



**PONTIFICIA  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE  
VALPARAÍSO**

**FACULTAD DE CIENCIAS  
ESCUELA DE KINESIOLOGÍA**

**ESTUDIO DE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN USUARIA EN SEIS RESIDENCIAS DE  
ADULTOS MAYORES DE LA REGIÓN DE VALPARAÍSO AÑO 2016**

Seminario para optar al  
Grado de Licenciado en  
Kinesiología y  
Título Profesional de Kinesiólogo

**PROFESOR GUIA**

Rubén López Leiva

**ESTUDIANTES**

Denisse De La Rosa Gutiérrez  
Consuelo Encina Waissbluth  
Neitzel Leiva Araya  
Cindy Quezada Carrasco  
Constanza Romante Benavides

**Valparaíso  
CHILE  
2016**

## RESUMEN

La región de Valparaíso ocupa el segundo lugar con más establecimientos de larga estadía del adulto mayor (ELEAM). El reglamento que los rige, considera la evaluación geriátrica integral como eje central de su gestión y estipula programas de atención usuaria. Esta investigación analizó si los 6 ELEAM en estudio realizaban dicho programa y si se adecuaba al nivel funcional de sus residentes. Cada director técnico fue entrevistado y junto al apoderado firmaron un consentimiento informado que autorizó la revisión de fichas clínicas. Dentro de los principales resultados, se encontró que el 100% contaban con una ficha clínica. Existe un uso heterogéneo de escalas de evaluación funcional (Barthel y Katz), y su grado de actualización varió de 11% a 100%. Solo el 50% de las fichas registraba controles de salud, y ninguna registraba recepción de PACAM, ayudas técnicas o inmunizaciones. El 83% de los ELEAM registraban al menos un apoderado externo. La actividad física se realizaba en el 50% de los establecimientos, y su registro varió de 7% a 82%. Las actividades recreacionales se registraron en dos ELEAM y no superaron el 40%. Solo un ELEAM registró actividades socio comunitarias. Con respecto al personal, se constató que la mayor presencia era del kinesiólogo, TENS y cuidadores (100%). Concluimos que en ningún ELEAM se detectó un registro de un programa de atención para cada residente acorde a su nivel funcional.

Palabras claves: ELEAM, reglamento ELEAM, adulto mayor.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	4
Objetivo General: .....	10
Objetivos Específicos: .....	10
METODOLOGÍA .....	11
Definición de Variables.....	12
RESULTADOS .....	17
Datos Generales: .....	17
Datos de fichas: .....	18
Evaluaciones Funcionales:.....	18
Protocolo de ingreso y programa de atención usuaria:.....	18
Actividades terapéuticas:.....	19
Profesionales y personal: .....	19
Tabla N°1: Datos Generales por cada ELEAM.....	20
Gráfico N°1: Tipos de instrumentos de evaluación registrados en cada ELEAM .....	21
Gráfico N°2: Porcentaje de actualización de evaluaciones por cada ELEAM .....	21
Gráfico N° 3: Niveles de funcionalidad según Índice de Barthel por cada ELEAM... ..	22
Gráfico N° 4: Niveles de Funcionalidad según índice de Katz por cada ELEAM.....	22
Tabla N° 2: Actividades terapéuticas de intervención cognitiva y física por cada ELEAM.....	23
Tabla N° 3: Horas diarias de permanencia personal profesional y funcionarios por ELEAM.....	23
DISCUSIÓN.....	24
REFERENCIAS .....	30
ANEXOS.....	36
Anexo 1: Consentimiento Informado para Director Técnico y/o Dueño de ELEAM ..	36
Anexo 2: Consentimiento Informado para Apoderado de residente ELEAM.....	38
Anexo 3: Encuesta al Director Técnico visita ELEAM.....	40
Anexo 4: Análisis de Fichas .....	44
Anexo 5: Decreto número 14 sobre Reglamento de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores. ....	45
GLOSARIO.....	59

## INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas el mundo ha experimentado una transición demográfica denominada envejecimiento poblacional, caracterizado por una disminución en la población menor de 15 años y un aumento en la población mayor de 60 años. Se estima que entre los años 2015 y 2050, la población mundial con más de 60 años de edad pasará de 900 millones a 2.000 millones, lo que representa un aumento del 12% al 22%.<sup>1</sup> En este sentido nuestro país no es la excepción, según las estadísticas nacionales, la población menor de 15 años en Chile disminuyó de 26,3% (2002) a 19,8% (2015). Simultáneamente, entre estos años los mayores de 60 años experimentaron un aumento, de 10,8% a 15,5%, estimándose que serán un 17,3% para el 2020. Según las estadísticas, la región de Valparaíso presenta el porcentaje de población adulta mayor más alto del país, de 15,8% en el año 2002 y que se estima llegará a un 19,5% para el 2020<sup>2</sup>. Este fenómeno es multifactorial, y está influenciado por la disminución de la tasa de natalidad de 15,38% (2002) a 13,37% (2015), y al aumento en la esperanza de vida al nacer donde el 2002 fue de 77,11 años, el 2015 fue de 78,80 años y se estima que para el 2020 sean 79,73 años. Dentro de la población adulta mayor, aquellos que cumplen o superan los 80 años han experimentado un aumento porcentual más significativo, de 14,12% (2002) a 15,39% (2015), con una proyección de 15,4% para el 2020. Este hecho, aumenta la prevalencia de la dependencia relacionada con la edad y replantea el concepto de envejecimiento.

El envejecimiento se define como un proceso natural, universal, progresivo e irreversible, que se inicia desde la gestación y que culmina en la vejez, configurando de manera diversa a la persona que envejece. Se caracteriza por una serie de modificaciones fisiológicas, psicosociales, funcionales y demográficas, que se producen a lo largo de los años, donde interfieren una serie de factores genéticos, fenotípicos, ambientales y sociales, que conllevan a un deterioro generalizado.<sup>3,4</sup>

Dentro del proceso de envejecimiento, hay autores que lo diferencian de la vejez, caracterizando esta etapa o tercera edad, como una serie de cambios, el retiro laboral y sus consecuencias económicas, cambios en relaciones sociales, asistenciales, familiares, inactividad y dependencia entre otros. Todos estos cambios conllevan a aislamiento, abandono y un importante deterioro a nivel funcional.<sup>3,4</sup>

El declive de la salud y de las capacidades funcionales se ven fuertemente influenciadas por las enfermedades crónicas no transmisibles, viéndose con mayor intensidad en aquellas personas mayores que viven en países de bajos ingresos<sup>5</sup>. La Encuesta Nacional de Salud Chile 2009-2010<sup>6</sup>, refleja en sus resultados que la prevalencia de enfermedades crónicas en mayores de 65 años es de hipertensión arterial en un 74,6%, síndromes metabólicos 51,6%, riesgo cardiovascular alto 42,7%, síntomas músculo-esqueléticos no traumáticos en un 40,6%, diabetes 25,8% y dislipidemias en un 12,59%. Este estudio también muestra una estrecha relación entre la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles y la dependencia en el adulto mayor, siendo estas personas más susceptibles de generar un síndrome geriátrico. Los síndromes geriátricos son la agrupación de signos y síntomas de deterioro físico y/o cognitivo, producto de efectos acumulados en la deficiencia en múltiples sistemas, que presentan mayor prevalencia en los adultos mayores y que se asocian al proceso de envejecimiento<sup>7</sup>.

Estas manifestaciones, se traducen principalmente en problemas de inestabilidad-caídas, inmovilidad, incontinencia urinaria y deterioro cognitivo. La prevalencia de estos síndromes aumenta con la edad, siendo las personas mayores de 80 años quienes presentan el mayor porcentaje. Una de las consecuencias de estos síndromes, es el aumento de la dependencia de los adultos mayores, una mayor limitación funcional y mayor demanda de cuidados a sus familiares y su entorno.<sup>8</sup>

La dependencia en el adulto mayor, es entendida como las deficiencias en el funcionamiento corporal o mental, consecuencia de una enfermedad, deterioro o accidente. Actualmente, prevenir la dependencia constituye un importante desafío en las políticas públicas de salud en este grupo.<sup>9</sup> El Estudio Nacional de la Dependencia en Personas Mayores (EDPM)<sup>10</sup> caracterizó la dependencia a través de la limitación funcional y la necesidad de ayuda humana para realizar la función alterada. Este estudio determinó que una de cada cuatro personas mayores de 60 años en Chile, tiene dependencia en cualquiera de sus grados, y la prevalencia de la dependencia aumenta con la edad, afectando principalmente a personas mayores de 80 años y más. Según estadísticas nacionales del 2015, el 50,49% de los adultos mayores del país presentaron algún grado de riesgo y dependencia funcional, mientras que en la región de Valparaíso esta cifra fue de un 48,07%<sup>11</sup>. Otros análisis estiman que un 25,5% de las personas mayores de 60 años, presentan dificultades en la realización de actividades básicas de la vida diaria y un 10,7% discapacidad o dependencia

severa.<sup>10</sup> Vivir solo en enfermedad o a edades avanzadas también genera preocupación por este grupo, debido a la mayor vulnerabilidad y dependencia al que se exponen al no contar con una red de apoyo familiar y social que los asista en situaciones de riesgo o enfermedades.

En Chile, conscientes de ésta realidad, se crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), el cual es un servicio público, creado en el año 2002, funcionalmente descentralizado y cuya principal misión es contribuir a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores fomentando el envejecimiento activo y el desarrollo de servicios sociales, promoviendo su participación, valoración en la sociedad, su autocuidado, autonomía, y el reconocimiento y ejercicio de sus derechos mediante una coordinación intersectorial. Este organismo, ha diseñado una cartera de servicios de vivienda y cuidados que pretenden mejorar las condiciones ambientales y de habitabilidad para los adultos mayores autovalentes y con algún grado de dependencia. Además cuentan con una red de convenios, a nivel nacional con Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) sin fines de lucro, proporcionando una subvención y asesoría técnica. En estos últimos centros, es donde los adultos mayores que carecen de una red de apoyo o no pueden ser cuidados por sus familiares reciben cuidados a largo plazo, determinados por el grado de dependencia de cada residente.<sup>12</sup>

Los ELEAM están regidos por el Reglamento del Ministerio de Salud (MINSAL), y fiscalizados por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud del correspondiente territorio.<sup>14</sup> Estos centros han sido definidos como lugares en los que residen adultos mayores, que por motivos biológicos, psicológicos y sociales, necesitan de un ambiente protegido y cuidados diferenciados para la prevención y mantención de salud; mantención y estimulación de la funcionalidad; reforzar las capacidades remanentes; mejorar su calidad de vida y bienestar por medio de una atención integral, especializada y personalizada respetando la intimidad y privacidad individual. Quedan excluidos del acceso a este tipo de establecimientos, personas que requieran de cuidados médicos permanentes. Los ELEAM, en gran parte surgen en la década de los 90 del siglo pasado y en la primera década de éste siglo.<sup>15</sup> Hasta el 2013, existían 726 ELEAM a nivel país distribuidos en un 47,38% en la región Metropolitana y un 20,52% En la región de Valparaíso, siendo las regiones con mayor número de establecimientos de ésta índole, donde un 69,2% de sus residentes tienen 80 años o más y el 67,5% presenta algún grado de dependencia.<sup>3,16</sup>

En Chile, la regulación de los ELEAM está bajo el Decreto Supremo N°14 de agosto del 2010 del Ministerio de Salud, cuya fiscalización está a cargo de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIS) respectivas. Este reglamento tiene por objetivo velar por el cuidado de la salud y de las condiciones vitales de los adultos mayores que residen en los ELEAM.<sup>14</sup> El reglamento contempla cuatro aspectos: disposiciones generales, del local e instalaciones, de la dirección técnica y personal y del funcionamiento. Las disposiciones generales apuntan a los requisitos previos a la apertura del ELEAM, es decir, todos los documentos legales, los croquis de las dependencias, el listado del personal e identificación del director técnico, horarios y sistemas de turnos, planes de evacuación para las distintas emergencias, programa de atención y valoración geriátrica integral, sus planes de intervención individual e integración sociocomunitaria.<sup>15</sup>

La disposición sobre las instalaciones hace referencia a los espacios que deben existir en el ELEAM y las condiciones que estas deben presentar para satisfacer las necesidades de los residentes. Dentro de las más importantes se destaca la adecuada iluminación, comedores con capacidad del 50% de los residentes de uso simultáneo, cocinas y servicio higiénico con condiciones sanitarias, dormitorios con 4 camas máximo, una zona con elementos mínimos de salud, fichas clínicas e insumos médicos, entre otros.<sup>15</sup>

En relación a la dirección técnica, sus responsabilidades son la gestión del registro y evaluación de ingreso, la selección de programa de atención, la mantención de controles de salud, coordinar las acciones de los profesionales y del personal de apoyo, facilitar información de salud en caso que el representante legal lo requiera, velar por el ejercicio de los derechos y deberes de los residentes y generar acciones de coordinación en caso de accidentes, caídas o cualquier situación de cuidado. Los horarios de permanencia del personal y director técnico están directamente relacionados al número de personas que se alojan en el lugar y su nivel de dependencia.<sup>15</sup>

La última disposición es acerca del funcionamiento del ELEAM y es aquí en donde se menciona los procedimientos de ingreso, sus etapas e inducción, la muestra del reglamento interno y protocolos para cada acción relevante. Los protocolos de evaluación se describen en los artículos 15,16,17 y 18 asociando los test aplicados al programa de atención según los resultados.<sup>15</sup>

En el reglamento también se considera de suma importancia la valoración geriátrica, la cual es un proceso dinámico y estructurado que permite cuantificar e identificar los problemas y necesidades de los futuros residentes, con la finalidad de emitir un diagnóstico integral, y en relación a éste, determinar un programa de atención, realizar ajustes en el proceso de rehabilitación y medir la efectividad terapéutica.<sup>17</sup> La evaluación geriátrica integral se compone de 5 áreas: mental, emocional, social, física y funcional. El área mental abarca la capacidad de comprensión, aprendizaje, orientación, atención y memoria. El área emocional pretende pesquisar problemática del tipo psicológica relacionada con el estado de ánimo. El área social pretende recabar datos sobre las redes con las que cuenta el usuario y qué grado de participación tiene en relación a su interacción con otras personas.<sup>18</sup>

El área física comprende la pesquisa de alteraciones corporales que se consideran como manifestaciones de un déficit en el estado de salud. Evalúa la capacidad de movimiento que tiene el adulto mayor, ya que es un componente esencial para su vida, por lo que es importante que el sistema corporal se mantenga activo para contrarrestar las deficiencias que se van presentando a medida que avanza la edad. Se evalúan los rangos de movimientos de las principales articulaciones, la fuerza muscular, pruebas especiales en caso de lesión, riesgo de caída y la marcha, que son indicadores y predictores de la funcionalidad del adulto mayor<sup>19</sup>.

