



ASESORÍAS PARA EL DESARROLLO

**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, ELEM**

---

**INFORME FINAL – Versión Definitiva**

**Asesorías para el Desarrollo**

**Equipo consultor:** Pablo Morris Keller (coordinador general),  
Gonzalo Tassara, Consuelo Valderrama, Iara Rivera, Manuela Valle, Deiza Troncoso

**22 de Octubre de 2007**

# ÍNDICE

<b><u>PRESENTACIÓN</u></b> .....	<b>3</b>
<b><u>1. ANTECEDENTES</u></b> .....	<b>4</b>
1.1. EL CONTEXTO ACTUAL DE LA PROBLEMÁTICA ADULTO MAYOR EN CHILE .....	5
1.2. CONOCIMIENTO DISPONIBLE ACERCA DE LOS ADULTOS MAYORES .....	7
1.3. HACIA UN SISTEMA DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD DE LOS HOGARES DE ADULTOS MAYORES .....	8
<b><u>2. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO</u></b> .....	<b>10</b>
2.1. OBJETIVOS .....	10
2.2. ETAPAS DEL ESTUDIO.....	10
<b><u>3. EXPERIENCIAS INTERNACIONALES DE ACREDITACIÓN DE CALIDAD DE ELEAM</u></b> .....	<b>15</b>
3.1. EL CASO DE CANADÁ .....	15
3.2. EL CASO DE FRANCIA.....	33
3.3. EL CASO DE ESPAÑA .....	54
3.4. EL CASO DE NUEVA ZELANDA .....	72
4.1. SISTEMA DE ACREDITACIÓN DE CARRERAS DE EDUCACIÓN SUPERIOR.....	74
4.2. SISTEMA DE ACREDITACIÓN DE INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN SUPERIOR.....	79
4.3. MODELO ASEGURAMIENTO CALIDAD - JUNJI .....	83
4.4. PREMIO NACIONAL DE LA CALIDAD .....	88
4.5. CERTIFICACIÓN DE LA GESTIÓN ESCOLAR-FUNDACIÓN CHILE.....	92
4.6. CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS LABORALES .....	97
<b><u>5. HACIA UN MODELO DE CALIDAD</u></b> .....	<b>101</b>
<b><u>6. APROXIMACIÓN A UN DIAGNÓSTICO DE LA CALIDAD DE LOS ELEAM EN CHILE</u></b> .....	<b>109</b>
6.1. ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LOS ELEAM SEGÚN ALGUNAS DIMENSIONES DE CALIDAD.....	109
6.2. ANÁLISIS DE CALIDAD: ÍNDICE ESTIMATIVO DE CALIDAD DE LOS ELEAM Y TIPOLOGÍA DE HOGARES ....	126
<b><u>7. LINEAMIENTOS Y RECOMENDACIONES PARA UN MODELO DE CALIDAD PARA ELEAM</u></b> ..	<b>133</b>

## PRESENTACIÓN

El documento que se presenta a continuación corresponde al Informe Final del “*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*”, desarrollado por Asesorías para el Desarrollo para SENAMA.

El equipo del estudio estuvo encabezado por el sociólogo Pablo Morris e integrado por los sociólogos Gonzalo Tassara, Consuelo Valderrama y la psicóloga Anahí Alarcón. En la revisión de experiencias internacionales participaron como consultoras asociadas las sociólogas Iara Rivera (Francia), Manuela Valle (Canadá) y Deiza Troncoso (España).

El Informe se estructura en seis capítulos:

- El primero de ellos presenta un conjunto de **antecedentes** sobre la situación del adulto mayor en Chile y la importancia de generar un sistema de mejoramiento de la calidad de los establecimientos de larga estadía para adultos mayores.
- El segundo capítulo presenta los **objetivos y la metodología** empleada en el estudio.
- Luego se presenta la revisión detallada de 4 **experiencias internacionales** de modelos de aseguramiento de la calidad de ELEAM (Canadá, Francia, España y Nueva Zelanda).
- En el cuarto capítulo se repasan algunos aspectos de interés que pueden ser tomados en cuenta para la construcción de un plan de aseguramiento de calidad ELEAM en Chile, en base a **modelos similares aplicados en otros ámbitos a nivel nacional** (Acreditación de Carreras e Instituciones de Educación Superior, Aseguramiento de Calidad de Jardines Infantiles, Premio Nacional de la Calidad, Certificación de la Gestión Escolar y Certificación de Competencias Laborales).
- En el quinto capítulo se presenta un **diagnóstico de la situación actual de los ELEAM en Chile**, a partir de una encuesta aplicada telefónicamente a nivel nacional a representantes de establecimientos de todas las regiones y de entrevistas semi-estructuradas con una muestra de directores de establecimientos de las regiones Quinta y Metropolitana.
- Finalmente, en el sexto y último capítulo se presentan una serie de **lineamientos y recomendaciones** para la construcción de un Plan de Mejoramiento Continuo de la Calidad del servicio de los ELEAM en Chile, a la luz de todos los antecedentes presentados anteriormente.

Adicionalmente, se incluyen **Anexos** con ciertos instrumentos para la evaluación de calidad de los ELEAM aplicados en las experiencias internacionales, los instrumentos cualitativos y cuantitativos aplicados para el diagnóstico de la situación actual de los ELEAM en Chile, y los cuadros completos de la información cuantitativa y cualitativa recogida para el diagnóstico.

## 1. ANTECEDENTES

En el marco del Programa Intervenciones Innovadoras para el Adulto Mayor financiado por el BID, el Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA, manifestó su interés en la realización de un estudio que contribuyera a diseñar un sistema y plan de mejoramiento de la calidad del servicio que ofrecen los hogares o establecimientos de larga estadía para adultos mayores, demanda alineada con:

- i. el compromiso de acción para los adultos mayores expresado por la Presidenta Michelle Bachelet en su programa de gobierno, de “defender el derecho de los adultos mayores a ser miembros plenos de la sociedad y de la familia, estableciendo drásticas sanciones al maltrato a los ancianos en hogares o al interior de las familias”,
- ii. el objetivo específico planteado en las orientaciones estratégicas de SENAMA para el período 2006-2010, de “crear los marcos legales y mecanismos adecuados para la protección de las personas mayores que utilizan servicios de cuidado de largo plazo, y,
- iii. la meta definida por SENAMA en el Plan Nacional Conjunto del Adulto Mayor 2006-2010, en orden a “garantizar el pleno ejercicio de los derechos fundamentales a todas las personas adultas mayores y consolidar al 2010 un sistema de protección social que resguarde a los y las chilenas en la vejez, y que responda a las oportunidades y desafíos que plantea el envejecimiento de la población en nuestro país”

Para situar el desafío de construir un sistema de mejoramiento de los establecimientos de larga estadía para adultos mayores, es fundamental contextualizarlo con algunos antecedentes generales sobre las características sociodemográficas actuales de la población adulto mayor en Chile y de los adultos mayores institucionalizados, los principales enfoques conceptuales de los estudios sobre adultos mayores, y el marco normativo que regula actualmente a los ELEM en el país, relevando la importancia de avanzar hacia un modelo de gestión de calidad en el servicio que estas instituciones ofrecen.

## 1.1. El contexto actual de la problemática adulto mayor en Chile<sup>1</sup>

En la actualidad, el panorama demográfico a nivel mundial revela un progresivo envejecimiento poblacional, realidad de la cual Chile no está exento. Entre los años 1950 y 2002 los adultos mayores aumentaron de un 6,8% a un 11,4% y para el 2025 se proyecta un 16%. Estos hechos tienen implicancias directas en la política pública, ya que implican que habrán nuevas demandas desde este sector hacia las políticas sociales, tanto cuantitativamente (más personas adultas mayores) como cualitativamente (nuevo tipo de necesidades que no han sido abordadas por sistemas tradicionales de protección social).

Según el Censo 2002, la población de adultos mayores en Chile es de 1.717.478 personas (56% mujeres y 44% hombres). La encuesta CASEN 2003, por su parte, señala como algunas de las principales tendencias para el segmento las siguientes:

- Aumento de participación en la estructura etaria de los rangos de edad de 66 a 75 años y de 76 años y más. Mientras mayor la edad de la población adulto mayor, más probable es que exista una alta proporción de ésta semivalente o postrada.
- Alta proporción de personas en hogares unipersonales, especialmente mujeres solas, en relación a población total.
- Alta proporción de mujeres jefas de hogar.
- Tasa de participación en organizaciones sociales más alta que el resto de la población-
- Entre 1990 y 2003, desciende la indigencia y la pobreza no indigente en adultos mayores, aunque ésta última aumenta entre 2000 y 2003. En todo caso, ambas tasas son más bajas que para la población total, lo que parece estar vinculado fuertemente a la operación de redes de apoyo familiar (Huenchuán 2004).
- Descenso de analfabetismo en adultos mayores entre 1990 y 2003 (vinculado a mayor escolaridad), aunque sigue siendo muy superior a la población menor de 60. Las

---

<sup>1</sup> Para esta sección se han utilizado las siguientes referencias bibliográficas:

- Huenchan, Sandra. “De Objetos De Protección A Sujetos De Derechos: Trayectoria De Las Políticas De Vejez En Europa Y Estados Unidos”. Artículo publicado en Revista de Trabajo Social Perspectivas: Notas sobre Intervención y Acción Social, N° 8, Diciembre de 1999, Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez, Santiago de Chile.
- Villatoro, Pablo. “Algunas reflexiones sobre la Focalización y Eficiencia de las Políticas de Des – Institucionalización de adultos mayores en el Hogar de Cristo”. 2003. Unidad de Estudios Hogar de Cristo.
- Hogar de Cristo-Universidad del Desarrollo. “Aspiraciones y Expectativas de los adultos mayores” Santiago, Chile. 2005.
- Huenchan, Sandra. “Pobreza y Redes De Apoyo en la Vejez. Acercamiento desde las Diferencias De Género”. Trabajo presentado en el I Congreso de la Asociación Latino Americana de Población, ALAP, realizado en Caxambú- MG – Brasil, del 18- 20 de Septiembre de 2004.
- Entrevista a Marcelo Arnold, realizada por Vicky Quevedo Méndez en Foro Ciudadano, 2006.
- Barros, Carmen. Herrera, Soledad. “Percepción de Apoyo Social y su Relación con el Bienestar Psicosocial de los Adultos Mayores en el Gran Santiago”. Trabajo expuesto en el IV Congreso Latinoamericano de Geriatria Y Gerontología. Santiago, Chile. Septiembre 2003.
- Huenchan, Sandra. “Políticas Públicas y Políticas de Vejez. Aspectos Teórico –Conceptuales”. Ponencia expuesta ante CEPAL, UNFPA y Cooperazione Italiana. 2005.

brechas de capital humano según nivel de ingreso repiten la tendencia de la población en general.

