

UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

Carrera de Trabajo Social



Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores, no Autorizados por los Servicios de Salud del Estado. Región Metropolitana.

Nombre Profesor Guía : Hilda Olivares Olivares.

Nombre Alumnas : Andrea Arroyo Morales

Ingrid Correa León

Tesis para optar al título de Asistente Social

Santiago.

2001

INDICE

PRESENTACIÓN

AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCIÓN

Antecedentes.....	Pág. 3
Justificación e Importancia	Pág. 6
Definición del Problema	Pág. 8
Limitaciones	Pág. 8
Objetivos de la Investigación	Pág. 9
Metodología de la Investigación	Pág. 11
Fuentes de Información	Pág. 12
Elaboración Instrumentos de Medición.....	Pág. 13
Selección de la Muestra.....	Pág. 14

MARCO TEÓRICO

Primera Parte: Envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe.....	Pág. 17
Segunda Parte: Perspectivas Teóricas del Envejecimiento: Biológicas, Culturales y Psicosociales.....	Pág. 29
Tercera Parte: Sistemas de Redes y Apoyo Social para el Adulto Mayor.....	Pág. 52
Cuarta Parte: Condiciones de Vida del Adultos Mayor en Chile.....	Pág. 69

Quinta Parte: Seguridad Social: Sistema Público de Seguridad Social y Programas de Salud.....	Pág. 80
---	---------

RESULTADOS

Parte I: Evaluación de una Experiencia del Trabajo Social en la realización de un Estudio	
Cuantitativo	Pág. 91
Parte II: Presentación y Análisis de Resultados.....	
Informe Técnico Cuantitativo.....	Pág. 107
Parte III: Evaluación Final	Pág. 137
Reflexión Final	Pág. 142
Propuestas y Conclusiones.....	Pág. 145
Aportes del Trabajo Social a la Temática del Adulto Mayor.....	Pág. 151

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

- **Catastro de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores. Región Metropolitana.**
- **Encuesta dirigida a los encargados de los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores.**
- **Encuesta dirigida a los Adultos Mayores residentes en los Establecimientos de Larga Estadía.**

AGRADECIMIENTOS

Es el momento de agradecer a todas aquellas personas y profesionales que en distintos momentos de esta investigación, apoyaron o facilitaron el trabajo teórico y práctico que la sustentan.

- Al entonces Secretario Regional Ministerial de Salud Región Metropolitana, Dr. Luis Martínez Oliva, quien confió en este grupo de alumnas entregándoles la responsabilidad de llevar a cabo el presente estudio.
- A la Sra. Hilda Olivares, Asistente Social, Encargada de la promoción de Salud, quien guió esta investigación, aportándonos su experiencia profesional, docente y humana a nuestra propia experiencia.
- Al Instituto Nacional de Previsión Social, institución que aportó antecedentes de vital importancia para el desarrollo de la presente investigación, además de difundir los resultados de ella mediante su publicación en 500 ejemplares.
- Al señor Daniel Lizana, Área Adulto Mayor del Hogar de Cristo, quien estuvo dispuesto a colaborar y entregar la información requerida mostrando su interés y compromiso con el estudio.
- Al señor Patricio Schramm Lathrop, quien gentilmente aportó la información requerida, además de facilitar nuestro ingreso a cada hogar de la Fundación Las Rosas.

- A la Sra. María de la Luz Vergara, Presidenta de la Sociedad de Conferencias de Señoras San Vicente de Paul, quien nos apoyo y abrió las puertas de cada hogar visitado.
- A todos los encargados y adultos mayores, quienes gentilmente nos abrieron las puertas de los hogares y contestaron nuestras preguntas. Información que permitió el desarrollo de esta investigación.
- *Finalmente agradecemos especialmente a nuestras familias, quienes nos brindaron su apoyo incondicional.*
- *Con mucho Amor quiero dedicar este trabajo: a mis Padres, Mirza y Guillermo, quienes me dieron la oportunidad y alegría de crecer en una hermosa familia. Ellos me han respetado, guiado y apoyado para poder seguir mi camino. Esto no lo podría haber logrado sin su incondicionalidad, amor, fuerza, tolerancia y perseverancia. Gracias por el esfuerzo que realizaron para darme la oportunidad de estudiar y cumplir con mis sueños.*

LOS AMO MUCHO.

- *Con Amor y admiración a mi hermano Guillermo , quien a pesar de su constante cuestionamiento, me ha apoyado y ha creído en las cosas que he realizado.*
- *A mi sobrino Camilo por ser la alegría de vida.*

INTRODUCCIÓN

En el marco del cumplimiento de metas regionales de la Secretaría Regional Ministerial de Salud, un equipo de alumnas de Trabajo Social de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano; en el contexto de su práctica profesional, desarrollaron la presente investigación, guiadas por la Asistente Social encargada de la Promoción de la Salud. Dicha meta tuvo por finalidad catastrar aquellos establecimientos de larga estadía, para adultos mayores, no autorizados para funcionar, por los Servicios de Salud, existente en la Región Metropolitana. La importancia de realizar este estudio, radica en el interés institucional, fundamentado en la necesidad de conocer la situación actual de los establecimientos de larga estadía para adultos mayores, para iniciar futuras intervenciones, en donde el Estado adquiera un rol preponderante, tanto en la creación e implementación de programas específicos, dirigidos a los diferentes adultos mayores, y a su vez realizar todos los esfuerzos necesarios, para lograr la aplicación eficaz de la Política Nacional para el Adulto Mayor.

Este estudio da cuenta del desarrollo de la temática, mediante su composición en cuatro partes. La primera parte está referida a la presentación metodológica del estudio en donde se exponen los objetivos que guiaron la investigación, su importancia, justificación y metodología, para luego introducir las especificaciones técnicas del estudio.

La segunda parte, consta del cuerpo teórico de la investigación, el cual está constituido por un capítulo, que trata los siguientes temas:

- Envejecimiento Poblacional
- Concepciones teóricas sobre Envejecimiento
- Sistemas de Redes y Apoyo Social para el Adulto Mayor
- Condiciones del Adulto Mayor en Chile
- Seguridad Social: Seguridad Social Pública y Programas de Salud para el Adulto Mayor.

La tercera parte de la investigación, presenta los resultados obtenidos por la presente investigación, estos fueron divididos en tres partes.

La primera, trata el desarrollo de una evaluación realizada al término del estudio, que relata y evalúa en detalle todo el proceso vivido por el equipo ejecutor del proyecto; evaluando la metodología utilizada y las tareas desarrolladas, evaluando los objetivos del proyecto, metas, resultados, efectividad, etc.

La segunda parte contiene la presentación, análisis e interpretación de los datos cuantitativos recogidos durante la investigación Este Informe entrega antecedentes de tipo demográfico, número de establecimientos no autorizados, características estructurales de éstos establecimientos, número y tipo de prestaciones, cantidad de usuarios, sexo, estado civil, capacidad funcional, entre otros antecedentes.

La tercera parte evalúa los resultados finales del estudio en relación con los resultados esperados, además contiene una reflexión del proceso vivenciado, conclusiones y propuestas. Terminando con un análisis de los aportes del Trabajo Social a la temática del adulto mayor, ya que desde esta perspectiva consideramos, un deber abrir un espacio de discusión e intervención social en esta área, realidad que a nuestro juicio debe ser mirada desde un enfoque integral por las políticas sociales.

Esta investigación pretende ser, finalmente un aporte para la mejor comprensión del fenómeno social que rodea al adulto mayor, que reside en estos establecimientos, poniendo énfasis en las redes formales e informales con las cuales éstos cuentan, y la caracterización de cada establecimiento, considerando su infraestructura, su funcionamiento y prestaciones otorgadas a los adultos mayores a quienes prestan servicios. Para de esta forma proyectar futuras acciones que tiendan al mejoramiento de los establecimientos que no cumplen con los requisitos exigidos y paralelamente propender un mejoramiento de la calidad de vida de sus residentes.

1.1 Antecedentes Generales

El envejecimiento de la población es un proceso mundial, que alude a una realidad multifacética, asociada a cambios tecnológicos, culturales y sicosociales, los que han influido en el perfil epidemiológico y demográfico de la población de todos los países.

Desde la perspectiva demográfica, este proceso adquiere importancia según la magnitud y proporción de población de personas mayores de 60 años, por sobre la población total. El aumento más significativo de este segmento de la población, se observa en países más desarrollados o en aquellos que se encuentran en una fase avanzada de transición demográfica, debido a bajas tasas de fecundidad y mortalidad. En la actualidad según cifras de CEPAL una de cada 10 personas a nivel mundial tienen 60 años y más, por lo que se estima que para el año 2025 esta cifra se duplicará. Cabe señalar que a su vez la misma población de adultos mayores en el mundo está envejeciendo, los mayores de 80 años constituyen el 11% de la población total de adultos mayores y de ella el 55% son de sexo femenino, situación que se acentúa en los mayores de 80 años a un 65% (Naciones Unidas, 1998).

Según cifras de CELADE, en América Latina las personas de más de 60 años, son hoy más del 7,5 % de la población total, es decir, uno de cada trece latinoamericanos es adulto mayor. Se estima que para el año 2020, dicho porcentaje aumentará a un 12% del total de la población latinoamericana.

Esta situación afecta con mayor intensidad a los países en vías de desarrollo, pues tienen menos recursos para enfrentar las consecuencias del envejecimiento, pero a su vez tienen la experiencia de las medidas tomadas en los países desarrollados, las que si bien distan mucho en recursos, sirven para orientar las acciones e intervenciones de los países más pobres. Estas cifras implican cambios en la estructura social y económica de los países latinoamericanos, además de nuevos desafíos en materia de políticas sociales.

La esperanza de vida al nacer ha aumentado considerablemente, influido por factores de sobrevivencia que se relacionan al sustantivo cambio en los tipos de enfermedades que afectan a las personas, sumado al mejoramiento de las condiciones de saneamiento básico y vacunas (MINSAL, 1998).

Chile no ha estado ajeno a este fenómeno, provocando con ello el aumento de la edad promedio de su población, elevándose de 57,6 años en 1960 a 72 años en la actualidad, reflejando principalmente, una disminución de las tasas de natalidad y mortalidad infantil, sumado al descenso en la mortalidad por causa prevenible. Es así como se estima que para el año 2025, Chile transformará su 10% de población adulta mayor actual, en un 16% del mismo segmento de población, representando a más de 3.000.000 de personas, sin mencionar que para ese mismo año se espera que haya una población mundial superior a los 60 años de edad de 1.200 millones de personas (MINSAL,1998). Esta situación conlleva un sin número de dificultades, las que sumadas al cambio epidemiológico, con un alto predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles y bajos ingresos, presentan un verdadero desafío para nuestras políticas sociales dirigidas a los adultos mayores.

Una de las consecuencias sociales y económicas más importantes del envejecimiento, se refieren al gasto social y de manera específica al gasto en salud, ya que mantener adultos mayores saludables significa una inversión para sus familias, comunidades y economía en general.

El envejecimiento en el ámbito individual genera nuevos problemas para quienes lo viven, ya que deben enfrentarse al retiro laboral, problemas de salud, pérdida de roles, debilitamiento de las redes sociales, modificación de la estructura familiar y una fuerte disminución en sus ingresos, entre otras problemáticas, las que generalmente provocan en el adulto mayor una serie de pérdidas, las que se traducen en diversas reacciones como la frustración y resentimiento frente a la vejez.

La dualidad del proceso de envejecimiento exige acciones concretas, planificadas y acordes con las diversas realidades que vivencian los adultos mayores.

1.2 Justificación del Estudio:

Este estudio surge a partir de la existencia de una meta regional año 1999, de la Secretaría Regional Ministerial de Salud. A esta institución le compete impulsar estudios en el ámbito de la salud pública, preparar y aprobar proyectos sociales, aplicar Políticas, Planes Ministeriales; evaluación de proyectos referidos a la formalidad de prestaciones y cumplimiento de criterios de elegibilidad, formalidad, aplicar los criterios de priorizaciones regionales, coordinación del proceso de presentación y postulación a las instancias correspondientes. Dentro de este marco la SEREMI de Salud asumió frente a la Intendencia Regional, la tarea de realizar un catastro de los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores, que no cuentan con la autorización sanitaria para funcionar. Este es un documento legal otorgado por de las Oficinas de Profesiones Médicas de los Servicios de Salud. A raíz de ello surge en el equipo investigador la iniciativa de ahondar en las características de los establecimientos de larga estadía, y de los adultos mayores que residen en ellos, con la finalidad de aportar al conocimiento de esta realidad.

Los criterios que nos guían para realizar esta investigación, nacen de la necesidad de dar respuesta a dos interrogantes iniciales; por un lado la relacionada con las condiciones en que viven los adultos mayores que residen en los establecimientos de larga estadía no autorizados por los Servicios de Salud del Estado, y por otro lado, dar cuenta de un número estimado de establecimientos y un número aproximado de adultos mayores residentes en ellos, con el objetivo de ser un aporte a la orientación del diseño de futuras intervenciones gubernamentales en la temática del adulto mayor.

La importancia y conveniencia de realizar esta investigación, se basa en la inexistencia de estudios anteriores que den cuenta del número y tipo de establecimiento, características de las prestaciones, número de beneficiarios, estado de salud general de los beneficiario y del impacto que en su conjunto provocan en la calidad de vida de los adultos mayores, objetos del estudio.

Los criterios de relevancia social utilizados para orientar esta investigación nos plantean aspectos que nos servirán para la formulación de hipótesis, referidas a la existencia, estructura y funcionamiento de los establecimientos de larga estadía para adultos mayores, no autorizados por los Servicios de Salud. Pretendiendo establecer relaciones entre los tipos de prestaciones otorgadas y las condiciones de vida de los adultos mayores residentes en dichos establecimientos.

1.3 Definición del Problema

¿ Cuales son las características generales de los Establecimientos de Larga estadia para adultos mayores no autorizados por los Servicios de Salud, existentes en la Región Metropolitana, en relación con las prestaciones básicas que otorgan y condiciones generales de vida de sus residentes?

1.4 Limitantes

Estas se refieren a establecer con la mayor claridad posible las razones que dificultan el desarrollo de la investigación. En éste caso las dividiremos en dos, las de orden externo e interno. Las primeras dicen relación con las de tipo económico, es decir, con los escasos recursos financieros disponibles para la realización del estudio, la burocracia para acceder a las fuentes de información, la inexistencia de registros y datos actualizados, sobre la ubicación de los establecimientos, elementos que configuran una realidad desconocida y finalmente la inexistencia de una red formal de información, lo que dificulta la obtención de antecedentes, visiones y criterios comunes previamente definidos, para la mejor comprensión y estudio del fenómeno.

A su vez las limitantes internas, se refieren al tiempo real disponible para la realización de la investigación, pues junto a esta labor el equipo ejecutor desarrolla otras actividades, tanto académicas como profesionales.

2.- Objetivos de la Investigación:

2.1 Objetivo General:

- Explorar y describir las condiciones generales de los establecimientos de larga estadía, no autorizados por los servicios de salud del Estado.

• Explorar y describir las condiciones generales de vida de los adultos mayores que residen en dichos establecimientos.

2.2 Objetivos Específicos:

- Realizar un catastro de los establecimientos de larga estadía para adultos mayores, objetos del estudio, existentes en la Región Metropolitana.
- Identificar las redes de apoyo formales con que cuentan los establecimientos de larga estadía, no autorizados por los servicios de salud, existentes en la Región Metropolitana.
- Identificar las redes de apoyo informales de los adultos mayores que residen en estos establecimientos.

2.3 Preguntas de Investigación:

- ¿Que tipo de prestaciones ofrecen estos establecimientos?
- ¿Cuantos adultos mayores residen en estos establecimientos?
- ¿Que factores inciden en que estos establecimientos queden al margen de la autorización sanitaria?
- ¿Cuales son las redes sociales de apoyo reales con que cuentan los adultos mayores residentes en dichos establecimientos?
- ¿Cuales son las redes sociales de apoyo formales con que cuentan los establecimientos?

2.4 Viabilidad de la Investigación:

Para el desarrollo de esta investigación se cuentan con un equipo investigador constituido por 2 alumnas tesistas quienes guiaran la investigación y 2 alumnas de Trabajo Social en práctica, quienes participaran en la elaboración del Catastro.

Se estima que la presente investigación tendrá una duración de 1 año, desde marzo de 1999 a marzo del 2000.

3. Metodología de Investigación:

3.1 Nivel de Investigación:

El nivel de investigación escogido para el propósito de esta investigación dice relación con la exploración y descripción específica de las características del fenómeno en estudio y su relación o vinculación con otros fenómenos entre sí; la caracterización de los establecimientos y las condiciones en que viven los adultos mayores, enfatizando en aspectos generales que den cuenta de sus condiciones de vida, pretendiendo establecer la importancia e influencias entre estos factores.

El nivel de investigación social escogido para efectos de este estudio, es el nivel exploratorio de análisis descriptivo. Esto significa que nuestro tema de investigación ha sido poco estudiado, pues según la revisión bibliográfica realizada no existen antecedentes que den cuenta de los establecimientos de larga estadía para adultos mayores no autorizados por los servicios de salud, existentes en la Región Metropolitana, ni de las condiciones en que se encuentran sus residentes. Este tipo de estudio nos sirve para familiarizarnos con un fenómeno relativamente desconocido, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa sobre el particular.

Los estudios exploratorios por lo general determinan tendencias, identifican relaciones potenciales entre variables y establecen el “tono” de las investigaciones posteriores, más rigurosas. Este tipo de estudios se caracteriza por ser más flexibles en su metodología en comparación con los estudios descriptivos y explicativos. A su vez son más amplios y dispersos que los otros dos tipos de investigaciones (Danke,1989). Además nuestro estudio pretende analizar el fenómeno desde el nivel descriptivo, buscando identificar características comunes entre los establecimientos y los adultos mayores, midiendo las variables definidas, con el objeto de describirlas posteriormente.

3.2 Fuentes de información y técnicas de recolección de datos:

- Secretaria Regional Ministerial de Salud
- Comisión Nacional para el Adulto Mayor
- INP
- Oficinas de Profesiones Médicas de los seis Servicios de Salud
- Catastro Regional elaborado
- Revisión Bibliográfica
- Observación
- Entrevistas a Expertos

3.3 Elaboración de los Instrumentos de Medición:

Para poder responder a los requerimientos de la investigación fue necesario diseñar dos encuestas, las cuales debían ser aplicadas a dos tipos de informantes, previamente definidos. Estos fueron el director o encargado de cada establecimiento, y tres adultos mayores residentes en ellos, en condiciones para responder.

Las preguntas fueron elaboradas después de varias sesiones de trabajo, en donde se discutió su contenido y formulación. Una vez elaborados los instrumentos, se realizó la aplicación de las encuestas pilotos, para luego ser reformuladas.

Los contenidos generales de los instrumentos, fueron los siguientes:

a) Encuesta aplicada al Director o Encargado del Establecimiento:

- Datos de Identificación
- Personal a cargo
- Infraestructura y seguridad del hogar
- Prestaciones otorgadas
- Redes sociales formales
- Actividades recreativas
- Observaciones

b) Encuesta Dirigida a los Adultos Mayores residentes:

- Datos de Identificación
- Capacidad funcional del adulto mayor
- Redes sociales informales
- Capacidad de relación social

3.4 Selección de la muestra en estudio

Por las características de los establecimientos a catastrar, es imposible determinar el universo y a su vez la muestra. En consecuencia, se hace necesario realizar acciones tendientes a delimitar de la manera más fidedigna posible una base de datos, que nos permitan estimar la cantidad y condición de los establecimientos existentes en la Región Metropolitana. Teniendo en cuenta que es una realidad poco explorada, la información obtenida será un primer intento serio de dar cuenta de la existencia de los establecimientos no autorizados para funcionar y la necesidad de incorporarlos a un sistema que norme su funcionamiento.

Ante ésta situación se recurrió a distintas fuentes, que a nuestro juicio pudieran aportar a la ubicación de dichos establecimientos, como lo son: SEREMI de Salud, Instituto de Normalización Previsional (INP), Oficinas de Profesiones Médicas, organismos encargados de otorgar la acreditación correspondiente de los distintos servicios de salud, Páginas Amarillas, consultorios, Dirección de Desarrollo Social, Hogar de Cristo, Fundación Las Rosas, Sociedad San Vicente de Paúl, etc.

3.4 Distribución geográfica:

Una vez terminada la fase de depuración de los listados, se realizó la distribución por comunas de los establecimientos, los que fueron visitados por los miembros del equipo según la cercanía de su domicilio. La extensión geográfica la constituyen las comunas en las cuales se encuentran los establecimientos, pudiendo variar del número total de comunas de la Región Metropolitana.

MARCO TEÓRICO

PRIMERA PARTE

I. El Envejecimiento de la Población en América Latina y el Caribe: Un Proceso Sociodemográfico

I.1 Envejecimiento Poblacional:

El envejecimiento es un proceso que se desarrolla tanto entre los individuos que envejecen como en la sociedad.

Se denomina “envejecimiento poblacional” al incremento paulatino de las personas mayores en el total de la población de los países. En América Latina algunos países recién comienzan un proceso de transición demográfica, mientras que la mayoría está en procesos intermedios, y un número reducido está en una situación de transición demográfica avanzada.

El proceso de envejecimiento demográfico general, es causado por la disminución de las tasas de mortalidad y fecundidad. En América Latina se asocia a la situación de pobreza en que vive la mayoría de su población y a los cambiantes contextos sociales económicos y políticos (Moragas,1999).

Desde la perspectiva individual, las personas a medida que envejecen en las distintas etapas del ciclo de la vida ganan en años. Este proceso en el caso individual es irreversible afectando su colectivo social. Entre las personas más allá de los cambios biológicos, el envejecimiento trae consigo complejos cambios asociados a la edad, en una primera instancia afecta la percepción que las personas tienen de sí mismas, la valoración que los demás le asignan y el papel que desempeña en su comunidad.

La sociedad sigue un método demográfico para clasificar a las personas según su edad, el enfoque de la clasificación por edades divide a la población en: niños, jóvenes, adultos y adultos mayores, otorgándoles un valor numérico preciso que estará siempre sujeto a arbitrariedades. Cabe señalar que la edad conoce múltiples significados, muchas de ellas alude más a la calidad que a la cantidad de años vividos, es así como la edad tiene concepciones desde la edad biológica, la cual se relaciona con factores ambientales y rasgos genéticos individuales. Por otra parte la edad se puede entender desde aspectos psicológicos, la cual es subjetiva, y se remite a la capacidad de aceptarse a sí mismo, como de ajustarse a su entorno. También existe una edad social, la que refleja los efectos tanto de las normas que rigen los comportamientos de los individuos como del rol que debe cumplir una persona dentro de la sociedad.

I.2 Tres Enfoques que determinan la Edad de una Persona: Edad Cronológica, Edad Social, y Edad Fisiológica.

Para comprender de una mejor forma el proceso de envejecimiento a nivel individual, es necesario referirse a la teoría de la vejez, la cual se entiende en a lo menos tres sentidos diferentes:

a) Edad Cronológica: Su campo de acción es esencialmente biológico y se manifiesta en niveles de trastorno funcional, en concreto se refiere a la edad en años. En este sentido el envejecimiento involucra la posición social del sujeto en la sociedad, debido a las responsabilidades y privilegios que dependen de la edad cronológica (Ginn, Jay y Arber, 1996).

Desde la perspectiva sociológica la clasificación por edades involucra derechos y responsabilidades bajo esa orientación, los individuos tienen una idea clara de lo que debe hacer en una determinada etapa de la vida.

Un concepto asociado a la edad cronológica es la condición “ de adulto mayor” que comprende a las personas de 65 años y más.

b) Edad Social: Este concepto alude a las actitudes y conductas sociales asociadas a la utilidad social de los individuos de una determinada edad cronológica.

Se podría decir, que la edad social coincide de alguna manera con el concepto de género, debido a que se construye socialmente, y se refiere a las actitudes y conductas adecuadas a las percepciones subjetivas y a la edad atribuida por los demás (Ginn, Jay Arber, 1996).

La tercera edad desde ésta perspectiva, se relaciona con una edad avanzada dentro del marco de funcionalidad y autonomía que le permite al individuo llevar una vida independiente, asignándosele un nuevo rol social.

c) Edad fisiológica: Se refiere al proceso de envejecimiento físico y se relaciona a la pérdida de capacidades funcionales corporales.

El término asociado a la edad fisiológica es la senilidad, es decir, aquellas personas que presentan algún deterioro físico y/o mental que les impide desarrollar con normalidad su vida cotidiana.

El proceso de envejecimiento se relaciona además, con factores sociales, políticos, económicos y culturales. Los que obligan a readecuar las instituciones económicas y sociales, para atender las demandas de las personas mayores. Los efectos se concentran en el consumo, ahorro, inversión distribución del ingreso, flexibilidad en la mano de obra, oferta de servicios de distinta índole, relaciones intergeneracionales, equidad social, género, gestión económica y sociopolítica en general. Uno de los grandes desafíos de las sociedades contemporáneas es generar nuevas condiciones sociales acorde a los cambios demográficos.

El cambio demográfico en América Latina se remonta a la segunda mitad del siglo XX, mediante la disminución de la mortalidad, mortalidad infantil y fecundidad asociada a cambios epidemiológicos y de higiene ambiental. Entre los años 1950 y fines del 1990 la esperanza de vida aumentó en un promedio de 18 años, es decir de 51,4 a 69,2 años. Según las proyecciones demográficas vigentes, la tendencia nos indica que para el año 2.025 la esperanza de vida aumentará a los 75 años de edad (CELADE, 1999).

Si bien el envejecimiento poblacional, experimenta mayores cambios en países desarrollados y en algunos en vía de desarrollo, no es difícil inferir que dicho proceso se relaciona con factores económicos y sociales, ya que sociedades industrializadas presentan una mayor cantidad de personas adultas mayores.

Al término del siglo XX el envejecimiento para América Latina y el Caribe se encuentra en transición demográfica en estado avanzado, debido a la declinación en la fecundidad. Para el año 2000 la población de adultos mayores se ubica por sobre el 10% en 9 países de la región: Antillas Neerlandesa, Argentina, Barbados, Chile, Cuba, Guadalupe, Martinica, Puerto Rico y Uruguay.

En Argentina y Uruguay, el proceso de envejecimiento fue afectado por la llegada de inmigrantes, especialmente en el último cuarto del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, teniendo una mayor expresión de población adulta, especialmente hombres, lo que significó una profunda modificación de las estructuras por edades de estos países; las variaciones de los flujos

de población y su fuerte disminución después de la posguerra, implicaron siglos de envejecimiento de la población en estos países.

La emigración, a su vez modifica los patrones de crecimiento y las estructuras etáreas de la población en los países del Caribe durante los años 80, afectando el crecimiento natural de esos países. La emigración Caribeña prolongada en el tiempo y selectiva según género ha incidido en el descenso de la fecundidad, propiciando el envejecimiento por la base. Las tendencias migratorias de estos países tienen un rasgo característico, quienes emigran son generalmente adultos jóvenes, lo cual se opone a inmigración de adultos mayores, principalmente personas retiradas de la actividad laboral, quienes después de su emigración retornan a sus países de origen.

A partir de la descripción general de los factores de envejecimiento de la población, puede inferirse que América Latina y el Caribe transitan hacia nuevos escenarios demográficos, los que se agrupan según su evolución en el proceso demográfico, de acuerdo con el estado de su transición demográfica. La tipología según CELADE (CELADE,1999), los define en cuatro categorías:

- **Tasa Incipiente:** alude a la persistencia de niveles relativamente altos de natalidad y mortalidad, resultantes en tasas de crecimiento natural algo mayores que el 2% anual.

- **Tasa Moderada:** esta se caracteriza por una mortalidad en claro descenso y una natalidad relativamente elevada, esta combinación origina mayores tasas de crecimiento vegetativo en la región, en general superior al 2,5% anual.
- **Tasa Plena:** esta se distingue por una natalidad en declinación y una baja mortalidad, resultando tasas de crecimiento natural próximas al 2% anual.
- **Tasa Avanzada:** Esta se refiere a tasas de mortalidad y natalidad reducidas y tasas de crecimiento reducidas al 1% anual.

El carácter generalizado y acelerado de la transición demográfica en los países de América Latina y el Caribe, en las dos últimas categorías señaladas (plena y avanzada) agrupan alrededor del 90% de la población regional estimada en el año 1995. En cambio en 1950 una proporción similar se ubicaba en los inicios de aquella transición. Por consiguiente el esquema clasificatorio descrito anteriormente, por el hecho de ser estático, no refleja en toda su extensión la trayectoria de los cambios que sucedieron, sino del resultado al término del siglo transcurrido. El estado de la situación vigente en la década de los años 90 es un elemento de referencia útil para distinguir entre la experiencia acumulada en el pasado y el periodo de proyección, el cual se extiende hasta mediados del siglo XXI.

Se espera que en los primeros 25 años del siglo XXI, la edad media de la población regional aumente en casi ocho años, cifra que no parece tener precedentes y es una señal del

avance del envejecimiento. Para el año 2050 la situación del envejecimiento demográfico para América Latina, llegará a un estadio relativamente avanzado, con una proporción media de adultos mayores de casi un 23%. Es necesario mencionar que el envejecimiento demográfico no sólo afecta a la población como un todo, sino que también se manifiesta entre el mismo conjunto de adultos mayores, con una marcada tendencia de género, es decir, un predominio numérico de las mujeres, disminuyéndose el índice de masculinidad. En nuestra región, las mujeres viven casi 6 años más que los hombres y a medida que las mujeres envejecen, este tramo diferencial va aumentando. Al año 2000 existen 41 millones de personas de sexo femenino, cifra que aumentará a 98 millones para el año 2025 y a 184 millones para el año 2050 (CELADE,1999).

L3 Situación del Envejecimiento Poblacional en Chile

...En la primera mitad del siglo XX la población adulta mayor en Chile no superaba el 3,5% de la población total, en la actualidad dicha cifra se ha triplicado, siendo constituida por 1.300.000 mil personas. El indicador más elocuente de dicho proceso es el índice de envejecimiento, el que está compuesto por el número de persona de 65 años y más por cada 100 menores de 15 años. Chile en 1992 tenía un índice de 22,32% y la proyección hacia el 2010 aumenta dicho índice a 34,71.(CELADE,1999:22)

El aumento de la población adulta mayor es un rasgo característico de la modernidad, el cual afectó la estructura demográfica de los diferentes países, por lo que hoy podemos afirmar

que Chile se encuentra en un proceso de transición demográfica, con los consiguientes desafíos sociales, culturales y económicos.

EVOLUCIÓN DEL CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS, SEGÚN ESTIMACIONES CENSALES

CENSO	POBLACIÓN TOTAL	POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS	
		Nº	%
1952	5.932.995	384.215	6,5
1960	7.374.115	499.800	6,8
1970	8.884.768	669.910	7,5
1982	11.329.736	954.888	8,4
1992	13.348.481	1.305.557	9,8

Fuente: INE-CELADE, Chile, estimaciones y proyecciones de poblaciones y proyecciones de población por sexo y edad. Total país: 1959-2050.

Así mismo, las proyecciones de población por cohortes de edad existentes muestran las tendencias ya señaladas.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN GRANDES GRUPOS DE EDADES

	Distribución porcentual		
	Proyecciones		
TOTAL	100	100	100
	2010	2020	2030
0-14	25	23	21
15-64	66	66	64
65 Y más	9	11	15

Fuente: INE-CELADE, Chile, estimaciones y proyecciones de poblaciones y proyecciones de población por sexo y edad. Total país: 1959-2050.

Nótese que mientras el grupo de 65 y más mantiene un crecimiento sostenido, el grupo de 0 a 14 años de edad sufre el proceso inverso, en tanto que el grupo de los adultos estabiliza su peso relativo para decrecer en el año 2030.

1.3.1 Variables que inciden en el aumento del Envejecimiento Poblacional

La situación de los adultos mayores es un tema relevante y emergente de la sociedad contemporánea. En Chile al examinar la evolución de los diferentes grupos etáreos, se observa un aumento sostenido, en términos relativos y absolutos de la población mayor de 65 años, siendo uno de los países de mayor incremento de porcentaje de éste estrato de edad. En 1992 este grupo

representaba el 6.6% del total de la población de 887.000.000 personas, esperándose para el año 2.025 un 16% de la población adulta mayor.(Zapata,1996).

La expectativa de vida ha aumentado de 45 años en 1930 a 72 años a 1995, indicador que nos señala un mejoramiento en las condiciones de salud (ibid). Es necesario mencionar que un aumento en las expectativas de vida no implica necesariamente una mejoría en las condiciones y calidad de vida de las personas mayores. Durante la tercera edad se acentúan diversas necesidades, como por ejemplo las de salud y otras que se van modificando, como de la alimentación. Además a esta edad se le asocia una pérdida o alejamiento de las redes de apoyo social.