La valoración del área funcional, busca describir el perfil de la persona a través de la medición de la capacidad de realizar actividades cotidianas de manera autónoma. Con ello se detectan dificultades y limitaciones, y además las posibilidades y potencial para el desarrollo de nuevas destrezas.<sup>20</sup>

Los instrumentos sugeridos por el reglamento para la evaluación funcional de los residentes, son el índice de Katz y el test de memoria acortado Pfeiffer (SPMSQ).<sup>15</sup>

El índice de Katz mide el grado de dependencia o independencia del usuario según la capacidad de realización de actividades funcionales básicas de la vida diaria (ABVD), como bañarse, vestirse, caminar, comer, continencia, transiciones como acostarse y levantarse de la cama, entre otros. Estas escalas, en conjunto, clasifican la dependencia en severo, moderado y leve, dependiendo de las actividades de la vida diaria involucradas, y la ayuda necesaria para poder realizarse.<sup>20</sup>

Los pacientes con dependencia leve son aquellos que puede realizar por sí mismo sólo cinco de las seis AVD y requiere ayuda o asistencia para realizar sólo una de las

actividades. En el caso de la dependencia moderada son aquellos que presenta capacidad para realizar por sí solo entre dos y cuatro de las AVD señaladas en el índice de Katz<sup>15</sup> y la dependencia severa, es aquel que está totalmente incapacitado para realizar las AVD<sup>15</sup> y siempre requieren ayuda. Incluye las siguientes situaciones; pacientes postrados, sujetos con demencia en cualquier grado, entendiéndose esto como un Puntaje Mini Mental Stage Examination (MMSE) abreviado <13 puntos y puntaje test de Pfeiffer >5 puntos), e incapacidad para realizar 1 ABVD (excepto bañarse).<sup>10</sup>

La evaluación del estado cognitivo del adulto mayor tiene por objetivo detectar la presencia de deterioro en este ámbito. Para su medición se utiliza el test de memoria Pfeiffer acortado<sup>15,20</sup>, el cual valora memoria a corto plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos y capacidad de cálculo. Este test permite clasificar a los adultos mayores en: normal, leve deterioro cognitivo, moderado deterioro cognitivo patológico, e importante deterioro cognitivo.<sup>21</sup>

El resultado de la evaluación geriátrica integral y la determinación del nivel funcional correspondiente del adulto mayor, permitirá a la dirección técnica, tomar decisiones para el óptimo funcionamiento del ELEAM, en relación a: velar por el cumplimiento del reglamento, composición y número del recurso humano y su sistema de turno, asistencia en las AVD, infraestructura e implementación requerida, controles de salud, contar con un libro de reclamos y sugerencias que permita la retroalimentación entre apoderados y el recinto, y por último, la formulación de programas de atención usuaria diferenciados por el nivel de valencia, entre otros.<sup>15</sup>

Según el reglamento ELEAM, se entiende por programa de atención usuaria diferenciado por el nivel de valencia, a un conjunto de medidas que se deben aplicar para que los residentes reciban atención adecuada a su nivel de funcionalidad. Dentro de ellas se encuentra:

- *Protocolos de ingreso e inducción de los residentes y sus familiares.*
- *Valoración geriátrica integral utilizada en el establecimiento.*
- *Prestaciones de cuidados, mantención y rehabilitación.*
- *Programas de estimulación y recreación acorde con la funcionalidad de los residentes.*
- *Entrega de servicios de apoyo, como: alimentación, aseo personal, higiene, vestuario, lavado de ropa y otros.*

- *Plan de integración socio comunitaria, que consigne estrategias y acciones para promover la mantención de los vínculos familiares, la integración a la red local de servicios y a la comunidad*<sup>23</sup>

En los ELEAM de Chile, existen mayormente adultos mayores dependientes, que demandan cuidado de terceras personas, y que requieren de asistencia para actividades de la vida diaria. El reglamento ELEAM, exige la realización de una evaluación geriátrica integral, que permite detectar los problemas de salud, mediante un enfoque biopsicosocial y funcional, cuyo resultado incide directamente en la toma de decisiones que garantizan dentro varias medidas, la existencia de un programa de atención individualizado, tanto para el tratamiento y seguimiento del residente. El cumplimiento de éste programa, permite disminuir la morbimortalidad de éste grupo, mejorar su calidad de vida, optimizar la utilización del recurso humano, enfocar y dirigir la realización de acciones en beneficio de ellos. Por otra parte, no existen estudios detallados sobre el funcionamiento de los ELEAM ubicados en la región de Valparaíso, siendo que ésta, es la segunda región con mayor cantidad de ELEAM a nivel nacional. Por todo lo expuesto es que nuestro grupo de Seminario, se planteó la siguiente interrogante: ¿cómo se están implementando los programas de atención usuaria de los ELEAM en estudio de la región de Valparaíso y son acordes al nivel de funcionalidad de sus residentes?

#### **Objetivo General:**

Analizar los programas de atención usuaria que se realizan en siete residencias de adultos mayores de la Región de Valparaíso, año 2016.

#### **Objetivos Específicos:**

1. Caracterizar la población residente de cada ELEAM según sexo, edad, estado funcional, índice de ocupación de camas.
2. Describir el cumplimiento de las etapas de ingreso (preingreso, ingreso e inducción, protocolos de atención y programa de atención individual).
3. Identificar los instrumentos de valoración geriátrica integral utilizados en los ELEAM.
4. Determinar la relación del programa de atención con el nivel funcional cada residente.
5. Describir las actividades terapéuticas acorde al nivel de funcionalidad de sus residentes.

6. Identificar la composición del personal y servicios de apoyo al interior del ELEM.

## **METODOLOGÍA**

Nuestro grupo de investigación, realizó un estudio de tipo cuantitativo y cuyo diseño fue descriptivo transversal, con muestra por conveniencia en base a criterios definidos previamente y autorizado por el comité de ética de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso (PUCV). Se seleccionó a siete ELEM de la región de Valparaíso que estuvieran autorizados por la Secretaría Regional Ministerial de Salud en convenio con el SENAMA de la misma región y dispuestos a participar voluntariamente, con previa firma de consentimiento informado por parte del director técnico y/o dueño del establecimiento (Anexo 1) como por el representante legal del adulto mayor institucionalizado (Anexo 2).

En nuestro estudio se respetó las normas concordantes con las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos, del consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas (CIOMS) en conjunto con la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La muestra se seleccionó a partir de datos obtenidos por medio de la documentación otorgada por el establecimiento y entrevistas realizadas a través de encuestas, aplicadas al director técnico. (Anexo 3).

En los criterios de inclusión de los ELEM autorizados, se seleccionó a aquellos en que la cantidad de fichas permitidas para analizar, fuera superior al 90% del total en el recinto. Por ello, quedó excluido de éste estudio 1 ELEM, cuya muestra no era superior al 20%.

Los días de recolección de datos se agendaron por vía telefónica de acuerdo a la disponibilidad del centro. Para este proceso se designaron dos días de trabajo, el primero para la entrega y explicación de consentimientos informados y posteriormente la aplicación de una encuesta estandarizada para el director técnico. El segundo para el análisis de documentos clínicos (ficha clínica del adulto mayor), en estos procesos acudieron entre 2 a 3 integrantes del grupo de investigación a dichos establecimientos.

Los datos recabados fueron registrados en las encuestas en papel y a la vez respaldadas en formato digital Microsoft office Excel 2013 de acceso exclusivo de los

integrantes del grupo de investigación y del docente guía. Las encuestas fueron realizadas en base a las exigencias establecidas en el reglamento ELEAM, que contempla la realización de programas de atención según el nivel de funcionalidad.

Posteriormente se construyeron tablas y gráficos, y se efectuó un análisis descriptivo. Se mantuvo la confidencialidad de cada centro y participante.

Al finalizar el análisis de los resultados, se entregó un informe individualizado por establecimiento ELEAM con el objetivo de aportar información relevante que retroalimente su gestión y contribuya al mejoramiento de sus prestaciones.

### **Definición de Variables**

Datos generales del ELEAM:

1. Número total de residentes: Número de residentes del ELEAM al momento de la toma de datos.
2. Índice de ocupación: Cociente entre número de residentes del ELEAM y el número de plazas autorizadas para el funcionamiento del ELEAM.

Datos generales del adulto mayor:

1. Sexo: Se clasificará con F si el residente es de sexo femenino o M si es masculino.
2. Edad: Cantidad de años cumplidos del residente. Se utilizaron cuatro intervalos para su clasificación: menor de 60 años, 60-74, 75-90, mayor de 90 años.

Datos en ficha:

1. Ficha de ingreso: Compilación física de los antecedentes del paciente, incluyendo sus evaluaciones, actividades en las que participa, controles de salud y su evolución o deterioro según corresponda. Se clasificará y analizará según:
  - Existencia de ficha: sí o no (dependiendo de la existencia física de la ficha)
  - Número total de fichas revisadas: Número total de fichas revisadas según la autorización de consentimientos informados.
  - Índice de fichas revisadas: Cociente entre el número total de fichas revisadas y el número total de residentes del ELEAM.
  - Fecha de ingreso: sí o no (dependiendo de si se ha registrado en la ficha)
  - Total de residentes: Número total de residentes registrados en cada ELEAM al momento de realizar el estudio.

- Total de fichas analizadas: Cantidad de fichas analizadas, determinado por la existencia de consentimiento informado firmado y en relación a la cantidad total de fichas disponibles en cada ELEAM.
  - Controles de salud: sí o no. Si la respuesta fue sí, se determinó qué profesional fue el encargado de la consulta.
  - Registro de inmunizaciones: sí o no. Se consideró como sí, solo si existió un registro en la ficha correspondiente
  - Retiro de PACAM: sí o no. Se consideró como sí, si existió registro en la ficha correspondiente.
  - Uso de fármacos: sí o no. Se consideró como sí, si existió registro en la ficha correspondiente.
  - Comorbilidades: sí o no. Se consideró como sí, si existió registro en la ficha correspondiente, de enfermedades diagnosticadas al residente, previo al ingreso al ELEAM o durante su estadía.
2. Redes de apoyo: Se refiere a las relaciones entre las personas en donde existe una situación de intercambio, que pueden ser material, servicios, emocionales u otros y su finalidad es satisfacer las necesidades de las personas. Se distingue entre dos tipos de redes: formales e informales. Las redes informales, se basan predominantemente en las relaciones familiares y amistades, se caracterizan por incluir un componente afectivo. Se consideró sólo las redes de apoyo informales.<sup>24</sup> Se clasificó según:
- Apoderado externo: sí o no. Se consideró apoderado externo al familiar u otro contacto del círculo cercano que se hace responsable del soporte económico del adulto mayor y de su representación legal, de forma externa al ELEAM.
  - Registro de reclamos y sugerencias: sí o no. Se consideró como sí, al comprobarse la existencia física de un libro o medio en el que se registren reclamos o sugerencias dirigidos al ELEAM de parte de los apoderados.

#### Evaluaciones aplicadas:

1. Test Pfeiffer: Instrumento que evalúa el estado cognitivo del residente, donde se realiza un listado de diez preguntas y se otorga puntaje por el número de errores. Una puntuación mayor o igual a tres puntos indica deterioro cognitivo. Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales o solo escolar) se admite un

error más para cada categoría. Si el nivel educativo es alto (universitario), se admite un nivel menos. Según puntaje se clasificará: 0-2 normal, 3-4 deterioro cognitivo leve, 5-7 deterioro cognitivo moderado (patológico) y 8-10 deterioro cognitivo importante.<sup>21</sup> Para nuestro estudio, diferenciamos:

- Aplicación del test: sí o no. Se consideró como sí, si existió el registro del test de forma física en la ficha del residente.
  - Actualizado: sí o no. Se consideró como sí, si el test registrado fue aplicado durante el año 2016.
2. EMPAM: Examen anual de medicina preventiva del adulto mayor. Es considerado el mejor indicador del estado funcional y de la salud integral del adulto mayor. A través de él, se detectan factores de riesgo, que son incorporados al plan de salud para su tratamiento y seguimiento. Incluye el EFAM, instrumento predictor de la funcionalidad del adulto mayor, que permite detectar los factores de riesgo en una persona autovalente. Clasifica al adulto mayor en: autovalente sin riesgo, autovalente con riesgo y en riesgo de dependencia. Incluye también las intervenciones sugeridas según el resultado.<sup>25</sup> Para nuestro estudio utilizamos los siguientes parámetros:
- Aplicación del test: sí o no.
  - Actualizado (2016): sí o no.
3. Índice de Barthel: Test que evalúa el nivel de funcionalidad del adulto mayor o de aquellos que requieren asistencia para la realización de sus actividades de la vida diaria o con discapacidad psíquica (síndrome de Down, demencia, retardo mental etc.). Permite evaluar el estado funcional global del adulto mayor y detectar cambios a lo largo del tiempo. Los resultados del test son: Independiente, dependiente leve, moderado, severo o total.<sup>26</sup> En este estudio se usaron los siguientes parámetros:
- Aplicación del test: sí o no.
  - Actualizado (2016): sí o no.
  - Resultados de los test actualizados: Dependencia total (DT), dependencia severa (DS), dependencia moderada (DM), Dependencia Leve (DL) o Independiente (I).
4. Índice de Katz: Este test se utiliza para la evaluación de la capacidad de independencia o dependencia funcional del residente para realizar ciertas

actividades de la vida diaria, como: bañarse, vestirse, ir al baño, transferirse, continencia y alimentación (6 funciones). El resultado según el puntaje obtenido es: A-B o 0-1: Dependencia leve; C-D o 2-3: Dependencia moderada; E-G o 4-6: Dependencia severa.<sup>27</sup> Se clasificó según:

- Aplicación del test: sí/no
- Actualizado 2016: sí/no
- Resultados de los test actualizados: DL (dependencia leve), DM (dependencia moderada), DS (dependencia severa).

Para las evaluaciones se utilizó como criterio de exclusión aquellas realizadas por estudiantes universitarios durante clases prácticas y no por profesionales capacitados del ELEAM en estudio.

Protocolo de ingreso y programa de atención usuaria:

1. Protocolo de ingreso e inducción a residentes y familiares: Flujograma que establece normas desde el ingreso y que orienta en las evaluaciones y procedimientos a seguir en el funcionamiento al interior del ELEAM. Este involucra tanto al residente como a sus apoderados o familiares. Se clasificó según:
  - Existencia de protocolo: sí/no.
  
