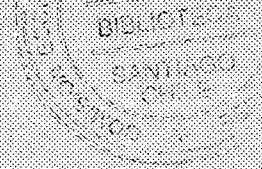


~~CEPAL (CELADE) (2073)~~

INT-2073

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS  
CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA - CELADE  
CENTRO INTERNACIONAL DEL ENVEJECIMIENTO - CIE



**EVALUACION DE CALIDAD DE HOGARES DE ANCIANOS**

**María Cristina Escobar**

**Haydée Firevicius**

Taller sobre políticas de atención  
a los ancianos  
Santiago de Chile, 2-6 de noviembre de 1992



**EVALUACION DE CALIDAD DE HOGARES DE ANCIANOS:  
"EL CASO DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE"  
SANTIAGO, CHILE 1992.**

**Dra. María Cristina Escobar<sup>1</sup> y Haydée Firevicius<sup>2</sup>**

**a) EL PROBLEMA**

Existe consenso entre las personas vinculadas a las instituciones de larga estadía para ancianos en Chile, sobre la necesidad impostergable de proponer una nueva reglamentación sobre "Hogares de ancianos", considerando el gran número de residencias existentes y el interés creciente por abrir nuevos hogares.

El reglamento vigente, (Decreto N°334 del 6 de septiembre de 1983) resulta inoperante en la medida que no define los criterios mínimos que deben cumplir las residencias para su funcionamiento, y equivocadamente asume que existen dos tipos de hogares: los que albergan población sana y los que albergan población enferma, asignándole la responsabilidad de control y supervisión al Servicio del Ambiente en el primer caso y a los Servicios de Salud en el caso de residencias para enfermos, cuando la realidad es que la población usuaria es mixta.

A los efectos de llevar a cabo este proyecto se solicitó la asesoría técnica de la Organización Panamericana de la Salud, la que se concreta en junio de 1992, a través de una consultora argentina experta en el tema de la evaluación de establecimientos geriátricos de larga estadía.

Por intermedio de la consultora se tuvo acceso a una batería de instrumentos para evaluar diferentes aspectos de la atención geriátrica institucional de larga estadía los que habían sido aplicados con anterioridad en Argentina y Ecuador.

Los resultados de la evaluación permitirían hacer un diagnóstico de la situación de las residencias para ancianos en nuestro país y, sobre esta base, proponer el nuevo reglamento.

**b) METODOLOGIA**

En junio del presente año, se contactó a los Jefes de los Departamentos de las Oficinas de Profesiones Médicas de los Servicios de Salud de la Región Metropolitana, V y VI Región, con el propósito de invitarlos a realizar una evaluación integral de los hogares de ancianos ubicados

---

<sup>1</sup> Médico, Encargada Programa Salud del Adulto, Ministerio de Salud, Chile.

<sup>2</sup> Psicóloga, Consultora Organización Panamericana de la Salud (OPS).

en su jurisdicción geográfica, incluyendo el entrenamiento en el manejo de los instrumentos. Se propuso un plazo de 3 meses para ejecutar la tarea, que comprende la evaluación de los hogares, procesamiento computacional de los datos y entrega de resultados por separado a cada Servicio de Salud.

Se realizó un seminario de capacitación, que incluyó una prueba de los instrumentos en el terreno, realizándose algunos ajustes mínimos referidos a la terminología.

El Ministerio de Salud realizó la duplicación del material en la cantidad que fue requerida por cada Servicio de Salud según el número de hogares y población residente estimada.