El creciente número de adultos mayores, producto del acelerado proceso de envejecimiento, se ven enfrentados a cambios de diversa índole en los ámbitos de la salud, vivienda, integración social y otros, por lo que existen aspectos sociales no cubiertos por las políticas sociales.

En Chile al igual que la tendencia mundial las mujeres tienen mayores expectativas de vida, y los hombres una mayor mortalidad masculina, a partir de lo anterior podemos afirmar que existe una mayor cantidad de población femenina adulta mayor. Este efecto se produce a medida que los países se van modernizando y a su vez mejorando sus condiciones de vida.

El aumento de las expectativas de vida, conlleva un incremento de un conjunto de cambios sociales e individuales, relacionados con los cambios demográficos. Así sucede con los cambios relacionados con la salud, la autoestima, autonomía e independencia personal. El horizonte vital de estas personas que supera los 65 años, supone hacer frente al retiro laboral, pérdida de rol social, pérdida de familiares, amigos, enfermedades, deterioro físico. En general supone cambios de hábitos muy consolidados en su vida cotidiana, por lo que constantemente la persona adulta mayor debe adaptarse a los cambios que se producen en su entorno. Por esto se hace necesario que el Estado modifique sus formas de intervención social, a través de las políticas sociales, las cuales deberían ser orientadas a responder más consistentemente las necesidades que manifiestan los adultos mayores.

SEGUNDA PARTE

II.1 ENVEJECIMIENTO DESDE LA PERSPECTIVA BIOLÓGICA

Las primeras teorías sobre envejecimiento surgieron desde la dimensión Biológica, destacando el declive físico de la edad y los factores que se relacionan con la incidencia de enfermedades. El concepto de salud que predomina en estas teorías atañe al tratamiento de enfermedades; sin embargo los avances de la medicina han llevado a que la mayoría de las personas sobrevivan a la morbilidad infantil, evitando las enfermedades infecciosas y previniendo otras agudas, asegurando una mayor sobrevivencia a una creciente proporción de población. Sin embargo, mientras más años vivan las personas, mayor será su exposición al riesgo de experimentar problemas crónicos que requieren de alguna forma, de cuidado o control permanente. En la actualidad, las personas mayores mueren más por enfermedades crónicas que por enfermedades agudas, las que tienen una manifestación específica, una duración limitada y pueden ser curables. En cambio, por lo general, las enfermedades crónicas no son curables y persisten por largos períodos de tiempo hasta el final del ciclo de la vida de las personas.

En el pasado, la vejez se asociaba casi exclusivamente a la dimensión biológica, es decir, se era considerado adulto mayor cuando disminuían las capacidades físicas o mentales, lo cual tenía repercusiones sociales, como el retiro laboral (Alba,1995), desde un criterio cronológico. Sin embargo, este criterio agrupa a un grupo muy heterogéneo de adultos mayores, tanto funcionalmente como psicosocialmente. Dentro del grupo de adultos mayores, las personas pertenecen a diferentes grupos etáreos, han tenido experiencias de vida distintas y vivido en diferentes entornos. Así mismo, se debe tener en cuenta que incluso personas de una misma edad

difieren entre sí, lo que depende de las desigualdades socioeconómicas, de género, etnia o área de residencia.

Casi todas las personas de entre 60 a 65 años de edad poseen un alto grado de autonomía funcional y mental, sólo después de los 75 a 80 años de edad comienzan hacerse más frecuentes los problemas de salud.

....desde esta perspectiva es necesario diferenciar dos grupos de edades en el conjunto de adultos mayores. El primero está conformado por quienes tienen entre 60 y 74 años de edad, grupo denominado “tercera edad”, que generalmente tienen todas sus facultades físicas y mentales para desenvolverse en forma autónoma; generalmente siguen trabajando, son jefes de hogar y no han enviudado. El segundo conjunto lo integran las personas de 75 o más años de edad, a los que se le suele aplicar la designación de “cuarta edad”. Entre ellas se registra una mayor incidencia de discapacidades físicas y mentales; generalmente se retiraron de la fuerza laboral, no detentan liderazgo en sus hogares, suelen ser viudos, son esencialmente dependientes y mayoritariamente son de sexo femenino. Esta “cuarta edad” alude principalmente a individuos que experimentan invalidez física o psíquica y que vivencian una problemática propia. (Guillermard,1992:14).

II.2 ENVEJECIMIENTO DESDE LA PERSPECTIVA CULTURAL

Desde la perspectiva cultural la vejez ha sido valorada en relación con el papel que esta cumple en determinado grupo humano. Entendiendo la cultura como el conjunto de rasgos distintivos espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o grupo social, que engloba no sólo las artes y las letras sino también los modos de vida, los derechos fundamentales del ser humano, los sistemas de valores, las tradiciones y creencias. La cultura da al hombre la capacidad de reflexión sobre sí mismo. Es ella la que hace de nosotros seres específicamente humanos, racionales, críticos y éticamente comprometidos. Por ella es como discernimos los valores y realizamos nuestras opciones. Por ella es como el hombre se expresa, toma conciencia de sí mismo, se reconoce como un proyecto inacabado, pone en cuestión sus propias realizaciones y busca incansablemente nuevos significados y nuevas obras que lo trasciendan (Guillermard,1992:12). Cabe señalar que esta amplia definición de cultura tiene dos dimensiones, la subjetiva y la objetiva, es decir, individual y colectiva.

En nuestros inicios el hombre se relacionó con su entorno buscando principalmente satisfacer sus necesidades de alimentación, como lo es la búsqueda de alimento, lo que lo llevó a poner en riesgo su vida y la de su grupo. El promedio de vida para los aborígenes cazadores-recolectores era de 19 años, por lo que sólo llegaban a más viejos quienes eran semisedentarios, alcanzando un promedio de edad de 35 años.

El poder, la autoridad, la protección, la experiencia, sumado a las transmisiones orales de las generaciones mayores a las de menor edad, es decir, las reminiscencias, otorgaban a estos hombres un determinado prestigio social y un estatus al interior de sus comunidades.

En América Latina existe una gran diferencia entre la ancianidad rural y la urbana, la que radica principalmente en la posición que ocupa el anciano en la estructura productiva. El anciano campesino adquiere importancia en la medida que se relaciona con la tierra, asumiendo un rol de proveedor y protector de su familia, por lo que la valorización de su patriarcado le otorga una autoridad en sí misma y se relaciona hasta el fin de su existencia. En cambio en el mundo urbano, la desvalorización social se debe a que el adulto mayor se ve obligado, muchas veces, a retirarse del mundo laboral, por lo que al analizar estadísticamente a este grupo humano, estos pasan a formar parte de la población “económicamente dependiente”, asumiéndose a priori la incapacidad de autovalerse por sí mismos y por tanto dependientes no sólo en el aspecto económico, sino que se amplía a todo el espectro social en que se desenvuelve el adulto mayor.

Las personas mayores aportan a la cultura actual, modos de vida tales como el valor de la familia, la austeridad en la vida y el sentido del ahorro y economía, la atención a los otros, el cuidado de la tierra, la solidaridad, el servicio y una concepción más vivencial de la sabiduría. Valores que aportan a los derechos fundamentales, como el valor de la vida, la dignidad de la muerte, la conquista de la libertad, el respeto y el sentido de propiedad. También aportan fe en un ser superior, religiosidad popular y referencias del más allá, además de la mantención de las tradiciones, canciones, romances, refranes, antiguas adivinanzas, interpretación de la naturaleza, gastronomía tradicional, fiestas y ritos (Bustos, 2000).

El envejecimiento es un fenómeno natural en el ámbito individual, y en el ámbito social, una creación cultural de cada sociedad, por tanto es dinámica y heterogénea. Es así como podemos afirmar que el envejecimiento es una construcción cultural, ya que es socialmente aprendida, y compartida por los miembros de la sociedad, por lo que las relaciones sociales que establezcan los adultos mayores, van a estar condicionadas por este aprendizaje cultural. Este aprendizaje se refleja en actitudes recíprocas, entre la sociedad y los individuos que envejecen. Es así como en la sociedad se van generando condicionantes sociales para vivenciar la vejez, entre los cuales destacan la pérdida del rol productivo, relacionado con la jubilación. Este hecho marca el inicio de una nueva etapa, la que generalmente trae consigo consecuencias negativas para el adulto mayor como la disminución de sus ingresos, mayor tiempo libre y aumento del riesgo de enfermar. Todos estos atributos de la vejez la convierten en una etapa negativa, ya que los signos propios de la vejez, más años, más arrugas y más canas, producen en los individuos temores y angustias, cambios biológicos que para la sociedad son signos de inferioridad. Por lo que constantemente por su condición, los adultos mayores, son discriminados y muchas veces marginados, es así como los aspectos culturales y sociales de la vejez, van estereotipando dicho proceso.

El concepto de estereotipo, se define como una atribución de características psicológicas generales a grupos humanos grandes. Según la psicología social estereotipar consiste en asignar características idénticas a cualquier persona de un grupo, sin considerar variaciones reales que se dan entre los miembros de ese grupo, de este modo simplificamos nuestra visión de mundo. Los estereotipos no se construyen principalmente sobre experiencias válidas, sino que se forman a

partir de rumores o imágenes confeccionadas por los medios de comunicación, o se generalizan en nuestra cabeza como medios de justificación de nuestros propios prejuicios (Bustos,2000).

A partir de lo anterior podemos señalar que existe un estereotipo de la vejez, proceso al que se le atribuyen características homogéneas a todos los individuos, fundamentalmente negativas, de este modo se crea el clima para la discriminación contra este grupo social.

Las creencias colectivas implican una resistencia al cambio, ya que nos permiten ser miembros de un grupo y a su vez permiten al grupo mantener un control sobre esos miembros.

Generalmente se le atribuye a la vejez características culturales negativas, entre las cuales destacan tres estereotipos: La vejez como pobreza, como enfermedad y la vejez como nueva minoría de edad (Gil Calvo,1998).

La vejez como pobreza apunta a entenderla como carencias de recursos económicos, físicos e intelectuales.

Caracterizar la vejez como enfermedad la sitúa como una patología, asociándosela a males incurables e irreversibles y como anuncio de muerte y enfermedad.

La vejez concebida como minoría de edad, permite mirar a los adultos mayores como si fueran niños. Esta concepción trae como consecuencia la privación de sus derechos civiles, ya que no se le considera como un sujeto jurídico, al carecer de responsabilidad legal.

Las concepciones de vejez mencionadas anteriormente, están en la cultura y se plasman en actitudes cotidianas, propias de nuestra sociedad.

Los estereotipos influyen negativamente en la autoestima de los adultos mayores, repercutiendo en la forma de relacionarse en su vida cotidiana. Un aspecto que distingue el inicio de la vejez es la jubilación, pues marca una barrera entre los individuos “productivos” y los “improductivos”, siendo un elemento social definitorio de esta etapa de la vida, ya que se les considera una carga para la sociedad, lo que va en desmedro de su identidad social y de las oportunidades que la sociedad les ofrece, unido a la disminución de sus ingresos.

El modelo cultural actual valora al hombre por sus logros y efectividad en la esfera económica. El adulto mayor al retirarse de la actividad laboral es culturalmente sinónimo de “no hacer nada”, y esto quiere decir no ser “nadie” socialmente. De ahí que la jubilación signifique la pérdida de identidad social y se tienda a percibir a los adultos mayores como inútiles. Tal situación provoca efectos y cambios en las relaciones sociales, tanto al interior de su familia como en el entorno social más próximo. La jubilación trae para el adulto mayor disminución de sus ingresos, lo que limita su posibilidad de acceder a bienes y servicios. Otro de sus efectos, dice

relación con la actitud que el adulto mayor asume fuera de la estructura productiva, de la cual formó parte casi 50 años, debiendo habituarse al mayor tiempo libre del que dispondrá.

II.2.1 JUBILACIÓN COMO PROCESO INDIVIDUAL

a) Del Trabajo a la Jubilación

Esta etapa podría llamarse “etapa de transición”, la cual consistente en un cambio global de la condición de vida del sujeto que se jubila. El cambio que se desarrolla es múltiple, a nivel individual, social, económico y legal, ya que se inicia una nueva etapa vital de la vida, donde los cambios son tanto en el ámbito personal como colectivo. Al referirnos al ámbito personal, implica un cambio en la condición de vida del sujeto, de un nivel de vida, de sus hábitos diarios; y cuando nos referimos a lo social lo relacionamos con una pérdida de estatus de trabajador activo, menores ingreso económicos y desvinculación social.

Todos los cambios requieren de tiempo para su ajuste, transformaciones de hábitos y formas de hacer para adaptarse a la nueva realidad; esto se produce dada la tendencia de las personas a la rutina, por esto cualquier cambio resulta más complejo, sin embargo si nos preparamos en las etapas de vida anteriores, sería más fácil y natural. La preparación para la jubilación es muy importante, ya que la esperanza de vida se ha incrementado, junto a la anticipación de la jubilación, estimándose actualmente en más de quince años. Por otra parte surgen una serie de contingencias, como reducción de la vida activa en el trabajo por la prolongación de la educación, el desempleo, la intermitencia en el trabajo, y el propio adelanto de

la jubilación. Además la realidad económica y social impide llegar a carreras laborales de treinta o cuarenta años en el mismo trabajo.

Cada etapa vital de la vida posee un rol social asignado y aceptado. En la juventud se nos educa y prepara para el trabajo, en la madurez para el trabajo y establecimiento de una familia. Los actores debido a esto, desempeñan dichos roles con mayor o menor exactitud. Sin embargo en la jubilación el rol social es el descanso, ocio, pasividad, etc. Lo que se traduce en respuestas no válidas para personas que todavía se sienten competentes (Moraga,1998). Es como si el jubilado cumpliera un "Rol sin Rol", lo cual nos lleva a explorar la participación activa de los jubilados para llenar de significados éste vacío.

A pesar de que la jubilación es vista como un cambio, la valorización que se tiene de la vida total del jubilado es escasa, ya que constituye un ser económicamente pasivo. La falta de productividad económica implica la falta de valorización social global. El jubilado al recibir una pensión del sistema económico, no es productivo en una sociedad que enfatiza la productividad, lo que afecta también su papel social que desempeña al interior de la sociedad.

De lo expresado anteriormente podríamos decir que la jubilación es una problemática social, debido a que en esta etapa cambian las formas de vidas establecidas y se produce un cambio súbito para los jubilados. Al respecto se ha discutido la posible existencia del síndrome frustrado que experimentarían las personas recién jubiladas, que las llevaría a la enfermedad llamada posjubilación. Las manifestaciones de este síndrome son psicósomáticas, apatía, depresión, pérdida del interés vital, inapetencia, cansancio, insomnio, etc. Esta situación se presenta en personas concentradas exclusivamente en su trabajo, carentes de alternativas o

aficiones extralaborales; aquí juega un papel fundamental el apoyo familiar, para la reorientación de los objetivos vitales.

La asociación que se hace de jubilación- problema social- proviene de la identificación jubilación-ancianidad, que conlleva el desempeño de un rol pasivo del jubilado no productivo, enfermo, agregándose todos los elementos negativos del estereotipo de la vejez, entendiéndola como una etapa deficitaria. La gerontología social ha demostrado ampliamente, que los estereotipos negativos no corresponden a la realidad actual del envejecimiento y resulta obligatorio reelaborar el rol del jubilado, según las condiciones reales de persona o grupo. La pertenencia a la población pasiva, no productiva, constituyen en una sociedad orientada hacia el trabajo, que se identifique pasividad económica con pasividad social (Moragas,1989).

b) Institucionalización de la Jubilación

Desde la decisión de fines de siglo pasado del Canciller Bismarck, estableciendo el derecho a la pensión de jubilación, hasta el presente momento, ha producido la institucionalización del concepto. Lo que en un comienzo era para un número reducido de personas como militares y funcionarios públicos, se ha extendido casi universalmente a toda la población. Se considera un código social y al que cualquier trabajador o aún sin serlo, espera acceder; la jubilación se ha institucionalizado convirtiéndose no sólo en un derecho sino en algo más circunstancial al final de la vida laboral de las personas (Moragas,1989).

La jubilación se ha basado en diferentes razonamientos para su aplicación, por un a parte se ha considerado como una forma de compensación a las personas que han mantenido un puesto

de trabajo durante años, con frecuencia poco agradable y con exigencias físicas intensas, por lo que la jubilación se considera el merecido descanso producto de la actividad realizada. Por otra parte, la jubilación se ha justificado como la liberación de puestos de trabajo para las nuevas generaciones con elevadas tasas de desempleo, de tal forma que los puestos que abandonan los jubilados son ocupados por jóvenes.

El concepto de jubilación tiene diferentes significados y factores según su origen, ya sea jubilación voluntaria u obligatoria (San Román,1989).

Factores jubilación voluntaria	Factores Jubilación obligatoria
<ul style="list-style-type: none"> • Derecho individual de la persona a decidir sobre su propia vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción importante del derecho individual
<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo como actividad personalmente interesante y que proporciona mayores satisfacciones que la jubilación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades de puestos de trabajo para jóvenes.
<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades de mano de obra no satisfechas por población de otras edades 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo como actividad desagradable de la que se libera el jubilado
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de preparación para la jubilación en poblaciones afectadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deseo de realizar actividades laborales no remuneradas
	<ul style="list-style-type: none"> • Población preparada para la jubilación

c) La Jubilación como Etapa Vital

Es una concepción que considera el tiempo vital que resta a la persona que se jubila. Actualmente y debido a la prolongación de esta etapa de la vida y al número creciente de personas que disfrutan de la misma, destacan un enfoque positivo, no tan frecuente en el pasado. De aquí se desprende el interés de las ciencias sociales, trabajo social, psicología, sociología y economía, quienes han comenzado a examinar la jubilación como una etapa con posibilidades y realidades diversas. El número de jubilados aumenta continuamente, así como su esperanza de vida después del trabajo, por lo que las diferentes disciplinas intervienen para proporcionar una mejor calidad de vida en este período (Moragas, 1989).

IL3 PERSPECTIVAS PSICOSOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO

El interés científico por los aspectos sociales del envejecimiento es casi exclusivamente del siglo XX, y buena parte del trabajo sobre esta materia presenta una escasa raigambre teórica (Bronwn,1996). Las primeras teorías se concentraron en los aspectos negativos de la vejez, enfatizando en las pérdidas relacionadas con el envejecimiento, como el aumento del aislamiento social debido a la merma de roles sociales, vinculados especialmente a la jubilación y a la falta de pareja (condición que es más elevada en las mujeres). Sin embargo, más recientemente se ha observado un cambio en las concepciones teóricas, ya que la vejez es percibida no sólo por sus rasgos negativos sino como una nueva etapa de la vida que entraña retos y potencialidades.

1.- Teorías sobre las pérdidas que trae acompañadas la vejez

Entre las décadas de 1950 y 1970 las teorías sociales del envejecimiento se concentraron en las pérdidas sociales y psicológicas que involucran el menoscabo de los ancianos, su baja autoestima y una disminución de la satisfacción con la vida.

1.a) Teoría de la Desvinculación.

La estructural funcional de los procesos de envejecimiento se caracterizan por un retraimiento o desvinculación social, a medida que las personas entran en la última fase de sus vidas y cuanto mayor es la cercanía con la muerte, mayor es el distanciamiento entre los ancianos, sus hijos y su entorno. Esta desvinculación se asume como una condición natural de las personas de edad; al envejecer, sus necesidades psicológicas básicas cambian, desde el

involucramiento activo a la contemplación inactiva (Cumming y Henry,1961). Se supone que este cambio es normal e inevitable y resulta ventajoso tanto para la sociedad como para los adultos mayores. Es ventajoso para la sociedad pues supuestamente permite enfrentar mejor la pérdida natural de personas debido a la muerte y es ventajoso para los adultos mayores, ya que presume la oportunidad de alejarse de las demandas de la sociedad y contemplar tranquilamente el significado de la vida y la muerte.

1.b)Teoría de la Pérdida de Roles.

Se estima que el retraimiento o la desvinculación van mas allá de abandonar la vida activa; es algo simbólico y cultural, donde se produce una pérdida de los roles sociales que otorgan a las personas significados, propósitos e identidad. La desvinculación es una forma de conducta impuesta a los adultos mayores como consecuencia de las metas sociales en las que están obligados a participar, destaca la falta de roles atribuidos socialmente a la ancianidad y la ambigüedad de los roles que permanecen (Burguesse,1960). En la sociedad industrial moderna el adulto mayor jubilado aparece como prisionero del propio rol que se le asigna, el que se caracteriza por la carencia de definición del mismo. La cultura valora las etapas de la juventud y la edad adulta. La vida de los adultos mayores se ve vacía de contenidos culturales, pues la existencia del individuo transcurre fundamentalmente fuera del cuerpo de las tradiciones y estipulaciones que constituyen las guías cotidianas de la interacción de los adultos. Ha desaparecido el papel del adulto mayor, característico de sociedades agrarias, en las que se valora la experiencia por sobre todas las cosas (Anderson,1972). En sociedades industrializadas, ese papel es equívoco o nulo y fruto más bien de la regulación legislativa, que del aprecio social real (Moragas,1996).

En sociedades industrializadas, el trabajo remunerado ocupa gran parte de la vida de las personas. Cuando el adulto mayor jubila, pierde su rol productivo, rol que le daba sentido a su vida. Incluso las mujeres inactivas ven menguados algunos roles familiares, especialmente cuando los hijos parten del hogar. Las mujeres mayores sufren la pérdida de roles e identidad no sólo cuando disminuyen sus quehaceres en el hogar sino también los del trabajo de su marido (Lopata,1996), pues debe convivir en con él más horas al día, situación que obviamente altera su medio, tanto por el mayor tiempo libre de su esposo como por el alejamiento de los hijos del hogar.

1.c) Teorías sobre la pérdida de la posición social

Las personas mayores no sólo tienen menos contactos sociales y están más aisladas individualmente, sino que al dejar de ejercer los roles que le daban sentido en la sociedad, experimentan esa pérdida de posición.

La pérdida de posición social no es privativa de las sociedades occidentales y abarca a todas las culturas en procesos de modernización (Cowgill y Haolmes,1979). Siguiendo esta guía Cowgill (1981), señala cuatro aspectos importantes relacionados con el envejecimiento, los que conducen inevitablemente a una brecha creciente entre las generaciones más jóvenes y los adultos mayores, privándolos de una posición social:

- Desarrollo de tecnologías de salud que permiten una mayor sobrevivencia de niños que llegan a la adultes y que tendrán una mayor longevidad; como resultado aumenta

el nivel de envejecimiento de la población, estableciéndose por primera vez una competencia activa entre generaciones.

- **Modernización económica o desarrollo:** incentiva una mayor especialización y exige destrezas laborales más complejas, dejando a los adultos mayores no sólo sin roles laborales, sino que privándolos de su papel como guías vocacionales para los jóvenes.
- **Urbanización,** que potencia los procesos migratorios e incide en la movilidad social; se tiende a separar el lugar de trabajo de la casa y a los adultos mayores de sus familiares más jóvenes.
- **Educación formal,** que favorece a los jóvenes y deja a las personas mayores con más desventajas, pues generalmente no pueden acceder a niveles de conocimientos más específicos.

2.- Teorías que destacan la vejez como una etapa no necesariamente negativa

Las teorías antes señaladas, conciben el proceso de envejecimiento como un problema- y por lo tanto objeto de políticas sociales- las que han sido objeto de crítica pues únicamente enfatizan en los aspectos negativos de la vejez. En rigor, no hay razones para que la desvinculación social sea funcional al individuo; además en la vejez se pueden lograr nuevas expectativas sociales, especialmente en los ámbitos familiares y comunitarios. La posición descansa solamente en variables económicas y los adultos mayores pueden aportar a la

sociedad, por ejemplo, en asociaciones de voluntariado. Las acciones de voluntariado se han convertido en una importante fuente de significado y de cumplimiento de roles sociales y satisfacción para muchos jubilados.

1.a) Teorías de la Actividad.

Permanecer activo es la clave para mantener el sentido de utilidad y para ajustarse exitosamente a la vida durante la edad mayor. La edad es un concepto relativo, pues existe la posibilidad que los adultos mayores trabajen y que si se les permite, sean activos durante muchos años (Palmore y Maeda, 1985). Estos autores ...han terminado de retirar de circulación teórica la desvinculación como natural y necesaria; han puesto de manifiesto que la modernización por sí misma, no explica todo, ni produce situaciones homogéneamente vejetarias (San Román, 1990).

2.b) Teorías de la Continuidad.

No todas las personas se desvinculan de la sociedad y algunas siguen participando activamente. La razón para que algunos se retraigan y otros continúen activos radica en las tendencias de personalidad y la trayectoria de su vida. Las experiencias y autopercepción de la vejez de sí mismos explican su ajuste exitoso a la experiencia de la vejez. Por lo tanto resulta inconsistente estudiar la vejez sin hacer referencia a los procesos anteriores a la vida, pues se debe enfocar el envejecimiento como un desarrollo permanente de cada persona (Covey, 1981).

3.c) Teoría de los eventos sociales Disruptivos.

La desvinculación es un tema que ha declinado en importancia en años recientes, ya que el problema no parece tan generalizado. La salida de la vida activa, depende de eventos vitales alarmantes o de pérdidas que ocurren en la vejez; por tanto, no es necesario o satisfactorio ni depende de la experiencia pasada de la vida de los individuos (Brown ,1974 y M. Tallman y K. Burnad ,1970)

3.-Teorías sicosociales vigentes sobre el envejecimiento.

Estas teorías del envejecimiento destacan la vejez como una etapa de más vida, que depende tanto de las oportunidades sociales que se brindan a los adultos mayores, como de su experiencia de vida y de sus capacidades afectivas, psicocognitivas y sociales. Esta concepción de la vejez resulta la más equilibrada y moderna y se basa en el reconocimiento de que el transcurso del tiempo produce efectos en la persona, la cual entra en una etapa distinta a las vividas previamente. Esta etapa posee una realidad propia y diferenciada de las anteriores, limitada únicamente por condiciones objetivas exteriores y por las subjetivas del propio individuo (Moragas,1991).

Si bien surgen nuevos problemas al envejecer, asociados fundamentalmente al retiro laboral, a cambios en las relaciones familiares, problemas económicos y de salud, cambios que no necesariamente se refieren a pérdidas. Un reciente estudio mostró que los adultos mayores chilenos no experimentan tantas pérdidas sino cambios y transiciones a los cuales se pueden adaptar(Barros, Forttes y Herrera,1999). El envejecimiento es concebido como un proceso de

desarrollo humano, que conlleva crecimiento y declinación; sin embargo, ello no permite negar la existencia de problemas y pérdidas. Existe una serie de funciones que declinan a lo largo de la vida otras permanecen estables y, aún otras, que evolucionan e incluso se desarrollan como producto de la experiencia y de la vida precisamente, durante la vejez a lo largo de la vida el ser humano presenta una extraordinaria capacidad de aprendizaje, de cambio y mejora y existen, mecanismos adaptativos de optimización y compensación de los declives psicológicos que permiten un envejecimiento exitoso y competente (Fernández-Ballesteros,1996). La autopercepción y la autoestima tienden a permanecer positivas en la adultes mayor y sólo se produce un cambio de roles y relaciones.

Sentirse útil parece más importante que desempeñar roles específicos; ello se relaciona con ser respetado y seguir involucrado con la familia, con otras personas significativas y con la comunidad. También es importante que los adultos mayores se preparen para enfrentar el proceso de envejecimiento, con el objetivo de asumirlo congruentemente entre lo que esperan de sí mismas y lo que experimentan realmente.

La experiencia adquirida a lo largo de la vida, facilita que las personas mayores optimicen, seleccionen y utilicen estrategias que compensen posibles déficit o elevadas exigencias ambientales. Los aportes de estas teorías enfatizan en las potenciales de los individuos y en el protagonismo de estos para optimizar su funcionamiento en el desempeño y disfrute de la vida, aún que también es cierto que no incluye factores sociales, condiciones económicas, etc.

Nuestra perspectiva teórica se enmarca en la fusión de ambos elementos, es decir, características individuales de optimización y a su vez las oportunidades y limitantes que ejerce

el medio social, cultural y económico sobre los adultos mayores, ya que la unión de ambas visiones nos ayudan a comprender el fenómeno desde el ámbito individual e influencias del medio social en el que se desenvuelve el adulto mayor, el que sin duda puede entenderse como un medio lleno de oportunidades, también esta lleno de limitaciones, por lo que el adulto mayor debe estar en un proceso de adaptación y transformación constante.

RESUMEN ESQUEMÁTICO PERSPECTIVAS TEORICAS: BIOLÓGICAS, CULTURALES Y PSICOSOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO

Teorías Biológicas	Teorías Culturales	Teorías Psicosociales
<p>Teorías asociadas al declive físico generado por el avance de la edad y factores relacionados con la incidencia de enfermedades.</p> <p>Aplicación del enfoque médico tradicional, el cual enfatiza en el tratamiento de enfermedades.</p> <p>La definición de envejecimiento se enmarca en el criterio de edad cronológica.</p>	<p>Valoración de la vejez en relación con el papel que esta cumple en determinado grupo humano.</p> <p>En América Latina existe una marcada diferenciación entre el adulto mayor rural y urbano, ya que su posición social esta determinada por el lugar que ocupa en la estructura productiva.</p> <p>El envejecimiento se entiende a nivel individual como un</p>	<p>Teorías que entienden la vejez como un problema:</p> <p>a) Pérdidas que trae acompañada la vejez relacionada con la disminución de satisfacción con la vida.</p> <p>b) Desvinculación social que se traduce en distanciamiento natural de las redes</p>

fenómeno natural y en el ámbito social como una creación cultural de cada sociedad.

La concepción de envejecimiento esta influido por estereotipos negativos sobre la vejez.

El retiro laboral y la jubilación tienen una definición cultural y social que se traduce en la pérdida de identidad social.

sociales influido por la cercanía con la muerte.

c) Pérdida de roles, teoría influida por la falta de roles asignados socialmente a la ancianidad debido a la ambigüedad del rol que deben cumplir las personas mayores en sociedades industrializadas.

d) Pérdida de posición social se refiere a dejar de ejercer un rol social, influido por factores que entorpecen las relaciones intergeneracionales

debido al proceso de modernización de las sociedades.

Teorías que conciben la vejez como una etapa de la vida más positiva.

- a) Teorías de las Actividad relacionado con el sentido de utilidad que debe acompañar a los adultos mayores activos.
- b) Teorías de la continuidad se refieren a lograr un ajuste exitoso a la vejez.
- c) Teorías sobre eventos sociales disruptivos, la vida activa depende de experiencias pasadas.
- d) Teorías Psicosociales

		<p>señalan que la etapa de la vida depende tanto de las oportunidades sociales, experiencias vividas y de sus capacidades afectivas, psicocognitivas y sociales, para lograr una compensación positiva en relación a las pérdidas o elevadas exigencias ambientales.</p>
--	--	--

TERCERA PARTE

III. SISTEMAS DE REDES SOCIALES Y APOYO SOCIAL AL ADULTO MAYOR

Las redes sociales y el apoyo social son dos conceptos diferentes; las redes tienen un carácter explicativo, sobre la conducta social de las personas. El marco basado en la teoría de las redes sociales, es el más aplicable es el estudio del apoyo social, éste describe las relaciones entre los individuos y cada individuo es un nodo al interior de la red, y cada intercambio es un enlace. Por tanto, las redes se definen como la cadena de relaciones sociales identificadas que rodean al individuo y las características de estos enlaces. El conjunto de personas con quienes un individuo mantiene contactos sociales son caminos importantes para que el individuo influya en su entorno y proveen las vías a través de las cuales el entorno influye en el individuo (Sánchez Ayéndez, 1986).

La importancia de las redes sociales y sus características, radica en la medida en que satisfacen las necesidades de sus miembros. Sus funciones pueden ser entendidas como el conjunto de contactos personales, mediante los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios, información y nuevos contactos sociales.

El apoyo emocional implica: ayuda instrumental, información y valoración. El apoyo social puede ser definido como el proceso interactivo, por el que se obtiene ayuda emocional, instrumental y financiera, procedente de la red social a la que uno pertenece. El apoyo social se entiende como la información que conduce al sujeto a creer que es cuidado y querido, estimado

y miembro de una red de obligaciones mutuas. Así pues, el apoyo social existe sólo si éste conduce a ciertas creencias en quien lo percibe.

Las redes sociales son entendidas como el tejido de interacciones que se configuran alrededor de las personas, visto desde lo micro a lo macro: micro entendido como las relaciones más personales; familia, amigos, pares, colegas etc. y macro, referido a las redes entre grupos; organizaciones e instituciones, etc. (Lipovetsky, 1986).

Las redes sociales han ido desplazando a las comunidades tradicionales como principal soporte de integración social de las personas. Así, para solucionar problemas en los ámbitos de la salud, vivienda, crianza y cuidado del niño, las personas recurren y utilizan sus redes micro y macro sociales, que les proporcionan apoyo material, emocional, afectivo, informativo, etc.