2. Programa de atención usuaria: Conjunto de medidas que se deben aplicar para que los residentes de los ELEAM reciban una atención basadas en las necesidades de sus usuarios en relación a su nivel de funcionalidad. Contiene los siguientes componentes: protocolos de ingreso e inducción, evaluación de ingreso, prestaciones de cuidado, mantención y rehabilitación, programas de estimulación y recreación, servicios de apoyo en relación a alimentación, aseo, ropería y lavandería, entre otros y un plan de integración socio comunitaria para la mantención de vínculos familiares, integración con red local y comunidad<sup>23</sup>. Para nuestro estudio se clasificó según:
  - Existencia de programa de atención usuaria (individual): sí o no.
  - Actualizado (2016): sí o no.
  - Ajustado a su nivel de funcionalidad: sí o no.

Actividades Terapéuticas:

1. Intervenciones de estimulación cognitiva: Es el conjunto de acciones que se dirigen a mantener o mejorar el funcionamiento mental, mediante ejercicios de memoria, percepción, atención, lenguaje, funciones ejecutivas (solución de problemas y planificación) y funciones visoespaciales, con el objetivo de prevenir el deterioro cognitivo o enlentecer su progresión.<sup>29, 30</sup> Para nuestro estudio, se consideró:
  - Realización: sí o no.
  - Porcentaje de adultos mayores que participan.
  
2. Intervenciones de estimulación de actividad física: Definida por la OMS, como una amplia variedad de actividades y movimientos que incluyen actividades cotidianas o domésticas, como subir y bajar escaleras, salir a pasear, jardinear y bailar, así como también la realización de ejercicios, como natación, ciclismo, yoga, zumba etc. Todos en un contexto no competitivo.<sup>31</sup> Para nuestro estudio se registró:
  - Realización: sí o no.
  - Porcentaje de adultos mayores que participan.
  
3. Actividades recreativas: Actividades espontáneas y/o planificadas, individuales o colectivas, generalmente organizadas por el ELEAM para ser realizadas por el residente, de participación libre y que le proporcionen satisfacción, distensión y descanso; potencien sus intereses a través de las artes, ciencia, deportes, disfrute de la naturaleza, entre otras.<sup>32</sup> Se clasificó según:
  - Registro de actividades recreativas en ficha: sí o no.
  - Registro de actividades recreativas en otros documentos: sí o no.
  - Frecuencia con que se realizan: 1-2 veces por semana/ 3 o más veces por semana
  
4. Actividades de integración sociocomunitaria: Son actividades enfocadas al fortalecimiento de los vínculos entre los residentes con sus familias y el entorno adyacente, como colegios, iglesias, juntas de vecinos y voluntariado de estas relaciones.<sup>33</sup> Se clasificó según:
  - Registro de actividades socio comunitarias en ficha: sí o no.
  - Registro de actividades socio comunitarias en otros documentos: sí o no.

- Tipo de actividades: Visitas de colegios, congregaciones religiosas o voluntariados

#### Personal y profesionales:

1. Equipo de profesionales de salud: Presencia de profesionales del área de salud, ya sean médicos, enfermeras, kinesiólogos, terapeuta ocupacional, nutricionista, trabajador social, técnicos paramédicos, profesores de educación física especializados en gerontología y el director técnico. Contratados por el ELEAM y que se desprenden de la encuesta aplicada al director técnico. Se clasificó según:
  - Incluye profesionales de la salud: sí o no.
  - Profesional según disciplina: médicos, enfermeras, kinesiólogos, terapeuta ocupacional, nutricionista, trabajador social, técnicos paramédicos y profesores de educación física especializados en gerontología.
  - Horas/día: Cantidad de horas diarias de permanencia por profesional en el establecimiento.
2. Auxiliares de servicio y cuidadores: Presencia de cuidadores, manipuladores de alimentos, auxiliares de aseo, lavandería y ropería. Se clasificó según:
  - Número de auxiliares/área.
  - Horas diarias de permanencia en el ELEAM.
  - Relación (cociente) entre el número de cuidadores y número de residentes del ELEAM.

## RESULTADOS

Con la autorización de SENAMA, siete ELEAM de la V Región accedieron de forma voluntaria a participar de este estudio, de los cuales un centro fue descartado por no cumplir con los criterios de inclusión. Estos ELEAM se encontraban distribuidos en las comunas de Los Andes, San Felipe, Quillota, La Calera y San Antonio, de los cuales, el 67% estaba relacionado con la Iglesia Católica.

Del análisis comparativo entre los ELEAM, y del promedio que se obtuvo de ellos, se desglosa a continuación los resultados según categoría:

#### Datos Generales:

Se observó un porcentaje superior de adultos mayores de sexo femenino (61,11%), respecto al sexo masculino (38,89%) (Tabla 1). En relación al rango etario: 1,39% eran menores de 60 años, 18,52% entre 60-74 años, 65,74% entre 75- 90 años y un 14,35% mayores de 90 años (Tabla 1).

#### **Datos de fichas:**

El registro de la fecha de ingreso presentó porcentajes variables en los distintos ELEAM con un promedio de 72,71%. Los controles de salud sólo se registraban en el 50% de ellos. En relación a las redes de apoyo, sólo el ELEAM 5 presentó red de apoyo informal (32,2%), y el 83,3% presentaron apoderado externo con porcentajes de registro entre el 60-100%(Tabla 1). En ningún centro se evidenció la existencia de un libro, ni registro en ficha de reclamos y/o sugerencias por parte de los apoderados. Tampoco se encontró registro de retiro de PACAM ni de inmunizaciones.

#### **Evaluaciones Funcionales:**

En relación a ellas, sólo el 33,3% de los ELEAM aplicaba Pfeiffer, de los cuales sólo en el ELEAM 2 estaban actualizados al 100% (gráfico 1 y 2). Con respecto al índice de Barthel, dos centros (ELEAM 4 y 6) registraron el 100% en las fichas. ELEAM 1 y 2 presentan porcentajes superiores al 75%, ELEAM 3 y 5 menores al 40%(gráfico 1). El porcentaje de actualización varió de 5,88% a 100% (gráfico 2). Respecto a su categorización, un 5,56% de los residentes fueron clasificados como independientes, 23,15% dependientes leves, 6,02% dependientes moderados, 2,31% dependientes severos, 12,5% dependientes totales y un 50,46% no registraba valores (gráfico 3). En el índice de Katz, se constató en el 50% de los ELEAM, en donde el ELEAM 2 era el único que presentaba 100% registrado y con valores actualizados (gráfico 1 y 2). No se contabilizaron los registros del índice de Katz del ELEAM 1, ya que no eran parte de las fichas. Además algunos valores del ELEAM 5 no fueron considerados porque no se identificó el instrumento evaluativo. En relación a los resultados del índice de Katz, un 5,09% de los residentes eran dependientes leves, un 2,78% dependientes moderados, 11,11% dependientes severos, y un 85,65% no registraban valores (gráfico 4).

#### **Protocolo de ingreso y programa de atención usuaria:**

En ningún centro se registró un protocolo de ingreso de forma escrita y por tanto tampoco un programa de atención usuaria individualizado o según nivel funcional.

**Actividades terapéuticas:**

Se obtuvo que el 50% de los centros presentaban actividades de estimulación, en donde las actividades cognitivas presentaban un porcentaje de registro menor al 20%, y las actividades físicas entre el 7% a 82% (tabla 2). En los 6 centros se mencionó la realización de actividades recreacionales. En los ELEAM 2 y 3, se generaban registros en documentos externos a la ficha, sólo en el ELEAM 1 presentó registro de éstas en fichas, cuyos valores eran menores al 8%. Dentro de las actividades descritas se mencionaron actividades al aire libre y de creación artística manual. Se informó que las actividades socio-comunitarias se realizaban en 5 centros, de los cuales solo el ELEAM 5 presentaba registros en un 1,88% de las fichas.

**Profesionales y personal:**

Se destaca que el 100% de los ELEAM contaban con servicios de Kinesiología, Paramédicos/ Auxiliar de enfermería, manipuladores de alimento y Cuidadores (Tabla 3). La relación entre el número de cuidadores con el nivel de dependencia, se calculó como el cociente entre la cantidad de cuidadores, dividido por la cantidad de adultos mayores con dependencia leve o moderada, y con dependencia severa. Sólo se pudo calcular en ELEAM 2, resultando 1,66 en relación a las personas dependientes leves o moderadas, y 1,5 con dependientes severos.

Tabla N°1: Datos Generales por cada ELEM

	ELEM	ELEM	ELEM	ELEM	ELEM	ELEM
	1	2	3	4	5	6
N° total de residentes	52	24	30	40	53	37
N° de fichas revisadas	51	22	29	35	53	26
	%	%	%	%	%	%
Índice de fichas revisadas	98	92	97	88	100	70
Índice de ocupación	91,23	100	93,75	87,5	88,33	70,27
Mujeres	64,71	27,27	58,62	71,42	75,47	42,3
Hombres	35,29	72,73	41,37	28,57	24,52	57,7
<60 años	0	0	3,44	0	3,77	0
60- 74 años	21,57	27,27	27,58	25,71	5,66	11,53
75-90 años	58,82	59,09	65,51	57,14	69,81	88,46
> 90 años	19,61	13,63	3,44	17,14	20,75	0
Fichas	100	100	100	100	100	100
Fecha ingreso	68,62	95,46	51,72	74	84,90	61,53
Registro de Comorbilidades	100	100	100	100	100	100
Fármacos	100	100	100	100	0	100
Apoderado	60,78	100	0	85,71	86,79	84,61

