reclamos o sugerencia es timbrado		SI = 2 NO = 0		
		Documento de acreditación de dominio o derecho a utilizarlo	Existe	SI = 2 NO = 0		
		Autorización del Servicio de Salud correspondiente para instalación y funcionamiento	Existe	SI = 2 NO = 0		
		Cumple con la ordenanza general de Construcción y Urbanización		SI = 2 NO = 0		
		Cumple con requisitos de prevención y protección contra incendios		SI = 2 NO = 0		
		Plan de evacuación ante emergencia	Existe	SI = 2 No = 0		
		La cocina cumple con las especificaciones necesarias de calidad y seguridad	Cumple con condiciones higiénicas y sanitarias	SI = 2 No = 0		
		Ha sido supervisado por el S.S. respectivo	Existe	SI = 2 NO = 0		
		2	Cumplimiento de disposiciones fijadas por el Servicio de Salud en cuanto al local y su autorización	Lugar cerrado para mantener equipo e insumos médicos y de enfermería	Existe	SI = 2 NO = 0
				Oficina/sala de recepción para entrevistas	Existe	SI = 2 NO = 0

3	Cumplimiento de disposiciones fijadas por el Servicio de Salud en cuanto a la dirección técnica y del personal	Director Técnico	Existe	SI = 2 NO = 0
		Profesión	Médico	
			Enfermero	
			Auxiliar enfermería	
			Paramédico	
			Asistente Social	
		Existencia de coordinación entre el	Atenciones de urgencia	SI = 2 No = 0
		Director Técnico y otros servicios	Traslados	SI = 2 No = 0
			Exámenes de laboratorio	SI = 2 No = 0
			Interconsultas	SI = 2 No = 0
		El personal no profesional reúne condiciones de formación y capacitación		SI = 2
		Institución donde se ha realizado cursos de capacitación	Instituto profesional	NO = 0
			Universidad	
			Servicio de Salud respectivo	
			Centros privados	
			Otros organismos estatales	
		Normas de procedimiento	Emergencias médicas	SI = 2 No = 0
			Aseo e higiene de dependencias	SI = 2 No = 0
			minutas alimenticias	SI = 2 No = 0
			Entretención y recreación del residente	SI = 2 No = 0
			visitas	SI = 2 No = 0
		Historial Clínico	Existe	SI = 2 No = 0
		Número de auxiliares de enfermería		
		Número de cuidadores no auxiliares		
		Existe manipulador de alimentos		SI = 2 No = 0
		Número de auxiliares de servicios		
		Carnet Sanitario del manipulador de alimentos	Existe	SI = 2 NO = 0
		Profesionales que acuden esporádicamente al establecimiento	medico	
			nutricionista	
			kinesiólogo	
			asistente social	
			Profesores	
			Podólogo	

4	Sistema administrativo y normativo del establecimiento	Monto solicitado por la institución	Habitación individual	menos de \$ 50.000 \$ 55.000 - \$ 100.000 \$ 150.000 - \$ 200.000 \$ 250.000 - \$ 300.000 \$ 300.000 y más No responde menos de \$ 50.000 \$ 55.000 - \$ 100.000 \$ 150.000 - \$ 200.000 \$ 250.000 - \$ 300.000 \$ 300.000 y más No responde
			habitación compartida	menos de \$ 50.000 \$ 55.000 - \$ 100.000 \$ 150.000 - \$ 200.000 \$ 250.000 - \$ 300.000 \$ 300.000 y más No responde
		Costo mensual promedio por mantención	Monto	menos de \$ 50.000 \$ 55.000 - \$ 100.000 \$ 150.000 - \$ 200.000 \$ 250.000 - \$ 300.000 \$ 300.000 y más No sabe
		Servicios considerados en costos por mantención	Habitación, alimentación atención médica, nutricional y auxiliar lavandería y vestuario actividades terapéuticas y recreativas	
		Medios a través de los que se financia el establecimiento	Sólo de residentes Aportes de la beneficencia pública Aportes estatales Aportes de instituciones religiosas Aportes internacionales	
		Representación del residente para cobros de pensiones u otros trámites	El representante legal del establecimiento Familiares, parientes o amigos	
		Responsable del control de finanzas	El propio residente Adulto Mayor Director o dueño del establecimiento Equipo contable profesional Alguno de confianza del directivo del establecimiento profesional de la institución perteneciente No hay contabilidad	

5	Tipo de actividades y elementos recreativos destinados al adulto mayor interno en establecimientos de larga estadía	Zonas para recreación con 1m2 mínimo	Existen	Si = 2	No = 0
		Actividades sociorecreativas en el establecimiento	Existen	Si = 2	No = 0
		Tipo de actividades sociorecreativas	Talleres manuales		
			terapia física (terapia, baile, juegos)		
			actividades culturales (canto, música, etc)		
			celebraciones de fechas importantes		
			paseos		
			encuentros con otras org. de A. Mayores		
			juegos de salón		
			actividades religiosas		
		Actividades sociorecreativas fuera del establecimiento	Existen	Si = 2	No = 0
		Tipo de actividades sociorecreativas fuera del establecimiento	paseos		
			Visitas a otros centros de A. Mayores		
			Actividades religiosas		
			camminatas cercanas al hogar		
			Actividades físicas		
			Visitas a otras instituciones		
		Porqué no se realizan	por los riesgos de salud y físico que significa		
			por estar postrados con enfermedad		
			porque los residentes no quieren		
			por los costos económicos.		
			no responde		
		Residentes valientes pueden salir solos		Si = 2	No = 0
		Elementos de recreación para los residentes	Existen	Si = 2	No = 0
			Existen	Si = 2	No = 0
			Existen	Si = 2	No = 0
			Existen	Si = 2	No = 0
			Existen	Si = 2	No = 0
			Existen	Si = 2	No = 0
			Existen	Si = 2	No = 0
			Existen	Si = 2	No = 0
			Existen	Si = 2	No = 0
			Existen	Si = 2	No = 0
			Existen	Si = 2	No = 0

	Porque no asisten			
	porque su estado de salud no lo permite			
	porque no tienen interés			
	la familia no lo permite			
	los servicios religiosos son en el hogar			
	porque no está contemplado			
	no responde			
7	Existe			SI NO
8	Lazos de amistad entre residentes			
	Cómo se incentiva			
	en horarios de comidas			
	en actividades de grupo y juegos			
	en celebraciones de fechas			
	en quehaceres del hogar			
	en actividades religiosas			
	dejándolos que se asocien solos			
	reuniéndolos en un lugar común			
	no se incentiva			

IV	VARIABLE: Motivación hacia la actividad y la participación Definición: Referida a la percepción que los directivos tienen respecto a la participación, a los intereses en actividades de tipo sociorecreativas, a la integración dentro del establecimiento, además de la motivación para integrarse a los quehaceres del establecimiento.			
DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADOR	SUBINDICADOR	VALOR
1	Participación en actividades programadas	Percepción sobre participación		Muy Buena Buena Regular Mala
2	Intereses sobre actividades sociorecreativas	Percepción respecto a intereses sobre actividades sociorecreativas que tienen los residentes	Actividades manuales Actividades lúdicas de salón Actividades culturales salidas del hogar Actividades religiosas Ver Televisión Escuchar radio Actividades físicas	
3	Integración dentro del establecimiento	Percepción de la relación de amistad		Muy Buena Buena Regular Mala
4	Los adultos mayores están motivados para colaborar en quehaceres del establecimiento	Se motivan		SI NO
		Porqué están motivados	porque ellos quieren porque se sienten útiles y productivos porque se sienten integrados porque les gusta ayudar porque sienten que retribuyen porque les entretiene	
		Porqué no están motivados	porque la institución no lo permite porque hay personal para ello porque los familiares no lo permiten porque están incapacitados porque no quieren	

CAPITULO SEGUNDO: Investigación Diagnóstica

TRICOTOMIZACION	VALOR
BUENO	27 - 110
REGULAR	37 - 73
MALO	0 - 36
Observación: La Tricotomización se aplicará a la sumatoria resultante aplicada a cada variable por separado, determinando así los valores individuales sobre la base de las respuestas si o no entregadas por los diferentes indicadores por variable.	

7.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

7.1.-Tipo de estudio

La presente investigación diagnóstica es de carácter descriptivo sobre las características asumidas por los establecimientos de larga estadía de la región de Valparaíso, en cuanto a datos sociodemográficos de los adultos residentes en ellos, las características en cuanto al cumplimiento de normativas por las cuales se rigen, ya sea infraestructurales, normas de procedimientos exigidos por las instituciones que los fiscalizan, al cumplimiento de normas para el personal que se desempeña en ellos, el tipo de atención prestada, las actividades dirigidas hacia sus residentes y la percepción que de ellos tienen los representantes de los establecimientos en cuanto a participación y motivación. Así se persigue conocer la calidad de atención de estos servicios y la solución que dan a las necesidades que presentan sus residentes.

El carácter descriptivo del estudio proporciona datos significativos para dar a conocer las características que revisten las variables seleccionadas de la realidad, entregando importantes antecedentes para futuras iniciativas a desarrollar en esta área.

Las variables son analizadas cualitativa y cuantitativamente, de manera de entregar resultados objetivos, considerando las opiniones de los mismos sujetos de estudio.

7.2.- Unidad de Análisis

El estudio que se presenta acoge una necesidad institucional del Comité Regional del Adulto Mayor de la Intendencia de Valparaíso por conocer la realidad existente al interior de los establecimientos de larga estadía para adultos mayores de la región de Valparaíso, además de entregar los primeros datos sistematizados sobre su cantidad y características, a fin de hacer más efectivas las líneas de acción que eventualmente pudieran ser aplicadas a este tipo de colectivo.

La unidad de análisis está constituida por un grupo sujeto de estudio, el que está determinado de acuerdo a datos recogidos de diferentes entidades pertenecientes a la región, las que poseían información aislada respecto a número de establecimientos según su radio de acción. Las referencias utilizadas fueron los Servicios de Salud Valparaíso - San Antonio y Viña del Mar - Quillota, instituciones ligadas a organismos eclesiales y otros hogares de adultos mayores. Es debido a ello que las unidades de análisis presenten algún tipo de regularización en su funcionamiento por el conocimiento que de ellas se tenía, lo

que no sucede con otros establecimientos o casas de reposo de difícil pesquisa, dado que operan en la clandestinidad al margen de lo establecido por la ley para este tipo de establecimientos.

En consecuencia se delimitó el colectivo usando este tipo de referentes. Con este fin el alumno seminarista elaboró un catastro de dichos establecimientos identificando 80. Este colectivo sujeto de estudio posee las siguientes características básicas:

En relación con su tipo:

- 56 establecimientos de tipo privado con fines de lucro
- 18 establecimientos dependientes de instituciones religiosas sin fines de lucro
- 4 establecimientos dependientes de instituciones de salud pública sin fines de lucro
- 2 establecimientos dependientes de instituciones privadas sin fines de lucro

Institución de dependencia según tipo de establecimiento

- Dependientes de instituciones de salud pública
 - 2 dependientes del Hospital Psiquiátrico Del Salvador
 - 1 dependiente Hospital Carlos Van Buren
 - 1 dependiente Hospital Geriátrico de Limache
- Dependientes de instituciones privadas sin fines de lucro
 - 1 dependiente a ONG CECAS
 - 1 de pendiente Fundación Agrícola Emilio Trivelli
- Dependiente de instituciones religiosas sin fines de lucro
 - 8 establecimientos dependientes del Hogar de Cristo
 - 1 dependiente de la Congregación Hermanas de la Providencia
 - 2 dependiente de la Congregación Hermanitas de los Pobres
 - 1 dependiente de la Congregación Hermanas de la Misericordia
 - 1 pertenecientes a Obispos
 - 1 dependiente de la Congregación de la Preciosa Sangre
 - 1 dependiente de la Corporación Unión Evangélica
 - 1 dependiente de la Congregación Hermanas de Hospitalarias de San José

- 1 dependiente de la Congregación del Corazón de Jesús
- 1 dependiente de la Corporación las Rosas.

7.3- Instrumentos de Medición

El tipo de investigación que comprende el presente Seminario de Título hizo conveniente para recabar la información necesaria la utilización de diferentes técnicas de recolección de datos, con el fin de analizar en forma cualitativa y cuantitativa los resultados obtenidos.

Por consiguiente y teniendo presente el carácter descriptivo del estudio, las técnicas que se utilizaron fueron las siguientes:

Observación: Este instrumento permitió la constatación en terreno de la dinámica de funcionamiento de la instancia de estudio.

Encuesta: Con preguntas abiertas y cerradas dirigida al propietario, Director técnico o representante legal de los Hogares. Previo a su utilización se aplicó un pre-test inicial para posteriormente aplicar un cuestionario semi-estructurado con el objeto de obtener información cuantitativa y cualitativa de las variables en estudio. Dichos cuestionarios fueron aplicados en forma directa a cada sujeto por un encuestador.

Con el fin de dar un respaldo teórico y científico, sólido y adecuado a la temática en cuestión se utilizó como material de apoyo lo siguiente:

1. Entrevistas a profesionales académicos y técnicos que abordan la temática del adulto mayor.
2. Recolección de información en organizaciones estatales y privadas
3. Documentos y folletos de la institución
4. Material bibliográfico
5. Artículos y revistas sociales.

El periodo de aplicación fue entre los meses de Agosto y Septiembre del año 2000.

7.4.- Procesamiento y Análisis de datos

Los datos que resultaron de la aplicación de los instrumentos fueron procesados mecánicamente, para facilitar la representación de los datos a través de gráficos y tablas univariadas.

El análisis e interpretación se orientó cuantitativa y cualitativamente para lograr una visión más integral de la realidad que rodea a los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores de la región de Valparaíso y de las personas que residen en ellos.

8.- ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

8.1.- ASPECTOS GENERALES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADÍA.

Datos demográficos

De acuerdo al informe del Ministerio de Planificación y Cooperación, CASEN 96, el número de Adultos mayores en el país alcanza a 1.499.365 personas, quienes representan al 10,5% de la población total nacional.

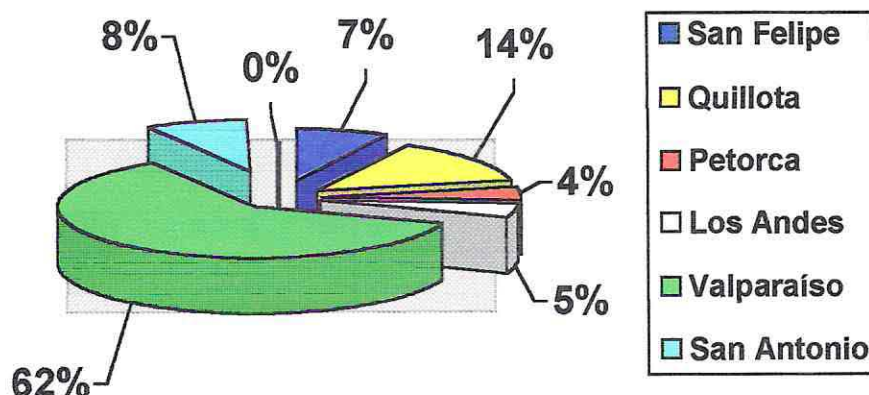
En la V Región, la población adulta mayor (entendiendo por esta a la de 60 años y más) está conformada por 162.445 personas, constituyendo el 12,44% de la totalidad de Adultos Mayores del país, ocupando en la composición poblacional regional un 11,7%.

Según los datos proporcionados, para el año 2000 en las diferentes provincias de la región el número de adultos mayores, se establece como sigue:

TABLA N° 1 DISTRIBUCIÓN ADULTOS MAYORES POR PROVINCIAS

PROVINCIAS	NUMERO ADULTOS MAYORES
SAN FELIPE DE ACONCAGUA	13.171
QUILLOTA	26492
PETORCA	7553
LOS ANDES	8874
VALPARAISO	113136
SAN ANTONIO	15610
ISLA DE PASCUA	272

Gráfico N° 1. Distribución de AM en la Región de Valparaíso



Del total poblacional de la V Región de Valparaíso, el número de Adultos mayores residentes en establecimientos de larga estadía, según los datos proporcionados por el estudio de investigación, corresponde a 1528, lo que en porcentaje representa al 0,82% del total de adultos mayores de la región.

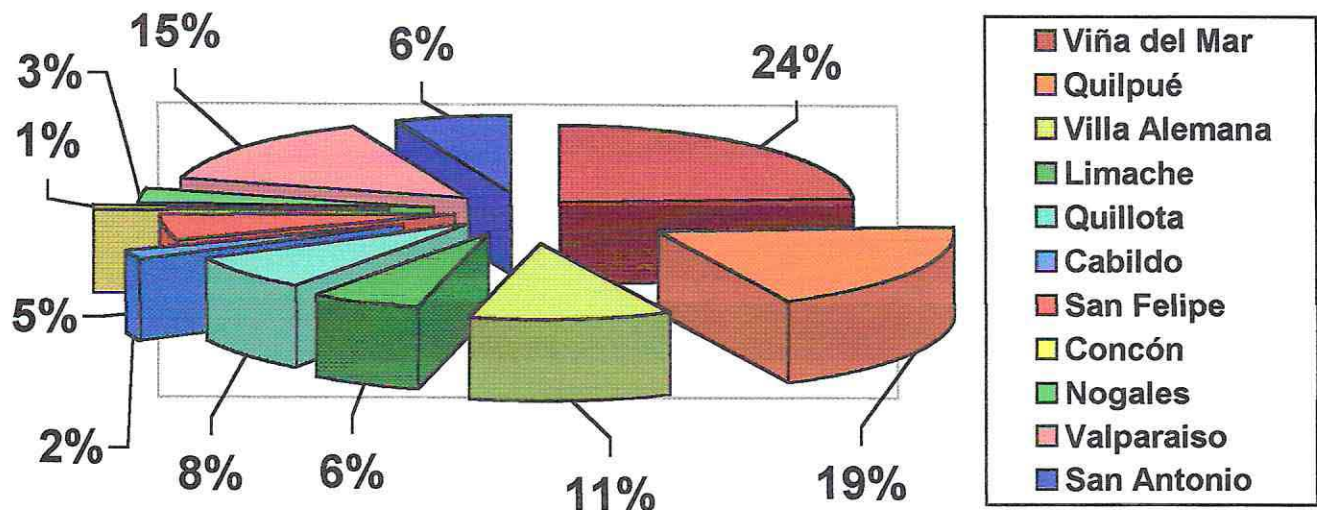
Según las comunas encuestadas, la distribución de la población residente de adultos mayores en establecimientos de larga estadía se especifica como sigue:

**TABLA N° 2 DISTRIBUCIÓN A.M.
RESIDENCIAS DE LARGA ESTADÍA POR COMUNAS**

COMUNAS	N° RESIDENTES EN HOGARES
VIÑA DEL MAR	364
QUILPUÉ	291
VILLA ALEMANA	169
LIMACHE	93
QUILLOTA	116
CABILDO	30
SAN FELIPE	80
CONCON	17
NOGALES	44
VALPARAISO	227
SAN ANTONIO	97

TOTAL	1528
--------------	-------------

Gráfico 2 Distribución de residentes en establecimientos de larga estadía según comunas



Según se pudo apreciar, de acuerdo a lo investigado y según las dos grandes categorías empleadas para la caracterización de este tipo de establecimientos, es decir, Hogares de Adultos Mayores Privados con fines de lucro y Hogares para Adultos Mayores de Beneficencia, se constató la siguiente distribución del número de ancianos que viven en ellos

TABLA N° 3
NUMERO DE ADULTOS MAYORES SEGÚN TIPO DE HOGAR

NÚMERO ADULTOS MAYORES EN HOGARES PRIVADOS	NÚMERO DE ADULTOS MAYORES EN HOGARES DE BENEFICENCIA	TOTAL
623	905	1528

Ahora bien, el número de establecimientos correspondientes a las categorías empleadas se distribuye como sigue:

TABLA N° 4
CANTIDAD DE ESTABLECIMIENTOS SEGÚN TIPO DE HOGAR

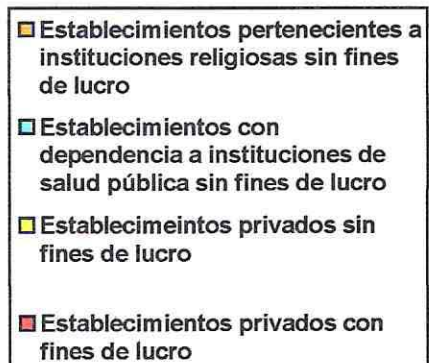
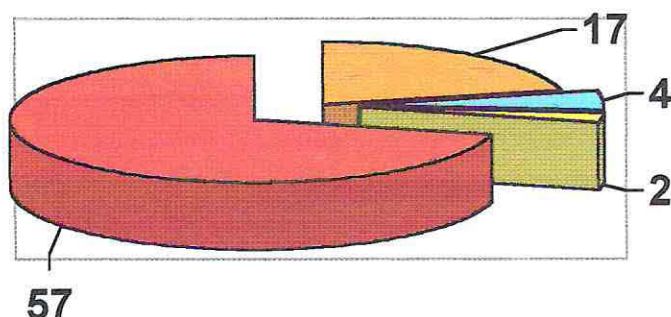
N° HOGARES PRIVADOS CON FINES DE LUCRO	N° HOGARES DE BENEFICENCIA	TOTAL
56	24	80

De la anterior clasificación general, clasificación que será utilizada en lo sucesivo, se desprende la siguiente sub clasificación:

El total de Adultos Mayores se distribuye en establecimientos que presentan cuatro tipos de características, las que se especifican como sigue:

- 1.- Establecimientos de Larga Estadía perteneciente a instituciones de carácter religioso, sin fines de lucro: 18 establecimientos
- 2.- Establecimientos de Larga Estadía con dependencia a instituciones de salud pública, sin fines de lucro: 4 establecimientos
- 3.- Establecimientos de Larga Estadía dependientes de instituciones privadas sin fines de lucro: 2 establecimientos.
- 4.- Establecimientos de carácter privado con fines de lucro: 56 establecimientos

GRÁFICO N° 3 CLASIFICACIÓN TIPO DE ESTABLECIMIENTOS



En cuanto a sexo, del total de la muestra encuestada 512 de los residentes son hombres, lo que representa el 33,4% de la muestra poblacional residentes en establecimientos de larga estadía, mientras que 1016 corresponde a mujeres, las que representan el 66,49% del total.

Del total encuestado para determinar el número de hombres y mujeres existentes en estos establecimientos, la información arrojó los siguientes resultados en cuanto a sexo y tipo de establecimientos:

TABLA N° 5
CANTIDAD DE HOMBRES Y MUJERES ADULTOS MAYORES
SEGÚN TIPO DE ESTABLECIMIENTO

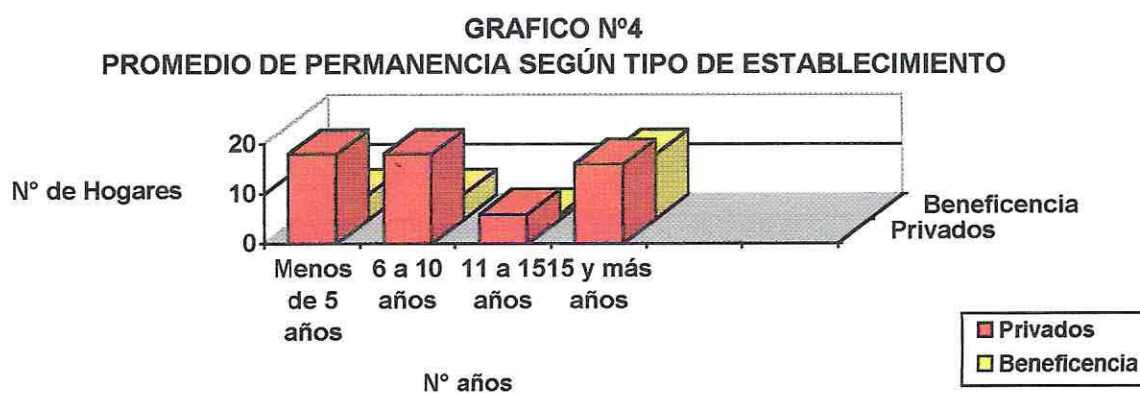
TIPO DE ESTABLECIMIENTO	N° ADULTOS MAYORES SEGÚN SEXO		
	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Privados con Fines de lucro	163	460	623
Beneficencia	371	534	905
TOTAL	534	994	1528

En relación con esta información, se desprende la existencia de un mayor número de Adultos Mayores en Hogares de Beneficencia, esto en términos generales, presentándose la misma constante en ambos sexo. Sin embargo se puede apreciar además, la feminización de la población en estos establecimientos, ya sea para Hogares Privados o de Beneficencia, siendo estos últimos los que concentran la mayor cantidad de mujeres residentes.

En relación con el promedio de permanencia, en términos generales, de los residentes Adultos mayores en los establecimientos investigados, y según los rangos empleados en el estudio; del total de establecimientos, 23 se ubicaron en el rango menos de 5 años de permanencia, 23 se ubicaron en el rango de 6 a 10 años, 7 en el rango 11 a 15 años y 31 en el rango 15 años y más.

Según lo anterior, se podría precisar que el promedio de permanencia es alto, si se piensa que en solo 31 establecimientos este supera los 15 años de permanencia.

Según los tipos de establecimientos estudiados, los datos reflejan la misma realidad, ya sea para el caso de Hogares Privados y de Beneficencia:



Según lo observado en el gráfico anterior, se establece que en todas las categorías empleadas, este promedio de permanencia es superior en Hogares de tipo privado. Lo anterior no sucede en términos generales para el caso de Hogares de Beneficencia, dado

que el mayor número de Hogares de este tipo, sólo se concentra en la última categoría abordada.

Dato importante ha considerar, debido a la implicancia que tiene para el adulto mayor interno en algún establecimiento de larga estadía, se refiere a las visitas de que son objeto. En este sentido la investigación arrojó los siguientes resultados generales en cuanto al promedio de visitas por establecimientos en la región.

En este sentido 22 establecimientos se ubicaron en el rango menos de 20% de residentes visitados, 14 establecimientos ubicados en la categoría 21% a 40% de residentes visitados, 12 en total se ubicaron en la categoría 61% a 80% y finalmente 29 establecimientos se ubicaron en la categoría 81% a 100% de residentes visitados por establecimiento. Se desprende que las visitas realizadas en los diferentes establecimientos son regulares, con una relativamente alta cifra de residentes visitados, aunque no por esto debe dejar de interesar lo sucedido en 12 establecimientos en los que las visitas se reducen a solo un 20% o de los 14 establecimientos en donde la cifra se eleva sólo a 40% de residentes visitados.



Según lo descrito por el gráfico, las visitas a los residentes se harían en mayor oportunidad de veces en hogares de tipo privado, sobrepasando en todas las categorías a los de beneficencia. A pesar de lo anterior las cifras de hogares en donde se produce tal hecho no es significativamente alta.

Distribución de Adultos Mayores Autovalentes, Semivalentes y Postrados por tipo de establecimientos

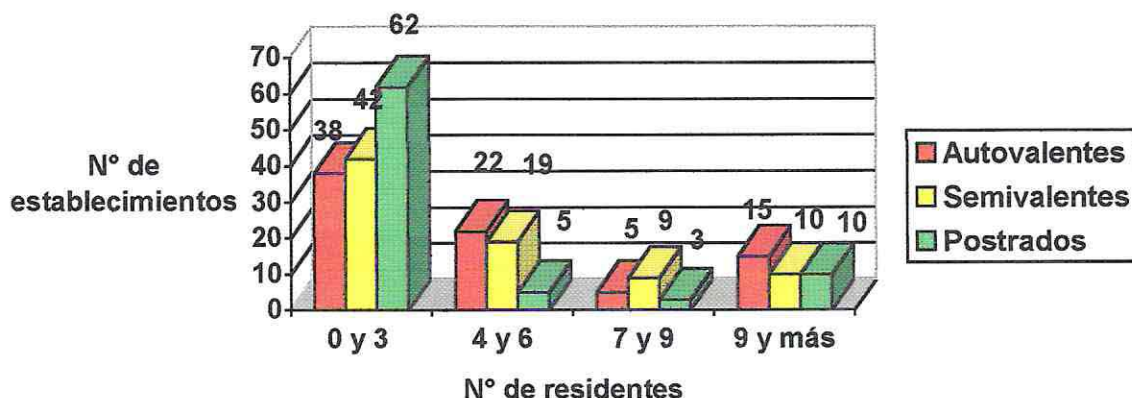
En relación con el número de residentes autovalentes existentes en la totalidad de los establecimientos investigados, por categoría se visualizaron los siguientes resultados:

En la primera categoría entre 0 y 3 residentes autovalentes se ubicaron 38 establecimientos. En la categoría entre 4 y 6 residentes autovalentes, se ubicaron 22 establecimientos. La categoría entre 7 y 9 residentes autovalentes mostró a 5 establecimientos, mientras que en la última categoría 9 y más adultos mayores autovalentes en hogares de la región, 15 establecimientos los mantenían.

Con respecto al número de Adultos Mayores semivalentes en el total de establecimientos de la región, 42 de ellos presentaron dentro de un rango entre 0 y 3 residentes semivalentes. 19 establecimientos se ubicaron en el rango entre 4 y 6 residentes semivalentes, 9 de ellos se ubicaron en el rango entre 7 y 9, mientras que 10 se ubicaron en la categoría 9 y más residentes semivalentes.

En relación con el número de Adultos Mayores postrados, en el total de establecimientos de la región, 62 de ellos presentaron dentro de un rango entre 0 y 3 residentes postrados. 5 establecimientos se ubicaron en el rango entre 4 y 6 residentes postrados, 3 de ellos se ubicaron en el rango entre 7 y 9, mientras que 10 se ubicaron en la categoría 9 y más postrados.