- Relación de afiliados a FONASA v/s ISAPRE es más alta que en el resto de la población (salvo en quintil más rico).
- El 44,7% de la población de entre 60 y 65 años se encuentra en la fuerza de trabajo, con una significativa diferencia entre hombres (68,5%) y mujeres (24,1%). Entre los 66 y 75 años, la tasa cae a 20,6% y en las personas de 76 y más, a 6,5%.
- La principal razón de inactividad laboral en los adultos mayores es la jubilación. El 78,4% de los adultos mayores recibe pensión asistencial (PASIS) para la vejez. Entre los que reciben jubilación, crece la participación de las AFP en el pago de pensiones. La pensión promedio en Chile actualmente es de \$120.000 (Fuente: [www.mintrab.gob.cl](http://www.mintrab.gob.cl)).

A pesar de la importancia creciente que tiene y tendrá la población adulto mayor en el país, y pese a que la experiencia internacional muestra que la organización y prestación de servicios de salud y de atención de largo plazo toma cada vez más relevancia desde el punto de vista político y como necesidad socio-familiar, un estudio reciente<sup>2</sup> señala que no existe en Chile un registro fiable de del número de **establecimientos de larga estadía para el adulto mayor** y de la población atendida por éstos.

El Ministerio de Salud, a través de las SEREMIS lleva el registro de establecimientos autorizados, pero no se sabe qué porcentaje representan éstos del total real. De acuerdo a una estimación estadística del mismo estudio antes citado en base a datos del Censo 2002, habrían en el país un total de 1.668 “hogares de ancianos”, de los cuales 624 (37,4%) serían “residencias colectivas informales” y 1.044 (62,6%) “residencias colectivas formales”. En la Región Metropolitana, según la misma estimación, habría 804 residencias, divididas en 520 formales y 284 informales. Estos establecimientos atenderían a una población estimada de 14.178 adultos mayores.

Con respecto al **perfil de la población atendida en los ELEAM**, el mismo estudio muestra que los adultos mayores institucionalizados son mayoritariamente mujeres, de 80 años y más en el caso de residencias formales y menores de 80 en los establecimientos informales, viudos, alfabetizados, jubilados y sin discapacidad. Otro estudio realizado en octubre de 2002 con personas institucionalizadas en las sedes de la Fundación las Rosas de Ayuda Fraternal de la Región Metropolitana<sup>3</sup> revela que ellas son mayoritariamente autosuficientes, tanto desde el punto de vista de la continencia urinaria, como de la alimentación y la movilidad, aunque hay un número significativo de adultos mayores pobres institucionalizados con importantes alteraciones funcionales, lo que es un factor de mayor costo de atención, tanto humano como económico.

---

<sup>2</sup> Marín, P., Guzmán, J. M. y Araya, A., “Adultos mayores institucionalizados en Chile: ¿cómo saber cuántos son?”, en Revista Médica de Chile. 2004 Jul;132(7):832-8.

<sup>3</sup> Marín, P., Hoyl, T., Gac, H., Carrasco, M., Duery, P., Petersen, K., Cabezas, M., Dussailant, C. y Castro, S., “Evaluación de 1497 adultos mayores institucionalizados, usando el sistema de clasificación de pacientes RUG T-18”

## 1.2. Conocimiento disponible acerca de los adultos mayores

Existe una relativa escasez de conocimiento local actualizado y especializado en el tema de los adultos mayores (Arnold, 2006), más allá de datos muy generales que no recogen toda la heterogeneidad del grupo y sus diversas realidades (diferencias de género, tramos de edad, urbano-rural, trayectoria laboral previa, etc.).

Esta falta de estudios que profundicen en las realidades heterogéneas que enfrentan los adultos mayores puede encontrar una de sus principales causas en la *baja visibilidad propia del mundo adulto mayor* en la agenda pública, no constituyendo un movimiento social (Arnold, 2006). Sólo en los últimos años adquiere mayor visibilidad por una decisión política (creación de SENAMA) y más recientemente por la discusión en torno a la reforma previsional durante el actual gobierno de Michelle Bachelet.

De acuerdo a la literatura existente se puede señalar que algunos de los principales **factores asociados al bienestar y la calidad de vida** de los adultos mayores son: i) sistemas de apoyo social en salud, ii) redes de apoyo interpersonales, iii) entorno físico y urbano saludable, iv) condición de salud física y mental y v) estrategias de adaptación y afrontamiento de situaciones. Sin embargo, es escasa la información empírica disponible sobre estos temas en Chile. Un estudio reciente con beneficiarios del Hogar de Cristo mostró entre las principales **preocupaciones de los adultos mayores pobres e indigentes**: el bienestar de su salud, el aumento de sus ingresos económicos, la aspiración a un trabajo o actividad liviana, el deseo de una buena convivencia, y la aspiración de contar con un espacio de residencia propio (Hogar de Cristo-Universidad del Desarrollo 2005).

Es interesante destacar aquí un **vuelco en los enfoques conceptuales** sobre el tema, en paralelo con su mayor y creciente presencia producto de las dinámicas demográficas y socio-culturales, desde una mirada centrada en los adultos mayores como *objeto de protección social* a otra que los ve como *sujetos de derechos* (Huenchuán 1999). También los enfoques de gerontología crítica han puesto el énfasis en la mirada de la vejez no como un problema meramente demográfico, biológico o de salud, sino como un proceso construido socialmente a partir de dinámicas socioculturales complejas.

Dentro del contexto de este giro en los enfoques conceptuales usados para analizar la problemática de los adultos mayores en Chile, el diseño de un sistema para el mejoramiento de la calidad de los ELEM debiera tener en cuenta, más allá de la obligación básica de cuidado de la población allí atendida, el constituirse en un espacio para el despliegue de sus capacidades e intereses, de modo tal que los estándares de calidad estén íntimamente vinculados con el pleno ejercicio de la condición de ciudadanos de los adultos mayores institucionalizados.

### 1.3. Hacia un sistema de mejoramiento de calidad de los Hogares de Adultos Mayores

En términos generales, los **objetivos de un hogar del adulto mayor** pueden resumirse en: generar un espacio físico de acogida para aquellos adultos mayores que quieran desarrollarse y compartir en comunidad, fomentar la participación e integración social del adulto mayor, fomentar la asociatividad entre sus pares, fortalecer la responsabilidad intergeneracional entre la familia y la comunidad y promover estilos de vida saludable. En algunos casos, se trata de espacios de acogida transitorios y, en otros, de lugares de alojamiento y cuidado permanente. Debe, por lo tanto, incorporarse la heterogeneidad de necesidades de la población adulto mayor a atender (por género, grupo socio-económico, redes de apoyo disponibles, estado de salud, nivel de autonomía, entre otros), dentro del diseño del sistema de acreditación.

En el caso de Chile, según el artículo 2 del **Reglamento de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM)**<sup>4</sup>, éstos se definen como lugares “en que residen adultos mayores que, por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados para la mantención de su salud y funcionalidad, los cuales cuentan con autorización para funcionar en esa calidad, otorgada por la Secretaría Regional Ministerial de Salud competente del lugar en que se encuentran ubicados”. Según esta definición, quedan excluidos del acceso a estos establecimientos personas con patologías o alteraciones graves de salud que requieran asistencia médica continua.

La SEREMI de Salud del territorio correspondiente está a cargo de la autorización, fiscalización, control y supervisión de estos establecimientos. Para obtener la autorización se requiere el cumplimiento de ciertas condiciones administrativas básicas, en cuanto a extensión y distribución del espacio físico, condiciones de higiene y seguridad, servicios básicos de luz, agua y gas, calificaciones del personal directivo y administrativo, reglamento interno y libro de reclamos para residentes o familiares.

Se puede apreciar que el modelo de registro y autorización de ELEAM pone énfasis en aspectos sanitarios mínimos. Asumiendo que Chile se encuentra actualmente recién en una etapa inicial del camino hacia un posible sistema futuro de acreditación de calidad, cuyo primer paso básico es justamente la creación de un registro y empadronamiento nacional de las instituciones autorizadas por la Seremi de Salud de cada región, es de todos modos posible avanzar en un ejercicio prospectivo hacia la construcción de un modelo de calidad, que identifique las características deseables hacia las cuales debiera tender el servicio prestado por los ELEAM, desde un perspectiva de derechos del adulto mayor.

Resulta pertinente agregar aquí algunas **precisiones conceptuales sobre las características de los procesos de acreditación de calidad**. La acreditación o certificación es la “acción y efecto de dar seguridad de que alguna persona o cosa es lo que representa o parece”<sup>5</sup>. Como proceso, se ha ido ampliando durante la última década crecientemente hacia nuevos ámbitos de actividad social, desde la certificación de calidad de productos físicos, hacia la acreditación de procesos

<sup>4</sup> Decreto N° 134 de 2005, publicado en el Diario Oficial, el día 15 de Marzo de 2006.

<sup>5</sup> Diccionario de la Real Academia Española.



productivos, servicios, sistemas de gestión de recursos materiales y humanos, y más recientemente, la certificación de personas en general y trabajadores en particular, para el desempeño de funciones específicas.

La certificación/ acreditación es un proceso de reconocimiento formal por organismos externos del cumplimiento de estándares pre-definidos, conocidos y validados por expertos temáticos y representantes vinculados al ámbito específico (en este caso, adulto mayor), los cuales han sido verificados previamente en terreno, en el marco de un proceso de evaluación continua y uniforme de las instituciones.

Los estándares de calidad deben ser:

- Realistas: las acciones propuestas y los insumos requeridos deben ser viables y los resultados alcanzables en condiciones normales de operación
- Dinámicos: deben poder ajustarse en el proceso y en el tiempo, como resultado de la evaluación
- Medibles: se debe poder verificar el nivel de logro de la calidad mediante indicadores acordados, validados y empíricamente contrastables
- Concertados: deben ser comprensibles y acordados por todos los interesados, reflejando un compromiso en torno a la calidad y al logro que ésta representa

## 2. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

### 2.1. Objetivos

El objetivo general del estudio fue: *“Diseñar un sistema y un plan de calidad continua del servicio que ofrecen los establecimientos de larga estadía, ELEAM, para adultos mayores distinguiendo áreas, y estándares a desarrollar, así como las etapas y sectores públicos que deberían incorporarse”*.

Lo anterior se desglosó en los siguientes objetivos específicos:

- a) Realizar una revisión exhaustiva de modelos de acreditación de ELEAM que existen en otros países, entre estos Canadá, Nueva Zelanda y España.
- b) Evaluar desde un punto de vista de la eficiencia y de la pertinencia, la factibilidad de adaptación de modelos o estándares de otros países a la situación chilena.
- c) Realizar una revisión exhaustiva de sistemas de acreditación/certificación públicos y privados aplicados en otros ámbitos actualmente en Chile.
- d) Identificar dimensiones sociales claves asociadas a indicadores de calidad a considerar para un modelo de acreditación de ELEAM para Chile.
- e) Actualizar el diagnóstico de los ELEAM actualmente autorizados en Chile en cuanto a las dimensiones sociales claves asociadas a indicadores de calidad identificadas.
- f) Conocer la visión de los actores involucrados en el tema adulto mayor sobre el tipo y características del servicio deseado por parte de los ELEAM.
- g) Proponer un plan de calidad continua de los establecimientos de larga estadía, que incluya estándares medibles y cuantificables.