Gráfico N°1: Tipos de instrumentos de evaluación registrados en cada ELEM

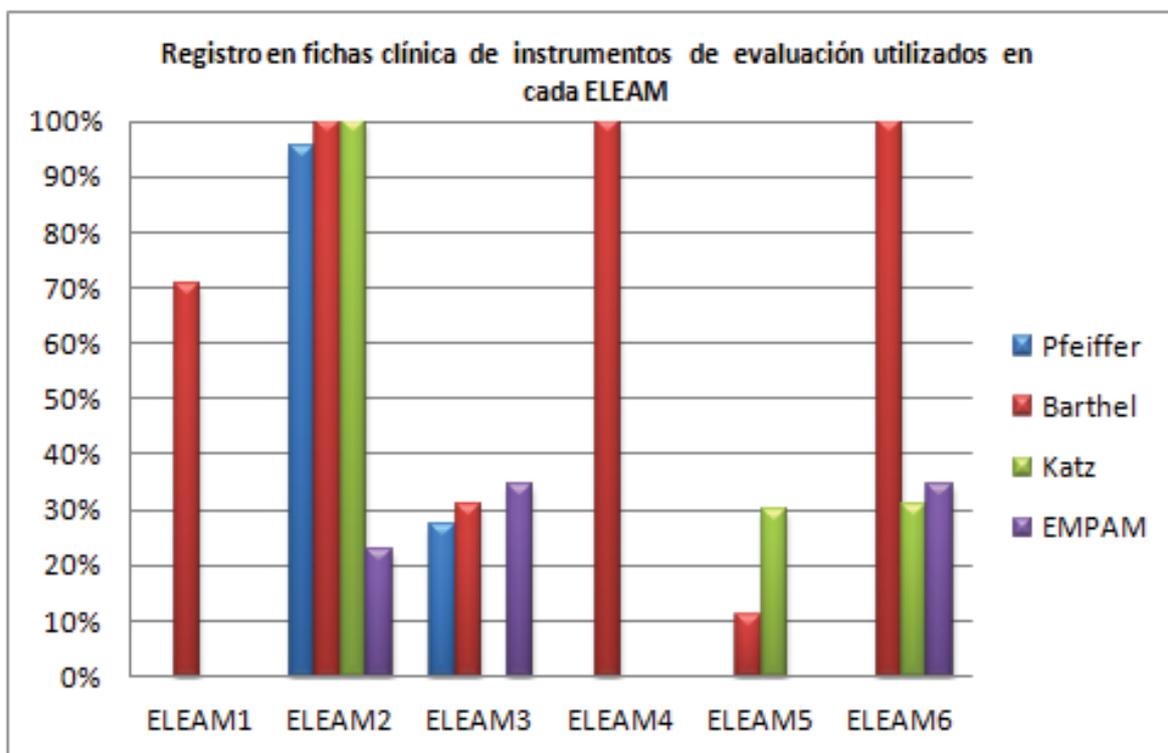


Gráfico N°2: Porcentaje de actualización de evaluaciones por cada ELEM

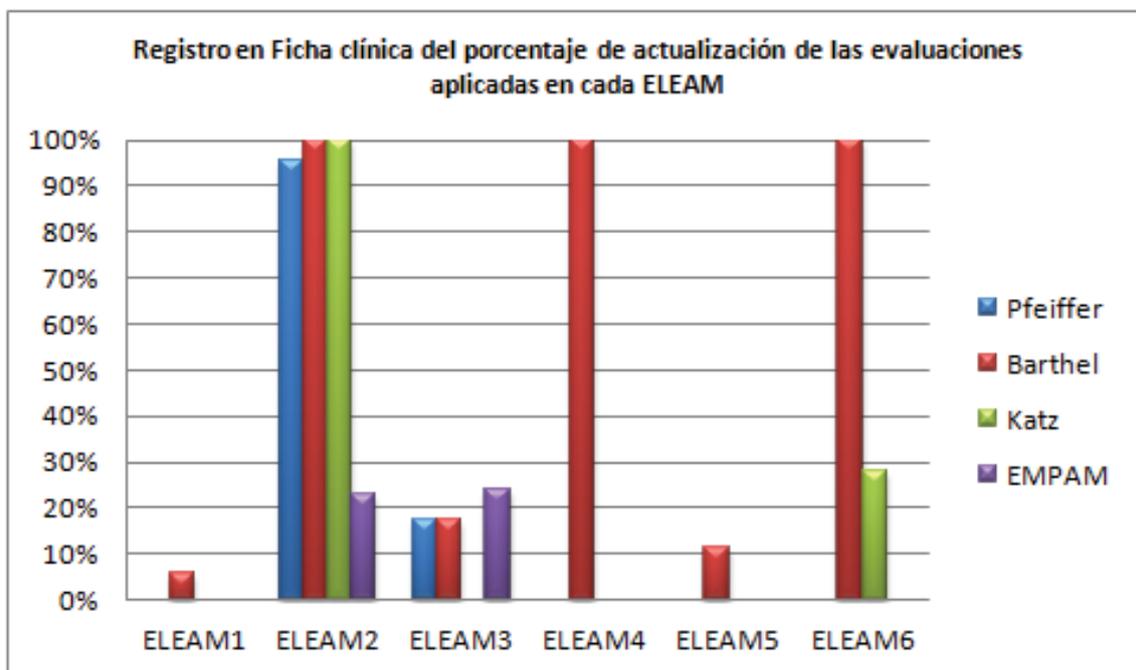


Gráfico N° 3: Niveles de funcionalidad según Índice de Barthel por cada ELEM

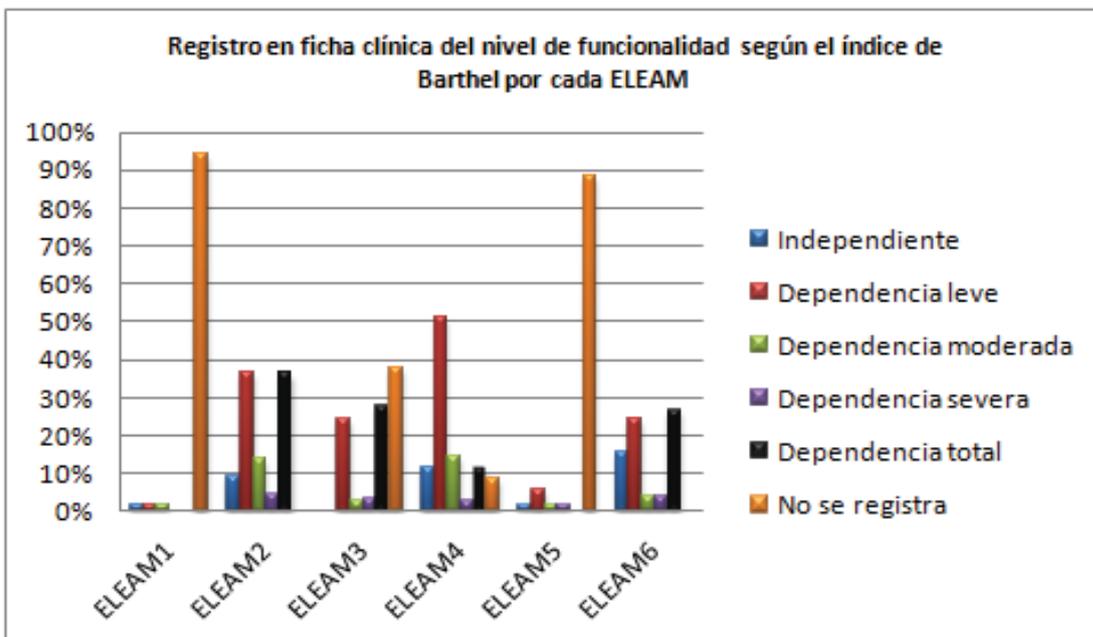


Gráfico N° 4: Niveles de Funcionalidad según índice de Katz por cada ELEM

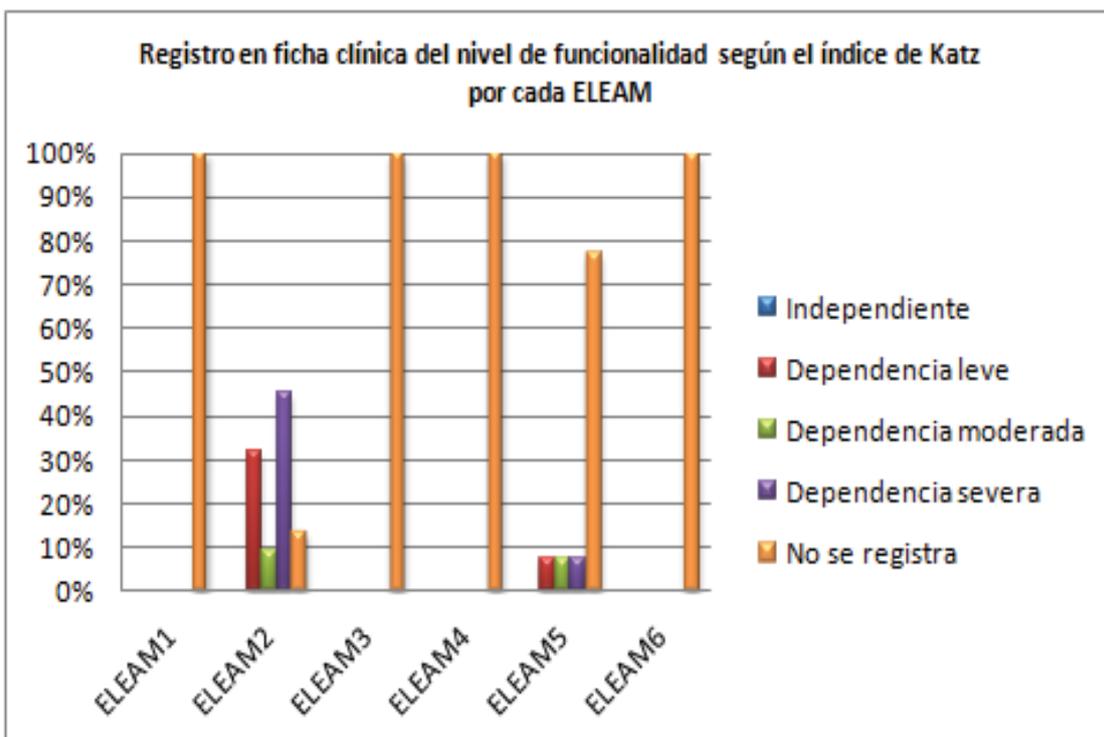


Tabla N° 2: Actividades terapéuticas de intervención cognitiva y física por cada ELEAM

	ELEAM1	ELEAM2	ELEAM3	ELEAM4	ELEAM5	ELEAM6
	%	%	%	%	%	%
Participantes	7,84	0	93,10	0	22,64	0
A. Física	7,84	0	82,20	0	22,64	0
A. Cognitiva	7,84	0	20,98	0	0	0

Tabla N° 3: Horas diarias de permanencia personal profesional y funcionarios por ELEAM

	ELEAM 1		ELEAM 2		ELEAM 3		ELEAM 4		ELEAM 5		ELEAM 6	
	N	hr	N	hr	N	hr	N	hr	N	hr	N	hr
Manipuladores	2	-	1	7	2	10	2	6,4	2	6	2	6,4
Auxiliares	0	0	2	7	2	7	1	6,4	1	6	1	6,4
Cuidadores	21	6,6	15	10	10	7	8	6,4	25	6	8	6,4
Médico	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0
Enfermero	1	1,6	1	4	0	0	1	2,4	0	0	1	2,4
Nutricionista	0	0	1	1,2	1	0,1	0	0	0	0	0	0
Kinesiólogo	1	1,2	1	9	1	3	1	2,4	1	2	1	0,4
Terapeuta	1	2	0	0	1	6	0	0	0	0	0	0

**Ocupacional**

<b>Trabajador Social</b>	<b>1</b>	<b>6,4</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Paramédico/Auxiliar enfermería</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>14,2</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>14,2</b>
<b>Profesor E. Física</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0,4</b>
<b>Fonoaudiólogo</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0,6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0,6</b>
<b>Podólogo</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0,8</b>	<b>1</b>	<b>1,6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1,6</b>
<b>Director Técnico</b>	<b>1</b>	<b>6,4</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>2,4</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2,4</b>

---

**DISCUSIÓN**

En nuestra investigación, logramos evidenciar la carencia de programas de atención usuaria diferenciados por el nivel de funcionalidad de cada residente en los ELEAM en estudio, ya que en ninguno de éstos se registró un protocolo de ingreso de forma escrita, y por lo tanto tampoco un programa de atención individualizado según los requerimientos funcionales de sus residentes. A pesar el reglamento ELEAM menciona los procedimientos de ingreso y evaluación integral del nuevo residente como eje fundamental de las intervenciones que cada uno de ellos debe recibir.<sup>15</sup>

Al igual que Jiménez B. y Baillet L, consideramos importante detectar la dependencia funcional de los adultos mayores desde sus inicios, utilizando escalas validadas, confiables, sensibles y fáciles de aplicar, a fin de crear estrategias de continuidad asistencial y acciones que incrementen la autonomía e independencia del adulto mayor<sup>33</sup>. Según el reglamento ELEAM, las evaluaciones básicas sugeridas por éste, son el índice de Katz y el test de memoria acortado Pfeiffer. Dentro de los datos recabados, pudimos constatar que solo un centro aplica el índice de Katz en un 100%, el mismo centro que registra en un 100% la realización del test de memoria acortado Pfeiffer, mientras que en los demás no los aplican o solo se utilizan como un instrumento de gestión administrativa. Por otro lado, en la gran mayoría de los centros se aplica solo el índice de Barthel y en menor porcentaje en conjunto con EMPAM, lo que dificulta la comparación del nivel funcional de los residentes entre centros y con la

población nacional. La diversidad en el uso de escalas, se puede deber porque a partir del año 2012, la *Norma de cuidados domiciliarios a personas que sufren discapacidad severa* en conjunto con el *Programa del Adulto Mayor*, determinaron que el instrumento de valoración del nivel de dependencia sea el Índice de Barthel, excluyendo al Índice de Katz<sup>34</sup>. Este hecho ha generado heterogeneidad a la hora de evaluar a los adultos mayores, sobre todo si se considera que los profesionales se han formado en su mayoría bajo las exigencias del MINSAL y se han capacitado en la aplicación del EMPAM. Además el índice de Barthel presenta dentro de sus ventajas, ser más sensible y específico en el tipo de tarea evaluada, categorizar niveles intermedios de dependencia, una aplicación más rápida y una interpretación más objetiva, en comparación al índice de Katz.<sup>26</sup>

Por otro lado, indistintamente del instrumento de evaluación utilizado por cada ELEAM, existe una baja tasa de actualización de éstos, solo tres centros mantienen evaluaciones funcionales 100% actualizadas. Esto refleja un desconocimiento del nivel funcional actual de los demás adultos mayores, por lo que generó importantes limitaciones en nuestro estudio, ya que no pudimos objetivar si las intervenciones eran acordes al grado de dependencia.

En cuanto al retiro de PACAM e inmunizaciones, constatamos que ningún centro lo registraba, si bien no se indica en el reglamento, consideramos que es sumamente importante realizarlo, ya que a partir del programa del adulto mayor, se crea el programa de alimentación complementación (PACAM), cuyo objetivo es prevenir y tratar carencias nutricionales de los adultos mayores a 70 años que se atienden en el sistema público. Por otro lado, también existe el programa nacional de inmunizaciones, propuesto por el MINSAL el año 2012, con el fin de vacunar a los adultos mayores de 65 años, contra la influenza y el neumococo, para disminuir complicaciones y mortalidad por éstos. Desde el 2010 son obligatorias para éste grupo. Por lo tanto, ambas prestaciones contribuyen a lograr un envejecimiento más saludable.<sup>35</sup>

En relación a las actividades terapéuticas, existe un bajo registro y participación de los adultos mayores en actividades de tipo cognitivas y físicas, lo que puede influir negativamente en la prevención de alteraciones futuras en su salud, ya que existen estudios que confirman que los programas prácticos individuales o combinados que incluyen ejercicios de memoria, lenguaje, cálculo, atención, concentración y psicomotricidad son efectivos en mejorar el rendimiento cognitivo de los adultos mayores sanos y con alguna patología de esta índole, retrasando el deterioro cognitivo

asociado al envejecimiento y previniendo el desarrollo de demencias en esta población<sup>36,37</sup>. Además, los programas de estimulación cognitiva que incorporan ejercicio físico con juegos, mejoran las capacidades psicosociales de los participantes<sup>38</sup>. Junto a esto, se ha estudiado que con al menos cinco semanas de institucionalización en adultos mayores independientes y dependientes, se pierde masa muscular en las medidas de circunferencia de brazo y pantorrilla, lo que significa un factor de riesgo para su salud, que se puede prevenir con la práctica de actividad física<sup>39</sup>. Además en adultos mayores que cursan algún cuadro de depresión y en aquellos que presentan factores de riesgo cardiovascular, se ha visto un efecto benéfico en las diferentes modalidades de actividad física y ejercicio en la prevención, tratamiento y calidad de vida<sup>40,41</sup>.

A pesar del bajo porcentaje (menor al 40%), los ELEAM tienden a realizar las actividades recreacionales al aire libre y de creación artística manual, en forma grupal. En ELEAM 2 se registró en un documento externo, organizando por día las actividades, lunes: escritura y lectura, martes y miércoles: manualidades, música y canto; jueves: teatro, viernes: peluquería y juegos de mesa, sábado: jardinería y acompañamiento. Esto supone su revalorización como actividades terapéuticas, ya que existen estudios que han demostrado beneficios en la calidad de vida.<sup>42</sup>

Existe un bajo registro de las actividades e intervenciones por parte de la comunidad hacia el ELEAM, ya sean estos voluntariados, intervenciones religiosas, programas del SENAMA, actividades municipales, proyectos universitarios, etc. Esto se podría deber a la sub valoración que tienen este tipo de intervenciones en la salud de los adultos mayores, en cambio, la evidencia asigna un importante rol de la comunidad en los adultos mayores institucionalizados, ya que influyen positivamente en disminuir el aislamiento social, mejorar la autoestima entre otros<sup>43</sup>.

La importancia de las redes de apoyo en relación a la integración con la familia y la comunidad está dada por la generación de un sentimiento positivo con la vida, dignificación de su condición de adulto mayor institucionalizado, influyendo sobre el envejecimiento físico y cognitivo<sup>44</sup>. Pese a esto, se evidenció que solo un ELEAM cuenta con el 100% de registro de apoderados externos y que un centro no cuenta con la actualización de éstos. Si bien, fue una limitante para nosotros el no evidenciar la causa de la falta de registro de apoderados y su nivel de participación, queda pendiente esclarecer estos temas en futuras investigaciones, ya que se ha evidenciado que tanto adultos mayores institucionalizados como aquellos que residen

en la comunidad, están expuestos a pérdida del vínculo. Ejemplo de ello, es el abandono de sus familias, la desatención de sus cuidados, delegación de responsabilidades a personas externas o a instituciones <sup>44</sup>.

En cuanto al porcentaje de apoderados externos que sí se estuvieron presentes y activos en el ELEAM, desconocemos cual es el protocolo que deben seguir para hacer llegar sus dudas, reclamos y/o sugerencias con el personal o dirección de los ELEAM, ya que en ningún centro se pudo pesquisar la existencia de un libro o documento en ficha que evidencie este tipo de comunicación entre los apoderados, familiares y el ELEAM. Por tanto, queda como sugerencia para los centros, la implementación de este tipo de documentos, para facilitar la co-evaluación del centro y la búsqueda de soluciones en conjunto con los profesionales correspondientes.