GRÁFICO N° 6 DISTRIBUCIÓN DE AUTOVALENTES, SEMIVALENTES Y RESIDENTES POSTRADOS POR ESTABLECIMIENTO



Del gráfico se puede establecer que hay una alta cantidad de establecimientos que tienen entre 0 y 3 residentes postrados en comparación con aquellos autovalentes en la misma categoría, lo que se aleja de la similitud de establecimientos encontrados en la categoría 9 y más residentes autovalentes, semivalentes o postrados. En este sentido y observando el gráfico se puede establecer que no prevalece la autovalencia en los residentes, aunque sí es importante observar el número de estos residentes que son valentes para poder considerarlos en actividades que vayan dirigidos hacia ellos.

Gráfico N° 7 N° autovalentes según tipo de Hogar

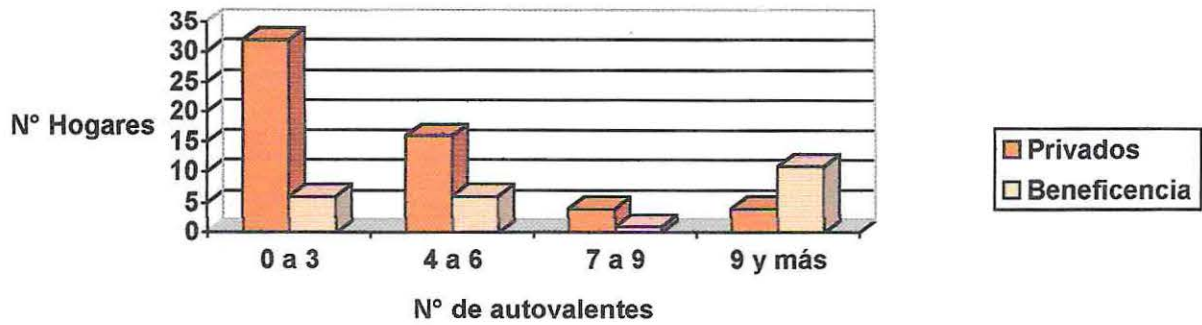


Gráfico N° 8 N° de postrados según tipo de Hogar

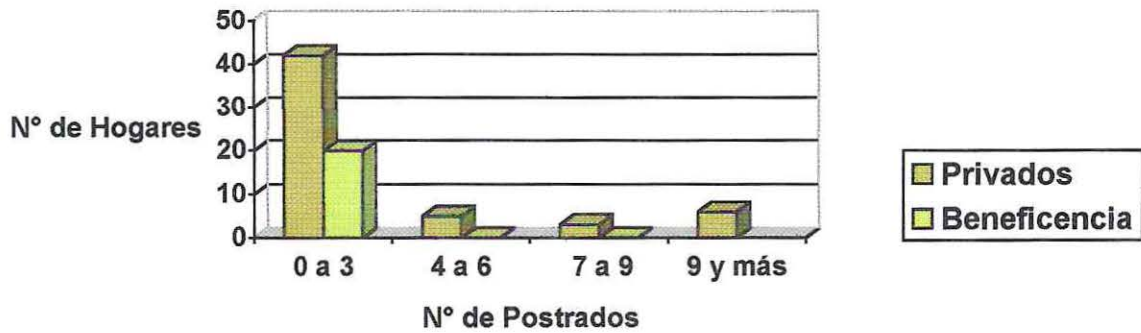
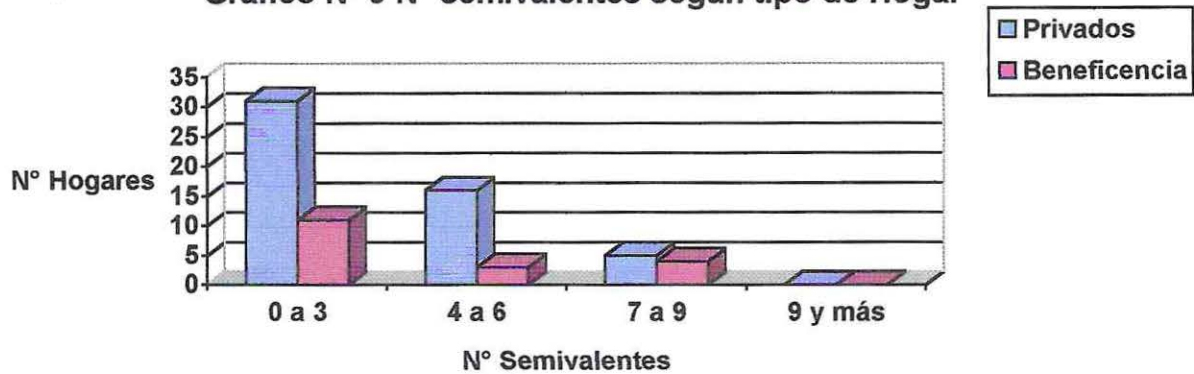


Gráfico N° 9 N° semivalentes según tipo de Hogar



Según los gráficos anteriores dispuestos para hacer un mejor análisis de los resultados generales, se observa que en los tres casos abordados, los Hogares privados sobresalen por sobre los de beneficencia en relación con el número de residentes en una u otra categoría.

Por otra parte y en relación con las causales más solicitadas de ingreso al establecimiento, los datos proporcionados por el instrumento de recolección arrojaron los siguientes resultados:

TABLA N° 6 CAUSALES MÁS SOLICITADAS DE INGRESO

Categorías	N° de establecimientos		
	Privados	Beneficencia	TOTAL
1.- A solicitud de la familia (enfermedad, espacio, mejor cuidado, entre otras)	50	13	63 Establecimientos
2.- Por Abandono	6	11	17 Establecimientos
3.- Por solicitud del propio adulto mayor	1	1	2 Establecimientos

En términos generales para el total poblacional la categoría N°1 establece que en 63 de los Establecimientos encuestados la causal de ingreso a sido a solicitud de los familiares del residente debido a las patologías presentadas (demencia senil, Alzheimer, entre otras), a que el espacio de la vivienda no proporciona las condiciones necesarias para una persona de edad avanzada o a que tendrán un mejor cuidado. En 17 establecimientos la causal fue por abandono y en 2 establecimientos la causal aducida fue motivada por el propio adulto mayor. De acuerdo a esto, se tendría un cuadro en el que son los familiares quienes determinan el modo de vida que en el futuro llevarán sus parientes adultos mayores, no importando la causal invocada. Al parecer y según lo que se verá más adelante, no hay una clara participación del adulto mayor en la toma de decisión sobre el futuro de sus vidas, toda vez que el sentimiento que expresan al ingresar al establecimiento son de intranquilidad, depresión e indiferencia en 51 de los 80 Hogares. Establecido lo anterior, se especifica la información según la categoría empleada, según los tipos de establecimientos encuestados. Es así que en Hogares de tipo benéfico la causa de ingreso sigue una tendencia que equipara a las categorías “a solicitud de la familia” y “por abandono”. A diferencia de Hogares de tipo privado en donde se refleja claramente la tendencias en la categoría “a solicitud de la familia”. Lo anterior podría reflejar dos constantes observadas para estos dos tipos de establecimientos. En primer lugar el ingreso a Hogares de Beneficencia se produciría debido a factores económicos y de abandono preferentemente, mientras que en el caso de Hogares Privados se produciría debido a factores netamente de cuidado. Quizás en este último caso y como se verá más adelante, son los familiares quienes piden el ingreso en una mayor proporción.

Con relación a las causales de retiro del establecimiento, las categorías aplicadas y su correspondencia con el número de establecimiento, fueron las siguientes:

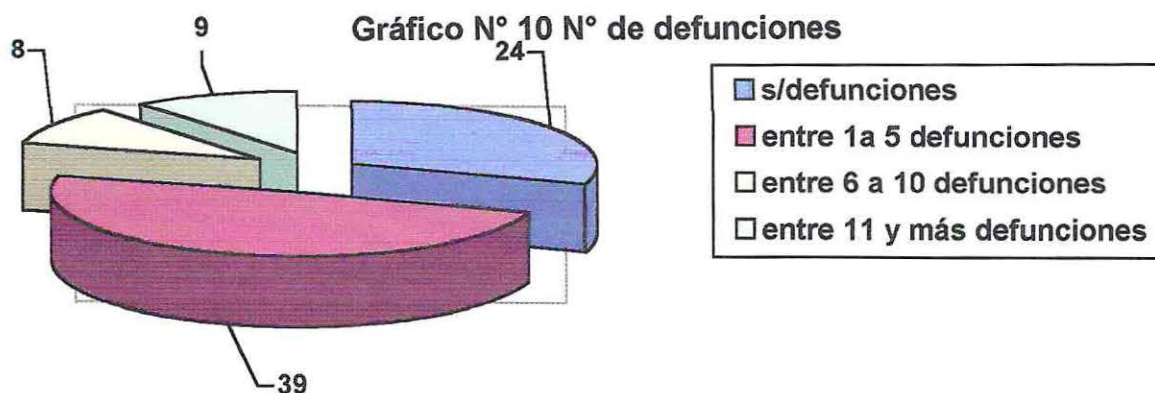
TABLA N° 7 CAUSALES DE RETIRO DEL ESTABLECIMIENTO

CATEGORÍAS CAUSALES DE RETIRO	N° DE ESTABLECIMIENTOS		
	Privado	Beneficencia	Total
Cambio de residencia de la familia	2	2	4
Problemas económicos para mantenerlo	10	3	13
Agravamiento de la enfermedad	3	1	4
Fuga, alta médica	5	4	9
Sin retiros	8	5	13
Por diferencias con familiares del A. Mayor	2	1	3
Sin causales	6	1	7
Cambio a otro establecimiento del A. Mayor	7	1	8
Falta de ambientación del A. Mayor	8	6	14
Fallecimiento	10	4	14

Según la tabla anterior, podría señalarse, agrupando las categorías que en 42 de los establecimientos los retiros se han producido debido a factores económicos y de servicios prestados, esta agrupación contiene las siguientes categorías que implican lo anteriormente dicho: problemas económicos para mantenerlos, agravamiento de la enfermedad, por diferencias con familiares del Adulto Mayor, cambio a otro establecimiento y falta de ambientación del Adulto Mayor, en donde estos habrían influido en los familiares de los residentes para pedir el retiro. Esto podría indicar que las condiciones del servicio no son del todo óptimas y que los precios de incorporación y mantenimiento sería elevados para una gran cantidad de personas que han solicitado el ingreso al establecimiento. Lo anterior es perfectamente aplicable para el caso de establecimientos de tipo particular privado, en donde las categorías corresponden al comportamiento visualizado a nivel general. No así en cambio sucede con los Hogares de beneficencia, en los que no predominantes uno demasiado sobre otro y en donde las categorías predominantes no corresponden con sus pares privados.

Defunciones producidas durante el año 1999

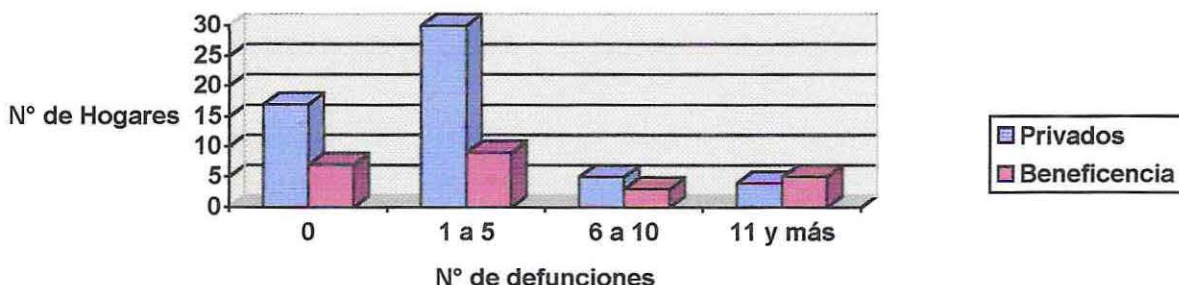
En cuanto a las defunciones producidas durante el año 1999, 24 establecimientos se ubicaron en la categoría "sin defunciones". 39 presentaron defunciones dentro del rango "entre 1 a 5 defunciones", 8 establecimientos presentaron entre 6 a 10 defunciones, mientras que 9 registraron entre 11 y más defunciones en ese año.



Según este gráfico en la mayor parte de los establecimientos se producen fallecimientos, ya que de los 80 estudiados, en 56 se producen, encontrándose que de este número, las cifras más frecuentes se ubican entre 1 y 5 fallecimientos. De esto podría inferirse que gran parte de los adultos mayores que se internan lo hacen en condiciones de salud deterioradas. Lo anterior tiene una clara referencia con el número de residentes postrados, según lo demostró el gráfico anterior.

Para mejor representación de las diferencias que se producen entre uno y otro tipo de establecimientos, se presenta el siguiente gráfico:

Gráfico N° 11 N° defunciones según tipo de Hogar



Según lo anterior el mayor número de defunciones se ha producido en Hogares privados en la categoría 1 a 5 defunciones durante el año 1999, si se analiza que son 56 hogares, los datos presentados anteriormente son altos de acuerdo a la proporción.

Tipos de aportes económicos

A continuación se presentan los datos referidos al origen de los aportes económicos por residente, con los cuales se puede mantener en los establecimientos a cambio de los

beneficios que éste entrega. En primer lugar se hará un análisis general del universo estudiado, para después especificar las diferencias según tipo de establecimiento

TABLA N° 8 ORIGEN DE APORTES ECONÓMICOS POR RESIDENTES

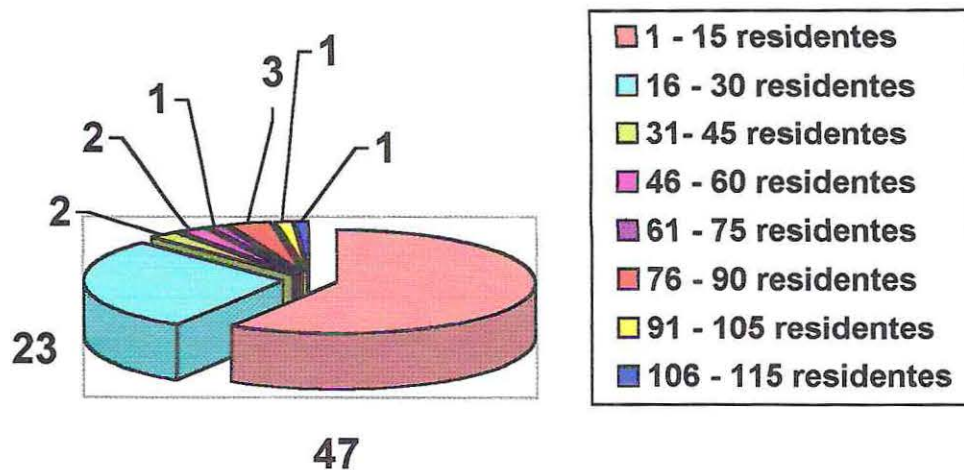
CATEGORÍA ORIGEN DEL APORTE ECONÓMICO	N° DE ESTABLECIMIENTOS POR CATEGORÍA		
	Privados	Beneficencia	Total
PASIS	9	15	24
Jubilación	25	17	42
Aporte de Familiares	46	9	55
Aportes Institucionales	8	6	14
Subvenciones	3	4	7

En la tabla se establece que en 55 de los establecimientos de larga estadía el origen del aporte económico por residente es de los familiares de los residentes. En 42 el aporte proviene de la propia jubilación del residente. En 24 proviene de aportes institucionales, sostenedores de los establecimientos o de instituciones publicas o privadas de los que dependen. Por último 7 de los establecimientos recibe subvenciones, provenientes generalmente de municipalidades. Se precisa que un mismo establecimiento ha presentado más de una categoría. Haciendo una referencia a la cantidad de establecimientos privados y a los resultados encontrados en esta tabla, podría señalarse que hay una equiparidad proporcional entre ambas, ya que en 97 establecimientos los aportes son generados por los familiares y las propias jubilaciones de los residentes, categorías encontradas usualmente en establecimientos de tipo privado con fines de lucro. A diferencia de lo anterior, en la categoría establecimientos de beneficencia, la familia del residente no contribuye en forma importante en la mantención del mismo, se produce una inversión en cuanto a la generación de aportes económicos, concentrándose estos establecimientos en la categoría "PASIS" y "Jubilaciones", es decir, la permanencia en estos tipos de establecimientos de carácter benéfico, va a depender de ingresos muy por debajo de las exigidas en establecimientos de tipo privado.

Capacidad de residentes por establecimientos

Los Servicios de Salud de la región han establecido capacidades máximas de residentes para los distintos establecimientos de larga estadía, en razón de su estructura y los servicios que prestan. En relación con lo anterior se presentan las distintas categorías, en términos generales, encontradas en las capacidades máximas de los establecimientos:

Gráfico N° 12 Capacidad del establecimiento



De estos datos se puede establecer que las categorías máximas más encontradas se han ubicado entre los rangos 1 – 15 y 16 – 30 residentes por establecimientos, cifras bajas si se considera el número total de adultos mayores existentes en la región y que podrían alguna vez solicitar el ingreso a alguno de estos establecimientos. Sin embargo se debe especificar que los hogares de beneficencia mantienen históricamente mayores capacidades debido a que poseen mayor infraestructura en cuanto a su planta física y a que están dirigidos a sectores carenciados del grupo etáreo en estudio, que por lo mismo tratan de solucionar un problema social presente.

En relación con la persona o institución que habitualmente solicita la internación para un familiar, amigo, cliente o conocido, los datos arrojados especificaron, de acuerdo a las categorías encontradas, que en 28 de los casos de la totalidad de los establecimientos de larga estadía de la región, familiares no hijos fueron los que solicitaron la internación. En 70 casos, fueron los hijos quienes la solicitaron. En 7 casos, la solicitaron amigos del residente. En 13 casos, fue el propio adulto mayor quien lo solicitó. En 11 casos la internación se llevó a cabo a través de Asistentes Sociales (en 9 casos) y médicos (2 casos). En un caso la internación se llevó a efecto a través de congregaciones religiosas, así como también por instituciones sin fines de lucro y por Carabineros con ocasión de vagancia. Además se produjo en 2 casos la solicitud a través de consultorio. Esto refleja una concordancia entre las cuales para ingresar a un adulto mayor al establecimiento y las personas que han solicitado la internación que en su mayoría son los hijos.

Con respecto a la existencia de lista de espera para ingresar al establecimiento, se presentan los siguientes datos del total de la muestra y su correspondiente análisis general, para luego establecer las diferencias según tipo de establecimientos estudiados:

TABLA N° 9 EXISTENCIA DE LISTA DE ESPERA

INDICADOR	VALORES						TOTAL
	SÍ	Privados	Beneficencia	NO	privados	beneficencia	
Existe Lista de Espera	30	15	15	50	41	9	80

De aquellos que sí manifestaron tener lista de espera, 4 se ubicaron en el rango menos de 2 cupos en lista de espera. 10 se ubicaron en la categoría de 3 a 5 cupos. 2 en el rango 8 a 10. 5 se ubicaron en el rango más de 10 en lista de espera. En la categoría no sabe se ubicaron 7 establecimientos de los que respondieron afirmativamente a la existencia de tal lista. Por último en la categoría 5 a 7 no se ubicó ningún establecimiento.

En relación a la dimensión de la tabla N° 9, los valores especificados señalan que en la mayoría de los establecimientos no hay demanda por ingresar a adultos mayores al establecimiento y que en su generalidad no están copados a su máximo. Esto refleja la poca oferta de establecimientos existente comparada con el número total de adultos mayores de la región, que dentro de estos la mayor cantidad está dirigida a sectores medios altos, debido a la cantidad de establecimientos privados existentes y el desconocimiento o poco interés que habría para ingresar debido a las bajas cifras en las listas de espera de los establecimientos que si la tienen, los que generalmente representan a establecimientos que no persiguen fines de lucro. Del total de establecimientos, de aquellos correspondientes al tipo privado (56), en sólo 15 existe lista de espera, en comparación a los establecimientos de beneficencia (24) en los que en 15 existe. Es decir, en el caso de los primeros, lo establecido en términos generales corresponde a una realidad de establecimientos que no tendrían una gran demanda de ingreso, debido a factores económicos principalmente, por lo que se enfocan a sectores socioeconómicos medios altos. A diferencia de los anteriores, los Hogares benéficos tendrían más demanda, ya sea, debido a su menor número o a los bajos montos solicitados en promedio, se convierten en resortes sociales públicos de referencia, no sólo para personas individuales, sino que también para instituciones que los visualizan como entes de colocación para Adultos Mayores carenciados.

8.2.- Variable Caracterización de establecimientos de larga estadía

La caracterización de establecimientos de larga estadía se ha determinado basándose en dos componentes. Por un lado lo conforman las especificaciones que determina el Servicio de Salud para establecimientos de larga estadía, regidos por el Decreto 2601 del Ministerio de Salud. Por otro lado se conforma por las características particulares de cada uno de ellos, en cuanto a la administración interna y el tipo de servicios que entregan.

Según el siguiente cuadro, se detalla el comportamiento de la dimensión cumplimiento de antecedentes de autorización e instalación, en cuanto a si se cumplen o no por los establecimientos de larga estadía de la región. Se han especificado los resultados totales y de acuerdo a tipo de hogares.

TABLA N° 10 CUMPLIMIENTO DE ANTECEDENTES DE AUTORIZACIÓN E INSTALACIÓN

INDICADORES	SUBINDICADOR	SI	Privados	Beneficencia	NO	Privados	Beneficencia	TOTAL
Formulario de Contrato	Existe	53	41	12	27	15	12	80
Libro foliado de sugerencias y reclamos	Existe	47	37	10	33	19	14	80
Libro de reclamos o sugerencias es firmado		33	29	4	47	27	20	80
Documento de acreditación de dominio o derecho a utilizarlo	Existe	77	53	24	3	3	0	80
Autorización del Servicio de Salud correspondiente para instalación y funcionamiento	Existe	78	54	20	2	2	0	80
Cumple con la ordenanza general de Construcción y Urbanización		75	52	23	5	4	1	80
Cumple con requisitos de protección contra incendios		72	48	24	8	8	0	80
Plan de Evacuación ante emergencias	Existe	60	42	18	20	14	6	80

Total de respuestas		62	45	17	18	12	6	80
----------------------------	--	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	----------	-----------

En términos generales y de acuerdo a este cuadro, y a partir de las respuestas, se puede señalar que los establecimientos de larga estadía de la región de Valparaíso se caracterizan por acatar medianamente con las disposiciones fijadas en el Decreto ley para este tipo de instituciones, en relación con el cumplimiento de antecedentes de autorización e instalación. Llama la atención que los valores se inclinan más negativamente en aquellos indicadores que tienen que ver con las relaciones contractuales entre el establecimiento y los familiares o responsables de los residentes. Así por ejemplo aquello que tiene que ver con la fiscalización de que pueden hacer uso los familiares a través del libro de sugerencias o reclamos, que debiera estar por reglamento al alcance y conocimiento de quien quiera utilizarlo. Es así también, que llama a preguntarse sobre la fiscalización de los Servicios de Salud con respecto a este punto, toda vez que de la totalidad de la muestra de establecimientos sólo en 33 de los casos este libro es firmado.

Cabe destacar la relación positiva de los valores en aquellos indicadores que tienen que ver con el factor estructural y de seguridad del establecimiento, los que sumados representan al 71,75% a favor del cumplimiento del reglamento.

Lo anterior concuerda con lo especificado en el Marco de Referencia en relación con el cumplimiento de exigencias mínimas del inmueble para este tipo de establecimientos.

Haciendo una especificación más acuciosa y observando los datos proporcionados por tipo de establecimiento, se establece los siguiente:

Los establecimientos de beneficencia seguirían el patrón señalado anteriormente, en relación con aspectos contractuales entre estos y familiares o apoderados del residente. A diferencia de los anteriores y de acuerdo a los datos proporcionados, los establecimientos de tipo privado establecen una mejor relación contractual, esto se observa según lo especificado en la tabla correspondiente, en donde en lo relativo a formulario de contrato y libros de sugerencias, existe un mayor número de establecimientos del total de este tipo (56) que da cumplimiento a esta normativa.

A pesar de lo anterior, y en lo relativo a cumplimiento de normas que tienen que ver con infraestructura de los establecimientos, ambas categorías de hogares y en un alto número de cumplimiento a las normas exigidas.

No deja de ser importante observar que en cuanto al cumplimiento de normas de seguridad, según los datos proporcionados, estos son mejor observados por establecimientos de beneficencia que aquellos de tipo privado. Esto es importante de destacar, ya que en estos últimos es en donde se concentra el mayor número de establecimientos.

El siguiente cuadro resume el segundo aspecto de la variable caracterización del establecimiento de larga estadía.

TABLA N° 11 CUMPLIMIENTO DE EXIGENCIAS PARA ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADÍA

Indicadores Variable Caracterización Establecimientos	VALORES						TOTAL
	SI	Privados	Beneficencia	NO	Privados	Beneficencia	
La cocina cumple con las especificaciones de calidad y seguridad	75	53	22	5	3	2	80
Existencia de lugar cerrado para mantener equipo e insumos médicos y de enfermería	72	50	22	8	6	2	80
Existencia de oficina/sala de recepción para entrevistas	58	38	20	22	18	4	80
Las Instalaciones generales cumplen con especificaciones necesarias de calidad y seguridad	74	52	22	6	4	2	80
Los dormitorios cumplen con especificaciones necesarias de calidad y seguridad	57	42	15	23	14	9	80
Los servicios higiénicos cumplen con especificaciones necesarias de calidad y seguridad	63	45	18	17	11	6	80
El equipamiento para lavado cumple con especificaciones de calidad y seguridad	56	37	19	24	18	6	80
Número de respuestas	66	42	19	14	1	4	80

De la tabla anterior se puede desprender que a escala general, los establecimientos de larga estadía de la región están dando cumplimiento en forma general a las disposiciones emanadas del Reglamento para este tipo de instituciones. Sin embargo no dejan de ser importante los valores negativos resultantes, teniendo en consideración que todos estos establecimientos son objeto de supervisiones continuas por parte del Servicio de Salud respectivo

Sin embargo y a pesar que a escala general se cumplen relativamente las disposiciones señaladas en la ley, no es menos cierto que estos valores reflejan debilidades puntuales, que tienen que ver con los lugares que más asiduamente son usados por los residentes mayores. En este sentido los dormitorios y los servicios higiénicos presentan preocupantes alzas en las cifras negativas, 23 y 17 establecimientos de los 80 respectivamente.

Quizás habría que añadir que las instituciones públicas encargadas de velar por el cumplimiento de las disposiciones establecidas en el reglamento, es decir, los Servicios de Salud de la región, se encuentran sobrepasados y las unidades encargadas de ver el tema, deben cumplir otras funciones, lo que no permite por un lado, hacer el seguimiento de los Establecimientos ya identificados y por otro pesquisar aquellos que caen en la clandestinidad, los que obviamente no observan ninguna de las consideraciones explicitadas en la ley.

Ahora bien, haciendo una especificación y en relación con la tabla precedente los Hogares de Beneficencia se encuentran cumpliendo las disposiciones que se han investigado, sin embargo no es menos cierto y consecuentemente con lo expresado en forma general que se aprecia una mínima deficiencia en lo relativo con aquellas disposiciones que tienen que ver con los espacios utilizados por los residentes más frecuentemente (dormitorios y servicios higiénicos, sin embargo en te mismo punto, los establecimientos de tipo privado tienen aún mayor deficiencias al establecer cantidad de hogares que cumplen con la normativa.

El número de camas existentes por establecimiento se especifica como sigue:

TABLA N° 12 NUMERO DE CAMAS POR ESTABLECIMIENTO

RANGO POR NÚMERO DE CAMAS	N° DE ESTABLECIMIENTOS		
	PRIVADOS	BENEFICENCIA	TOTAL
5 y más camas por dormitorio	8	5	13
4 camas por dormitorio	18	7	25
3 camas por dormitorio	26	10	36
2 camas por dormitorio	34	14	48
1 cama por dormitorio	42	10	52

Teniendo en cuenta el Marco de referencia, se estipula que cada dormitorio no deberá tener más de 5 camas. En este sentido 13 establecimientos hacen caso omiso a esta disposición. Así mismo se puede apreciar una similitud en cuanto al dato investigado, ya que hay una proporción en cuanto a número de hogares, privados y de beneficencia con el número de camas existentes, encontrándose la mayor concentración para ambos casos en las categorías 3 y 2 camas por dormitorio, se deduce según esto, que para ambos tipos de establecimientos no se produce un hacinamiento importante en relación a cantidad de residentes por dormitorio.

El número de baños con ducha por residente alcanza a los siguientes resultados

TABLA N° 13 NÚMERO DE BAÑOS CON DUCHAS POR ESTABLECIMIENTO

RANGO	N° ESTABLECIMIENTO		
	Privados	Beneficencia	Total
25 y más	0	2	2
20 a 24	0	1	1
15 a 19	0	1	1
10 a 14	0	0	0
5 a 9	5	4	9
0 a 4	51	16	66

Teniendo en cuenta la cantidad de Adultos mayores residentes en establecimientos de larga estadía, la tabla anterior demuestra que existiría un déficit de baños con ducha, es decir habitaciones que permitan el baño auxiliado y que tengan condiciones de seguridad para evitar posibles caídas o deslizamientos. Cabe especificar que se ha de considerar baños con duchas a aquellas habitaciones que tengan este elemento no importando sus dimensiones de espacio, por lo que en un mismo recinto pudiera haber mas de una ducha.

En relación con lo anterior, y según el dato investigado, en hogares de tipo benéfico se da una mayor proporción de baños con ducha por residente, esto demostraría la mayor capacidad física o infraestructural de estos establecimientos si se compara con aquellos de tipo privado (fines de lucro) existentes en la región.