### 2.2. Etapas del estudio

Para lograr los objetivos mencionados, el estudio se dividió en tres grandes etapas. La Etapa 1 fue de revisión de experiencias de acreditación/certificación y se subdividió en un módulo de sistematización de modelos o sistemas internacionales de acreditación/certificación de calidad de ELEAM y otro módulo de revisión de modelos y sistemas de acreditación/certificación aplicados en otros ámbitos en Chile. En base a ambas revisiones se elaboró una primera propuesta de dimensiones para la construcción de un modelo inicial de calidad para los ELEAM. En la Etapa 2 se realizó el diagnóstico de la situación actual de calidad de los ELEAM autorizados en Chile, usando técnicas cuantitativas y cualitativas. Finalmente, en la Etapa 3, a partir de las actividades realizadas en las etapas previas, se elaboraron un conjunto de lineamientos y recomendaciones para la implementación de un sistema y plan de mejoramiento de calidad del servicio que ofrecen los ELEAM.

A continuación se explican de manera detallada las actividades asociadas a cada una de estas Etapas.

### ***Etapas 1: Revisión de experiencias relevantes de acreditación/certificación de calidad***

En esta etapa se realizó una revisión bibliográfica de modelos de acreditación de calidad de ELEAM en Canadá, España, Francia y Nueva Zelanda, y de sistemas de certificación de calidad aplicados en otros ámbitos en Chile, tales como: el Premio Nacional de la Calidad, el Sistema de Acreditación de Calidad de Salas Cunas y Jardines Infantiles, Sistema de Acreditación de Carreras e Instituciones de Educación Superior, Certificación de Competencias Laborales y Certificación de la Calidad de la Gestión Escolar

Para la **revisión internacional** se contó con la participación de una red de 3 profesionales de las ciencias sociales asociados a Asesorías para el Desarrollo, actualmente estudiantes de postgrado residentes en España, Francia y Canadá. La red de profesionales residentes en el extranjero, junto con recopilar y sistematizar documentos, estudios e informes relativos a certificación/acreditación de calidad de ELEAM realizó entrevistas personales con informantes claves en los respectivos países, algunos sugeridos por SENAMA y otros contactados directamente.

Para la **revisión de experiencias nacionales**, el equipo de Asesorías para el Desarrollo recopiló y sistematizó documentos, estudios e informes sobre los diferentes modelos y sistemas analizados, junto con tomar contacto directo con los actores directamente involucrados en el diseño, gestión y operación de estos sistemas.

#### **Cuadro 1: Aspectos considerados en revisión de experiencias nacionales e internacionales**

<p>1. Modelo vigente en el país</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Breve historia (incluyendo año desde el que está en funcionamiento el sistema)</li><li>- Organización administrativa, dependencia (ente responsable de la acreditación y otros actores vinculados)</li><li>- Entidades encargadas de acreditar calidad: principales funciones</li><li>- Recursos monetarios y no monetarios utilizados para el funcionamiento del sistema.</li><li>- Funcionamiento del sistema: proceso, acreditación anual o con qué frecuencia, voluntaria u obligatoria, herramientas de medición, etc.</li><li>- Evaluaciones realizadas al sistema: principales hallazgos</li><li>- Resultados de la aplicación del modelo: fortalezas, debilidades, cambios positivos y negativos en la calidad de los ELEAM tras su aplicación</li></ul>
<p>2. Dimensiones y estándares utilizados para el aseguramiento de la calidad (los contenidos del sistema)</p>
<p>3. Factibilidad de la aplicación de un modelo como el revisado, en Chile. Aspectos más y menos pertinentes, ajustes necesarios.</p>

A partir de la revisión de experiencias nacionales e internacionales se identificó un conjunto de **dimensiones claves de calidad** aplicables al servicio entregado por los ELEAM, desde una perspectiva de derechos ciudadanos y calidad de vida de los adultos mayores

## ***Etapa 2: Actualización de diagnóstico de ELEAM autorizados***

En esta etapa, se realizó un diagnóstico de los ELEAM actualmente autorizados en Chile, aplicando **técnicas cuantitativas** (encuesta telefónica a 419 ELEAM autorizados de todas las regiones) y **cualitativas** (entrevistas semi-estructuradas a 12 directores de ELEAM de las regiones quinta y metropolitana). Es importante señalar que la aplicación de ambas técnicas tuvo un carácter de levantamiento de información, *no fiscalizador*. Lo que se buscó fue identificar elementos diagnósticos y de percepción de los directores de ELEAM.

- *Encuesta telefónica:* Entre los días 2 y 10 de enero de 2007 se aplicó telefónicamente el cuestionario<sup>6</sup> a los ELEAM autorizados, según listado entregado por SENAMA. Se trabajó con una base de 652 nombres de hogares, lográndose un total de 419 entrevistas<sup>7</sup>. La aplicación de las encuestas estuvo a cargo de la empresa Statcom/Datavoz ([www.statcom.cl](http://www.statcom.cl) o [www.datavoz.cl](http://www.datavoz.cl)), empresa de larga trayectoria y experiencia en este tipo de técnicas. La capacitación del estudio telefónico se realizó el día martes 02 de enero, en ella participaron 05 encuestadores y estuvo a cargo de los miembros del equipo de proyecto de Asesorías para el Desarrollo y la encargada de campo, Alejandra Vargas. Se realizó supervisión simultánea durante la ejecución de las entrevistas, referida principalmente a cómo se presentaba el encuestador frente al Director o Encargado del establecimiento. Junto con lo anterior, se iba observando si las entrevistas se lograban en su totalidad y la verificación de los datos entregados. La entrega de los datos por parte de los entrevistados fue sin mayores dificultades, registrándose algunos malos entendidos referidos principalmente a la pregunta de los valores que se cobraban en el hogar.

En relación al **perfil de los encuestados**, se intencionó que éstos fuesen quienes figuraban como directores de los ELEAM en los registros oficiales, exigencia frente a la cual no hubo problemas.

Los siguientes cuadros muestran la distribución por región de las encuestas que fueron efectivas y los principales motivos que explican a nivel nacional las 234 encuestas no efectivas. Mayoritariamente se trató de problemas de errores de registro de la base de datos, registrándose un 7,8% de rechazos reales o efectivos, lo que está dentro de la norma de este tipo de encuestas.

---

<sup>6</sup> El formulario del cuestionario aplicado fue validado por la contraparte técnica del estudio y se adjunta en los Anexos del presente informe.

<sup>7</sup> Al listado de 652 registros se agregó uno más, ya que cuando se llamó a un hogar el dueño nos informó que tenía otro hogar más y respondió la entrevista también por ese hogar, que está incluido al final del listado proporcionado por el cliente.

**Cuadro 2: Distribución de encuestas efectivas y no efectivas por región**

Región	Efectivas	No efectivas
I	2	1
II	3	2
III	0	1
IV	8	6
V	65	50
VI	24	9
VII	14	8
VIII	33	13
IX	10	5
X	17	5
XI	2	1
XII	5	1
R.M.	236	132
<b>TOTAL</b>	<b>419</b>	<b>234</b>

**Cuadro 3: Encuestas efectivas y principales motivos de no respuesta en las no efectivas**

Situación	Nº de casos	Porcentaje
Contestadas	419	64,2%
Teléfono no existe	76	11,6%
Rechazos	51	7,8%
Teléfono no responde	50	7,7%
No es un ELEAM	25	3,8%
Encargada no ubicable	22	3,4%
Teléfono equivocado	6	0,9%
Registro duplicado	4	0,6%
	653	100,0%

Como hito intermedio de esta etapa, el día jueves 08 de marzo de 2007 se realizó un Taller con 12 invitados<sup>8</sup>, con el fin de validar los avances del estudio y precisar las dimensiones mínimas priorizadas que se incluirían en el modelo final, en el que participaron profesionales y directivos de SENAMA.

- *Entrevistas semi-estructuradas:* Con el fin de verificar la validez de las respuestas recibidas vía encuesta telefónica y profundizar algunos aspectos del diagnóstico cuantitativo, durante el mes de abril del presente año se realizaron 12 visitas a terreno a ELEAM de distintos tipos y características, de la regiones quinta y metropolitana, definidas de común acuerdo con SENAMA<sup>9</sup>. En cada uno de ellos se realizó una entrevista semi-estructurada<sup>10</sup> con el director técnico o persona responsable, con el fin de detallar de modo más específico el funcionamiento del ELEAM en cada una de las dimensiones claves de calidad identificadas en la etapa anterior del estudio. Así también, se les consultó acerca del concepto de “calidad”

<sup>8</sup> En Anexo se adjunta la lista completa de participantes.

<sup>9</sup> En los anexos se incluyen las fichas detalladas de cada uno de los ELEAM visitados. Se contactó a 16 establecimientos en total, pero hubo 4 que no accedieron a ser entrevistados. En tres de ellos, los encargados contactados manifestaron expresamente su desinterés en participar de este estudio, mientras en el cuarto, la persona contactada manifestó tener problemas de agenda, que fueron insalvables para concretar la entrevista.

<sup>10</sup> La pauta de entrevista se adjunta en los anexos.

más pertinente, los elementos que éste debiera tener en cuenta y su opinión y compromiso con un eventual sistema de apoyo al mejoramiento de la calidad de los servicios prestados a los adultos mayores en instituciones de larga estadía.

***Etapa 3: Propuesta y validación de Plan de Mejoramiento de Calidad del Servicio ofrecido por ELEAM***

La etapa final del estudio tuvo por fin elaborar lineamientos y recomendaciones para la generación de un modelo de calidad del servicio deseable para los ELEAM, distinguiendo áreas, y posibles estándares a desarrollar. Un insumo fundamental para esta fase fue el proceso de consultas realizado a directivos de ELEAM. Esta etapa incluyó el proceso propiamente de elaboración de la propuesta de lineamientos (que se presenta en el último capítulo de este informe) junto con un **taller final** de validación y ajustes a esta propuesta, realizado con 13 profesionales y directivos de SENAMA y MINSAL, el día 07 de agosto de 2007.

### 3. EXPERIENCIAS INTERNACIONALES DE ACREDITACIÓN DE CALIDAD DE ELEAM

#### 3.1. El caso de Canadá<sup>11</sup>

##### a) Antecedentes generales

En Canadá la calidad de los hogares para adultos mayores depende autónomamente de cada provincia. Los modelos revisados en este informe -las provincias de British Columbia y Quebec, constituyen dos casos ilustrativos, pero no generalizables al resto del país. Los lineamientos comunes (federales) están determinados por una serie de instituciones que actúan en forma concertada a nivel nacional.