Nuestra unidad de análisis, es decir la ficha clínica, fue el único instrumento con suficiente fidelidad y objetividad, donde se constató la aplicación de evaluaciones y/o intervenciones. En general estas cumplen con el principio de la beneficencia dado que llevan un registro de los datos que conciernen al paciente, y de todo aquello que le pueda ser de utilidad para obtener un diagnóstico correcto, un pronóstico lo más certero posible y un adecuado programa de atención<sup>45</sup>. Sin embargo, el no registro, vulnera el derecho a que quede constancia de las atenciones de salud que recibe el usuario. Además según el reglamento de las fichas clínicas, estas deberán ser elaboradas en forma clara y legible, conservando su estructura en forma ordenada y secuencial<sup>46</sup>.

Otro objeto de análisis, fueron los recursos humanos presentes en los distintos ELEAM. En relación al director técnico, la mayoría cumple con las horas mínimas de permanencia descritas en el reglamento de acuerdo a la cantidad de residentes, a excepción de los ELEAM 4 y 6 en donde es insuficiente por 18 minutos en cada uno. Coincidió que ambos establecimientos tenían el mismo director técnico.

El número de cuidadores en relación al nivel de dependencia en el ELEAM 2, se encuentra por sobre los requerimientos mínimos diarios descritos en el reglamento, según los resultados del índice de Katz. El reglamento determina un cuidador por cada doce residentes con dependencia leve o moderada, resultando un cociente de 0,083; cálculo que fue de 1,16 en éste centro. Además establece un cuidador por cada siete personas con dependencia severa, generando un cociente de 0,14 comparado con 1,5 del ELEAM 2. En estas cifras no se diferenciaron los cuidadores diurnos de los nocturnos,

por no contar con el sistema de turnos. Por otro lado, no se pudo realizar el cálculo en el resto de los centros, ya que no cuentan con un 100% de actualización en el Índice de Katz, lo que planteamos como materia de análisis para futuras investigaciones.

En relación a los profesionales, los Paramédicos/ Auxiliar de Enfermería, dado que existen dos o más en la mayoría de los ELEAM, sus horas de permanencia estaban acorde a las sugeridas en base a la presencia de personas en dependencia severa. En el caso del ELEAM 2, este no pudo ser comparado en este aspecto dado que no se obtuvo la información de este punto. Si bien la existencia de profesionales es sugerida por el reglamento, el denominador común es la presencia de un kinesiólogo cuyas horas de permanencia, al parecer, serían insuficientes en relación al número de residentes por ELEAM. Sin embargo, consideramos como aspecto positivo que todos cuenten con uno, ya que es el profesional idóneo para realizar las evaluaciones funcionales. Además, dentro de sus competencias está el evaluar y rehabilitar las capacidades morfofuncionales en las distintas etapas del ser humano, ya sea en ausencia o presencia de discapacidad<sup>47</sup>. Dentro de las actividades desempeñadas por los profesionales, se encontró que en la gran mayoría de los ELEAM se generaban dualidades de roles, principalmente por parte del director técnico y su subespecialidad (Kinesiólogo, Médico, Trabajador social, Enfermera), en donde no se podía diferenciar las horas dedicadas a cada función. Además, en el caso particular del ELEAM 1 a nivel de personal, no existían diferencia de roles completamente delimitadas entre cuidadores y auxiliares lo que no permitió analizar con exactitud esta relación.

A pesar de que el reglamento ELEAM entrega los lineamientos básicos para la gestión de estos centros, el bajo porcentaje de aplicación de las evaluaciones funcionales supone una desvalorización de la información recabada con éstas, lo que podría solucionarse con una mejor fiscalización de la SEREMI correspondiente, y con ello, trabajar en conjunto con el SENAMA para lograr una mejor calidad de atención y cuidados de los residentes de los ELEAM.

Considerando el estado de los adultos mayores, en la actualidad se enfatiza en que la atención de salud debe ser integral, dada por equipos competentes, capaces de trabajar de forma interdisciplinaria, favoreciendo la continuidad y calidad de sus servicios. Es por ello que sugerimos el desarrollo de un plan de capacitaciones tanto para el personal como a los profesionales, para así promover una constante actualización y mejora de sus competencias, relacionadas a la gerontología. De esta forma, se incide directamente en el logro de una mejor atención a los residentes.<sup>48</sup>

Una limitación de nuestro estudio, fue no pesquisar la realización de reuniones clínicas del equipo multidisciplinario, ya que consideramos relevante efectuarlas de forma periódica. Además son instancias de discusión entre sus miembros, y permiten optimizar y focalizar la atención en el adulto mayor.

Desde los inicios de los estudios de la valoración geriátrica integral, ya se proponía que ésta debe realizarse con suficiente intensidad, seguimiento y medidas para su cumplimiento.<sup>48</sup> El adoptar este enfoque, favorecería la generación de un programa de atención usuaria con objetivos coherentes y dinámicos, en base a la re-evaluación y pesquisa de necesidades de los residentes. Además esta perspectiva se relaciona directamente con la preocupación de la salud pública y la geriatría. Por lo tanto los principales objetivos de los ELEAM debieran estar ligados a la prevención, mantención de la autovalencia, retardo en la dependencia, conservar la funcionalidad y en consecuencia, mejorar su calidad de vida.<sup>49</sup>

## REFERENCIAS

- 1.- OMS; Datos y cifras; Envejecimiento y ciclo de vida; Pág.1, consulta 17/04/2016. Disponible en [http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing\\_facts/es/](http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/es/)
- 2.- INE Chile, Demográficas y Vitales; Actualización de Población 2002-2012 y Proyecciones 2013-2020; consulta: 17/04/2016. Disponible en:[http://www.ine.cl/canales/chile\\_estadistico/familias/demograficas\\_vitales.php](http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/familias/demograficas_vitales.php)
- 3.- Ministerio de desarrollo Social, SENAMA. Adaptado de: Estudio de actualización del catastro de establecimientos de larga estadía ELEAM de la región metropolitana, configuración de procesos y estandarización, Informe final, pág. 17. Publicado el 28 de Noviembre 2011. Consulta: 17/04/2016 Disponible en: <http://www.senama.cl/filesapp/INFORME%20FINAL%20CATASTRO%20ELEAM%20RM.pdf>
- 4.- B.L. Mishara, R.G.Riedel, El proceso de envejecimiento, Tercera edición, Madrid-España, Editorial Morata, S.L. (2000), pág. 20-21.Consulta: 17/04/2016. Disponible en: [https://books.google.cl/books?id=P1WSN0NT-hoC&printsec=frontcover&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.cl/books?id=P1WSN0NT-hoC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
- 5.- OMS; Datos y cifras; Envejecimiento y ciclo de vida; Pág. 3; Consulta: 17/04/2016. Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing\\_facts/es/index2.html](http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/es/index2.html)
- 6.- Minsal, Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010, Consulta: 17/04/2016. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe0400101665012d23.pdf>
- 8.- A.E. Gómez, Grandes Síndromes Geriátricos, revista Farmacia profesional Vol. 09. Núm. 06. Junio 2005, Consulta: 17/04/2016. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-grandes-sindromes-geriatricos-13076255>
- 9.- Servicio Nacional del adulto mayor-Instituto de nutrición y tecnología de alimentos, Estudio Nacional de la Dependencia en las personas mayores, 2009, Consulta: 17/04/2016, Disponible en: [http://www.senama.cl/filesapp/Estudio\\_dependencia.pdf](http://www.senama.cl/filesapp/Estudio_dependencia.pdf)
- 10.- Gobierno de Chile, SENAMA. Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. 2010. pág. Consulta: 17/04/2016 Disponible en:

<http://www.senama.cl/filesapp/Estudio%20Nacional%20de%20Dependencia%20en%20las%20Personas%20Mayores.pdf>

11.- Sistema Nacional de Servicios de Salud 2015; Población en control por condición de funcionalidad SNSS 2015; Datos preliminares. Consulta: 17/04/2016 Disponible en: <http://intradeis.minsal.cl/reportesrem/2015/REMP5SECCIONA1/REMP5SECCIONA1.aspx>

12.- SENAMA Chile, Programas 2015. Consulta: 17/04/2016 Disponible en: <http://www.senama.cl/Programas.html>

13.- Morris P. y CIA. Estudio para el diseño de un sistema y plan de mejoramiento de calidad del servicio que ofrecen los hogares o establecimientos de larga estadía para adultos mayores, ELEAM, Asesorías para el desarrollo, Cap.3: Experiencias internacionales de acreditación de calidad de ELEAM, pág. 15-97. Octubre 2007, Consulta 17/04/2016. Disponible en: <http://www.asesoriasparaeldesarrollo.cl/docs/653308785.pdf>

14.- SENAMA, Catastro de establecimientos de larga estadía para adultos mayores, 2013, Consulta: 12/04/2016. Disponible en: <http://catastroeleam.senama.cl/#>

15.- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Ley Chile, Reglamento de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores; Decreto N° 14 de 2010; Publicado 05/08/2010; Consulta 17/04/2016. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1015936&idVersion=2010-08-05>

16.- Ministerio de desarrollo Social, SENAMA. Adaptado de: Estudio de actualización del catastro de establecimientos de larga estadía ELEAM de la región metropolitana, configuración de procesos y estandarización, Informe final, pág. 52. Publicado el 28 de Noviembre 2011 Consulta: 12/04/2016. Disponible en: <http://www.senama.cl/filesapp/INFORME%20FINAL%20CATASTRO%20ELEAM%20RM.pdf>

17.- F.L. Kameyama, Valoración Geriátrica Integral, revista "El Residente", No. 2, 2010, pág. 55-65, Consulta: 17/04/2016 disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=24799>

18.- J. Daza Lesmes. Evaluación clínico funcional del movimiento corporal humano. Capítulo 12: Valoración de la capacidad funcional. Pág.312-315. Editorial médica panamericana. Bogotá, Colombia. 2007.

19.- Organización Panamericana de la salud (OPS).Parte I: Módulos de valoración clínica. Módulo 3: Evaluación funcional del adulto mayor. pág. Consulta: 12/04/2016 Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo3.pdf>

20.- J. Daza Lesmes. Evaluación clínico funcional del movimiento corporal humana. Capítulo 12: Valoración de la capacidad funcional, pág. 314-315, Editorial médica panamericana, Bogotá, Colombia, 2007.

21.- Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. Anexo IX: Escala de valoración funcional y cognitiva. Pág 311-350. Consulta: 15/04/2016. Disponible en:

[http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadistica Sanitaria/InformacionSanitaria/ANEXO+IX+ESCALA+DE+VALORACI%C3%93N+FUNCIIONAL+Y+COGNITIVA.PDF](http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/ANEXO+IX+ESCALA+DE+VALORACI%C3%93N+FUNCIIONAL+Y+COGNITIVA.PDF)

22.- Ismael Ferrer H, Godofredo Maurenza G. Manual del Examen Físico. Instituto Superior de Ciencias Médicas Carlos J Finlay. 2011. Consulta: 07/12/2016. Disponible en: <http://files.sld.cu/cpicm-cmw/files/2014/01/manual-de-examen-fisico.pdf>

23.- Ministerio de salud y subsecretaría de salud pública. Decreto 14, Reglamento de establecimientos de larga estadía (ELEAM) para adultos mayores. pág. 3, inicio vigencia 4/10/2011. Consulta: 15/04/2016. Disponible en [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/DTO-14\\_05-AGO-2010\\_ELEAM.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/DTO-14_05-AGO-2010_ELEAM.pdf)

24.- J. M.Guzmán, S. Huenchuan y Cols. Redes de Apoyo social de personas mayores. Marco teórico conceptual. Universidad autónoma de México. Ponencia presentada en Simposio de “Viejos y viejas. Participación, ciudadanía e inclusión social”. 51 Congreso Internacional de americanistas, Santiago de Chile, 14 al 18 de Julio 2003. Pág. 2-3. Consulta: Disponible en: [http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/eps9\\_imgshnvm.pdf](http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/12939/eps9_imgshnvm.pdf)

25.- Subsecretaría de Salud Pública. Manual de aplicación del examen de medicina preventiva del adulto mayor. Programa de salud del adulto Mayor. División de prevención y control de enfermedades. Pág. 4-5. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/ab1f81f43ef0c2a6e04001011e011907.pdf>

26.- Subsecretaría de Salud Pública. Manual de aplicación del examen de medicina preventiva del adulto mayor. Programa de salud del adulto Mayor. División de prevención y control de enfermedades. Pág. 8 y 15. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/ab1f81f43ef0c2a6e04001011e011907.pdf>

27.- FUDEN, Fundación para el desarrollo de la enfermería . Valoración de las actividades de la vida diaria . Índice de katz . Pág.1y2. Disponible en: [http://www.ome.es/media/docs/Novedad\\_Test\\_Katz.pdf](http://www.ome.es/media/docs/Novedad_Test_Katz.pdf)

28.- M. Arg. y Ambriz Tapia A. El proyecto de intervención. Diplomado en gestión urbana. Disponible en: <http://alfambriz.tripod.com/gestionurbana/proyectointervencion.pdf>

29.- Puig G.X. Pontificia Universidad Católica de Chile. Programa Adulto Mayor. Centro de Geriatria y Gerontología. Calidad de vida en la vejez. Estimulación cognitiva. Colección Adulto mayor. Primera Edición Junio 2012, Santiago de Chile. Pág. 8. Disponible en: [http://adulptomayor.uc.cl/docs/Estimulacion\\_Cognitiva.pdf](http://adulptomayor.uc.cl/docs/Estimulacion_Cognitiva.pdf)

30.- Cuadernos de estimulación cognitiva. Esteve. Disponible en: [http://www.esteve.es/EsteveFront/CargarPagina.do?pagina=par\\_estimulacion\\_cognitiva.jsp&div=par](http://www.esteve.es/EsteveFront/CargarPagina.do?pagina=par_estimulacion_cognitiva.jsp&div=par)

31.- SENAMA. Participación y vejez. Actividad Física. Disponible en: <http://www.senama.cl/EnvejecimientoAct.html>

32.- Sánchez J. Las actividades recreativas: sus características, clasificación y beneficios. EF Deportes, Revista Digital. Buenos Aires, Año 19, N° 196, Septiembre,2014. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd196/las-actividades-recreativas-clasificacion.htm>

33- Jiménez-Aguilera B y cia. Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. Atención Familiar, Volumen 23, Issue 4, October–December 2016, Pages 129–133 Consulta: 19/11/2016, Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S140588711630147X>

34.- Muñoz C y cols. Criterios de valoración geriátrica integral en adultos mayores con dependencia moderada y severa en Centros de Atención Primaria en Chile. Revista médica de Chile vol.143 no.5 Santiago, Mayo 2015. Consulta 11/12/2016, Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872015000500009](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000500009)