En relación con la dimensión Cumplimiento de disposiciones fijadas por el Servicio de Salud en cuanto a la dirección técnica y al personal que se desempeña en los establecimientos de larga estadía, el cuadro precedente resume los siguientes aspectos o indicadores de la variable.

TABLA N° 14 CUMPLIMIENTO DE DISPOSICIONES PARA EL PERSONAL

Indicadores Variable caracterización Establecimientos	VALORES						TOTAL
	SI	Privados	Beneficencia	NO	Privados	Beneficencia	
Existencia Director Técnico	64	50	14	16	6	10	80
Existencia coordinación entre Director Técnico y otros servicios	56	42	14	24	14	10	80
Existencia de Historial Clínico	71	50	21	9	6	3	80
Existencia de Carné Sanitario Manipulador de Alimentos	45	36	9	35	20	15	80
Existencia de Manipulador de alimentos	69	50	19	11	6	5	80
Número de Respuestas	61	46	15	19	10	9	80

Según la Tricotomización de la variable, las características asumidas por los establecimientos en relación con el cumplimiento de disposiciones sobre el Director técnico y el personal, son medianamente cumplidas.

Si bien la asistencia médica se encuentra presente en estos establecimientos, en la dimensión abordada, llama la atención que tratándose de Establecimientos inscritos en los registros de los Servicios de Salud, en 16 de ellos no exista Director técnico. Es interesante hacer notar también que de aquellos que sí lo tienen, 11 de ellos no son profesionales del área de la Salud, con título de más de 8 semestres.

Es talvés debido a lo anterior que se presente un alto índice negativo cuando se aborda el indicador coordinación entre éste y otros servicios. Lo anterior denota la escasa presencia de estos profesionales con relación al tiempo de permanencia para supervigilar y crear programas sanitarios específicos para los residentes.

De los 64 establecimientos que acusan existencia del Director técnico, 7 de ellos son médicos, 40 son enfermeros Universitarios, 7 son auxiliares de enfermería, 4 son Paramédicos y 2 Asistentes Sociales.

Podría pensarse que el hecho de que en 35 establecimientos el Manipulador de Alimentos no tenga Carné Sanitario es una responsabilidad que no ha sido abordada por los

Servicios de Salud. Sin embargo y pese a ello, los representantes legales contribuyen a hacer caso omiso a este requisito sanitario, lo que no asegura a cabalidad una alimentación sana de los residentes.

En relación con lo descrito en la tabla N° 14, para el caso de Hogares de Beneficencia y Privados, se debe hacer notar una clara diferencia entre ambos tipos de establecimientos, toda vez que a partir de los requerimientos exigidos, se puede visualizar que del total de establecimientos, aquellos de beneficencia cumplen sólo regularmente dichas disposiciones, a diferencia de sus pares privados, en los que se puede apreciar que las cumplen casi en su totalidad, salvo en lo relativo a las disposiciones que fijan normas en cuanto a la certificación del personal que manipula alimentos.

En cuanto a la capacitación profesional del personal de trato directo, los datos recogidos establecen que en 51 casos se han capacitado en Institutos Profesionales, en 3 casos la capacitación se ha hecho en alguna Universidad, en 24 casos la han realizado en Servicios de Salud, en 18 casos en Centros privados y en 22 en otros organismos estatales. Las cifras anteriores hacen notar que las personas que están a cargo del trato directo con los residentes tendrían estudios de capacitación en la mayoría de los establecimientos. Esto no asegura sin embargo, que esa capacitación se haya dado en forma especializada para trabajar con personas de edades avanzadas como lo son los adultos mayores.

Según lo establecido en el Decreto 2601, que rige a los establecimientos de larga estadía, las normas de procedimientos, son fundamentales para el caso de estos grupos vulnerables que se encuentran amparados en una institución de régimen interno. En virtud de lo anterior se investigó respecto de esto, descubriéndose los siguientes datos:

TABLA N° 15 NORMAS DE PROCEDIMIENTOS

Indicadores	VALORES						
	SI	Privados	Beneficencia	NO	Privados	Beneficencia	TOTAL
Emergencias Médicas	70	49	21	10	7	3	80
Aseo e higiene de dependencias	65	45	20	15	11	4	80
Minutas Alimenticias	48	36	12	32	20	12	80
Entretención y recreación del residente	63	42	21	17	14	3	80
Visitas	62	45	17	18	11	7	80
Número de respuestas	62	43	19	18	12	6	80

De lo anterior se desprende que de uno de los elementos más importantes considerados por los servicios de salud, como es la elaboración de minutas alimenticias programadas, en 32 de los establecimientos no hay una norma básica para ello. Esto es sumamente preocupante debido a que la dieta de las personas adultas mayores debe poseer materias que equilibren las posibles descompensaciones producidas en el organismo por efecto de la edad. Sumado a lo anterior preocupa el índice negativo respecto a la falta de existencia de manipulador de alimentos en 19 establecimientos. Esto sugiere que no hay personal especializado y con la reglamentación necesaria para poder funcionar. Debido a ello se presume que son los auxiliares de enfermería, cuidadores o auxiliares de servicios los que realizan esta tarea.

Lo descrito para la totalidad de los hogares, se puede extrapolar para los distintos tipos categorizados. En ambas las normas de procedimiento se cumplen en su gran mayoría, existiendo un proporción similar, sin embargo en lo referido a las normas que tienen que ver con las visitas, los hogares de beneficencia resaltan una diferencia. Aunque esta no sea significativa, es importante señalarla, ya que de las 24 existentes en 7 no las hay. Si bien no es una cifra significativa, se cree importante especificarla, debido a que este grupo de hogares generalmente están adscritos o dependen de instituciones, cosa que implicaría supuestamente una fiscalización mayor.

Según la tricotomización elaborada en este punto, y en su generalidad, los establecimientos se caracterizan por un mediano cumplimiento de las disposiciones establecidas para tales casos.

A continuación se presentan las tablas correspondientes al número de personal de atención directa dentro de los establecimientos de larga estadía:

TABLA N° 16 CANTIDAD DE PERSONAL SEGÚN LABOR DESARROLLADA

Rango N° de Auxiliares enfermería	N° de establecimientos		
	Privados	Beneficencia	Total
12 – 15	1	0	1
8 – 11	1	2	3
4 – 7	5	2	7
0 – 3	49	20	69

Total :	178
---------	-----

Rango N° de Cuidadores	N° de establecimientos		
	Privados	Beneficencia	Total
24 – 29	0	2	2
18 – 23	0	1	1
12 – 17	1	3	4
6 – 11	6	3	9
0 – 5	49	15	64

Total : 322

Rango N° Auxiliares de Servicio	N° de establecimientos		
	Privados	Beneficencia	Total
12 y más	0	1	1
9 – 11	0	0	0
6 – 8	0	1	1
3 – 5	4	3	7
0 – 2	52	19	71

Total : 97

Para una población total de adultos mayores residentes en establecimientos de larga estadía de 1528 personas, entre auxiliares de enfermería y cuidadores debiera haber 229 personas al cuidado de los residentes y 152 auxiliares de servicio como mínimo. De las tablas anteriormente expuesta se desprende que entre los dos primeros enumeran 500 personas, lo que supera con creces el número mínimo ideal que debiera haber. Sin embargo y con relación a auxiliares de servicio hay un déficit de personal, lo que hace suponer que las tareas de estos tres grupos se encuentran repartidas, no habiendo una especialización en cada labor, sin embargo y a pesar de los datos entregados en forma general y visualizados los resultados entregados por las tablas, se podría precisar, que en aquellos hogares de tipo benéfico la relación número de personal y cantidad de residentes es baja, si se piensa que las mayores cifras de establecimientos se concentra en las categorías menores de los rangos empleados.

Es decir, si bien en términos generales la proporción es positiva, esto se debería a que las cifras entregadas a partir de la información dada a conocer por hogares privados, concentran en mejor medida la proporción requerida por los organismos fiscalizadores para este tipo de normativas.

En cuanto a los profesionales que acuden a los distintos establecimientos de la región, se hace notar que lo hacen muy esporádicamente, estos entregan la responsabilidad de los cuidados médicos al personal permanente que labora allí. De aquellos profesionales que acuden, en 59 establecimientos lo hacen médicos, en 34 lo hace algún nutricionista, en 18 lo hacen kinesiólogo, en 14 lo hacen asistentes sociales en 2 profesores y en 4 algún podólogo.

Dimensión Sistema Administrativo y normativo del establecimiento

TABLA N° 17 MONTO DE DINERO SOLICITADO POR EL ESTABLECIMIENTO HABITACIÓN INDIVIDUAL

Monto solicitado por el establecimiento	N° de Establecimiento		
	Habitación individual	Privados	Beneficencia
Menos de \$ 50.000	3	9	12
\$55.000 - \$100.000	11	5	16
\$150.000 - \$200.000	17	4	21
\$250.000 - \$300.000	13	2	15
\$300.000 y más	6	1	7
No responde	6	3	9
	56	24	80

Según la tabla el rango en que más establecimientos se ubican está entre \$150.000 y \$200.000. Sin embargo debe señalarse que los montos solicitados son relativamente altos, ya que se encuentran en mayor proporción entre \$55.000 y \$300.000.

**TABLA N° 18 MONTO DE DINERO SOLICITADO POR EL ESTABLECIMIENTO
HABITACIÓN COMPARTIDA**

Monto solicitado por el establecimiento	N° de Establecimiento		
	Privados	Beneficencia	Total
Habitación compartida			
Menos de \$ 50.000	3	9	12
\$55.000 - \$100.000	13	5	18
\$150.000 - \$200.000	24	5	29
\$250.000 - \$300.000	10	1	11
\$300.000 y más	1	1	2
No responde	5	3	8
	56	24	80

En esta tabla sucede lo mismo que en el caso anterior en que los establecimientos se ubican entre \$150.000 y \$200.000. Si bien los montos generales entregan una información de montos relativamente altos para los dos casos, la realidad presentada, haciendo la especificación del caso para establecimientos de beneficencia y establecimientos privados, reflejan que para los ambos casos presentados, los hogares de beneficencia también reciben montos elevados para mantener a un residente. Aunque no es un cifra especialmente importante, es válido presentar dicha información. En todo caso, la mayor cifra de establecimientos benéficos se concentró para ambos casos en la categoría 0 a \$50.000 y \$55.000 y \$100.000. Por tanto si se hace un análisis más exhaustivo, se podrá inferir que los hogares de beneficencia, según el concepto específico no existirían, salvo en algunos casos, ya que no habría gratuidad total para casi el 100% de sus residentes. Teniendo en cuenta este dato y observando el **Costo Mensual Promedio por Mantención**, que en la tabla resume la ubicación de acuerdo a los siguientes rangos, se podría inferir que:

TABLA 19 SERVICIOS CONSIDERADOS

SERVICIOS CONSIDERADOS EN COSTOS POR MANTENCIÓN	N° DE ESTABLECIMIENTOS		
	Privados	Beneficencia	Total
Habitación, alimentación	56	24	80
Atención médica, nutricional y auxiliar	47	19	66

Lavandería y vestuario	43	17	60
Actividades terapéuticas y recreativas	9	9	18

Se destaca que a pesar de que los diferentes establecimientos entregan los servicios necesarios para satisfacer los requerimientos de los residentes y sus familias, en sólo 18 de los establecimientos se considera las actividades terapéuticas y recreativas como parte del servicio entregado. Por lo tanto en el colectivo estudiado prima la idea de satisfacción de las necesidades más básicas, en desmedro de la importancia de otros tipos de necesidades presentadas por los residentes, como el desarrollo de sus capacidades personales, esto a pesar de que en el caso de Hogares privados se cuente con mayores recursos para realizarlas.

TABLA 20 FINANCIAMIENTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADÍA

MEDIOS DE FINANCIAMIENTO	N° DE ESTABLECIMIENTOS		
	Privados	Beneficencia	Total
Solo de residentes	55	20	76
Aportes de la beneficencia pública	0	11	11
Aportes estatales	2	4	6
Aportes de instituciones religiosas	1	7	8
Aportes internacionales	0	1	1

Según la tabla N° 20, en 76 de los establecimientos el aporte por concepto de pago de servicios es a través de los residentes, sea con el aporte de sus jubilaciones de PASIS o con el aporte de los familiares de estos, ya sea para el caso de Hogares de Beneficencia o de Hogares privados, mientras que las otras formas de financiamiento representan a 26 de los establecimientos. En razón de lo anterior, se podría establecer que en su mayoría la oferta de servicios de larga estadía para adultos mayores es netamente privada y se enfoca para sectores del sector de la tercera edad que tienen una liquidez para poder solventarlos. Este tipo de hogares privados se solventan casi en su totalidad de estos aportes, a diferencia de hogares de beneficencia, los que deben recurrir a otro tipo de aportes, entre los que se encuentran los más importantes la beneficencia pública y de instituciones religiosas.

Relacionado a lo anterior, y según lo demuestra la tabla N° 21, para efectos de cobros de pensiones (jubilación o PASIS), en 90 de los establecimientos la representación

del adulto mayor ante las instituciones pertinentes la tienen otros distintos del anterior, y solo en 7 establecimientos la tiene el propio residente. Si bien lo anterior se puede deber a la imposibilidad física o mental de los residentes para representarse y realizar sus trámites

TABLA N° 21 REPRESENTACIÓN LEGAL DE LOS RESIDENTES

Representación del residente	N° de establecimientos		
	Privados	Beneficencia	Total
El representante legal del establecimiento	22	18	40
Familiares directos, parientes o amigos	41	9	50
El propio residente	4	3	7

en forma personal, es importante señalar que habría una inconcordancia debido a la cantidad de adultos mayores que son autovalentes, los que en una categoría entre 0 y 6 residentes autovalentes se encontró a 60 establecimientos de los 80 investigados. Esto demuestra las pocas posibilidades de autogestión que se les da a este tipo de residentes, ya sea para el caso de Hogares de Beneficencia o de Privados.

TABLA N° 22 RESPONSABLE DEL CONTROL DE FINANZAS

RESPONSABLE DE FINANZAS	N° DE ESTABLECIMIENTOS		
	Privados	Beneficencia	Total
Director o dueño del establecimiento	23	7	30
Equipo contable profesional	31	10	41
Alguno de confianza del directivo del establecimiento	1	5	6
Profesional de la institución perteneciente	0	2	2
No hay contabilidad	3	1	4

Según la tabla anterior, se puede apreciar que casi en su totalidad, desde el punto de vista regularización contable, se encuentran con personas encargadas de esta tarea. No obstante lo anterior, el hecho de que el Director del establecimiento o alguno de confianza de este lleve la contabilidad, esto no asegura que esta sea ordenada y obedezca a un ordenamiento organizacional efectivo. Se debe precisar que esto se refleja en forma más preocupante para el caso de Hogares Privados, en donde las proporciones encontradas es mayor que para el caso de Hogares de beneficencia.

TABLA N° 23 CONDICIONES DE INGRESO EXIGIDOS

CONDICIONES EXIGIDAS POR EL ESTABLECIMIENTO	N° DE ESTABLECIMIENTOS		
	Privados	Beneficencia	Total
Autovalentes	14	15	29
No valentes	6	5	11
Discapacidad motora	6	6	12
Abandonado	4	12	16
Carente de recursos	6	10	16
Edad mínima	6	2	8
Edad máxima	0	0	0
Sexo	3	1	4
No tiene	38	6	44

Según la tabla anterior, los Hogares de Beneficencia mantienen menos condiciones de ingreso, a diferencia de sus pares privados. Sin embargo la proporción en cuanto al número de establecimientos en esta categoría y la condición de autovalencia exigida puede llegar a ser preocupante, teniendo en cuenta que el grupo de Adultos Mayores que requieren de sus servicios, son personas bastante carenciados, ya sea física o económicamente. Lo anterior plantea una inconsecuencia respecto de las condiciones de abandono y carencia de recursos exigidos, toda vez que las anteriores implican de alguna manera dificultades de salud asociadas. En razón de lo anterior, se destaca que un número importante de Hogares Privados (38) no exigen condiciones de ingreso.

En relación con edades mínimas y máximas de ingreso, en 25 de los establecimientos se exigía una edad mínima que en la generalidad de los casos era de 60 años, mientras que en 55 de los establecimientos no hay edad mínima de ingreso, lo que no concuerda con lo obtenido de los resultados del indicador edad mínima exigida. Así mismo en 4 establecimientos se respondió positivamente a la alternativa edad máxima de ingreso, lo que no se condice con lo expresado en el indicador anterior de la tabla condiciones de ingreso exigidos. Por otro lado en 76 establecimientos no había edad máxima de ingreso.

TABLA 24 ARTÍCULOS SOLICITADOS OBLIGATORIAMENTE.

ARTÍCULOS SOLICITADOS AL INGRESO	N° DE ESTABLECIMIENTOS		
	Privados	Beneficencia	Total
Vestuario personal, de cama, útiles aseo	53	15	69
Trat. Médico, medicamentos, pañales	28	6	34
Afiliación a servicio de emergencia	4	0	4
No hay exigencia puntual	2	9	11

Se destaca con respecto a la tabla anterior, que los Hogares de Beneficencia no solicitan en su gran mayoría artículos obligatorios y que aquellos que los solicitan, se concentran en artículos personales o de cama o de aseo, a diferencia de los Hogares Privados en donde hay mayor exigencia con respecto a este tema.

Como es destacado por algunos autores, el adulto mayor siente gran apego a objetos, personas o ideas, que lo hacen reflejarse hacia su pasado próximo o lejano. En razón de lo anterior se investigó si en estos tipos de establecimientos se permitían artículos particulares del adulto mayor como muebles o algún otro artículo perteneciente exclusivamente a él. En el caso de aquellos establecimientos que lo permitían, se encontró a 71 establecimientos, mientras que aquellos que no lo permitían fueron 9.

TABLA N° 25 PERIODOS DE CONTROLES Y TRATAMIENTOS MÉDICOS

PERIODOS DE REALIZACIÓN DE CONTROLES Y TRATAMIENTOS MÉDICOS	N° DE ESTABLECIMIENTOS		
	Privados	Beneficencia	Total
1 vez a la semana	8	5	13
2 veces al mes	6	2	8
1 vez al mes	29	12	41
Cuando se requiere	24	13	37

Tratándose del sector poblacional Adulto Mayor, los controles médicos cobran importancia por las patologías presentadas en esta etapa de la vida. Así realizar controles sistemáticos se hace imprescindible, y es debido a esta razón que preocupa esa falta de sistematización en el tratamiento y control médico en 37 de los establecimientos, ya sea del

tipo privado o del tipo de beneficencia, existiendo en ambos casos proporciones similares con respecto al número total de establecimientos estudiados.

Por otro lado, la proporción de establecimientos y los lugares en donde se realizan controles y tratamientos médicos se encuentra balanceada, tal como lo demuestra la tabla 27 y como se detalla a continuación:

TABLA N° 26 ESTABLECIMIENTOS A LOS QUE SE ACUDE PARA TRATAMIENTOS Y CONTROLES MÉDICOS

TIPO DE ESTABLECIMIENTO	N° DE ESTABLECIMIENTOS		
	Privados	Beneficencia	Total
Se realizan en el propio establecimiento	35	14	49
Consultorio de Sector	13	15	28
Clínicas privadas	27	6	33
Hospitales	28	28	46

Si se debe precisar que dichos tratamientos o controles para el caso de Hogares de Beneficencia se focalizan en consultorios, hospitales o el propio Hogar, a diferencia de Hogares Privados, en donde estos se reparten en mayor proporción en clínicas, hospitales o el propio hogar, debido a la mayor disponibilidad de recursos que poseen.

Enseguida, se verificar la forma que los establecimientos de larga estadía satisfacen las necesidades de apoyo de los residentes, a través del tipo de actividades que entregan.

TABLA N° 27 DIMENSIÓN REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES Y ELEMENTOS RECREATIVOS DESTINADOS AL ADULTO MAYOR INTERNO EN ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADÍA

Actividades y elementos recreativos	VALOR						TOTAL
	SI	Privados	Beneficencia	NO	Privados	Beneficencia	
Zonas para recreación con 1mt2 mínimo	70	49	21	10	7	3	80
Actividades sociorecreativas en el establecimiento	58	39	19	22	17	5	80
Actividades sociorecreativas fuera del establecimiento	37	23	14	43	33	10	80
Residentes valentes pueden salir solos	30	19	11	50	37	13	80
Actividades de apoyo afectivo a residentes no valentes	51	39	12	29	17	12	80
Total respuestas	49			31			80

Según el cuadro N° 27, en general se realizan este tipo de actividades y se tiene espacios adecuados para ello, ya sea para uno u otro caso, sin embargo, llama la atención que en un número significativo de establecimientos no se procure lo anterior. Es así y considerado como actividad, las salidas de los residentes en forma autónoma, en una cifra muy amplia (50 de 80 establecimientos) no se permita, a pesar de que en Hogares de Beneficencia exista una mayor proporción de establecimientos que si lo permitan. De igual manera los establecimientos que consideren actividades fuera de él, que vinculen al residente con un ambiente próximo, de manera que los haga sentirse vigentes se restringen a sólo 37 establecimientos del total de la muestra encontrando más cabida para ello, de igual forma que en el dato anterior, en establecimiento de tipo benéfico.

Ahora bien, aún teniendo en cuenta que residentes postrados no puedan desarrollar esta faceta de vinculación con el ambiente exterior, preocupa que haya un porcentaje muy importante de establecimientos, también para ambos casos, que no brinden o no desarrollen actividades de apoyo afectivo para estos, lo que implica que casi no tengan posibilidades de variar su rutina diaria y permanezcan en su lugar de reposo sin estimulación.

De acuerdo a lo anterior, se investigó el tipo de actividades que se desarrollan en cada establecimiento, las que se grafican como sigue:

TABLA N° 28 ACTIVIDADES SOCIORECREATIVAS

TIPO DE ACTIVIDADES SOCIORECREATIVAS	N° ESTABLECIMIENTOS		
	Privados	Beneficencia	Total
Talleres manuales	13	11	24
Terapia física (Terapia, baile, juegos)	17	11	28
Actividades culturales (canto, música, etc.)	14	9	23
Celebración fechas importantes	15	3	18
Paseos	8	4	12
Encuentro con Org. de adultos mayores	7	5	12
Juegos de salón	4	4	8
Actividades religiosas.	4	2	6

De la tabla se desprende a nivel general, que en ninguna de las actividades señaladas existe una valoración importante, considerando el número total de la muestra del estudio, ya que de los 80 encuestados el máximo de establecimientos que demostraron un interés mayor por alguna de las actividades señaladas correspondió a 28 de ellos, lo que es bajo si se considera la importancia que debieran tener estos tipos de actividades en estos establecimientos, ya que a través de ellas el residente puede estimularse y sentirse apoyado en sus necesidades de desarrollo mental y físico. Es necesario en todo caso hacer la precisión y considerar las proporciones según número total de establecimientos, que en aquellos de tipo benéfico exista una mayor proporción, lo que equivaldría a un mayor interés por este tipo de actividades.

Queda demostrado además, que no existe ningún tipo de preeminencia de un tipo de actividad sobre otro, considerando el número total de la muestra, ya sea en términos generales, como también para las agrupaciones estudiadas (privadas y de beneficencia).

TABLA N° 29 ACTIVIDADES SOCIORECREATIVAS FUERA DEL ESTABLECIMIENTO

TIPO DE ACTIVIDADES SOCIORECREATIVAS	N° ESTABLECIMIENTOS		
	Privados	Beneficencia	Total
Paseos	14	7	21
Visitas a otros centros de Adultos Mayores	3	3	6
Actividades religiosas	0	0	0
Caminatas cercanas al Hogar	5	2	7
Actividades físicas	3	2	5
Visitas a otras instituciones	0	2	2

Se configura en este ámbito el mismo fenómeno para el caso de las actividades fuera del establecimiento para ambos tipos de hogares, aunque sin embargo más agravado, ya que las actividades de este tipo, que intenten una forma de vinculación con la comunidad en donde se insertan estos establecimientos, en mayor número solo alcanzan a 21 establecimientos (14 en el caso de Hogares Privados y 7 en el caso de Hogares de Beneficencia) del total de la muestra. Sin embargo se especifica que en la mayor cantidad visualizada, lo que se refiere a paseos como actividad sociorecreativa se realizan en muy pocas oportunidades.

TABLA N° 30 MOTIVOS POR LOS QUE NO SE REALIZAN ACTIVIDADES SOCIORECREATIVAS FUERA DEL ESTABLECIMIENTO

MOTIVOS PARA NO REALIZARLAS	N° ESTABLECIMIENTOS		
	privados	Beneficencia	Total
Por los riesgos de salud y físico que significa	9	2	11
Por estar postrados con enfermedad	10	1	11
Por que los residentes no quieren	0	0	0
Por los costos económicos	13	3	16
Porque no se ha contemplado hacerlo	2	3	5

La explicación aducida al cuadro anterior, la dan los mismos establecimientos. Según estos y conforme a la tabla N° 30 se deben principalmente a factores de salud, para el caso de hogares privados y económicos para ambos casos. A pesar de esta explicación, se

debe destacar que el número de establecimientos que aducen tal respuesta es mínimo considerando la totalidad muestral, también para ambos tipos de hogares. La sumatoria de estos con relación a las respuestas que adujeron fue de solo 43 establecimientos, 34 para el caso de Hogares Privados y sólo 9 para el caso de Hogares de Beneficencia.

TABLA N° 31 ELEMENTOS DE RECREACIÓN PARA LOS RESIDENTES

TIPOS DE ELEMENTOS RECREATIVOS	Valores						TOTAL
	SI	Privados	Beneficencia	NO	Privados	Beneficencia	
Juegos	52	38	14	28	18	10	80
Revistas	57	40	17	23	16	7	80
Libros	47	30	17	33	26	7	80
Televisor	80	56	24	0	0	0	80
Equipo música	75	53	22	5	3	2	80
Instrumentos musicales	3	3	0	77	53	24	80
Útiles para trabajos manuales	17	10	7	63	46	17	80
Total respuestas	47	33	14	33	23	10	80

La tabla N° 31, referida a los elementos de recreación de que pueden disponer los residentes, condice a los otros factores analizados respecto a actividades recreativas, ya que de los elementos que se detallaron por los mismos establecimientos en ambos casos o tipos de establecimientos, se relacionan a tipo de actividades estacionarias, sin capacidad de movilizar físicamente ni mentalmente a los residentes, lo cual es preocupante, ya que una vez más se aprecia preocupación sólo de satisfacción de necesidades básicas, sin incorporar a ellas un desarrollo cognitivo ni afectivo de los mismos.

TABLA N° 32 USO DEL TIEMPO LIBRE EN EL ESTABLECIMIENTO

FORMA DE INSENTIVAR USO DE TIEMPO LIBRE	N° HOGARES		
	Privados	Beneficencia	Total
Con talleres manuales y recreativos	8	6	14
Con T.V. y radio	9	3	12
Con su participación en quehaceres diarios	5	1	6
Reuniéndolos en forma grupal	5	1	6
Dejándolo a su decisión	12	7	19
Implementando espacio físico fuera y dentro	2	0	2
No se les incentiva	3	0	3
No responde	11	6	17

Así como anteriormente se detalló, los establecimientos configurados en la muestra, incentivan el uso del tiempo libre hacia actividades de tipo estacionario, como ver T.V., o simplemente dejando a decisión del residente la administración de su tiempo en los establecimientos. Nuevamente se aprecia poca capacidad de estos establecimientos para desarrollar actividades integrales para sus residentes.

TABLA N° 33 RESPONSABILIDADES ENTREGADAS AL RESIDENTE

RESPONSABILIDADES ENTREGADAS	N° DE ESTABLECIMIENTOS		
	Privados	Beneficencia	Total
Aseo de dependencias del hogar	9	7	16
Aseo de sus dependencias	4	3	7
Orden de sus pertenencias	5	5	10
Jardinería	2	1	3
Cuidar a otros	1	0	1
No se les da	39	12	51

Si se hace una relación entre las tablas anteriores y los datos proporcionados por éstas vinculándolos con la tabla N° 47, se podrá llegar a determinar similitudes. Observando los datos de esta tabla se aprecia que en 51 establecimientos, 39 para establecimientos de tipo privado y 12 del tipo de beneficencia, no existe una integración de los residentes, lo que se refleja en la falta de responsabilidades que se les entrega al interior del Hogar, a tomar parte en la realización de la vida diaria, de manera que no se reduzca al residente a una situación pasiva

De acuerdo a la tricotomización de la variable realizada para el estudio, se puede afirmar que de las dimensiones abordadas todas se ubicaron en la categorización regular. En promedio general de los valores resultantes dio como cifra final 58 puntos.

TRICOTOMIZACIÓN DE LA VARIABLE

CATEGORÍAS	VALORES
MUY BUENO	74 – 110
REGULAR	37 – 73
MALO	0 – 36

De los valores más altos 66 puntos correspondieron al cumplimiento de las disposiciones por parte del inmueble, a pesar de ello y de acuerdo a la tricotomización de la variable este resultado se ubica en la categoría regular.

En cuanto a las otras dimensiones las que menos puntaje obtuvieron son las referidas a realización de actividades y elementos de recreación con 49 puntos y los elementos de recreación de los que disponen los establecimientos, los cuales obtuvieron 47 puntos. Ambos puntajes se ubican en la categoría regular, en sus niveles más bajos, considerando uno u otro tipo de establecimiento

Los otros resultados corresponden al cumplimiento de antecedentes de autorización e instalación por parte de los establecimientos con un puntaje total de 62 puntos, ubicándose también en la categoría regular; normas de procedimientos dentro del establecimiento con un puntaje total de 62 puntos y cumplimiento de disposiciones del personal con un puntaje de 61 puntos, ambas ubicadas dentro de la categoría regular.