El Consejo Nacional Asesor en el Envejecimiento (National Advisory Council on Aging, NACA) fue creado en Mayo de 1980 para asistir y asesorar al Ministerio de Salud en todas las materias relacionadas con el envejecimiento de la población canadiense y la calidad de vida de los adultos mayores. Estas pueden ser materias que el Ministerio refiere al Consejo o que el Consejo mismo considera apropiadas. La División de Envejecimiento y Adultos Mayores -The Division of Aging and Seniors (DAS)- y Agencia de Salud Pública de Canadá -Public Health Agency of Canada (PHAC)- proveen soporte operacional al Consejo, como también liderazgo federal en asuntos de salud asociados al envejecimiento o a las personas adultas mayores. La División (DAS) sirve de punto focal de información y centro de experticia en esta área. La División además:

- asesora y apoya el desarrollo de políticas;

<sup>11</sup> Revisión realizada desde Vancouver por Manuela Valle, profesional asociada de Asesorías para el Desarrollo. Psicóloga, Universidad Diego Portales y Magister en Psicología Social, Universidad Arcis. Agradecimientos a Claire Piche y el National Advisory Council on Aging por su orientación y puesta a disposición de documentos para realizar este informe. Las fuentes consultadas para la revisión, fueron:

- Entrevista por correo electrónico a Claire Piché, Consejera en Cooperación Internacional, Dirección de Asuntos Intergubernamentales y de Cooperación Internacional, Ministerio de Salud y de Servicios Sociales, Québec.
- “Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD. Orientations ministérielles.” Octubre 2003, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Québec, Canada.
- “Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD. Visites d’appréciation de la qualité des services.” Junio 2004, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Québec, Canada.
- “2006 Accreditation Recognition Guidelines”, Canadian Council on Health Care Accreditation.
- “Model Standards for Continuing Care and Extended Care Services”, April 1999. Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, Government of British Columbia.
- The National Advisory Council on Aging, Government of Canada. <[www.naca.ca](http://www.naca.ca)>, sitio visitado en Noviembre del 2006.
- “Seniors in Canada: 2006. Report Card.” National Advisory Council on Aging. Minister of Public Works and Government Services Canada, 2006.
- The Division of Aging and Seniors, Public Health Agency of Canada. <[www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/index.html](http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/index.html)>, sitio visitado en Noviembre del 2006.
- Ministry of Health, Government of British Columbia. <[www.healthservices.gov.bc.ca/hcc/policy.html](http://www.healthservices.gov.bc.ca/hcc/policy.html)>, sitio visitado en Noviembre del 2006.
- Seniors Canada On-line <<http://www.seniors.gc.ca/home>>, sitio visitado en Noviembre del 2006.

- conduce y apoya actividades de investigación y educación;
- fomenta la promoción de la salud de las personas adultas mayores, reducción de riesgos dañinos y la prevención de accidentes;
- trabaja en asociación con las provincias, territorios, organizaciones de adultos mayores y otros sectores en políticas, programas, investigación y asuntos relativos al envejecimiento saludable;
- difunde información relativa a la salud y el envejecimiento; y
- promueve la participación significativa de las personas adultas mayores en las decisiones federales y actividades que los afectan.

El Consejo Nacional Asesor en el Envejecimiento (NACA) ha publicado dos informes sobre la situación de los adultos mayores a nivel nacional, uno en el 2001 y otro en el 2006. En ellos, se dan a conocer desafíos y avances sobre la situación del adulto mayor, en ámbitos acceso a cuidados de salud; situación financiera; condiciones de vida y participación en la sociedad canadiense. Para NACA, un “establecimiento de cuidados de larga estadía” (long-term care facility) es uno que provee alojamiento, servicios médicos y un entorno de hospitalidad. Los nombres de estos establecimientos varían en cada provincia, otros nombres son por ejemplo, “establecimientos de cuidado residencial”, “centros de cuidados continuos”, y en el caso de Nunavut, “entornos de vida grupal para adultos mayores dependientes”. Los establecimientos de cuidado de larga estadía sirven a un rango de edades, pero atienden especialmente a la población de más edad.

Por otra parte, en marzo de 1998 fueron publicados los principios del Marco Nacional de Trabajo con Adultos Mayores, que establece como su visión: una sociedad para todas las edades y etapas de la vida, y promueve el bienestar y la contribución de las personas adultas mayores en todos los aspectos de la vida. Los principios en que se funda este marco son: Dignidad, independencia, participación, igualdad y seguridad. En este marco se afirma que los cambios demográficos experimentados por la población canadiense hacen estimar que la población de adultos mayores de 65 años aumentará hasta 5 millones en el 2011 de 3.6 millones en 1998. Debido a la ola de inmigración que se inició en los setentas en Canadá, los adultos mayores que demandarán este tipo de servicios y establecimientos serán más cultural y étnicamente diversos que las generaciones anteriores. Así, el respeto a la diversidad cultural y religiosa es un desafío para los establecimientos de carácter público.

Los diseñadores de políticas, investigadores y planificadores están concientes de que estos cambios significan que la planificación anticipada de la población en envejecimiento es entonces una actividad de suma relevancia. Los ministerios a nivel federal, provincial y territorial responsables de los adultos mayores, con la excepción de Quebec, propusieron el desarrollo de un Marco Nacional de Trabajo con Adultos Mayores -National Framework on Aging (NFA)- en 1994, para asistir a los ministerios en el diseño de respuestas a las necesidades de esta población. El gobierno de Quebec, indicó que si bien apoya y comparte la visión y principios del marco, su gobierno pretende asumir la responsabilidad global por el rango completo de actividades pertinentes a los servicios sociales y de salud. Diseñado como un marco voluntario, entonces, tiene en su núcleo una visión y principios compartidos por los gobiernos de todo Canadá.



Junto con la creación del Marco Nacional de Trabajo con Adultos Mayores, se aprobó el desarrollo de otra herramienta para ser desarrollada en un plazo de dos años: una base de datos de todos los programas para adultos mayores a nivel federal, provincial y territorial; conteniendo información sobre programas de salud, sociales, de vivienda y de apoyo al ingreso, además de otros servicios relevantes para los adultos mayores. Este inventario electrónico permitiría así a cada jurisdicción con el desarrollo de políticas y programas y permitiría evaluar las mejoras en los servicios a los adultos mayores en Canadá.

Otra iniciativa relevante es la Colaboración de Adultos Mayores Canadienses – Canadian Seniors Partnership (CSP)- creada en Noviembre del 2001, la que está formada por la asociación estratégica de un grupo de decisores de políticas de los gobiernos federales, provinciales y el sector voluntario de la sociedad civil. La CSP está comprometida con la transformación del acceso a servicios y programas para adultos mayores, sus familias, prestadores de cuidados y organizaciones de apoyo. La página web Adultos Mayores de Canadá en Línea (Seniors Canada On-line) provee a los adultos mayores con un acceso fácil a una prestación de servicios públicos centrados en la ciudadanía.

Los objetivos de esta colaboración (partnership) son construir una prestación de servicios entre gobiernos y organizaciones no gubernamentales para satisfacer las necesidades de los adultos mayores en el siglo 21; abordar colectivamente temas relacionados con la integración de servicios entre los gobiernos; proveer un foro para compartir visiones conjuntas y contribuir a la mejor comprensión de los proyectos en curso; adoptar un enfoque común para alcanzar una prestación de servicios multicanalizada; crear una red de proveedores de servicios dedicados al cambio significativo; desarrollar un foco integrado para servicios que respete el Marco Nacional de Trabajo con Adultos Mayores; conectar portales de adultos mayores en todo en país; crear pilotos de servicios colaborativos para adultos mayores y fomentar la participación en la colaboración. Por su parte, el rol de las organizaciones miembros de esta colaboración es obtener auspicio organizacional y político y compartir la visión dentro de sus organizaciones vertical y horizontalmente; compartir lecciones y compartir, cuando corresponde, su infraestructura de prestación de programas y servicios; construir un modelo de acceso común que simplifique y realce los servicios para adultos mayores y contribuir con recursos en la medida que sus medios les permitan (recursos humanos, experticias, instalaciones, etc.).

Además de estas instituciones, en Junio de este año se lanzó la iniciativa nacional por el cuidado de los adultos mayores -The National Initiative for the Care of the Elderly (NICE)- una red nacional de médicos e investigadores que se especializan en gerontología, con el fin de promover la transferencia de conocimientos y mejores prácticas para el cuidado del adulto mayor, la primera red de este tipo en Canadá. Este lanzamiento coincidió con la declaración de Junio como el día nacional del Adulto Mayor.

A nivel nacional, la acreditación de los centros es voluntaria y se realiza a través del Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud (CCHSA). El programa de acreditación es un sistema de medición mejorado que se aplica en forma consistente. Bajo este programa, cinco factores son considerados para determinar el grado de reconocimiento: Calidad, riesgo, reiteración de recomendaciones, recomendaciones priorizadas relacionadas con asuntos

específicos identificados por la CCHSA, y el número de otras recomendaciones priorizadas por cualquier equipo. Dado que este sistema de acreditación aplica más generalmente a las instituciones de salud y no específicamente en consideración de las personas adultas mayores, sólo consideraremos brevemente el factor calidad.

*Calidad:* Los estándares de Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud para medir la calidad de los servicios que provee una organización se basan en las siguientes dimensiones: responsividad, competencia del sistema, foco en el cliente/comunidad y vida/trabajo; cada una de estas dimensiones es definida y sostenida por varios descriptores de calidad. El criterio de cada estándar se relaciona con un descriptor de calidad. CCHSA cree que si una organización alcanza los estándares, entonces tiene los requerimientos de calidad necesarios. La mejora de la calidad continua siendo un principio clave de la acreditación, la que se define como “una cultura organizacional que busca alcanzar las necesidades del cliente y superar sus expectativas, usando un proceso estructurado que identifica y mejora todos los aspectos del servicio.”<sup>12</sup>

Los establecimientos residenciales de cuidados de larga estadía, entonces, están orientados por principios y marcos de referencias comunes, pero tienen contextos jurídicos, políticos e institucionales distintos dependiendo de cada provincia. Por su parte, los procesos de acreditación son voluntarios a nivel nacional, pero encontraremos procesos distintos a su vez en cada provincia; por ejemplo, son voluntarios en Quebec pero obligatorios en British Columbia.

## **b) Principales problemas de los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores**

En un reciente documento de política publicado en el 2004 por la *Canadian Healthcare Association* (CHA), se identificaron los problemas más relevantes que enfrentan hoy en día los establecimientos de larga estadía. En conjunto con el Consejo Asesor Nacional (NACA), esta asociación está proponiendo un marco de política para que estos establecimientos puedan adaptarse a las realidades regionales a la vez que puedan entregar servicios de calidad comparable a través del país. Los principales problemas para los establecimientos de larga estadía identificados en este informe son:

- *La necesidad de más fondos públicos para estos establecimientos:* Los cuidados de largo plazo en un establecimiento no son un servicio cubierto por el Canada Health Act (Acta de Salud de Canadá), por lo que los fondos disponibles varían considerablemente de una provincia a otra. Un financiamiento inadecuado de estos establecimientos significa que los adultos mayores tienen menos posibilidades de acceder a cuidados de largo plazo de calidad. En este sentido, CHA propone introducir financiamiento federal para estos establecimientos.
- *Falta de cuidados de calidad y de “accountability” de los proveedores de servicios:* Establecimientos con un tono muy institucional, equipos y personal inadecuadamente capacitados, o con sobretrabajo se traducen en una calidad pobre de los establecimientos. Para abordar esta situación, CHA sugiere mejorar los sistemas de recolección de información, así

---

<sup>12</sup> “2006 Accreditation Recognition Guidelines”, Canadian Council on Health Care Accreditation.

como conducir investigación y evaluaciones al sistema para determinar áreas a mejorar; identificar e implementar ampliamente prácticas que han dado resultados de calidad y desarrollar y promover estándares mínimos de cuidado a través de una adecuada acreditación y licenciamiento de estos establecimientos a nivel nacional.