La recolección de información se inició durante el mes de julio, y la situación al 1º de octubre fue la siguiente:

Tabla 1

**GRADO DE AVANCE DE LA EVALUACION DE LOS HOGARES  
DE ANCIANOS, SEGUN SERVICIO DE SALUD**

SERVICIO DE SALUD REGION METROPOLITANA	NUMERO DE HOGARES EVALUADOS	GRADO DE AVANCE
Norte	Sin información	
Sur	14	Completo
Central	11	Incompleto
Oriente	123	Completo
Occidente	8	Incompleto
Sur oriente	Sin información	
S.S. V Región		
Valparaíso - San Antonio	6	Completo
Viña del Mar - Quillota	37	Completo
San Felipe - Los Andes	5	Completo
S.S. VI Región		
Lib. Bdo. O'Higgins	Sin información	

Como se observa en la tabla, el número de hogares en cada uno de los Servicios de Salud es relativamente pequeño, con la sola excepción del Servicio Metropolitano Oriente, cuyo número supera los 100.

Considerando que algunos de los Servicios de Salud comprometidos en la tarea aún no la completan, se decidió hacer una primera comunicación basándose en los datos del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, fundamentado en el hecho que fue el primero en concluir la etapa de recolección de datos y que además es el Servicio de Salud del país que concentra el mayor número de hogares de ancianos.

### BREVE DESCRIPCION DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE (S.S.M.O.)

El S.S.M.O. es uno de los 26 Servicios de Salud del país y uno de los 6 de la Región Metropolitana. Un 8.1% de su población (85.310 personas) tiene 65 o más años, lo que hace de este Servicio uno de los más envejecidos del país.

### PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

#### ***I.- EVALUACION DE LA DEPENDENCIA DE LOS RESIDENTES EN HOGARES DE ANCIANOS***

Con este propósito se utilizó el instrumento de evaluación de F. Kutzman: "Escala para Evaluar la Dependencia en Instituciones".

#### Descripción del instrumento

La escala está dirigida a determinar el grado de dependencia física y psíquica de grupos de personas ancianas que residen en instituciones geriátricas, con el propósito de determinar los requerimientos que deben cumplir las instituciones para satisfacer las necesidades de quienes se hallan internados en ella.

El instrumento permite determinar los requerimientos de atención de la población usuaria, identificar los recursos materiales y de personal necesarios en las distintas instituciones. Fue diseñado para utilizarse únicamente en el encuadre de grupos de población y no a nivel individual.

#### Areas que evalúa el instrumento

- Cuidados personales, referidos a: alimentación, higiene personal y vestimenta.

- Cuidados de salud, referidos a: control y cuidados médicos y control y cuidados de enfermería.
- Indicaciones de rehabilitación
- Dependencia esfinteriana
- Traslados y desplazamientos
- Dependencia psíquica

Con el propósito de obtener el puntaje final que determinará el grado o nivel de dependencia de la población en instituciones, y siguiendo las pautas del autor, se integran los puntajes de las 6 áreas que son objeto de la medición. Así se obtiene un puntaje final, el cual nos permite determinar el grado de dependencia de cada establecimiento y del conjunto estudiado.

#### Características de la población residente en 123 hogares del SSMO

La población estudiada fue de 2.454 personas, de las cuales 1.971 (80.3%) corresponden al sexo femenino y 483 (19.7%) al sexo masculino, con una edad promedio de 80.5 años.

Las edades presentan gran variabilidad (entre 20 y 109 años). El 89,8% de los residentes tienen entre 70 y 99 años y el 96,6% entre 60 y 99 años. Es interesante señalar la presencia de 15 personas longevas que superan los 100 años. Llama la atención la existencia de un 2.6% de menores de 60 años, que podrían corresponder a personas con requerimientos similares a los de la población anciana (secuelas de AVE, Síndrome de Down u otros trastornos neurológicos). **(tabla 2)**

En cuanto a la nacionalidad, el 88% de los residentes son de nacionalidad chilena, destacándose un 2.5% de la población de origen español y un 1.9% de alemanes.

Tabla 2

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION RESIDENTE SEGUN EDAD**

Grupo de edad (en años)	Frecuencia	Porcentaje (%)
20 a 29	3	0.1
30 a 39	7	0.3
40 a 49	10	0.4
50 a 59	43	1.8
60 a 69	168	6.8
70 a 79	696	28.4
80 a 89	1.172	47.8
90 a 99	334	13.6
100 a 109	15	0.6
sin información	6	0.2
Total	2.454	100.0

**Uso de medicamentos**

Se investigó el consumo de medicamentos por la población residente, estudiándose el número de medicamentos y no las dosis. Se registró la información del 89.9% de la población, lo que corresponde a 1.986 personas, de las cuales el 97.3% toma medicamentos.