De lo antes expuesto se puede afirmar que en lo referido a aspectos relevantes, los que debieran ser cumplidos por los establecimientos para así poder brindar un servicio adecuado que de satisfacción a las necesidades mínimas de los adultos mayores internos, a demás de satisfacción de necesidades como autorrealización, de apoyo, de autoestima, entre otras, se cumplen en forma regular, lo que no da una garantía de que los hogares para Adultos Mayores, privados o de beneficencia de la región de Valparaíso estén ofreciendo un buen servicio, lo que significa: adecuada infraestructura, buena preparación del personal, en cuanto a capacitación, además de programación de actividades interesantes para ese grupo etéreo.

8.3.-VARIABLE CARACTERIZACIÓN DE LAS RELACIONES Y VINCULACIONES ESTABLECIDAS POR EL ADULTO MAYOR INTERNO EN ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADÍA

Según el marco teórico que rige el estudio, es importante que el adulto mayor cuente al menos con una persona amiga o confidente, alguien con quien poder compartir sus preocupaciones, temores y también éxitos. Así también como el acercamiento y mantenimiento de las relaciones con los familiares de los residentes es un aspecto que no debe olvidarse y que hay que potenciar desde el centro como uno de los criterios básicos de actuación. Así es como estos servicios de atención debieran potenciar las oportunidades que la sociedad brinda al anciano para que este pueda satisfacer sus necesidades de relacionarse con los demás, realizar actividades que lo hagan sentir útil, tener seguridad económica y contar con el cuidado que requiere, con el reconocimiento de los otros y con su propia estima.

En relación con lo anterior, el análisis de la variable muestra los diferentes aspectos relacionados con lo anterior, los que se detallan como sigue:

TABLA N° 34 COMUNICACIÓN DE INQUIETUDES Y PROBLEMAS POR PARTE DE LOS RESIDENTES

A QUIEN COMUNICA INQUIETUDES O PROBLEMAS	N° ESTABLECIMIENTOS		
	Privados	Beneficencia	Total
Al director del establecimiento	38	19	57
Al personal que tiene su cuidado	42	21	63
A los profesionales que lo visitan	3	3	6
A los familiares	6	8	14
A personas ajenas al establecimiento	0	0	0

Interesante de hacer notar, y según se especificará más adelante, es que a pesar de que en su mayoría los establecimientos permiten un régimen de visitas flexible, la fluidez comunicacional entre el residente y otras personas, se produce en la mayoría de los casos vía director del establecimiento y el personal que tiene su cuidado, ya que en solo 14 establecimientos, 6 de tipo privado y 8 de tipo benéfico, de los 80 existentes para el estudio la comunicación se da entre el residente y los familiares.

TABLA N° 35 SENTIMIENTO DEL ADULTO MAYOR AL INGRESAR AL ESTABLECIMIENTO

PERCEPCIÓN RESPECTO A LOS SENTIMIENTOS EXPRESADOS	N° ESTABLECIMIENTOS		
	Privados	Beneficencia	Total
De intranquilidad	14	9	23
Depresión	13	6	19
Tranquilidad	8	3	11
Indiferencia	7	2	9
De acostumbramiento e integración	14	4	18

Según la teoría el ingreso a un establecimiento de esta naturaleza, es percibido por el adulto mayor como una forma de destierro del mundo en que siempre vivió. Según lo anterior y sumando los resultados obtenidos en las categorías investigadas de la tabla N° 35, los sentimientos expresados por los residentes de intranquilidad, depresión e indiferencia representan a 51 de los 80 establecimientos en donde se produjo este fenómeno, mientras que en 29 del total de la muestra, primó los sentimientos de tranquilidad y de acostumbramiento e integración relativamente rápidos, sobre todo en lo que respecta a Hogares de tipo privado, debido quizás, a la similitud con su ambiente de origen a diferencia de hogares de beneficencia, lo que es coincidente por lo expresado en la literatura existente al respecto.

TABLA N° 36 RÉGIMEN DE VISITAS

VISITAS A LOS RESIDENTES	N° DE ESTABLECIMIENTOS		
	Privados	Beneficencia	Total
	75	5	33
	0	47	0
Número de días			
Todos los días	52	23	75
1 vez a la semana	0	0	0
2 veces a la semana	4	1	5
Horario			
Todo horario	32	15	47
En horas de la tarde	29	9	33
En horas de la mañana	0	0	0

Como ya se había analizado anteriormente, en la tabla N° 36 se puede apreciar que el régimen de visitas es bastante positivo desde el punto de vista de las posibilidades que el

residente tiene para poder comunicarse con sus familiares y personas del medio social que les es más próximo, pero a pesar de esto, los mismos, según lo especificado anteriormente, demuestran una actitud más lejana con sus familiares y su medio social, de acuerdo a la percepción que de ellos tienen los responsables directos de su cuidado en el establecimiento.

Según lo anteriormente expuesto, habría una falta de concordancia entre la profundidad de las relaciones establecidas, las posibilidades que el régimen de visitas da para que se establezcan y el tipo de personas que realizan esas visitas que en la mayoría de los establecimientos (los 80 encuestados, ya sea privados o de beneficencia) corresponde a los parientes y a amigos (43 establecimientos del total de la muestra), según lo demuestra la siguiente tabla.

TABLA N° 37 PERSONAS QUE REALIZAN LAS VISITAS A LOS RESIDENTES

QUIENES REALIZAN VISITAS	N° DE ESTABLECIMIENTOS		
	Privados	Beneficencia	Total
Parientes	25	6	80
Amigos	6	3	43
Instituciones de beneficencia	6	0	18
Grupos religiosos	21	6	4

Según la socióloga Carmen Barros el rechazo en caso de grupos vulnerables provoca en la persona retraimiento, encierro en sí misma y despreocupación por el mundo exterior. En relación con lo anterior, y habiendo analizado otros aspectos referentes a elementos que implican relaciones de unos con otros, como es el caso de regímenes de visitas y personas que las realizan y habiendo expuesto resultados sobre el sentimiento que experimentan los adultos mayores al ingreso a un establecimiento de larga estadía, se podría inferir que lo señalado por la autora ya citada, corresponde al caso de establecimientos privados de la región, ya que los sentimientos que experimentan los residentes al ingresar al establecimiento se mantienen a pesar de que pueda haber una alta disposición de los establecimientos a permitir en su mayoría un régimen de visitas bastante abierto y flexible.

**TABLA N° 38 CONDUCTA DE LOS ADULTOS MAYORES RESIDENTES
LUEGO DE RECIBIR VISITAS**

PERCEPCIÓN DE LA CONDUCTA	N° DE ESTABLECIMIENTOS		
	Privados	Beneficencia	Total
No demuestran cambios conductuales	25	6	31
Se muestran deprimidos	6	3	9
Quedan más intranquilos y agresivos	6	0	6
Quedan relajados y alegres	21	6	37

Sin embargo y como lo demuestra la tabla N° 38, la conducta de los residentes luego de haber sido visitados, no variaría positivamente, manteniéndose en los rangos; “No demuestra cambios conductuales”, “se muestran deprimidos”, “quedan más intranquilos y agresivos”, los que sumados asumen una cifra de 46 establecimientos encuestados, lo que se refleja en mayor medida en hogares de tipo privado. Según esto, el retraimiento, el encierro en sí mismo y la despreocupación por el mundo exterior a través del tiempo, a pesar del régimen de visitas flexible y de que las visitas en la mayoría de los establecimientos las realizan parientes o amigos, la conducta del residente no refleja cambios importantes, sino que se vuelca hacia el mismo o hacia dentro de su grupo de pares, provocando en ellos unión en torno a la similitud de sentimientos, coartando sus posibilidades de expresión social, recurriendo no a su familia de origen, sino que como ya fue analizado hacia el grupo y/o la persona que tiene su cuidado en el establecimiento, despreocupándose del mundo exterior del que se siente relegado y en los que ven en el a parientes o amigos que lo visitan provenientes de ese mundo exterior.

A diferencia de lo anterior en los Hogares de Beneficencia de la región, no se produciría el mismo fenómeno, lo que se refleja en las cifras resultantes a partir de la investigación

TABLA N° 39 DIMENSIÓN ACTIVIDADES QUE RELACIONAN AL ADULTO MAYOR CON LA COMUNIDAD

ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA COMUNIDAD	VALORES						TOTAL
	SI	Privados	Beneficencia	NO	Privados	Beneficencia	
Son consideradas en la programación del establecimiento	36	20	16	44	36	8	80
Los residentes autovalentes están integrados a algún Club de A.M.	11	6	5	69	50	19	80
Los residentes asisten a algún rito religioso dependiendo de su credo	55	35	20	25	21	4	80
Total de respuestas	34	20	14	46	36	10	80

Analizando los datos proporcionados por la tabla N° 39, se puede precisar una preocupante cifra de establecimientos (44 establecimientos, de ellos 36 privados) en las que en su programación no se considera el acercamiento al medio social para sus residentes a diferencia de los 16 Hogares de beneficencia que si las consideran. Como ya se había señalado, esto por un lado, no procura satisfacer necesidades que acojan demandas sociales y de pertenencia a algunos grupos como la vinculación a unidades sociales identificadoras, y consecuentemente con esto, provocando la sensación de retiro social y retraimiento.

De los establecimientos que integran a sus programas este tipo de actividades con la comunidad un promedio de 34 de las respuestas dadas por ellos cree que son importantes, en la mayoría de los casos lo considera así por que es un factor que los estimula y los incentiva (23 establecimientos que considera este tipo de actividades, 14 privados y 9 de beneficencia) Ahora bien, las razones para no considerarlas importantes, de un promedio de 46 respuestas en este sentido 26 establecimientos, estima que es así porque la salud física o mental de los residentes no lo permite o simplemente no responden a la pregunta, cifras acrecentadas según las respuestas dadas por Hogares de tipo privado. Esto reflejaría la subvaloración que en los establecimientos se tiene de los residentes y la escasa capacidad de desarrollar actividades creativas, desde el punto de visto social, las que no

necesariamente consideren la movilización de los adultos mayores que tengan algún tipo de limitación física o mental.

TABLA N° 40 IMPORTANCIA DE ACTIVIDADES QUE RELACIONEN AL RESIDENTE CON LA COMUNIDAD

PORQUÉ SE CONSIDERAN IMPORTANTES	N° DE ESTABLECIMIENTOS QUE LO CREE		
	Privado	Beneficencia	Total
Por que los relaciona con otros A. M.	4	4	8
Porque los incentiva y los estimula	14	9	23
Porque es parte del programa del hogar	0	0	0
No responde	2	3	5

PORQUÉ NO SE CONSIDERAN IMPORTANTES	N° DE ESTABLECIMIENTOS QUE NO LO CREE		
	Privados	Beneficencia	Total
Por que el estado de salud no lo permite	9	1	10
Porque la comunidad no los integra	2	1	3
Porque no hay funcionarios capacitados	1	0	1
Porque no tienen interés	6	1	7
Porque no están motivados	0	0	0
La familia no lo permite	2	1	3
Por el costo	2	2	4
No responde	14	2	16

Si se analizan los promedios de las tablas anteriores, en especial, la tabla N° 39, se podrá afirmar que la variable que tiene relación con las vinculaciones establecidas por el residente de un establecimiento de larga estadía se ubica en un nivel bajo atendiendo el número de establecimientos encuestados. Las relaciones establecidas por los residentes no se encuentran desmedradas debido a causas originadas por ellos mismos, sino que debido a las pocas oportunidades que se les brinda para poder desarrollarla. Quizás es debido a eso que, según lo demostrará la tabla N° 43 las relaciones de afecto se vuelcan necesariamente hacia el interior de los establecimientos, ya sea para el caso de hogares privados o de Hogares de Beneficencia.

TABLA 41 CREDO RELIGIOSO AL QUE PERTENECEN LOS RESIDENTES

CREDO RELIGIOSO	N° DE ESTABLECIMIENTOS		
	Privados	Beneficencia	Total
Católico	31	16	47
Evangélico	1	2	3
Luterano	1	2	3
Testigo Jehová	2	0	2

Para poder llegar a determinar si los residentes participan en la comunidad a través de actividades de tipo religiosos, se quiso saber las tendencias en el tipo de credo de los residentes de los diferentes establecimientos. De aquellas respuestas que aseguran saber este dato, mayoritariamente en 47 establecimientos, 36 privados y 16 de beneficencia, en los que predomina la religión católica, mientras que las otras religiones profesadas, corresponden a evangélica, luterana y testigo de Jehová.

**TABLA 42 ASISTENCIA DE LOS RESIDENTES A RITOS RELIGIOSOS
DEPENDIENDO DE SU CREDO**

PORQUÉ LOS RESIDENTES NO ASISTEN	N° ESTABLECIMIENTOS		
Porque su estado de salud no lo permite	5	0	5
Porque no tienen interés	5	1	6
La familia no lo permite	0	0	0
Los servicios religiosos son en el hogar	5	1	6
Porque no está contemplado	2	2	4
No responde	2	2	7

Teniendo el conocimiento de los datos anteriores, en la tabla N° 42 se quiso saber el número de establecimientos en los que se permiten la asistencia a algún rito de los dados a conocer anteriormente. En ese sentido se preguntó el porqué no asisten a ritos religiosos dependiendo del credo que este sea. Los resultados entregaron como información una realidad pareja entre el estado de salud, la falta de interés, la falta de contemplación en el programa para el caso de Hogares Privados y que los servicios religiosos son dados en el

mismo establecimiento. Una cifra significativa teniendo en cuenta el número de respuesta no respondió. Con relación a lo anterior, para el caso de Hogares de Beneficencia no existe una explicación predominante debido a la baja abstención de respuestas aducidas.

TABLA N° 43 DIMENSIÓN LAZOS DE AMISTAD ENTRE RESIDENTES

Lazos de amistad	N° de establecimientos						
	SI	Privados	Beneficencia	NO	Privados	Beneficencia	TOTAL
Existen	74	51	23	6	5	1	80
N° de respuestas	74			6			80

De los 80 establecimientos encuestados, en 74 hubo acuerdo en que se establecían lazos de amistad entre los residentes, 51 privados y 23 de beneficencia. Esta cifra es un dato que no sorprende dado que son personas que tienen pocas posibilidades de interactuar con otros grupos de personas fuera del establecimientos, por lo tanto el espacio físico obliga a que se unan en torno a intereses comunes.

TABLA N° 44 DIMENSIÓN RELACIÓN GRUPAL ENTRE RESIDENTES

FORMA EN QUE SE INCENTIVA	N° DE ESTABLECIMIENTOS		
	Privados	Beneficencia	Total
En horarios de comidas	6	3	9
En actividades de grupo y Juegos	23	3	26
En celebraciones de fechas	2	2	4
En quehaceres del hogar	0	0	0
En actividades religiosas	1	2	3
Dejándolos que se asocien solos	12	2	14
Reuniéndolos en un lugar común	4	5	9
No se incentiva	8	7	15

En este sentido los establecimientos pudieran buscar maneras efectivas de incentivar este tipo de relaciones más próximas y profundas. Según la tabla N° 44, la mejor manera de hacerlo ha sido a través de actividades de grupo y juegos o dejándolos solos para que ellos mismos busquen las mejores formas de relacionarse. A pesar de lo anterior, no se aprecia una forma planificada que sea general en los establecimientos según se aprecia en las cifras encontradas, ya que la cifra más alta que pudiera responder a algo más planificado en este sentido sólo representa a 26 establecimientos de los 80 investigados y que corresponden a las respuestas de Hogares Privados. Llama la atención que para el caso de Hogares de

Beneficencia no haya tendencia en torno a este punto, lo que podría demostrar un aún mayor desinterés por incentivar este tipo de vinculaciones.

8.4.-VARIABLE MOTIVACIÓN HACIA LA ACTIVIDAD Y LA PARTICIPACIÓN.

TABLA N° 45 DIMENSIÓN PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES PROGRAMADAS

PERCEPCIÓN SOBRE LA PARTICIPACIÓN	N° DE ESTABLECIMIENTOS		
	Privados	Beneficencia	Total
Muy buena	4	0	4
Buena	30	11	41
Regular	19	9	18
Mala	13	4	17

Según los rangos de la dimensión expuesta en la tabla N° 45 los datos no indican una clara tendencia entre una u otra postura en especial, salvo para el caso de Hogares privados, sin embargo, no deja de ser importante reflexionar respecto a las cifras regular y mala participación, que juntas representan a 35 establecimientos. Esto indicaría el retraimiento en el que caen los residentes, ya sea por desmotivación, por falta de programación de cada establecimiento para provocar participación grupal o porque en una alta mayoría los establecimientos tienen a residentes con dificultades físicas o mentales para poder participar en actividades, última cosa que no concordaría por las cifras de autovalentes y semivalentes encontradas para ambos casos.

**TABLA N° 46 DIMENSIÓN INTERÉS SOBRE ACTIVIDADES
SOCIORECREATIVAS**

PERCEPCIÓN RESPECTO A INTERESES EN TIPO DE ACTIVIDADES	N° DE ESTABLECIMIENTOS		
	Privados	Beneficencia	Total
Actividades manuales	10	9	19
Actividades lúdicas de salón	7	3	10
Actividades culturales	16	5	21
Salidas del hogar	4	1	5
Actividades religiosas	0	3	3
Ver T.V.	0	0	1
Escuchar radio	20	4	24
Actividades físicas	7	1	8
Jardinería	9	2	11

Respecto a los intereses manifestados por los residentes en los diferentes establecimientos de larga estadía, los resultados arrojados por la tabla N° 46 indican que en la mayoría de los casos, 20 establecimientos privados, el interés se dirige a actividades de tipo pasivo como escuchar música, seguida por actividades culturales 16 establecimientos del total de Hogares Privados, actividades manuales 10 establecimientos y jardinería con 9 establecimientos del total para este tipo de Hogares. Según lo anterior la tendencia manifestada se encuadra hacia actividades de tipo manuales y sociorecreativas. A pesar de ello, y según se anotó anteriormente, los establecimientos no se configuran para establecer la organización de actividades en las que los adultos mayores manifiestan interés, ya que de los 80 establecimientos, 63 de ellos no tienen elementos manuales que den cabida al interés demostrado. Preocupante es sin embargo que para el caso de Hogares de Beneficencia no haya un interés manifiesto por una u otra actividad. Esto podría reflejar la apatía existente en los residentes de este tipo de establecimientos.

TABLA N° 47 DIMENSIÓN INTEGRACIÓN DENTRO DEL ESTABLECIMIENTO.

PERCEPCIÓN SOBRE LA RELACIÓN DE AMISTAD	N° DE ESTABLECIMIENTOS		
	Privados	Beneficencia	Total
Muy buena	8	6	14
Buena	34	8	42
Regular	8	8	16
Mala	6	2	8

Si bien en 74 establecimientos, se adujo existencia de relaciones de amistad, en su mayoría la tendencia se ubica entre buena y regular para el caso general del estudio, siendo la categoría buena la que representa a 42 de los establecimientos. Según esto se podría afirmar que los residentes no se encuentran desamparados de relaciones de afecto, debido a que su grupo de pares absorbe de alguna manera las inquietudes que pudieran tener. Sin embargo y pese a ello, la integración se produciría más para el caso de Hogares Privados y no así para los de beneficencia, lo que se condice con lo expresado anteriormente.

TABLA N° 48 DIMENSIÓN MOTIVACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES PARA COLABORAR EN QUEHACERES DEL ESTABLECIMIENTO.

Motivación	VALOR						TOTAL
	SI	Privados	Beneficencia	NO	Privados	Beneficencia	
Se motivan	62	43	19	18	13	5	80
Total respuestas	62			18			80

Tal como lo demuestra en la tabla N°48, existe una relativa alta motivación de parte de los residentes por participar de los quehaceres del establecimiento de la región, ya sea privado o de beneficencia. Sin embargo y pese a ello, si bien hay motivación por parte de los residentes, en la realidad los establecimientos les dan muy pocas responsabilidades para que puedan colaborar en los quehaceres, tal como lo demostró la tabla N° 33 en la que en 51 establecimientos no se les daba responsabilidad alguna 39 privados y 12 de beneficencia).

TABLA N° 49 RAZONES DE LA MOTIVACIÓN

PORQUÉ ESTAN MOTIVADOS	N° DE ESTABLECIMIENTOS		
	Privados	Beneficencia	Total
Porque ellos quieren	4	0	4
Porque se sienten útiles y productivos	15	11	26
Porque se sienten integrados	4	3	7
Porque les gusta ayudar	18	1	19
Porque sienten que retribuyen	0	4	4
Porque les entretiene	0	0	0

Las razones dadas en los establecimientos privados para explicar la motivación existente es debida en 15 de los casos porque se sienten útiles y productivos seguido de la categoría por que les gusta ayudar, representando a 19 de los casos. (Tabla N° 49), para el caso de Hogares de Beneficencia, la cifra más alta encontrada se refirió a la categoría “porque se sienten útiles y productivo”.

TABLA N° 50 RAZONES PARA LA FALTA DE MOTIVACIÓN

PORQUÉ NO ESTAN MOTIVADOS	N° DE ESTABLECIMIENTOS		
	Privados	Beneficencia	Total
Porque la institución no lo permite	4	0	4
Porque hay personal para ello	0	0	0
Porque los familiares no lo permiten	4	1	5
Porque están incapacitados	4	2	6
Porque no quieren	3	2	5

Para el caso de los establecimientos que responden que sus residentes no están motivados, las razones varían entre la incapacidad de los residentes, por un lado, en segundo lugar porque la familia no lo permite o no quieren y por último por que la institución no lo permite, esto para el caso de Hogares Privados. En cambio para los Hogares de beneficencia se adujo la incapacidad como respuesta. Sin embargo para ambos casos, la baja cantidad de respuestas no permite hacer un análisis más profundo que muestre la realidad tal cual la viven los residentes.

Si bien la variable encuentra un sustento positivo en la tabla N° 48, en donde un gran número de establecimientos afirma que sus residentes tienen una alta motivación, lo anterior sufre una transformación negativa, toda vez que los otros elementos investigados

refuerzan la idea de que es por efectos de la organización y estructuración de los establecimientos que no se procura dar las posibilidades para desarrollar una mejor participación del residente, sobre la base de la motivación personal que presenta.

9.- SINTESIS DIAGNÓSTICA

Para efectos del presente estudio se consideró que los adultos mayores que residen en establecimientos de larga estadía son aquellos sujetos mayores de 60 años. Si bien esta edad es la más considerada cuando se han hecho estudios de este tipo de colectivo, la investigación también halló a sujetos que tenían edades inferiores, según la información dada a conocer por aquellas personas representantes de estos establecimientos.

Dentro de las principales características sociodemográficas de los establecimientos investigados destaca con relación al número de residentes, una muy baja proporción de adultos mayores institucionalizados (0,82%), con relación al número total de la región (162.445 personas en esa categoría). De aquellos que viven en establecimientos de larga estadía, el mayor porcentaje corresponde a sexo femenino (66,49%).

Este tipo de adultos mayores vive en promedio un número de años en el establecimiento bastante extenso (25,6 años), lo que hace imposible que se puedan sustraer a la asimilación que el sistema de vida institucionalizado provoca en ellos.

Se estableció que en todas las categorías empleadas, este promedio de permanencia es superior en Hogares de tipo privado.

De acuerdo a aquellos datos referidos a las visitas de que son objeto, las que en los diferentes establecimientos son de tipo regular, con una alta cifra de residentes visitados, visitas que por lo demás son realizadas en un gran número de establecimientos por parientes y amigos (80 y 43 establecimientos respectivamente), es que a pesar de ello, habría una falta de concordancia entre la profundidad de las relaciones establecidas y las posibilidades que el régimen de visitas da para que se establezcan, y es que a pesar de que este régimen de visitas en la mayoría de los establecimientos es flexible, la fluidez comunicacional entre el residente y otras personas, se produce, en la mayoría de los casos vía director del establecimiento y el personal que tiene su cuidado, ya que en solo 14 establecimientos de los 80 encuestados para el estudio la comunicación se da entre el residente y sus familiares. Esto indica que existiría una actitud más lejana con sus familiares y su medio social, de acuerdo a la percepción que de ello tienen los responsables directos de su cuidado en el establecimiento.

Ahora bien, habiendo analizado otros aspectos referentes a elementos que implican relaciones de unos con otros, como es el caso de regímenes de visitas y personas que las realizan, además del tiempo promedio de permanencia de los residentes en los establecimientos y habiendo expuesto resultados sobre el sentimiento que experimentan los adultos mayores al ingresar a estos, se puede inferir que los sentimientos que estos experimentan se mantienen, según esto, el retraimiento, el encierro en sí mismo y la despreocupación por el mundo exterior a través del tiempo, su conducta se vuelca hacia ellos mismos o hacia dentro del grupo de pares, provocando unión en torno a la similitud de sentimientos, coartando sus posibilidades de expresión social, recurriendo no a su familia de origen, sino que como ya fue analizado hacia el grupo y/o la persona que tiene su cuidado en el establecimiento, despreocupándose del mundo exterior del que se siente relegado y en los que ven en él a parientes o amigos provenientes de ese mundo exterior.

A través del estudio se pudo establecer que no prevalece la autovalencia como característica general de los residentes, teniendo en cuenta esto, preocupa que haya un porcentaje muy importantes de establecimientos que no brinden o no desarrollen actividades de apoyo afectivo para residentes semi valentes y postrados, lo que implica que casi no tengan posibilidades de variar su rutina diaria y permanezcan en su lugar de reposo sin estimulación.

Con relación a actividades, se destaca que a pesar de que los diferentes establecimientos entregan servicios necesarios para satisfacer los requerimientos de los residentes y sus familias, en sólo 18 de ellos se considera las actividades terapéuticas y recreativas como parte del servicio entregado. Por lo tanto en el colectivo estudiado prima la idea de satisfacción de necesidades más básicas, en desmedro de otros tipos de necesidades presentadas por los residentes, como el desarrollo de sus capacidades personales. Según lo anterior la tendencia de intereses presentadas por estos se encuadra hacia actividades de tipo manuales y sociorecreativas, a pesar de ello, los establecimientos no valoran la organización sistemática de actividades en las que los adultos mayores manifiestan interés (de 80 establecimientos, en 63 no se tienen elementos manuales que den cabida al interés demostrado).

Es debido a ello que se presentan regulares y malas cifras de participación de los residentes (en 35 establecimientos), lo que indican el retraimiento en el que caen los residentes, ya sea por desmotivación, por falta de programación de cada establecimiento para provocar participación grupal o porque en una alta mayoría los establecimientos tienen a residentes con dificultades físicas o mentales. En este sentido las razones dadas por los establecimientos para explicar la desmotivación existente, varían entre la incapacidad de los

residentes, por un lado, por que la familia no lo permite o no quieren y por último porque la institución no lo permite.

Sumado a lo anterior no se procura dar las posibilidades para desarrollar una mejor participación del residente, sobre la base de la motivación personal que presenta, esto se vio reforzado por efectos de la organización y estructuración de los establecimientos.

De las actividades señaladas por los representantes de los establecimientos, se estableció que en ninguna de ellas existe una valoración importante. Los que demostraron algún interés mayor correspondieron solo a 28 establecimientos de un total de 80, lo que es bajo si se considera la importancia que debiera tener este tipo de actividades, ya que a través de ellas el residente puede estimularse y sentirse apoyado en sus necesidades de desarrollo mental y físico. Ahora bien, aunque según esto no habría preeminencia de una actividad sobre otra, se estableció fehacientemente que las actividades se relacionan al tipo estacionario, sin capacidad de movilización física ni mental de los residentes, lo cual es preocupante, ya que una vez más se apreció preocupación sólo de satisfacción de necesidades básicas, sin incorporar a ellas un desarrollo cognitivo ni afectivo de los mismos. Es decir, no ha habido preocupación de los establecimientos para desarrollar actividades integrales y más creativas para sus residentes. Esto puede verse reflejado además en la falta de responsabilidades que se les entrega al interior del establecimiento, a tomar parte en la vida diaria, de manera que no se reduzca al residente a una situación pasiva, Según lo investigado son los familiares de estos y los propios establecimientos quienes someten a esta situación a los residentes, ya que bajo las preocupaciones por su bienestar físico hay inmerso una subvaloración sobre lo que ellos pueden, quieren y tienen interés en hacer.

Un efecto de lo anterior se reflejó en el tipo de relaciones que establecen los residentes, ya que al tener pocas posibilidades de interactuar con otros grupos de personas fuera del establecimiento, el espacio físico los obliga a que se unan en torno a intereses comunes provocando en la mayoría de los establecimientos lazos de amistad, que en su generalidad (56 establecimientos) es o muy buena o buena. En este sentido se puede afirmar que a pesar de su reclusión, los residentes no se encuentran totalmente desamparados de relaciones de afecto, debido a que su grupo de pares absorbe de alguna manera las inquietudes que pudieran tener.

Si se compara el total poblacional de la quinta región con el total que se encuentra residiendo en los establecimientos de la región, se constata que este último representa solamente al 0,82% de los adultos mayores de la región, cifra muy por debajo de lo que se pudiera pensar. Según esto se puede aseverar, en primer lugar, la baja cantidad de

establecimientos de este tipo en la región, siendo las ciudades de Viña del Mar, Quilpué y Valparaíso las más pródigas en cuanto a número de establecimientos y número de residentes que albergan. En segundo lugar se observa que la población de la región ve a este tipo de establecimientos como la última posibilidad en cuanto al cuidado de sus adultos mayores, esto se refleja en el escaso número de residentes que viven en ellos y en que en la mayor parte de los establecimientos se producen fallecimientos, ya que de los 80 estudiados, en 56 casos se producen, encontrándose que de estas cifras, las más frecuentes se ubican entre 1 y 5 fallecimientos solo en el año 1999. Se infiere que gran parte de los adultos mayores que se internan lo hacen en condiciones de salud deteriorada, ya que como se demostró, hay una clara referencia entre el número de residentes postrados (18 establecimientos presentan residentes postrados entre categorías que van de 4 a 9 y más, sin considerar a los semivalentes) y las defunciones producidas.