- *Falta de dignidad y de la capacidad de elegir:* Muchos establecimientos tienen rutinas y horarios rígidos. En estos ambientes muy “institucionales”, donde se le ofrece al residente pocas opciones, hay ausencia de privacidad e incluso la autonomía -la capacidad de tener control sobre las decisiones diarias- es arbitrariamente suprimida. CHA recomienda que se exija a los establecimientos tener ambientes que respeten la dignidad y auto-determinación de los residentes.
- *Respetar a los Voluntarios y familiares:* Frecuentemente, hay muchos miembros de la comunidad que quieren ser voluntarios en estos establecimientos; sin embargo, muchas veces los voluntarios son usados para hacer el trabajo de los equipos pagados. Asimismo, el involucramiento de familiares y amigos de los residentes tiene un impacto positivo en su calidad de vida, pero si terminan proveyendo cuidados básicos no siempre pueden ofrecer apoyo y compañía. Es necesario, según CHA, optimizar el recurso voluntario de las comunidades y permitir a los familiares y amigos involucrarse en la forma que prefieran.

### c) El Caso de Quebec

#### **Conceptos claves**

*Centros Residenciales de Cuidados de larga estadía:* El concepto equivalente a “hogares de adultos mayores” usada en Canadá, en su traducción literal del francés e inglés es centros residenciales de cuidados a larga estadía.

*Calidad de vida:* Eje de las intervenciones, en conjunto con el enfoque centrado en la persona. El concepto de calidad de vida está inextricablemente ligado al de la calidad de los servicios y las intervenciones, de ahí la importancia de considerar los factores psicosociales en los cuidados para personas que están experimentando pérdida de autonomía. Los residentes, sus familias, los administradores y prestadores de servicios, son los actores claves en la creación de un medio de calidad, el que no puede disociarse de la calidad de los vínculos sociales y emocionales que se establecen y de la forma en que el medio físico debe adaptarse.

Durante el curso de los últimos años, la organización de los servicios sociales y de salud se ha transformado de forma de privilegiar lo mejor posible la prestación de cuidados y servicios para las personas adultas mayores que experimentan pérdida de autonomía. Esto se traduce en la puesta en marcha de todos los medios posibles para permitir a los adultos mayores vivir el máximo tiempo posible en su “medio natural”, ofreciendo servicios a domicilio y a través de la comunidad. Esto también ha modificado las necesidades en la clientela de los hogares para adultos mayores. Por una parte, ahora los adultos mayores pasan menos tiempo en los hogares, pero por otra, requieren un nivel más elevado de cuidados durante su estadía. En general, estos centros requieren una adaptación constante y estar en permanente contacto con los conocimientos geronto-geriátricos relativos a esta clientela. En suma, residir en un medio sustituto institucional

está cada vez más reservado para personas que presentan patologías complejas, incapacidades motrices y sensoriales importantes, a menudo asociadas a problemas de orden cognitivo mayor, donde este alojamiento institucional resulta ser el lugar exclusivo de residencia de estas personas.

La misión de los Centros Residenciales de Cuidados de larga estadía, tal como está contenida en la Ley sobre Salud y Servicios Sociales del gobierno de Quebec, es que éstos deben ofrecer a las personas que los habitan servicios de readaptación psicosocial, enfermeros, farmacéuticos y médicos cada vez más especializados y diversificados; servicios de asistencia, de apoyo y de vigilancia; servicios de alojamiento adaptados a sus necesidades y de calidad, y un medio de vida sustituto que revista las características propias de un medio de vida de calidad. Hay 143 de estos centros en Quebec, la mayoría de ellos forma parte de la Asociación de Centros de Cuidados Residenciales de Quebec. Cerca de 28.000 adultos y adultos mayores que experimentan algún grado de pérdida de autonomía viven en estos centros que pertenecen a la asociación. Estos centros tienen un carácter más social que médico y trabajan en combinación y articulación con los Centros de Servicios Comunitarios.

### *Bases legales del Modelo de Aseguramiento de la Calidad*

El marco de referencia de trabajo de estos centros está inspirado en el ambiente legal y político que da origen a las orientaciones ministeriales, el que ha influido en la adopción de un enfoque que apunta cada vez más a la creación de medios de vida de calidad que respondan a las necesidades de los residentes. En el caso de Quebec, las orientaciones ministeriales para resguardar la calidad del entorno para personas que viven en hogares de adultos mayores tienen como principal referencia la ley que regula los servicios sociales y de salud, el artículo 83 que define la misión de los centros de cuidados de larga estadía para personas adultas:

“La misión de los centros residenciales y de cuidados de larga estadía es ofrecer de forma temporal o permanente un medio de vida sustituto, servicios residenciales, de asistencia, apoyo y monitoreo; como también servicios de readaptación psicosocial, enfermeros, farmacéuticos y médicos para adultos que, a causa de una pérdida funcional o autonomía psicosocial, no pueden permanecer en sus medios de vida naturales, a pesar del apoyo de su entorno. (...) Para las personas residentes en hogares de adultos, estos representan un medio de vida sustituto, un nuevo domicilio donde prosiguen el desarrollo de sus vidas. Con el fin de contrarrestar los efectos perversos de la institucionalización, es imperativo combatir la despersonalización que sigue asociada a los horarios rígidos y el entorno físico no estimulante del medio institucional tradicional y promover la creación de entornos favorables que respondan lo mejor posible a las necesidades de los residentes. Es esencial crear un medio de vida donde se presten servicios y cuidados de calidad, que partan de las necesidades, los gustos, los hábitos y los valores de las personas y de sus familias.”<sup>13</sup>

Por otra parte, el artículo 89 sobre la designación de institutos universitarios establece la creación de dos institutos universitarios especializados en geriatría y gerontología, los que juegan un rol particular en la construcción y desarrollo de conocimiento en estos campos disciplinarios y en la implementación de estos saberes.

---

<sup>13</sup>“Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD. Orientations ministérielles.” Octobre 2003, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Quebec, Canada.

El artículo 3 que define los grandes principios legales respecto a la prestación de todo servicio social y de salud, a saber:

- la razón de ser de los servicios son las personas que los requieren
- el respeto del usuario y el reconocimiento de sus derechos y libertades
- el usuario debe participar en la medida que sea posible, con los cuidados y servicios respectivos
- en toda intervención, los usuarios deben ser tratados con cortesía, equidad y comprensión, con respeto a su dignidad, de su autonomía y de sus necesidades
- el usuario debe recibir la información de manera de poder utilizar los servicios de forma adecuada

El artículo 5 establece que toda persona tiene el derecho de recibir servicios de salud y sociales, que sean a la vez científicos, humanos y sociales, con continuidad y de forma personalizada. Por último, el artículo 10 sobre la participación de las personas en el plan de intervención: “todo usuario tiene derecho a participar en toda decisión que afecte su estado de salud o bienestar. Tiene especialmente derecho a participar en la elaboración de su plan de intervención o su plan de servicios individualizados, cuando estos planes son requeridos según los artículos 102 y 103. Asimismo, tienen derecho a contribuir en la modificación de estos planes.”<sup>14</sup>

#### *Principios Orientadores de los Centros Residenciales de Cuidados de Larga Estadía*

Los principios guías que orientan las decisiones en materia organizacional y administrativa, de intervención e instalación; y dirigen las modalidades de servicios para la gente que reside en centros de carácter público o privado son:

- ✓ *Las características, las necesidades y las expectativas de los residentes, que están en constante evolución, constituyen la base de cualquier decisión en materia de organización, intervención y adaptación.*
- ✓ *Los establecimientos deben favorecer el mantenimiento y el reforzamiento de las capacidades de las personas residentes y su desarrollo personal, tomando en cuenta su voluntad personal.*

El énfasis está puesto en las capacidades de las personas y en optimizar sus funciones mentales superiores y de autonomía funcional. También conlleva la transparencia de las decisiones en materia de intervención.

- ✓ *La calidad de las prácticas pasa por la preocupación constante de la calidad de vida.*

Las preocupaciones relativas al estado de salud de los adultos residentes deben inscribirse en una búsqueda global de su bienestar y satisfacción, considerando que las personas residentes experimentan distintos grados de pérdida de su autonomía. Asimismo, las intervenciones deben llevarse a cabo mediante el trabajo interdisciplinar, y los cuidados deben ser integrales.

---

<sup>14</sup>Ibid.

- ✓ *El establecimiento debe favorecer y sostener el mantenimiento de una interacción de los adultos residentes con su familia y otras personas significativas y favorecer su implicación en las tomas de decisiones.*
- ✓ *El adulto mayor residente tiene derecho a un medio de vida de calidad donde se le otorguen cuidados y servicios de calidad.*

Es debido a que las personas adultas mayores experimentan pérdida de su autonomía que muchas veces no pueden proseguir sus vidas en su “medio natural” y recurren a un centro residencial, el que se transforma en su nuevo, y generalmente, su último domicilio. Ellos deben encontrar por lo tanto un medio de vida estable y familiar, significativo y apoyador, donde puedan llevar una vida de calidad. Se deben sentir integrados a la comunidad de acuerdo a los recursos y posibilidades disponibles y en lo posible evolucionar en un medio lo más ligado posible a su vida anterior.

- ✓ *Toda persona adulta mayor tiene derecho a un medio de vida que respete su identidad, su dignidad y su intimidad; que asegure su seguridad y comodidad, que le permita dar un sentido a su vida así como ejercer su autodeterminación.*

El respeto de este principio contribuye a prevenir los fenómenos que se derivan de los medios residenciales colectivos, tal como la despersonalización, la infantilización y el abuso de poder. El medio debe reconocer la diversidad de seres humanos, su riqueza y sus particularidades. El punto de vista de la persona es la que prima -o según el caso, su representante- en las decisiones que le conciernen, y con esta intención se les presta ayuda y orientación. Para el adulto mayor, sentir que su persona es importante y que tiene valor, cualquiera sea su condición física, cognitiva o mental, contribuye a preservar su voluntad de vivir en forma plena.

- ✓ *El establecimiento debe prever mecanismos de adaptación de las prácticas profesionales, administrativas y organizacionales que favorezcan la articulación de los principios guías.*

La estructura organizacional debe expresar los valores del establecimiento. Los principios, las prácticas y los valores deben estar por sobre todo apoyadas por un directorio y una dirección que se hayan apropiado ellos mismos de estos valores, los deben ser transmitidos a su vez a las personas que intervienen allí. Por tanto, las personas que trabajan en los establecimientos deben estar movilizadas y motivadas hacia la constante adaptación de sus enfoques y de la organización de su trabajo.