35.-MINSAL, Programa nacional de salud de las personas adulto mayores, 2014, pág. 24-25, disponible en:[http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03\\_14.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf)

36.-Valencia C y cols. Efectos cognitivos de un entrenamiento combinado de memoria y psicomotricidad en adultos mayores. REV NEUROL 2008; 46: 465-71. Consulta: 10/12/16. Disponible en:

<http://www.revneurolog.com/sec/resumen.php?or=web&i=e&id=2007571>

37.-Garamendi F y cols. Programa de entrenamiento cognitivo en adultos mayores. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación 2010; n°22: pág. 26-31. Consulta: 10/12/2016, disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2010/mf101f.pdf>

38.-Rey A y cols. Calidad de vida percibida por las personas mayores. Consecuencias de un programa de estimulación cognitiva a través de la motricidad «Memoria en movimiento» Revista Española de Geriatria y Gerontología. Volumen 46, Issue 2, March–April 2011, Pages 74–80. Consulta: 10/12/2016. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-calidad-vida-percibida-por-las-S0211139X11000424>

39.-Yáñez-Vallejos C. y cols. Efecto del tiempo e institucionalización en variables antropométricas apendiculares, en un grupo de adultos mayores independientes y dependientes. Fisioterapia. 2015. Consulta: 10/12/2016. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-fisioterapia-146-articulo-efecto-del-tiempo-e-institucionalizacion-S0211563815000760>

40.- Patiño F y cols, Ejercicio físico y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática. Revista colombiana de Psiquiatria. 2013; 42(2):198-211. Consulta 11/12/2016. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-ejercicio-fisico-depresion-adultos-mayores-S0034745013700076>

41.- Ramírez-Villada J.F. y cols. Efecto del ejercicio físico para el control de los factores de riesgo cardiovascular modificables del adulto mayor: revisión sistemática. Volume 49, Issue 4, October–December 2015, Pages 240–251. Consulta: 19/11/2016. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0048712015000717>

42.- William Martinez J y cols. Calidad de vida en ancianos institucionalizados de Pereira. Revista Colombiana de Psiquiatria. Volumen 40 Issue 4 December 2011, Pages 700-708. Consulta: 19/11/2016. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es->

[revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-avance-resumen-calidad-vida-ancianos-institucionalizados-pereira-S003474501460158X](#)

43.- Cardona D. y cols. Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado. Medellín, 2008. Rev. Salud pública. 12 (3): 414-424, 2010: Consulta: 19/11/2016. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642010000300007](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000300007)

44.- Adams Y. Maltrato en el adulto mayor institucionalizado: Realidad e invisibilidad. Revista Médica Clínica Las Condes, Volume 23, Issue 1, January 2012, Pages 84–90. Consulta: 19/11/2016. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702778>

45.- Ricardo Vacarezza Y, Elena Núñez. ¿A quién pertenece la Ficha Clínica? Rev Méd Chile 2003; 131: 111-114. Consulta: 20/11/2016. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872003000100017](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000100017)

46.- Ministerio de salud; Subsecretaría de redes asistenciales. Decreto 41, Aprueba Reglamento Sobre Fichas Clínicas. Inicio de vigencia 15/12/2012. Consulta: 22/11/2016, Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1046753&idVersion=2012-12-15>

47.-Perfil de egreso escuela de Kinesiología, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Consulta: 13/12/2016, Disponible en [http://www.kinesiologia.ucv.cl/?page\\_id=197](http://www.kinesiologia.ucv.cl/?page_id=197)

48.-MINSAL, Programa Nacional de salud del adulto mayor, 2014, pág.9 Consulta: 13/12/2016. Disponible en: [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03\\_14.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf)

49.- Martín Lesende I. Eficacia de la valoración geriátrica integral en atención primaria, ¿qué necesitamos?. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008;43(1):3-4. Consulta: 19/11/2016. Disponible en:<http://www.elsevier.es/pt-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-eficacia-valoracion-geriatrica-integral-atencion-S0211139X08711430?redirectNew=true>

## ANEXOS

### **Anexo 1: Consentimiento Informado para Director Técnico y/o Dueño de ELEAM**

Seminario de título: “**ESTUDIO DE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN USUARIA EN SEIS RESIDENCIAS DE ADULTOS MAYORES DE LA REGIÓN DE VALPARAÍSO AÑO 2016**”

Este formulario de consentimiento informado se dirige a directores técnicos y/o dueños de establecimientos de larga estadía del adulto mayor (ELEAM).

Seminaristas de quinto año de Kinesiología: Consuelo Encina, Neitzel Leiva, Cindy Quezada, Denisse De La Rosa, Constanza Romante .

Profesor Guía: Klgo. Rubén López.

Universidad: Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.

Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

- Información (proporciona información sobre el estudio).
- Formulario de Consentimiento (para firmar si está de acuerdo en participar).

Se le dará una copia del Documento completo de Consentimiento Informado.

### **PARTE I: Información**

#### Introducción

El presente estudio será llevado a cabo por un grupo de estudiantes de quinto año de la escuela de kinesiología, de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, como seminario de título. Se describirán las evaluaciones funcionales que se aplican a los adultos mayores que ingresan como residentes de ELEAM, y de los planes de intervención realizados. Se entregará información a cada ELEAM participante respecto de los resultados obtenidos luego del estudio. Cada representante de los establecimientos contará con tiempo para decidir a conciencia si desea participar en esta investigación.

#### Propósito

Este estudio se realiza con el objetivo de recopilar información sobre aspectos relacionados con la administración, personal del establecimiento, evaluaciones funcionales y planes de intervención que actualmente se realizan a los adultos mayores, mediante la aplicación de una encuesta breve. Para ello estamos invitando a todos los directores técnicos y/o dueños de ELEAM que estén ubicados en la quinta región y que tengan una relación con SENAMA Región de Valparaíso.

La participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Cada ELEAM puede elegir participar o no hacerlo, y puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aún si había aceptado anteriormente.

Durante la investigación se programará una visita al ELEAM, previa disponibilidad de éstos, durante la cual se aplicará la encuesta al dueño y/o director técnico exclusivamente.

El participar en esta investigación, le dará derecho a asistir a una jornada de capacitación dictada por el docente Kinesiólogo Rubén López, además de obtener una retroalimentación posterior a la visita a los centros, con información necesaria para mejorar los aspectos que estén más deficitarios, así como también las fortalezas en cada ELEAM.

La información que sea recopilada por este grupo de investigación, se mantendrá confidencial. Los resultados estarán expuestos con datos estadísticos y en ningún caso como nombre de algún establecimiento.

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con Usted antes de ser divulgada a la universidad y a SENAMA Región de Valparaíso. En ningún momento se compartirá información confidencial.

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por el Comité de ética de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, que es un comité cuya misión es asegurar una protección frente a daños a los participantes en la investigación y resguarda sus derechos al formar parte de este tipo de proyectos.

Si se tiene dudas sobre la investigación en cualquier etapa de ésta, puede comunicarse con el docente a cargo [nombre, dirección, número de teléfono y/o mail.] o bien con los integrantes del grupo de seminario: [nombre integrante a cargo, dirección, número de teléfono y/o mail].

## **PARTE II: Formulario de Consentimiento**

### **Consentimiento informado para el director del ELEAM**

He sido informado por parte del grupo investigador, sobre el estudio de la aplicación del reglamento ELEAM en relación a la evaluación funcional y planes de intervención, y he sido invitado a formar parte de ella, entendiendo las características de este proceso.

Yo \_\_\_\_\_, con RUN \_\_\_\_\_ -\_\_ de profesión \_\_\_\_\_ con el cargo de \_\_\_\_\_, en el \_\_\_\_\_ ELEAM \_\_\_\_\_, he leído y he entendido la información otorgada por los evaluadores, y acepto voluntariamente formar parte de esta investigación.

Entiendo que tengo el derecho de retirarme del proceso de investigación cuando lo estime necesario.

Valparaíso, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016

\_\_\_\_\_  
Firma Colaborador.

## **Anexo 2: Consentimiento Informado para Apoderado de residente ELEAM**

Seminario de título: **“ESTUDIO DE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN USUARIA EN SEIS RESIDENCIAS DE ADULTOS MAYORES DE LA REGIÓN DE VALPARAÍSO AÑO 2016”**

Este formulario de consentimiento informado se dirige a apoderado o tutor legal del adulto mayor residente en un Establecimiento de Larga Estadía (ELEAM).

Seminaristas de kinesiología: Consuelo Encina, Neitzel Leiva, Cindy Quezada, Denisse De La Rosa, Constanza Romante

Profesor Guía: Kigo. Rubén López.

Universidad: Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.

Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

- Información (proporciona información sobre el estudio).
- Formulario de Consentimiento (para firmar si está de acuerdo en participar).

Se le dará una copia del Documento completo de Consentimiento Informado.

### **PARTE I: Información**

#### Introducción

El presente estudio será llevado a cabo por un grupo de seminario de título de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, respecto de las evaluaciones funcionales que se aplican a los adultos mayores que ingresan como residentes de ELEAM, y de las intervenciones realizadas. Se entregará información a cada ELEAM participante respecto de los resultados obtenidos luego del estudio. Cada apoderado de adulto mayor residente en ELEAM contará con tiempo para decidir a conciencia si desea participar en esta investigación.

#### Propósito

Este estudio se realiza con el objetivo de recopilar información sobre aspectos relacionados con la administración, personal del establecimiento y evaluaciones funcionales que actualmente se realizan a los adultos mayores, mediante la aplicación de una encuesta breve al director técnico, y revisión de fichas clínicas de los residentes.

La participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Cada apoderado puede elegir participar o no hacerlo, y puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aún si había aceptado anteriormente.

Durante la investigación se programará una visita al ELEAM, previa disponibilidad de éste, durante la cual se aplicará la encuesta al dueño y/o director técnico exclusivamente y se procederá a extraer la información pertinente de cada ficha, según la autorización de cada apoderado.

El participar en esta investigación, le proveerá información valiosa al establecimiento para evaluar y posteriormente poder mejorar la atención brindada a sus residentes, y así contribuir a la mantención de la calidad de vida y salud de los adultos mayores.

La aplicación de este estudio, no contempla ningún tipo de examen físico, ni evaluación directa al adulto mayor residente en el ELEAM.

La información que sea recogida por este grupo de investigación se mantendrá confidencial. Los resultados estarán expuestos con datos estadísticos y en ningún caso como nombre de algún establecimiento o de individuo.

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se divulgue a la universidad y SENAMA Región de Valparaíso. En ningún momento se compartirá información confidencial.

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por el Comité de ética de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, que es un comité cuya tarea es asegurar una protección frente a daños a los participantes en la investigación.

Si se tiene dudas sobre la investigación en cualquier etapa de esta, puede comunicarse con el docente a cargo [nombre, dirección, número de teléfono y/o mail.] o bien con los integrantes del grupo de seminario: [nombre del integrante a cargo, dirección, número de teléfono y/o mail.]

## PARTE II: Formulario de Consentimiento

He sido invitado a participar en la investigación acerca de las evaluaciones funcionales y planes de intervención, que se realizan en los ELEAM, entiendo que recibiré una visita por parte del grupo investigador.

YO \_\_\_\_\_,  
 RUN \_\_\_\_\_, con grado de parentesco de (hijo, cónyuge,  
 otro) \_\_\_\_\_, apoderado responsable de  
 \_\_\_\_\_, en el  
 ELEAM \_\_\_\_\_. He leído la información proporcionada o  
 me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha  
 contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente autorizar la revisión de la ficha de mi familiar como parte de la investigación, y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera, ni afecte la atención y trato del residente del ELEAM a mi cargo.

Valparaíso, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016

\_\_\_\_\_

Firma del colaborador

### Anexo 3: Encuesta al Director Técnico visita ELEAM

Fecha visita	
Evaluador (es)	
Nombre ELEAM	
Dirección	

#### Datos generales del director:

Nombre: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

Indique número y marque con una X según corresponda:

N° de semestres de estudio:	
Área salud	Si / No
Área ciencias sociales	Si / No
Otro:	

Presencia de estudios complementarios: Si \_\_\_ No \_\_\_

Asociado a gerontología	Si/No
Otro:	

Horas de permanencia del Director Técnico a la semana (indique número): \_\_\_\_\_

Disponibilidad telefónica del Director Técnico a la semana (indique número): \_\_\_\_\_

Valores de referencia:

1-20 residentes	4 horas de permanencia semanal
>20 residentes	2 horas min diaria
Disponibilidad permanente por teléfono	

En relación al personal (indique número según corresponda):

Profesión	Cantidad	Horas de permanencia
Manipulador de alimentos		
Auxiliar encargado de aseo, lavandería y ropería		
Cuidadores		
Paramédico/auxiliar de enfermería		
Profesor educación física con estudio en gerontología		
Asistente social		
Kinesiólogo		
Terapeuta ocupacional		
Nutricionista		
Médico		
Otro:		

Referencia:

1 Auxiliar enfermería en dependencia severa 12 hrs diurnas y llamado nocturno

Indique cantidad según corresponda:

Cantidad de cuidadores nocturnos en dependencia severa:		N°:
1-10 residente	1	
11-20 residente	2	
cantidad de cuidador en Horario diurno en dependencia severa:		N°:
1 -7 residentes	1	
8-14 residentes	2	

Referencia:

1 Auxiliar de enfermería en dependencia moderada o leve 2 hrs de permanencia y llamado 24 hrs

Indique cantidad según corresponda:

Cantidad de cuidadores diurnos en dependencia moderada o leve		N°:
1-12 residente	1	
12-24 residente	2	
Cantidad de cuidadores nocturnos en dependencia moderada o leve		N°:
1-20 residente	1	
21-40 residente	2	

Cantidad de cuidadores a residentes autovalentes		N°:
1-20 residente	1	
21-40 residente	2	

Capacitaciones del personal (Si/no): frecuencia (X/año):

En relación al residente (marque con una X según corresponda):

Poseen ficha clínica Si \_\_\_ No \_\_\_

Profesional que realiza el ingreso: \_\_\_\_\_

Se les realiza controles de salud: Si \_\_\_ No \_\_\_

Frecuencia anual de controles:

- médicos:
- nutricionales:

Sistema privado \_\_\_ sistema público \_\_\_

Inmunizaciones a los residentes Si \_\_\_ No \_\_\_

Profesional que realiza evaluación funcional: \_\_\_\_\_

Marque con una X y escriba cantidad según corresponda:

Frecuencia de evaluación funcional en un año calendario:			
Categoría	si	no	frecuencia
Protocolo de ingreso			
Barthel			
Katz			
EMPAM			
Existe registro de sugerencias y reclamos de familiares y cuidadores			
Se registra en ficha actividades recreativas o sociales organizadas en ELEAM			
Otro:			

Comentarios/observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Anexo 4: Análisis de Fichas

Centro: \_\_\_\_\_

Total de Adultos Mayores residentes:

Total de fichas:

Total de Plazas Autorizadas:

Total de fichas analizadas:

Iniciales usuario (XXXX)	Sexo (F/M)	Edad (XX)	Ficha clinica (Sí/No) (N°)	Fecha de ingreso x/x/xxxx	Perfil de funcionalidad A DL DM DS	Frecuencia de evaluaciones funcionales (X/año)	Test de katz (si/no) (frec. anual)	Test de Pfeiffer (si/no) (frec. anual)	EMPAM (Si/No) (si se cumple 1 por año)	Barthel (Si/No)	Protocolo de ingreso (si/no) (etapas) (inducción residente y familia)

Iniciales usuario (XXXX)	Registro de reclamos y sugerencias (tema)	Actividades y participación de la comunidad (tipo y f.)	Actividades de estimulación (tipo/f.)	Actividades de recreación (tipo y f.)	Actividades de integración sociocomunitaria (familia y comunidad) (tipo y f.)	talleres prevención promoción de salud (tipos, f)	Redes de apoyo activas	Vinculación APS y Hospital

Comentarios/observaciones: \_\_\_\_\_

\*A: Autovalente, DL: dependencia leve, DM: dependencia moderada, DS: dependencia severa.