Las redes sociales de apoyo son y tienen que ver con el proceso de integración social de los individuos, en el cual se articulan las redes sociales, encontrando en estas un lugar en la sociedad, un trabajo, una vivienda, familia, calidad de vida, satisfacción de necesidades, oportunidades, protección, seguridad, apoyo, desarrollo psicosocial, etc.. Es decir, la red es un sistema de vínculos entre nodos orientados hacia el intercambio de apoyo social (Sánchez Ayendez, 1986).

Las redes sociales se entienden a partir de 6 características fundamentales:

- Su tamaño, es decir, el número de personas con que el individuo mantiene contactos.
- Su dispersión geográfica, algunas se limitan sólo al hogar otras al barrio, hasta aquellas más dispersas.
- Densidad-integración; es la medida en que los miembros se encuentran con otras redes.
- Composición y homogeneidad de los miembros; amigos, vecinos, hijos, hermanos, otros familiares o sólo unidos por intereses comunes.
- Frecuencias de contactos entre miembros de la red social.
- Fuerza de los vínculos: grado de intimidad, reciprocidad, expectativas de duración y disponibilidad e intensidad emocional.

Estas características estructurales de la red pueden influir en la satisfacción y las percepciones de la red y el apoyo/ayuda obtenida. Además son útiles, para calcular el número y la distribución de las relaciones dentro de una red y su grado de conexión. Las características pueden ser estudiadas en la relación con la situación de vida de cada individuo, por lo que la estructura de la red tiene diferentes grados de significación, dependiendo de la naturaleza de la relación ésta puede ser positiva o negativa.

III.1 Redes de Apoyo Social Informal

a) La Familia

La familia es la primera y más importante institución de socialización en la cual se encuentra albergue y seguridad para el desarrollo de sus integrantes. Se encuentra en todas las sociedades y en todos los tiempos, con diversas formas, estructuras y composiciones.

La familia es un grupo primario que funciona como agente de socialización y es fundamental para el desarrollo del ser humano. Las relaciones entre los miembros de la familia son directas, íntimas y personales, por ello la calidad de las relaciones es más intensa que en cualquier otra institución. La familia como sistema relacional, articula a sus miembros entre sí, y además supone un punto de encuentro entre las necesidades individuales y las instancias sociales.

Debemos pensar la familia como un ente vivo, que sufre transformaciones y cambios; un organismo que lleva a cabo variaciones en el tiempo y en la que se da un doble proceso, de continuidad y crecimiento, que permite su desarrollo como un conjunto, a la vez que preserva la individualidad de cada uno de sus miembros. En esta institución social viviente influyen factores socioeconómicos, como así mismo las transformaciones del medio social en que ella funciona. Se relaciona con un ambiente físico, con estructuras sociales, económicas y políticas que influyen en su desarrollo. Hay que entender a la familia como un organismo que vive y evoluciona en el

tiempo, como el espacio en que la persona se desarrolla, en el la persona se nutre a través de diferentes vínculos familiares.

.La familia, además, requiere alcanzar un nivel de adaptación interpersonal y a su vez debe satisfacer las necesidades de sus miembros en su contexto, para ello cuenta con redes de apoyo que les ofrecen oportunidades de autorealización y bienestar.

Su funcionamiento se sucede a través de una secuencia de etapas que tiene sentido y continuidad. Así se establece un ciclo vital familiar que se inicia con la formación de la pareja y termina al desaparecer ambos miembros de ésta. A lo largo de este ciclo, hay una evolución en la que surge en forma variable los diferentes subsistemas que interactúan en una familia. De esta forma los roles, funciones, mecanismos de relaciones y subsistemas, varían a lo largo del ciclo familiar.

b) La Familia y el cambio social

La vida familiar se ha visto modificada a través del tiempo por diferentes fenómenos familiares. La industrialización, la urbanización, transformaron no sólo la fisonomía de la población, sino que provocaron cambios profundos al interior de la familia.

El progreso científico y tecnológico ha permitido reducir la mortalidad y alargar la expectativa de vida. Es así como se puede comprobar una mayor diversidad en la estructura

familiar; por ejemplo hoy emerge con más frecuencia una generación más, y ya se puede confirmar casos de hasta cuatro generaciones conviviendo paralelamente. Por otra parte, las generaciones son menos en número, pues actualmente la familia no es tan extendida sino más nuclear.

Si pensamos la familia como ente vivo, es aquí donde debemos situar la figura y el lugar del adulto mayor.

Las variaciones en el cuidado familiar de las personas mayores puede entenderse desde las modificaciones sociales que se han venido produciendo a lo largo de los últimos cincuenta años y que han supuesto transformaciones importantes en el sistema de vida familiar, estos cambios han afectado considerablemente la situación, necesidades y atención de los miembros que la componen.

En las últimas décadas, respecto de la familia, podríamos destacar:

- La modificación de la posición de las mujeres en la sociedad con su participación en el ámbito público y el mundo laboral.
- Reducción en el tamaño de la familia con una clara tendencia progresiva hacia el modelo nuclear.

- Inestabilidad de la institución familiar: duración no siempre prolongada del matrimonio, uniones de hecho, cambios de pareja etc.
- Aumento de la esperanza de vida y baja natalidad.

El cambio social inició el tambaleo de los valores vinculados a la familia tradicional y al reparto de papeles en su seno. La evolución del papel de la familia influye en la relación entre sus miembros y han implicado también una serie de modificaciones relativas a los cuidados de la vejez.

c) Condición del Adulto Mayor en la Familia

La gran mayoría de los adultos mayores viven en hogares de dos o más personas, 91,7%, (según datos entregados por el informe año 1998 de la Comisión Nacional de la Familia). Siendo más alto el porcentaje de hombres que de personas mujeres en esta situación, lo que significa, por lo tanto, una proporción mayor de mujeres viviendo solas los últimos años de su vida. Las cifras permiten señalar que, en general, son pocos los ancianos que viven solos y, por el contrario, la gran mayoría reside en hogares de tres o más personas (Escobar, 1996).

El vivir acompañado de otras personas no significa necesariamente que el adulto mayor vive con su pareja. Vivir con pareja es más frecuente entre los hombres que entre las mujeres, cualquiera sea la conformación del hogar.

Los adultos mayores que viven con otras personas, o únicamente con su pareja, lo más frecuente es que estén acompañados por un hijo u otros parientes. Entre los hombres es más habitual que vivan con sus hijos. La presencia en el hogar de los familiares (hermano, nietos) o no familiares, es más frecuente entre las mujeres.

Las razones para allegarse al hogar de parientes son en un grado importante, de índole económica, como carecer de una vivienda o no contar con dinero suficiente para mantener su casa. Adicionalmente, surgen motivos vinculados con el deseo de no vivir solos y/o la preferencia de vivir con sus propios familiares y en menor medida impedimentos físicos que les dificulta el valerse por si mismos.

Los adultos mayores esperan la ayuda, preferentemente, de su propia familia. La realidad indica que la mayoría de ellos tiene una familia a quien recurrir, aunque los hombres esperan esa atención de su cónyuge y las mujeres, de sus hijos. Al momento del intercambio de recursos, la principal oferta de los adultos mayores es la vivienda y su mayor demanda es compañía y cuidado persona. Las casas actuales no contemplan en absoluto la presencia de ancianos en ellas y no dispone de habitaciones. Se planifica para la familia nuclear y se da por supuesto el abandono del anciano de la familia. La mayoría de los adultos mayores no requieren demasiada participación social, desea, en cambio, estar más integrado a su familia, a la que asignan máxima significación (Escobar, 1996).

d) El adulto mayor y el apoyo familiar

En momentos de crisis, el estatuto de deberes y derechos de la familia no aparece como una circunstancia resuelta.

La familia surge como un sujeto de deberes, sin tener clara noción respecto de la respuesta que tiene que dar al adulto mayor. Es la propia familia del adulto mayor la que en definitiva se debería constituir en la red de apoyo principal. Ella tendría que aportar los recursos necesarios para hacer efectiva una respuesta solidaria y contenedora de sus necesidades de acogida, atención y apoyo psíquico.

Sin embargo, no hay que desconocer que hay circunstancias en que el cuidado a los adultos mayores no pueden ser entregado por la propia familia y deben ingresar a instituciones que cumplen con esta función. En muchas ocasiones la decisión de institucionalizar a un adulto mayor genera profundos sentimientos de culpa en los miembros de la familia.

Es necesario educar para prevenir las situaciones de abandono, evitando así la ruptura de los vínculos familiares, como consecuencia de la culpa que se genera en la familia al no brindarles apoyo personalmente, y en el adulto mayor, resentimiento y rechazo.

Es indudable el rol fundamental de la familia en esta etapa. La posibilidad y disponibilidad que ésta tenga para satisfacer las demandas de apoyo, que en cada caso particular,

requiera el adulto mayor, dependerá de los recursos humanos, afectivos y económicos con que cuente; asimismo, de las propias características de la familia como grupo, de la calidad de los lazos que los unen y de la visión que todos y cada persona tenga, respecto de la vejez.

Dado que la relación adulto mayor - familia está sujeta a situaciones generadoras de posibles conflictos para sus miembros, que pueden deteriorar la calidad de los lazos que los unen, es necesario educar a toda la familia de manera de poder entregar un apoyo preventivo y curativo.

Educar a la familia en relación a enseñarles a vivir las relaciones familiares, fomentar los espacios de diálogo y encuentro personal, propiciando una solidaria convivencia intergeneracional, así mismo es necesario entregar conocimientos y herramientas que permitan a los miembros de la familia conocer el significado del proceso de envejecimiento, ya que muchos de los conflictos de la convivencia familia-adulto mayor, se generarían a partir de la ignorancia o desconocimiento de este proceso. El envejecimiento conlleva un conjunto de cambios que menoscaban la personalidad del adulto mayor, la que está sujeta a una serie de pérdidas, algunas irreversibles, que requieren de éste, un gran esfuerzo para adaptarse a su medio. En este contexto, comprensión y apoyo tanto afectivo como funcional que la familia proporciona al adulto mayor, son indispensables para validar su identidad, autoestima y sentido de pertenencia (Sánchez Ayéndez, 1986).

Es imprescindible avanzar en la idea de generar roles y funciones que puedan cumplir los adultos mayores al interior de su familia, y que sean compatibles con su proceso de envejecimiento. La familia popular, pese a sus carencias y dificultades, ha desarrollado capacidades y valores que posibilitan, por ejemplo, que la mujer adulta mayor asuma determinados roles como jefa de hogar, cuidado de nietos, etc.

En esta etapa también se producen cambios en el curso del ciclo familiar. Los hijos adultos medios, tienen que enfrentar el hechos de una relación distinta con sus padres, ya adultos mayores, que los somete a una demanda de un fuerte compromiso como generación intermedia, situación que les plantea un conjunto de nuevas exigencias tanto internas como externas.

Hay que considerar en este análisis que la calidad de la relación entre padres e hijos, está determinada por el tipo de relación que el adulto mayor hubiese tenido con su familia en etapas anteriores de su vida y por la percepción que tengan los hijos de los padres viejos. Hay que realizar un trabajo reparador de las relaciones entre las generaciones, ya que la solidaridad intergeneracional en términos de responsabilidad filial, entrega asistencia y apoyo emocional, la cual está relacionada con actitudes y conflictos que se vivieron en el pasado y que aumentaran la distancia entre padres e hijos. La visión que tiene el adulto medio de sus padres no es siempre positiva, se suele responsabilizar a éstos de los propios fracasos. Este hecho dificulta un apoyo abierto y desinteresado.

Aunque la opción de integrar a un adulto mayor es algo deseado por la mayoría de las familias, hay momentos de crisis que ponen en juego su capacidad para dar apoyo psicosocial al adulto mayor. En ocasiones, él no es capaz de resistir el impacto que produce el deterioro físico y mental, la viudez, la falta de recursos económicos, y otras situaciones que si no son adecuadamente resueltas, debilitarán los vínculos familiares.

d) La integración familiar del adulto mayor.

El grado de autonomía e independencia del adulto mayor es una condición relevante que posibilita una mejor integración en la familia, ya que el mantenerse autónomo, vigente, interesado en los otros, son elementos que favorecerán una buena integración familiar.

Es importante reconsiderar que el adulto mayor es un portavoz de los valores del pasado, un transmisor de la cultura y de las experiencias vividas frente a determinados hechos. Es testigo y protagonista de un pasado histórico, como también del pasado familiar. La familia necesita para proyectarse hacia el futuro conocer la historia que le antecede, por lo que son los adultos mayores los encargados de traspasar las raíces familiares a las generaciones jóvenes.

La imagen del adulto mayor como un modelo positivo, va a permitir que los jóvenes valoren la vejez como un período de desarrollo con posibilidades gratificantes. Esto permitirá enfrentar la vejez de cada uno de manera menos amenazante. En esta situación, debemos destacar

el rol del adulto Mayor, ya que una buena relación con éste favorece el crecimiento psicológico de la familia.

e) Dificultades del adulto mayor en las relaciones interpersonales

Una de las condicionantes para la integración y aceptación del adulto mayor al interior de la familia es la dependencia. Esta situación produce tensiones y quiebres, ya que por una parte reafirma los sentimientos de minusvalía en el adulto mayor, y por otra, produce agobio en los que tienen que prestarle apoyo.

Si las relaciones se dieran en términos de un intercambio mutuo, es decir, si el viejo no sólo necesitara y pidiera ayuda, sino que también fuera una persona capaz de tomar sus propias decisiones y de aportar con sus capacidades a su núcleo familiar, las dificultades en la relación disminuirían.

Los mitos entorno al adulto mayor lo limitan, al verlo que es incapaz de cambiar hábitos, que están obsoletos, que es un ser deteriorado, incapaz de salir del estancamiento, sin posibilidad ninguna de desarrollo, hará muy difícil intentar integrarlo a la familia. Por lo tanto, una labor fundamental es analizar las reales posibilidades que el adulto mayor tiene, aún con las limitaciones propias de la edad. Sólo desmitificando la vejez podremos tener una mirada objetiva hacia este grupo etáreo.

Otro factor importante es la actitud de los adultos mayores hacia las otras generaciones, ya que son muy críticos y esto produce roces en las relaciones. Estos deben conocer acerca de las características y necesidades de las generaciones menores, para poder mirarlas en forma más amplia. De esta manera el éxito o fracaso en las relaciones dependerá de ambas generaciones.

La realidad también nos muestra diversas situaciones de violencia y abuso hacia los padres viejos; se les resta afecto, atención, derecho a voz, e incluso, en ocasiones se dispone de sus bienes materiales. Es necesario regular tales situaciones con el apoyo de una legislación adecuada (Lowick-Russel, 1999).

f) Amigos y Vecinos

Estudios de América Latina nos señalan que los vecinos y amigos también forman parte de las redes de apoyo de los adultos mayores de 60 años.

Los vecinos a diferencia de los parientes y los amigos, no son parte vital de las redes de apoyo afectivo de los adultos mayores. A su vez las relaciones con los amigos implican diversos tipos de asistencias tales como el brindar compañía, compartir confidencia y proveer servicios o ayuda en actividades cotidianas. En cambio, las relaciones con los vecinos suelen limitarse a asistencia de tipo elemental; los vecinos pueden llegar a convertirse en amigos, pero no todos los vecinos son amigos. Las funciones más importantes que los amigos llevan a cabo se refieren a la

mantención de una autoestima positiva, a pesar de los cambios asociados con la edad avanzada y, en cierta manera proveen a la persona adulta mayor un sentido de continuidad existencial.

Las amistades del adulto mayor tienden a ser generalmente coetáneos y personas con similares necesidades y recursos. Los amigos comparten diversas actividades y pautas de asistencia recíproca; se ayudan durante el diario vivir y en los períodos de crisis. Las funciones de asistencia y tipo de apoyo que brindan los amigos es muy similar a la que ofrecen los parientes consanguíneos, especialmente la de los hijos y hermanos.

g) El Adulto Mayor como Fuente de Apoyo

La interdependencia constituye la base de las relaciones familiares de los adultos de edad avanzada. En muchos casos los adultos mayores no sólo son receptores de asistencia, sino que también la proveen. La mayoría de ellos ayuda a sus hijos, nietos y además parientes y también a sus amigos. El tipo de ayuda que ofrecen a sus hijos y nietos es parecido al que reciben. Toma varias formas, como ayudar en tareas domésticas y del diario vivir, cuidar a los niños pequeños o a hijos y nietos enfermos, ofrecer consejos, ser confidentes, proveer compañía y ayudar económicamente en la medida que les es posible. La ayuda que prestan las mujeres adultas mayores está muy relacionada con los roles domésticos, mientras que los varones participan más arreglando cosas en el hogar o encargándose de ciertas tareas; sin embargo, no siempre la asistencia se restringe a los roles tradicionales de uno u otro sexo.

El cónyuge constituye la principal fuente de apoyo de la persona adulta mayor en las parejas, particularmente en aquellos casos en que la mujer tiene menos de 75 años. La ayuda que ofrecen los hijos es secundaria en términos de tiempo y variedad de funciones, cuando ambos miembros de edad avanzada viven. Dentro de la pareja se dan relaciones de apoyo afectivo, asistencia en tareas domésticas, del vivir cotidiano y de aseo individual, cuidado durante las enfermedades cortas y prolongadas y atención y asistencia en casos de discapacidad.

III.2 Sistemas de Apoyo Formal:

Los lineamientos políticos y económicos darán vida a los sistemas formales de apoyo, de acuerdo con las pretensiones o intereses buscados.

Las funciones de estos sistemas están regidas por procedimientos formales y técnicos, pues se constituyen mediante instituciones rígidas y socialmente aceptadas.

Los servicios públicos son los encargados de evitar el desequilibrio, que producto de intereses económicos, provocan desigualdad social. El equilibrio se mantiene a través de la entrega de beneficios sociales, evitando de esta forma un cuestionamiento sobre el origen de dicha desigualdad.

La incorporación del adulto mayor a este sistema formal de apoyo, ha significado la creación de programas tanto a nivel Municipal, Regional y Nacional, respaldado por el ejecutivo

en términos de reconocimiento social, legitimando la entrega de beneficios a través de las instituciones y servicios estatales.

CUARTA PARTE

IV. CONDICIONES DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN CHILE

La población chilena de 60 años y más es casi un millón y medio de personas y es la que crece más rápidamente (con tasas anuales superiores al 3 %). La importancia absoluta de las personas de 60 años y más ha puesto en primer plano la necesidad de revisar las políticas sectoriales relativas a la seguridad social y salud. Un aspecto importante es contar con un diagnóstico de las condiciones de vida de la población de 60 años y más, que abarque los aspectos que impiden alcanzar un envejecimiento de calidad.

En Chile actualmente existen datos acerca de las condiciones de vida de los adultos mayores con una cobertura y validez adecuada, tanto de los censos como en la encuesta socioeconómica CASEN. Pero éstas fuentes permiten solamente un análisis indirecto de algunas condiciones culturales relativas a la familia y hogares de adultos mayores, las que aborda aspectos relevantes, como sus condiciones psicosociales.

Teniendo en cuenta las limitaciones de la información obtenida, a continuación se presentarán y analizarán las condiciones económicas y ambientales de los adultos mayores, las características de los hogares en los que ellos viven, su inserción laboral, acceso a sistemas previsionales, presencia de enfermedades y acceso a servicios de salud.

IV.1 Condiciones económicas y ambientales:

Las condiciones económicas de los adultos mayores de 60 años y más se analizarán con el nivel de ingresos per cápita para determinar los niveles de pobreza de esa población usando una metodología complementaria al acercamiento del estudio de la pobreza llamada necesidades básicas insatisfechas, la que tampoco refleja la situación real de los adultos mayores pues incluye indicadores como la escolaridad de los hijos, que generalmente los adultos mayores no tienen. Otro indicador importante que refleja el nivel económico acumulado a lo largo del ciclo de la vida de las personas está en las condiciones de la vivienda, cuyas condiciones de materialidad, saneamiento, hacinamiento y tenencia adquieren importancia (CELADE, 1999).

a) Nivel de Ingresos:

La encuesta Casen tiene dos indicadores que permiten caracterizar las condiciones de vida económicas: el ingreso per cápita y la línea de pobreza.

La manera de calcular el quintil per cápita de un hogar consiste en dividir el total de ingresos generados en un hogar por el total de personas que lo componen. Por lo tanto, si dos hogares de distinto tamaño tienen un sólo sostenedor del hogar, en los hogares de menor tamaño dicho ingreso se reparte entre menos personas, tendiendo a subir su nivel de ingresos per cápita y los gastos no necesariamente se reducen en la misma proporción.

La distribución de la población adulta mayor por quintil de ingresos tiene una menor concentración en los quintiles más bajos. Sólo el 10.9% de la población adulta mayores ubica en el primer quintil de ingreso. La mayor concentración de niños de hogares de menores ingresos explica la mayor concentración de personas en los quintiles. Por consiguiente la concentración de adultos mayores en los quintiles de mayores ingresos puede ser consecuencia de que sus hijos ya se han ido de su casa (CELADE,1999).

Según la encuesta CASEN realizada en 1994 los pobres llegaron al 28% de la población total, entre la población de 60 años y más tal condición llegó al 14%. Como indigentes se encuentra el 8% de la población total y sólo un 3% son adultos mayores. La incidencia de la pobreza en la población total disminuyó fuertemente entre 1990 y 1994 (de un 38.6% a un 28.4%). En la población adulta mayor hay una tendencia similar de un 23% a un 14% y el número de pobres adultos mayores disminuyó de casi 300 mil a cerca de 200 mil (MIDEPLAN,1997). Esta diferencia desaparece totalmente al analizar exclusivamente la población de 60 años y más. En ambas áreas de incidencia de pobreza se da en el 14% de los adultos mayores; Además, en el área rural se observa una mayor pobreza en las mujeres adultas mayores.

En el cálculo de la línea de pobreza se considera tanto el nivel de ingresos per cápita del hogar, como el costo de la canasta básica de alimentos. Este indicador no toma en cuenta el hecho de que a mayor tamaño del hogar disminuye el costo de la canasta de alimentos y de otros bienes y servicios.

Los hogares unipersonales encabezados por adultos mayores pueden caer en la categoría de no pobre, por que su ingreso no se divide entre más personas en el hogar, sin embargo, su costo relativo es mayor que en hogares de superior tamaño, debido generalmente por el incremento de los gastos en salud, por lo que en la realidad no pueden satisfacer sus necesidades básicas. Si bien el indicador de pobreza calculado en la línea de pobreza subestima el nivel pobreza, principalmente en los adultos mayores que viven solos o en hogares de menor tamaño, cabe suponer que las personas catalogadas como indigentes o pobres están efectivamente en tal condición.

IV.2 Envejecimiento, Establecimientos de Larga Estadía y Estado

El surgimiento de sociedades industrializadas, dio paso a la creación de establecimientos de larga estadía para adultos mayores, comúnmente conocidos como los “hogares de ancianos”. Inicialmente, estos hogares tenían fines asilares y con características benéficas, patrocinados y/o financiados por organizaciones religiosas y filantrópicas, supliéndose de esta forma la responsabilidad que le cabe al Estado en esta materia. Condiciones económicas y sociales favorables, motivaron a muchos particulares a crear empresas de servicios, para absorber las demandas del Mercado y satisfacer las necesidades de protección y cuidados de salud de los adultos mayores, entre otras.

Hoy en día, estas instituciones se fortalecen y sustentan gracias al creciente aumento de nuestra población adulta mayor, por lo que la existencia de estos establecimientos, está legitimada socialmente, pero a su vez desprotegida por el Estado.

El monto de las prestaciones, que se cobra mensualmente en este tipo de establecimientos, fluctúa entre el valor de la pensión asistencial hasta \$500.000 y más, a cambio de ello, a los adultos mayores se les otorgan cuidados y servicios específicos.

Los cambios propios del envejecimiento facilitan la internación de los adultos mayores en establecimientos de larga estadía, generalmente provocados por enfermedades, falta de protección familiar o simplemente por no tener un lugar donde vivir; por lo que el adulto mayor se entiende desde esta perspectiva, como una persona vulnerable a estos cambios, y los establecimientos de larga estadía como una alternativa que les otorgan los cuidados necesarios, que ésta edad requiere. La edad promedio de los adultos mayores residentes en estos establecimientos, supera el promedio de esperanza de vida de la población chilena actual.

El Estado por su parte se ha relacionado históricamente con los adultos mayores, fundamentalmente mediante políticas sociales de seguridad social, focalizadas en la previsión y programas de salud específicos, lo que se traduce en soluciones más bien paliativas del envejecimiento, obviando así la problemática social que implica el envejecer, proceso que si bien es individual, es el Estado quien debe brindarles la oportunidad para una mayor participación que posibilite su desarrollo e integración real en la sociedad.

Dado el acelerado crecimiento demográfico, de la población adulta mayor antes mencionada, y las transformaciones económicas y sociales que se vivían en el país en las décadas del 70-80, conllevaron la proliferación de hogares de ancianos privados, quienes desde entonces

absorben una creciente demanda, a la que el Estado no ha podido responder, ya sea por razones ideológicas y/o de recursos, que se traduzcan en el diseño de políticas sociales específicas.

Los cambios sociales y económicos, influidos fundamentalmente por la modernidad, han afectado las relaciones sociales y la composición de la familia, es decir, ha disminuido paulatinamente el número de sus integrantes, casas con espacios reducidos, incorporación de la mujer al trabajo remunerado; cambios que han significado para los adultos mayores una creciente desvinculación con su grupo de origen, facilitando su incorporación a este tipo de establecimientos.

• VI.3 Envejecimiento y Políticas Sociales

Naciones Unidas promueve una sociedad para todas las edades, es decir, sociedades que ajusten sus estructuras, funcionamiento, políticas y planes a las necesidades y capacidades de todos, aprovechando las posibilidades de todos en beneficio de todos. Esta concepción conlleva la posibilidad de que las generaciones efectúen inversiones recíprocas y compartan sus frutos, comportamientos guiados por principios de reciprocidad y equidad (CELADE,1999). De aquí emergen cinco grandes dimensiones:

- **Independencia:** acceso a la alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuados, mediante mayores ingresos, apoyo familiar y de su comunidad que favorezcan su autosuficiencia o autovalencia, es decir, oportunidad para trabajar y

decidir cuándo y cómo abandonar la vida laboral; posibilidad de acceder a programas educativos y de formación adecuados; vida en entornos seguros y adaptables a las preferencias personales y a las capacidades individuales; residencia de los adultos mayores el mayor tiempo posible en su domicilio y comunidad.

- **Participación:** derecho a participar políticamente interviniendo en el diseño y aplicación de políticas sociales que intervienen en el bienestar de los adultos mayores, además de aportar al servicio comunitario y derecho a asociarse en movimientos o grupos que los representen.
- **Cuidado:** derecho a disfrutar del cuidado y protección familiar y comunitario, acceso a servicios de salud adecuados, acceso a servicios sociales y jurídicos, que le aseguren ~~mayores niveles de autonomía, protección y cuidados;~~ atención institucional que asegure el respeto, trato con dignidad y autonomía.
- **Autorrealización:** aprovechar oportunidades para desarrollar plenamente su potencial; Acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.
- **Dignidad:** posibilidad de vivir con dignidad, seguridad y verse libres de explotaciones y malos tratos físicos y psicológicos; un trato digno y valoración (independientemente de su aporte económico).

Estas cinco dimensiones deben necesariamente verse reflejadas en políticas y servicios especiales, donde los Estados y los gobiernos, especialmente el chileno, promuevan un envejecimiento activo mediante la apertura de espacios y posibilidades acordes con los ritmos biológicos de los adultos mayores y cree programas de atenciones en salud y cuidados específicos, tendientes a mantener al adulto mayor el mayor tiempo posible al interior de su comunidad.

En Chile estas cinco dimensiones han sido plasmadas en una Política Nacional para el adulto mayor. Esta Política Nacional aspira a lograr un cambio de tipo cultural en toda la población, que signifique un mejor trato y valorización de los adultos mayores en nuestra sociedad, implicando a futuro un mejoramiento de la calidad de vida en la vejez, potenciando y generando oportunidades crecientes, para que los adultos mayores puedan encarar sus circunstancias y elaborar con anticipación respuestas a sus problemas (Frei,1999).

Chile está recién comenzando a internalizar el significado de tener una población en transición demográfica, situación que se expresa en la creación de nuevos programas de vivienda y de salud, por ejemplo, la que denota una motivación incipiente para abordar con mayor fuerza e interés esta temática.

A partir de los años 90, Chile enfrenta un cambio político Institucional que se traduce en la reformulación de sus Políticas Sociales, incorporando a la población adulta mayor como un grupo vulnerable y necesitado de políticas sociales y programas propios.

Ya en el segundo gobierno de la concertación, se plantea más firmemente la necesidad de incorporar políticas sociales que beneficien a este segmento de la población, mediante el respeto y dignificación de los envejecidos. El ejecutivo ha planteado que así podremos aprovechar su sabiduría en la formación de las generaciones futuras (Frei, 1999)

Es así como en el año 1995 se creó el Comité Nacional para el Adulto Mayor presidido por la primera dama Sra. Marta Larraechea de Frei, que tendría como una de sus funciones, supervisar la aplicación de la Política Nacional aprobada al año siguiente.

POLÍTICA NACIONAL PARA EL ADULTO MAYOR

Esta Política Nacional aspira a lograr un cambio de tipo cultural en toda la población que signifique un mejor trato y valorización de los adultos mayores en nuestra sociedad, implicando a futuro un mejoramiento en la calidad de vida de la vejez, potenciando y generando oportunidades crecientes para que los adultos mayores puedan encarar sus circunstancias y elaborar con anticipación respuestas a sus problemas.

La Política Nacional se fundamenta en pilares valóricos, tales como: equidad y solidaridad intergeneracional, en principios y objetivos, que guíen la transformación sociocultural en nuestra sociedad.

Equidad: Se trata de hacer justicia a personas que han sufrido marginación de distinta naturaleza, reconociendo en plenitud sus derechos y dándoles lo que les corresponde por lo que han aportado a la sociedad.

Solidaridad Intergeneracional: Es lograr una integración social, entre distintas generaciones, basadas en el recíproco respeto y comprensión, en el amor entre personas de distintas generaciones.

Principios

1. Autovalencia y envejecimiento activo.
2. Prevención y educación para un envejecimiento sano.
3. Flexibilidad en el diseño y aplicación de la Política a favor del A. M.
4. Descentralización.
5. Subsidiariedad y Rol regulador del Estado.

Objetivos

1. Fomentar la participación Social del A.M.
2. Incentivar la formación de recursos humanos en el área.
3. Mejorar el potencial de salud de los A.M.
4. Crear acciones y Planes de prevención.
5. Focalizar los subsidios estatales en los sectores más pobres de A.M.
6. Fortalecer las responsabilidades intergeneracionales en la familia y comunidad.
7. Fomentar el uso del tiempo libre y la recreación.
8. Institucionalizar la temática del envejecimiento.
9. Fomentar la asociatividad entre los A.M..
10. Privilegiar el ámbito local en la ejecución de políticas para el A. M..
11. Perfeccionar las normativas referidas a la Seguridad Social.
12. Mejorar los sistemas de atención a los pensionados.

QUINTA PARTE

V.I SISTEMA PÚBLICO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PROGRAMAS DE SALUD

V.I .1 Calidad y Modernización del Instituto de Normalización Previsional (INP) para la Atención de Adultos Mayores.

El Instituto de Normalización Previsional (INP) es el organismo que acoge a los pensionados del antiguo sistema y está a cargo de las pensiones asistenciales; por lo tanto, es el organismo más adecuado para atender a los adultos mayores pobres. El INP esta actualmente en una política de modernización orientada a la calidad total. El sistema PASTIS se ha caracterizado por deficiencias y fallas administrativas, como el alto tiempo de respuesta a la concesión y pago de beneficios. La focalización y el control manual de los formularios del sistema conllevan a una perdida de beneficios. Esto llevó a que el INP, redujera a 30 días el pago de los beneficios asistenciales, eliminar el envío de los formularios, optimizar la gestión, focalizar los beneficios, reducir los costos y redistribuir las funciones del personal. Otros de los servicios del INP son: la entrega total de asesoría y capacitación de pensionados y monetizados, participación en proyectos regionales para el desarrolló del adulto mayor y atención de trámites domiciliarios.



V.II.2 Beneficios Previsionales que otorgan las ex cajas de previsión social administradas por el INP (Comité Nacional del Adulto Mayor,2000).

a) Pensiones Mínimas:

Las pensiones asistenciales (PASIS), que tienen el carácter de pensión no contributiva, fueron creadas en 1975 para cubrir a los sectores marginados de los sistemas de previsión. Se otorgan a partir de una calificación de adultos mayores indigentes o minusválidos de cualquier edad, mediante una encuesta de estratificación socioeconómica.

Sin embargo, las PAIS no se otorgan exclusivamente a adultos mayores sino también a discapacitados y personas con deficiencia mental e invalidez, mayores de 18 años.