Si bien la mayoría de la población (60.7%) ingiere entre 1 y 3 medicamentos, existe una proporción muy significativa, (21.9%) que toma entre 5 y 9 medicamentos. Lo más frecuente (24.0%) es ingerir 2 medicamentos.

Tabla 3

**DISTRIBUCION DE LA POBLACION RESIDENTE SEGUN NUMERO  
DE MEDICAMENTOS QUE INGIERE**

Nº Medicamentos	Frecuencia	Porcentaje (%)
0	54	2.7
1	334	16.8
2	477	24.0
3	395	19.9
4	291	14.7
5	176	8.9
6	108	5.4
7	72	3.6
8	49	2.5
9	30	1.5
Total	1.986	100.0

Evaluación de la dependencia

*Cuidados personales*



Tabla 4

**DISTRIBUCION PROPORCIONAL (%) SEGUN TIPO DE CUIDADO  
Y NIVEL DE APOYO REQUERIDO**

	Nivel de apoyo		
	ninguno	parcial	permanente
Alimentación	72.9	8.5	18.6
Higiene	37.9	27.3	34.7
Vestimenta	45.6	20.9	33.5

La mayoría de los residentes no requiere ayuda para su alimentación personal. Sin embargo, una proporción significativa (18.6%) requiere ayuda más prolongada (alimentación por cuchara, vigilancia e insinuación continua, etc.)

Existe una proporción similar entre los que no requieren ayuda para su higiene personal y aquellos que requieren cuidados de higiene por parte del personal de una manera prolongada: higiene en la cama, lavado parcial o completo en el lavatorio, necesidad de administrar un baño cotidiano, etc.

Asimismo, es significativo el número de personas que requiere ayuda parcial: instalación del anciano frente al lavatorio, preparativos diversos, incitación. Esta ayuda no sobrepasa los 10 minutos por un asistente o 5 minutos por 2 asistentes.

Aproximadamente la mitad de la población procede a vestirse sin ayuda, mientras que un tercio requiere ayuda más importante. Un 20.9% se viste con una ayuda mínima, ayuda que no excede los 5 minutos.

### ***Control y cuidados médicos***

La mayoría de los residentes no presenta patología o tiene una patología no evolutiva, necesitando sólo un control médico periódico o episódico. Poco más de un cuarto de la población presenta patología estable que requiere un control más estricto. El resto de la población requiere controles médicos o ajustes terapéuticos frecuentes o imprevisibles debido a patología en evolución, con riesgo de posible descompensación.

### ***Control y cuidados de enfermería***

Aproximadamente la mitad de los residentes no requiere ningún cuidado de enfermería. Igual número de residentes que requieren cuidados médicos más estrictos, también requieren cuidados regulares de enfermería, tales como: inyecciones, colostomía, etc., que en total no demandan más de 10 minutos de atención por jornada.

Una de cada cuatro personas requiere cuidados prolongados o frecuentes, por ejemplo: cuidado de escaras graves, manejo de sondas, aspiración traqueobronquial, etc.

### ***Indicaciones de rehabilitación (kinesiterapia, terapia ocupacional)***

Aproximadamente el 75% de los residentes no tiene una indicación ni contraindicación en esta área. Un poco más del 10% tiene indicación de intervención de mantenimiento (1-3 veces por semana) y una proporción un poco mayor tiene indicación de rehabilitación intensiva.