**Anexo 5: Decreto número 14 sobre Reglamento de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores.**

Tipo Norma :Decreto 14

Fecha Publicación :05-08-2010

Fecha Promulgación :24-02-2010

Organismo :MINISTERIO DE SALUD; SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

Título :APRUEBA REGLAMENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADÍA  
PARA ADULTOS MAYORES

Tipo Versión :Texto Original De : 05-08-2010

Inicio Vigencia :05-08-2010

Fin Vigencia :03-10-2011

Id Norma :1015936

URL :<https://www.leychile.cl/N?i=1015936&f=2010-08-05&p=>

APRUEBA REGLAMENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADÍA PARA  
ADULTOS MAYORES

Núm. 14.- Santiago, 24 de febrero de 2010.- Visto: Lo dispuesto en los artículos 1°, 2°, 3°, 5°, 129 y en el Libro Décimo del Código Sanitario, aprobado por decreto con fuerza de ley N° 725 de 1967, del Ministerio de Salud; en los artículos 1°, 4° y 7° del decreto con fuerza de ley N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud y teniendo presente las facultades que me confieren los artículos 24 y 32 N° 6 de la Constitución Política de la República, y Considerando: La necesidad de poner al día las normas que regulan los establecimientos de larga estadía de adultos mayores con el objeto de velar por el cuidado de su salud y de sus condiciones vitales,

Decreto:

1°.- Apruébase el siguiente reglamento de establecimientos de larga estadía para adultos mayores:

TÍTULO I

## DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°.- El presente reglamento rige la instalación y funcionamiento de los establecimientos de larga estadía para los adultos mayores. Para los efectos de este reglamento, se considera adultos mayores a las personas de 60 años y más.

Artículo 2°.- Establecimiento de larga estadía para adultos mayores, o ELEAM, es aquel en que residen personas de 60 años o más que, por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados que allí reciben. Dichos cuidados tienen por objeto la prevención y mantención de su salud, la mantención y estimulación de su funcionalidad y el reforzamiento de sus capacidades remanentes. Para su funcionamiento, los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores deberán contar con autorización otorgada por la Secretaría Regional Ministerial de Salud competente del lugar en que se encuentra ubicado. El número y fecha de la resolución que lo autoriza deberá ser exhibido en el frontis del establecimiento en un letrero de, al menos, 40x40 cm. con letras de a lo menos 2 cm. de tamaño.

Artículo 3°.- No podrán ingresar a estos establecimientos personas que presenten alteraciones agudas de gravedad u otras patologías que requieran asistencia médica continua o permanente. Si durante su estadía un residente presenta una enfermedad aguda o reagudización de una condición crónica, por indicación médica podrá quedarse en el establecimiento solamente si éste dispone de los recursos humanos y equipamiento de apoyo clínico y terapéutico adecuado para su cuidado y siempre que su permanencia no represente riesgo para su persona ni para los demás.

A falta de dichas circunstancias, la persona deberá ser trasladada a un establecimiento apropiado a su estado de salud, previo informe a los familiares o representante y según decisión de estas personas en su caso, o según indique el contrato firmado a su ingreso.

Artículo 4°.- La instalación y funcionamiento de los establecimientos regidos por el presente Reglamento, requiere autorización de la Secretaría Regional Ministerial de Salud en cuyo territorio de competencia se encuentran ubicados, entidad a la que le corresponderá, asimismo, su fiscalización, control y supervisión.

También requerirá de esta autorización la modificación posterior de la planta física, el aumento del número de camas y el traslado del establecimiento a otra ubicación.

Deberá comunicarse a la autoridad sanitaria señalada, con a lo menos 20 días de anticipación a su ocurrencia, el cambio de propietario o director técnico y el cierre transitorio o definitivo del establecimiento.

La autoridad sanitaria concederá o denegará la autorización mediante resolución, la que será fundada en caso de denegación. La autorización concedida tendrá una vigencia de cinco años la que se renovará automática y sucesivamente por períodos iguales mientras no sea expresamente dejada sin efecto.

Artículo 5°.- Para la obtención de la autorización de funcionamiento el titular o representante legal, en su caso, deberá elevar a la Secretaría Regional Ministerial de Salud competente una solicitud en la cual especifique el tipo de establecimiento que desea instalar en relación con el nivel de autovalencia de sus residentes, adjuntando los siguientes antecedentes:

- a) Nombre, dirección y teléfono del establecimiento, y su fax y dirección de correo electrónico, en caso de tenerlos.
- b) Individualización, RUT y domicilio del titular y representante legal, en su caso.
- c) Documentos que acrediten el dominio del inmueble o los derechos a utilizarlo del peticionario.
- d) Plano o croquis a escala de todas las dependencias, indicando distribución de las camas en los dormitorios o plano de las mismas en el caso de construcciones nuevas.
- e) Certificado de recepción final de la propiedad, en caso de construcciones nuevas.
- f) Certificado de un experto en prevención de riesgos o del Cuerpo de Bomberos que acredite que cumple con los requisitos de prevención y protección contra incendios, que establece el Reglamento sobre Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los lugares de trabajo.
- g) Certificación de las condiciones eléctricas y de gas, emitida por un instalador autorizado.
- h) Identificación del director técnico responsable con copia de su certificado de título, carta de aceptación del cargo y horario en que se encontrará en el establecimiento.
- i) Planta del personal con que funcionará el establecimiento, con el horario en que se contratará y sistema de turnos, información que deberá actualizarse a medida que se produzcan cambios en este aspecto. Una vez que entre en funciones, deberá enviar a la Secretaría Regional Ministerial de Salud la nómina del personal que labora ahí.
- j) Reglamento interno del establecimiento, de acuerdo con lo señalado en el artículo 27 de este reglamento.

- k) Plan de evacuación para los distintos tipos de emergencias.
- l) Libro foliado de uso de los residentes o sus familiares, para sugerencias o reclamos, que será timbrado por la autoridad sanitaria.
- m) Programa de atención usuaria del ELEAM diferenciado por nivel de valencia, el cual debe explicitar y describir:
- Prestaciones de cuidados, mantención y rehabilitación que se entregarán.
  - Servicios que se brindarán de apoyo, alimentación, aseo personal, higiene, vestuario, lavado de ropa y demás, que se consideren pertinentes, consignando acciones y frecuencia.
  - Protocolos de ingreso e inducción de los residentes y sus familiares.
  - Instrumentos de valoración geriátrica integral utilizados en el establecimiento.
  - Programas de estimulación y recreación acorde con la funcionalidad de los residentes que se efectuarán.
  - Plan de integración sociocomunitaria, que consigne estrategias y acciones para promover la mantención de los vínculos familiares, la integración a la red local de servicios y a la comunidad.

Artículo 6°.- Verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos por el presente reglamento, la Secretaría Regional Ministerial de Salud respectiva dictará la resolución de autorización de funcionamiento del mismo dentro del plazo de treinta días hábiles contados desde que el requirente completó los antecedentes necesarios para ello. El rechazo de la solicitud deberá emitirse mediante una resolución fundada.

## TÍTULO II DEL LOCAL E INSTALACIONES

Artículo 7°.- Los establecimientos de larga estadía para adultos mayores deberán disponer de una planta física que cumplirá a lo menos con los requisitos establecidos en los artículos 5° al 11, 18, 21 al 29, todos inclusive, del decreto N° 194 de 1978, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento de Hoteles y Establecimientos Similares. Además, deberán cumplir con el reglamento sobre Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los Lugares de Trabajo vigente, en lo que se refiere al personal que allí labora, en especial de las disposiciones de sus Títulos II y III, en lo que les sea aplicable.

Las dependencias deberán estar bien diferenciadas e iluminadas y contar con los elementos siguientes:

- a) Al menos una oficina/ sala de recepción, que permita mantener entrevistas en forma privada con los residentes y sus familiares o visitas.
- b) Los establecimientos de más de un piso deberán contar con un sistema seguro de traslado de los residentes entre un piso y otro (circulación vertical) que permita la cabida de una silla de ruedas o de una camilla.
- c) Zonas de circulación con pasillos que permitan el paso de una silla de ruedas neurológica, bien iluminados, sin desniveles o con rampas, si los hay, y pasamanos a una altura adecuada para los residentes al menos en uno de sus lados.
- d) Si tiene escaleras, éstas no podrán ser de tipo caracol ni tener peldaños en abanico y deberán tener un ancho que permita el paso de dos personas al mismo tiempo, con pasamanos en ambos lados y peldaños evidenciados.
- e) Sala o salas de estar o de usos múltiples que, en conjunto, tengan capacidad para contener a todos los residentes en forma simultánea. Éstas deberán tener iluminación natural, mobiliario adecuado, medios de comunicación con el mundo exterior y elementos de recreación para los residentes, tales como música ambiental, juegos, revistas, libros, etc.
- f) Zonas exteriores para recreación: patio, terraza o jardín.
- g) Comedor o comedores con capacidad suficiente para el 50% de los residentes simultáneamente.
- h) Dormitorios con un máximo de cuatro camas con iluminación y ventilación natural, guardarropa con espacio para cada uno de los residentes y un velador por cama, considerando espacio para un adecuado desplazamiento del personal de cuidado y de los residentes según su nivel de valencia.
- i) Un timbre de tipo continuo por pieza y en el caso de residentes postrados, uno por cama.
- j) Catres clínicos o similares en número bastante para el 100% de los adultos mayores que necesiten protección física o clínica.
- k) Vías de evacuación que permitan la salida fluida en situaciones de emergencia a un espacio exterior libre de riesgo, comunicado a la vía pública y con señalética visible y claramente comprensible por los residentes.
- l) Los servicios higiénicos deben estar cercanos a los dormitorios, ser de fácil acceso y estar iluminados y debidamente señalizados. Deberá haber a lo menos un baño por cada cinco residentes que, a lo menos, cuente con:
- puerta con barrido de apertura hacia el exterior
  - un inodoro y un lavamanos

- ducha y receptáculos para ducha, que permita la entrada de silla de ruedas
- pisos antideslizantes o con aplicaciones antideslizantes
- agua fría y caliente
- barras de apoyo a un costado del inodoro y de la ducha
- una ducha que permita el baño asistido y entrada de elementos de apoyo
- a lo menos un timbre de tipo continuo por baño

m) Un lavamanos en los dormitorios de pacientes postrados.

n) La cocina deberá cumplir con las condiciones higiénicas y sanitarias que aseguren una adecuada recepción, almacenamiento, preparación y manipulación de los alimentos. Su equipamiento, incluida la vajilla, estará de acuerdo al número de raciones a preparar. El piso y las paredes serán lavables; estará bien ventilada, ya sea directamente al exterior o a través de campana o extractor.

o) Sala con elementos mínimos para la atención de salud, archivo de fichas clínicas y mantención de equipamiento; e insumos médicos y de enfermería mínimos tales como esfigmomanómetro, fonendoscopio, termómetros, medidor de glicemia, saturómetro, medicamentos, elementos e insumos de primeros auxilios.

p) Mueble para mantener los medicamentos a resguardo, adecuado a las necesidades de conservación de éstos, que permanecerá cerrado, bajo la supervisión de un responsable determinado por la Dirección Técnica.

q) Lugar cerrado y ventilado destinado a guardar los útiles de aseo en uso; un receptáculo para lavado de útiles de aseo y un lugar exclusivo para el lavado de chatas.

r) Zona de lavado, con un lugar de recepción y almacenamiento para la ropa sucia, lavadora adecuada al número de residentes e implementación para el secado y planchado de la ropa, además de un lugar para clasificar y guardar la ropa limpia. Si existe servicio externo de lavado, se asignarán espacios separados y diferenciados para clasificar y guardar ropa sucia y limpia.

s) Dispositivo hermético y lavable de almacenamiento transitorio de basura, alejado de los espacios de circulación habitual de residentes y trabajadores.

t) Servicio telefónico con el exterior que cubra todas las necesidades de funcionamiento normal y emergencias, tanto del establecimiento como de los residentes. Este servicio deberá estar a disposición de los residentes para realizar y recibir llamadas.

Artículo 8°.- Todas las dependencias deberán mantenerse en buenas condiciones higiénicas, tratadas con desinfectantes periódicamente según las necesidades. La

preparación de los alimentos deberá cumplir con lo establecido en el decreto N° 977, de 1996, del Ministerio de Salud, Reglamento Sanitario de los Alimentos, en lo que le sea aplicable.

### TÍTULO III

#### DE LA DIRECCIÓN TÉCNICA Y DEL PERSONAL

Artículo 9°.- La dirección administrativa y de gestión de estos establecimientos deberá coordinarse en su accionar con la persona que ejerza la dirección técnica para proveerle el apoyo necesario. Podrá ser ejercida por la misma persona que cumple la dirección técnica, si posee los requerimientos que establece el artículo siguiente.