Las pensiones asistenciales son garantizadas por el Estado Chileno a personas cuyos fondos de previsión (a pesar de que dichas personas cumplen con criterios de vejez) no alcanzan a cubrir el umbral mínimo de ingreso. Esta garantía estatal se aplica a los pensionados del sistema público y privado.

b) Pensiones por Vejez:

Este es un beneficio previsional consistente en la entrega de una pensión mensual, permanente y vitalicia a la que tiene derecho el imponente, que cumple con los requisitos de edad y de imposiciones o tiempo computable, de las ex cajas de Previsión Social del sistema antiguo y de las que el INP es el sucesor legal.

Si el imponente ha desarrollado trabajos pesados calificados como tales por el INP, podrá percibir la pensión antes de la edad exigida.

c) Bono de Reconocimiento:

El Bono de reconocimiento es un documento mediante el cual el Estado reconoce las imposiciones que una persona efectuó en alguna de las ex cajas de previsión administradas por el INP, y que se otorga a quienes se cambian al nuevo Sistema de Pensión creado por D.L N° 3.500 (Administradora Fondos de Pensiones).

El bono de reconocimiento es de carácter nominativo e intransferible, pero podrán cederse sus derechos a una compañía de seguros en caso de contratar una pensión anticipada o transitoria. Este documento es emitido por el Instituto de Normalización individual y confeccionado por la casa de Moneda de Chile. El valor del bono, se reajusta anualmente de acuerdo al índice de precios al consumidor, además, se obtiene un 4% anual adicional, que se capitaliza cada año desde la fecha en que el afiliado se incorpora al nuevo sistema previsional. Se liquida cuando el trabajador cumple con los requisitos para obtener su pensión en éste último.

d) Tarjeta de Identificación del Pensionado:

Esta tarjeta de identificación es personal e intransferible, que el INP entrega a sus pensionados a través de las entidades pagadoras de pensión.

Sirve para obtener descuentos y/o atención especial en las empresas y/o tiendas adheridas a la campaña “Devolviendo la Mano” que promueve el Instituto de Normalización Previsional.

V.II PROGRAMA DEL MINISTERIO DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR

En los últimos años se han desarrollado y ejecutados algunas estrategias e intervenciones innovadoras tendientes a dar atención integral de salud a los adultos mayores en el nivel primario de atención. A partir de lo anterior se han desarrollado normas y orientaciones metodológicas para la identificación de los grupos más vulnerables, además se han incorporado actividades de promoción en los dos tercios de la población adulta mayor autovalente, mantención de su autonomía funcional y en aquellos que han perdido funcionalidad tratar de recuperar sus capacidades y a su vez propender el máximo de autonomía dentro de sus limitaciones. Simultáneamente, se otorgan algunas prestaciones específicas, como intervenciones quirúrgicas prioritarias por su prevalencia y trascendencia, atención de algunas patologías de alta complejidad y entrega de prótesis y prótesis.

Es importante destacar que más del 75% de las personas adultas mayores son beneficiarias del sistema público, porcentaje superior al del resto de la población. Para atender ese segmento es crucial contar con recursos financieros.

En 1997 el presupuesto del programa se incrementó a 9.1 millones de dólares, lo que significó duplicar el presupuesto destinado el año 1995; un 57% se destinó a prestaciones y proyectos específicos en la modalidad institucional, 9% al programa oportunidad de atención y un 34% a la modalidad libre elección (MINSAL, 1998).

El programa se inició con actividades de tratamiento y rehabilitación, y dispuso de los elementos necesarios para mejorar la funcionalidad, especialmente de visión, audición, capacidad masticatoria y de movilidad. Posteriormente, se desarrolló una segunda etapa que comprendió la

entrega de prótesis en intervenciones quirúrgicas de patologías frecuentes en ancianos, con implantes de lentes intraoculares, marcapasos y prótesis de cadera.

La ejecución del Programa es descentralizada y los servicios de salud son responsables de fijar sus metas en cuanto al número de elementos que distribuirá y de entregarlos a los usuarios a través de los hospitales. Para ello, el Ministerio de Salud transfirió los recursos necesarios a los niveles locales por medio del FONASA.

a) Perspectivas a futuro y prioridades programáticas del sector salud

El presupuesto para 1998 es de 9.4 millones de dólares, con un 66% para la modalidad institucional. En la elaboración del programa del Ministerio de Salud se considera el cambio del perfil epidemiológico en el país, pues las enfermedades del aparato circulatorio, cáncer, accidentes y violencias explican el 60% del total de muertes. A su vez, más del 60% del total de defunciones anuales, corresponde a personas de 65 años y más. A medida que las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares disminuyen. Es probable que aumenten las prevalencias de otras dolencias crónicas, como demencia, artritis, cáncer, sordera, mala visión y otras afecciones actualmente incurables y no prevenibles. Corresponde indicar que muchas de estas enfermedades producen discapacidades funcionales (MINSAL, 1998).

El Ministerio de Salud está en un proceso de definición de prioridades que sirve de base para la negociación de los compromisos de gestión del nivel central con el local. En la tabla siguiente se exponen las prioridades en orden de relevancia, que son las que deberían orientarse e inspirar las futuras acciones de los programas de salud hacia la población adulta mayor.

Chile: Prioridades en Salud del País y del Adulto Mayor

Prioridades del País	Prioridades del adulto mayor
Accidentes	Accidentes en el hogar
Diabetes Mellitus	Diabetes mellitus no insulino dependiente
Enfermedades respiratorias	Neumonías
Salud Mental	Alzheimer y otras demencias
Salud ocular	Cataratas. Vicio de refracción. Retinopatía diabética
Tuberculosis	Tuberculosis

Durante el presente año el actual Presidente de la Republica, Sr. Ricardo Lagos , anunció durante el discurso del 21 de Mayo, que la atención para los adultos mayores de 65 años, beneficiarios de FONASA, serán atendidos en forma gratuita por la red del servicio público, ya sean Postas, Policlínicos, Consultorios y Hospitales. Para la obtención de este beneficio, el adulto mayor deberá concurrir a las dependencias de FONASA Central, con su cédula de identidad y

credencial FONASA para quedar registrado en el sistema, a cambio se le entregará una credencial que certifica su condición de adulto mayor beneficiario.

V.II.1. PROGRAMAS DE ATENCIÓN DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR

1.- MODALIDAD INSTITUCIONAL

Este es un programa que permite tener acceso y atención gratuita en los 28 Servicios de Salud y Consultorios Municipalizados de prestaciones de Salud.

a) Atención Médica en Postas y Consultorios:

Este es el primer nivel de atención y consiste en consultas médicas, programa dental, nutrición, medicamentos, exámenes de laboratorio, radiografías, educación para la salud y entrevistas sociales.

Son beneficiarios los que reciben una Pensión Asistencial del D.L. N° 869 de 1975, carentes de recursos, sus cargas familiares y beneficiarios FONASA.

b) Atención en Hospitales y Consultorios de especialidades del Sistema Nacional del**Servicio de Salud:**

Este es el segundo nivel de atención y se entrega en hospitales y consultorios de especialidades. Generalmente el paciente llega a estos servicios de salud por una derivación que el médico del consultorio de atención primaria realiza a través de una interconsulta.

Desde el año 1995, se están entregando: anteojos, audífonos, placas dentales, bastones, sillas de ruedas, lentes intraoculares, marcapasos, prótesis, totales y parciales. Además se les entregan:

- Lente Ópticos
- Audífonos
- Bastones
- Sillas de Ruedas
- Andador
- Colchón Antiescaras.
- Cojín Antiescaras.
- Canasta Dental en Atención Ambulatoria
- Intervenciones quirúrgicas tales como: Catarata, Implantación de Marcapasos, Artrosis de Cadera, fractura de Tobillo y de Antebrazo.

Requisitos para Postular:

- Ser mayor de 65 años
- Ser beneficiario de FONASA. Grupos A, B, C, D.
- Inscribirse en un consultorio de atención primaria.
- No estar afiliado a ISAPRE.

2.- MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN

Este programa de salud permite tener acceso a:

a) Atención Médica

b) Bonificación de lentes y Audífonos: Para acceder a este beneficio se debe sacar un bono FONASA, con el que podrá acceder a la compra de lentes y audífonos. Si la compra supera los valores cubiertos se debe cancelar la diferencia al contado directamente en la óptica.

c) Atención Integral de Enfermería a Domicilio: Este servicio se encuentra orientado a pacientes que no pueden salir de su domicilio por encontrarse:

- Recién operado, postrado en cama.
- Con una enfermedad grave de larga duración: cáncer, parálisis.
- Enyesado por fractura de cadera.
- En tratamiento por demencia senil y artereosclerosis.

d) Atención Integral de Enfermería en Centros del Adulto Mayor: Esta atención está orientada a aquellos beneficiarios que padecen, algunas de las siguientes enfermedades crónicas diagnosticadas por un médico especialista.

- Diabetes
 - Enfermedades Pulmonares crónicas (asma, bronquitis y enfisemas, entre otras patologías)
 - Enfermedades reumatológicas (artritis y artrosis).
- Epilepsia
- Enfermedades neurológicas (parálisis, enfermedades de parkinson y miastenia, entre otras)
 - Hipertensión Arterial
 - Tumores Malignos

Requisitos para Postular:

- Ser mayor de 65 años
- Ser beneficiario de FONASA GRUPO B, C, D.
- Tener orden médica.

V.II.2. PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PARA EL ADULTO MAYOR

El programa consiste en la entrega de alimentación complementaria a los adultos Mayores.

El alimento es una crema puré enriquecida con micronutrientes, vitaminas y fibras.

Se entregan 2 kilos mensuales por persona con peso normal y 3 kilos a las personas con bajo peso.

Actualmente se entrega este beneficio en 87 consultorios del país.

Requisitos para Postular:

- Ser mayor de 70 años
- Ser beneficiario del Sistema Nacional de Servicios de Salud.
- Estar inscrito en el consultorio y tener sus controles de salud al día. Examen del adulto mayor, y controles de patologías crónicas como: hipertensión arterial y diabetes.

PARTE I**EVALUACIÓN DE UNA EXPERIENCIA DEL TRABAJO SOCIAL EN LA
REALIZACIÓN DE UN ESTUDIO CUANTITATIVO”**

***“EVALUAR ES COMPARAR EN UN INSTANTE DETERMINADO LO QUE SE HA
ALCANZADO MEDIANTE UNA ACCIÓN, CON LO QUE SE DEBIERA HABER
ALCANZADO DE ACUERDO A UNA PROGRAMACIÓN PREVIA”.***

(Espinoza, Mario.1993)

I. EVALUACIÓN DE LA FACTIBILIDAD

La definición del o los proyectos deben responder a la necesidad y circunstancias que la originaron, es decir, que existan reales posibilidades de éxito y que los medios y recursos que se disponen para ellos sean los adecuados. Además, debemos preguntarnos si contamos con el respaldo real por parte de la institución y usuarios del proyecto. También es necesario esclarecer su localización, ésta consiste en determinar el área geográfica donde se ubicará el proyecto.

II. EVALUACIÓN DE LA METODOLOGÍA Y TAREAS DESARROLLADAS (EJECUCIÓN)

En esta etapa debe evaluarse la capacidad real de ejecución del proyecto y si el camino escogido nos conduce a ello.

Para la realización del proyecto se consideró 6 fases en la metodología de trabajo.

FASES:

a) Distribución de las tareas:

- Subdivisión del equipo: Parte del equipo se encargó de realizar contactos con las instituciones involucradas, para obtener la información correspondiente sobre la existencia de dichos establecimientos.

- La otra parte del equipo se encargó de recopilar y seleccionar bibliografía, con la finalidad de comprender la realidad del adulto mayor y los fenómenos que le afectan.

b) Definición de Indicadores: Estos fueron definidos a partir de dos variables:

1. - Establecimientos de larga estadia para adultos mayores no reconocidos por los Servicios de Salud. Medida a través de los siguientes indicadores:

- Infraestructura de los establecimientos.
- Tipo de prestación otorgada a los adultos mayores residentes.

2. - Adultos Mayores residentes en dichos establecimientos. Medida a través de los siguientes indicadores:

- Identificación de los adultos mayores.
- Redes de apoyo informales.
- Condición de salud de los adultos mayores.

c) Elaboración de los instrumentos:

Para poder responder a los requerimientos del catastro fue necesario diseñar dos encuestas, las cuales debían ser aplicadas a dos tipos de informantes, previamente definidos. Éstos fueron, el director o encargado de cada establecimiento y tres adultos mayores residentes en ellos.

Las preguntas fueron elaboradas después de varias sesiones de trabajo, en donde se discutió su contenido y formulación. Una vez elaborados los instrumentos, se realizó la aplicación de la encuesta pilotos, para luego ser reformuladas.

Los contenidos generales de los instrumentos fueron los siguientes:

a) Encuesta para el director o encargado del establecimiento:

- Datos de Identificación
- Personal a Cargo
- Infraestructura y seguridad del hogar
- Beneficiarios
- Atención prestadas

- Redes Sociales
- Actividades Recreativas
- Observaciones

b) Encuesta dirigida a los Adultos Mayores:

- Datos de Identificación
- Capacidad funcional para realizar Actividades de la Vida Diaria
- Capacidad de relación Social.

d. Distribución Geográfica:

Ésta se realizó de acuerdo a la depuración de los listados originales de los establecimientos de larga estadía para adultos mayores no autorizados por los Servicios de Salud. Dichos listados fueron entregados por el Instituto de Normalización Previsional (INP) y Oficinas de Profesiones Médicas de los distintos Servicios de Salud, Páginas Amarillas, algunos consultorios que manejaban información, Hogar de Cristo, Fundación Las Rosas, Sociedades San Vicente de Paul, etc.

El criterio utilizado en una primera instancia para aplicar los instrumentos, fue el distribuir geográficamente la ubicación de estos establecimientos por comunas, los cuales se

dividieron de acuerdo al acceso y cercanía del domicilio de los miembros del equipo. Posteriormente fue necesario redistribuir la ubicación de éstos, por Servicios de Salud, para agilizar aún más el proceso de aplicación de los instrumentos.

e. Aplicación de los Instrumentos

Durante la aplicación del Instrumento se pudo comprobar que la información contenida en los listados no estaba actualizada, debido a que muchos establecimientos ya no existían, o que los domicilios no correspondían.

f. Análisis y codificación de la Información Obtenida.

En éste proceso de discusión y análisis participó todo el equipo ejecutor, con el objetivo de aclarar y aunar criterios en la elaboración del informe técnico y catastro (ahora manual de consulta).

Para la codificación de la información se debió crear plantillas que establecieran las categorías que se necesitaban para cada indicador estudiado. Esta información quedará más clara en la segunda parte de este estudio, referida al informe técnico del estudio.

III. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

La evaluación de esta experiencia nos ha permitido determinar los factores incidentes, que se relacionan al momento de estudiar ésta problemática, permitiéndonos comprender el fenómeno desde un contexto regional, coyuntura específica, diseño del proyecto, su origen, equipo ejecutor, característica de los usuarios, metodología utilizada, etcétera, que han influido en el resultado final de éste estudio.

Desde el punto de vista teórico el interés Gubernamental por los adultos mayores es más bien incipiente, ya que sólo el año 1996 se diseñó la Política Nacional para el adulto mayor, por lo que su articulación y operacionalización en los distintos servicios, no ha logrado responder todavía a las demandas y necesidades de los adultos mayores, objetos del estudio.

A partir de lo anterior, pudimos constatar la inexistencia de coordinación entre las distintas instituciones públicas y privadas que intervienen en este grupo específico de adultos mayores, ya que los programas estatales apuntan al tratamiento y apoyo de adultos mayores autovalentes, y por otro lado las instituciones privadas de asistencia para adultos mayores, diseñan sus propias metodologías de trabajo.

En lo que se refiere al proyecto y el objetivo específico (efecto) del cual nos responsabilizamos, consideramos haberlo cumplido cabalmente, a pesar de los escasos recursos financieros y humanos con los cuales contábamos.

Inicialmente, el catastro incluiría datos de identificación de los establecimientos y una breve descripción de ellos. En el transcurso del desarrollo del proyecto constatamos la inexistencia de material de apoyo en los servicios e instituciones involucradas, para realizar trabajos en redes sociales de apoyo con estas instituciones; ya que en el ámbito local la mayoría de las comunas no tiene un registro, sobre la existencia de estos establecimientos. Lo que motivó, posteriormente al equipo ejecutor del proyecto, fijar un nuevo criterio de contenido, es decir, ampliar el catastro a la creación de un manual de consulta, que contenga los listados actualizados de los establecimientos autorizados y no autorizados, por los Servicios de Salud.

En una primera etapa nuestro trabajo se enfocó a comprender y analizar las condiciones sociales y económicas que rodean al adulto mayor, para de esta forma explicarnos la existencia de estos establecimientos, incorporando un análisis crítico de la responsabilidad que le compete al Estado en ésta materia. De éste cuestionamiento surge el planteamiento de las siguientes hipótesis de trabajo:

- Los encargados de los establecimientos no autorizados por los servicios de salud, no accederían a otorgarnos información sobre su funcionamiento, prestaciones y condiciones de los adultos mayores residentes en ellos.
- Los establecimientos no acreditados por los Servicios de Salud, no contaban con los requerimientos básicos, para atender a los adultos mayores.

- Los establecimientos pertenecientes a fundaciones e instituciones asistenciales (Fundación Las Rosas, San Vicente de Paul, Hogar de Cristo, entre otros), contaban con los permisos correspondientes para su funcionamiento.

Al poner a prueba nuestras hipótesis, éstas quedaron invalidadas, superando nuestras expectativas.

La práctica nos mostró la importancia del estudio, no sólo como el logro de uno de los objetivos del proyecto, sino también como instrumento de conocimiento de la realidad, tanto de las características de los establecimientos como de las condiciones de los adultos mayores que residen en ellos. Incorporándose a esta experiencia la comprensión del fenómeno en el ámbito regional y nacional acerca de la realidad de los adultos mayores.

En este proceso logramos comprender la lógica de funcionamiento del sistema y como a su vez éste no logra desarrollar herramientas eficaces, para supervisar y regular la existencia de estos establecimientos.

Desde esta perspectiva el desarrollo del proyecto sugiere la participación del Estado en la inclusión de políticas sociales específicas para este grupo de adultos mayores y a su vez la flexibilización en los requerimientos para lograr una eficaz supervisión y fiscalización de los establecimientos, asegurando así una mejor calidad de vida para estos usuarios.

Actualmente Chile cuenta con programas geriátricos y con servicios sociales y de salud, que no logran satisfacer la real demanda y necesidades mínimas de los adultos mayores marginados, generando una calidad de vida desmejorada con respecto a aquellos que sí reciben la atención adecuada.

Por lo tanto, sociedades como la chilena necesitan de la implementación de acciones consecuentes a la par de una toma de conciencia social, con el fin de generar nuevas maneras de abordar la vejez, expandiendo y fortaleciendo la red social de apoyo que requiere el adulto mayor. Esta red debe considerar sistemas de seguridad social que incluyan servicios y programas institucionales y comunitarios, deben generarse espacios vinculares intergeneracionales, espacios físicos y psíquicos que incluyan a la vejez como parte de la vida cotidiana. Además, se deben fortalecer las redes familiares, más allá de los lazos de parentesco, pues es sabido que existe un amplio sector de esta población que es afectado por otro tipo de muerte, la producida por la desvinculación de lo social, lo económico, y lo familiar.

IV. AUTOEVALUACIÓN

Entendida ésta como la evaluación que realiza el equipo ejecutor del proyecto, acerca de su propio desempeño, eficiencia y eficacia, con respecto a los costos y beneficios obtenidos.

Para Fernando Salamanca (Salamanca,1995), la autoevaluación es un indicador parcial, pues incorpora como validadores a personas o grupos particularmente interesados en la sobrevivencia del proyecto, más allá de sus deficiencias objetivas.

Es así como se pretende entregar una visión crítica acerca de aspectos que en gran medida fortalecieron, debilitaron o amenazaron el desarrollo del estudio, y que tienen relación directa con el equipo ejecutor del proyecto y los recursos disponibles.

El análisis de los factores internos y externos que facilitaron u obstaculizaron la realización del Estudio se ha basado en el *Análisis F.O.D.A.* (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas) método utilizado en Planificación Estratégica.

Entre los **FACTORES EXTERNOS** que se hacen presentes durante todo el desarrollo del estudio tenemos, los de tipo *económicos*; que tienen relación con los recursos disponibles para la realización del estudio, la *burocracia*; que no permite, y por tanto dificulta el acceso a la información, y finalmente *la inexistencia de una red formal de información y apoyo* a los adultos mayores que residen en los establecimientos de larga estadía, por lo que los antecedentes y visiones acerca de su situación no son abordadas integralmente, sino más bien en forma aislada

y segmentada. Todos estos factores constituyeron obstáculos y amenazas para la realización del estudio, en los que el equipo investigador no tuvo incidencia alguna.

Entre los **FACTORES INTERNOS** que se encuentran dentro del análisis y que estuvieron presentes en toda la investigación, están aquellos que se consideraron **fortalezas** para el equipo investigador, y aquellos que se consideraron como las **debilidades** del equipo a cargo del estudio.

Con respecto a las fortalezas del equipo executor, ellas tuvieron relación con el entusiasmo y vocación de servicio mostrados para la realización del estudio. La preparación académica recibida para la realización de este tipo de estudios fue idónea, nos encontrábamos en buenas condiciones para enfrentar dicho desafío, y lo hicimos convencidas de que sería un aporte para los adultos mayores, para el Trabajo Social y para nuestra Universidad. En este sentido, se priorizó por el aprendizaje que este estudio nos entregaría.

Respecto a las debilidades que el equipo executor debió enfrentar, éstas tienen relación con el requerimiento de tiempo disponible real para la realización del estudio, pues, junto a esta labor las integrantes del equipo desarrollaban otras actividades, tanto académicas como profesionales. Además, la experiencia en el desarrollo de este tipo de estudio no era lo suficiente, por lo que, hubo diferencias en los criterios para enfrentarlo y desarrollarlo.

En relación con la institución, podemos señalar que valoramos la iniciativa de promover la realización de este tipo de estudios, que tiendan a orientar futuras planificaciones en la temática del adulto mayor. Destacamos además, la confianza depositada en la capacidad del

equipo ejecutor para llevar a cabo el presente estudio. Experiencia que sin duda, abrirá espacios a futuros profesionales en el contexto de su práctica profesional.

V. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD

Hay que considerar, además, en esta etapa la Evaluación Estadística, es decir, evaluar la cantidad, pues toda meta tiene un aspecto cuantitativo en su definición, esto es, número de unidades logradas en comparación con el número que es necesario alcanzar.

Otro aspecto a considerar es la relación entre las tareas, las metas y los plazos para su obtención. Analizar y comparar el tiempo que se ha gastado con el tiempo previsto en la planificación.

En esta etapa se debe tomar en cuenta el grado de efectividad y eficiencia del proyecto, es decir, la capacidad que tuvieron las actividades y tareas del proyecto para alcanzar los objetivos y metas que el mismo define y el índice de productividad del proyecto; la relación existente entre bienes y servicios finales y los insumos requeridos para su producción.

El grado de efectividad que se evaluará en este punto, tiene relación sólo con el cumplimiento del primer objetivo específico del proyecto.

a) Selección de la muestra en estudio

Cabe destacar, que por las características de los establecimientos catastrados, no contábamos con un universo conocido. En consecuencia, se realizó una serie de acciones tendientes a delimitar de la manera más fidedigna posible una base de datos, permitiéndonos de esta manera estimar la cantidad y condición de los establecimientos existentes en la Región Metropolitana. Teniendo presente, que se trata de una realidad poco explorada, la información obtenida es un primer intento serio por dar cuenta de la existencia de los establecimientos no autorizados por los Servicios Sociales y la necesidad de incorporarlos a un sistema normativo, en pos del mejoramiento de la calidad de vida de sus residentes.

El proceso de depuración de los listados, nos significó agotar una serie de posibles fuentes de información. Para lo cual se recurrió a los distintos servicios de salud y oficinas de profesiones médicas. Luego se acudió al Instituto de Normalización Previsional con el mismo propósito. Posteriormente, se solicitó información a las distintas Direcciones de Desarrollo Comunitario (DIDECOS) de los municipios, a través de sus Oficinas para el adulto mayor, cabe señalar que éstos últimos no contaban con ningún registro sobre la existencia de este tipo de establecimientos en sus comunas. Finalmente, recurrimos a fuentes directas, entendidas éstas como los establecimientos pertenecientes a Fundaciones que respondieron a nuestra solicitud con información clara y precisa.

b) Trabajo en terreno

Para la realización del estudio fue necesario efectuar 167 salidas a terreno, ya que la información disponible, a pesar del trabajo previo de depuración, aún contaba con errores tanto de actualización de los listados, direcciones inexistentes, autorizaciones recientes, etc., situación que obligó al equipo ejecutor a redoblar los esfuerzos para obtener el siguiente resultado:

Situación de los Establecimientos	N°
Hogares que alguna vez existieron	57
Hogares que regularizaron su situación durante 1999	17
Hogares donde no se permitió ingreso	04
Total hogares visitados	126
Total hogares encuestados	50

El resultado final, 50 establecimientos efectivamente catastrados, se fundamenta y adquiere relevancia, por el trabajo en terreno realizado, y por la existencia de un universo desconocido.

En relación a los establecimientos, se observó lo siguiente:

- Disposición a cooperar por parte de los encargados de los hogares.
- Conocimiento general de los requisitos para regularizar su situación.
- Movilidad de los hogares en relación a su domicilio.

En relación a los adultos mayores, se observó lo siguiente:

- Existía mayor número de usuarios de lo estimado inicialmente.
- La permanencia de los adultos mayores en estos hogares supera los cinco años.
- Del total de la población usuaria que reside en estos hogares, existe (a diferencia de la premisa inicial), un equilibrio entre adultos mayores dependientes (postrados y/o los que requieren ayuda parcial) y autovalentes.

Finalmente, podemos concluir que por cada hogar visitado en terreno se debió, en promedio, realizar aproximadamente 3 visitas por cada hogar efectivamente catastrado.

El tiempo inicialmente previsto para la aplicación de los Instrumentos, fue de 2 meses (Agosto - Septiembre). Sin embargo, como resultado de la modificación en la muestra, el tiempo efectivamente utilizado para dicha aplicación se extendió a 4 meses.

Sin embargo, el tiempo previsto para la realización del estudio, fue programado para nueve meses, plazo que se cumplió, aún cuando se destinó mayor tiempo para el trabajo en terreno.

PARTE II

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

“INFORME TÉCNICO CUANTITATIVO”

El presente Informe Técnico está dividido en 2 partes; la primera está referida a los Establecimientos de Larga Estadía, y la segunda parte se referirá a los resultados de la encuesta aplicada a los adultos mayores residentes en los establecimientos.

1.- Cuadro Comparativo General

Este Cuadro Comparativo da cuenta del Número de Establecimientos autorizados y número de Establecimientos no autorizados existentes en la Región Metropolitana, distribuidos por los seis Servicios de Salud.

Servicios de Salud	N° Hogares Autorizados	N° Hogares No Autorizados
Norte	7	13
Sur	61	7
Central	19	18
Oriente	185	3
Occidente	25	4
Sur Oriente	9	5
Total	306	50

Al comparar la información entre los Establecimientos de larga estadía para adultos mayores autorizados y no autorizados, por los Servicios de Salud; destaca el predominio de los establecimientos no reconocidos en las comunas pertenecientes a los Servicios de Salud Norte y Central, con 13 y 18 establecimientos respectivamente, a diferencia del Servicio Oriente, en que constatamos la existencia de sólo 3 establecimientos.

Cabe señalar, que la mayor cantidad de establecimientos catastrados, se ubican geográficamente en comunas de estrato socioeconómico medio – bajo, esto se podría explicar, al relacionar los requerimientos necesarios para obtener su autorización, con los medios económicos disponibles para cumplir con las exigencias de los Servicios de Salud.

I. Encuesta Aplicada a los Encargados de los Establecimientos

A continuación presentamos los resultados del instrumento – encuesta- aplicado a los encargados de 50 establecimientos, referente a la infraestructura del establecimiento y características de las prestaciones que otorgan:

1.- Distribución por sexo:

En relación a la distribución según sexo, se observa evidente predominio de la población femenina con un 70% en contraste con un 30% de varones.

Lo anterior, refleja la tendencia nacional -a medida que se envejece- se incrementa la mortalidad masculina, situación que concuerda con los siguientes resultados:

Sexo	Cantidad	%
Hombres	483	30
Mujeres	1153	70
Total	1636	100

1.-Condiciones de vida de los Adultos Mayores

Destaca el predominio de adultos mayores autovalentes (55%) por sobre los que presentan un grado de dependencia total o parcial (45%). Lo anterior, difiere de la creencia inicial del equipo, referente a que mayoritariamente la población usuaria de estos establecimientos consistía en adultos mayores dependientes. Por lo tanto, constatamos la existencia de diversos criterios para seleccionar a los usuarios, por parte de establecimientos particulares, primando el de orden económico ya que a medida que aumenta la dependencia del adulto mayor aumenta el costo de las prestaciones.

Condición Adultos Mayores	N° Adultos Mayores	%
Dependientes	738	45
Autovalentes	898	55
Total	1636	100

CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS.

1. Según Dependencia:

N° Establecimientos	Tipo
27	Privado
23	Religioso
50	Total

De acuerdo a lo observado durante el trabajo en terreno, se constató que los establecimientos de origen privado o particular, son más en número que aquellos pertenecientes a fundaciones laicas o religiosas. Por tanto, preocupa que estos establecimientos, al ser concebidos como instituciones con fines de lucro, el adulto mayor pase a un segundo plano y sea visto sólo como generador de utilidades o fuente de trabajo para terceros.

A diferencia de los anteriores, los establecimientos de corte religioso o fundaciones, quienes motivados por fines asistenciales o filantrópicos, acogen a adultos mayores indigentes o con jubilaciones mínimas, cuyo aporte a través de éstas, obviamente no cubren todas sus necesidades básicas, las que son financiadas con recursos gestionados por la fundación u organismo religioso, básicamente nos referimos a Hogar de Cristo, Fundación Las Rosas y Sociedad de Conferencias San Vicente de Paul de Señoras.

2. Tipo de Construcción:

Este ítem busca determinar la calidad de la construcción. Destaca que 34 establecimientos, están contruidos de material sólido. Sin embargo, 14 establecimientos son de material mixto, principalmente adobe, en consecuencia al tratarse de construcciones añosas, no necesariamente se encuentran en buen estado de conservación, afectando la calidad y las condiciones en que viven los adultos mayores.

Nº de Establecimientos	Tipo de Construcción
34	Sólido
2	Madera
14	Mixto
50	Total

3. Habilitación y condición de dormitorios:

N° Establecimientos	N° Dormitorios	%
31	3 – 9	62
9	10 – 19	18
5	20 – 29	10
1	30 – 39	2
0	40 – 49	0
4	50 – 99	8
50	Total	100

N° Establecimientos	Condición Dormitorios y camas	%
41	Buena	80
8	Regular	16
1	Mala	2
50	Total	100

N° Establecimientos	N° Camas	%
21	7 – 14	42
12	15 – 24	24
3	25 – 34	6
1	35 – 44	2
1	45 – 54	2
9	55 – 99	18
3	100 y más	6
50	Total	100

Para este ítem de habilitación y condición de dormitorios y camas se consideró tanto su capacidad, iluminación, ventilación, estado y limpieza de pisos y paredes, para calificarlos en condiciones: buena – regular y mala. De los resultados se desprende que un 80% cuenta con dormitorios y camas calificados como ‘buenos’.

En relación al número de dormitorios por hogar, se interpreta lo siguiente:

La frecuencia 3 – 9 dormitorios corresponden a 31 establecimientos, lo que representa el 62%, tratándose además, de establecimientos privados.

La frecuencia 55 – 99 dormitorios, corresponde a 4 establecimientos, representando un 8%, que pertenecen a establecimientos religiosos.

Hacemos referencia a la dependencia del establecimiento y la capacidad de los dormitorios, para explicar lo siguiente: los hogares privados por lo general son pequeños, instalados en casas- habitación y habilitados como Hogares de Ancianos, a diferencia de los establecimientos religiosos, que por su carácter asistencial, acogen generalmente gran número de adultos mayores, en consecuencia, están instalados en dependencias construidas y diseñadas para tal objetivo, o se trata de construcciones amplias.

1.- Servicios Básicos.

a. Baños y Duchas

Nº Establecimientos	Agua Caliente
49	SI
1	NO
50	

Total Baños	Total Duchas
308	279

b. Higiene en Baños:

Para este ítem, se consideraron aspectos tales como accesibilidad y elementos de seguridad, iluminación, ventilación, paredes, humedad y sanitización periódica de baños y duchas.