De las cifras ya citadas en relación con la población que reside en los establecimientos de larga estadía y con aquellas referidas al número de este tipo de establecimientos, se precisa que la oferta está dirigida en el más alto número por aquellos que desarrollan su acción en el ámbito privado con fines de lucro, es decir, que en este ámbito se desarrolla un mercado que privilegia a estratos que pueden solventar valores entre \$ 150.000 y \$ 200.000, desplazando a otros tipos de establecimientos que se solventan en más de los casos por ellos mismos o por instituciones de las cuales dependen o son parte, los que reunidos suman un colectivo total de 23 establecimientos. Si se considera que el costo mensual promedio por mantención en la mayoría de los casos que si lo saben, es de \$55.000 y \$100.000, se puede establecer un rango de ganancias de los establecimientos lucrativos de alrededor de \$100.000 por persona, costos que no siempre pueden ser absorbidos por aquellas instituciones que no persiguen fines de lucro y a las cuales comparecen adultos mayores ubicados en estratos más bajos que se mantienen de jubilaciones de montos exiguos o con PASIS, teniendo en cuenta que en la mayoría de los establecimientos (76) los medios de financiamiento son casi siempre de los propios residentes o de sus familiares. Cabría preguntarse si el hecho de que no se establezcan actividades más desarrolladas y organizadas, es una consecuencia del privilegio que se da a la visión lucrativa que se tiene de este tipo de establecimientos. Al parecer hay una relación de hecho dado que, según se observó por el estudio de investigación, aquellos establecimientos que están al alero de instituciones, los que no persiguen fines de lucro, si cuentan con actividades más organizadas y que buscan satisfacer necesidades de orden autorrealización personal.

El estudio persiguió hacer una caracterización de estos establecimientos en cuanto a cumplimiento de normas mínimas exigidas, en ámbitos tales como condiciones estructurales, normativas y de personas que en ellos laboran. Es así que se estableció que

los establecimientos de larga estadía de la región de Valparaíso acatan medianamente disposiciones fijadas por el Decreto Ley para este tipo de instituciones, en relación con el cumplimiento de autorización e instalación, sin embargo y pese a ello y en cuanto al equipamiento de las diferentes dependencias (cocina, oficinas, dormitorios, servicios higiénicos, lavaderos e instalaciones generales) estos están dando cumplimiento en forma general a las disposiciones fijadas, no obstante llamó la atención los valores negativos encontrados para este caso, pues se supone que los Servicios de Salud son los garantes de que esto se cumpla y a pesar de ello aun existen establecimientos que obvian esas disposiciones, por lo que al parecer estos Servicios se ven sobrepasados en la fiscalización que realizan, ya que deben además de esto cumplir con otras funciones, lo que no les permite ejercer un seguimiento a cabalidad y pesquisar a aquellos que caen en la clandestinidad, los que obviamente no observan ninguna de las consideraciones explicitadas en la Ley.

En consecuencia, dentro de los establecimientos y desde el punto de vista estructural de funcionamiento, las necesidades básicas de los residentes se satisfacen, aunque sin la optimización requerida, por lo que si estas se cumplen en forma general y con deficiencias, esto influiría en que otros tipos de necesidades no puedan cumplirse a cabalidad dado que según lo expresa la teoría al respecto se debe solucionar en un primer lugar un tipo de necesidades para poder solucionar otras que se encuentran en niveles más altos en la escala de prioridades.

En cuanto al cumplimiento de disposiciones para el personal que trabaja en los establecimientos, se establece que estas son medianamente cumplidas. Este mediano incumplimiento, si bien no es enteramente preocupante, puede ser elemento de análisis para las instituciones que fiscalizan a los establecimientos. Su mejoramiento redundaría en una mejor atención y una más acabada especialización; especialización que no siempre se encuentra en el tratamiento y cuidado para un sector poblacional que en sí es diferente y que tiene realidades diferentes de otras etapas del ciclo de vida de la persona. Es tal vez debido a ello, que en el colectivo estudiado se encontró una similitud de profesionales y personas que atienden en los establecimientos, de ellos muy pocos innovan en contratar a personas o profesionales, que además de prestar un servicio médico y de salud, desarrollen quehaceres de naturaleza distinta, ya sea abordando las problemáticas sociales, psicológicas o terapéuticas de los residentes internos.

En resumen, puede decirse que la actual situación de los establecimientos de larga estadía para adultos mayores, permite catalogarlos dentro de un proceso que aún se mantiene similar a través del tiempo, a pesar de que haya intentos de instituciones públicas o privadas por crear una nueva conciencia de la importancia en mejorar los servicios de

atención social para un sector de adultos mayores que no tienen otra alternativa, ya sea de vivienda o de cuidado integral y que estima que la institucionalización no es la única solución. En ese sentido la valoración que del adulto mayor tienen, los sustrae de la imagen de dependencia que en su generalidad posee la sociedad frente a ellos. Llama la atención que los establecimientos que están a la vanguardia en la promoción de cambios dentro del sistema de vida de estos, sea aquellos ligados o amparados por instituciones u organizaciones que reciben a adultos mayores de condiciones más deprivadas, los que se enmarcan dentro de lineamientos impartidos desde instituciones privadas pertenecientes a colectividades religiosas sin fines de lucro o públicas de salud también sin fines de lucro. En este sentido es negativo que no haya unión de criterios al respecto, entre los diferentes tipos de establecimientos en relación con el cuidado y tratamiento del adulto mayor, como también que no haya un ente capaz de reunirlos, para que ellos se relacionen entre sí con el fin de provocar cambios en este tipo de servicios de atención social.

Las grandes diferencias quedaron así expuestas para los dos casos de Hogares estudiados, en donde los de tipo privado son de aparición mucho más reciente, teniendo en sí un marcado carácter de residencias que prestan servicios de hotelería y cuidados específicos según sus características individuales. Además son físicamente más pequeños que aquellos de beneficencia y tienen su mayor preocupación, según lo descrito anteriormente en la competencia que tienen que llevar con aquellos "Hogares" clandestinos. En cuanto al servicio que prestan es de tipo cerrado, es decir, no los ofrecen a personas individuales u organizaciones fuera del establecimiento. (Alimentación o talleres entre otros). A diferencia de los anteriores los Hogares de beneficencia poseen una planta física mucho más amplia, por lo que pueden acoger a un gran número de personas, reciben Adultos Mayores con problemas sociales o de salud mucho más agravado y ofrecen mayor cantidad de servicios los que pueden ser extendidos a su entorno social próximo.

10.- PROGNOSIS

En virtud de lo investigado, se puede señalar que de mantenerse la actual situación que acusan los Hogares para Adultos mayores en la región de Valparaíso; en relación con el desconocimiento que de ellos tiene la sociedad, debido a la escasa integración de éstos con la comunidad y la diversidad de criterios en el tipo de atención prestada, debido al desconocimiento que tienen entre sí; los servicios públicos y privados ligados a ellos no podrán influir en lo sucesivo para mejorar la calidad de atención prestada en ellos y consecuentemente ésta seguirá siendo poco profesional y de una calidad que no asegura la satisfacción integral de necesidades de este tipo de servicios de atención social hacia

residentes adultos mayores. Esto hace prioritario un trabajo orientado a dar a conocer la realidad existente en la región, entregando la información necesaria a la comunidad través de la implementación y ejecución de acciones sistematizadas y coordinadas a corto, mediano y largo plazo, establecidas en un programa que contemple tareas tendientes a mostrar esta realidad a la comunidad a través de canales e instancias de comunicación y participación entre diferentes instituciones y organismos y a generar espacios de coordinación y relación entre los diferentes tipos de establecimientos, lo que favorecería el mejoramiento en la calidad de atención prestada.

**CAPITULO III
PROGRAMACIÓN**

PROGRAMA

1.- DEPENDENCIA LEGAL Y ADMINISTRATIVA

Comité Regional del Adulto Mayor

Intendencia Regional de Valparaíso

2.- FUNDAMENTACIÓN

Nuestro país, producto de una serie de políticas e intervenciones, especialmente en el área de la salud, educación y seguridad social, ha ido presentando un progresivo aumento en el envejecimiento de su población, siendo la población que hoy día tiene 60 años o más el 10,5% del total nacional, lo que corresponde a 1.449.365 habitantes, proyectándose para el año 2025 a un 18%, lo que corresponderá a 3.957.607 habitantes.

El grupo de población adulta Mayor, al igual que otros grupos etáreos va a tener necesidades específicas, generando determinados impactos a escala nacional o entorno inmediato.

El envejecimiento individual es un proceso, comenzando desde el momento de la fecundación hasta el momento de la muerte.

Este proceso va a consistir en una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales, los que repercuten invariablemente en la calidad de vida del individuo. Estos cambios debieran ir aparejados de una disponibilidad de recursos sociales que lleven a dar satisfacción a la serie de necesidades que como efecto de esta etapa de la vida del individuo se van presentando, por lo que consecuentemente haya de existir una estrecha relación entre disponibilidad de recursos económicos, condiciones de vivienda, apoyo instrumental, grado de conocimiento o vinculación con alguna organización de salud y/o social y con el estado de salud en términos positivos e integrales.

Concretamente, la vejez implica, junto con el retiro de la fuerza de trabajo y la consiguiente pérdida de ingresos y status, una sensación de inutilidad y de pesimismo en el adulto mayor.

Es debido a lo anterior, que los esfuerzos realizados en este último tiempo, apuntan

al apoyo de este sector poblacional, tratando de prevenir los efectos negativos del envejecimiento, elevando su calidad de vida y potenciando las facultades, disponibilidades y capacidades de este grupo etáreo, como así mismo cambiando la percepción que de ellos tiene la sociedad.

En el ámbito de los servicios de atención social al adulto mayor, los Hogares están siendo vistos por expertos en la materia como establecimientos que debieran procurar ser un medio ambiente protegido, donde se brinden cuidados diferenciados dirigidos a la mantención de la salud y funcionalidad, a diferencia de la situación de asilo que da respuesta exclusivamente a necesidades básicas de techo y alimentación.

En este plano, cabe a las instituciones públicas el promover estudios que den respuesta al desconocimiento existente en relación con Hogares de Adultos Mayores, toda vez que si bien diferentes instituciones tienen información respecto a ellos desde sus respectivos ámbitos de trabajo, no se ha generado investigación alguna que reúna dicha información parcialidad, en procura de dar a conocer esa información frente a la diversidad de instituciones que trabajen en este tema, provocando instancias de diálogo frente a materias de interés no sólo para ellos, sino que también para los diferentes hogares existentes. El fin último de este estudio persigue la integración organizacional y la participación de los distintos organismos en torno a problemas y necesidades presentadas, que de una y otra manera trabajan, atienden y entregan sus servicios a adultos mayores residentes en Hogares. Por lo mismo, es de ahí la importancia de la promoción de espacios articuladores y de participación que den cabida a los diferentes criterios de atención que predominan en la región a través de estos establecimientos. Por ello se hace primordial en el contexto del trabajo de la Intendencia, focalizado en el Comité Regional, que el área perteneciente a los servicios de atención al anciano sea abordada, procurando recabar la información dispersa que de ellos se tiene por un lado, y por otro generar un espacio de encuentro organizado con el fin de aunar criterios en torno a las dificultades presentadas, el tipo de atención brindada y la promoción de programas que vayan en su beneficio y por consiguiente, en beneficio de los adultos mayores que son objeto de su atención.

A partir de lo anterior surge la necesidad de crear un espacio de participación, integrado por los Hogares para Adultos Mayores de la Región de Valparaíso, con el fin de entregar la información necesaria, promoviendo así la captación del interés de este sector, en torno a las dificultades encontradas a partir del estudio.

La información per se puede perder su objetivo si es que no produce efectos o no entrega una utilidad. Es así, que el sólo hecho de dar a conocer la cuantía y características de este tipo de establecimientos, resulta positivo para los diferentes niveles del ámbito

social, los que pueden pesquisar las mejores alternativas existentes, dentro de un ámbito territorial, para la posible población que puede hacer uso de los beneficios que dichos establecimientos entregan.

Esta situación representa para el alumno seminarista un factor decisivo para realizar una labor profesional en torno a esta temática, para la cual se propone la creación de un Catastro de Hogares para Adultos Mayores, que sirva de consulta, no sólo para los diferentes servicios públicos que tienen que ver con esta área o los mismos establecimientos estudiados, sino que también para la comunidad toda que tenga inquietudes frente a la problemática resultante de la internación de sus adultos mayores en estos hogares.

Así también, esta labor profesional persigue entregar y difundir la información recabada a los hogares que fueron objeto de la investigación y a los diferentes servicios públicos con injerencia en el tema.

La información recabada se focalizó en primer lugar en dar cuenta de la cuantía de dichos Hogares, los que según la información disponible alcanzó a un número de 80 Hogares, los que se agruparon en dos categorías principales; Hogares Privados con fines de lucro que están autorizados por los Servicios de Salud respectivos según jurisdicción regional, cuyo número asciende en la región a 56 establecimientos y Hogares de beneficencia autorizados cuyo número asciende a 24. Además de lo anterior se entregaron cifras concretas en relación con el número de Adultos Mayores residentes en dichos Hogares, cuya cifra final alcanzó a 1528 residentes.

La difusión que se pueda realizar a partir de la información existente, abordará las problemáticas destacadas en el diagnóstico realizado por el alumno seminarista y que dicen relación con:

- Desconocimiento de la cuantía, características y calidad de la atención prestada por los diferentes tipos de Hogares para Adultos Mayores existentes.
- Los establecimientos no tienen una organización sistemática y programada de actividades que involucren a sus residentes con otro tipo de realidades externas a los establecimientos.
- Los sentimientos presentados por los residentes se mantienen en el retraimiento, el encierro en sí mismos y la despreocupación por el mundo exterior a través del tiempo.
- Los establecimientos no procuran actividades que vayan en apoyo de residentes semi valentes y postrados.

- Bajo número de establecimientos que consideran actividades de tipo terapéuticas y recreativas.
- Se privilegia por los establecimientos la satisfacción de necesidades de tipo básicas en desmedro de las de autorrealización.
- No existe una concordancia entre el interés demostrado por los residentes y la oportunidad de satisfacerlas por parte de los establecimientos.
- No se ha procurado dar posibilidades de participación del residente sobre la base de la motivación personal que presenta.
- Las actividades existentes en los diversos establecimientos se relacionan al tipo estacionario, sin capacidad de movilización física ni mental de los residentes.
- La oferta de los establecimientos que está dirigida hacia sectores que pueden solventar la estadía de sus adultos mayores, generalmente de estratos medios y altos.
- Los establecimientos que están al alero de instituciones que no persiguen fines de lucro, cuentan con actividades que buscan satisfacer necesidades de orden autorrealización personal, lo que no sucede con aquellos que si tienen el fin de lucro como elemento central.
- Los establecimientos a escala general acatan medianamente las disposiciones fijadas por el Decreto Ley que los rige.
- Deficiente nivel organizacional al interior de los establecimientos.
- Baja sensibilización de los representantes de los establecimientos, respecto a la realidad de los adultos mayores que residen en sus establecimientos.
- No han existido posibilidades de capacitación que implique mejorar la calidad de los servicios que entregan los Hogares para Adultos Mayores.

El análisis de las problemáticas anteriores, justifica la realización de acciones que abarquen las áreas: organizacional, participativa y educativa entre otras, que puedan traducirse en acciones a ejecutar a largo, mediano y corto plazo. Pese a ello, en razón de los escasos recursos con que se cuentan y del limitado tiempo del que se dispone para llevar a cabo estas acciones, se focalizará la intervención en aquellas actividades que puedan desarrollarse en el corto plazo, entre las que se cuentan:

A CORTO PLAZO

1. Convocar a Directores de Hogares para Adultos Mayores y representantes públicos y privados relacionados a estos últimos, a jornadas de sensibilización e información sobre la realidad de este tipo

- de establecimientos y sobre aspectos importantes relacionados con los Adultos Mayores internos en ellos.
2. Elaborar un catastro de Hogares para Adultos Mayores y entregarlo a reparticiones públicas de la región (Municipalidades y Servicios de Salud entre otras) y a los diferentes Hogares investigados.
 3. Promover la asociatividad de los Hogares para adultos mayores a partir de las instancias de dialogo creadas para este fin.

Todas estas acciones constituyen los fundamentos a partir de los cuales se implementará durante la fase de ejecución del trabajo del Alumno Seminarista, un programa que contenga Proyectos destinados a conseguir por un lado el difundir los antecedentes encontrados a través de la investigación; promover la primera base de datos referidas a Hogares para Adultos Mayores de la región de Valparaíso y fomentar por último, la asociación entre los diferentes Hogares para Adultos mayores en la región de Valparaíso.

3.- OBJETIVO GENERAL

“Informar y difundir los antecedentes encontrados a partir de la investigación de los Hogares para adultos mayores de la región de Valparaíso a través de jornadas de sensibilización con el fin de integrar a los distintos establecimientos, promoviendo instancias de asociación y participación para los mismos.”

4.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Difusión a Directores y/o representantes legales de establecimientos de larga estadía para adultos mayores y agentes públicos y privados relacionados al tema las necesidades y características de los establecimientos estudiados y las características de los adultos mayores internos en ellos, a través de una jornada de trabajo en la que se promueva la participación y la discusión sobre debilidades, fortalezas, oportunidades y amenazas.
2. Crear un catastro que sirva de base de datos a reparticiones públicas, hogares de Adultos Mayores y otras instituciones o personas que quieran

consultarlo.

3. Promover, motivar y difundir los beneficios que trae consigo la asociación entre instituciones y/u organizaciones de Adultos Mayores, con el fin de aunar criterios en torno a temas comunes de intervención en el área.

5.- RESPONSABLE DEL PROGRAMA

Alumno Seminarista de Servicio social de la Universidad de Valparaíso, será responsable de la administración, puesta en marcha y evaluación del programa.

6.- TIEMPO.

El programa contempla un plazo de ejecución de 9 semanas, comprendido entre el 28 de Agosto y el 4 de noviembre del año 2000.

A continuación se expone tabla Gantt respectiva:

TABLA GANTT

MESES	AGOSTO	SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE	
SEMANAS	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
PROYECTOS											
1	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕
2					⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕
3						⊕	⊕	⊕	⊕	⊕	⊕

Simbología: ⊕ = Tiempo Programado

7.- EVALUACIÓN

El programa será evaluado a través de su Objetivo general, Proceso administrativo, Tiempo, Proyectos y finalmente a través de la aplicación de los Criterios Evaluativos de Briones.

8.- PROYECTO N° 1

“Primera jornada de encuentro de Hogares para Adultos Mayores de la región de Valparaíso e instituciones públicas y privadas relacionadas al tema Adulto mayor e institucionalización”.

8.1.- FUNDAMENTACIÓN

El concepto predominante en la sociedad actual frente al Adulto Mayor es el desprestigio social, deterioro y bajas oportunidades de participación. Es así y no es menos cierto, que esta etapa de la vida representa grandes oportunidades para aquellos que la viven de poder influir a través de su experiencia. Sin embargo y debido a lo ya descrito, el adulto mayor tiende a retraerse, a aislarse provocado por la falta de reconocimiento que de ellos se tiene.

Esta realidad que se ve a escala general en los adultos mayores, es también vivida por aquellos adultos mayores que residen en establecimientos de larga estadía en la región, los cuales perciben su estadía en este tipo de establecimientos como un destierro del mundo en que siempre vivieron, que restringe sus oportunidades de participación, frente a lo cual responden renunciando y retirándose del medio que los rechaza, sintiendo que son objeto de abandono.

Por cierto que en lo anterior actúa como elemento coadyuvante, la poca disposición de los establecimientos que los albergan para desarrollar actividades que los favorezcan en cuanto a sus posibilidades de autorrealización y de integración a su medio social.

Estas realidades descritas, se pueden percibir a escala global de la sociedad y a escalas reducidas al interior de este tipo de establecimientos, como el reflejo que tienen los adultos mayores para obtener el apoyo de sus pares, enfrentando de mejor forma posible la situación que les toca vivir.

Es debido a ello que resulta prioritario dar a conocer este tipo particular de realidad, teniendo en cuenta una visión que difunda de modo certero las características de los establecimientos en que residen, dado que a través de ello se puede visualizar la información, haciéndola llegar al público en general, a las instituciones que realizan gestiones a favor de ellos y a los propios representantes de los establecimientos, con el fin de que estos tengan un espacio que permita la discusión, la unión de criterios en torno a

sistemas de atención social para adultos mayores internos y el planteamiento de las problemáticas que los afectan.

Esto debiera contribuir a atenuar a largo plazo, bajo la estructuración de acciones sistemáticas, las problemáticas destacadas en el diagnóstico o por lo menos a crear conciencia de lo negativo que estas resultan para el servicio entregado, ya que la prioridad y fin último no son los establecimientos, sino que los adultos mayores residentes en ellos

8.2.- OBJETIVO GENERAL

“Dar a conocer a los Directivos y/o representantes legales de los Hogares para adultos mayores de la región de Valparaíso y a representantes de las instituciones públicas y privadas relacionadas al tema, las características asumidas por los distintos sistemas de atención investigados en Hogares para Adultos Mayores, provocando interacción y discusión de temas entre estos sectores, de manera de que se produzca una retroalimentación a partir de las necesidades y problemas vislumbrados por ellos con los establecidos en la investigación y con los lineamientos institucionales que al respecto existen.”

8.3.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Contactar e invitar a los diversos tipos de establecimientos de acogida para adultos mayores de la región de Valparaíso a participar a jornadas de encuentro entre estos e instituciones públicas y privadas relacionadas al tema adulto mayor e institucionalización comprometiendo su participación.
2. Dar a conocer los resultados de la investigación sobre Hogares para Adultos Mayores a agentes privados y públicos y representantes de dichos Hogares invitados, con el fin de difundir las fortalezas y debilidades e los diferentes sistemas de atención encontrados en ellos.

8.4.- UNIDAD DE OBJETIVOS

8.4.1.- OBJETIVO N° 1

Se entenderá logrado el objetivo cuando el 60% de los representantes de los establecimientos de acogida y el 60% de instituciones públicas y privadas invitadas participen en la jornada de trabajo programada.

Para su evaluación se utilizará una ficha de inscripción y criterios de evaluación de logro.

OBJETIVO ESPECÍFICO N°1	ACTIVIDADES	TÉCNICAS	EVALUACION
<p>Contactar, invitar y comprometer a los diversos tipos de Hogares de Adultos mayores y a instituciones públicas y privadas relacionadas al tema a participar de las jornadas de encuentro en sus diversas etapas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar listado de los hogares para Adultos Mayores y de organizaciones públicas y privadas posibles de participar. • Seleccionar organizaciones a invitar a participar. • Contactar a las organizaciones seleccionadas. • Contactar y comprometer la participación del Secretario Ejecutivo del Comité Nacional del Adulto Mayor 	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto telefónico, entrevista individual. • Administrativa de entrevistas, envío de cartas oficiales y contacto telefónico 	<ul style="list-style-type: none"> • Listado exhaustivo de organizaciones • Contactar un mínimo de 80 organizaciones por sector, los Servicios de Salud de la región, a los integrantes del Comité Regional del Adulto Mayor y a la coordinadora de Clubes de Adultos Mayores de viña del Mar. • Asistencia de Secretario Ejecutivo del Comité Nacional del adulto mayor.

8.4.2.- OBJETIVO N° 2

Se entenderá logrado el Objetivo cuando se haya presentado la información a representantes de Hogares de Adultos Mayores y autoridades de los servicios públicos comprometidos y relacionados a esta área.

Para su evaluación se utilizará para este fin los criterios evaluativos de logro.

OBJETIVO ESPECÍFICO N° 2	ACTIVIDADES	TÉCNICAS	EVALUACIÓN
Dar a conocer los resultados de la investigación sobre Hogares para Adultos Mayores a agentes privados y públicos y representantes de dichos Hogares invitados, con el fin de difundir las fortalezas y debilidades de los diferentes sistemas de atención encontrados en ellos.	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de una reunión intersectorial. • Análisis de datos y discusión grupal 	<ul style="list-style-type: none"> • Audiovisuales • Discusión grupal • Expositivas • Discusión y análisis 	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia del 60% de representantes de Hogares para Adultos Mayores y 60% de instituciones públicas y privadas invitadas

8.5.- RESPONSABLE

El responsable directo de la implementación del presente proyecto es el Alumno seminarista de la Escuela de Servicio Social de la Universidad de Valparaíso.

8.6.- BENEFICIARIOS DIRECTOS

La población beneficiaria del Proyecto la constituyen los representantes de los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores de la Región de Valparaíso.

8.7.- BENEFICIARIOS INDIRECTOS

El colectivo de residentes Adultos Mayores de los Establecimientos de Larga Estadía de la Región de Valparaíso.

8.8.-RECURSOS

8.8.1.- Humanos :

- Alumno seminarista
- Profesora guía escuela Servicio Social Universidad de Valparaíso
- Secretaria Ejecutiva Comité Regional del Adulto Mayor
- Secretario Ejecutivo Comité Nacional del Adulto Mayor
- Asistente Social Departamento Acción Social Intendencia de Valparaíso.
- Jefa Oficina de Prensa y Relaciones Públicas
- Jefe Gobierno Interior Intendencia de Valparaíso.
- Representantes Establecimientos de Acogida para Adultos mayores
- Representantes Instituciones y Organismos públicos y privados relacionados al tema

8.8.2.- Institucionales:

- Comité Regional del Adulto Mayor
- Escuela de Servicio social de la Universidad de Valparaíso
- Dependencias Institucionales Intendencia de Valparaíso.

8.8.3.- Materiales:

- Material Fungible
- Computadora
- Fotocopiadora
- Mobiliario Básico

8.9.- TIEMPO

El Proyecto se llevará a efecto durante los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre del año 2000.

MESES	MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE							
SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
OBJETIVO 1																									♣	♣	♣	♣	♣	♣										
OBJETIVO 2																																								

8.10.- SISTEMA DE EVALUACIÓN

- Unidad de Objetivos
- Tabla Gantt
- Criterios de Logros
- Evaluación Cualitativa

9.- PROYECTO N° 2

“ Crear un catastro que sirva de base de datos a reparticiones públicas, hogares de Adultos Mayores y otras instituciones o personas que quieran consultarlo.”

9.1.- FUNDAMENTACIÓN

Según el marco conceptual establecido para este estudio, los Hogares para Adultos Mayores, son instituciones que prestan un servicio de atención social, consistente en un establecimiento destinado a proporcionar habitación, servicios generales comunes, esparcimiento, trabajo, educación, etc. a ancianos sanos y autosuficientes con problemas sociales y/o económicos.

Según el reglamento existente para este tipo de establecimientos, Decreto N° 2601 de 1994, del Ministerio de Salud, se considera en su artículo segundo como establecimiento de larga estadía para adultos mayores a aquel autorizado por el Servicio de Salud correspondiente para recibir adultos mayores que por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieran de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados para la mantención de su salud y funcionalidad.

Teniendo en cuenta esta realidad, y a pesar de los esfuerzos realizados por los organismos competentes, aquellos de los cuales han tenido una preocupación constante en relación a entregar una información lo más fidedigna posible de la cuantía de los Hogares para Adultos Mayores existentes en la región.

Hasta este momento no se ha desarrollado un trabajo específico que ahonde en una compilación de toda la información existente. Es de ahí la importancia de llevar a cabo esta tarea, permitiendo así de paso crear una red común de información.

9.2.- OBJETIVO GENERAL

“Dar a conocer a través de la elaboración de un catastro la cantidad y características de los Hogares de Adultos Mayores de la región de Valparaíso, con el fin de establecer una base de datos común, que sirva no sólo a organismos de carácter público, sino que también a los mismos establecimientos involucrados en el estudio.”

9.3.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Elaborar un catastro, bajo formato de libro y distribuirlo a reparticiones públicas, privadas relacionadas al tema y a los mismos Hogares estudiados.
2. Contactar instituciones privadas que puedan hacer posible la publicación del catastro.

Se entenderá logrado cuando las gestiones realizadas por el alumno seminarista den como resultado la confección del listado de establecimientos que den acogida a Adultos Mayores de la región, en relación con su número, tipo de establecimiento, número de residentes que posee e información general sobre su regularización y régimen en el servicio que prestan.

Para su evaluación se utilizarán los criterios evaluativas de logro

9.4.- UNIDAD DE OBJETIVOS

9.4.1.- OBJETIVO N°1

OBJETIVO ESPECÍFICO N° 1	ACTIVIDADES	TÉCNICAS
Elaborar catastro de establecimientos de acogida para adultos mayores de la región de Valparaíso.	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar datos a obtener de los establecimientos. • Elaboración de listado de establecimientos • Cotejar y actualización de datos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis y entrevista personal. • Ejecutivas de gestión y análisis de contenido • Ejecutivas de gestión y análisis de contenido.

9.4.2.- OBJETIVO N° 2

OBJETIVO ESPECÍFICO N° 2	ACTIVIDADES	TÉCNICAS
Contactar a instituciones privadas que puedan hacer posible la publicación del catastro. Y gestionar su distribución	<ul style="list-style-type: none"> • Reunión con representantes de empresas privadas de la zona. • Proponer a la institución patrocinante las mejores alternativas ofrecidas a través de reuniones con jefaturas correspondientes. • Distribución del Catastro a las organizaciones participantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecutivas de gestión y análisis • Ejecutivas de gestión y análisis. • Ejecutivas de gestión y análisis.

9.5.- RESPONSABLE

El responsable directo de la implementación del presente proyecto es el Alumno seminarista de la Escuela de Servicio Social de la Universidad de Valparaíso.

9.6.-BENEFICIARIOS DIRECTOS

La población beneficiaria del Proyecto la constituyen los representantes de Hogares de Adultos Mayores de la Región de Valparaíso, reparticiones y/u organizaciones de carácter público, instituciones privadas interesadas en la materia y cualquier persona que quiera consultarlo.