### ***Otras dependencias: esfinteriana, traslados y desplazamientos y dependencia psíquica***

Tabla 6

#### **DISTRIBUCION PROPORCIONAL (%) DE LA POBLACION RESIDENTE SEGUN TIPO DE DEPENDENCIA Y NIVEL DE APOYO REQUERIDO**

	Nivel de apoyo		
	ninguno	parcial	frecuente
Dependencia esfinteriana	62.2	10.4	27.3
Traslados y desplazamientos	56.3	18.3	25.4
Dependencia psíquica	45.0	27.0	28.0

### ***Dependencia esfinteriana***

Cerca de los 2/3 de la población residente no presenta problemas de incontinencia, incluyéndose en este grupo las incontinencias manejadas por el anciano sin ayuda (sonda permanente, colostomía, pañales, etc). Por otra parte, un porcentaje importante, presenta dependencia esfinteriana mayor que requiere de intervenciones cotidianas múltiples. Se considera dependencia esfinteriana parcial aquellos casos en los que no se necesita más de dos intervenciones diarias, comprende la incontinencia nocturna y el cambio de las bolsas de orina.

### *Traslados y desplazamientos*

Más de la mitad de la población se desenvuelve sin ayuda; incluye aquellas personas que son capaces de desplazarse con la ayuda de un soporte móvil (bastón, silla de ruedas, muletas), en la medida que ellas se aseguran o procuran personalmente su traslado. Más de un cuarto de la población tiene una dependencia marcada, tratándose de personas postradas o manejadas de una manera pasiva, o de traslados pasivos o sin apoyo sobre los miembros inferiores. El 18.3% requiere ayuda parcial u ocasional, es decir que necesita de la ayuda de una persona para los traslados y la marcha o necesidad de puntos de apoyo fijos para la marcha. Cabe señalar que el 43.7% de la población de estos establecimientos requiere ayuda parcial o total para sus traslados o desplazamientos.

### *Dependencia psíquica*

El 55% de la población presenta algún tipo de perturbación en el área del comportamiento; en la mitad de los casos se trata de perturbaciones menores y dificultades de adaptación al medio. La otra mitad, presenta perturbaciones mayores, (desorientación, gritos, fugas, agitación, rechazo de comunicación, patología psiquiátrica mayor, etc.)

### *Evaluación general de la dependencia*

Aplicando los criterios para clasificar a los establecimientos según el nivel de dependencia de sus residentes se distinguen 3 niveles: 1) cierta autonomía, 2) medianamente dependiente y 3) dependencia muy marcada.

Tabla 7

#### **AUTONOMIA-DEPENDENCIA**

Nivel de dependencia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Autonomía	1.046	42.7
Mediana	570	23.2
Dependiente	838	34.1
Total	2.434	100.0

Como resultado general de la evaluación, podemos concluir que el 57.3% de los residentes en los hogares de ancianos evaluados, presentan mediana o muy marcada dependencia, lo que constituye un indicador importante de los requerimientos tanto en lo que se refiere a infraestructura y recursos materiales, como a recursos humanos, procedimientos, interrelación de actividades y niveles y programación de actividades que estos establecimientos deben incluir.

## **II. EVALUACION DE LOS ESTABLECIMIENTOS (Hogares de ancianos)**

Descripción de la "Guía de Evaluación de Establecimientos de Investigación de Larga Estadía para Ancianos" (Firevicius - Nouzeilles)

Esta guía se divide en 6 capítulos:

- a) Características del establecimiento  
Corresponde a una descripción general del establecimiento.
- b) Planta física y recursos materiales  
Hace referencia al inmueble y los bienes muebles con que debe contar el establecimiento.
- c) Recursos humanos  
Se refiere al personal que trabaja en el mismo.
- d) Procedimientos  
Se refiere a la existencia de normas escritas y que las mismas sean conocidas por todo el personal. Incluye desde los procedimientos administrativos, dietéticos, etc. hasta los de higiene y limpieza.
- e) Interrelación de actividades y niveles  
Se consideran los procedimientos dentro del establecimiento y con niveles externos.
- f) Actividades programadas  
De aspectos tales como programas de integración familiar, capacitación del personal, celebraciones, etc.