Destaca, que la mayoría de los establecimientos, salvo uno, cuentan con agua caliente en baños y duchas, además un 80% de los baños se encuentra en buenas condiciones higiénicas.

N° Establecimientos	Condición	%
40	Buena	80
9	Regular	18
1	Mala	2
50	Total	100

c. Cocina:

Condiciones higiénicas cocina: Aquí se evaluó ventilación, iluminación, equipamiento, pisos y paredes.

Un 74% de las cocinas se encuentra en buenas condiciones higiénicas, un elevado 24% se encuentra en situación regular y sólo uno en malas condiciones.

N° Establecimientos	Condición	%
37	Buena	74
12	Regular	24
1	Mala	2
50	Total	100

d. Capacidad comedor:

La importancia de este ítem, permite por una parte, visualizar los grados de socialización y de creación de lazos, que el espacio común del comedor pueda generar en los adultos mayores, es decir, este lugar pasa a ser el más importante en la vida de los adultos mayores, generalmente carentes de otras instancias de esparcimiento y participación con sus pares u otras generaciones.

N° Establecimientos	¿El comedor tiene capacidad suficiente para todos los adultos mayores?
49	SI
1	NO
50	Total

e. Lavandería

Si bien 41 establecimientos poseen lavandería o contrata este servicio externamente, los 9 restantes se apoyan en la familia del adulto mayor para atender esta necesidad.

N° Establecimientos	¿Posee lavandería?
41	SI
9	NO
50	Total

4. Características de las Prestaciones

a. Controles Médicos

Está internalizada la necesidad de realizar controles médicos con frecuencia, a fin de prevenir enfermedades estacionales y/o controlar aquellas propias de la vejez, situación que se refleja claramente, ya que 46 establecimientos declaran efectuar controles médicos en forma permanente.

En los 4 establecimientos que declaran no realizar controles médicos periódicos, aluden al buen estado de salud y autovalencia de los adultos mayores que ahí residen. En consecuencia sólo acuden a profesionales del área salud en caso de enfermedad o emergencia médica.

N° Establecimientos	¿Controles médicos periódicos?
46	SI
4	NO
50	Total

b. Alimentación

b.1 Comidas

N° Establecimientos	N° Comidas	%
8	3	16
35	4	70
4	5	8
2	6	4
1	7	2
50	Total	100

Este ítem se elaboró contemplando los requerimientos nutricionales necesarios para el adulto mayor, observándose lo siguiente: el 70% de los establecimientos entrega cuatro comidas diarias, entendiéndose, dos comidas calientes, once y colación. Sólo un 14% de los establecimientos entrega entre 5 y 7 comidas diarias, incluyéndose mayor número de papillas y frutas.

b.2 Minuta alimenticia

En relación con la elaboración de una minuta, se consideró la planificación semanal de las comidas, destinadas a los adultos mayores, observándose lo siguiente: un 62% de los establecimientos declara elaborar una minuta semanal, diseñada por un nutricionista o en su defecto por el administrador del establecimiento. Sólo un 38% determina diariamente la minuta, aduciendo como causa los recursos económicos diarios con los que cuentan y los alimentos disponibles.

N° Establecimientos	¿Elaboran minuta alimenticia?	%
31	SÍ	62
19	NO	38
50	Total	100

5.Seguridad

a.1 Vías de Evacuación

N° Establecimientos	¿Posee vías de evacuación?
42	SÍ
8	NO
50	Total

b.2 Extintores

N° Establecimientos	¿Tiene extintores?
37	SÍ
13	NO
50	Total

N° Establecimientos	N° Extintores	%
13	0	26
09	1	18
09	2	18
05	3	10
03	4	6
11	5 y más	22
50	Total	100

Este ítem se incorporó para constatar las normas mínimas de seguridad de los establecimientos, considerándose el número de extintores y si poseen vías de evacuación, como elementos mínimos de protección para los adultos mayores residentes en ellos. Constatándose que un 84% de éstos cuenta con vías de evacuación expeditas y sólo el 16% no cumple con dicho requerimiento.

En relación a la existencia de extintores, un 76% cuenta con uno o más extintores, a diferencia del 24% que no posee este vital elemento de seguridad.

6. Realización de actividades recreativas:

N° Establecimientos	¿Organizan actividades recreativas?
33	SÍ
17	NO
50	Total

a.1 Paseos:

N° Establecimientos	¿Realizan paseos?	%
19	SÍ	38
31	NO	62
50	Total	100

La importancia de realizar actividades recreativas, tanto por el personal del establecimiento o como por entidades externas (colegios – iglesias – organizaciones comunitarias, etcétera), lo visualizamos como la utilización del tiempo libre de los adultos mayores, para de ésta manera potenciar sus capacidades físicas, motrices y mentales.

Destaca que sólo el 66% efectúa algún tipo de actividad recreativa y el 38% realiza paseos. Sin embargo, éstas se realizan generalmente en función del estado de ánimo de los adultos mayores, por lo que se constató la inexistencia de unidades metodológicas planificadas en función de la recreación y esparcimiento del adulto mayor.

El porcentaje restante (34%) de los establecimientos no realiza ninguna actividad recreativa, presumiblemente porque no visualizan este tipo de actividades como una herramienta que potencie y fortalezca, el mayor tiempo posible la autovalencia de los adultos mayores, tanto física como mental.

7. Recursos Humanos

a.1 Funcionarios

N° Funcionarios	566
------------------------	------------

b.2 Capacitación del Personal

N° Establecimientos	¿El personal posee capacitación específica?	%
39	SI	78
11	NO	22
50	Total	100

Un 78% de los establecimientos catastrados emplea personal con algún tipo de capacitación en atención a adultos mayores, y cursos tales como primeros auxilios y cuidado de enfermos, entre otros, pudiéndose afirmar que en su mayoría no corresponde a capacitación entregada en instituciones formales del área salud.

8. Supervisión de Medicamentos por personal:

¿El personal supervisa la administración de medicamentos?	Cantidad	%
SI	48	96
NO	2	4
Total	50	100

La supervisión de medicamentos, es una prestación relevante para el equipo investigador, ya que refleja el control y correcta suministración del tratamiento prescrito a cada adulto mayor. El 96% cumple con este requerimiento, sin embargo, las excepciones corresponden a establecimientos donde sus residentes son autovalentes, que proveen su alimentación y realizan variadas actividades sin necesidad de ayuda de terceros.

9. Contacto con Instituciones Públicas y/o Privadas

La importancia de vinculación tanto con entidades públicas y/o privadas, que mantienen los establecimientos, que acogen a los adultos mayores, refleja la capacidad de éstos para administrar y gestionar los requerimientos, tanto del establecimiento como de los adultos mayores, relacionándose con el municipio, consultorio, I.N.P. entre otros.

A partir de lo anterior, se desprende lo siguiente, un 88% de los establecimientos se relacionan con una o más instituciones y en promedio cada uno de ellos se relaciona con dos redes de apoyo y sólo un 12% no mantiene ningún vínculo externo.

Nº de Establecimientos	¿Mantiene contacto con instituciones?	%
44	SI	88
6	NO	12
50	Total	100

A continuación, graficamos las Instituciones con que se relacionan mayoritariamente los establecimientos de larga estadía para adultos mayores:

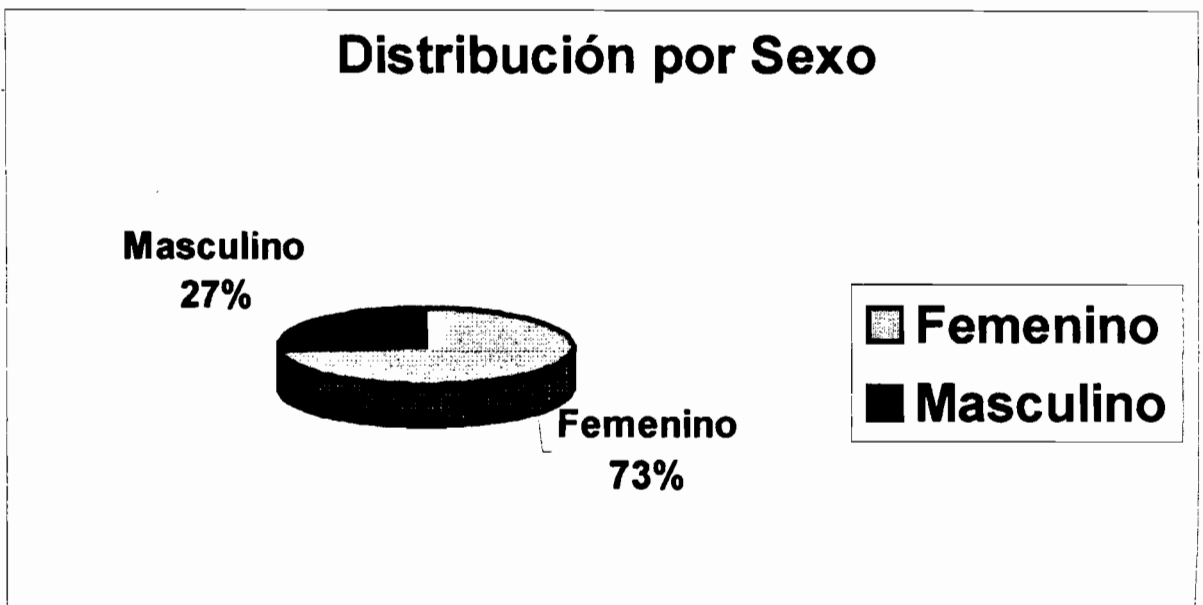


10. Apadrinamiento

Entendemos el apadrinamiento como el aporte en dinero o especies (alimentos, medicamentos, ropa, etc.) o acciones voluntarias de apoyo para adultos mayores, constatándose que, un 56% no cuenta con apadrinamiento.

N° Establecimientos	¿Reciben apadrinamiento?	%
22	SÍ	44
28	NO	56
50	Total	100

11.- Distribución por Sexo de la Población Adulto Mayor Residente



Este Gráfico nos muestra que un 27% de la población es de sexo masculino y el 73% es de sexo femenino, cifras que concuerdan con la tendencia mundial, de que la población adulta

mayor está constituida predominantemente por mujeres, debido fundamentalmente al aumento de la mortalidad masculina

2.- Encuesta Aplicada a Adultos Mayores residentes en los establecimientos.

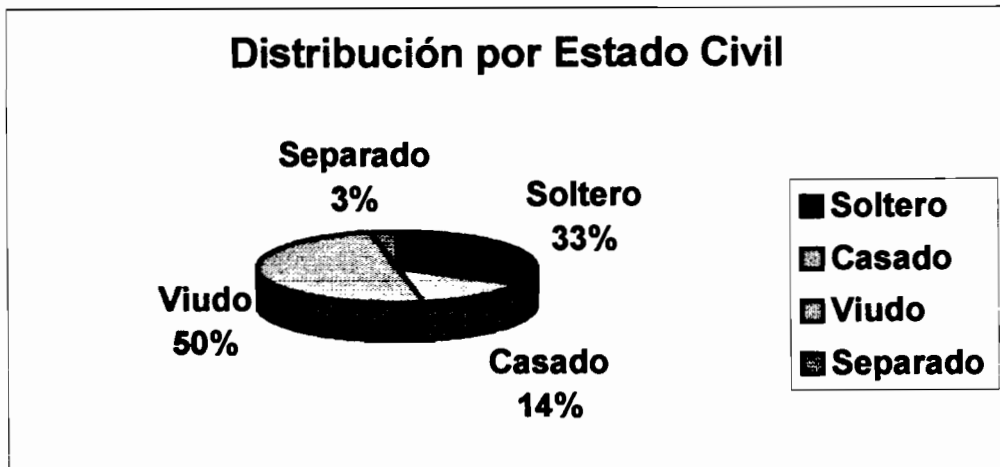
El presente estudio se realizó sobre la base de una encuesta aplicada a 86 adultos mayores que accedieron voluntariamente a contestar y aportar datos respecto de sus antecedentes sociales y condiciones generales de salud, información que a continuación entregamos.

1.- Antecedentes sociodemográficos

La población usuaria que reside en los 50 establecimientos de larga estadía no autorizados por los Servicios de Salud, alcanza a 1636 adultos mayores.

En términos generales, se aprecia un marcado predominio de las mujeres con un 73% por sobre los varones, quienes representan el 27% del total encuestado.

Resulta interesante constatar que la mitad de los adultos mayores de esta muestra presenta la condición de viudez, seguidos por los solteros con un 33% y sólo un 14% de casados y un 3% de separados.



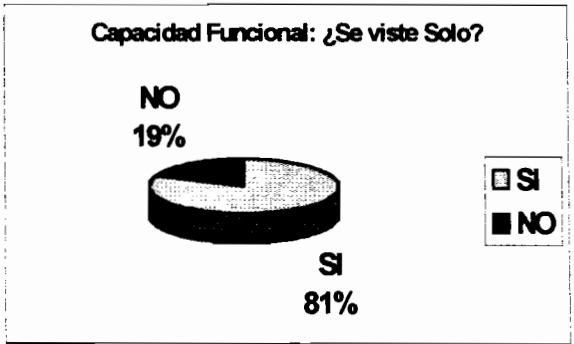
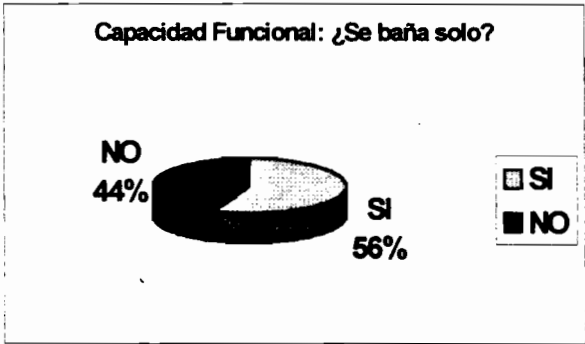
En consecuencia, al sumar los porcentajes de viudos y solteros, inferimos que éste importante 83%, ingresa a este tipo de establecimientos posiblemente para enfrentar una situación de soledad y falta de protección, ya que al no contar con una pareja o descendencia, que les brinde los cuidados necesarios, es el establecimiento quien compensa éstas carencias.

2.- Uso de medicamentos.

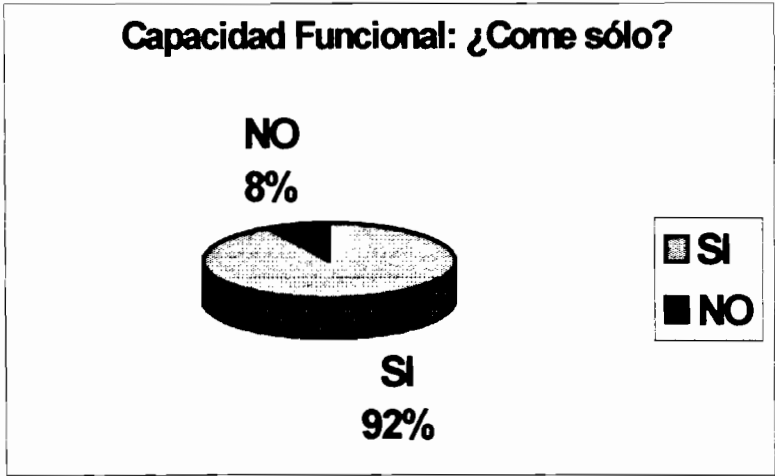
Se investigó el consumo de medicamentos de la población residente, estudiándose el número de medicamentos (no las dosis), de los 86 adultos mayores consultados un 78% afirma consumir medicamentos.

3. Cuidados Personales:

Un 56% declara bañarse sin ayuda de terceros y un 81% de los adultos mayores no requiere ayuda para vestirse o desvestirse.



Como lo muestra es siguiente gráfico la mayoría no requiere ayuda para su alimentación personal, sólo el 8% requiere ayuda puntual o específica, ya sea para cortar o picar los alimentos.

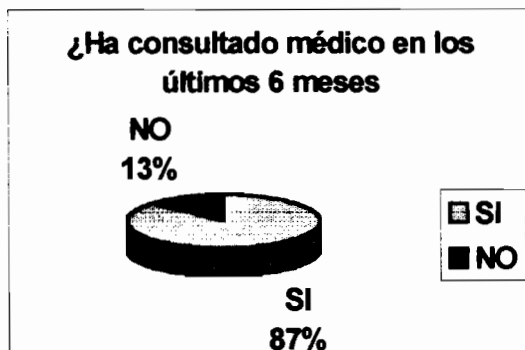
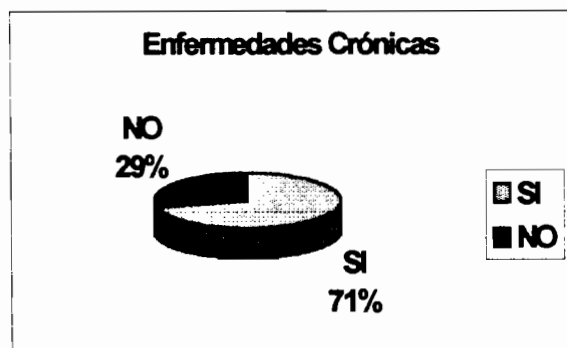


4. Cuidados de Salud:

4.1 Control y cuidados médicos:

La mayoría de los adultos mayores no presenta patologías o tienen una patología no evolutivas como por ejemplo artrosis, requiriendo sólo un control médico periódico. Un 71% de los adultos mayores declara padecer algún tipo de enfermedad crónica.

El 60% de los adultos mayores está inscrito y se controla periódicamente en el consultorio, preferentemente de su sector y el 73% declara haber sido vacunado en las campañas del Ministerio de Salud, para prevenir enfermedades estacionales.



4.2 Capacidad Funcional

Capacidad funcional Actividades de la Vida Diaria Instrumentales

	SI	NO	Total
Maneja Dinero	53%	47%	100%
Salen de compras	38%	62%	100%
Salidas – paseos	49%	51%	100%

Los ítems manejar dinero, salir de compras o de paseo son pilares fundamentales, para determinar la capacidad funcional del adulto mayor. El hecho de manejar dinero, lo faculta para decidir en qué gastarlo, manejando sus recursos (muchas veces escasos) ejerciendo poder y logrando ciertos grados de autonomía, que potencian sin duda su autoestima. Por tanto es positivo, visto en esos términos que un 53% declare manejar su dinero o pequeñas cantidades de éste.

En cuanto a las salidas del establecimiento, éstas se reducen sólo a un 38% sale de paseo de vacaciones al menos una vez al año en forma grupal y un 49% del establecimiento manifiesta no salir de su lugar de residencia.

5.Capacidad de relación social:

	SI	NO	Total
Contacto familiar	76%	24%	100%
Cuenta con ellos en caso de emergencia	76%	24%	100%
Participa en clubes u organizaciones	15%	85%	100%

	SI	NO	NO RESP.	ACOSTUMBRA DO	Total
Satisfecho viviendo en el hogar	65%	7%	19%	9%	100%
Amigos en el hogar	84%	15%	1%	--	100%

La capacidad de relación social, es un indicador de la condición de abandono que puedan sentir los adultos mayores respecto de sus redes sociales informales (familia y amigos).

Un 76% dice mantener contacto familiar permanente y que cuentan con uno o más miembros de la familia o amistades en caso de emergencia.

El porcentaje restante declara no mantener contacto alguno, debido a la ausencia o muerte de los familiares más cercanos o por desinterés de éstos (abandono).

En lo referido a la participación social, se consultó a los adultos mayores la participación periódica o eventual en clubes de ancianos, de tango u otra organización comunitaria, sólo el 15% manifiesta participar en alguno de ellos. Se observa, un preocupante aislamiento de los adultos mayores residentes en estos establecimientos.

Finalmente, en el ítem referido a la satisfacción o no del adulto mayor viviendo en el establecimiento, un 65% manifiesta que se encuentra satisfecho, y un 7% manifiesta su disconformidad. Un importante 19% no responde. Destaca un 9%, que declara “acostumbramiento”, es decir, en un principio manifestaban su desacuerdo con el hecho de vivir lejos de su hogar y su familia, pero frente a una situación sobre la cual no tienen injerencia ni capacidad de cambio, optan por conformarse en una actitud pasiva y sin esperanza.

PARTE III

EVALUACIÓN FINAL

En esta etapa nos enfrentamos a la tarea de analizar los resultados finales que se han alcanzado, sus efectos y productos, en relación con los objetivos del proyecto.

Es así como al analizar cuantitativamente los resultados vemos que:

- Los 50 establecimientos de larga estadía para adultos mayores, no autorizados y catastrados representan una muestra no definida de establecimientos de larga estadía existentes en la Región Metropolitana, ya que no contamos con un universo preciso, esto producto de la intervención en una realidad poco explorada.

Esta cifra nos parece significativa, en relación, al número de usuarios de estos establecimientos, que alcanza a 1636 adultos mayores, considerando que el total regional de adultos mayores que residen en estos establecimientos de larga estadía asciende a la cifra de 8.547 personas, es decir, el 19% de la demanda es absorbida por los establecimientos objeto del estudio.

Por lo anterior, estas cifras adquieren mayor importancia si señalamos que estos 50 establecimientos catastrados, representan el 14% del total de establecimientos a nivel regional y que no están sujetos a ninguna fiscalización que norme su funcionamiento.

- Los 50 Establecimientos de larga estadia para adultos mayores, no autorizados y catastrados, servirán de base para la realización de los otros objetivos del proyecto.

- Los 50 establecimientos de larga estadia para adultos mayores, no autorizados y catastrados nos arrojó como resultado, según su dependencia, la siguiente distribución:
 - 27 Establecimientos privados.
 - 23 Establecimientos pertenecientes a Fundaciones e Instituciones de corte religioso.

Esto significa que, un 46% de los establecimientos de larga estadia para adultos mayores, no autorizados, que pertenecen a las mencionadas fundaciones, no cuentan con la autorización para funcionar. Por lo que, invalidamos una de nuestras hipótesis iniciales, concerniente a la existencia de la acreditación total de los establecimientos pertenecientes a este tipo de fundaciones o instituciones religiosas.

No obstante, el tipo de adulto mayor que es acogido y que reside en estos establecimientos, es mayoritariamente de escasos recursos (jubilados con pensiones asistenciales), sin embargo, para nadie es desconocido que la misión de estas fundaciones e instituciones tiene una orientación de tipo asistencial y con metodología propia en su intervención.

- Los 50 establecimientos de larga estadía para adultos mayores, no autorizados y catastrados, nos han entregado en relación a las redes sociales de apoyo, el siguiente resultado:
 - El 70% de estos establecimientos se vincula con su Consultorio de Atención Primaria, ya sea para los Controles de sus residentes o para enfrentar Urgencias Médicas.
 - Un 66% de estos establecimientos mantiene vínculos con el INP, ya sea para la tramitación o cobranza de pensiones.

Cabe recordar, que la realización de este Catastro se debió en gran parte a la inquietud mostrada por ese Organismo, quien estructuró los primeros listados en base a este indicador (pensiones).

- Un 36% de estos establecimientos se vinculan con el Municipio. Lo que denota claramente que estos organismos han orientado su trabajo, fundamentalmente a adultos mayores autovalentes y organizados que residen preferentemente con sus familias o en establecimientos autorizados.

Lo anterior se constató durante el proceso de depuración de la información, período en que se contactó telefónicamente a gran parte de las DIDECOS y Oficinas Comunales del Adulto Mayor, las cuales no contaban ni manejaban registro alguno acerca de los establecimientos de larga estadía para adultos mayores, existentes en su comuna.

Se sugiere a partir de la información antes señalada, que el INP junto a los Consultorios de Atención Primaria realicen un trabajo en función de esta población en particular y que los Municipios, a través de sus Oficinas comunales del Adulto Mayor, integren a los adultos mayores y promuevan las actividades que ellos realizan, ya sean talleres, capacitaciones, actividades recreativas, etc.

En relación, a los efectos inmediatos, el equipo ejecutor cree que los resultados serán de gran utilidad, si se piensa que en la elaboración de futuros estudios, la población objeto ya estará identificada. Es así como el tema de las deficiencias dará paso a nuevos proyectos en pos de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores residentes en estos establecimientos de larga estadía.

Es por esto, que temas tan importantes como el fortalecimiento de la capacidad de gestión de los encargados de éstos establecimientos, capacitación a funcionarios (566) que atienden a éstos adultos mayores, con énfasis en cuidado y autocuidado en salud, creación de talleres que fomenten la autovalencia y la utilización del tiempo libre, para de esta forma contrarrestar la desvinculación social y familiar, nos convencen que queda aún mucho por hacer, en favor de estos establecimientos. Cualquier acción por parte de los organismos formales será beneficiosa y mejorará la calidad de vida de estas personas.

En relación, a los productos, que finalmente se obtuvieron a través de este estudio, el **Catastro** es un logro muy importante, la que se registra una cantidad significativa de establecimientos existentes en la Región Metropolitana. No obstante, luego de haber analizado la

vinculación de los establecimientos con las instituciones formales, se decidió acertadamente que era necesario la existencia de un registro único (que contenga establecimientos autorizados y sin autorización) en donde, los adultos mayores, su familia y la comunidad en general pueda consultar; acerca de la ubicación y características generales de los establecimientos. Es así, como se elaboró un **Manual de Consulta** que abarca a todos los establecimientos de la Región Metropolitana.

Además, se construyó el presente **Informe Técnico**, que contiene toda la información acerca de los indicadores que fueron medidos, por tanto éstos datos cuantitativos estarán ordenados en dos partes. El primero, en relación a los establecimientos de larga estadía catastrados y en la segunda parte referido a los adultos mayores residentes. La información contenida se refiere a temas de infraestructura, características, funcionamiento interno, antecedentes sociales y de salud de los adultos mayores.

REFLEXIÓN FINAL

Al finalizar nuestro estudio consideramos fundamental realizar una reflexión, entendiéndola como un proceso clave y central, a través del cual los profesionales enfrentan adecuadamente las situaciones únicas, inciertas, inestables y con conflictos de valores (Schon,1983).

Las situaciones que como equipo e individualmente nos toco enfrentar, nos exigió y generó el desarrollo de ciertas habilidades y destrezas, tanto para la comprensión del fenómeno, como para la unificación de los criterios a utilizar en la ejecución del estudio. Esto nos significó elaborar una dinámica de trabajo propia, logrando distribuir las tareas en función de las capacidades y tiempo disponible de cada integrante del equipo. Lo anterior, fue de vital importancia para enfrentar los enormes desafíos encontrados durante todo el proceso.

No obstante, el contexto en que se desarrolló nuestra intervención estuvo marcado por dificultades tanto internas como externas, que afectaron la dinámica del equipo ejecutor, posibilitando el desarrollo de habilidades que nos permitieron maximizar recursos humanos, económicos, técnicos y tiempo, entre otros.

Entendemos que esta información será de gran utilidad, para orientar futuras intervenciones, ya que la población adulta mayor residente en los establecimientos de larga estadia se encuentra identificada, situación que posibilitará un mayor acercamiento con nuevas

redes de apoyo social, tanto formales como informales. Además su identificación podría facilitar su incorporación al sistema normativo, que les supervise y oriente.

A su vez a partir de las deficiencias existentes, se podrán elaborar proyectos de mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores, que tiendan a fortalecer la capacidad de gestión de los encargados de los establecimientos, que entreguen capacitación a los funcionarios, que contribuyan al mejoramiento de la infraestructura de los establecimientos, y que finalmente tiendan a elevar la calidad de vida de los adultos mayores.

Restringir futuras intervenciones del Estado sólo a una mayor fiscalización, sin antes realizar un estudio cualitativo sobre los procedimientos utilizados para obtener dicha autorización, y la incorporación de nuevos requerimientos y necesidades materiales y sociales, acordes con la situación particular de cada hogar, no generará un mejoramiento en ellos, ya que es necesario incluir en la intervención estatal, medidas de apoyo social, orientación, aportes económicos, etcétera, tendientes a fortalecer su existencia a través, por ejemplo del Servicio Nacional para el Adulto Mayor, entendido éste como una vía válida de canalización de las demandas y necesidades de los adultos mayores, en especial de aquellos que requieren mayor atención y políticas sociales más específicas.

Por otro lado, consideramos que este servicio debe ser el encargado de concentrar, ordenar, y actualizar los registros de los establecimientos de larga estadía, ampliando su labor fiscalizadora, mencionada en la Política Nacional para el Adulto Mayor, en una herramienta que

sea fuente de coordinación, asesoría e información, tanto para las instituciones y los profesionales que intervienen en el tema del adulto mayor, como para los adultos mayores y encargados de este tipo de establecimientos, logrando vincular al Estado de manera activa en esta problemática incipiente, y desde esta perspectiva hacer un llamado a la creación de distintas alternativas de intervención para el adulto mayor (centros abiertos, hogares estatales, servicios de apoyo domiciliario, etcétera), ya sea con financiamiento estatal, subvencionado o compartido, que permitan la creación de redes sociales de apoyo de manera organizada y comprometida con los adultos mayores, lo que generará una mayor permanencia de éste en su comunidad, el que irá adquiriendo un rol preponderante en la sociedad chilena (según cifras demográficas). Estos cambios socioculturales y demográficos, darán paso a una verdadera y paulatina incorporación y valoración social del adulto mayor.

Al finalizar nuestra reflexión y propuesta, queremos mencionar que reconocemos a los establecimientos de larga estadía para adultos mayores como una alternativa válida de atención para aquellos que no cuentan con una familia que les pueda brindar los cuidados necesarios, o con recursos económico escasos, que tienen dificultades físicas y mentales, que les impiden mantenerse activos dentro de su comunidad, se justifica más firmemente su internación en instituciones especializadas. Es por ello que proponemos que el Estado se haga parte fomentando acciones e intervenciones mediante la destinación de recursos necesarios a través, por ejemplo de subsidios estatales que propendan el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores y de la calidad de las atenciones prestadas en los establecimientos.

PROPUESTAS Y CONCLUSIONES

La primera interrogante que nos podríamos hacer es ¿ Son las Instituciones para adultos mayores la única alternativa viable para acogerlos?. Frente a dicha pregunta la primera observación que cabría plantear, es que estas instituciones, obviamente, no deberían ser la única estrategia de solución al problema de residencia y cuidados que requieren los adultos mayores al momento de ir reduciendo sus vínculos familiares. Dicha medida implica necesariamente, una ruptura con su historia y entorno, ambos factores que pueden dañar seriamente la seguridad y estabilidad emocional de quienes la viven, en esa medida se debe tender a retardar dicho evento lo máximo posible.

Coherente con lo anterior, el propósito real de las autoridades o instituciones sociales preocupadas de la problemática del adulto mayor, debería estar orientada principalmente hacia la articulación de redes de apoyo a nivel local, que asistieran y potenciaran al adulto mayor y sus familias, de tal modo que éste pudiese permanecer el mayor tiempo posible al interior de su propia familia y comunidad de origen. Las razones son muchas y variadas, pero lo claro es que en este contexto es donde el individuo ha generado su identidad, sentido de pertenencia y una rutina que está vinculado a su cotidianidad.

Sin embargo, no es menos cierto que dada la situación que presentan muchas familias, dicha alternativa resulta, en ocasiones, imposible de cumplir por razones que incluso sobrepasan la voluntad de quienes deben tomar esta decisión. Siendo así y encontrándose ante esta realidad, las autoridades políticas y sociales del país no pueden dejar de hacerse cargo de ella.

Por tanto, la primera conclusión a la que arriba este trabajo, es que aunque la política general debiera estar orientada a propiciar la permanencia, el mayor tiempo posible, de los adultos mayores en su propio medio y para ello, si es necesario, se debe apoyar a las familias para que puedan cumplir con esta expectativa de una manera adecuada, en la medida que la existencia de los hogares es una realidad que va a continuar, las autoridades deben ocuparse que estos establecimientos proporcionen una atención digna a los adultos mayores residentes.

En segundo lugar, plantear que una atención digna refiere considerar además de las necesidades de sobrevivencia, las existenciales y axiológicas propias de toda persona. De este modo, el paradigma a través del cual se debieran considerar las necesidades humanas, no sólo desde las carencias sino también y simultáneamente desde las potencialidades humanas, individuales y colectivas. Lo dicho se traduce en dar la oportunidad, en este caso a los adultos mayores, de optar por aquellas actividades que desee y quiera formar parte y/o realizar. Ello implica entonces, respetar sus peculiaridades culturales, generacionales, cognitivas, etc. en tanto se trata de personas adultas que pueden si se les permite, ser sujetos protagónicos de su existencia, más que ser objetos de asistencia social. En nuestra opinión ellas debieran estar consideradas en el reglamento que autoriza y supervisa.

En tercer lugar, precisar que la idea de “condiciones dignas” de habitabilidad, refiere, fundamentalmente a la preocupación por aquellos que además de ser adultos mayores, y en esa medida objetos de discriminación, a los que se encuentran en condición de pobreza, situación que enfrentan muchos de los residentes de estos hogares. Ciertamente ésta es la situación más compleja de abordar, dado que los establecimientos a los cuales pueden acceder están en directa relación con su capacidad económica de pago y con eso el acceso a un determinado tipo y calidad

de servicios, normalmente con condiciones de habitabilidad y saneamiento deficitarios los cuales más que brindar atención, lesionan gravemente la calidad de vida de las personas que están obligadas a rendir en ellos.