El concepto de una “intervención de calidad” es un concepto en constante evolución y se basa en la comprensión de las necesidades del adulto mayor en base a los conocimientos disponibles en gerontología y geriatría. De esta forma, considerando los diversos estudios y experiencias para definir un medio de vida de calidad, las intervenciones en los centros residenciales de cuidados de larga estadía para adultos mayores deben traducirse en un enfoque centrado en la persona que es a la vez global, adaptativo, positivo, personalizado, participativo e interdisciplinario.

Las modalidades de organización de la prestación de los cuidados y servicios consideran tanto las *prácticas de intervención, las prácticas de gestión y la organización física.*

*i. Prácticas de intervención*

En cuanto a las prácticas de intervención, éstas se fundan en el respeto a las decisiones, opciones y voluntad de las personas adultas mayores, lo que implica que los equipos de los centros deben tener la capacidad de escuchar a los residentes, pero a la vez deben tener un margen de maniobra para contribuir a resolver en forma concreta sus necesidades. Estos equipos deben entonces percibir su rol en forma compleja y rica, de forma que a la vez favorezcan la autonomía funcional óptima de la persona adulta en sus actividades cotidianas; apoyen moral y físicamente a la persona residente; acompañen y asistan a la persona adulta en tanto ella lo requiera; dominen los conocimientos especializados; impliquen a las familias para optimizar la calidad de vida de los residentes; trabajen en forma interdisciplinaria en equipos de trabajo y colaboren con otros sectores asociados en su territorio.

La movilización y motivación de los equipos debe asimismo promoverse mediante el reconocimiento del aporte de todos los actores involucrados en el bienestar de los adultos mayores residentes. Por ejemplo, mediante la participación concreta del personal y de la familia en la elaboración y de la revisión de los planes de intervención; la organización de actividades valorizantes y enriquecedoras; la implantación de modos de comunicación que recuerden regularmente a todo el personal los resultados positivos de sus intervenciones y una escucha atenta y constante de sus dificultades y necesidades.

El establecer vínculos de calidad entre los residentes y el personal tiene un impacto particularmente importante para la calidad de vida de los residentes, en la medida que ellos les aseguran la continuidad y regularidad de su vida cotidiana. La matriz de competencias de base -indisociables y complementarias- del personal, es un elemento esencial para el aseguramiento de la calidad de los centros.

<b>Saberes (conocimientos)</b>	<b>Saber-hacer (aptitudes)</b>	<b>Saber-ser (actitudes)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• conocimientos en gerontología y geriatría</li> <li>• conocimiento de la clientela y de los cuidados y servicios particulares a la residencia de larga estadía para adultos mayores</li> <li>• conocimiento de las técnicas y enfoques especializados y de su evolución</li> <li>• conocimiento de los equipamientos especializados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• habilidades de comunicación y de presencia terapéutica</li> <li>• capacidad de trabajar en equipo y en forma interdisciplinaria</li> <li>• capacidad de adaptación al entorno y a la clientela</li> <li>• habilidad de análisis y resolución de problemas</li> <li>• capacidad de trabajar con una clientela específica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• calidez y generosidad</li> <li>• respeto, empatía e interés por la clientela geriátrica</li> <li>• paciencia, tolerancia, flexibilidad</li> <li>• disponibilidad</li> <li>• motivación</li> <li>• creatividad</li> </ul>

La adquisición y desarrollo continuo de estos saberes mediante la formación del personal es un elemento indispensable para la creación de un verdadero medio de vida de calidad. Por ejemplo,

para la introducción de nuevas prácticas sostenidas por la investigación, el personal debe tener acceso a programas de formación que permitan la adquisición y puesta en marcha de los conocimientos. Los centros residenciales de cuidado para adultos mayores son medios propicios para el desarrollo de conocimiento y experticia geronto-geriátrica. La asociación con una institución universitaria, en este sentido, es muy recomendable.

De la misma forma, el acceso formación en materias éticas, es clave para la práctica de intervención en estos centros. En la medida que los valores sociales están en constante transformación y que el personal y los equipos de intervención se ven confrontados a dilemas morales y éticos dentro de su trabajo, las acciones y decisiones deben llevarse a cabo dentro de los principios y reglas en vigor en el establecimiento, pero también de los valores de la persona y su familia. El acceso a mecanismos de intercambio y de apoyo, reflexión y de análisis en relación a los problemas de orden ético es esencial para los equipos y para el personal, así como también lo es la elaboración de una carta de derechos de los residentes o de un código ético al que todas las personas implicadas (residentes, familias, equipos, administrativos, personal) deben adscribir.

### *ii. Prácticas de gestión*

En cuanto a las prácticas de gestión, los principios y enfoques contenidos en las orientaciones ministeriales deben sostener las orientaciones y prioridades de la planificación estratégica de los centros residenciales para adultos mayores. Es clave el involucramiento del consejo de administración y una dirección firme y enérgica, caracterizada por el liderazgo, convicción y entusiasmo de la dirección general. Las prácticas de gestión se orientan a favorecer la puesta en marcha de la filosofía de intervención: ésta es, el énfasis en las necesidades de los residentes y el respeto de su voluntad.

De esta manera, el rol de las prácticas de gestión es llevar a cabo la visión de “medio de vida” de su establecimiento; favorecer una organización del trabajo que promueva alcanzar los objetivos de un plan de intervención; asumir un rol movilizador y favorecer las condiciones de trabajo óptimas para los equipos de trabajo; colaborar con los equipos de forma de coordinar y armonizar los diversos puntos de vista e integrarlos en las decisiones del funcionamiento global del establecimiento; asegurar una coherencia entre las prácticas, los modos de organización y de adaptación de los lugares físicos en función de las necesidades y expectativas de los residentes; desarrollar reglas de funcionamiento flexibles y conviviales; desarrollar mecanismos de evaluación de la satisfacción de la clientela con el fin de asegurarles una mejora continua de su calidad de vida; administrar las contradicciones, inevitables en un proceso de cambio, ligadas a la puesta en marcha de un enfoque adoptado en un contexto institucional.

### *iii. La organización del espacio físico*

Diversos estudios y experiencias han demostrado la importancia de la relación entre la organización del espacio físico y la forma en que se manifiestan comportamientos disfuncionales en personas con problemas cognitivos. La mejora continua de la organización del espacio debe considerar entonces:



✓ *Favorecer la apertura al mundo exterior*

Los centros residenciales de cuidado para el adulto mayor deben ser parte integral de la comunidad, por tanto la organización del espacio debe facilitar el establecimiento y mantención de vínculos sociales no sólo con la familia, sino también con otros representantes de la comunidad.

✓ *Un medio residencial*

El ambiente físico debe tender a reproducir, en la medida de lo posible, un lugar residencial que facilite la apropiación de parte del residente de su medio de vida y la personalización de su espacio.

✓ *Eliminar las barreras arquitectónicas*

Como el espacio juega un rol preponderante en la mantención de la autonomía de los adultos mayores, la adaptación del mismo debe responder a sus necesidades particulares y debe tender a eliminar las constricciones y barreras arquitectónicas para permitir al adulto mayor moverse de forma autónoma, integrarse a su medio y estar en contacto con el entorno interior y exterior, en la medida que sea posible.

✓ *Respetar las necesidades fundamentales*

El ambiente físico debe favorecer el respecto de la intimidad del adulto mayor residente y de su vida privada, con su familia y otros significativos. Se debe garantizar su seguridad, bienestar físico y psicológico. Por lo tanto, debe haber un equilibrio entre los lugares reservados para actividades privadas, colectivas y comunitarias.

✓ *Apoyar la intervención*

El entorno físico puede ser utilizado como apoyo a las intervenciones, ya que ciertos elementos arquitectónicos pueden compensar pérdidas cognitivas, motrices y sensoriales o estimular las capacidades de personas con déficits físicos o cognitivos, y así disminuir el stress, agitación y desórdenes conductuales.

✓ *Favorecer el trabajo*

Un entorno físico adecuado crea un medio de trabajo eficaz.

✓ *Facilitar la realización de objetivos clínicos*

✓ *Ser flexible y adaptable*

Un entorno que tiene componentes arquitectónicos flexibles y adaptables, de manera que los lugares sean lo más polivalentes posibles.

✓ *Creación de micro-medios*

El objetivo de ofrecer un entorno personalizado se concretiza, idealmente, a través de la configuración de espacios de pequeña escala o de módulos reagrupables de diez a catorce personas, donde los adultos mayores pueden desarrollar distintas vocaciones o intereses. Esta creación de micro espacios puede efectuarse al interior del establecimiento o en articulación con los recursos presentes en la comunidad.

*Evaluaciones o “visitas de apreciación” de los centros*

Cuando estos principios orientadores fueron dados a conocer en Octubre del 2003 por el Ministerio de Salud y de Servicios Sociales, éste fue inmediatamente interpelado en una asamblea nacional sobre la capacidad de los centros residenciales y de cuidados de larga estadía de asegurar a sus residentes un medio de vida y servicios de calidad. Esto motivó a la realización de visitas con el fin de apreciar el medio de vida y los servicios en marcha en los establecimientos. En la evaluación participaron: un equipo de coordinación ministerial del Ministerio de Salud y Servicios Sociales; representantes del Consejo para la Protección de Enfermedades, y representantes regionales de las agencias de desarrollo de las redes locales de salud y servicios sociales y de las Mesas Regionales de Concertación de Adultos Mayores;

Un total de 47 establecimientos con una población de 5.989 residentes fueron visitadas por un total de cinco equipos, utilizando un procedimiento estandarizado. Los establecimientos elegidos fueron avisados con 24 horas de anticipación; se les solicitó completar un cuestionario describiendo la situación objetiva de su establecimiento y tomar las disposiciones necesarias para facilitar la jornada de visita. Los equipos se reunieron con tres grupos:

- un comité de usuarios acompañados de un residente, de la familia o de un voluntario interesado;
- un grupo de empleados elegidos al azar y representativos de diferentes categorías de personal;
- los comités existentes en el establecimiento (consejo de médicos, de dentistas y farmacéuticos, de enfermeros auxiliares, consejo multidisciplinario).

El mismo cuestionario fue aplicado a los tres grupos, sobre los siguientes temas: la aplicación de los principios que caracterizan un medio de vida; accesibilidad y calidad de los servicios y actividades y las medidas, mecanismos, protocolos e instancias que contribuyen a un medio de vida de calidad.

Una visita del lugar, encuentros informales con familiares, residentes y voluntarios, así como observaciones sobre la organización del trabajo se llevan a cabo de manera de permitir a los equipos de visita apreciar sin intermediarios el entorno humano y físico. El equipo se reúne además con la dirección general y representantes del consejo de administración al principio y al

final de la jornada, para coordinar la logística de la visita y luego conocer su apreciación sobre los mismos temas que los tres grupos anteriores. Un informe es escrito para cada una de las visitas siguiendo un modelo estandarizado, éste se transmite a la dirección del establecimiento con el fin de que anexe sus comentarios y es enviado al ministerio. Después de analizarlo, el ministerio lo vuelve a transmitir al establecimiento, al que le solicita en los siguientes 60 días, un plan de medidas correctivas que permita tomar acciones sobre las recomendaciones del equipo de visita.