9.7.-BENEFICIARIOS INDIRECTOS

Población Adulta Mayor de la región de Valparaíso.

9.8.-RECURSOS

9.8.1.-Humanos :

- Alumno seminarista
- Profesora guía escuela Servicio Social Universidad de Valparaíso
- Secretaria Ejecutiva Comité Regional del Adulto Mayor
- Asistente Social Departamento Acción Social Intendencia de Valparaíso.
- Jefe Gobierno Interior Intendencia de Valparaíso.
- Representantes de instituciones de carácter privada o empresas de la zona.

9.8.2.-Institucionales:

- Comité Regional del adulto Mayor
- Escuela de Servicio social de la Universidad de Valparaíso

9.8.3.-Materiales:

- Material Fungible
- Computadora
- Fotocopiadora
- Mobiliario Básico.

9.8.4.-Financieros:

- 50 libros tamaño ½ oficio cerrado, tapa tres colores, interior impreso 1 color

tapa cuoche 250 grs., interior Bond 24 85 páginas más tapa y terminación cerrada.

- Precio unidad \$ 3.840
- Total \$ 192.000

9.9.-TIEMPO

El Proyecto se llevará a efecto durante los meses de Mayo y Noviembre del año 2000.

MESES	MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE											
SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
OBJETIVO 1									♣	♣	♣	♣	♣	♣	♣	♣	♣	♣	♣	♣	♣	♣	♣	♣					♣	♣	♣	♣	♣	♣										
MESES	MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE											
SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
OBJETIVO 2																																					♣	♣	♣	♣				

9.10.-SISTEMA DE EVALUACIÓN

- Unidad de Objetivos
- Tabla Gantt
- Criterios de Logros
- Evaluación Cualitativa.

10.-PROYECTO N° 3

“Propuesta de la Asociación de Hogares para Adultos mayores de la Región de Valparaíso”.

10.1.-FUNDAMENTACIÓN

Según se ha mencionado anteriormente, las relaciones de interdependencia social estarían determinadas por un principio rector de carácter universal consistente en la dinámica entre dos fuerzas en proceso de compensación. Tanto las necesidades

insatisfechas como las correspondientes respuestas, constituirían fuerzas, esto es, energías en potencia o en acción de origen biopsicosocial. Toda necesidad insatisfecha sería un vacío de recursos destinados a un fin y, en un sentido matemático, tendría signo negativo. Tal vacío estaría en procura de ser ocupado en virtud de la fuerza de la expectativa o ansiedad que se genera cuando un sujeto se activa para lograr una respuesta.

En ese sentido los Hogares para Adultos mayores corresponden a una respuesta a la necesidad surgida, estableciéndose en ese caso una interdependencia entre estos dos tipos de fuerzas, por un lado, la necesidad de crear espacios para apoyar con variados recursos al adulto Mayor dentro de un sistema de residencia y por otro lado la respuesta creada para esa necesidad por parte de instituciones o personas. Sin embargo el hecho de que la respuesta de esa necesidad no sea óptima en cuanto a la atención prestada, conlleva a una insatisfacción, que se ubica dentro del ámbito negativo de la interdependencia entre unos y otros.

Así y analizado bajo este punto de vista, la ausencia de satisfacción plena de la necesidad de cuidados y tratamientos por parte de los servicios de atención hacia el sector, genera la aparición de una nueva forma de necesidad, que se ubica en la revisión del sistema de atención en forma global de todos establecimientos como en un conjunto que en sí es un elemento posible de reunir y analizar, con el fin de procurar asociarlos para que juntos vislumbren posibles soluciones a las necesidades presentadas, originadas en la falta de respuestas de los problemas que cada uno pueda presentar.

En este contexto se inserta el Comité Regional del Adulto Mayor, como una forma en que la Intendencia de Valparaíso asuma un rol activo en la configuración de organizaciones representativas de las diferentes entidades con características similares de la población, incentivando asociaciones o agrupaciones que tengan como finalidad mejorar la calidad de los servicios prestados como lo son los Hogares de Adultos Mayores de la región.

Como organismo articulador permitiría una mayor agilidad en la gestión y en los procesos de respuesta a las demandas de estas entidades. Además de generar una estabilidad y permanencia, asumiendo un carácter distinto a las acciones emanadas de autoridades locales o comunales.

El funcionamiento de la Asociación de Hogares para Adultos Mayores y su estructura, deberán estar claramente determinadas y especificadas y que eventualmente puedan ser modificadas según los requerimientos perseguidos.

Es de ahí que lineamientos generales, objetivos, funciones y actividades deberán

estar especificados, con el fin de que esta se convierta en una entidad que represente y asegure el funcionamiento en la calidad del servicio que prestan y que pueda colaborar en la integración tanto en el ámbito de establecimientos, en el ámbito de la comunidad y entre ellos mismos.

Consecuentemente con esto, la difusión del proyecto se hace imprescindible al nivel de las autoridades correspondientes, en razón de captar su interés y su voluntad política que pueda derivar en la implementación de la Asociación de Hogares para Adultos Mayores de la Región de Valparaíso.

10.2.-OBJETIVO GENERAL

“Convocar y comprometer la participación de representantes de Hogares para Adultos Mayores en la formación de una Asociación de Hogares para adultos mayores de la Región de Valparaíso.”

10.3.-OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Integrar a los distintos Hogares para Adultos Mayores en una propuesta de organización y funcionamiento de Asociación.
2. Sistematizar el funcionamiento y orgánica de la Asociación a través de la elaboración de un modelo de propuesta

10.4.-UNIDAD DE OBJETIVOS

Se entenderá logrado el objetivo general de este proyecto una vez propuesto el diseño de estructura y funcionamiento de Asociación de Hogares para Adultos mayores de la Región de Valparaíso y sean conocidas por las autoridades institucionales correspondientes.

OBJETIVO ESPECÍFICO N° 1	ACTIVIDADES	TÉCNICAS	EVALUACIÓN
Integrar a los distintos Hogares para Adultos Mayores en una propuesta de organización y funcionamiento de Asociación.	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de 5 reuniones intersectoriales • Seleccionar representantes • Definir equipos de trabajo por tema • Formulación de un plan de trabajo por tema 	<ul style="list-style-type: none"> • Audiovisuales, técnicas grupales, discusión grupal, pizarrón. • Análisis • Lluvia de ideas, calendario de actividades, organigrama 	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia del 60% de los agentes involucrados, criterios de logro. • Criterios de logro

OBJETIVO ESPECÍFICO Nº 2	ACTIVIDADES	TÉCNICAS	EVALUACIÓN
Sistematizar el funcionamiento y orgánica de la Asociación a través de la elaboración de un modelo de propuesta	<ul style="list-style-type: none"> • Recopilar la información acumulada de los organismos participantes de las reuniones de análisis. • Reunión con Secretaria Ejecutiva Comité Adulto Mayor Intendencia de Valparaíso. • Reunión de trabajo con Profesora Supervisora Seminario de Título. • Redacción de la propuesta en su aspecto formal. • Presentación de la propuesta a autoridades y representante de las instituciones involucradas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recolección de datos e investigación • Entrevistas formales, resumen. • Reflexión, resumen, análisis y discusión • Resumen, Análisis y Discusión • Entrevista formal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de la propuesta

10.5.-RESPONSABLE

El responsable directo de la implementación del presente proyecto es el Alumno seminarista de la Escuela de Servicio Social de la Universidad de Valparaíso.

10.6.-BENEFICIARIOS DIRECTOS

La población beneficiaria del Proyecto la constituyen los representantes de los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores de la Región de Valparaíso.

10.7.-BENEFICIARIOS INDIRECTOS

El colectivo de residentes Adultos Mayores de los Establecimientos de Larga Estadía de la Región de Valparaíso.

10.8.-RECURSOS**10.8.1.-Humanos :**

- Alumno seminarista
- Profesora guía escuela Servicio Social Universidad de Valparaíso
- Secretaria Ejecutiva Comité Regional del Adulto Mayor
- Asistente Social Departamento Acción Social Intendencia de Valparaíso.
- Jefa Oficina de Prensa y Relaciones Públicas
- Jefe Gobierno Interior Intendencia de Valparaíso.
- Representantes Establecimientos de Acogida para Adultos mayores
- Representantes Instituciones y Organismos públicos y privados relacionados Al tema.

10.8.2.-Institucionales:

- Comité Regional del adulto Mayor
- Escuela de Servicio social de la Universidad de Valparaíso

10.8.3.-Materiales:

- Material Fungible
- Computadora
- Fotocopiadora
- Mobiliario Básico
- Audiovisuales

CAPITULO IV
EJECUCIÓN

EJECUCIÓN

1.- FASES DEL PROCESO ADMINISTRATIVO

De acuerdo a la programación realizada, el objetivo, eje central de la misma, apuntó a informar, difundir, sensibilizar y promover instancias de asociación y participación hacia el colectivo investigado, relacionando a estos últimos con los organismos públicos que orientan su acción hacia los anteriores. Por lo tanto, todas las acciones realizadas apuntarán al logro de este, la elaboración del catastro y los encuentros con las instancias relacionadas.

El presente Seminario de Título fue llevado a cabo de manera individual, por tanto, en lo que respecta a las fases del proceso administrativo, se referirá al equipo de coordinación haciendo referencia al alumno junto a la coordinación general del programa desde donde se inserta el presente seminario de Título, es decir, el Comité Regional del Adulto Mayor, siendo éste una parte de la gestión general que desarrolla la institución patrocinante.

1.1.- PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN

Durante esta etapa el equipo de coordinación calendarizó las distintas acciones programadas, en lo que respecta a reuniones sectoriales e intersectoriales, determinándose horas, fechas y lugares de realización.

En la etapa de organización se recopiló, ordenó y transcribió la información para elaborar el catastro, así también contactó y convocó a diversas organizaciones, tales como los diferentes Hogares para Adultos Mayores incluidos en la investigación y a organizaciones y/o instituciones ligadas al área, a través de sus representantes designados, para establecer encuentros en jornadas de trabajo incluidos en la programación del Seminario de Título.

1.2.- DIRECCIÓN

Debido a que el Seminario de Título se desarrolló como parte de un programa mayor, la toma de decisiones se centró principalmente en la coordinación general del programa, es decir el Comité Regional del Adulto Mayor, a través de su Secretaria

Ejecutiva en coordinación institucional con la Jefa del Departamento de Acción Social de la Intendencia Regional.

1.3.- COORDINACIÓN

Esta se desarrolló a través de reuniones del equipo coordinador, contactos telefónicos, gestión de recursos y determinación de fechas y lugares. En este aspecto el alumno se encargó de la coordinación externa principalmente, siendo supervisado por el coordinador general del programa, quien asumió un rol de coordinación interna para efectos de determinar las conveniencias institucionales en relación a la estructura y organización de reuniones, como también de la metodología a emplearse en dichas reuniones.

Elementos facilitadores de la coordinación fueron las cordiales relaciones existentes al interior del programa en general, la facilitación en el uso de recursos institucionales y el respaldo del mismo frente a las relaciones existentes con las relaciones contactadas y convocadas.

Elemento obstaculizador fue el escaso tiempo destinado a ésta, debido a las exigencias y responsabilidad del programa en su totalidad que recaen principalmente en el coordinador general, la escasez de recursos para permitir solventar el material producto del Seminario de Título y los temores institucionales frente a las eventuales demandas que pudieran haber surgido de las reuniones programadas.

Además de lo anterior, es preciso mencionar que si bien esta coordinación estuvo marcada por un buen clima entre los integrantes del equipo general de la institución, esta careció de una definición precisa en cuanto a la dependencia del Proyecto de Seminario. Esta tuvo que radicarse en las jefaturas del Comité Regional y en la del Departamento de Acción Social de la Intendencia.

1.4.- EVALUACIÓN Y CONTROL

Esta se desarrolló principalmente a través del registro de la asistencia y contenidos, ya que de acuerdo a éstas fue posible determinar el logro o no de los objetivos propuestos. Sin embargo, esta es una evaluación parcial dentro de un proceso que recién se inicia, dado que la investigación y las demás etapas desarrolladas son pioneras en la región en cuanto al ámbito de trabajo abordado.

2.- DESCRIPCIÓN DE LA EJECUCIÓN DE PROYECTO N° 1

“Primera Jornada de encuentro de Hogares para Adultos Mayores de la Región de Valparaíso e instituciones públicas y privadas relacionadas al tema Adulto Mayor e institucionalización”

2.1.- Objetivo General: *“Dar a conocer a los Representantes de los Hogares para Adultos Mayores de la región de Valparaíso y a los representantes de instituciones públicas y privadas relacionadas al tema, las características asumidas por los diferentes sistemas de atención investigación en Hogares para Adultos Mayores de la región, provocando interacción y discusión de temas entre estos sectores, de manera que se produzca una retroalimentación a partir de las necesidades y problemas vislumbrados por ellos con los establecidos en la investigación y con los lineamientos institucionales que al respecto existen.”*

Para la consecución de este objetivo, se plantearon cuatro objetivos específicos, orientados a comprometer la participación del mayor número posible de organizaciones en las reuniones programadas con el fin de motivarlos a que planteen necesidades y puntos de vista en relación con los temas propuestos.

2.2.- Objetivo N° 1: *“ Contactar, invitar y comprometer a los diversos tipos de Hogares para Adultos Mayores y a instituciones públicas y privadas relacionadas al tema a participar de las jornadas de encuentro en sus diversas etapas.*

Para el logro de este objetivo, en primer lugar se elaboró un listado de Hogares para Adultos Mayores definido con anterioridad a partir de la etapa de investigación diagnóstica del presente Seminario, las que se contactaron durante la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, estos correspondieron a 56 Hogares privados con fines de lucro y 24 Hogares de beneficencia, emplazados en las comunas de Valparaíso San Antonio, Viña del Mar, Quillota, Villa Alemana, Quilpué Limache, San Felipe, Nogales , Catemu, Cabildo, Algarrobo y Lo Zárate. Otros invitados fueron los integrantes del Comité Regional del Adulto Mayor: Seremi de Salud, Seremi de Gobierno Seremi de Justicia, Seremi del Trabajo, Seremi de SERPLAC, Directora Regional FOSIS, Director Regional DIGEDER, Director Regional de SERNATUR, Director regional de FONASA, Director Regional de Registro Civil, Director Regional de INP, Asoc. De Municipios V Región, Jefa

Departamento Social Intendencia, Hogar de Cristo, Seremi de Vivienda, Seremi de Educación, Core. Intendencia V Región, Hospital Geriátrico. Así también se invitó a la Coordinadora de Clubes de Adulto Mayor de Viña del Mar y por último se contactó al Secretario Ejecutivo del Comité Nacional del Adulto Mayor vía documentos oficiales enviados desde el Comité Regional del Adulto Mayor. Se coordinó su participación de acuerdo a determinación de fechas y lugar.

Esta selección se realizó por el equipo coordinador del programa, el que planificó y coordinó días, horarios y lugares donde se realizarían las reuniones, dichos lugares fueron: Auditorio “Dr. Pedro Uribe Concha”, Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso; Sala Rubén Darío, Escuela Derecho Universidad de Valparaíso y Centro de Extensión de la Universidad de Valparaíso.

Para enviar las invitaciones se utilizaron los recursos humanos y materiales de la Intendencia de Valparaíso, correspondiendo la responsabilidad al alumno seminarista, también se realizaron invitaciones telefónicamente.

2.3.- Objetivo N° 2 “Dar a conocer los resultados de la investigación sobre Hogares para Adultos Mayores a agentes privados y públicos y representantes de dichos Hogares invitados, con el fin de difundir las fortalezas y debilidades de los diferentes sistemas de atención encontrados en ellos”.

Para el logro de este objetivo, se desarrolló una reunión intersectorial, esta se desarrolló de acuerdo al siguiente esquema:

- ♣ Presentación del estudio por parte de la Secretaria Ejecutiva del Comité regional del Adulto Mayor
- ♣ Discurso del Secretario Ejecutivo del Comité Nacional del Adulto Mayor
 - Alcances de la política nacional para el Adulto Mayor
 - Alcances de la Ley en trámite que crea el Servicios Nacional del Adulto Mayor y su relación con establecimientos que dan acogida al Adulto Mayor.
- ♣ Espacio para comentarios y opiniones de los participantes en torno al discurso del Secretario Ejecutivo del Comité Nacional del Adulto Mayor.

- ♣ Exposición y explicación de los resultados del estudio de investigación por parte del Alumno Seminarista.
- ♣ Espacio para comentarios y opiniones de los asistentes.

A continuación se muestra un listado de los asistentes a la reunión y un resumen general de las ideas y propuestas planteadas:

Cabe hacer notar que la convocatoria fue bastante alta, si se piensa que en la nómina de asistencia no se inscribió la totalidad de representantes y si se considera que la Sala Rubén Darío tiene una capacidad para 80 personas y que ésta se completó en su totalidad, por lo que se estima que el número real de asistentes alcanzó un número de 70 u 80 personas.

HOGARES DE ADULTOS MAYORES

	ASISTENTES	ESTABLECIMIENTO QUE REPRESENTA
1	Herman María Angélica Alvear	Hogar Providencia
2	Nilia Arón	Beneficencia Las Alemanas
3	Nelly Rosati	Beneficencia Las Alemanas
4	Gilda Bugueño	Casa Reposo Gilda
5	Ana Yañez	Casa Reposo Gilda
6	Oriana Scott	Hogar Asunción
7	Hermana Ernilda Contreras	Hogar de la Preciosa Sangre
8	Myriam Iturra A	Hogar Nogales
9	Alicia Paredes	Centro Abierto Santa Julia
10	Orietta Umaña Toledo	Corporación Unión Evangélica Florencia Smith
11	Margarita Carroza	La rosa de Sarón
12	Susana Maureira	Dulce Esperanza
13	Margarita Cárdenas	Casa Reposo Margarita Cárdenas
14	Teresa Velázquez	Casa Villa Dulce Norte
15	Hilda Valladares	Eterna Primavera
16	Jeanette Valenzuela	Hogar Errazuriz
17	Santiago Aros	Casa reposo de Quilpué
18	Beatriz Pizarro	Hogar Marino Jarpa
19	Norma García O.	Hogar Irarrazabal
20	Sabina Duranti	Hogar la Lela
21	Margarita Cantillano	Casa Reposo Panchita
22	Juana Jimenez	Casa Reposo Margarita
23	Clara Taborga	Rossicland
24	María Francisca Cornejo	Casa de reposo María Francisca
25	Leonel Inzunza	La Alborada
26	Hermana M. Angeles de San Bernabé	Hermanitas de los Pobres
27	Carmen Aracena G.	Santa Rita de Casia
28	Viviana Hurtado	Centro Geriátrico la Floresta
29	Liliana Medina	Centro geriátrico la Floresta
30	Susana Salazar	Casa de reposo Blanquita
31	Jisinia Julio Córdova	Casa Reposo Trinidad
32	Sara Figueroa	La Casona
33	Marcelina Sandoval	Hogar de Adultos Mayores
33	Ana Luisa Bastías	Hogar Protegido Anita
34	Raquel castro	Hogar protegido N° 1
35	Josefina Espinoza	Casa Reposo Margot
36	Nury Ojeda	Casa Reposo Recreo Ltda.
37	Marcia Alfaro Ribero	Casa de Reposo
38	Pabla Luisa Campillay	Casa Reposo la Abuelita
39	Sandra Barnes	Casa Reposo Primavera.

REPRESENTANTES COMITÉ REGIONAL ADULTO MAYOR Y OTRAS INSTITUCIONES

	ASISTENTES	INSTITUCIÓN QUE REPRESENTAN
1	Emma Rebolledo Riquelme	Servicio salud Viña del Mar Quillota
2	Norma Caputo	Hospital Carlos Van Buren
3	Carmen Garrido	Servicio salud Valparaíso san Antonio
4	María Alicia Rojas	Seremi de Salud
5	Liliana Inostroza C.	Hospital Geriátrico La Paz de la Tarde
6	Jessica Escobar M.	Fondo Nacional de Salud
7	Ximena Reventos	Hogar de Cristo
8	Humberto Gorigoitia	Seremi Vivienda

Resumen Reunión Intersectorial

Se propusieron los siguientes planteamientos:

- Extender y profundizar la investigación hacia el Adulto Mayor interno como objeto de estudio, de modo de conocer la percepción que estos tienen frente al sistema de internación.
- Organizar y asociar a los diferentes tipos de Hogares para Adultos Mayores de la región , dando las facilidades para que esto ocurra por parte de las organizaciones públicas relacionadas al tema.
- Establecer mecanismos de coordinación entre Hogares para Adultos Mayores y las organizaciones públicas que trabajan en el área, con el fin de promover acciones que vayan en beneficio de los primeros, tales como talleres e información sobre el tema entre otros.

Flexibilizar las exigencias impuestas a los Hogares para Adultos Mayores por parte de los Servicios de Salud de la región.

Por su parte el Secretario Ejecutivo del Comité Nacional del Adulto Mayor abordó en su discurso la política existente a nivel de gobierno referente a la tramitación de la Ley que crea el Servicio nacional del adulto Mayor y como éste pudiera generar una política específica para este tipo de establecimientos, además de aspectos generales sobre la situación sociodemográfica del país y su relación con las proyecciones esperadas en el futuro de la población adulta mayor. También abordó los lineamientos que al respecto está desarrollando el Estado. Todo lo anterior en referencia a la relación existente entre dichas políticas y los establecimientos estudiados.

A continuación se presenta las principales inquietudes o preocupaciones representadas por los Hogares para Adultos >mayores asistentes a la reunión al antes mencionado:

- Las instituciones públicas estarían preocupándose sólo de fiscalizar a este tipo de establecimientos, dejando de lado el apoyo que requieren.
- No se estarían dando facilidades para que los Hogares de Adultos Mayores accedan a recursos (vía créditos o de otra especie) para implementación de infraestructura y desarrollo de acciones para estos establecimientos.
- No habría una preocupación real por parte de los organismos públicos, por superar las dificultades y las carencias del sector estudiado.

3.- DESCRIPCIÓN DE LA EJECUCIÓN DE PROYECTO N° 2

“Dar a conocer, a través de la elaboración de un catastro, la cantidad y características de los Hogares para Adultos mayores de la Región de Valparaíso.”

3.1.- Objetivo General: *“Dar a conocer, a través de un catastro, la cantidad y características de los Hogares de Adultos Mayores de la Región de Valparaíso, con el fin de establecer una base de datos común que sirva, no sólo a los organismos de carácter público, sino que también a los mismos establecimientos involucrados en el estudio.”*

Para la consecución de este objetivo se plantearon dos objetivos específicos, orientados a concretar la distribución del catastro

3.2.- Objetivo N° 1: *“Elaborar un catastro bajo formato de libro y distribuirlo a organismos públicos y privados relacionados al tema y a los mismos establecimientos estudiados.”*

En primer lugar se determinaron las organizaciones y los datos a recoger de los mismos. En su totalidad se enumeraron 80 establecimientos. La información se seleccionó de los instrumentos de recolección de datos utilizados en la fase de investigación. Se consideraron Hogares de Adultos Mayores de beneficencia y aquellos de tipo privado con fines de lucro.

Puesto que el objetivo de este catastro es establecer una base de datos común, que sirva como material de consulta a instituciones de carácter público, además de otras organizaciones ligadas al área y a los mismos Hogares para que den a conocer el tipo de servicios que prestan, se ideó y se elaboró un material que contuvo datos básicos, tales como nombre, dirección, comuna, teléfono, responsable, director técnico, información que de cuenta sobre si tiene autorización, capacidad y una breve descripción de las características que asume como establecimiento de acogida.

Los datos fueron recogidos desde diferentes instancias: Servicios de Salud Viña del mar Quillota y Valparaíso san Antonio, INP, información ya existente en la institución patrocinante, Hogar de Cristo, Gobernación san Felipe Aconcagua, Obispado de San Felipe y Servicio de Salud San Felipe Los Andes.

Una vez recopilados los datos y ordenados por categoría, se procedió a sistematizar la información, según el requerimiento del Catastro en cuanto a contenido, oportunidad de la información, importancia de la información y recursos existentes para poder solventarlos.

Se estimó elaborar 50 libros en una primera etapa.

3.3.- Objetivo N° 2: “Contactar a instituciones privadas que puedan hacer posible la publicación del Catastro.”

Debido a la escasez de recursos disponibles en la institución, el alumno seminarista procedió a contactarse con diferentes instituciones u organismos que pudieran auspiciar dicho catastro

Las gestiones realizadas se enfocaron en las diferentes instituciones, a través de entrevistas formales y entrevistas vía teléfono, además de envío de correspondencia vía fax.

Las instituciones y empresas contactadas fueron:

- Caja de Compensación Javiera Carrera
- Caja de Compensación Los Héroes
- Caja de Compensación La Araucana
- RPC
- MERVAL
- Empresa de Correos.
- Y EMPORCHI, entre otras

Las gestiones realizadas, hasta la entrega del documento no han tenido éxito, debido principalmente a que las empresas mencionadas no hacen traspaso de dineros, los recursos con que cuentan no contemplan items para este efecto, o simplemente no han dado respuestas a la solicitudes hechas desde la institución patrocinante del Seminario de Título. Sin embargo y a pesar de lo anterior dicha gestión quedará a cargo del Comité Regional del Adulto Mayor como coordinador general del programa, el que a posterioridad continuará con el proceso de esta etapa.

En virtud de lo anterior, se entregaron dos ejemplares. El primero destinado a ser entregado junto al documento principal como Seminario de Título y el otro a la Institución Patrocinante para que este realice las gestiones necesarias para su ulterior publicación.

4.- DESCRIPCIÓN DE LA EJECUCIÓN DE PROYECTO N° 3

“Propuesta de Asociación de Hogares para Adultos Mayores de la Región de Valparaíso.”

4.1.- Objetivo general: *“Convocar y comprometer la participación de los distintos representantes de Hogares para Adultos Mayores en la formación de una Asociación de Hogares para Adultos Mayores en la región de Valparaíso.”*

Para el logro de este objetivo se plantearon dos objetivos específicos, orientados a incorporar y comprometer la participación de los distintos tipos Hogares para Adultos Mayores existentes en la elaboración de una propuesta de asociación de estos establecimientos.

4.2.- Objetivo específico N°1: Integrar a los diferentes Hogares para Adultos Mayores en una propuesta de organización y funcionamiento de Asociación de Hogares para Adultos Mayores.

Para el logro de este objetivo, se elaboraron listados de acuerdo a las dos categorías de Hogares estudiados: Hogares de beneficencia y Hogares privados con fines de lucro. Lo anterior de acuerdo a las organizaciones que ya habían participado en el programa.

Esta selección fue realizada por el alumno, con consulta a la coordinadora general, planificándose y coordinándose días, horarios y lugares para realizar las diferentes reuniones.

De las reuniones realizadas al interior del equipo de coordinación general dentro de la Institución Patrocinante, se sostuvo la inconveniencia de realizar las reuniones programadas, debido a las aprehensiones de la Jefatura de Acción social (supervisor institucional del Seminario de Título) en relación con la imposibilidad de responder como institución, a las eventuales demandas surgidas a partir de las jornadas de trabajo propuestas.

Según esto, se creyó que estos establecimientos podrían querer obtener beneficios que no corresponderían a la calidad de establecimiento privado de la mayoría de ellos.

No se quiso comprometer el nombre de la Intendencia Regional, en caso que se quisieran hacer demandas las cuales no podrían ser absorbidas por el servicio.

El comité Regional del Adulto Mayor no estaría en condiciones de reorientar su trabajo, coordinar a los establecimientos en caso de que quisieran asociarse y prestar su apoyo para la realización de proyectos de capacitación o de realización de talleres que fueran en beneficio de estos establecimientos.

En virtud de lo anterior, se decidió en una primera reunión realizar 3 reuniones de las 5 programadas, una de las cuales ya había sido realizada según lo programado y que correspondía al Proyecto N° 1. En una segunda reunión en que participaron la Jefatura del Departamento de Acción Social, la Secretaria Ejecutiva del Comité Regional del Adulto Mayor, la Asistente Social del Hospital Geriátrico de Limache, la Docente Guía del Seminario y el Alumno Seminarista, se decidió no continuar con el programa, de acuerdo a lo decidido entre la Jefatura del Departamento de Acción Social y la Asistente Social del Hospital Geriátrico no continuar con lo programado (La Secretaria Ejecutiva del Comité estuvo de acuerdo y no apoyó la continuación del proyecto). En razón de lo anterior la docente guía tuvo que aceptar las razones expuestas anteriormente.

En consecuencia y por lo anterior el Objetivo específico N° 2, sistematizar el funcionamiento y orgánica de la elaboración en un modelo de propuesta, no llegó a realizarse.

CAPITULO V
EVALUACIÓN

EVALUACIÓN

1.- FUNDAMENTACIÓN

“Ejecutado el proyecto, corresponde determinar en que medida los resultados obtenidos coinciden con los resultados esperados, vale decir, medir el grado de éxito o fracaso alcanzado por la intervención del proyecto”.(Nidia Aylwin).

Según esto, cabe realizar una comprobación de lo programado en el proyecto con los resultados del mismo a partir de la fase de ejecución del mismo.

Consecuentemente con esto hay que agregar que, en la realidad social actúan simultáneamente una serie de variables que, indudablemente actúan e influyen en la modificación o no de los planteamientos iniciales de un diagnóstico y por consiguiente de lo programado según el anterior. Por otro lado, la presente evaluación tiene como principal objeto de estudio un proceso organizacional, proceso que según lo anterior tiene una continuación que va más allá de una intervención realizada a partir de un Seminario de Título, esto es debido a que la información cambia según esa misma realidad planteada y a que las características asumidas en este Seminario, de promoción de participación y de autogestión de los establecimientos estudiados, van a depender de variables que escapan a la intervención realizada.