Los datos del primer capítulo no acreditan puntaje, en tanto si lo hacen todos los demás, obteniéndose finalmente un puntaje total, que permite la categorización de los establecimientos según el puntaje obtenido.

Para identificar el universo de hogares ubicados en la jurisdicción geográfica del S.S.M.O. se utilizó el registro que lleva la Oficina de Profesiones Médicas.

Para la presentación y análisis de los datos obtenidos en el trabajo en terreno, se seguirá el orden de la Guía de evaluación utilizada.

Características de los establecimientos

Los resultados corresponden a la evaluación de 123 establecimientos, la mayoría corresponde

al sector privado (88.6%) y cerca de un 10% a entidades religiosas, no existiendo establecimientos públicos.

Todos los establecimientos para su funcionamiento requieren una doble habilitación, la patente Municipal y una autorización del Servicio de Salud. En el 16.3% de las evaluaciones no se registró el dato y solamente el 44.7% de los establecimientos visitados contaban con ambos permisos. Casi el 80% tenía la habilitación de Salud, mientras que sólo el 48.8% la Municipal.

En cuanto a la dotación de camas, la mayoría corresponde a establecimientos pequeños, de 10 a 19 camas, 64%, destacándose el hecho que existen 4 hogares con 100 o más camas.

Tabla 8

### ESTABLECIMIENTOS SEGUN DOTACION DE CAMAS

Número de camas	Establecimientos	
	Nº	%
4 - 9	29	23.6
10 - 19	64	52.0
20 - 29	14	11.4
30 - 39	4	3.3
40 - 49	1	0.8
50 - 99	7	5.7
100 y más	4	3.3

#### *Resultados cuantitativos de la evaluación*

##### Planta física y recursos materiales

La categoría *planta física y recursos materiales* es la que tiene mayor importancia relativa en la evaluación del establecimiento. Tiene asignado un puntaje teórico de 150 puntos, que representa el 53,4% del puntaje total.

A su vez, los rubros más relevantes de la categoría son: las instalaciones (eléctrica, telefónica, incendio, calefacción y agua caliente); circulaciones (ancho de los pasillos, pasamanos, características del piso, desniveles y, en el caso de establecimientos de más de un piso, escaleras

y existencia de ascensor); dormitorios (capacidad, iluminación y ventilación, características de pisos y paredes, instalación eléctrica y equipamiento); cocina (ventilación e iluminación, equipamiento); comedor (capacidad, mosquiteros); sala de estar (destino, capacidad).

Con el fin de comprender los resultados de la evaluación final se señalan algunos aspectos deficitarios que explican los bajos puntajes obtenidos en este rubro.

La instalación eléctrica tiene características que determinan un alto riesgo de incendio: instalación eléctrica no totalmente embutida, falta de un disyuntor térmico que protege la instalación y baja disponibilidad de extinguidores. La mayoría de los establecimientos no cuenta con un sistema central de calefacción, lo que implica el uso de estufas y el consiguiente riesgo de accidentes y siniestros.

En sólo un 10% de los hogares se cuenta con un sistema centralizado de agua caliente; lo frecuente es la instalación de "cálifont".

Lo más llamativo en las vías de circulación horizontal (pasillos, galerías, acceso) es la ausencia de pasamanos, aspecto que está íntimamente relacionado con la dependencia en el área de movilización, es decir traslados y desplazamientos de los residentes.

Considerando que aproximadamente 2/3 de los hogares funcionan en establecimientos de más de una planta, es importante considerar las vías de circulación vertical. Tan sólo un 6.3% de estas instituciones cuenta con ascensor y el traslado de un piso a otro se realiza exclusivamente por escaleras, lo que no se aconseja por el riesgo de caídas. Llama la atención que el 28% de estos establecimientos cuenta con escalas tipo "caracol", cuyo uso implica un alto riesgo.