### *Matriz de observación y evaluación de la calidad*

La matriz se construyó en base a la revisión de matrices anteriores utilizadas por la Asociación de Hospitales de Quebec, la Asociación de Centros Residenciales de Cuidados de larga estadía, y luego fue validada por dos instituciones de geriatría en Sherbrooke y Montreal. Una última validación fue realizada por una especialista ergoterapeuta y al cabo de la primera semana de visitas, se le realizaron ajustes. Se compone de 4 partes:

#### I. Datos de Base

Esta parte es completada por el establecimiento y permite recoger una serie de datos objetivos relativos a la organización administrativa, clínica y presupuestaria, en base a conocer:

- caracterización la clientela
- el presupuesto
- los protocolos o programas existentes
- los servicios y su accesibilidad
- la formación ofrecida
- el título y número de personas profesionales y no profesionales involucradas en actividades clínicas
- los mecanismos y herramientas puestos en marcha para asegurar la gestión de calidad, de los servicios y de los riesgos
- visitas emprendidas por organismos preocupados por la calidad de los servicios

#### II. Apreciación de la situación en vista de la puesta en marcha de un medio de vida de calidad

Esta parte busca recoger en forma detallada la percepción de los usuarios, empleados y de los diferentes comités del establecimiento, a propósito de la aplicación de los principios que caracterizan un medio de vida de calidad la accesibilidad y la calidad de los servicios y actividades; las medidas, mecanismos, herramientas e instancias que contribuyen a un medio de vida de calidad.

#### III. Observaciones concernientes al ambiente físico y humano

IV. Encuentro con la dirección general, el consejo de administración, el comisario local y el médico examinador. Permite a la dirección reaccionar y reflexionar en mayor profundidad los puntos anteriores observados por el equipo que realiza las visitas.

#### **d) El caso de British Columbia**

En esta provincia, el contexto jurídico-institucional específico define una realidad distinta para la regulación de la calidad de los ELEM. Por una parte, los ELEM están técnicamente bajo los estándares para Servicios de Cuidados Extendidos y Continuos, del Ministerio de Salud de British Columbia. Estos estándares fueron promulgados en 1999 como resultado de un proyecto de dos años para revisar los estándares de los programas de cuidados continuados. Incluyen también en el componente residencial los servicios de cuidado extendido financiados por el Ministerio de Salud y administrados por autoridades de salud. Con el propósito de mejorar los resultados hacia los clientes, estos estándares son herramientas para asistir a las autoridades sanitarias, organizaciones de servicios y proveedores de cuidados en la evaluación del cuidado, prestación de servicios y sistemas organizacionales.

Los estándares son el resultado de un proceso de desarrollo extensivo que incluyó más de sesenta participantes de la Asociación de Cuidados Privados de British Columbia, la Asociación de Salud de British Columbia y el Ministerio de Salud. Los tipos de servicios analizados fueron: Funciones organizacionales, Administración de Casos, Centros Ambulatorios para Adultos Mayores y Servicios de Cuidados Residenciales. Una muestra aleatoria de 24 organizaciones de servicio fueron seleccionadas de las cinco mayores áreas de la provincia. Los participantes pudieron realizar recomendaciones y sugerencias para realzar los estándares y los criterios de calidad, las que fueron incorporadas, en el documento de política final. Dos tipos diferentes de estándares fueron incluidos en este documento: organizacionales y de programas.

Los estándares de las funciones organizacionales establecen las expectativas para la administración de una organización, los que son lo suficientemente generales para ser usados en todo tipo de contextos institucionales, sin importar su tamaño y servicios ofrecidos. Los estándares organizacionales incluyen: liderazgo; gestión del uso de servicios (“*utilization management*”)<sup>15</sup> y mejoramiento continuo de la calidad; administración de los riesgos; administración de la información y administración financiera. Los estándares de programa refieren al cuidado de los clientes y es una herramienta para que los proveedores de servicios puedan evaluar su propia performance.

#### *Los Principios Orientadores Generales para los Servicios de Cuidados Extendidos*

##### *✓ Individualidad*

Cada cliente es único: sus preferencias personales, elecciones de estilo de vida y ambientes personales deben ser reconocidos y respetados. Conocer la historia particular del cliente y aceptarlo como un individuo, facilita la planificación y prestación efectiva de cuidados y servicios, los que son sensibles a la diversidad de los clientes.

---

<sup>15</sup>En el contexto de los servicios de salud y sociales, este enfoque apunta a medir, comprender y en lo posible reducir el uso de hospitales en las intervenciones.

✓ *Preocupación y Bienestar*

Preocupación genuina y empatía son centrales para el desarrollo de una relación entre un cliente y un proveedor. Otorgarle al cliente apoyo relevante y significativo realza la capacidad del cliente de alcanzar su nivel óptimo de salud y bienestar.

✓ *Autonomía y toma de decisiones*

La autonomía y auto-determinación del cliente son apoyadas y respetadas. Los clientes realzan su habilidad para dirigir sus propios cuidados, definiendo sus necesidades específicas, identificando sus preferencias y haciendo elecciones independientes sobre sus vidas.

✓ *Organización centrada en el cliente*

Una organización centrada en el cliente entiende y responde a las necesidades de sus clientes midiendo la satisfacción, identificando sus prioridades y aplicando aprendizajes al diseño y prestación de cuidados y servicios.

✓ *Promoción de la salud*

Los clientes pueden realizar su potencial salud y bienestar, si se crea y sostiene un entorno en el cual pueden hacer elecciones saludables que se traduzcan en calidad de vida.

✓ *Relaciones colaborativas (“partnership”)*

Las organizaciones deben construir y mantener relaciones colaborativas y cooperativas para responder a las necesidades de la comunidad y alcanzar sus objetivos globales. Resultados más efectivos y significativos se alcanzan cuando los miembros de un equipo de cuidados interactúan en forma colaborativa con los clientes para planificar, implementar y evaluar prestación de servicios y cuidados.

✓ *Cuidados y Servicios de Calidad*

Una buena organización intenta alcanzar los mejores resultados posibles a la vez que maneja efectiva y eficientemente sus recursos. Para alcanzar resultados óptimos en la salud de los clientes se debe contar con un entorno donde los proveedores mantienen actualizados los conocimientos profesionales y aplican las mejores prácticas obtenidas de la investigación y evaluación.

Por otra parte, la rama de salud del adulto mayor, las mujeres y los niños del Ministerio de Salud de British Columbia es responsable de proveer experticia, análisis críticos y asesoría al Ministerio en las materias específicas que afectan a estos grupos, a la vez que monitorea los planes, políticas y programas y trabaja con decisores.

British Columbia es la primera provincia en Canadá en regular las residencias de vida asistida para adultos mayores y personas con discapacidades.

El Acta de Vida Asistida y Cuidados Comunitarios -Community Care and Assisted Living Act- protege a los adultos mayores y personas con discapacidades al proveer estándares de seguridad y salud para las residencias de vida asistida. Como fruto de nuevas regulaciones establecidas en el 2004, todos los establecimientos de este tipo deben inscribirse en el registro en forma obligatoria. El registro busca proteger la salud y seguridad de los adultos mayores que viven en este tipo de residencias, ya sean de carácter público o privado. El origen de estas nuevas regulaciones fue un proceso de consulta abierto por el gobierno en el verano del 2002, donde el público fue invitado a proponer enmiendas al Acta de Establecimientos de Cuidados Comunitarios. En este proceso, muchos individuos y organizaciones expresaron preocupaciones por la falta de regulaciones relativas a las residencias de vida asistida para adultos mayores.

Una residencia de vida asistida provee vivienda y un rango de servicios de soporte, incluyendo asistencia personalizada para adultos mayores que pueden vivir independientemente pero requieren ayuda para sus actividades cotidianas regulares. Los tipos de servicios que se ofrecen en estos establecimientos son:

- Alojamiento y hospedaje: Estos van desde habitaciones privadas que se pueden cerrar a suites auto-contenidas. Las residencias tienen usualmente baños ensuite e instalaciones para cocinar privadas. Además comprenden espacios comunes para comer y espacios recreacionales.
- Servicios de hospitalidad: Los operadores proveen comidas diarias, lavado de ropa, aseo y oportunidades recreacionales y un sistema de respuesta a situaciones de emergencia.
- Asistencia Personal: Servicios de asistencia personal que están diseñados para promover la máxima dignidad e independencia para los ocupantes e involucrar a las familias y amigos. Una pieza clave de la asistencia personal es que ésta debe llevarse a cabo en forma respetuosa y en respuesta a las preferencias de los ocupantes, sus necesidades y valores. Incluyen la ayuda con actividades cotidianas tal como comer, vestirse, bañarse, arreglarse o movilizarse; asistencia con medicamentos; apoyo para mantener una dieta sana y ayuda con trámites y compras.
- Personal: El personal de las residencias debe estar apropiadamente capacitado. Proveer asistencia con actividades diarias requiere tener un certificado de cuidados post-secundario o una combinación equivalente de educación y experiencia. Las tareas que un profesional delega a un no-profesional, deben ser supervisadas. Por ejemplo, si no se cuenta con una enfermera profesional para las 24 horas, ésta puede supervisar una vez al día a un encargado (no profesional) de chequear que los clientes tengan sus medicamentos.

El rol del registro es asegurar la resolución efectiva y oportuna de reclamos pertinentes a la salud y seguridad de los residentes; implementar y administrar el registro en la provincia y establecer y revisar regularmente los estándares de salud y seguridad de la operación de las residencias. El registro tiene jurisdicción tanto sobre las residencias de carácter público como privado. Los establecimientos se vieron compelidos a registrarse durante el mes de septiembre del 2004, luego de que el gobierno provincial les hiciera llegar a todos los operadores de estas residencias un “paquete de registro”. Este paquete incluye una Guía de Auto-evaluación para los operadores y

una solicitud de registro. La oficina de registro procesa las postulaciones y puede solicitarle a un equipo de dos evaluadores conducir una visita a algunas de las residencias.

El Centro de Excelencia de la Vida Asistida -Assisted Living Centre of Excellence (ALCE)- en un cuerpo de “buenas prácticas” relativas a la vida asistida, donde con insumos de los usuarios se asesora al Registro en el desarrollo y promoción de buenas prácticas para la operación de residencias de vida asistida; investigar ciertos tipos de reclamos y educar, apoyar e inspirar a los operadores de las residencias. Esta sociedad sin fines de lucro trabaja para alcanzar las necesidades educacionales de los proveedores, el público y un número de otros actores. El modelo de vida asistida se basa en la comprensión de que estos servicios se deben procurar en comunidades de calidad que promueven la individualidad, independencia, privacidad, respeto e involucramiento de la familia.