En este sentido el valor que cobra la evaluación, está dada no sólo por el hecho de determinar cuales son los resultados o si se lograron los objetivos programados, sino también por el hecho de poder establecer que papel jugaron en este éxito o fracaso, la influencia de aquellos procesos y/o variables no ponderados en el diagnóstico inicial, pero que igualmente estaban presentes, determinan que variables hay que incorporar al proyecto para mejorar su funcionamiento y poder estimar cual será la evolución del mismo en el largo plazo.

2.- EVALUACIÓN DEL OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA.

“Informar y difundir los antecedentes encontrados a partir de la investigación de los Hogares para Adultos Mayores de la Región de Valparaíso a través de jornadas de sensibilización con el fin de integrar a los distintos establecimientos, promoviendo instancias de asociación y participación para los mismos”.

A partir de la problemática observada, es decir el desconocimiento que se tiene sobre la cantidad y características de los Hogares para Adultos Mayores en la Región de Valparaíso, cuya información fue recabada a partir de la investigación diagnóstica precedente, se pudo concluir en primer lugar, que dicha información se encontraba dispersa y parcelada entre los diferentes instituciones, que de alguna u otra manera se relacionan con Hogares para Adultos Mayores.

A partir de la fase de investigación diagnóstica, se persiguió no sólo dar a conocer y a compilar la información cuantitativa existente, sino que también a detectar los distintos sistemas de atención y las características que asumen dichos servicios, que en su mayoría adolecen del cumplimiento específico de las disposiciones normativas establecidas para ellos, además de enfocarse mayoritariamente en la consecución de la satisfacción de necesidades más básicas para sus residentes. Debido a la escasa cantidad de acciones de coordinación entre estos establecimientos y entre ellos con instituciones que pudieran aportar con la información necesaria para promover cambios positivos en sus sistemas de atención, desconocen la red de instituciones que mantienen un accionar activo en el área y por lo tanto los recursos que estos poseen y a los cuales pudieran acceder, es de ahí que este tipo de establecimientos se encuentran anquilosados y sin capacidad de renovación en beneficio de sus residentes. De lo anterior se deduce un escaso poder de representación frente a las autoridades públicas o privadas, aquellas que podrían aportar con sus conocimientos a favor de ellos. Esto redundaría en el desconocimiento que se tiene de ellos a nivel comunitario social debido a la escasa visibilidad que proyectan en relación al tipo de servicios que prestan.

En base a estas consideraciones el principal objetivo de la intervención, fue el informar y difundir los antecedentes encontrados, con el fin de reunirlos y promover instancias de asociación y participación.

Como resultado de esta primera convocatoria y acercamiento intencional de los actores ya mencionados, se hizo manifiesta la necesidad sentida por parte de los representantes de Hogares para Adultos Mayores, en primer lugar de participar de estas instancias, además de agruparse o asociarse, de manera independiente de los entes

estatales que trabajan en el tema, con el fin de hacer presente sus necesidades de que se escuchen sus planteamientos y para conocer buenas alternativas para implementar en sus establecimientos; así también el poder gestionar algunos recursos locales para la realización de proyectos específicos.

Desde el punto de vista del logro de los objetivos específicos propuestos, se considera medianamente logrado el objetivo del programa, toda vez que si se logró reunir a los distintos agentes involucrados en el porcentaje requerido, entregando la información recabada con anterioridad en otras fases del proceso metodológico, como así también el haber podido recoger y sistematizar la información acumulada en un catastro regional. Sin embargo y pese a ello no se logró distribuir en su totalidad dicho catastro y no se pudo cumplir con el programa en su totalidad en relación a trabajar sectorialmente en una propuesta de Asociación de Hogares para adultos mayores de la región de Valparaíso. A pesar de ello y en este último sentido, dichos establecimientos expresaron como necesidad la idea de agruparse, no pudiendo hacerse realidad debido a decisiones institucionales, surgidas en el momento en que se desarrollaba la etapa de ejecución del programa.

3.- Evaluación proyecto N° 1: “Primera jornada de encuentro de Hogares para Adultos Mayores de la Región de Valparaíso e instituciones públicas y privadas relacionadas al tema Adulto Mayor e institucionalización”

El objetivo general se enfocó a dar a conocer la cantidad y características de los Hogares para Adultos Mayores de la Región de Valparaíso, promover espacios de encuentro y discusión y proponer la Asociación orgánica y funcional para ellos.

Para el logro de este, se plantearon dos objetivos específicos, el primero fue contactar, invitar y comprometer a los establecimientos estudiados y a las instituciones públicas y privadas relacionadas con los anteriores a una jornada de encuentro, el cual fue cumplido, obteniéndose los siguientes resultados:

- Elaboración de listado de Hogares para Adultos Mayores de la Región de Valparaíso
- Elaboración de listado de instituciones pertenecientes al Comité Regional del Adulto Mayor e instituciones públicas y privadas relacionadas al tema
- Se contactaron 80 Hogares para Adultos Mayores (56 privados y 24 de beneficencia).

- Se contactaron a 18 representantes del Comité Regional del Adulto Mayor, los 2 Servicios de Salud de la Zona, Representante Comité Nacional del Adulto Mayor y un representante de la Coordinadora de Clubes de Adultos Mayores Viña del Mar.
- Se contactó al Secretario Ejecutivo del Comité Nacional del Adulto Mayor, comprometiendo su asistencia.

El contacto, una vez salvadas las dificultades presentadas en la etapa de investigación relativas a que esta no estaba actualizada, fue de fácil gestión, dado los recursos humanos y técnicos para realizarlos y que fueron provistos por la institución patrocinante.

El segundo Objetivo específico fue dar a conocer los resultados de la investigación y la política de gobierno existente hacia ellos a agentes privados y públicos y representantes de Hogares para Adultos mayores, con el fin de dar a conocer sus debilidades y fortalezas. Se considera alcanzado este objetivo ya que:

- Se realizó la reunión intersectorial programada con la asistencia de 39 representantes de Hogares para Adultos Mayores de toda la región de los 80 invitados
- Asistencia de las instituciones públicas invitadas 8 de las 18 invitadas.

Factor facilitador en el logro del objetivo fue que la reunión contó con la asistencia y el respaldo no sólo institucional desde donde emanó el estudio, sino que también de el organismo estatal más elevado que dirige su acción hacia el grupo etáreo mayor de 60 años, es decir, el Comité Nacional del Adulto Mayor, quien representa directamente a la Primera Dama de la República. La presencia del ya mencionado, contribuyó a dar realce a esta primera aproximación al tema, a partir de la convocatoria y reunión de los diferentes agentes involucrados, por lo que se constituyó en factor de motivación para futuras acciones que pudieran realizarse en el área. Por tanto, se logró el objetivo, dado a que tuvo como elemento facilitador el respaldo institucional para poder contar con la presencia de este agente estatal. Además de esto, el espacio utilizado, fue el adecuado y la motivación para continuar realizando jornadas de encuentro con relación al tema fue muy alta debido a las expectativas que los Hogares para Adultos Mayores asigna a esto.

- Se logró la asistencia del Secretario Ejecutivo del Comité Nacional para el Adulto Mayor

Se logró crear el ambiente propicio para que los invitados a la exposición plantearan sus inquietudes al anterior

Se logró establecer una primera aproximación sobre la base del conocimiento de los datos proporcionados por esta entidad estatal.

Respecto a los medios operativos empleados en la ejecución del proyecto, se considera que fueron apropiados y oportunos para la consecución de los objetivos. Importante fue el apoyo audiovisual a través de la muestra de los resultados a partir de transparencia, las que buscaron sensibilizar debido a que esta fue la primera convocatoria realizada en esta área.

4.- Evaluación Proyecto N° 2: “Crear un catastro que sirva de base de datos a reparticiones públicas y privadas, Hogares para Adultos Mayores y otras instituciones o personas que quieran consultarlo.”

El objetivo general se enfocó en dar a conocer cantidad y características de los Hogares para Adultos Mayores estableciendo una primera base de datos al respecto.

Para el logro de este, se plantearon dos objetivos específicos. El primero se enfocó en elaborar este catastro, el que se cumplió. Para ello se definieron diversas actividades, como buscar las fuentes para recopilar los datos de los establecimientos estudiados, algunos de estos se encontraban en la institución patrocinante, los que debieron complementarse con la información proporcionadas por otras reparticiones públicas e instituciones privadas que mantenían información desde su ámbito de trabajo.

Este objetivo fue logrado en el tiempo programado, a partir de dos etapas, en primer lugar a partir de la información proporcionada durante la recolección de datos hecha desde la fase de investigación diagnóstica. La segunda etapa se realizó durante la ejecución programada desde la fase de programación. Es en esta última etapa donde los datos tuvieron que ser seleccionados según oportunidad e importancia de la información para el catastro.

La información que proporcionó ha servido al Comité Regional del Adulto Mayor, en un rol articulador, quien sobre la base de ella ha establecido convenios con diferentes empresas de la zona, entre las que se cuentan: Gasco Norte S. A, y Prodemu entre otros.

El segundo objetivo, contactar a instituciones privadas que puedan hacer posible la publicación del catastro para su posterior publicación no fue logrado dentro del tiempo de intervención, dado que las empresas e instituciones contactadas no disponían de itms para la entrega de recursos económicos o porque no hubo interés en auspiciar dicha publicación.

Se debió recurrir a estas empresas, debido a que la institución patrocinante no podía hacerse responsable de este proyecto dado la escasez de recursos de que dispone en el presupuesto del año en curso.

A pesar de lo anterior, la base de datos y el documento escrito quedó en manos de la misma para su posterior publicación.

5.- Proyecto N° 3: “Propuesta de asociación de hogares para Adultos mayores de la Región de Valparaíso”.

El Objetivo General del proyecto se refirió a convocar y comprometer la participación de estos establecimientos en la formación de una Asociación.

Para el logro de éste, se plantearon dos objetivos específicos, el primero fue integrar a los diferentes Hogares para adultos mayores, en una propuesta de organización y funcionamiento de Asociación de Hogares para Adultos mayores. Objetivo que no se logró, a pesar del interés manifestado en la reunión de presentación.

Si bien se elaboraron los listados y las invitaciones para dichas reuniones programadas con antelación, el equipo de coordinación general de la institución patrocinante creyó pertinente no realizarlas, por las dificultades que podrían producirse frente a la imposibilidad de poder responder a las eventuales demandas surgidas de las reuniones programadas. Por lo anteriormente expuesto las aprehensiones institucionales se convirtieron en elementos obstaculizadores del programa. Lo anterior tendría su explicación, convirtiéndose en uno de los motivos principales, en las dificultades presentadas debido a los desajustes presentados en la fase de coordinación del proceso administrativo, toda vez que no hubo una clara dependencia del proyecto en ninguna de las

jefaturas existentes en la Intendencia Regional y desde las cuales debió enmarcarse en forma clara el proyecto. Esto último influyó en las tomas de decisiones que debieron ejecutarse al momento de poner en práctica el programa en sus diferentes etapas y proyectos, lo que en definitiva redundó en que no pudieran ejecutarse y por lo tanto lograrse los proyectos descritos con anterioridad.

Según lo anterior y a la luz de lo expuesto, el segundo objetivo del proyecto no se logró.

6.- Aplicación de los Criterios Evaluativos

A continuación se presenta una evaluación en base a los criterios evaluativos de G. Briones:

6.1.- Logros:

A partir de la implementación del programa se logró motivar e incentivar en los Hogares para Adultos Mayores de la Región de Valparaíso la necesidad de participar en instancias que permitieran el planteamiento de sus necesidades e inquietudes frente a entes públicos de carácter más decisonal, lo que quedó reflejado de la reunión que se sostuvo con ellos, reunión en la que plantearon dificultades y necesidades. Así también logró crear la expectativa en las entidades públicas, pertenecientes al Comité Regional del Adulto Mayor y en los Servicios de Salud de la región por conocer la información surgida del estudio y por último se logró sacar la información requerida, sistematizada en un Catastro útil para los servicios involucrados.

6.2.- Eficiencia:

Se puede decir que el programa fue útil a la consecución de uno de los principales productos del programa el Catastro de Hogares de Adultos Mayores de la Región de Valparaíso, el que da a conocer por primera vez el número y las características que estos asumen. Fue eficiente en cuanto a la movilización de recursos internos de la institución y en la provocación de la motivación a participar por parte de los sujetos de acción de la intervención.

6.3.- Participación:

El programa tuvo una participación importante, si se considera que es primera vez que se realiza una actividad de esta naturaleza, además de que muchos de los convocados no fueron motivados antes de ser invitados. Dicha participación numérica no sólo se manifestó en la cantidad, sino que también en la calidad, en referencia a los aportes que se hicieron en la reunión programada como también en los contactos personales y telefónicos que se sostuvieron.

6.4.- Impacto:

A partir del enfoque que se le dio al programa, en función de abarcar establecimientos privados y de beneficencia e instituciones de carácter público que desarrollan su labor en el área, se especifica que el proyecto tuvo un impacto relativo importante, ya que reunió a diferentes organizaciones y/o instituciones, además de posesionarse de un área geográfica muy amplia. Sin embargo este pudo haber sido mayor si se hubiese permitido la continuidad del programa.

6.5.- Persistencia:

Si bien para evaluar la persistencia de los cambios producidos a partir de la intervención es necesario realizar estudios posteriores, es posible afirmar que la información recabada será y está siendo de una utilidad muy importante, debido a que la investigación por primera vez seleccionó información parcelada y desconocida incluso por los servicios públicos que intervienen en el área. Además de crear las bases en la institución patrocinante para realizar futuras acción sobre la base de lo realizado por el estudio.

Si se sigue utilizando la base de datos existirá persistencia en lo realizado por el estudio. Sin embargo, debiera ser importante mencionar, que la institución patrocinante es la única hasta el momento que pudiera hacer algo en la materia, de manera de poder ejecutar planes y programas para este sector. Sin embargo este debe querer hacer las gestiones pertinentes para que este trabajo tenga persistencia en el tiempo.

CAPITULO VI
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

1.- CONCLUSIONES

Respecto al Tema de Seminario:

El tema abordado en el Seminario orientado en primer lugar a dar a conocer la cuantía y características asumidas por los Hogares para Adultos Mayores de la región de Valparaíso y en segundo lugar a provocar una asociación entre los mismos se constituyó en un gran desafío para el Alumno Seminarista, por cuanto la información existente se encontraba parcelada y distribuida en las diferentes reparticiones públicas que se han enfocado a este tema, además de que los mismos establecimientos para Adultos mayores veían una especie de intromisión en como prestaban sus servicios. Además de esto se apreciaba una gran diferencia en los modos de atención entre aquellos privados, de los que son de beneficencia. Ambas realidades no se relacionan entre si y por lo mismo la calidad de atención al Adulto Mayor residente también es muy diversa, siendo en el caso de los Hogares de beneficencia más productiva en cuanto a servicios sociorecreativos y a la posibilidad de acceder a beneficios de parte del sector público.

El conjunto de estos factores generales ofrece una visión de los Hogares que se caracteriza por poseer un número de Adultos Mayores muy reducido respecto al universo existente en la región, con una concentración mayor en aquellos que son de beneficencia, lo que implica un enfoque distinto de atención para los residentes en uno u otro tipo de Hogar. En general se cumple con la normativa existente que rige su accionar, sin embargo no es posible pensar que estas se puedan cumplir a cabalidad, dado que el reglamento creado para supervisarlos no ha variado mucho en el tiempo y no se ha creado un organismo específico que vele por un sistema de atención mejor. Estos factores han influido en los residentes de dichos Hogares, aunque en mayor proporción en aquellos de tipo privado, debido a las características que presentan: desmotivación hacia la actividad, aislamiento de su entorno social, pasividad y baja autogestión.

Sin embargo lo anterior, se podría destacar que aquellos Hogares que son de beneficencia están haciendo esfuerzos por dar otro enfoque en la atención que prestan.

Un elemento importante ha mencionar es la desinformación que se tiene de la situación de los adultos mayores respecto de la forma específica en que enfrentan su etapa de vida al interior de un Hogar para Adultos mayores, debido a que hay una carencia de estudios al respecto en la realidad del país.

A las anteriores situaciones descritas se suma la ausencia de programas que permitan a los Hogares para Adultos Mayores reciban los apoyos necesarios para desarrollar las actividades necesarias para mejorar la calidad de sus servicios en forma autogestionadas. A este respecto el Alumno Seminarista considera importante destacar que a partir de las actividades que pudieron haberse desarrollado, se hubiese cumplido con satisfacer la necesidad de crear una asociación que represente a este sector en la región, de modo de poder captar la alta motivación por relacionarse entre unos y otros.

El tema estudiado concita un gran interés en el medio social, lo que fue vislumbrado a partir de los propios representantes de estos establecimientos y de los diferentes organismos públicos que de una u otra manera están involucrados en el tema. Esto fue un gran acierto al momento de estudiarlo, dado que se constituyó en un estudio pionero en la región.

Respecto de la Institución Patrocinante:

Dentro del quehacer gubernamental, el Alumno Seminarista, como miembro de un equipo general, tuvo una rápida inserción, destacándose que dentro de la coyuntura institucional se tuvo apoyo para poder realizar el estudio, sin embargo el Comité Regional para el Adulto Mayor, si bien ha desarrollado importantísimas acciones en beneficio del grupo etéreo en estudio, dentro del organigrama institucional no tiene un poder decional importante, es debido a ello que no pudo defender la continuidad de los proyectos que estaban en el programa.

En consecuencia la institución patrocinante habría coadyuvado a crear decepción en los representantes de los Hogares invitados. Dado la alta motivación que se generó con respecto al tema.

La disponibilidad de recursos económicos no fue la óptima, lo que complicó la realización de los proyectos. Esto vale principalmente para el proyecto N° 2 en específico y en general para la facilitación en el uso de insumos, que sin embargo pudieron obtenerse gracias a la gestión del Alumno.

La dependencia administrativa del Seminario de Título, si bien recayó en el Comité Regional del Adulto Mayor, se diluyó debido a razones de espacio y de falta de un responsable institucional directo. Esto contribuyó a que el Alumno Seminarista dependiera de tres estamentos; el Comité Regional del Adulto Mayor, el Departamento de Acción

Social y la Jefatura de Gobierno Interior y Administración. Esto derivó en que las decisiones asumidas por las diferentes jefaturas fueran contradictorias y extemporáneas, dificultando la realización de las actividades. Esto reflejó la poca coordinación entre las jefaturas en lo referido al Seminario de Título.

Respecto a la Intervención Profesional:

Las acciones que dieron cuerpo al Seminario de Título tuvieron una buena acogida por parte de la Institución patrocinante y de los establecimientos estudiados.

Con el trabajo realizado en la intervención profesional se sentaron las bases en cuanto a la entrega de una información importante la que queda a disposición para el conocimiento público, además de que promovió una motivación en estos establecimientos posible de ser explotada en lo futuro.

Importante es señalar que el producto obtenido del presente Seminario da lugar a una intervención profesional más a largo plazo, cimentando el con esto el trabajo para el Comité Regional del Adulto Mayor y para que este pueda ser entrelazado con los posibles organismos superiores a crearse próximamente, como el Servicio Nacional para el adulto mayor, cuya ley se encuentra en trámite en el Congreso Nacional.

Se señala que el hecho de que este Seminario fuera realizado por un solo alumno, se convirtió en un elemento obstaculizador, dada la demora que se generó en la etapa de investigación diagnóstica y en las gestiones que debieron realizarse para implementar los proyectos, considerando los muchos recursos institucionales que estaban en juego.

2.- SUGERENCIAS

A continuación se presentan una serie de sugerencias para la institución patrocinante, que se esperan sean consideradas en los nuevos lineamientos en el área de los Hogares para Adultos Mayores.

1. Se profundice el estudio de la calidad de los servicios de atención al Adulto mayor dentro de los Hogares creados para ellos.
2. Se diseñen estrategias de intervención desde el Comité Regional del adulto mayor de manera de crear proyectos específicos hacia el área.
3. Difundir los conocimientos entregados a partir del presente Seminario de Título, en tal forma que promueva nuevos estudios a partir de otras instituciones públicas.
4. Realización de reuniones periódicas entre el Comité Regional en pleno con los Servicios de Salud de la región, para así crear proyectos específicos en forma interinstitucional.
5. Implementación de talleres y actividades de difusión con el mayor número de Hogares para Adultos Mayores posible.
6. Comenzar por agrupar al sector a partir de la labor desarrollada por este Seminario para terminar con una asociación con estructura y organización.
7. Establecer el tema de los Hogares para Adultos mayores como un tema específico dentro de la orgánica del Comité Regional para el Adulto Mayor a partir de las diferentes áreas existentes en su plan de trabajo anual.
8. Continuar este tema en estrecha colaboración con centros académicos a través de nuevos Seminarios de Títulos o prácticas profesionales.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFÍA

Simone de Beauvoir. Citada por el Presidente de la Cámara de Diputados Sr. Gutenberg Martínez, Discurso.

El Mercurio de Valparaíso, Lunes 27 de Marzo del 2000

Carmen Barros y Otras; Los Hogares, una forma de atención al anciano, Revista de Trabajo Social N° 34

En Seminario Internacional "Pensando estrategias para el adulto mayor en el siglo XXI". Dra. Juana Silva Opazo.

Juan Chackiel, "El envejecimiento de la población latinoamericana". En "Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las personas de edad. Seminario Técnico". Santiago de Chile 8 al 10 de Septiembre de 1999.

Barros Lazaeta, Carmen: "Aspectos Sociales del envejecimiento"; en "La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa"; Organización Panamericana de la Salud; Washington, 1994

Domínguez, Oscar: La vejez Nueva Edad Social, De. Andrés Bello, Chile. 1982.

Perspectiva para un envejecimiento saludable en América Latina y el caribe". Peáez, Martha. En Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las personas de edad. 1999.

CELADE 1995, en "Envejecimiento, vejez y pobreza", forttes, Paula. Primer encuentro Regional (V Región) "Pobreza y Desarrollo".

Introducción a los servicios sociales, Demetrio Casado, Editorial Popular.

Eleonor Codoh y colaboradores. Reintegración social de los ancianos, Revista de Trabajo Social N° 47

Los estados de necesidad como objeto del trabajo social, Patricio García L., Revista de Trabajo Social N° 47

Ancianidad, familia e institución. María del Carmen García Pérez y Otro. Editorial AMARU

María del Carmen García Pérez y otro; Ancianidad, familia e institución

Comisión Multisectorial del Anciano, 1977. En Los Hogares, una forma de atención al anciano. Revista de Trabajo Social N° 39. Carmen Barros y otras.

Carmen Barros y otras, Revista de trabajo social N° 39

Reglamento de establecimientos de larga estadía para adultos mayores N° 2601, Ministerio de Salud

Dra. J. Silva O., Dr. J. Jerez N. "autocuidado del adulto mayor". Comité Nacional para el Adulto Mayor. 1999

Sra. Ema Rebolledo, Jefe Oficina de Registro y Control Profesionales médicas y Paramédicas, SSVQ

Vivianne Gahona Tapia y otros, Adultos Mayores organizados en la Comuna de Quillota, Seminario de Título. 1997.

María Cardemil. Seminario de Título Escuela de Servicio Social. 1998.

ANEXOS

COMUNA	INSTITUCIÓN	DIRECCIÓN	TELÉFONO	N° RESIDENTES	N° DE MUJERES	N° DE HOMBRES	AUTORIZACIÓN DEL S.S.	NOMBRE	DIRECTOR O PROPIETARIO LEGAL	DOMICILIO	PROFESIÓN	OBSERVACIONES
1	Vaiparaiso	Hogar Errazuriz	340593	7	4	3	si	Janett Valenzuela		idem	guardadora	mas 6 Pacientes Psiquiátricos
2	Vaiparaiso	Hogar Anita	289004	8	4	3	si	Ana L. Bastias Salinas		idem	auxiliar	
3	Vaiparaiso	Casa Blanca	256631	8	5	3	en trámite	Maria Salazar Mofré		idem	guardadora	
4	Vaiparaiso	Puerta Esperanza	219240	9	6	3	si	Georgina Gonzalez M.		idem	asesnalera	pacientes Psiquiátricos
5	Vaiparaiso	Hogar protegido N° 1	289072	8	5	3	si	Riquelme Castro Colfó		idem	guardadora	
6	Vaiparaiso	Hogar Hijas de la Providencia	251657	19	19	0	si	Congregación Hijas de la prov.		sin datos	no corresponde	
7	Vaiparaiso	H. Extrahospitalario (Trauma)	375483	8	2	6	si	Maria I. Garrido Carvajal		idem	guardadora	4 en modalidad atención diurna
8	Vaiparaiso	Hogar protegido N° 2	283143	7	4	3	si	Beatriz Pizarro Suso		idem	Cuidadora	
9	Vaiparaiso	Hogar Hijas de los pobres	861208	74	47	27	si	Superiora Maria Angeles		idem	Religiosa	
10	Vaiparaiso	Hogar San Ignacio	220278	10	5	5	si	Antonio Blichmer (Hog de Clo.)	Traslavina 238	idem	Medico	
11	Vaiparaiso	Hogar San Bernardo	374934	19	13	6	si	Maria Quiñones Escobar		idem	Auxiliar inf.	
12	Vaiparaiso	Hogar Los Pájaros	797443	5	4	1	si	Ines Meza Carballo		idem	s/profesión	
13	Vaiparaiso	Casa de reposo Marcelina	229501	13	5	8	si	Marcelina Sandoval Sepovia		idem	Técnico Param.	
14	Vaiparaiso	Hospedera Alberto Hurtado	594322	48	48	0	si	Juan Brown		idem	Asst. Soc.	
15	Vaiparaiso	Hosp. Posada de la Esp.	591713	48	0	48	si	Piedad Soto		idem	Auxiliar inf.	
16	Casa Blanca	Hogar María Inmaculada	742501	63	37	26	si	Liliana Urzúa V.		idem	Auxiliar inf.	
17	San Antonio	C. Postorados Posada Emáus	222806	18	9	9	si	Marta Osorio Cerda	Araxay 1450	Acm. Publico		
18	Lilo Lilo	H. Parroquial Divina Prov.	282320	53	42	11	si	Alejandro Santa María Arce	Arzb Valdivieso 255	Parroco	religiosis	sin Director Técnico
19	Cartagena	Ntra Señora de Lourdes	28220302	17	8	9	si	Cong. Hnas. De la Misericordia		idem	religiosis	
20	Vina del Mar	Calina	373489	7	7	0	si	Cemilo Meila Gujardo	sin datos	idem	Medico	
21	Vina del Mar	Casa Verde	582203	9	7	2	si	Viviana Hurtado Quirféro	scitos	idem	Enfermera U.	
22	Vina del Mar	Renacer	594340	7	5	2	si	Jeny Hensen Jorquera	idem	idem	s/profesión	
23	Vina del Mar	CIDMAR LTDA	493058	9	6	3	si	Soc. Bustos Cid	idem	idem	no corresponde	
24	Vina del Mar	Hogar Juana Jimenez	775559	5	3	2	si	Juana Jimenez	idem	idem	auxiliar Erf.	
25	Vina del Mar	Centro Geriátrico La Floresta	571154	16	18	0	si	Viviana Hurtado Quirféro	idem	idem	Enfermera U.	
26	Vina del Mar	Hogar de ancianos	495918	7	5	2	si	Luis Pérez O	idem	idem	comerciante	
27	Vina del Mar	Casa reposo Las Palmeras	582459	14	7	7	si	Brenda Carvajal	idem	idem	Tec. Paramédico	
28	Vina del Mar	Floz de Aconc	scitos	20	18	2	si	Ximena Stibickirown	idem	idem	Enfermera U.	
29	Vina del Mar	Casa Reposo Villa Dulce	541607	4	3	1	si	Teresa Valasquez	idem	idem	Auxiliar inf.	
30	Vina del Mar	Casa Estrella Vina del Mar	28523572	4	3	1	si	Margarita Cornijo	idem	idem	Aux. Erf.	
31	Vina del Mar	Htas. De los pobres	381208	79	60	19	si	Cong. Hermanas de los Pob	idem	idem	Religiosis	
32	Vina del Mar	Eterna Primavera	665469	18	17	1	si	Ilida Valladares Lisboa	idem	idem	Comerciante	
33	Vina del Mar	Casa reposo Iberia	583022	9	6	3	si	Sara Figueroa	idem	idem	s/profesión	
34	Vina del Mar	Hogar del Adulto Mayor	495650	30	29	1	si	Margarita Cárdenas	idem	idem	Adm. De Empresa	
35	Vina del Mar	La Casona	979507	10	5	4	si	Sara Figueroa	idem	idem	Comerciante	
36	Vina del Mar	Residencia del A.M. Nataly	775912	5	5	0	si	Gladis Slez Urra	idem	idem	s/profesión	
37	Vina del Mar	La casa de Blanca	Alvarez 1720	13	9	4	si	Carlos García Alfaro	idem	idem	Jubilado	
38	Vina del Mar	Preciosa Sangre	775521	20	20	0	si	Hna. Angelica Bugatini B.	idem	idem	Religiosa	
39	Vina del Mar	Abonda	572161	18	15	3	si	Leonel Inzunza Olivares	idem	idem	Comerciante	
40	Vina del Mar	Casa de Reposo Margot	699248	9	6	2	si	Josefina Espinoza Ruiz	idem	idem	s/profesión	
41	Vina del Mar	Casa Reposo Recreo Ltda	665103	10	7	3	si	Nury Ojeda B.	idem	idem	Enfermera U.	
42	Vina del mar	C. De Acopida	660343	23	16	7	si	Rita Van Dick	idem	idem	Enfermera U.	
43	Vina del Mar	Hogar Mi Casa	582916	4	3	1	si	Teresa del Carmen Villanueva	idem	idem	guardadora	
44	Concón	Casa Reposo Gilda	811432	7	6	1	si	Guida Bugello Carvajal	idem	idem	Cuidadora	
45	Quilpué	Casa de Reposo Marmata	566007	9	9	0	si	Lucia Miranda Zurifga	idem	idem	Guardadora	
46	Quilpué	Corp. Evang. Florencia Smith	911085	16	16	0	si	Corp. Unión evangelica	Santiago	idem	no corresponde	
47	Quilpué	C. Aogida Padre Hurtado	942121	21	18	3	si	Hogar de Cristo	Traslavina 238	idem	no corresponde	
48	Quilpué	Rosicland	546086	9	6	3	si	Clara Taborga	idem	idem	auxiliar Erf.	
49	Quilpué	Hogar Aleman	405323	27	21	6	si	Nili Aron	idem	idem	Enfermera U.	
50	Quilpué	Hogar Padre Hurtado	942121	108	57	51	si	Hogar de Cristo	Traslavina 238	idem	no corresponde	
51	Quilpué	Casa Reposo La Abuelita	912836	9	5	4	SI	José Monarés Campillay	idem	idem	Tec. Automotriz	
52	Quilpué	Residencia Betania	948741	5	5	0	SI	Hogar de Cristo	Traslavina 238	idem	no corresponde	
53	Quilpué	C. Acopida Las Rosas	828504	17	12	5	SI	Hogar de Cristo	Traslavina 238	idem	no corresponde	
54	Villa Alemana	Nilda Victoria	950364	10	7	3	SI	Pamela Scribante	idem	idem	comerciante	
55	Villa Alemana	Altenheim	710946	3	2	1	SI	Gabriel Mancilla	idem	idem	comerciante	