En cuanto a las características de los dormitorios, en la mayoría de los hogares los pisos y paredes no son lavables. Un 50% de los hogares dispone de catres clínicos, la otra mitad sólo tiene camas comunes, aspecto que debe relacionarse con el perfil de dependencia de la institución. Se observa un gran déficit en otros elementos materiales del dormitorio, tales como veladores, mesas accesorias, closets o guardarropas, los que contribuyen a mantener la individualidad e independencia del residente. Se observa una baja preocupación por el tema de la iluminación, dada la baja proporción de los dormitorios con luz central y luz individual por cama, aspecto que está muy relacionado con la seguridad individual (movilizaciones, caídas) y a la sensación de bienestar.

En relación a las condiciones de los baños, más del 90% de los hogares tiene al menos un baño por cada 8 camas, lo que está dentro de lo recomendable. Sin embargo, prácticamente ningún establecimiento cuenta con condiciones ideales de iluminación y ventilación, ni cuentan con accesorios de seguridad en los baños.

En la cocina, los pisos y paredes son lavables y las condiciones de ventilación e iluminación son, en general, muy buenas; existen aspectos deficitarios en el equipamiento exigido y llama la atención que sólo el 46% cuenta con un depósito de residuos exterior, lavable y con tapa.

Aún cuando todos los hogares cuentan con sala de estar, en sólo el 58% de los casos, ésta es exclusiva para este fin. Considerando que este es el ambiente destinado a recreación, festejos, etc., su capacidad es importante, ya que constituye un indicador en esta área. Sólo el 52% tiene capacidad para todos los residentes simultáneamente.

Finalmente, se destaca que cerca del 30% de los hogares no tiene baño independiente para el personal.

### ***Recursos humanos***

La categoría *recursos humanos* tiene asignado un puntaje teórico de 51 puntos, lo que representa el 18.1% del total del puntaje. Entre los aspectos evaluados se destaca el hecho que más del 90% de los hogares tiene un profesional del equipo de salud a cargo de la dirección del establecimiento. En relación a la concurrencia regular de profesionales a los hogares, sobre el 95% de los hogares es visitado regularmente por un médico clínico o geriatra. Sólo un 49% de los hogares es visitado por kinesiólogo; en menos del 20% de los establecimientos se constató la concurrencia regular de psiquiatra, psicólogo, profesor de educación física o "recreacionista". Es interesante señalar que en un 50% de los casos asiste con regularidad un pedicuro profesional y en un 43% lo hace un peluquero. Solamente uno de cada tres establecimientos cuenta con la concurrencia regular de personal voluntario.

### ***Procedimientos***

El puntaje asignado a la categoría *procedimientos* es de 57 puntos y representa el 20.3% del total. Se evalúan los procedimientos que influyen directamente en la calidad de la prestación, considerándose como existentes sólo en aquellos casos en que las normas se encuentran escritas. En términos generales se trata de un área crítica, en la medida que el puntaje obtenido alcanza sólo el 29.1% del total asignado a este rubro.

Una de las áreas más deficitarias, y también la de mayor importancia dentro de la categoría, es la existencia de normas para la atención y cuidado de los residentes. Menos del 10% de los hogares tiene un plan de evacuación en caso de incendio; entre 10-15% de los hogares tiene normas para la movilización y alimentación de residentes incapacitados y para el uso de chatas, patos o pañales; alrededor de un 20% de los hogares tiene establecido normas para la distribución y administración de medicamentos y de higiene del personal; mientras que sobre un 50% tiene normas para el registro de diuresis y defecación.

### ***Interrelación de actividades y actividades programadas***

Las dos últimas categorías, *interrelación de actividades y actividades programadas*, representan en conjunto el 8.2% del puntaje total. Se destacan algunos hallazgos que nos parecen

importantes para el bienestar de los residentes: sólo el 15.4% de los establecimientos tiene un programa general de actividades; en el 23.6% de los hogares existe un plan de integración familiar y en un 30% existen programas de capacitación o entrenamiento del personal.

### Evaluación global

En la tabla siguiente se observa el puntaje teórico asignado a cada uno de las categorías del instrumento y el puntaje promedio obtenido por los 123 hogares evaluados. En promedio, el conjunto de hogares no alcanza el 50% del puntaje máximo teórico.