La cuarta conclusión, queda planteada al nivel de pregunta y se refiere a ¿cómo responsabilizarse de esta situación con las restricciones que presenta un Estado subsidiario?, es sabido que las familias en condición de pobreza, en este caso los establecimientos de larga estadía pobres, difícilmente lograrán superar su condición sin el apoyo de las políticas sociales, las que transformen los factores negativos y potencien los recursos con los cuales cuentan. Como se ha visto, estos hogares acogen normalmente a un número de adultos mayores pero, con menor capacidad de aporte económico.

Las dimensiones y características que asume la pobreza en los hogares y sus residentes, constituye un desafío de envergadura para las autoridades políticas y sociales de un país. De allí la trascendencia de realizar un gran esfuerzo como país para destinar mayores recursos del Estado que permitan el financiamiento de una política social entendida como una estrategia de desarrollo que pone el acento en la integración de los sectores pobres, entre ellos los adultos mayores, al proceso de modernización actualmente en curso. En Chile se observa una progresiva sensibilización sobre el tema que se aprecia en la creación o refuerzo de políticas sectoriales orientadas a personas de bajos niveles de ingresos. Sin embargo, hay una situación general que debe revisarse para lograr un mayor efecto en lo que se está realizando; nos referimos a hogares que reciben a muchas personas cuyo único sustento es la pensión asistencial, razón por la cual las condiciones de vida de sus moradores, están lejos de poder ser consideradas dignas.

Es importante destacar para sustentar lo dicho anteriormente que la Carta de los Principios de las Personas Mayores, aprobada en la Resolución del 2 de Junio de 1991 de la Asamblea General de las Naciones Unidas y firmada el 16 de diciembre de 1991, señalar que “ Las personas de edad deberán poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en sus hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamientos, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.

Dicha observación está en relación a la precariedad material de algunos establecimientos de larga estancia y a la consideración respecto de los adultos mayores como personas incapaces de tomar decisiones respecto de sus vidas. Así es como es posible encontrar adultos mayores autovalentes que no tienen la libertad de salir de su lugar de residencia, sin contar con la autorización de un familiar o tutor. Esta situación está muy distante de lo esperable y deseable para un grupo de personas que tienen una historia que transmitir y un cúmulo de experiencias que aportar.

Lo anterior remite una de las primeras medidas que sería conveniente abordar y que está relacionada con la necesidad de generar subvenciones que permitan que todos los hogares cuenten a lo menos con elementos básicos necesarios para proporcionar una estancia precisamente digna, adecuada a las necesidades y a los requerimientos de quienes serán sus residentes. Los niveles mínimos de calidad deben ser establecidos por el propio Estado en su calidad de garante de los derechos de las personas, especialmente de las más vulnerables. Lo anterior conlleva a la generación de organismos públicos o a los que existen dotarlos con suficientes recursos

humanos, materiales y financieros, de tal forma que puedan cumplir con las labores de fiscalización y apoyo a las instituciones que se encarguen del cuidado de este grupo etáreo.

No obstante en lo anterior, resulta necesario insistir en que si bien el recurso de la ley y de las subvenciones constituyen un valioso aporte que facilitaría la apelación del problema una acción urgente de comenzar a realizar, consistente en propiciar cambios de nivel cultural que contribuyan a superar las situaciones de discriminación y marginalidad en la que se encuentran tantas personas mayores, independientemente de su situación socioeconómica, de sus capacidades y conocimientos. Ciertamente el problema se hace más agudo si a los años se le suman carencias materiales, pero la discriminación es un problema que afecta social y culturalmente a los adultos mayores. Esto último es particularmente importante de observar cuando se ha proyectado para los próximos 25 años, un aumento significativo de esta población. De no mediar este cambio, Chile no podrá considerarse una sociedad moderna, tolerante y menos aún respetuosa de los derechos humanos de todos sus habitantes.

Una quinta conclusión es que los medios de comunicación social pueden, en este ámbito, jugar un rol bastante significativo especialmente la televisión que se han transformado en el medio más efectivo para crear opinión, imponer valores, difundir ideas, etc. por tal motivo el desarrollo de campañas educativas a nivel masivo, la instalación de una nueva imagen social del adulto mayor contribuiría generosamente a ir modificando los patrones culturales, actualmente aceptables en Chile. El principio es que Las personas de edad deberán permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afectan directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las

generaciones más jóvenes”, tal como lo señala uno de los principios consagrados en la Carta de Principios a favor de las personas mayores anteriormente citado.

APORTES DEL TRABAJO SOCIAL A LA TEMÁTICA DEL ADULTO MAYOR

Históricamente el Trabajo Social se ha fundado en la relación simultánea entre el hombre y su medio. El único método válido de comprensión del hombre es verlo a través de todo el ciclo de su vida, como un proceso integrado dentro del marco de su existencia biológica y social (Ericson,1963)

Podríamos afirmar que el medio es el contorno físico y social que rodea a los individuos. El contorno físico esta constituido por las condiciones materiales de su habitación, barrio y ciudad donde habita, por las condiciones materiales del trabajo, escuela y medio ecológico en donde desenvuelve su vida.

El medio social es la sociedad donde viven los seres humanos todos estamos sumergidos en ella desarrollamos nuestra existencia nos moldea y a través de las relaciones sociales le damos características propias a nuestra vida.

Para todos los individuos la sociedad tiene dos partes una que se percibe y se manifiesta y la otra que esta inmersa y no se aprecia tangiblemente.

Para los niños la sociedad puede ser la familia, sus amigos, compañeros etc.; para los adultos su familia compañeros de trabajo aquellas personas con quienes tiene todo tipo de relaciones y también aquellas con quienes tiene contactos esporádicos. En la parte sumergida e intangible de la sociedad esta la vasta y latente influencia de millones y millones de personas a

quienes jamás conocerá, pero que colectivamente tiene una enorme influencia en su conducta y destino.

El objeto de estudio del trabajo social es estudiar al hombre en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, produciendo una síntesis propia del Trabajo Social.

Para comprender los cambios sociales los Trabajadores Sociales, debemos necesariamente comprender las relaciones entre los sistemas económicos, sociales y culturales, agentes responsables del entorno o medio social más cercano de los individuos.

Estas relaciones promueven cambios en los individuos grupos y comunidades. Estas relaciones sociales no siempre se desarrollan en forma positiva favorables a ellos y a la sociedad, ya que cuando los cambios en el medio, tienden a destruir el potencial humano mediante el ejercicio de un poder represivo sobre los esfuerzos de los seres humanos para lograr la satisfacción de sus necesidades, cuando este no permite un crecimiento y desarrollo de todas las personas, en cuando nosotros los Trabajadores Sociales desempeñamos un rol, orientado a desarrollar las capacidades de los individuos para que puedan controlar esta situación que los presiona, se hagan más independientes, seguros de sí mismos, mantengan el sentido de su propia dignidad e identidad, e influyan mediante opciones conscientes en las transformaciones de su propio medio. De aquí la importancia de la participación, entendida esta como el derecho de expresión donde opiniones y responsabilidades pueden estar en desacuerdo y es también clarificador de responsabilidades y deseos de acción. Permitiendo así que los individuos grupos y comunidades puedan aprender a manejar sus propias situaciones.

Entendiendo el rol del Trabajo Social como mediador entre el individuo y su medio. La intervención profesional se centra en educar a utilizar los recursos con que cuenta la sociedad, para que puedan resolver sus problemas y satisfacer sus necesidades. Y a la vez se requiere de una constante preparación profesional sobre las contingencias que van surgiendo, para de este modo poder intervenir en la realidad social dinámica, integrando a los actores sociales: individuo, grupo, comunidades, Estado, instituciones, sistema económico, cultural y social etc. Que a su vez nos permitirán tener una mirada más amplia y objetiva de la realidad, para desarrollar e implementar políticas de desarrollo que contribuyan a la formulación de políticas sociales, planes, programas y proyectos, que conduzcan no sólo al progreso en todos los campos, sino además, a que estos cambios sean perdurables y que efectivamente provoquen una disminución considerable de dependencia anormal y a su vez una mayor participación de los grupos vulnerables, marginados del proceso de desarrollo (Catalán, 1971).

Desde esta perspectiva como Trabajadoras Sociales nos interesó en estudiar y explorar un área incipiente de intervención social, que es la de los adultos mayores, en este estudio en particular de aquellos que residen en Establecimientos de Larga Estadía no autorizados por los Servicio de Salud, quienes dentro de la vulnerabilidad en la que se encuentra la población adulta mayor, es el que está más desprotegido, por lo que requieren Políticas Sociales específicas, y a nivel de intervención profesional instruirse en la temática gerontológica, ya que esta es la única forma de que como Trabajadores Sociales, podamos intervenir con elementos prácticos y teóricos, que nos permitan emponderarnos y generar saberes comunes con otras disciplinas, es decir, trabajar interdisciplinariamente, en pos de propuestas concretas que aporten al diseño de nuevos Planes y Políticas Sociales, que respondan a las realidades y necesidades concretas de este grupo etáreo.

En este contexto proponemos la elaboración de un plan general de intervención, que forme parte del rol y función del Trabajo Social. Práctica social que debe ser compartida con otras disciplinas, que enriquezcan el trabajo y las intervenciones sociales. Este plan deberá estar conformado por programas de intervención interrelacionados adaptados al contexto nacional, regional y comunal en el que se aplicará, el que deberá ser coordinado por un ente que represente a los adultos mayores en el ámbito gubernamental. Con el objetivo de dar respuestas a las necesidades y demandas, tendientes a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Este plan se deberá trabajar a mediano y largo plazo en nuestro país, abordándose la temática desde el ámbito individual, grupal y comunitario. El objetivo es establecer una red de intervenciones, para que la persona mayor, su familia y comunidad, encuentren el camino más adecuado para su desarrollo, bienestar y mejoramiento de la calidad de vida.

Para el desarrollo del plan proponemos las siguientes áreas de acción:

- **Salud física, síquica y social**

- Valoración y Tratamiento geriátrico y valoración social
- Programas de rehabilitación y tratamiento
- Programas de prevención, promoción y educación para la salud

- **Redes sociales:**

Trabajar desde la valoración social dentro de una valoración integral del adulto mayor, mediante programas de apoyo social. A su vez incorporar el trabajo con las familias a través de la creación de programas de apoyo a familiares y programas de participación familiar.

- **Ocio Cultura y Educación**

Programas de participación sociocomunitaria: voluntariado, potenciación y organización de la comunidad, autogestión de recursos.

- **Participación comunitaria**

- Programas de inserción, organización y autoorganización de la comunidad
- Programas conjuntos, como los de atención primaria, hospitalaria y salud mental
- Reorientar los Servicios Sociales comunitarios mediante el desarrollo de Planes y acciones tendientes a fomentar la permanencia del adulto mayor en su comunidad el mayor tiempo posible, mediante programas que incluyan servicios tales como: apoyo familiar, fomento de voluntariado, acompañamiento, asistencia en tareas del hogar, transporte, supervisión periódica, recreación, etc.

- **Investigación y Propuestas**

Es importante fomentar el interés y desarrollo de la temática del adulto mayor en las esferas académicas y estudiantiles, para de esta forma generar conocimientos y saberes mediante la creación de proyectos de investigación, tendientes a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, fomentando la autovalencia, participación social, dignidad, intergeneracionalidad, que se expresen en un reconocimiento social real y que se traduzcan en propuestas y alternativas de intervención que respondan a la actual realidad del adulto mayor en Chile.

Esta área podrá ser coordinada entre universidades y por ejemplo el Comité Nacional para el Adulto Mayor, INP, ONGs, etc. que den origen a una red institucional coordinada, con el fin de exponer al Estado las posibles formas de abordar las diversas problemáticas que les afectan.

BIBLIOGRAFÍA

- Alba, V. 1992: **Historia social de la vejez. Editorial Leartes. Barcelona España.**
- Anderson, B. G. 1972: **Gerontología Social. Antological Quaterly. Se. New York, E.E.U.U.**
- Apuntes para Trabajo Social **Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez. N°16. 1998. Santiago, Chile.**
- Barros C.; Forttes y M. **Estrategias de enfrentamiento de los eventos vitales que Herrera. 1999. ocurren al envejecer. Proyecto FONDECYT 1960542. Santiago, Chile.**
- Barros Carmen, 1979 **Viviendo el Envejecer. Se. Santiago, Chile.**
- Ibid. 1999. **Aspectos sicosociales del envejecimiento. Fotocopia. Santiago, Chile.**
- Bronw, A. 1996, **Social proceses of agein and old age, Editorial Prentice Hall, New Jersey. E.E.U.U.**

- Ibid. 1974. **Satisfyins relationships for the elderly their patterns of disengagement. The Gerontologist. Editorial Prentice Hall. New Jersey. E.E.U.U.**
- Bustos Z. Clara. 2000 **El condicionamiento sociocultural de la vejez. Fotocopia. Santiago, Chile.**
- Burguess, E. 1960 **Ageing in Western University of Chicago Press. Se. Chicago, E.E.U.U.**
- Catalán H. 1971 **Servicio Social, Manuales y Monografías. Editorial Universitaria. Santiago, Chile.**
- Cogwill, D. 1981 **Ageing and modernitation: a revision of the theory. Se. California, E.E.U.U.**
- Cogwill,D. L. Holmes. 1972 **Ageing and modernization. Editorial Appleton Century Crofts. New York. E.E.U.U.**
- Cumming, E. y W. Henry **Growing old: the process of disegagement . Editorial 1961. Basic Books. New York, E.E.U.U.**
- Covey H., 1981. **A reconceptualization of continuity theory: some preliminary thoughts. Se. New York, E.E.U.U.**

- Comité Nacional para el Adulto Mayor, 1999. **- Política Nacional para el Adulto Mayor. Se. Santiago, Chile.**
- Ibid. 2000. **- Suplemento Informativo Ciudadano. Progras y Beneficios Sociales para el adulto mayor. Edición División de Organizaciones Sociales INP.**
- CELADE, División de Población. 1999. **Chile y Panamá: Las condiciones de vida de los adultos mayores. Impresión Naciones Unidas, Santiago, Chile.**
- Danke, G.L. 1989. **Investigación y Comunicación. Editorial Mac-Hill Graw. Ciudad de México, México.**
- Davisón Beatriz, 1999. **Envejecer en la Sociedad Actual. Red informática FLAPAG. Fotocopia. Santiago, Chile.**
- Escobar M. C. 1996 **Vejez y Envejecimiento en América Latina y el Caribe: Aspectos Sociales y de Salud.**
- Espinoza Mario. 1993. **Evaluación de Proyectos Sociales. Editorial Humanitas. Buenos Aires, Argentina.**
- Erickson E. 1963. **Chilhood and society. Fotocopia. New York, E.E.U.U.**

- Fernández- Ballesteros, R, **Psicología del envejecimiento: crecimiento y declive.**
1996. **Lección inaugural del curso académico Gerontología Social. Universidad Autónoma de Madrid. Se. Madrid, España.**
- Frei R. E. 1999. **Discurso inaugural Comición Nacional para el Adulto Mayor. Palacio de la Moneda. Santiago de Chile.**
- Gil Calvo E. 1998. **La emancipación de los ancianos en Política Social y Estado de Bienestar. Políticas de Igualdad. Ministerio de Asuntos Sociales. Fotocopia. Madrid, España.**
- Ginn,Jay y Arber. 1996. **Relación entre Género y Envejecimiento. Enfoque Sociológico. Editorial Narcea. Madrid, España.**
- Guillermard, A.M. 1992 **Análisis de las Políticas de Vejez en Europa. Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto Nacional de Servicios Sociales, INSERSO. Se. Madrid. España.**
- Gumucio J. S. 1999. **Seguridad Económica del Adulto Mayor. Fotocopia. Santiago Chile.**
- Hernández R. S. y Otros. **Metodología de la Investigación. Editorial Mc Graw Hill. Ciudad de México. México.**

- Hocker Susan **La tercera edad. Comprensión de sus problemas y auxilios prácticos para los ancianos. Editorial Galiza. Guanajuato, México.**
- Herrera, M. S. 1999. **Vejez y Familia: una aproximación sociodemográfica. Informe cuantitativo Proyecto Fondecyt 1990562. La familia y el adulto mayor composición e interrelaciones.**
- INE, Instituto de Estadísticas 1995. **Chile: Estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad. Se. Santiago, Chile.**
- INP, Ministerio del Trabajo y Previsión Social. 1998. **Guía Previsional del Adulto Mayor. Impreso INP. Santiago, Chile.**
- Instituto de Desarrollo Económico- Banco Mundial. 1997. **Foro Intercambio de ideas y experiencias. Informe Especial : Reforma de los planes Jubilatorios. Se. Washinton D.C. E.E.U.U.**
- Lipovetsky. B. 1986 **Segunda Revolución Individualista. Fotocopia. Se. New Jersey. E.E.U.U.**
- Lopata,H. 1996. **The life cycle of de social role the houwives, Sociology and social research, Editorial Prentice Hall. New Yersey. E.E.U.U.**

- Lowick-Russel M. 1999. **Maltrato a la Vejez. Programa Adulto Mayor. Centro de Capacitación C.E.C. Se. Santiago, Chile.**
- MINSAL, Ministerio de Salud, Programa Adulto Mayor, 1998. **Política de Salud para el Adulto Mayor. Estrategias Innovadoras en Salud.**
- MIDEPLAN, Ministerio de Planificación y Cooperación. 1997. **Situación de los Adultos Mayores Chile, de 1996, Resultado Encuesta de caracterización socioeconómica.(CASEN), Santiago, Chile.**
- Moragas R. 1989. **La Jubilación. Un Enfoque positivo. Editorial Grijalbo. Barcelona, España.**
- Ibid. 1991. **Gerontología Social. Envejecimiento y Calidad de Vida. Editorial Herder. Barcelona, España.**
- Naciones Unidas, Chile. 1999. **Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las personas Adultas Mayores. Seminario Técnico. 8 al 10 de Septiembre. Impreso Naciones Unidas, Chile. Santiago de Chile.**
- Ibid. 1998. **Internatinal tear of older persons 1999. Division Social for Social Policy and Development. Página Internet. [www. Nacionesunidas.com](http://www.Nacionesunidas.com).**

- San Román, T. 1990. **Vejez y Cultura. Hacia los límites del Sistema. Fundación Caja de Pensiones. Se. Segunda Edición. Barcelona, España.**
- Sin Autor. Sf. **Redes Sociales y Apoyo Social. Fotocopia. Santiago, Chile.**
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. 1995. **Residencias para personas mayores. Manual de Orientación. Fotocopia. Barcelona, España.**
- Tallman, M. y K. Burnad. 1970. **Disingagenment and morale, The gerontologist. Se. New York. E.E.U.U.**
- Ríos S. P. Y Otros. **Adulto Mayor, Ciudadanía y Organización Social. Impreso INP. Santiago, Chile.**
- Kanstenbaun R. 1979. **Vejez Años de Plenitud. Editorial Tierra Firme. Ciudad de México. México.**

Vicerectoría Académica **Tiempos Nuevos Para el Adulto Mayor. Enfoque**
Pontificia Católica de Chile. **Interdisciplinario. Se. Santiago, Chile.**
1999.

Zapata H. 1996. **Encargado Programa Adulto Mayor FOSIS. Seminario**
hacia un compromiso de la sociedad con sus adultos
mayores. FOSIS Metropolitano. Se. Santiago, Chile.

ANEXOS

- **Presentación de Catastro Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores .Región Metropolitana.**
- **Encuesta dirigida a los encargados de los establecimientos de larga estadía para adultos mayores.**
- **Encuesta dirigida a los adultos mayores residentes en los establecimientos de larga estadía.**

PRESENTACIÓN CATASTRO**Establecimientos de Larga Estadía no acreditados por los
Servicios de Salud.****Sectores:****Norte****Oriente****Central****Sur**

ESTABLECIMIENTOS DEL AREA NORTE

Nombre	HOGAR REMANSO DE PAZ
Dirección	Avda. Independencia 2248
Comuna	Conchali
Teléfono	7374528
Responsable	Iglesia Metodista
Director	Ana García Sánchez
Antigüedad	47 años
Nº de Adultos Mayores residentes	15 señoras
Breve Descripción	<p>Establecimiento de material sólido, 11 dormitorios, 15 camas, 4 baños, 3 duchas, en regular estado.</p> <p>3 personas trabajan en este hogar dedicados a labores de aseo y cocina, no tienen cursos de capacitación para atender a los adultos mayores.</p> <p>El lugar destinado al descanso y esparcimiento de los adultos mayores se distribuye en el patio, sala de estar, living y comedor.</p> <p>Asisten a controles médicos en forma regular y son vacunados para prevenir enfermedades estacionales.</p>

Nombre	HOGAR LUIS SAMUEL
Dirección	Teniente Ponce 1719
Comuna	Conchalí
Teléfono	7348927
Responsable	Particular
Director	María Teresa Rebolledo Alfaro
Antigüedad	15 años
Nº de Adultos Mayores residentes	10 (mixto)
Breve Descripción	<p>La construcción del establecimiento es de material sólido, 4 dormitorios, 10 camas, 1 baño con ducha.</p> <p>4 personas atienden a los adultos mayores realizando labores de aseo, cocina, lavado. No han recibido capacitación específica para su cuidado.</p> <p>Para descaso y esparcimiento de los residentes se cuenta con el comedor y un patio.</p> <p>En forma periódica asisten a control médico y son vacunados para prevenir enfermedades estacionales.</p> <p>No se organizan actividades recreativas, sin embargo, los adultos mayores colaboran con las tareas domésticas.</p>

Nombre	RESIDENCIA DE SEÑORAS HUECHURABA
Dirección	Recoleta 6150
Comuna	Huechuraba
Teléfono	6257335
Responsable	Hogar de Cristo
Director	Flor Canales
Antigüedad	08 años
Nº de Adultos Mayores	30
residentes	
Breve Descripción	<p>El establecimiento es de material sólido, con 8 dormitorios y 30 camas, 6 baños, 3 duchas. 9 funcionarios atienden las necesidades de aseo, cocina, lavado y atención de enfermos que los adultos mayores requieren. Con capacitación en primeros auxilios y paramédicos.</p> <p>Asisten a controles médicos en forma regular y son vacunados para prevenir enfermedades estacionales.</p> <p>Las actividades recreativas son dirigidas por un terapeuta ocupacional.</p> <p>Además se organizan paseos fuera del recinto.</p> <p>Son apadrinados por ENAC, Fuerza Aérea y farmacias.</p>

Nombre	CASA DE ACOGIDA SANTA VERONICA JULIA
Dirección	López de Alcázar 456
Comuna	Independencia
Teléfono	7373767
Responsable	Congregación Hermana Misionera Jesús Franciscana
Director	Madre Gregoria Chicareli
Antigüedad	30 años
Nº de Adultos Mayores residentes	78 señoras
Breve Descripción	<p>La construcción del establecimiento es de material sólido, con 80 dormitorios y 80 camas, 20 baños, 10 duchas. 14 personas realizan labores de aseo, cocina, lavado, cuidado de enfermos. Cuentan con capacitación en primeros auxilios y atención de enfermos. Además reciben los servicios de kinesiólogo, enfermería, psiquiatría, geriatría, podología, y nutricionista.</p> <p>Los adultos mayores cuentan con una sala de estar y patio para su descanso y esparcimiento, para realizar labores manuales y juegos. Los días miércoles son visitadas por un sacerdote que celebra la Santa Misa.</p>

Nombre	HOGAR SANTA BERNARDITA
Dirección	Residencial 473
Comuna	Independencia
Teléfono	7372831
Responsable	Particular
Director	Guillermo Fuentes Suazo
Antigüedad	13 años
Nº de Adultos Mayores	16 (mixto)
residentes	
Breve Descripción	<p>El establecimiento está construido con material sólido y madera. 07 dormitorios y 19 camas, 02 baños y 02 duchas.</p> <p>05 personas trabajan en labores de aseo, cocina y lavado. Sólo el dueño cuenta con capacitación en primeros auxilios.</p> <p>Un patio de luz y el living constituyen el espacio de reunión y descanso.</p> <p>No se organizan actividades de recreación o manualidades.</p> <p>Periódicamente son controlados por un médico y en el Consultorio del sector.</p>

Nombre	HOGAR EL ESPIRITU SANTO
Dirección	Retiro 1597
Comuna	Independencia
Teléfono	7354691
Responsable	Soc. Conferencias San Vicente de Paul
Director	Paulina Cortés
Antigüedad	06 meses
Nº de Adultos Mayores residentes	103
Breve Descripción	<p>Establecimiento de material sólido con 95 dormitorios y 103 camas, 50 baños con sus respectivas duchas en excelentes condiciones.</p> <p>48 personas atienden las diversas necesidades de los adultos mayores que aquí residen.</p> <p>El espacio de descanso y recreación se ubica en una amplia sala de estar, patios interiores. Donde se realizan actividades, juegos y talleres.</p> <p>Asisten a controles médicos en forma regular y son vacunados para prevenir enfermedades estacionales.</p>

Nombre	HOGAR SAGRADA FAMILIA
Dirección	Psje. Nueva Los Nidos 1820
Comuna	Independencia
Teléfono	7359198
Responsable	Fundación Las Rosas
Director	Clara Mansón
Antigüedad	
Nº de Adultos Mayores residentes	46 (MATRIMONIOS)
Breve Descripción	<p>La construcción es de material sólido, 24 cabañas 24 camas, con sus respectivos baños, salas de estar, y comedor en óptimas condiciones. 11 personas trabajan en este hogar, en labores de aseo, cocina, lavado y atención de enfermos con capacitación en primeros auxilios.</p> <p>Asisten a controles médicos en forma regular y son vacunados para prevenir enfermedades estacionales.</p>

Nombre	HOGAR JESUS CRUCIFICADO
Dirección	Victoriano 480
Comuna	Independencia
Teléfono	7777818 anexo 135
Responsable	Fundación Las Rosas
Director	Hermana Jacinta Huerta
Antigüedad	10 años
Nº de Adultos Mayores	69 (mixto)
residentes	
Breve Descripción	<p>El establecimiento es de material sólido, con 6 dormitorios y 69 camas, 5 baños, 11 duchas con agua caliente.</p> <p>38 personas trabajan en labores de aseo, cocina, lavado, terapias, con capacitación en primeros auxilios y atención de enfermos.</p> <p>El espacio de reunión y descanso de los adultos mayores se ubica en la terraza y comedor.</p> <p>Una cantidad importante de los residentes se encuentra postrados con evidente deterioro físico y mental, en virtud de lo cual no se organizan actividades de entretenimiento o manualidades.</p>

Nombre	HOGAR SANTA TERESITA DE LOS ANDES
Dirección	Pje. Nueva Los Nidos 1820
Comuna	Independencia
Teléfono	7370609
Responsable	Fundación Las Rosas
Director	Hermana Elba González
Antigüedad	7 años
Nº de Adultos Mayores residentes	70 señoras
Breve Descripción	<p>La construcción del establecimiento es de material sólido, tres pisos, ascensor, 35 dormitorios, 70 camas, divididos por biombos de madera. Cada piso cuenta con sala de estar y 4 salas de baño con 10 W.C cada uno.</p> <p>15 personas realizan diversas labores en este hogar, distribuidas en aseo, cocina, lavado, enfermería etc., con cursos de capacitación.</p> <p>Para el descanso y esparcimiento de los adultos mayores se dispone de salas de estar y un patio amplio con arboles frutales. Además se realizan actividades manuales y talleres con exposiciones anuales. Además realizan paseos durante el verano. Periódicamente son controlados por médico, kinesiólogo, enfermeras.</p>

Nombre	HOGAR EL PATRONCITO
Dirección	Camino Lavilana S/N, Est. Colina
Comuna	Lampa
Teléfono	842226011 – 8426407 – 8426255
Responsable	Hogar de Cristo
Director	Marina Moraga Escobar
Antigüedad	25 años
Nº de Adultos Mayores residentes	153
Breve Descripción	<p>Hogar de material sólido con 84 dormitorios y 153 camas, 12 baños, 43 duchas en óptimas condiciones.</p> <p>70 personas atienden las diversas necesidades de los adultos mayores, entre los que destacan los servicios de médicos, kinesiólogos, enfermeras, terapeuta ocupacional, asistente social entre otros.</p> <p>Living, comedor y patio son los espacios destinados para el descanso y recreación de los adultos mayores que consiste en talleres de folclore, pintura, manualidades, gimnasia, etc.</p> <p>Asisten a controles médicos en forma regular y son vacunados para prevenir enfermedades estacionales</p>

Nombre	HOGAR TERESA VALDIVIESO DE LARRAIN
Dirección	Arturo Prat 1003
Comuna	Lampa
Teléfono	8421033
Responsable	Fundación Las Rosas
Director	Nayaré Galdámez Molina
Antigüedad	
Nº de Adultos Mayores	65 Hombres

residentes

Breve Descripción La construcción del establecimiento es de material sólido con 18 dormitorios y 65 camas, 3 baños, 6 duchas. Este hogar tiene 16 trabajadores, que realizan diversas labores de aseo, cocina, y lavandería. Cuentan además con cursos de capacitación en primeros auxilios y atención de adultos mayores.

Para el descanso y esparcimiento de los adultos mayores se dispone de una sala de estar y el comedor donde se realizan juegos de cartas o domino.

Además los adultos mayores, asisten a controles médicos en forma regular y son vacunados para prevenir enfermedades estacionales

Nombre	ANGELES CUSTODIOS
Dirección	María Graham 527
Comuna	Recoleta
Teléfono	7322082
Responsable	Fundación Las Rosas
Director	Hna. Sussy Salazar Chavez
Antigüedad	3 años
Nº de Adultos Mayores residentes	48 señoras (postradas)
Breve Descripción	<p>El tipo de construcción es de material mixto (madera y adobe), no posee escaleras en su interior.</p> <p>En 6 amplios dormitorios, divididos por biombos se distribuyen 48 camas en buenas condiciones. 5 baños, 4 duchas diseñadas para adultos mayores dependientes y postrados. Este establecimiento cuenta con 31 funcionarios que se distribuyen labores de aseo, cocina lavado, además cuentan con apoyo profesional de kinesiólogo, enfermeras, médicos, auxiliares de enfermería.</p> <p>Tres veces por semana, los adultos mayores son controlados por un médico y son vacunados periódicamente para prevenir enfermedades estacionales.</p> <p>Se realizan actividades recreativas y talleres de manualidades y bailes semanalmente</p>

Nombre	SAN CARLOS
Dirección	María Graham 527
Comuna	Recoleta
Teléfono	7373277
Responsable	Fundación Las Rosas
Director	Hna. Teresa Villegas G.
Antigüedad	3 años
Nº de Adultos Mayores residentes	89 señoras (autovalentes)
Breve Descripción	<p>Este establecimiento cuenta con 28 funcionarios que se distribuyen labores de aseo, cocina lavado, además cuentan con apoyo profesional de kinesiólogo, enfermeras, médicos, auxiliares de enfermería.</p> <p>El tipo de construcción es de material mixto (madera y adobe), no posee escaleras en su interior.</p> <p>En 8 amplios dormitorios, divididos por biombos se distribuyen 89 camas en buenas condiciones. 7 baños, 4 duchas.</p> <p>Tres veces por semana, los adultos mayores son controlados por un médico y son vacunados periódicamente para prevenir enfermedades estacionales.</p> <p>Se realizan actividades recreativas y talleres de manualidades y bailes semanalmente.</p> <p>El espacio destinado para el descanso y esparcimiento de las señoras consta de un salón y comedor y amplios jardines.</p>



Nombre	MI HOGAR
Dirección	Samuel Escobar 390
Comuna	Recoleta
Teléfono	6211940
Responsable	Hogar de Cristo
Director	Hermana Trinidad Graver
Antigüedad	34 años
Nº de Adultos Mayores residentes	156 (mixto)
Breve Descripción	<p>La construcción del establecimiento es de material sólido, con 95 dormitorios y 156 camas, 40 baños y duchas con agua caliente.</p> <p>65 personas atienden a los residentes, distribuyendo sus actividades en aseo, cocina, lavado, terapias, educación física etc. El personal cuenta con capacitación en primeros auxilios y atención de enfermos.</p> <p>Cada pabellón cuenta con un comedor y sala de estar, en el cual los adultos mayores descansan y se distraen en talleres de manualidades, hidroponía, teatro, etc.</p>

ESTABLECIMIENTOS ÁREA OCCIDENTE

Nombre	HOGAR SAN JOSE
Dirección	Tacna 1468, Pobl. Doctor Fernández
Comuna	Melipilla
Teléfono	8313995 – 8314876
Responsable	Fundación Las Rosas
Director	Fresia Brisuela
Antigüedad	4 años
Nº de Adultos Mayores residentes	65
Breve Descripción	<p>El establecimiento es de material sólido, 15 dormitorios y 73 camas, 10 baños y 8 duchas. En buenas condiciones.</p> <p>12 personas atienden las diversas necesidades de los adultos mayores, con cursos de capacitación en enfermería y geriatría.</p> <p>Los adultos mayores cuentan con un salón con piano para su esparcimiento y recreación, donde además tocan guitarra, ven televisión y escuchan radio. También realizan talleres de pintura, tejido, jardinería y huertos.</p> <p>Asisten a controles médicos en forma regular y son vacunados para prevenir enfermedades estacionales.</p>

Nombre	HOGAR BAUTISTA
Dirección	1 Avenida 1361
Comuna	Padre Hurtado
Teléfono	8111584
Responsable	Particular
Director	Ana Pozo
Antigüedad	15 años
Nº de Adultos Mayores	12 señoras
residentes	
Breve Descripción	<p>La construcción es de material sólido, con 7 dormitorios y 12 camas, en buenas condiciones. Dos baños y una ducha con agua caliente.</p> <p>Establecimiento con 5 funcionarios que se distribuyen tareas de aseo, lavado, cocina, y terapéuticas, etc., sin embargo, el personal no cuenta con capacitación formal de primeros auxilios, cuidado de enfermos.</p> <p>Para el esparcimiento y descanso de los adultos mayores se dispone de una sala de estar, no realizan actividades manuales ni recreativas.</p> <p>Los adultos mayores asisten una vez al mes a control médico al Consultorio del sector, y son vacunados para prevenir enfermedades estacionales.</p>

ESTABLECIMIENTOS SECTOR ORIENTE

Nombre	COMMONWEALTH HOUSE
Dirección	Avda. José Pedro Alessandri N°557.
Comuna	Macul
Teléfono	3432243
Responsable	Particular
Director	Winnie Dettlef
Antigüedad	11 años
N° de Adultos Mayores residentes	13 señoras
Breve Descripción	<p>Establecimiento que cuenta con infraestructura sólida, dos pisos, escalera mecánica para sillas de ruedas, 19 dormitorios, 07 baños y duchas en óptimas condiciones higiénicas como estructurales.</p> <p>El hogar cuenta con 6 empleados: entre ellos personal de cocina, aseo, lavandería, terapeuta y auxiliares de enfermería. Una vez a la semana reciben la visita de un Doctor y una Kinesióloga.</p> <p>Para el esparcimiento y recreación de las señoras cuentan con un amplio salón de estar con piano, biblioteca, terraza, jardines, y semanalmente salen del hogar en grupo a tomar el té, o con sus familiares.</p>

Nombre	S/N
Dirección	Los Jesuitas 890
Comuna	Providencia
Teléfono	2747914
Responsable	Particular
Director	Ana Monardez
Antigüedad	06 meses
Nº de Adultos Mayores	06 (mixto)

residentes

Breve Descripción El hogar tiene una antigüedad de seis meses. Su construcción es de material sólido, cuatro dormitorios y ocho camas, un baño con ducha y agua caliente. En este hogar trabajan dos personas que comparten labores de aseo, cocina, lavado, además de contar con capacitación en primeros auxilios y atención de enfermos.