Artículo 10.- Los establecimientos deberán contar con dirección técnica, la que estará a cargo de un profesional de la salud con título de una carrera de 8 semestres a lo menos y de preferencia con capacitación en gerontología o de un profesional del área de las ciencias sociales con capacitación o postítulo en gerontología o en materia de personas mayores, al que corresponderán las siguientes funciones y responsabilidades:

- a) Ser el responsable ante la autoridad sanitaria del buen funcionamiento del establecimiento, en cuanto a la aplicación y control de las normas sanitarias vigentes y la observancia del Código Sanitario.
- b) Gestionar, asegurar y registrar que al ingreso del residente se determine su condición de funcionalidad mediante el Índice de Katz y el Test de Memoria Acortado (SPMSQ) Pfeiffer. Si el residente aporta un certificado de un médico externo sobre la condición de funcionalidad, éste deberá haberse emitido hasta una semana antes de esa fecha como máximo.
- c) Gestionar y hacer cumplir un procedimiento de ingreso de los residentes, a que se refiere el artículo 15 de este Reglamento.
- d) Velar por el ejercicio de los derechos y deberes de los residentes de acuerdo a la normativa general y particular vigente.
- e) Verificar el sistema previsional de salud a que esté afiliado el residente. En el evento que no cuente con uno, gestionar su incorporación al sistema que le corresponda.
- f) Establecer, en conjunto con el equipo profesional y técnico del establecimiento, un plan relativo a cuidados de salud para los residentes.

- g) Establecer y hacer cumplir los protocolos necesarios para enfrentar las urgencias médicas de mayor probabilidad de ocurrencia según el tipo de residentes del establecimiento.
- h) Determinar, en conjunto con asesoría nutricional, un plan general de nutrición.
- i) Gestionar y hacer cumplir un plan de integración sociocomunitaria que contenga acciones tendientes a fomentar la vinculación del residente con su red familiar y de ésta con el establecimiento y del residente con la red comunitaria y programas de estimulación y recreación acorde con la funcionalidad de los residentes. La actividad física de los residentes debe estar autorizada por un médico.
- j) Cuidar que la ficha clínica del residente esté siempre al día y establecer mecanismos efectivos y oportunos que permitan acceder a su contenido por parte del residente y de su representante.
- k) Facilitar la información sobre el estado de salud del residente cuando éste o su representante lo soliciten, la que debe entregarse en un lenguaje comprensible para quien la recibe de acuerdo con sus características.
- l) Coordinar y asegurar que los residentes reciban atención de salud primaria en un establecimiento público o privado y que se encuentren inscritos en el establecimiento de salud primaria del territorio en que está el establecimiento para que reciban las prestaciones que requieran, en caso de pertenecer al sistema público de salud.
- m) Gestionar la red de derivación para la atención de salud de los residentes, estableciendo las coordinaciones y sistemas de colaboración necesarios con los centros de salud cercanos.
- n) Establecer y asegurar la ejecución de acciones de coordinación con la familia en situaciones de salud de los residentes que puedan calificarse como delicadas, tales como episodios críticos de enfermedad, caídas, heridas, enfermedad, agresión a otros o a sí mismo, etc.
- o) Coordinar las acciones de los profesionales externos al establecimiento que concurran a él en materias sanitarias y sociales.
- p) Colaborar con el administrador en la coordinación del funcionamiento del establecimiento en temas de recursos humanos, tales como funciones, turnos, permisos, vacaciones.
- q) Establecer y hacer cumplir un procedimiento a seguir ante el fallecimiento de residentes.

Artículo 11.- En los establecimientos con capacidad de hasta 20 residentes, el Director Técnico deberá tener una permanencia mínima de 4 horas semanales en un horario que permita controlar adecuadamente el establecimiento; en aquellos con mayor capacidad deberán estar presentes al menos una hora cada día. Sin perjuicio de su horario contratado deberán tener disponibilidad permanente por contacto telefónico.

Artículo 12.- El establecimiento deberá contar con personal idóneo, en cantidad suficiente para satisfacer en forma permanente y adecuada la atención integral de los residentes, de acuerdo a su número y condiciones físicas y psíquicas.

Artículo 13.- Además, los establecimientos de larga estadía de adultos mayores deberán disponer del siguiente personal:

- a) Manipuladores de alimentos capacitados, en número adecuado para preparar el alimento de los residentes.
- b) Auxiliares de servicio encargados de aseo, lavandería y ropería en número adecuado de conformidad con el número y condición de valencia de los residentes.

Artículo 14.- Es recomendable que estos establecimientos cuenten, además, con servicios de:

- enfermera, para la gestión de los cuidados,
- nutricionista para la confección de minutas y dietas,
- kinesiólogo,
- terapeuta ocupacional o profesor de educación física con formación gerontológica para la rehabilitación y mantenimiento de las funciones biopsicosociales de los residentes,
- asistente social para el desarrollo de estrategias de intervención sociocomunitaria y articulación con las redes locales de servicios.

## TÍTULO IV

### DE SU FUNCIONAMIENTO

Artículo 15.- Todo establecimiento de larga estadía de adultos mayores deberá contar con un procedimiento de ingreso de pacientes, el cual contendrá, a lo menos, la definición y descripción de las etapas de preingreso, ingreso e inducción y comprenderá los protocolos para cada acción relevante definida así como los formularios necesarios. Los procedimientos descritos deberán contener acciones para

salvaguardar que el ingreso de los residentes se realice con su consentimiento en un grado acorde a su nivel de dependencia; el respeto de la confidencialidad de la información sensible; que se entregue al residente la información necesaria que le permita hacer uso de los servicios y prestaciones disponibles, la cual será proporcionada de manera que éste efectivamente la entienda; que se le haga una adecuada presentación del equipo profesional, técnico y auxiliar de atención directa; que se le haga una presentación de los otros residentes y se fomente la integración entre todos; que se le designe un profesional de referencia y auxiliares de referencia en cada turno. Además comprenderá un plan de intervención individual que contenga aspectos de salud y sociales.

Artículo 16.- El nivel de la valencia de los adultos mayores se clasificará de acuerdo a la escala de evaluación funcional Katz. Se entenderá por dependencia la situación derivada de la falta o la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual de una persona para desarrollar por sí misma las actividades corrientes de la vida diaria, por lo que requiere apoyo, asistencia o ayuda de otra. Adulto mayor autovalente es aquel que realiza, sin necesidad de ayuda de terceras personas, las actividades de la vida diaria de bañarse, vestirse, usar el inodoro, trasladarse, mantener la continencia y alimentarse.

Adulto mayor dependiente leve es aquel que puede realizar por sí mismo sólo cinco de las seis actividades de la vida diaria y requiere ayuda o asistencia para realizar sólo una de las actividades señaladas. Adulto mayor dependiente moderado es aquel que presenta capacidad para realizar por sí solo entre dos y cuatro de las actividades de la vida diaria señaladas. Adulto mayor con dependencia severa o postrado es aquel que está totalmente incapacitado para realizar las actividades de la vida diaria señaladas. Adulto mayor con dependencia psíquica es aquel que presenta dificultades para desarrollar sin apoyo de terceros actividades como manejar su propio dinero, comprar, manejar la cocina, preparar alimentos, recordar compromisos, manejar su propia medicación, pasear por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa, realizar ejercicios básicos de cálculo, memoria o deletreo de palabras, reconocer la fecha del día en que está, recordar su nombre o fecha de nacimiento, etc.

También se considera en esta categoría a aquel que presenta trastornos conductuales tales como fugas, agresiones verbales o físicas, deambulación sin propósito, etc.

Artículo 17.- Los adultos mayores con dependencia psíquica o física severa requieren:

- a) Un auxiliar de enfermería 12 horas diurnas y uno de llamada en la noche.
- b) Un cuidador por cada siete residentes 12 horas del día y uno por cada diez en turno nocturno. De acuerdo con ello, a partir de ocho residentes ya corresponden dos cuidadores diurnos y a partir de quince corresponden tres, y así sucesivamente, operando del mismo modo respecto de los cuidadores del turno de noche.

Artículo 18.- Los adultos mayores con dependencia física o psíquica en grado leve o moderado requieren:

- a) un auxiliar de enfermería de dos horas diarias de permanencia y de llamada las 24 horas del día.
- b) un cuidador por cada doce residentes dependientes 12 horas del día y uno por cada veinte en horario nocturno. De acuerdo con ello, a partir de trece residentes ya corresponden dos cuidadores diurnos y a partir de veinticinco corresponden tres, y así sucesivamente, operando del mismo modo respecto de los cuidadores del turno de noche.

Artículo 19.- Los adultos mayores autovalentes requieren de un cuidador por cada veinte residentes durante las veinticuatro horas.

Artículo 20.- Cualquiera sea el número de residentes o su condición de valencia, en horario nocturno el establecimiento no podrá quedar a cargo sólo de una persona.

Artículo 21.- Corresponde al personal auxiliar de enfermería organizar y supervisar, de acuerdo con las indicaciones del director técnico, las siguientes acciones:

- suministro de alimentos por sonda a los residentes que tengan esa indicación médica,
- aseo personal de residentes o apoyo para ello si se requiere,
- mantenimiento de higiene de camas y habitaciones,
- acciones de mantenimiento de la movilidad y para reforzamiento de capacidades remanentes,
- prevención de úlceras de decúbito,
- administración de medicamentos recetados a los residentes.

Artículo 22.- Por su parte, corresponderá a los cuidadores efectuar las siguientes tareas:

- asistencia en el comer o suministro de alimentos orales a los residentes que lo requieran,
- asistencia en el traslado,
- asistencia en las acciones de aseo personal o ejecución directa de las mismas, según necesidad del residente,
- asistencia en el aseo de la cama y habitación o ejecución directa en su caso,
- Acompañamiento al baño, asistencia o supervisión si fuese necesario,
- Desarrollo de actividades para el mantenimiento de la movilidad o asistencia en su ejecución,
- Acciones de prevención de úlceras de decúbito, heridas y similares,
- Suministro de medicamentos orales y demás similares.

Artículo 23.- Deberán estos establecimientos cautelar que los residentes dispongan de los medios para el control periódico de su salud, a través de los servicios de un médico privado o de la atención primaria, según lo informado al ingreso de conformidad con el artículo 15 de este reglamento, o podrá ser un médico provisto por la residencia.

Artículo 24.- El personal indicado en los artículos anteriores deberá ser incrementado proporcionalmente en relación con el número de camas y el grado de dependencia de los residentes.

Artículo 25.- Copia del presente reglamento debe situarse en un lugar visible del establecimiento para el conocimiento de los residentes y familiares. Igualmente, al momento del ingreso deberá hacerse entrega al residente el reglamento interno del establecimiento y una copia de la presente normativa con letra de tamaño fácilmente legible y una copia adicional a los familiares que lo acompañen. Si el residente no está en condiciones de leer estos documentos, deberán serle explicados procurando su comprensión.

Artículo 26.- Los establecimientos de larga estadía de adultos mayores contarán con un procedimiento para emergencias y catástrofes en el que se definirán las funciones que deben cumplirse y los responsables de ellas, así como los elementos, sistemas y herramientas con que cuenta el establecimiento para enfrentarlas. Dicho procedimiento contará con los protocolos para cada acción relevante allí definida, así como los formularios que corresponda.

Artículo 27.- Los establecimientos regidos por este reglamento deberán contar con un reglamento interno en que se regule la convivencia en su interior y se salvaguarde el respeto irrestricto de los derechos y del ejercicio de la autonomía de los residentes.

Dicho reglamento establecerá, a lo menos:

- Descripción general de la población objetivo que se atenderá, diferenciando por nivel de valencia;
- Indicación de los días y horarios de visita;
- Procedimiento de gestión de reclamos;
- Plan general de nutrición de los residentes;
- Reglas sobre uso de lugares comunes de libre disposición;
- Normativas sobre uso de calefacción e iluminación y cualquier otra materia relacionada con las anteriores que se estime necesario incluir;
- Formulario de contrato que se celebrará entre el establecimiento y los residentes o sus representantes, en el que se estipule, de manera exhaustiva y clara para los residentes y su familiar, los derechos y deberes de ambas partes y las causales de exclusión del residente. El contrato consignará la obligación del establecimiento de rendir cuenta detallada de los gastos en que incurra respecto del residente, así como del uso de sus ingresos en caso del cobro delegado de pensiones u otros ingresos.

Con todo, ni el contrato ni el reglamento en caso alguno podrán contener disposiciones que atenten contra los derechos fundamentales del residente, ni tampoco podrá condicionarse la firma del contrato a la suscripción por el residente de poderes especiales o generales a favor del representante legal, el director técnico u otro trabajador del establecimiento.

Artículo 28.- Todo establecimiento de larga estadía de adultos mayores deberá contar con un plan de intervención sociocomunitaria que contenga estrategias comunes, diferenciadas por nivel de valencia específico, tendientes a la integración sociofamiliar, estimulación y recreación acorde con la funcionalidad de los residentes. Dicho plan contendrá los protocolos para cada acción relevante definida en él así como los formularios que corresponda.

#### TÍTULO IV

#### DE LA FISCALIZACIÓN

Artículo 29.- Corresponderá a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud en sus respectivos territorios de competencia supervisar el funcionamiento de los establecimientos ubicados en éste y fiscalizar el cumplimiento del presente Reglamento. La contravención de sus disposiciones será sancionada por la misma autoridad, de acuerdo a lo dispuesto en el libro Décimo del Código Sanitario.

Artículo 30.- Derógase el decreto N° 134, de 2005, del Ministerio de Salud.

#### ARTÍCULO TRANSITORIO

Artículo 1°.- Aquellos establecimientos que se encuentren en funcionamiento a la vigencia del presente Reglamento, deberán ajustarse a sus disposiciones en el plazo de un año contado desde su publicación en el Diario Oficial.

Anótese, tómese razón y publíquese.- MICHELLE BACHELET JERIA, Presidenta de la República.- Álvaro Erazo Latorre, Ministro de Salud. Lo que transcribo para su conocimiento.- Saluda atentamente a Ud., Liliana Jadue Hund, Subsecretaria de Salud Pública.

**GLOSARIO**

**ABVD:** Actividades Básicas de la Vida Diaria.

**CIOMS:** Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas.

**DL:** Dependencia Leve.

**DM:** Dependencia Moderada.

**DT:** Dependencia Total.

**ELEAM:** Establecimiento de Larga Estadía del Adulto Mayor.

**EDPM:** Estudio Nacional de la Dependencia en Personas Mayores.

**INE:** Instituto Nacional de Estadísticas.

**EMPAM:** Examen Anual de Medicina Preventiva del Adulto Mayor.

**MINSAL:** Ministerio de Salud.

**MMSE:** Mini mental test (*Mini Mental Stage Examination.*)

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**PACAM:** Programa Nacional de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor.

**PUCV:** Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.

**ROM:** Rangos de movimiento (*Range of Motion.*)

**SENAMA:** Servicio Nacional del Adulto Mayor.

**SEREMIS:** Secretaría Regional Ministerial de Salud.

**SPMSQ:** Test de memoria acortado Pfeiffer (*Short Portable Mental State Questionnaire.*)

**TENS:** Técnico en Enfermería de Nivel Superior.