Tabla 9

#### DATOS DEL PERFIL DEL ESTABLECIMIENTO

Categorías	Puntaje teórico	Puntaje	% del modelo teórico
Planta física y recursos materiales	150	76	50.7
Recursos humanos	51	28.7	56.3
Procedimientos	57	16.6	29.1
Interrelación de actividades	12	5.9	49.2
Actividades programadas	11	1.5	13.6
Total	281	128.7	45.8

Si bien observamos que los puntajes promedios en relación al modelo teórico son relativamente bajos en todas las áreas, esto se destaca en lo que se refiere a *procedimientos* y *actividades programadas*.

Siguiendo las instrucciones de los autores del instrumento, es posible categorizar a los hogares según el porcentaje obtenido del modelo teórico en las siguientes categorías:

- Recomendable** : 75% o más del modelo teórico
- Bueno** : 50 - 74% del modelo teórico
- Regular** : 40 - 49% del modelo teórico
- No recomendable** : < 40% del modelo teórico



Tabla 10

**CATEGORIZACION DE LOS 123 HOGARES SEGUN PUNTAJE TOTAL**

Categoría	Establecimientos	
	Nº	%
Recomendable	5	4.1
Bueno	35	28.45
Regular	35	28.45
No recomendable	48	39.0

Los resultados muestran que aproximadamente el 40% de los 123 establecimientos evaluados presentan déficits importantes en su estructura y dinámica de funcionamiento, lo que determina se los considere no recomendables. Cabe señalar que este número se vería incrementado más aún si se le aplicaran las dos limitaciones que indica la guía, y que determinan la reducción de un puntaje importante en los siguientes casos: a) falta de habilitación o habilitación incompleta y b) falta de ascensor en establecimientos de dos o más pisos.

La comparación de los resultados generales observados con el modelo teórico, nos indica que el promedio del conjunto de hogares obtiene un puntaje que lo ubica en el límite superior de la categoría *regular*.

### III. ACTITUDES HACIA LA VEJEZ

Descripción del instrumento "Escala de Actitudes hacia la Vejez", D. Stefani y N.R. Feijó.

Consta de 40 ítems o enunciados que expresan opiniones respecto de la vejez. El puntaje se obtiene promediando los valores asignados a cada ítem con el cual la persona manifestó estar de acuerdo, lo que permite determinar si la persona presenta *actitudes favorables, neutras o desfavorables* hacia la vejez.

Se determinó las *actitudes de personal* que se desempeña en estos establecimientos, en una muestra no probabilística que incluyó 214 sujetos.

La elaboración de los datos nos muestra un saldo lamentable: sólo el 19,2% de los sujetos puso de manifiesto *actitudes positivas*; el 80.8% restante presentó *actitudes neutras y desfavorables* como puede apreciarse en el siguiente cuadro.

Tabla 11

**ACTITUDES HACIA LA VEJEZ**

Actitudes	Sujetos	
	Nº	%
Favorables	41	19.2
Neutras	106	39.5
Desfavorables	67	31.3

Estos resultados confirman nuestros supuestos de que este personal no elige el área gerontológica para trabajar por la afinidad temática, sino por otras razones. Además, sabemos que no existe capacitación profesional, ni siquiera entrenamiento adecuado y mucho menos formación gerontológica, ya que en nuestro medio, como en la mayoría de los países latinoamericanos, se trata de personal no calificado que muchas veces viene del sector de servicios domésticos y la tarea que vienen desarrollando en estos establecimientos por lo general no se evalúa, ya que en muchos de los mismos no siempre se tiene claro qué se debe exigir y en qué consisten los requerimientos de atención de los ancianos con distintos niveles de dependencia.

**CONCLUSIONES**

La investigación realizada confirma la necesidad de normar las prestaciones que brindan los "hogares de ancianos", ya que esta falencia influye en la calidad de los mismos.