El lugar de reunión y esparcimiento esta compartido entre el Comedor, living y el patio.

Nombre	S/N
Dirección	Elena Blanco 953
Comuna	Providencia
Teléfono	2747914
Responsable	Particular
Director	Ana Monardez
Antigüedad	03 años
Nº de Adultos Mayores	05 señoras
residentes	
Breve Descripción	<p>El establecimiento es de material sólido, dos pisos, con tres dormitorios y 7 camas, 1 baño con ducha y agua caliente.</p> <p>En este hogar atienden a los adultos mayores tres personas que distribuyen sus actividades entre aseo, cocina y lavado además el personal cuenta con capacitación en primeros auxilios y atención de enfermos. Además, dos veces al mes visita el hogar un médico.</p> <p>El espacio destinado a descanso y esparcimiento se encuentra en el living y el patio de la propiedad.</p>

ESTABLECIMIENTOS SECTOR CENTRAL

Nombre	S/N
Dirección	Federico Hansen 4190
Comuna	Estación Central
Teléfono	7764706
Responsable	
Director	Iris Jiménez
Antigüedad	05 años
Nº de Adultos Mayores	5 mixto
residentes	
Breve Descripción	<p>Hogar ubicado en casa - habitación de material sólido con 3 dormitorios y ocho camas, dos baños, una ducha.</p> <p>Para el esparcimiento y descanso se cuenta con un living y un pequeño patio. No se realizan actividades recreativas y eventualmente salen del hogar con familiares.</p> <p>Son vacunados contra enfermedades estacionales. Los controles de salud son efectuados en el hogar por un médico.</p>

Nombre	S/N
Dirección	Manuel Vásquez 4173
Comuna	Estación Central
Teléfono	7792244
Responsable	Particular
Director	Mónica Echeverría
Antigüedad	02 años
Nº de Adultos Mayores	04 mixto

residentes

Breve Descripción Hogar con capacidad para 07 personas, adultos mayores y enfermos terminales. La encargada del hogar, cuenta con capacitación en primeros auxilios y cuidado de enfermos.

No se realizan actividades recreativas, ni salidas. Patio pequeño, living y galería son destinados para su descanso y esparcimiento

Controles médicos en el hogar y en hospitales y consultorios según los requerimientos de cada adulto mayor.

Nombre	HOGAR HOLANDA
Dirección	Carmen Luisa Correa 373
Comuna	Maipú
Teléfono	5319980
Responsable	Particular
Director	Maritza Aguilar
Antigüedad	2 años
Nº de Adultos Mayores residentes	11 mixto
Breve Descripción	<p>Este hogar es de material sólido, cuenta con escaleras en su interior, 5 dormitorios, 13 camas, 4 baños con duchas.</p> <p>5 personas trabajan en este hogar atendiendo las necesidades de los adultos mayores que aquí residen, las que cuentan con capacitación en primeros auxilios.</p> <p>En cuanto al espacio destinado al esparcimiento y descanso consta de una terraza, y sala de estar donde se realizan talleres de música, baile, instrumentos musicales, pintura, etc.</p> <p>Asisten a controles médicos en forma regular y son vacunados para prevenir enfermedades estacionales</p>

Nombre	HOGAR CARMENCITA
Dirección	El Corsario 650
Comuna	Maipú
Teléfono	5322716
Responsable	Particular
Director	Silvia Véliz C.
Antigüedad	2 años
Nº de Adultos Mayores residentes	11 señoras
Breve Descripción	<p>Construcción del establecimiento en material sólido, con 5 dormitorios y 11 camas, 2 baños con ducha.</p> <p>Hogar con 4 funcionarios dedicados labores de aseo, cocina y cuidado de adultos mayores, con capacitación en auxiliares de enfermería.</p> <p>Se cuenta con una sala de estar, destinada al descanso y recreación de los adultos mayores con actividades como canto, baile. Además una vez al mes se sale de paseo fuera del recinto.</p> <p>Asisten a controles médicos en forma regular y son vacunados para prevenir enfermedades estacionales.</p>

Nombre	HOGAR ASUNCIÓN DE MARIA SANTISIMA
Dirección	Divino Maestro 7369
Comuna	Maipú
Teléfono	5573629
Responsable	Fundación Las Rosas
Director	María Meneses
Antigüedad	1 año
Nº de Adultos Mayores residentes	29 (mixto)
Breve Descripción	<p>El establecimiento es de construcción sólida, no tiene escaleras en su interior sólo en el exterior. Con cinco dormitorios para damas y tres para varones. Cuatro baños, duchas con agua caliente, de fácil acceso y óptimas condiciones higiénicas.</p> <p>En Enero de 1999, Fundación las Rosas se hizo responsable de la administración de este hogar. Cuentan con siete auxiliares de aseo, cocina, lavado, terapeutas, etc. Semanalmente asisten profesionales como psiquiatra, nutricionista, kinesiólogo, enfermeras, terapeuta ocupacional, etc.</p> <p>Establecimiento con amplios jardines además del comedor como lugares de reunión y esparcimiento.</p>

Nombre	MI HOGAR
Dirección	Centenario 469
Comuna	Maipú
Teléfono	5313547
Responsable	Particular
Director	Inés Espinoza
Antigüedad	3 años
Nº de Adultos Mayores residentes	25 (mixto)
Breve Descripción	<p>Establecimiento de material sólido, 11 dormitorios, 35 camas, 3 baños y 3 duchas.</p> <p>Hogar con 9 funcionarios que realizan labores de aseo, cocina, lavado y cuidado de enfermos sin capacitación.</p> <p>Un patio de luz se ha destinado para el descanso y esparcimiento de los adultos mayores, con actividades recreativas organizadas por colegios del sector.</p> <p>Periódicamente son controlados por un médico, que la familia de cada adulto mayor contrata. Son vacunados anualmente para prevenir enfermedades estacionales.</p>

Nombre	CASA DE REPOSO ESTRELLA DE BELEN
Dirección	Avda. Argentina 256
Comuna	Maipú
Teléfono	5314708
Responsable	Particular
Director	Clara Solís
Antigüedad	6 años
Nº de Adultos Mayores residentes	22 (mixto)
Breve Descripción	<p>Establecimiento de construcción sólida, 9 dormitorios, 22 camas, 4 baños, 4 duchas.</p> <p>Hogar con 7 funcionarios, que realizan labores de cuidado de enfermos, aseo, cocina y lavado.</p> <p>Living y comedor son destinados como lugar de descanso con actividades recreativas y juegos.</p> <p>Asisten a controles médicos en forma regular y son vacunados para prevenir enfermedades estacionales.</p>

Nombre	MI HOGAR
Dirección	San Martín 2074
Comuna	Maipú
Teléfono	5316877
Responsable	Particular
Director	Juan Gómez
Antigüedad	5 años
Nº de Adultos Mayores residentes	18 (mixto)
Breve Descripción	<p>La construcción del establecimiento es de material sólido, con 6 dormitorios, 18 camas, 2 baños, 1 ducha.</p> <p>Hogar con 5 funcionarios, sin capacitación en primeros auxilios o atención de enfermos.</p> <p>Cuenta con una sala de estar como lugar de descanso y esparcimiento con actividades recreativas organizadas por escuelas del sector.</p> <p>Asisten a controles médicos en forma regular y son vacunados para prevenir enfermedades estacionales.</p>

Nombre	HOGAR MADRE ESPERANZA
Dirección	Madrid N°739
Comuna	Santiago
Teléfono	6345469
Responsable	Hijas de la Caridad, Casa Provincial
Director	
Antigüedad	15 años
N° de Adultos Mayores	07 Señoras
residentes	
Breve Descripción	<p>Este hogar funciona como residencia de señoras autovalentes, sin supervisión ni cuidados externos. Es decir, cada una de ellas tiene su habitación y pertenencias, debiendo preocuparse de su alimentación y cuidados médicos.</p> <p>En cuanto a infraestructura se trata de una vivienda de material sólido y adobe, 9 habitaciones, iluminación deficiente, patio pequeño, baños y duchas con agua caliente y en óptimas condiciones higiénicas.</p>

Nombre	CASA DE REPOSO MADRE DIVINA
Dirección	Porvenir 412
Comuna	Santiago
Teléfono	2221947 – 6954168
Responsable	Particular
Director	Adriana Avilés
Antigüedad	1 año
Nº de Adultos Mayores residentes	07
Breve Descripción	<p>Hogar ubicado en una casa habitación de adobe, no tiene escaleras en su interior, cinco dormitorios y siete camas, en buen estado, dos baños y duchas con agua caliente.</p> <p>Trabajan tres personas en labores de aseo, cocina, lavado, etc. Una vez a la semana un médico general controla a los adultos mayores.</p> <p>Para el esparcimiento de los adultos mayores, sólo cuentan con un pequeño living y el comedor</p>

Nombre	HOGAR SANTA CRISTINA
Dirección	Portugal 1318
Comuna	Santiago
Teléfono	55652274
Responsable	Particular
Director	Emma Moraga
Antigüedad	1 año
Nº de Adultos Mayores residentes	11 (mixto)
Breve Descripción	<p>El establecimiento está construido en material sólido, cinco dormitorios, 16 camas, 3 baños, 2 duchas con agua caliente.</p> <p>Cuenta con tres auxiliares que realizan distintas labores de aseo, cocina lavado, cuidado de enfermos etc. Y dos veces a la semana una enfermera asiste a controlarlos.</p> <p>Para el esparcimiento y descanso de los adultos mayores este hogar cuenta con un salón y un patio.</p>

Nombre	RESIDENCIA JESUS Y MARIA
Dirección	Víctor Manuel 1823
Comuna	Santiago
Teléfono	5544901
Responsable	Soc. de Conferencias San Vicente de Paul de Señoras
Director	Luz Molina Correa
Antigüedad	12 años
Nº de Adultos Mayores residentes	22 señoras
Breve Descripción	<p>Establecimiento con 22 dormitorios y camas en buenas condiciones, 6 baños y duchas.</p> <p>Tres funcionarias se distribuyen tareas de aseo, cocina y lavado. Sin capacitación.</p> <p>Para el descanso y esparcimiento de las señoras, este hogar dispone de un salón de reuniones y un patio interior con jardines.</p> <p>Periódicamente acuden a control médico y son vacunadas para prevenir enfermedades estacionales</p>

Nombre **HOGAR NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN**

Dirección **Carmen 1805**

Comuna **Santiago**

Teléfono **5442342**

Responsable **Soc. de Conferencias San Vicente de Paul de Señoras**

Director **Emma Ovalle**

Antigüedad **40 años**

Nº de Adultos Mayores **04 Señoras**

residentes

Breve Descripción **Residencia de señoras autovalentes. Este hogar cuenta con 10 amplia habitaciones, cocina y baño individual, un extenso jardín y una sala de estar para reunirse.**

Cada residente debe encargarse de su alimentación, controles médicos etc. mientras su salud lo permite, en caso contrario son trasladadas a otro hogar donde reciben los cuidados respectivos.

Nombre	S/N
Dirección	Almirante Barroso 1046
Comuna	Santiago
Teléfono	6716040
Responsable	Particular
Director	Margarita Tudela Pozo
Antigüedad	5 años
Nº de Adultos Mayores residentes	6
Breve Descripción	<p>Casa – habitación con 6 dormitorios y 7 camas, 2 baños con ducha, en buenas condiciones higiénicas.</p> <p>Hogar destinado para el cuidado de adultos jóvenes y mayores.</p> <p>No cuenta con personal para atender las necesidades de los adultos mayores a parte del trabajo de la encargada quien además, no considera su hogar como hogar de ancianos.</p> <p>Para el descanso y esparcimiento sólo cuentan con living - comedor, sin embargo están ubicados a una cuadra del Parque de los Reyes, lugar al que concurren habitualmente.</p> <p>En forma regular asisten a controles médicos en Consultorios del sector.</p> <p>Organizan juegos, y manualidades.</p>

Nombre	CORAZON DE MARIA
Dirección	Moneda 1829
Comuna	Santiago
Teléfono	6715181
Responsable	Fundación Las Rosas
Director	Hna. Francisca Moreira
Antigüedad	4 años
N° de Adultos Mayores	78 Señoras
residentes	
Breve Descripción	<p>Hogar con amplias instalaciones, patio y jardines. Construcción de adobe en óptimo estado de conservación. En 18 dormitorios se distribuyen 78 camas en buenas condiciones. Respecto de los baños y duchas, cuentan con 11 habilitadas con elementos de seguridad y protección.</p> <p>Las señoras, son controladas permanentemente por médico, enfermera, kinesiólogo, etc.</p> <p>Para su esparcimiento y descanso se dispone de un Hall, terraza, patio de 50 m2., con árboles y jardines. Además se organizan talleres de manualidades y gimnasia.</p> <p>Dos veces por semana son controladas por un médico en el establecimiento.</p>

Nombre	SAGRADO CORAZON DE JESUS
Dirección	Santo Domingo 1944
Comuna	Santiago
Teléfono	6725275
Responsable	Fundación Las Rosas
Director	Hna. Ernestina Aros Alegría
Antigüedad	6 años
Nº de Adultos Mayores residentes	60 señoras
Breve Descripción	<p>La construcción del establecimiento es de adobe en perfecto estado de conservación, cuenta con 20 dormitorios y 60 camas. 02 amplias salas de baño habilitadas con todos los elementos de seguridad.</p> <p>23 funcionarios atienden las diversas necesidades de las señoras, y son permanentemente capacitadas para lograr dicho objetivo.</p> <p>Salón, comedor, jardines, son destinados para esparcimiento y descanso de las adultas mayores. Lugares en los cuales realizan diversas actividades recreativas, manuales, talleres, etc.</p> <p>Son controladas periódicamente en el establecimiento y en Consultorios del sector.</p>

Nombre	MARIA MADRE DE LA IGLESIA
Dirección	Almirante Barroso 585
Comuna	Santiago
Teléfono	6964334
Responsable	Fundación Las Rosas
Director	Hna. Ernestina Aros Alegría.
Antigüedad	2 años
Nº de Adultos Mayores residentes	30 señoras
Breve Descripción	<p>En 6 dormitorios se distribuyen 30 camas, en buen estado y 2 baños con ducha habilitados con todos los elementos de seguridad.</p> <p>Hogar con 16 funcionarios que atienden las diversas necesidades de sus residentes, en su totalidad pacientes psiquiátricas. Para lo cual, reciben permanente capacitación.</p> <p>Además, las adultas mayores son controladas permanentemente por médicos, enfermeras, psiquiatras etc.</p> <p>Cuentan con un salón y patio pequeño, destinado para la realización de talleres, pintura, manualidades, gimnasia, etc.</p>

Nombre	EL AVIVAMIENTO Y LA MISERICORDIA DE JESUCRISTO
Dirección	Carmen 1385
Comuna	Santiago
Teléfono	5540585
Responsable	Particular /religioso
Director	Juan Sáez Orellana
Antigüedad	
Nº de Adultos Mayores	7 mixto
residentes	
Breve Descripción	<p>Establecimiento ubicado en casa habitación de adobe, con 5 dormitorios y 11 camas, 2 baños y duchas con agua caliente.</p> <p>3 funcionarios atienden a los adultos mayores, sin contar con capacitación formal.</p> <p>Para el esparcimiento y descanso de los adultos mayores se dispone de un patio y comedor.</p> <p>No se efectúa control médico a los adultos mayores en forma periódica.</p> <p>Son vacunados para prevenir enfermedades estacionales.</p>

ESTABLECIMIENTOS SECTOR SUR

Nombre	HOGAR SÍGUEME
Dirección	Argentina 9137
Comuna	La Cisterna
Teléfono	5587919
Responsable	Particular
Director	Rosa Abarca / Vicente Ordenes
Antigüedad	4 años
Nº de Adultos Mayores residentes	15 (mixto)
Breve Descripción	<p>Establecimiento de material sólido, en buenas condiciones higiénicas, tanto de baños como cocina.</p> <p>Cuenta con 7 trabajadores, dedicados a diversas labores (aseo, cocina, etc.) para atender las necesidades de los adultos mayores. Capacitados en primeros auxilios y técnico paramédico.</p> <p>Patio, living y comedor son los lugares destinados para el esparcimiento y descanso de los adultos mayores.</p> <p>Periódicamente son controlados en el consultorio del sector y son vacunados para prevenir enfermedades estacionales.</p> <p>Actividades recreativas: juegos y manualidades, son apadrinados por iglesias evangélicas.</p>

Nombre	HOGAR SAGRADA FAMILIA
Dirección	Las Calas 771
Comuna	Puente Alto
Teléfono	8536087
Responsable	Particular
Director	Teresa Aravena Vergara
Antigüedad	10 años
N° de Adultos Mayores residentes	10 mixto
Breve Descripción	<p>La construcción del establecimiento es de material mixto, con 7 dormitorios y 14 camas, 2 baños, 1 ducha.</p> <p>Hogar con 5 funcionarios dedicados a diversas labores de aseo, cocina, lavado y terapéuticas, contando con capacitación en primeros auxilios.</p> <p>Solo se dispone del living para el descanso y esparcimiento de los adultos mayores, sin contar con actividades programadas.</p> <p>Asisten a controles médicos en forma regular y son vacunados para prevenir enfermedades estacionales.</p>

Nombre	HOGAR ESPERANZA
Dirección	Ernesto Alvear 383
Comuna	Puente Alto
Teléfono	8504292
Responsable	Particular
Director	Gladys Rocha
Antigüedad	8 años
Nº de Adultos Mayores residentes	18 (mixto)
Breve Descripción	<p>El establecimiento es de material sólido con 15 dormitorios y 18 camas, 3 baños con duchas.</p> <p>Este hogar tiene tres personas atienden las necesidades de los adultos mayores, con capacitación en primeros auxilios y atención de enfermos además de dedicarse a labores de cocina, aseo y lavado.</p> <p>Una sala de estar y el living son los espacios destinados al descanso y esparcimiento de los adultos mayores.</p> <p>No asisten a control médico en forma regular, si es necesario un médico asiste al hogar a realizar el control respectivo y son vacunados anualmente para prevenir enfermedades estacionales.</p>

Nombre	HOGAR LAS CARMELITAS
Dirección	Carlos Atton 961
Comuna	Puente Alto
Teléfono	8512242
Responsable	Particular
Director	Graciela Gómez
Antigüedad	20 años
Nº de Adultos Mayores residentes	11 (mixto)
Breve Descripción	<p>La construcción del establecimiento es de madera, con escaleras en su interior, 4 dormitorios y 13 camas, 2 baños y 2 duchas.</p> <p>2 personas trabajan en este hogar realizando las diversas labores que requieren los adultos mayores, con capacitación en atención de enfermos.</p> <p>Living y comedor son destinados como lugar de descanso y esparcimiento sin actividades recreativas.</p> <p>Asisten a controles médicos en forma regular y son vacunados para prevenir enfermedades estacionales</p>

Nombre	S/N
Dirección	San Pedro 448
Comuna	Puente Alto
Teléfono	8501032
Responsable	Particular
Director	Julio Ulloa Pizarro
Antigüedad	4 años
Nº de Adultos Mayores	8 (mixto)
residentes	
Breve Descripción	<p>Establecimiento de material sólido, con escaleras en su interior, 5 dormitorios, 10 camas, 2 baños, 1 ducha.</p> <p>Hogar con 4 funcionarios que realizan labores de aseo, cocina, lavado y cuidado de los adultos mayores sin contar con capacitación respectiva.</p> <p>Una sala de estar, es el lugar destinado al descanso y reunión de los adultos mayores. No se programan actividades recreativas.</p> <p>Son controlados periódicamente por un médico en el hogar y son vacunados anualmente para prevenir enfermedades estacionales.</p>

Nombre S/N
Dirección Francisco de Camargo 1522
Comuna San Bernardo
Teléfono 8572216

Responsable

Director

Antigüedad 5 años**Nº de Adultos Mayores** 17

residentes

Breve Descripción El tipo de construcción del establecimiento es de material sólido, 12 dormitorios y 24 camas, en regular estado al igual que 6 baños y sus respectivas duchas.

6 personas trabajan en este hogar dedicadas a labores de aseo, cocina, lavado y atención de adultos mayores, con capacitación en atención de enfermos.

Para el descanso y esparcimiento de los adultos mayores, este hogar cuenta con una sala de estar y un patio pequeño, donde realizan juegos y actividades extraordinarias como por ejemplo celebrar cumpleaños, etc.

Periódicamente asisten a controles médicos, y son vacunados para prevenir enfermedades estacionales.

Nombre	HOGAR DE ANCIANAS EL ROSARIO
Dirección	Alvarez de Toledo 569
Comuna	San Joaquín
Teléfono	5529055
Responsable	Particular
Director	Victoria Mira
Antigüedad	21 años
Nº de Adultos Mayores residentes	12
Breve Descripción	<p>La construcción es de material sólido y madera, no existen escaleras en su interior. Posee veinte dormitorios, cuatro baños y duchas con agua caliente, en óptimas condiciones higiénicas.</p> <p>Hogar con prestigio en la comunidad y ante las autoridades locales.</p> <p>Aquí trabajan cuatro auxiliares que realizan tareas de aseo, cocina, y lavado. Además del trabajo de dos voluntarias.</p> <p>El lugar de reunión de las señoras es un salón amplio e iluminado en el cual ven televisión, escuchan música y realizan labores manuales, gimnasia, juegos, tejidos, etc. Organizan además paseos a la costa.</p> <p>Son apadrinados por Rotary Santa Elena.</p>

Nombre **HOGAR ABIERTO CRISTO REY**

Dirección **Carmen 2.600**

Comuna **San Joaquín**

Teléfono **5543028**

Responsable **Hogar de Cristo**

Director **Manuel Beltrán Alarcón**

Antigüedad **03 años**

Nº de Adultos Mayores **17 hombres**

residentes

La construcción es de madera. Cuenta con un pabellón separados por paneles; con quince camas en total. Cuatro baños y tres duchas.

Breve Descripción Hogar de puertas abiertas, cada residente puede salir a diario a realizar diversas actividades sin solicitar permiso.

Sólo cuentan con un auxiliar de cocina, todos los trabajos que demanda el hogar son realizados por el director, su esposa y algunos voluntarios.

Se realizan además con talleres de cuero, vidrio, mimbre, madera; lo producido en éstos es administrado y comercializado por los adultos mayores

Nombre	HOGAR NAZARET
Dirección	Avda. Las Industrias 6417
Comuna	San Joaquín
Teléfono	5252593
Responsable	Petronila Travieso Ramírez
Director	Particular
Antigüedad	25 años
Nº de Adultos Mayores	03 Señoras
residentes	
Breve Descripción	<p>Hogar con capacidad para 12 personas, atendido sólo por la dueña y su hija, ambas se encargan de labores de aseo, lavado, y cocina.</p> <p>El único lugar de reunión que tienen las señoras es un pequeño patio techado. Los dormitorios son tres, con doce camas en total, lo cual implica un mínimo de espacio para transitar en su interior.</p> <p>Con relación a la cocina y baños sus condiciones higiénicas son deficientes.</p>

Nombre	HOGAR NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
Dirección	Tomás de Campanella 5344
Comuna	San Joaquín
Teléfono	5531754
Responsable	Particular
Director	Iris Zúñiga Urra
Antigüedad	10 años
Nº de Adultos Mayores	07 señoras
	residentes
Breve Descripción	<p>Ubicado en una casa habitación de material sólido y madera, con 03 dormitorios y 07 camas, 3 baños, 2 duchas con agua caliente.</p> <p>En este hogar trabajan tres personas encargadas del aseo, cocina, lavado. Un farmacéutico los visita una vez a la semana.</p> <p>Espacio de Descanso y recreación lo constituyen el comedor y un patio.</p>

Nombre	HOGAR VENECIA
Dirección	Cuarta Transversal N°6364
Comuna	San Miguel
Teléfono	5234004
Responsable	Particular
Director	Betty Zúñiga
Antigüedad	04 años
N° de Adultos Mayores	14
residentes	
Breve Descripción	<p>La construcción del establecimiento es de material sólido, dos pisos, 07 dormitorios y 17 camas, 03 baños y 03 duchas, todo en buenas condiciones de conservación.</p> <p>La mitad de sus residentes son dependientes. Financian su estadía con las pensiones asistenciales o jubilaciones que perciben. Cuenta con tres personas que realizan diferentes labores de aseo, cocina y lavado. Sólo uno de los empleados tiene un curso de auxiliar paramédico para atender las necesidades de los residentes.</p> <p>Como espacio de reunión o esparcimiento de los adultos mayores cuentan con un living y un pequeño patio. No realizan ninguna actividad recreativa o de manualidades, sólo ven televisión.</p>

Nombre	HOGAR VENECIA
Dirección	Cuarta Transversal N°6364
Comuna	San Miguel
Teléfono	5234004
Responsable	Particular
Director	Betty Zúñiga
Antigüedad	04 años
N° de Adultos Mayores	14
residentes	
Breve Descripción	<p>La construcción del establecimiento es de material sólido, dos pisos, 07 dormitorios y 17 camas, 03 baños y 03 duchas, todo en buenas condiciones de conservación.</p> <p>La mitad de sus residentes son dependientes. Financian su estadía con las pensiones asistenciales o jubilaciones que perciben. Cuenta con tres personas que realizan diferentes labores de aseo, cocina y lavado. Sólo uno de los empleados tiene un curso de auxiliar paramédico para atender las necesidades de los residentes.</p> <p>Como espacio de reunión o esparcimiento de los adultos mayores cuentan con un living y un pequeño patio. No realizan ninguna actividad recreativa o de manualidades, sólo ven televisión.</p>

Nombre	HOGAR LOS OLMOS
Dirección	Los Olmos 2795
Comuna	La Pintana
Teléfono	8520249
Responsable	Particular
Director	Rosa Calderón
Antigüedad	15 años
Nº de Adultos Mayores residentes	11 (mixto)
Breve Descripción	<p>Establecimiento de construcción sólida, con escaleras en su interior, 8 dormitorios, 11 camas, 2 baños, 2 duchas.</p> <p>En este hogar 4 personas realizan las diversas labores que requieren los adultos mayores: aseo, cocina, lavado sin contar con capacitación en primeros auxilios o cuidado de enfermos.</p> <p>El comedor y living están destinados al descanso y esparcimiento de los adultos mayores, sin embargo, no se organizan actividades recreativas.</p> <p>Periódicamente son controlados por un médico en el hogar y son vacunados anualmente para prevenir enfermedades estacionales.</p>

Nombre	HOGAR JUAN PABLO II
Dirección	Vivaceta 571
Comuna	Independencia
Teléfono	7779413
Responsable	Fundación Las Rosas
Director	Hno. Miguel Angel Riquelme
Antigüedad	
Nº de Adultos Mayores	92 hombres
residentes	
Breve Descripción	<p>Establecimiento construido con material sólido y madera, cuenta con 20 dormitorios y 94 camas.</p> <p>15 funcionarios desempeñan las diversas labores, además cuentan con capacitación en primeros auxilios y atención de enfermos.</p> <p>Semanalmente son controlados por enfermeras, kinesiólogo, y medico.</p> <p>Para el esparcimiento y recreación de los adultos mayores se dispone de un salón y patio.</p>

II PARTE**Establecimientos de Larga Estadía Autorizados por los Servicios de
Salud.**

**LISTADO DE ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADÍA PERTENECEINETS AL
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO**

Servicio de Salud Metropolitano Oriente

COMUNA LA REINA

Establecimiento	Dirección	Teléfono	Director Técnico
Humana	Príncipe de Gales 6777	2772184	Dr. Sergio Quintanilla Harris
La Ermita del Carmen	Larraín 8300	2731958	Dr. Ernesto Chacón Echeverría
Luisa Amparo	Zañartú N° 2610	2397625	Dr. Ramón Viñals Aravena
M. Cornejo	José Zapiola 7350	2731107	Dr. Patricio Fuentes Guglielmetti
Manantial	Goethe 2202	2278675	Dr. Jaime González Salinas
María Regina	Los Corcoles 6921	2261583	Dr. Eduardo Schiefelbein Grossi
Mi Buen Hogar	Dragones de La Reina 470	2262167	Dr. Martín Ananías Saffie
Nuestra Casa Ltda.	Echeñique 8675	2732851	Dr. Conrado Arriagada Mora

Santa Bernardita	Simón Bolívar 6695	2277802	Dr. Mario Grossman Chervin
Sor Teresa de Los Andes	Echeñique 6375	2773211	Dr. Mario Grossman Chevin
Sra. Del Rosario	Santa Rita 829	2265744	Dr. Arturo Mondaca Vera
Sra. del Rosario	Santa Rita 841	2265744	Dr. Arturo S. Mondaca Vera

COMUNA LAS CONDES

Establecimiento	Dirección	Teléfono	Director Técnico
Amapolas IV	Talavera de la Reina 745	2291222	Dr. Ricardo Homilla Cordero
Bari y Parot	San Damián 561	2071698	Dr. Miguel Noriega Ricalac
Buen Hogar	Enrique Foster Sur 372	2337269	Dr. Claudio Miranda Sallorenzo
C.L.E	Colón 6205	2201170	E.U. Lucy Ramos Cortés
Capsal Ltda.	Isabel La Católica 4158	2061333	Dr. Carlos Jorquera Jaramillo
Del Pedregal	Las Castellanas Norte 100	20774319	Dr. Blake Pavéz
Dr. Jaime García Huidobro	Del Inca 5365	2123332	Dr. Hernán Baeza Rodríguez
Dulce Vida	Felipe II 4377	2282867	E.U. Eliana Rojas Bravo
E.L.E.A. Mayor	Sánchez Fontecilla 664	2338092	Dr. Eric Blake Pavéz
El Edén	Málaga 925		E.U. María Siridey Miranda
EL Golf	Ntra. Sra. De los Angeles 140	2080848	Dr. Hernán Jara Sepúlveda