58	Villa Alemana	La Lela	Arauco 129	955722	7	4	1	si	Carolina Jarama	idem	idem	comerciante	
59	Villa Alemana	Lorena	Madriz 247	950013	8	5	3	si	Sabina Curanti	idem	idem	Auxiliar Enf.	
60	Peña Blanca	Hogar atonaras La Aunación	Lautaro 388	820010	84	37	3	si	Alicia Bravo	idem	idem	comerciante	
61	Limache	Casa de Reposo	Riquelme 256	09-3484410	6	2	47	no	Antonio Berchtner	Traslavina 253	idem	Administrador	
62	Limache	Casa de Reposo Trinidad	República 2107	413413	13	10	3	si	Lisette Soto Rojo	idem	idem	Culicadora	
63	Limache	Casa de Esfudia Carmencita	Palmira Romano Norte 117	366705	13	13	0	en trámite	Cecilia Claudia Bevinca	Olmus (443565)	idem	Comerciante	
64	Limache	Luz y Esperanza	Palmira Romano Norte 211	415086	10	8	2	si	Ana Mariella Zalazar	idem	idem	suprtesión	
65	Limache	Santa Teresa de los Andes	Riquelme 445	411696	20	9	11	si	Isolda Castillo Cortés	idem	idem	suprtesión	
66	Limache	Dulce Esperanza	Coronel 461	411920	9	6	3	si	Susana Maurina	Condell Pte. Camus 1	idem	manipuladora alm	
67	Limache	Elen Harmon	Cauculcan 65	366283	6	6	0	si	Adela Adams	sidabo	idem	Comador	
68	Limache	Santa Rita de Casia	Coñ 0284	412875	7	7	0	si	Carmen Aravena	Condell 231	idem	Paramédico	
69	Limache	Centro geriátrico Olmus	Meirina 339	419841	3	3	0	en trámite	Juan Calderón	sidabo	idem	Paramédico	
70	Quilota	Rosa de Sarón	Majú 874	310371	8	5	3	si	Margara de la Rosa	idem	idem	suprtesión	
71	Quilota	Institución Amenci	Arauco 83	354662	9	0	9	si	Rebeca Ribera Pizarro	Freire 799 (311939)	idem	Comerciante	
72	Quilota	Rosa Kraye	San Martín 460	310267	77	38	39	si	Congreg. Hospitalarias Sr. José	idem	idem	Relig. cas	
73	Quilota	Rayito de luna	Blanco 505	313041	10	9	1	si	Hilda Zarate Campos	Carrera 395	idem	Relig. cloga	
74	Cabildo	San José	Auca Cezanem Sur sin	781059	25	14	11	si	Chispaco de san Felipe	idem	idem	Relig. cas	
75	San Felipe	Corazón de Jesus	Chalcuico 274	514641	18	9	9	si	Rosa Toledo Ghili	idem	idem	Relig. cas	
76	San Felipe	San Vicente de Paul	Yungay 351	533202	12	12	0	si	Marta Gonzalez Herrera	Condell 173	idem	suprtesión	
77	San Felipe	Fund. Agrícola Emilio Trivelli	Tecozai 4511	535579	32	32	0	si	Doctores Estay Muñoz	idem	idem	suprtesión	
78	San Felipe	Hospederia Hogar de Cristo	P. Alberto Unidad 63	510138	16	16	0	si	Mario Rivera	idem	idem	Asistencia Soc	
79	Negales	Hogar Ntra. Sra. del Carmen	Acurate 121	262762	44	23	21	en trámite	Fernando Alvarez Galvez	Rovini 1561, Sigo	idem	Relig. Comercial	
80	Los Andes	Nuestra Sra. de los Dolores	Tres Cámaras 136	421112	35	12	23	si	Hna. Diana Guierrez	idem	idem	Relig. cas	
				TOTALES	1528	1016	572	1528					



COMITE REGIONAL
REGION VALPARAISO



**REGISTRO DE ESTABLECIMIENTOS
SERVIDORES DE ADULTOS MAYORES
DE VALPARAÍSO**

Dirección del establecimiento: _____

Comuna: _____

Código Postal: _____

Número de residentes: _____

Número de mujeres: _____

Número de hombres: _____

¿Cuenta con autorización del Servicio de Salud para la instalación y funcionamiento del local?

a) SI: _____ b) NO: _____

Identificación del propietario o representante legal.

Nombre: _____

Apellido: _____

Domicilio: _____

Profesión: _____

¿Ha participado en algún seminario o capacitación respecto al tema de Adulto Mayor o envejecimiento?

a) SI: _____ b) NO: _____

Identificación del Director Técnico.

¿Es Director Técnico en el establecimiento? a) SI: _____ b) NO: _____

Nombre: _____

Profesión: _____

Seguimiento y cumplimiento de su reglamentación:

¿Existe formulario de contrato entre el establecimiento y el residente o su representante?

a) SI: _____ b) NO: _____

¿Cuenta con un plan de evacuación ante emergencias? a) SI: _____ b) NO: _____

1.- Qué servicios considera los costos de mantención por residente: _____

20.- A través de qué medios obtiene su financiamiento el establecimiento:

- | | | | |
|--|-------|---------------------|-------|
| a) sólo a través de sus residentes | _____ | Indique el monto \$ | _____ |
| b) A través de aportes de la beneficencia pública | _____ | Indique el monto \$ | _____ |
| c) A través de aportes estatales | _____ | Indique el monto \$ | _____ |
| d) A través de aportes de instituciones religiosas | _____ | Indique el monto \$ | _____ |
| e) A través de aportes internacionales | _____ | Indique el monto \$ | _____ |
| f) Otros, nómbrelo. _____ | _____ | Indique el monto \$ | _____ |

21.- Quien es el responsable del control de finanzas o de libros contables

- a) El Director o dueño del establecimiento _____
- b) Un equipo contable profesional _____
- c) Alguno de confianza del Director o dueño del establecimiento _____
- d) Otros, indique quién. _____

22.- Capacidad de la institución en cuanto a residentes N° _____

23.- Número de residentes actuales N° _____

24.- Existe lista de espera para ingresar a la institución a) SI: _____ b) NO: _____

25.- En caso de respuesta afirmativa, indique número de personas que se encuentran esperando oportunidad de ingreso.

- a) N° _____
- b) No sabe: _____

26.- El promedio de permanencia de los residentes en el Hogar es de:

- a) Menos de 5 años _____
- b) De 5 a 10 años _____
- c) De 10 a 15 años _____
- d) De por vida _____

27.-Cuál es la edad mínima para ingresar al establecimiento: _____

28.- Cual es la edad máxima para ingresar al establecimiento: _____

29.- Indique número de años que más tiempo ha estado un residente en el establecimiento _____

30.- Indique el número de defunciones de residentes durante el año 1999 N° _____



1.- Indique las condiciones de ingreso que la institución exige para los posibles residentes

- a) Autovalentes _____
- b) No valente o postrado _____
- c) Discapacidad motora _____
- d) Abandonado _____
- e) Carente de recursos _____
- f) Edad mínima _____
- g) Edad máxima _____
- h) no tiene _____

2.- Recibe el establecimiento a Adultos Mayores **NO** autovalentes: a) SI: _____ b) NO: _____

3.- Indique número de residentes autovalentes: N° _____

4.- Indique el numero de residentes semivalentes o dependientes: N° _____

5.- Indique número de residentes postrados en cama o no valentes: N° _____

6.- Indique cuales son las causales más solicitadas de ingreso _____

7.- Indique quién es la persona que más habitualmente solicita la internación

- familiares que no sean sus hijos a) SI: _____ b) NO: _____
- hijos a) SI: _____ b) NO: _____
- amigos a) SI: _____ b) NO: _____
- o propio adulto mayor a) SI: _____ b) NO: _____
- institución a través de algún profesional. a) SI: _____ b) NO: _____
 - a) Qué Institución: _____ b) Qué profesional: _____
- institución policial a) SI: _____ b) NO: _____
 - a) Qué Institución: _____ b) Motivo: _____

8.- Indique las causales más habituales de retiro de la institución: _____

9.- En cuanto al inmueble:

1.- Existe documento que acredite dominio del inmueble o los derechos a utilizarlo por el peticionario para uso como establecimiento de larga estadía.

- a) SI: _____ b) NO: _____

- Existe libro foliado de uso de los residentes o sus familiares para sugerencias o reclamos

a) SI: _____ b) NO: _____

- Ese libro es timbrado regularmente por el Servicio de Salud respectivo si es que existe

a) SI: _____ b) NO: _____

- Indique los artículos que la institución solicita en forma obligatoria a los residentes

- Se le permite a los residentes tener artículos privados que no sean los solicitados por el establecimiento reglamentariamente (cama, muebles, fotografías, artículos decorativos, etc.)

a) SI: _____ b) NO: _____

- Indique cuánto cobra el establecimiento por la permanencia del residente en:

a) Habitación individual \$ _____

b) Habitación compartida \$ _____

- El origen del aporte por residente se da preferentemente a través de:

- a) PASIS _____
- b) Jubilación _____
- c) Aporte de familiares _____
- d) Institucionales _____
- f) Otros. Indique cual. _____

- La representación para cobro de pensiones u otros trámites de los residentes, la tiene a cargo:

- a) El representante legal del hogar _____
- b) Los familiares, parientes o amigo del residente _____
- c) El propio residente _____

- Indique el costo mensual promedio de mantención por residente a) \$ _____

c) No sabe: _____

1.- La calidad del inmueble donde está ubicado el establecimiento, como sus instalaciones, cumplen con Ordenanza General de Construcción y Urbanización para funcionar como establecimiento de larga estancia según lo dispone el Servicio de Salud.

a) SI: _____ b) NO: _____

2.- Cumple con los requisitos de prevención y protección contra incendios que establece el Reglamento sobre condiciones sanitarias y ambientales básicas en los lugares de trabajo.

a) SI: _____ b) NO: _____

3.- Existe al menos un oficina/sala de recepción, que permita mantener entrevistas en privacidad con los residentes y familiares.

a) SI: _____ b) NO: _____

4.- El establecimiento tiene más de un piso

a) SI: _____ b) NO: _____

5.- El establecimiento cuenta con sala de estar de uso múltiple

a) SI: _____ b) NO: _____

6.- Si es así, cuenta con capacidad para el 100% de los residentes en forma simultánea

a) SI: _____ b) NO: _____

7.- Tiene elementos de recreación para los residentes, tales como:

Juegos a) SI: _____ b) NO: _____

Entrevistas a) SI: _____ b) NO: _____

Libros a) SI: _____ b) NO: _____

Televisor a) SI: _____ b) NO: _____

Equipo de música a) SI: _____ b) NO: _____

Otros, indique cuales: _____

8.- Posee zonas para recreación, con 1 metro cuadrado mínimo por residente, de patio, terraza o jardín.

a) SI: _____ b) NO: _____

9.- Posee comedor suficiente para el 50% de los residentes simultáneamente.

a) SI: _____ b) NO: _____

De los dormitorios del establecimiento:

- Nº de camas por dormitorio:
- a) 5 camas por dormitorio: _____
 b) 4 camas por dormitorio: _____
 c) 3 camas por dormitorio: _____
 d) 2 camas por dormitorio: _____
 e) 1 cama por dormitorio.: _____
- 1.- Guardarropa individual a) SI: _____ b) NO: _____
 2.- Un velador por cama a) SI: _____ b) NO: _____
 3.- Timbre de tipo continuo por cama a) SI: _____ b) NO: _____

I.- De los servicios higiénicos

- 3.- Se encuentran cercanos a los dormitorios a) SI: _____ b) NO: _____
 4.- Son de fácil acceso a) SI: _____ b) NO: _____
 5.- Cuantos baños con ducha existen por residentes Nº _____
 6.- permiten la entrada de silla de ruedas a) SI: _____ b) NO: _____
 7.- tiene pisos antideslizantes a) SI: _____ b) NO: _____
 8.- Cuenta con agua caliente y fría a) SI: _____ b) NO: _____
 9.- Cuenta con agarraderas de apoyo a) SI: _____ b) NO: _____
 10.- Existen duchas que permitan el baño auxiliado a) SI: _____ b) NO: _____
 11.- Existe timbre de tipo continuo a) SI: _____ b) NO: _____

II.- De la Cocina:

- 1.- Cumple con las condiciones higiénicas y sanitarias a) SI: _____ b) NO: _____
 2.- Ha sido supervisado por el Servicio de Salud respectivo a) SI: _____ b) NO: _____
 3.- Existe lugar cerrado para mantener equipamiento e insumos médicos y de enfermería mínimos tales como estetoscopio, termómetros, botiquín de primeros auxilios y archivos de historias clínicas.
 a) SI: _____ b) NO: _____

III.- En cuanto a equipamiento para lavar, existe:

- 5.- Lavadero con pileta a) SI: _____ b) NO: _____
 6.-Lugar de recepción y almacenamiento de ropa sucia a) SI: _____ b) NO: _____
 7.- Lavadora adecuada para el número de residentes a) SI: _____ b) NO: _____
 8.- Implementación para secado y planchado de ropa a) SI: _____ b) NO: _____
 9.- Lugar para clasificar y guardar ropa limpia a) SI: _____ b) NO: _____
 10.- Otros (lavado fuera del establecimiento, con familiares, etc.) a) SI: _____ b) NO: _____

- En cuanto al personal que se desempeña en los establecimientos

- El Director Técnico se coordina con otros servicios para satisfacer las necesidades de los residentes: emergencias de urgencia, traslados, exámenes de laboratorio, interconsultas, etc.,

a) SI: _____ b) NO: _____

...- El personal reúne los requisitos pertinentes de formación y capacitación necesarios para su desempeño.

a) SI: _____ b) NO: _____

3.- Si la respuesta es afirmativa, indique donde se han realizado cursos de formación o capacitación:

-) En Institutos profesionales _____
-) En Universidades _____
-) En Servicios de salud respectivos _____
-) En centros privados que otorguen cursos de perfeccionamiento _____
-) En otros organismos estatales con vinculación en el área _____

4.- El Director técnico mantiene una historia clínica de todos los residentes.

a) SI: _____ b) NO: _____

5.- Se han elaborado normas de procedimientos para el personal en relación con situaciones de

- | | | |
|--|--------------|--------------|
| emergencias médicas | a) SI: _____ | b) NO: _____ |
| aseo e higiene de las dependencias | a) SI: _____ | b) NO: _____ |
| entretenimiento y recreación de los residentes | a) SI: _____ | b) NO: _____ |
| visitas | a) SI: _____ | b) NO: _____ |
| horas alimenticias | a) SI: _____ | b) NO: _____ |
| otros | a) SI: _____ | b) NO: _____ |

6.- N° de auxiliares de enfermería existentes: N° _____

7.- N° de cuidadores no auxiliares de enfermería N° _____

8.- Indique tipo de establecimiento de salud al que acuden los residentes para controles y tratamientos médicos

- a) Los controles y tratamientos se realizan en el propio establecimiento _____
- b) Consultorios del sector _____
- c) Clínicas privadas _____
- d) Hospitales _____

9.- Cada cuanto tiempo se realizan los controles médicos a los residentes

- a) Una vez a la semana _____
- b) Dos veces en el mes _____
- c) Una vez al mes _____
- d) Cuando se requiera según la enfermedad _____

80.- Existe manipulador de alimentos a) SI: _____ b) NO: _____

81.- El manipulador de alimentos tiene carné sanitario al día a) SI: _____ b) NO: _____

82.- Existe auxiliar de servicio a) SI: _____ b) NO: _____

83.- N° de auxiliar de servicio existente: N° _____

84.- Nombre otros profesionales del área de la salud que acudan esporádicamente al establecimiento:

.....
.....
.....

4.- De las actividades

85.- Existen en el establecimiento actividades de tipo sociorecreativas para sus residentes

- a) SI: _____
- b) NO: _____

86.- Si su respuesta es afirmativa, indique las actividades sociorecreativas destinadas a los residentes

1.- _____
2.- _____
3.- _____
4.- _____
5.- _____
6.- _____
7.- _____
8.- _____
9.- _____
0.- _____

96.- Cómo se incentiva la relación grupal entre los residentes al interior del establecimiento

.....
.....
.....

97.- Se realizan actividades socio recreativas fuera del establecimiento

a) SI: ____ Cuáles: _____

b) NO: ____ Porqué: _____

98.- Ud. Cree que los residentes valentes se sienten motivados para colaborar en los quehaceres del establecimiento

a) SI: ____ b) NO: ____

99.- Porqué: _____

.....
.....

100.- Qué tipo de responsabilidades da el establecimiento a los adultos mayores residentes en él

.....
.....
.....

101.- Indique número de días y horario en que los residentes reciben visitas:

Días: _____

Horario: _____

102.- Indique promedio aproximado de residentes que reciben visitas: _____ %

103.- Las vistas a los residentes son realizadas por:

Parientes: a) SI: ____ b) NO: ____

Amigos: a) SI: ____ b) NO: ____

Instituciones de beneficencia: a) SI: ____ b) NO: ____

Otros. Especifique: _____

104.- Cómo definiría Ud. La conducta de los adultos mayores residentes luego de haber recibido visitas

.....
.....
.....

105.- En su opinión, cómo asumen los adultos mayores el ingreso al establecimiento

.....
.....
.....

106.- A quién comunica el adulto mayor residente las inquietudes o problemas que pudiera tener

- a) Al director o dueño del establecimiento
- b) Al personal que tiene su cuidado
- c) A los profesionales de la salud que los visitan
- d) A los familiares
- e) A otras personas ajenas al establecimiento ¿Quién?

107.- Cómo cree Ud. Que es la adaptación del adulto mayor a las condiciones que le entrega el establecimiento

.....
.....
.....

108.- Los residentes valentes, pueden salir solos del establecimiento

- a) Si, donde van _____
- b) No, porqué _____

109.- Los residentes valentes están incorporados voluntariamente a algún Club de adultos mayores, asociación o grupo religioso establecido de la comunidad

- a) SI: _____ ¿Cuál? _____
- b) NO: _____ ¿Porqué? _____

110.- Los residentes asisten a algún rito religioso dependiendo de su credo

- a) SI: _____ ¿Cuál? _____
- c) NO: _____ ¿Porqué? _____

OBSERVACIONES: _____
.....
.....
.....



GOBIERNO DE CHILE

INTENDENCIA REGION VALPARAISO

FAX N° _____/

VALPARAISO, septiembre 20 de 2000

DE : CORINA VILLARROEL CAMPOS
SECRETARIA EJECUTIVA
COMITÉ REGIONAL DEL ADULTO MAYOR

A : SEGÚN DISTRIBUCIÓN

De mi consideración:

Junto con saludarle y por orden de la Señora Intendente de la región de Valparaíso, tengo a bien invitar a Ud. a la presentación oficial del estudio denominado "Investigación sobre la realidad de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores en la región de Valparaíso".

A esta actividad que se realizará el día 11 de Octubre, a las 16:00 horas, asistirá la Intendente Regional Sra. Josefina Bilbao Mendezona, además de otras autoridades de la región y los representantes de los establecimientos estudiados.

La actividad se llevará a efecto en el Aula Magna de la Escuela de Derecho de la Universidad de Valparaíso, ubicada en Errázuriz 2120, Valparaíso.

Para el Comité Regional del Adulto Mayor es de sumo interés su participación en esta actividad, la que se enmarca dentro de una investigación patrocinada por esta Intendencia y ejecutada a través de la Universidad de Valparaíso y este Comité Regional.

Esperando que esta solicitud sea de su acogida,

Saluda atentamente a Ud.,
POR O. DE LA SRA. INTENDENTA REGIONAL

CORINA VILLARROEL CAMPOS
SECRETARIA EJECUTIVA COMITÉ REGIONAL ADULTO MAYOR
Intendencia Vª Región

CVC/lcc



GOBIERNO DE CHILE
INTENDENCIA REGION VALPARAISO

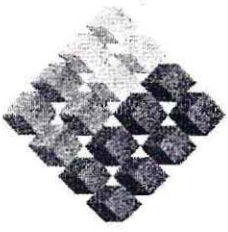
Distribución:

Señora Ema Rebolledo

Señora Carmen Garrido

**Departamento de Profesiones Médicas Servicio de
Salud Viña del Mar Quillota**

**Departamento de Programa de las Personas Servicio
de Salud Valparaíso San Antonio.**



GOBIERNO DE CHILE
INTENDENCIA REGION VALPARAISO

FAX N° _____/

VALPARAISO, Septiembre 20 de 2000

DE : **CORINA VILLARROEL CAMPOS**
SECRETARIA EJECUTIVA
COMITÉ REGIONAL DEL ADULTO MAYOR

A : **MANUEL PEREIRA**
SECRETARIO EJECUTIVO COMITÉ NACIONAL DEL ADULTO MAYOR

De mi consideración:

Junto con saludarle y por orden de la Señora Intendente de la región de Valparaíso, tengo a bien invitar a Ud. a la presentación oficial del estudio denominado "Investigación sobre la realidad de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores en la región de Valparaíso".

A esta actividad que se realizará el día 11 de Octubre, a las 16:00 horas, asistirá la Intendente Regional Sra. Josefina Bilbao Mendezona, además de otras autoridades de la región y los representantes de los establecimientos estudiados.

La actividad se llevará a efecto en el Aula Magna de la Escuela de Derecho de la Universidad de Valparaíso, ubicada en Errázuriz 2120, Valparaíso.

Para el Comité Regional del Adulto Mayor es de sumo interés su participación en esta actividad, la que se enmarca dentro de una investigación patrocinada por esta Intendencia y ejecutada a través de la Universidad de Valparaíso y este Comité Regional.

Esperando que esta solicitud sea de su acogida,

Saluda atentamente a Ud.,
POR O. DE LA SRA. INTENDENTA REGIONAL

CORINA VILLARROEL CAMPOS
SECRETARIA EJECUTIVA COMITÉ REGIONAL ADULTO MAYOR
Intendencia Vª Región

CVC/lcc

María Josefina Bilbao Mendezona, Intendente
de la Va. Región, Valparaíso, saluda muy cordialmente
a
y tiene el agrado de invitarle a la presentación oficial
del estudio **“Investigación de la realidad de los
Establecimientos de Larga Estadía para Adultos
Mayores de la Región de Valparaíso”**.

El estudio se enmarca
dentro de una investigación que contó con la
colaboración de los Servicios de Salud de la región, la
Universidad de Valparaíso y el Comité Regional del
Adulto Mayor, dependiente de esta Intendencia
Regional.

Esta actividad se realizará en el
Aula Magna de la Escuela de Derecho de la
Universidad de Valparaíso, Errázuriz 2120, Valparaíso,
el día 11 de Octubre de 2000, a las 16:00 horas.

Esperamos contar con su
valiosa participación y colaboración.

Valparaíso, 26 de Septiembre de 2000

S.R.C. 653230 – 653211

REPÚBLICA DE CHILE
GOBIERNO INTERIOR
INTENDENCIA Vª REGIÓN

SEÑORES
DIRECTORES O REPRESENTANTES LEGALES
HOGARES PARA ADULTOS MAYORES
REGIÓN DE VALPARAÍSO
PRESENTE

De mi consideración:

Junto con saludarle informo a Ud., que El Comité Regional del Adulto Mayor de la Intendencia de Valparaíso, presidido por la Intendenta Sra. Josefina Bilbao Mendezona, con la colaboración de los Servicios de Salud de la región, se encuentra desarrollando un estudio que tiene como finalidad el conocer las características de los Hogares o residencias para este sector de nuestra sociedad. Así mismo se ha interesado en conocer la calidad de vida de los ancianos y ancianas residentes en ellos.

El recabamiento de datos ha de hacerse por un equipo de estudio de la Universidad de Valparaíso, a cargo de profesionales de la Intendencia regional, específicamente del Departamento Social de este organismo y del Comité Regional del Adulto Mayor.

El estudio será dado a conocer a los organismos pertinentes del gobierno local, con el fin de diseñar alternativas de solución a los problemas resultantes del estudio.

Para este fin, esperamos su valiosa colaboración y facilitación de la información requerida, toda vez que su establecimiento se encuentra en el catastro enviado por los Servicios de Salud de la región a esta Intendencia Regional.

Sin otro particular, se despide atentamente de Ud.,

CORINA VILLARROEL CAMPOS
SECRETARIA EJECUTIVA
COMITÉ REGIONAL DEL ADULTO MAYOR
INTENDENCIA DE VALPARAÍSO

CVC/lcc.
C.c.: Archivo



GOBIERNO DE CHILE

INTENDENCIA REGION VALPARAISO

FAX N° _____/

VALPARAISO, septiembre 20 de 2000

DE : CORINA VILLARROEL CAMPOS
SECRETARIA EJECUTIVA
COMITÉ REGIONAL DEL ADULTO MAYOR

A : SEGÚN DISTRIBUCIÓN

De mi consideración:

Junto con saludarle y por orden de la Señora Intendente de la región de Valparaíso, tengo a bien invitar a Ud. a la presentación oficial del estudio denominado "Investigación sobre la realidad de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores en la región de Valparaíso".

A esta actividad que se realizará el día 11 de Octubre, a las 16:00 horas, asistirá la Intendente Regional Sra. Josefina Bilbao Mendezona, además de otras autoridades de la región y los representantes de los establecimientos estudiados.

La actividad se llevará a efecto en el Aula Magna de la Escuela de Derecho de la Universidad de Valparaíso, ubicada en Errázuriz 2120, Valparaíso.

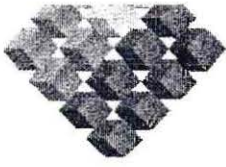
Para el Comité Regional del Adulto Mayor es de sumo interés su participación en esta actividad, la que se enmarca dentro de una investigación patrocinada por esta Intendencia y ejecutada a través de la Universidad de Valparaíso y este Comité Regional.

Esperando que esta solicitud sea de su acogida,

Saluda atentamente a Ud.,
POR O. DE LA SRA. INTENDENTA REGIONAL

CORINA VILLARROEL CAMPOS
SECRETARIA EJECUTIVA COMITÉ REGIONAL ADULTO MAYOR
Intendencia Vª Región

CVC/lcc



GOBIERNO DE CHILE
INTENDENCIA REGION VALPARAISO

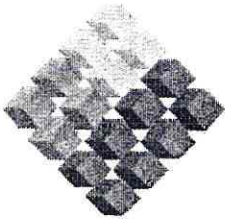
Distribución:

Señora Ema Rebolledo

Señora Carmen Garrido

Departamento de Profesiones Médicas Servicio de
Salud Viña del Mar Quillota

Departamento de Programa de las Personas Servicio
de Salud Valparaíso San Antonio.



GOBIERNO DE CHILE
INTENDENCIA REGION VALPARAISO

FAX N° _____/

VALPARAISO, Septiembre 20 de 2000

DE : CORINA VILLARROEL CAMPOS
SECRETARIA EJECUTIVA
COMITÉ REGIONAL DEL ADULTO MAYOR

A : ERNESTO GOMEZ
DIRECTOR EXTENSIÓN UNIVERSIDAD DE VALPARAISO

De mi consideración:

Junto con saludarle y por orden de la Señora Intendente de la región de Valparaíso, tengo a bien solicitar a Ud. la sala Rubén Darío perteneciente a vuestra Dirección de Extensión, a fin de poder desarrollar y presentar el tema relacionado al estudio denominado "Investigación sobre la realidad de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores en la región de Valparaíso".

Esta serie de actividades relacionadas al tema, necesita a parte del espacio físico, de implementación necesaria en cuanto a equipos de sonidos y equipos visuales.

Para tal efecto solicitamos este espacio cultural para los días 18 de Octubre y 8 y 15 de Noviembre del presente, de 10:00 a 14:00 horas, Para el Comité Regional del Adulto Mayor es de sumo interés esta actividad, la que se enmarca dentro de una investigación patrocinada por esta Intendencia y ejecutada a través de la Universidad de Valparaíso y este Comité Regional.

Esperando que esta solicitud sea de su acogida,

Saluda atentamente a Ud.,
POR O. DE LA SRA. INTENDENTA REGIONAL

CORINA VILLARROEL CAMPOS
SECRETARIA EJECUTIVA COMITÉ REGIONAL ADULTO MAYOR
Intendencia Vª Región

CVC/lcc

Distribución:

1. Sec. Director Extensión Universidad de Valparaíso
c.c.: Isabel Margarita Quiroz