La baja calidad de la oferta de este servicio es evidente por el elevado número de establecimientos que no alcanzan un nivel mínimo, clasificándose en la categoría de no recomendables, a lo que debe sumarse que el promedio general obtenido por el conjunto de establecimientos es también bajo, no alcanzando el 50% del puntaje del modelo teórico.

En el área de *planta física y recursos materiales* fueron halladas falencias realmente importantes y no siempre de fácil solución, ya que, indefectiblemente, toda modificación estructural implica un cierto costo económico, en algunos casos importante (incorporación de ascensores, por ejemplo). De allí la importancia de normar los requisitos que estos deben cumplir, y difundirlos, para que quienes proyecten poner nuevos establecimientos, escojan edificios *adecuados o adecuables*.

Con referencia a los *recursos humanos*, es un área que también presenta déficits, los que sumados a los resultados de la medición de la Escala de Actitudes hacia la Vejez, confirma un panorama preocupante, la cual señala la necesidad de arbitrar medios para capacitación en esta área.

En lo que se refiere a *normas de procedimientos*, existen pocas, y por lo general las actividades se desarrollan de acuerdo al buen criterio o no, de quienes son responsables de la tarea en ese momento. Es importante señalar la necesidad de elaborar normas escritas que regulen diversos aspectos del quehacer del personal en los establecimientos. Este rubro, a diferencia de la planta física, no significa un gasto o inversión significativa de recursos.

En cuanto a la población usuaria, en su mayoría mujeres y de edad muy avanzada, muestra un alto grado de dependencia, hecho que habría que correlacionar con aspectos de la infraestructura y de los recursos humanos.

### ***Compromisos que surgen de la presente investigación***

- Completar el trabajo con los resultados de los otros Servicios de Salud; hacer un análisis comparativo, entre Servicios y Regiones; profundizar el nivel de análisis de los datos y establecer relaciones entre los 3 aspectos evaluados: los establecimientos, los usuarios y los prestadores de servicios.
- Propiciar que las Oficinas de Profesiones Médicas de los 26 Servicios de Salud del país, efectúen la acreditación y categorización de todos los establecimientos en funcionamiento, resultados que deberán ser ampliamente difundidos.
- Tomar como base los items de la Guía de Evaluación utilizada para elaborar el nuevo reglamento de hogares de ancianos o similares; determinando su uso no sólo con el propósito de habilitar sino también para efectuar los controles o supervisiones periódicas. (Esta sugerencia fue aprobada por Jefes de las Oficinas de Profesiones Médicas, integrantes de la Comisión Ministerial que tiene la responsabilidad de reformular el Reglamento).
- Una vez aprobada la nueva Reglamentación, dar una amplia difusión con respecto a los requisitos que se exigen para autorizar la apertura de nuevas residencias.
- La creación de un sistema para optar a créditos de bajo interés, que permitan que los establecimientos en funcionamiento puedan mejorar aspectos de la infraestructura que condicionan situaciones de riesgo para los ancianos, tales como: instalación de ascensores, accesorios de seguridad, sistemas de calefacción y agua caliente adecuados, etc.
- Implementar cursos de asistencia geriátrica dirigido al personal que atiende directamente a los ancianos en estos establecimientos.
- Crear mecanismos de financiamiento para personas de la tercera edad de bajos recursos que requieran de servicios institucionalizados de larga estadía.
- Elaborar un programa de desarrollo de servicios asistenciales comunitarios para la población adulta mayor, en la que tenga participación el sector público (Municipalidades).

## **AGRADECIMIENTOS**

- A la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la persona de Dr. Elías Anzola, Asesor Regional en materias de ancianidad, por facilitar la cooperación técnica.
  
- A las Oficinas de Profesiones Médicas de los Servicios de Salud de la Región Metropolitana, V y VI Región, por su excelente disposición en realizar la recolección de los datos, y una mención especial al equipo de profesionales del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, quienes hicieron un esfuerzo extraordinario al evaluar la totalidad de las residencias ubicadas en su sector.

DRA.MCE/30-OCT-92