Eliana Rojas y Otras	Isabel La Católica 4939	2281435	E. U Eliana Rojas Bravo
Eliana Rojas y Otras	Manquehue Sur 1911	2282684	E.U. Eliana Rojas Bravo
Hogar Alemán	Los Rodondendros 9641	2297025	Dr. Juan Contreras Pavéz
Hogar Español	Alcántara 320	2084389	Dr. Ricardo González Jove
Hogar San José	Las Condes 13200	471275	Dr. Edmundo Veloso Contreras
J.A.I	Las Azaleas 80	2463150	Dra. Alfredo Ticona Venegas

Jardín de la 3ª Edad	Torremolinos 233	2296734	Dr. Reinaldo Hormilla Cordero
Jardín del Este	La Perousse 5471	2182801	Dr. Carlos Lund Gutiérrez
Jardín Otoñal	Isabel La Católica 5845	2081701	E. U Eliana Rojas Bravo
Manquehue	Ingeniero Blaquier 5920	2005923	Dr. Víctor Saavedra Gajardo
Morada del Señor	Juan E. Montero 5977	2281269	Dr. Eugenio Rivas Zapata
Nuestro Hogar	Jaen 7857	2292931	Dr. Leandro Biagini Alarcón

Nuestro Hogar	Jorge VI 754	2125447	Dr. Mario Grossman Chervin
Pinomar	El Quisco 3380	2337537	Dr. Juan C. Frías Jullian
Santa Bernardita	San Pascual 751	2289845	Dr. Jaime González Salinas
Santa Lucia	Navarra 3787	2284863	Dr. Eric Blake Pavez
Senior Suites San Damián	Paul Harris 9574	2073800	E.U. Chantal Duhalde Mancilla
Sonia Carreño Plaza	Vichato 1791	2114721	Dr. Adolfo Cruz Canto
Sra. María de Los Angeles	Guampilla 1957	2298627	Dr. Claudio Miranda Sallorenzo
Suecia	Isabel La Católica 4243	2289111	Dr. Daniel Fernández Dodds
U. Rehab. Quinchamali	La Quebrada 14338	2424239	Dra. Ema Faulbaum Mayorga
Vida y Salud	Manquehue 1500	2281435	Dr. Carlos Rodríguez Cifuentes
Villa Soleares	Paul Harris 10140	2431482	Dr. Manuel Neira Salgado
Vitacura	Vitacura 5418	2183389	E.U. Silvia Carvajal Soto

COMUNA LO BARNECHEA

Establecimiento	Dirección	Teléfono	Director Técnico
Sagrado Corazón de Jesús	El Roble 13196	2197659	Dr. Mario López Ibáñez
Villa San Bruno	Pastor Fernández 16540	3215434	Dr. Víctor Olas Fernández

COMUNA MACUL

Establecimiento	Dirección	Teléfono	Director Técnico
Carolina	Los Olmos 3295	2727940	Dr. Ramón Torres Pedrozo
Casa de Reposo	Manuel Sánchez 3285	2725878	Dr. Jorge Pérez Godoy
El Atardecer	El Líbano 4352	2215263	Dr. Severino Rey Nodar
José Ernesto	José Pedro Alessandri 4747	2219923	Dr. Francisco Loyola Bravo
Villa Banco del Estado	José Pedro Alessandri 4967	2212216	E.U. Ros Pasalacqua Quiroz

COMUNA PEÑALOLEN

Establecimiento	Dirección	Teléfono	Director Técnico
Nuestra Señora de Loreto	José Arrieta 8220	2792868	

COMUNA NUÑO A

Establecimiento	Dirección	Teléfono	Director Técnico
	Irrarázabal 5091		
Agustín Roselli	D. F. Sarmiento 275	2256056	Dr. Alonso Ercilla Madrid
Amapolas	Amapolas 4035	2230932	Dra. María Trejo Cordero
Amor de Dios	Dublé Almeйда 4795	2715467	Dr. Eric Blake Pavez
Anexo Amapolas	Diagonal Oriente 3988	2499466	Dra. Georgina Rojo Sánchez
Anexo Fuente Dorada	Valparaíso 4735	2761662	E.U. Gertrudis Ubeda Foweraker
Badén Badén	Badén 4884	2261308	Dr. Guillermo Riquelme Elizondo
Bello Amanecer	Pucará 3663	2259837	Dr. Francisco Calvo Pizarro

Bruno	Villaseca 237	2092093	Dr. Jorge Lake Barrios
Buen Samaritano	Irarrázabal 4350	2772552	Dr. Carlos García Brahm
C. de la Preciosa Sangre	Pedro de Valdivia 3970	2391965	Dr. Juan Iñiguez Undurraga
Casa de Reposo	Irarrázabal 682	2749726	Dra. María Inés Pinto Quivira
Casa de Reposo	Los Jardines 91	2253950	Dr. Javier Pinto Leiva
Casa de Reposo	Ottawa 4330	2715978	Dr. Daniel Alberti Alvarez
Casa de Reposo	Simón Bolívar 5198	2775272	Dr. Luis Guillermo Vougt Julio
Centro de Alzheimer	Diagonal Oriente 1939	2749394	E.U. Julia Montebruno Acevedo
Cheshire de la Esperanza	Manuel de Salas 371	2255637	Dra. Mireya Balart

Cianelli	Manuel de Salas 317	2744600	E.U. Rosina Cianelli Acosta
D'Vinot	Athualpa 1937	2256539	Dra. Carolina Valencia Osorio
Elena del Carmen	Gral. Dunhan 882	2392252	Dra. Verónica Mujica Escudero
Empart	Italia 4147	2775226	Dr. Patricio Ebner Cataldo
Esperanza	José Domingo Cañas 222	2090721	Dr. Carlos Beller Velasco

Fuente Dorada	Julio Prado 1692	2251479	E.U. Gestrudis Ubeta Foweraker
Hogar de Ancianos	Dublé Almeyda 2435	2461864	Dra. Mariana Fernández Salazar
Hogar de la Santa Cruz	Dublé Almeyda 4751	2715593	Dr. Carlos García Braum
Hogar Israelita	Francisco Villagra 325	2274776	Dr. Patricio González Rodríguez
Hogar Italiano	Holanda 3639	2065476	Dr. Juan Lombardi Borgoglio
Jardín del Abuelo	Bustos 2735	2742730	E.U. Arinda Sepúlveda Toro
Keillen	Crescente Errazuriz 1455	2394540	Dra. Georgina Pefaur Vega
Los Alerces	José Domingo Cañas 2043	2258635	Dr. Carlos Jorquera Guzmán
Lucía Labarca G.	Sucre 2593	2233088	Dr. Agustín Andrade Valenzuela
MANCITA	Simón Bolívar 3798	2749587	Dr. Rodrigo Moraga Mardones
Marbella	Dublé Almeyda 2031	2745541	Dr. Enrique Costoya del Valle
Niño de Jesús	Ossa 750	2771198	Dr. Alonso Ercilla Madrid
Nuestra Señora de Fátima	Lo Plaza 424	2712029	Dr. Dante Alberti Alvarez

Nuestra Señora del Carmen	Augusto Villanueva 530	2254796	Dr. Dante Alberti Alvarez
Paulista	Rodrigo de Araya 2550	2745704	Dr. Carlos Beller Velasco
Pocuro	Marchant Pereira 2343	2749367	Dr. Roberto Salazar Aguilar
Renacer	Ricardo Lyon 3231	2045467	E.U. Rosa Cekalovic P.
Residencia Jackson	Román Díaz 2055	2058817	Dr. Carlos Ortiz Gutmann
Sagrado Corazón de Jesús	Suárez Mujica 866	2272710	Dr. Claudio Zúñiga García
San Francisco	Ortúzar 220	2272556	Dr. Francisco Calvo Pizarro
San Juan	Irarrázabal 884	2740705	Dr. Guillermo Riquelme Elizondo
Santa Elsa	Pucará 5072	2772336	Dr. Dante Alberti Alvarez
Simón Bolívar	Los Talavera 282	2744852	Dr. Francisco Loyola Bravo
Sor Teresa Ltda.	Italia 1878	2096036	Dr. Claudio Pérez Rebolledo
Sta Margarita	Suecia 3499	2236796	Dr. Rafael Baena Jerez
Sta. Adriana	Hernán Cortes 2153	2239351	Dr. Francisco Calvo Pizarro
Teresita de Jesús	Dr. Johow 572	23811712	Dr. Eric Blake Pavez
Tomas Coghlan	Montenegro 2355	2273528	Dr. Moisés Zuñiga

Universidad	La Verbena 4921	2269943	Dr. Renato Gutiérrez Acuña
Yugoslavo	José E. Concha 195	2748584	Dr. Omar Zagmut Cahbar

COMUNA PROVIDENCIA

Establecimiento	Dirección	Teléfono	Director Técnico
	Diego de Almagro 2877	2055432	Dr. Ricardo Fernández Alegria
	J. Thomas Rider 1091		
A. Rogers	Amapolas 1967	2230932	Dr. Reinaldo Hormilla Cordero
Abertawe	Jorge Matte 1923	2253832	Dr. Paula Ramírez Poblete
Abuelita Laly	California 2155		Dr. Alberto Segebre Berardinelli
Alfredo Steinmeyer	Llewellyn Jones 1078	2250601	Dr. Claudio Miranda Sallorenzo
Amancay	Jorge Matte 3620	2044197	Dr. Luis Vergara Iturriaga
Amapolas	Amapolas 2075	2691337	Dr. Reinaldo Hormilla Cordero
Anexo San Diego	Diego de Almagro 2261	2052359	Dr. Juan Bermucci Alvarado
Aurora	Las Hortensias 2308	3343460	Dr. Reinaldo Hormilla Cordero
Austria	Austria 2075	3411304	Dr. Reinaldo Hormilla Cordero
Bestard	M. Luisa Santander 568	2250035	Dr. Patricio Suazo Ruiz
Bravo y C.I.A.	Pocuro 2901	2099646	Dr. Claudio Caro Thayer

Ltda			
Buona Vista	Diego de Almagro 3323	2092291	Dr. Camilo Jensen Benitez
Cardemil y Veliz	Holanda 1998	2233540	Dra. Paula Ramírez Poblete
Casa de Reposo	Amudsen 2233	2050687	Dr. Eric Blake Pavez
Casa de Reposo	Barros Borgoño 343	2356520	Dr. José Pinto Rivera
Cegerin	Lyon 2298	2252834	Dr. Atilio Quintana Rojas

Cegerin Ltda.	Hernando de Aguirre 1370	2051421	Dr. Antilio Quintana Rojas
Cianelli	Bustos 2652- 2670	2256665	E.U. Rosina Cianelli Acosta
Don Diego	Diego de Almagro 2273	2052359	Dr. Juan Bermucci Alvarado
E.L.E.A Adulto Mayor	Hernando de Aguirre 1683	2055222	Dr. Alvaro Compan Jiménez
E.L.E.A Mayor	California 2231	2696310	Eric Blake Pavez
E.L.E.A. Mayor	Arturo Claro 1363	2691836	Dr. Reinaldo Hormilla Cordero
El Redentor	Lyon 2558	2050787	Dr. Roberto Von Loebenstein Le Roger
El Vergel	El Vergel 2421	2042280	Dr. Jorge Godoy Gallardo

Estilo Europeo	Arturo Claro 1359	2050062	Dr. Paula Ramírez Poblete
Flores y Flores	Echeñique 3643	2251962	Dr. Francisco Calvo Pizarro
Gilda Bravo	Bilbao 2747	2055011	Dr. Claudio Caro Theyer
Hogar Dulce Hogar	L. Thayer Ojeda 2099	2042778	Dr. Germán Ducach Grinberg
Hogar Estilo Europeo	Gral. Córdova 1246	2255905	Dra. Paula Ramírez Poblete
Holanda	Hernando de Aguirre 1331	2255240	Dr. Carlos Ortiz Gutmann
Holanda	Hernando de Aguirre 1347	2255240	Dr. Carlos Ortiz Gutmann
Hostal Care	Hernando de Aguirre 1877	2253146	Dr. Jaime González Salinas
La Alcaldesa	Bilbao 2821	2258098	E.U. Rosa Parada Zuluaga
Los Años Felices	Eliecer Parada 1020	2746528	Dr. Dante Alberti Alvarez
Lucía	Elena Blanco 1024	2251473	E.U. Soraya Dalmazzo Donoso

M. Isabel Augusto	El Bosque 1851	2253461	Dra. Magaly Obregon Ampuero
M. Isabel Augusto	Manuel Cruzat 2739	6986816	Dra. Magaly Obregón Ampuero
María Auxiliadora	La Marqueza 0115	2325697	Dr. Beltran González Rodríguez
Marpe Ltda.	Dalmacia 1175	2233080	Dr. Jorge Schwartz Jodorkovsky
Melania	California 2141	2051481	Dr. Italo Braghetto Miranda
Mens Sana	Holanda 1512	2052369	Dr. Friedrich Von Muhlenbrock Soto
Paulina	Willy Arthur 2236	2043751	Dr. Luis Corvalan Contreras
Plaza Paraíso	Federico Froebel 153	2358844	Dr. Felipe Olivari Piña
Residencia Santa María	Alfredo Santa María 2749		ODON. José Miguel Giralt Armijo
San Antonio	Carlos Wilson 1342	2040446	Dr. Leonardo Rodríguez Retamal
San Francisco de Asís	Alvarez Condarco 970	2048021	Dr. Héctor Palomo Rebolledo
San Gabriel	Valenzuela Castillo 1121	2354601	Dr. Jorge Silvia Chau
San Miguel	Normandía 1875	2048636	Dr. Jaime Palacios López
San Sebastián	Portal 1890	2096958	Dr. Jorge Schwartz Jodorkowky

Santa Marta	Las Violetas 2088	2098259	Dr. Juan Soncini Araya
Seminario	Claudio Arrau 0251	2229226	Dr. Hernán Castro Moller
Sta. Rita	Holanda 1349	2745437	Dr. Luis Acuña San Martín
Suiza	El Belloto 3864	2237551	Dr. Ricardo Fernández Alegría
Suiza	Llewellyn Jones 1333	2746398	Dr. Ricardo Fernández Alegría
Suiza	Llewellyn Jones 1349	2040767	Dr. Ricardo Fernández Alegría
Sweet Home	Diego de Almagro 3206	2095029	E.U. Ana M. Torres Velez
Teresa Salas	Llewellyn Jones 1521	2094722	Dr. Eric Blake Pavez
Teresa Salas	Teresa Salas 774	2055293	Dr. Gonzalo Franco Ferrari
Tobalaba	Tobalaba 1555	2740698	Dra. Cristina Gaete Verdugo
Vida Nueva Ltda.	Amapolas 3887	2745509	Dr. Tomas Armstrong Cox
Vida y Sol	Salvador 1029	2237610	Dr. Reinaldo Alvarado Marin
Villa Florencia	Llewellyn 1228	2052190	Dr. Eugenio Audisio Carrillo
Windsor House	Hindenburg 632	2045170	E.U. Alicia Zorrilla Muñoz
Zegers	California 2490	2257388	Dr. Carlos Benavides Castillos
Zegers	Hernando de Aguirre 1428	2098587	Dr. Carlos Benavides Castillo

COMUNA VITACURA

Establecimiento	Dirección	Teléfono	Director Técnico
Amapolas 2	Las Hualtatas 5442	2183186	Dr. Reinaldo Hormilla Cordero
E.L.E.A. Mayor	Lo Matta 1647	2129591	E.U. Lucy Ramos Cortés
Hostal Adulto Mayor	Antonio Pastrana 2774	2284443	Dr. Atilio Quintana Rojas
Nueva Familia	El Nogal 1819	2193637	Dr. Eugenio Rivas Zapata
Renacer	Pasaje Manquehue 2061	2186153	Dr. Milton Quiroz Escobar
Serproen	El Tamarugo 1312	2084368	Dr. Eric Blake Pavez
Teresita de Jesús	Islas Marianas 1791	2192097	Dr. Eric Blake Pavez

Servicio de Salud Central**COMUNA SANTIAGO**

Establecimiento	Dirección	Teléfono	Director Técnico
Adonay	Miguel León Prado 476	5566726	Dr. Luis Alberto Caceda D.
Armonía	Santa Mónica 2361	6995043	Dr. Patricio Jara Novillo
Don Mateo	Sierra Bella 1415	5557955	Patricia Pérez Sepulveda
Hogar Juan Bautista	Esperanza 1455	6813524	Dr. Gino Rivera Arcos
Juan Pablo II	Agustinas 2324	6712597	Dra. Alicia Zamorano Díaz
Karen 1	Avda. España 185	6717008	Dr. Fedor Yanine
Karen 2	Sazie 2469	6973382	
La Paz del Atardecer	Dr. Díaz Velasco 2271	6837066	Dr. Juan Espinosa Sánchez
Manina	Santiago Concha 1212	5541469	Dr. Carlos Haquin Friedmann
San Cristóbal	Madrid 1421	5554912	Luis Alberto Caceda Díaz

Servicio de Salud Metropolitano Occidente**COMUNA QUINTA NORMAL**

Establecimiento	Dirección	Teléfono	Director Técnico
Atardecer	Julio Rebosio 2513	7724530	Dr. Amencio Antillo Antillo
Buena Aventuranza	Catedral 5037	7723478	Dr. Alvaro Morales A.
Javierita	Nueva Extremadura 5521	7720850	Dr. Arturo Gallo I.
Las Camelias	Carlos Valdovinos 1385	7742930	Dr. Luis A. Caseda Díaz
Nancy	Francisco Javier 501	7791106	Dr. Juan González Barriga
Santa Bernardita I	Compañía 4596	7738119	Dr. Germán Neumann C.
Santa Bernardita II	Gaspar de Orense 775	7739044	Dr. Germán Neumann C.

COMUNA PUDAHUEL

Establecimiento	Dirección	Teléfono	Director Técnico
Betania	San Francisco 8745	6433652	Dr. Flavio Nervio

COMUNA EL MONTE

Establecimiento	Dirección	Teléfono	Director Técnico
San Francisco de Asís	Los Libertadores 234	8182555	Dr. Enrique Mayor Garrido

COMUNA MELIPILLA

Establecimiento	Dirección	Teléfono	Director Técnico
Teresita de Los Andes	Fuenzalida 8	8314980	Dr. Luis Belollo Zappettini

Servicio de Salud Metropolitano Sur**COMUNA SAN MIGUEL**

Establecimiento	Dirección	Teléfono	Director Técnico
Fernanda	León Prado 826		
Hewstone Ltda.	Novena Avenida 1338		
José Miguel	Euclides 1307		
Juan XXIII	Avenida Berlín 925		
La Macarena	Magdalena Vicuña 1524		
La Nona	Pirámide 1076		
Las Azaleas	Séptima Avenida 1183		
Los Años Dorados	Pedro Mira 696		
María Collao Cortes	San Francisco 4281		
Nicolás Gorab	Nicolás Gorab 6256		

Nuestra Señora de Lourdes	Quinta Avenida 1375		
Nuevo Amanecer	Cuarta Avenida 1178		
Primavera	Primera Transversal 5544		
Renacimiento II	Séptima Avenida 1190		
Sagrado Corazón de Jesús	Don Bosco 3554		
San José de la Estrella	Pedro Mira 880		
San Miguel	Alvarez de Toledo 943		

COMUNA SAN MIGUEL

Establecimiento	Dirección	Teléfono	Director Técnico
San Nicolás	San Nicolás 1202		
San Pedro	Santa Corina 091		
Santa Barbara	Rivas 820		
Santa Berta	José Miguel Carrera 5830		
Santa Marta	Salesianos 1128		
Santa Matilde	Teresa Vial 1446		
Sociedad Unión Arabe de Beneficencia	Avenida Lo Ovalle 1671		
Tranquilidad	Sexta Avenida 1339		
Vilardebo	José Miguel Carrera 5851		

COMUNA LA CISTERNA

Establecimiento	Dirección	Teléfono	Director Técnico
Génesis I	Fernando Rojas 234		
Génesis II	Eulogio Altamirano 7130		
John Kennedy	Santa Clara 319		
Los Jardines	Santa Corina 094		
Mamá Margarita	Manuel Fischmann 0658		
Nuestra Señora de Las Mercedes	Alfredo Mackenny 329		

Nuestra Señora del Consuelo	Paulina 6743		
Otoñal	Freire 611		
Santa Teresa de Los Andes	Av. Américo Vespucio 09019		
Zurich	Zurich 016		
Zurich	Zurich 030		
Zurich	Zurich 040		

COMUNA LO ESPEJO

Establecimiento	Dirección	Teléfono	Director Técnico
Casa de Acogida Santa María (SIDA)	Reloncavi 6434		
Casa de Acogida Santa María (SIDA)	Reloncavi 6460		
San Jorge	Jorge Guerra 124		

COMUNA SAN JOAQUÍN

Establecimiento	Dirección	Teléfono	Director Técnico
Santa Rosa	Copacabana 943		

COMUNA SAN BERNARDO

Establecimiento	Dirección	Teléfono	Director Técnico
Casa de Acogida Betania (SIDA)	Avenida Central 120, Nos		
Hogar de Ancianos Rosita Renard (Hogar de Cristo)	Rinconada de Nos		

La Esperanza	Germán Riesco 1185		
La Estancia	Lo Herrera. Parcela 15		
Laurita Vicuña	Francisco de Camargo 13512		
Lidia Rosa	Juan Fernández 111 Portales Orientes		
María Paz	Covadonga 46		
San Ignacio de Loyola	Avenida América 080		
San Pedro	José Joaquín		

	Pérez 629		
Santa Teresa de Tango	Parcela 19 Santa Teresa El Barrancón		

COMUNA PAINE

Establecimiento	Dirección	Teléfono	Director Técnico
Fénix	Panamericana Sur K 38		
Paine	18 de Septiembre 394		

COMUNA BUIN

Establecimiento	Dirección	Teléfono	Director Técnico
Centro de Apoyo Integral a la Ancianidad	Villaseca 294		
Villa Edad de Plata	Condell 801		

COMUNA EL BOSQUE

Establecimiento	Dirección	Teléfono	Director Técnico
Centro Madre e Hijo de Chile	Santa Elena 908		
Centro Madre e Hijo de Chile	Santa Elena 921		
Isidora	Lo Espejo 0400		
San Sebastián	Primera Transversal 10456		

COMUNA PEDRO AGUIRRE CERDA

Establecimiento	Dirección	Teléfono	Director Técnico
Lourdes	Carlos Valdovinos 1782		
Madre Divina	Pasaje Julieta 4891		

COMUNA SAN RAMÓN

Establecimiento	Dirección	Teléfono	Director Técnico
Laura Ester	Américo Vespucio 1916		

COMUNA LA PINTANA

Establecimiento	Dirección	Teléfono	Director Técnico
Nueva Esperanza	Los Alamos 2438 Villa Las Parcelas		

Servicio de Salud Norte**COMUNA INDEPENDENCIA**

Establecimiento	Dirección	Teléfono	Director Técnico
Betsda	Dgo. Sta. María 1770	7372593	
Carolina	Nva. Matte 1279	7352864	
Grace	Pedro Donoso 1112		
Lidia Valdivia 2	F. Vivaceta 1455	2447242	
Nuestra Sra. de las Rosas	Vivaceta 571	7779413	
Sta. Verónica	López 456	7373767	
Susanita	Tte. Wilson 0892	6215660	
Virgen del Carmen	Fontt 057	8441436	

ESTABLECIMIENTOS INSTITUCIONALES**CONAPRAN**

Establecimiento	Dirección	Teléfono	Director Técnico
Balmaceda	Balmaceda 584 Talagante		

SOCIEDAD AYUDA FRANCESA

Establecimiento	Dirección	Teléfono	Director Técnico
Sociedad Ayuda Francesa	Nueva Extremadura 4640	7736117	Dr. Milton Calderón Disset-Dr. Arturo Gallo García

HERMANITAS DE LOS POBRES

Establecimiento	Dirección	Teléfono	Director Técnico
Hermanita de los Pobres	San Pablo 3776	7733624	Dr. Oscar Román Díaz
Hermanita de Los Pobres	Carmen 1200, Santiago	5550289	Dr. Cesar del Castillo Santa María

HOGAR DE CRISTO

Establecimiento	Dirección	Teléfono	Director Técnico
Hogar de Cristo	Padre Alberto Hurtado 3828, Estación Central	7760505	Dr. Alvaro Morales Adaro
Padre Tadeo	Padre Tadeo 4480, Quinta Normal	7731083	Enf. Margarita Eucaranza
Santo Domingo	Santo Domingo 4551 Quinta Normal	7738021	Dr. Mario Ojeda Carrasco

EL PEQUEÑO COTOLENGO, ALDEA SAN JOSÉ OBRA D'ORIONE

Establecimiento	Dirección	Teléfono	Director Técnico
Residencial Mater	Av. D'Orione 7306, Cerrillos	5574783	Dr. Ricardo García Verdugo

FUNDACIÓN LAS ROSAS

Establecimiento	Dirección	Teléfono	Director Técnico
Apóstol Santiago	Vidaurre 1647, Santiago	6713840	Dr. María Castillo Miranda
Corazón de María	Moneda 1833, Santiago		
Hogar de Ancianos N° 25	Calle Uno Sur 921, El Bosque		
María Madre de la Iglesia	Almirante Barroso 585, Santiago		
San Lázaro	Toesca 1964, Santiago	6717308	Dra. María Castillo Miranda
Santa Ana	Ejercito 675, Santiago	6981827	Dr. María Castillo Miranda
Santa Marta	Ejercito 661, Santiago	6981827	Dra. María Castillo Miranda

Santa Trinidad	San Francisco 1778, Santiago	5551241	Sergio Castro Henríquez
Santo Domingo	Santo Domingo 1944, Santiago		

ENCUESTA ESTABLECIMIENTOS

Fecha de aplicación: ___/___/___

Nombre Encuestadora: _____

Este instrumento debe ser aplicado al encargado de cada establecimiento o en su reemplazo a la persona que le sigue en jerarquía.

I. IDENTIFICACION

1. Nombre de la Institución: _____
2. Dirección: _____ Comuna: _____
3. Fono – Fax: _____
4. Antigüedad del Hogar: _____
5. Nº total de personas que viven en el hogar _____

2. PERSONAL A CARGO:

1. ¿Cuántas personas trabajan en este hogar? _____
2. ¿Qué tipo de trabajo realiza cada uno de ellos?
 - Aseo _____
 - Cocina _____
 - Lavado _____
 - Terapéuticas _____

3. ¿El personal que atiende a los adultos mayores, cuenta con capacitación para prestar la atención correspondiente?

SI NO ¿Qué tipo de capacitación?

_____ Primeros Auxilios

_____ Atención de Enfermos

_____ Otro ¿Cuál? _____

INFRAESTRUCTURA Y SEGURIDAD DEL HOGAR

1. Tipo de Construcción:

Sólido	
Mixto	
Madera	

2. ¿Existen escaleras al interior del establecimiento?

SI		NO	
----	--	----	--

3. Dormitorios

Nº de Dormitorios	
Nº de Camas	

4. Condiciones de los dormitorios:

Buena	
Regular	
Mala	
Muy mala	

5. Baños

Nº de baños: _____

¿El baño se encuentra dentro del establecimiento?

SI		NO	
----	--	----	--

Condiciones higiénicas del baño:

Buena	
Regular	
Mala	
Muy mala	

6. Cocina

Condiciones higiénicas de la cocina:

Buena	
Regular	
Mala	
Muy mala	

7. Espacio de descanso:

¿Existe un espacio de reunión para los adultos mayores?

SI		NO	
----	--	----	--

¿Cuál? _____

8. Comedores

¿Existe espacio suficiente para que coman todos los adultos mayores?

SI		NO	
----	--	----	--

9. Lavado

¿Tienen lavadero, sala de lavado u otro?

SI		NO	
----	--	----	--

Si la respuesta es NO, ¿Dónde lavan?

¿Quién lava la ropa de los adultos mayores?

Personal del establecimiento	
Los adultos mayores	
Familiares	
Otros ¿Quién?	

10. Seguridad

¿Existen en el recinto vías de evacuación expeditas?

SI		NO	
----	--	----	--

¿Cuenta con extintores?

SI		NO	
----	--	----	--

¿Cuántos? _____

¿Cuentan con botiquín para atender emergencias?

SI		NO	
----	--	----	--

BENEFICIARIOS

1. ¿Cuántos adultos mayores viven en este establecimiento?

Mujeres	Nº
Hombres	Nº

2. Estado de salud

Dependientes	Nº
Autovalentes	Nº

ATENCION PRESTADA

Alimentación	
Nº de comidas diarias	

¿Cuentan con minuta semanal?

SI		NO	
----	--	----	--

REDES

1. ¿Los adultos mayores asisten a control medico en forma regular?

SI		NO	
----	--	----	--

2. ¿Quién acompaña a los adultos mayores a dichos controles?

Personal del establecimiento	
Familiares	
Se acompañan entre ellos	
Otros ¿Cuál?	

3. ¿Son vacunados para prevenir enfermedades estacionales?

SI		NO	
----	--	----	--

4. ¿El personal del establecimiento, supervisa regularmente los medicamento que ingieren los adultos mayores, en cuanto a: horarios, dosis y cantidad de tiempo que se deben consumir?

SI		NO	
----	--	----	--

5. Redes

Señale las instituciones con las cuales mantiene algún tipo de contacto:

Municipio	
Consultorio	

ENCUESTA EVALUATIVA

Fecha : _____ Encuestadora: _____

Establecimiento: _____

I. Datos de Identificación:

Nombre del A. M. _____

Sexo: _____ Edad: _____ Est. Civil: _____

Nº de Hijos: _____ Tipo de Pensión: _____ Monto \$ _____

Escolaridad: _____ Detalle (cursos – carrera) _____

Factores de Riesgo

PREGUNTA	SI	NO	OBSERVACION	
1. Tiene problemas de visión ▪Usa Lentes				
2. Escucha bien ▪Usa Audífono				
3.- N° de fármacos que consume diariamente: _____			Cuáles:	
4. ¿Se ha caído durante el último año?			¿Cuántas veces?	
5. ¿ Ha estado hospitalizado durante el último año?			¿Cuántas veces?	
6. Duración hospitalización más larga: _____			Motivo	
7. ¿Tiene alguna enfermedad crónica?			¿Cuál?	

II. Capacidad funcional AVD Básicas. Índice de Katz

PREGUNTA	SI	NO	OBSERVACION	
1. ¿Maneja usted su propio dinero?				
2. ¿Se baña solo?				
3. ¿Se sienta y para del baño solo?				
4. Continencia: ¿Controla totalmente esfínteres anal y vesical?			Si presenta incontinencia parcial al orinar u obrar ¿utiliza? Pañal, Chata, Sonda, Recolectores, Otro:	
5. ¿Se viste solo?				
6. ¿Se desviste solo?				
7. Movilidad: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Entra y sale de la cama con facilidad? ▪ ¿Se sienta y levanta de la silla con facilidad? 				

▪ ¿Requiere ayuda para desplazarse?				
8. Alimentarse: ¿Come solo?			¿Cuántas comidas calientes comió hoy?	

Capacidad funcional AVD instrumentales

PREGUNTA	SI	NO	OBSERVACION
1. ¿Maneja usted su propio dinero?			
2. ¿Maneja usted sus medicamentos?			
3. ¿Sale de compras?			¿Vuelve solo?
4. ¿Sale de paseo?			
5. ¿Cuándo necesita realizar una llamada telefónica marca usted solo el número?			

Capacidad de Relación Social

PREGUNTA	SI	NO	OBSERVACION	
1. ¿Mantiene contacto con su familia?			¿Con quiénes?	
2. ¿Cuenta con ellos en una emergencia?				
3. ¿Está inscrito en algún consultorio?			¿Cuál?	
4. ¿Ha consultado médico en los últimos seis meses?			¿Quién lo acompañó?, ¿Dónde?	
5. ¿Se ha vacunado en las campañas del MINSAL?			¿Fue o lo llevaron?	
6. ¿Participa en algún grupo, club u organización			¿Cuál?	
7. ¿Cuenta con dinero para actividades recreativas?				
8. ¿Está satisfecho viviendo aquí?				
9. ¿Tiene amigos en el hogar?			¿Cuántos?	

PREGUNTA	SI	NO	OBSERVACION	
1. ¿Mantiene contacto con su familia?			¿Con quiénes?	
2. ¿Cuenta con ellos en una emergencia?				
3. ¿Está inscrito en algún consultorio?			¿Cuál?	
4. ¿Ha consultado médico en los últimos seis meses?			¿Quién lo acompañó? y ¿Dónde?	
5. ¿Se ha vacunado en las campañas del MINSAL?			¿Fue o lo llevaron?	
6. ¿Participa en algún grupo, club u organización?			¿Cuál?	
7. ¿Cuenta con dinero para actividades recreativas?				
8. ¿Está satisfecho viviendo aquí?				
9. ¿Tiene amigos en el hogar?			¿Cuántos?	

MINSAL
ORGANISMO
CRISTIANO