#### e) Buenas prácticas de ELEAM a nivel nacional

El Consejo Nacional Asesor en el Envejecimiento (NACA) también ha identificado y difundido las buenas prácticas a nivel nacional, entre ellas:

- La **Résidence Yvon-Brunet** en Montreal, enfatiza la calidad del entorno y la integridad de los residentes por sobre todo y visualiza el establecimiento como un hogar más que una institución: un lugar donde mantener el interés por la vida, no sólo la vida. Los residentes se levantan cuando lo desean y preparan el desayuno que quieren, tienen su propia llave para su habitación y pueden pedir estar presentes cuando limpian sus habitaciones. Además, los residentes tienen su propio barrio con panadería, café, almacén, agencia de viajes y banco.
- El **Simon K. Y. Lee Seniors Care Home** en Vancouver, fue creado para satisfacer las necesidades de la comunidad Chino-canadiense. Es un establecimiento donde se habla chino y donde la sensibilidad cultural guía una prestación de cuidados multi-nivel, es decir que los adultos mayores pueden envejecer sin necesidad de trasladarse a otro establecimiento. Mediante una filosofía llamada la Alternativa Eden, los residentes se benefician del contacto con plantas, animales y niños.
- El **Sherbrooke Community Centre** también adscribe a la Alternativa Eden, por lo que plantas y animales son una parte natural del centro y el énfasis está puesto en ayudar a los residentes a vivir vidas plenas y abundantes. Entre otros, tienen la primera radio que transmite desde uno de estos centros. Los residentes pueden decorar sus habitaciones, recibir visitas a las horas de las comidas y pueden tener una mascota.
- En el **Baycrest Centre** en Toronto, los residentes viven en pequeñas unidades habitacionales con su propia kitchenette y comedor, además de un piso principal donde hay tiendas, restaurantes y un centro de actividades.
- El centro **Northwood** en Halifax, por su parte, ofrece una gama de opciones de residencia según las necesidades de cuidado de los adultos mayores. Al igual que los otros ejemplos mencionados, se evita el tono institucional mediante recrear la sensación de vivir en un barrio: hay una farmacia, peluquería e incluso un bar que opera hace más de 25 años.

#### **f) Factibilidad de la aplicación de este modelo en Chile.**

Diferencias significativas en la organización administrativa y presupuestaria respecto de Chile, así como respecto a los recursos fiscales disponibles, hacen pensar que el modelo de resguardo de la calidad para los establecimientos de larga estadía de adultos mayores canadiense no es aplicable en nuestro país. Sin embargo, los principios orientadores que inspiran y guían la calidad de los ELEAM pueden ser perfectamente un modelo a considerar para alcanzar los estándares deseados.

Algunos elementos que nos parecen recomendables para el modelo a implementar en Chile son:

- ✓ Creación de un ambiente jurídico e institucional que permita canalizar recursos materiales y humanos hacia los temas que refieren específicamente a las personas adultas mayores.
- ✓ Una práctica de intervención con sensibilidad étnica y cultural.
- ✓ Relación colaborativa con la sociedad civil, optimización del recurso voluntario y alianza con instituciones universitarias y de investigación.
- ✓ Énfasis en la personalización de los espacios y en la calidad del vínculo personal-residentes.
- ✓ Un sistema de recolección de información centralizado que permita tomar decisiones adecuadas y fundamentadas.



### 3.2. El caso de Francia<sup>16</sup>

Las políticas públicas asociadas al envejecimiento de la población se remontan a 1962, cuando se publicó en Francia el informe de la Comisión de Estudios de los Problemas de la Vejez (conocido como el Informe Laroque). Este informe se abocó a los problemas de empleo, jubilación y condiciones de existencia de las personas de la tercera edad. Poniendo el énfasis en la promoción de la integración de los adultos mayores en sus propios ambientes, sobre todo el de las personas autónomas, y de evitar su aislamiento. Dicho informe es considerado como el punto de partida de la política de la vejez, siendo la base de las posteriores reflexiones en torno al desarrollo de las políticas de ayuda.

Luego, en 1978 se crean los servicios de larga estadía con doble tarificación estableciendo una pensión dedicada al Seguro de Salud y otra de albergue a cargo de personas o ayuda social.

En los años 80, se crea la primera sección de Estado encargada de los jubilados y las personas de la tercera edad y se adecua la oferta a la demanda en la instalación de los planes gerontológicos departamentales elaborados en conjunto entre el Estado y los consejos generales.

En 1995 se instituyen los dispositivos departamentales de ayuda a las personas de la tercera edad dependientes, instaurando una nueva prestación de autonomía para las personas de tercera edad dependientes.

---

<sup>16</sup> Revisión realizada desde París por Iara Rivera, profesional asociada de Asesorías para el Desarrollo. Socióloga, Universidad de Chile. Las fuentes consultadas para la revisión, fueron:

- Adrian, Frédéric, Le budget des EHPAD publics / Paris : Berger-Levrault, 2005
- Brami, Gérard, Le nouveau fonctionnement des EHPAD: droit et pratiques institutionnels en gérontologie / Etudes hospitalières, 2006.
- Chaumet-Riffaud, Claude, Les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, EHPAD / Éd. du Papyrus, 2002.
- France Cour des comptes. Les personnes âgées dépendantes : rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés / Paris, Direction des journaux officiels, 2005.
- Louis, Pierre, Guide de la réforme des établissements pour personnes âgées: conventions tripartites et démarche qualité /Paris: S. Arslan, 2002.
- Racine, Gilbert. La démarche qualité dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes/ Nancy : Berger-Levrault, 2001.
- Villez, Alain. Adapter les établissements pour personnes âgées : besoins, réglementation, tarification. Dunod, 2005.
- Observatorio Regional de Salud (ORS), <http://www.ors-idf.org>
- Ministerio de Salud y de la Solidaridad/ Adultos Mayores, <http://www.personnes-agees.gouv.fr/>
- Instituto Europeo del Envejecimiento, <http://www.vieillissement.org>
- Sociedad Francesa de Medicina y de Psicología del Envejecimiento, <http://www.sfmpv.org/>
- Anuario Sanitario y Social, <http://www.sanitaire-social.com/>
- Alta Autoridad en Salud, <http://www.anaes.fr>
- Plataforma Europea de Adultos Mayores, <http://www.age-platform.org>
- Información sobre formación y funcionamiento de un EHPA, [www.ehpa.fr](http://www.ehpa.fr)
- <http://www.famille.gouv.fr/dossiers/cnesms/sommaire.htm>

**a) Organización Administrativa: Responsables del modelo (sostenedores, estructura, recursos)**

*Administración*

La administración y organización del funcionamiento de los Establecimientos de Albergue para Adultos Mayores (EHPAD) en Francia ha transitado en el último decenio de un modelo de reglamentación a uno de evaluación.

De esta manera, mientras en los años noventa las iniciativas legales se centraron en las condiciones mínimas y deseables de funcionamiento de los EHPAD y en la definición de los poderes descentralizados que debían hacerse responsables, durante los últimos 6 años los esfuerzos se han concentrado en la definición de criterios para la evaluación y acreditación de dichos establecimientos.

Durante el largo proceso de descentralización del Estado se han instaurado los Departamentos que constituyen divisiones territoriales administradas por los Consejos Generales. Teniendo como misión garantizar el principio de igualdad de los ciudadanos ante la ley de tal manera que, cada uno, dónde quiera que se encuentre, debe poder acceder a los mismos servicios y a los mismos derechos. Los Consejos Generales representan la relación entre las comunidades locales y el Estado teniendo como principal función la acción social.

Son estos Consejos Generales los que tienen, por ley, el rol principal en materias de tercera edad y ayuda social en general.

La definición de ayuda ha ido variando desde el simple financiamiento a una adaptación de la ayuda tomando en cuenta las necesidades específicas de este grupo y de su entorno. Así, se han ido especializando trabajadores sociales y médicos en la elaboración de planes de ayuda.

Las comunas, municipalidades y comunas son los representantes del Estado en el territorio. En ellas funcionan los servicios descentralizados del Estado: las Direcciones Departamentales y Regionales de Asuntos Sanitarios y Sociales (DDASS y DRASS), las cuales garantizan y ejecutan las políticas públicas respecto de salud y acción social. La misión de estas direcciones es aplicar las políticas y estándares nacionales así como las definiciones regionales y departamentales en materias de salud social y médico-sociales.

En materia de la tercera edad, el rol de estas direcciones ha sido el desarrollo de estructuras de albergue y atención de las necesidades de medicamentos. Además, ha sido el principal impulsor de la atención domiciliaria, profesionalizando la ayuda.

Por otra parte, la DDASS ha sido la encargada de la reforma a la tarificación de los Establecimientos de Albergue para la Tercera Edad Dependientes (EHPAD) realizada a partir de 1999.

Sin embargo, mientras se fueron instalando los primeros criterios de evaluación y desarrollando los instrumentos de medición, comenzaron a expresarse problemas estructurales del sistema respecto de la administración de las ayudas y de los fondos para la tercera edad. Hasta los años 80 en materia de tercera edad no existía ninguna prestación legal especialmente dedicada a este grupo, lo que hizo que, a raíz de las demandas específicas de los adultos mayores, comenzaran a realizarse prestaciones extra legales. Por ejemplo, el aumento del uso de las consultas médicas por parte de los adultos mayores hizo que el sistema focalizara recursos especiales en esa línea para impedir un desgaste de los recursos totales y únicos considerados para el ítem consultas médicas (no importando la edad de los usuarios). Así se crearon múltiples programas de ayuda a la tercera edad que se fueron instituyendo en los servicios médico-sociales y, por tanto, fueron formando parte de las prestaciones de las diferentes cajas y fondos.

Lo anterior, sumado a las múltiples instituciones de diversas dependencias que se fueron creando para resolver este problema, provocó que un usuario de la tercera edad podía llegar a tener que relacionarse con 7 intermediarios distintos para satisfacer distintas necesidades. Por ello, en el año 2005 comenzó a funcionar la Caja Nacional de Solidaridad para la Autonomía con el fin de agrupar los fondos y los medios tanto del Estado como los del Seguro de Salud destinados a todo tipo de dependencia. Con esta medida se pretende disminuir la fragmentación antes mencionada.

Por último, a partir de enero de 2002, en el seno de los ministerios del Empleo, de la Cohesión Social y de la Vivienda y el de la Salud y la Solidaridad, crean el Consejo Nacional de Evaluación social y Médico-Social. Esta nueva institución tiene la competencia -en vista de las nuevas obligaciones en relación a los establecimientos y servicios médico-sociales- de evaluar las actividades y la calidad de las prestaciones que entregan los establecimientos médico-sociales, así como también, validar a otras instituciones o instrumentos para esta función.

#### *Establecimientos de Albergue para Adultos Mayores*

Existen tres grandes categorías de establecimientos acogen a los adultos mayores dependientes.

- *Hogares:* Estudio o dos piezas independientes con algunas instalaciones comunes o colectivas. Son para personas autónomas, capaces de vivir de manera habitual en una vivienda independiente aún cuando, ocasionalmente, tengan necesidad de ayuda. Es una fórmula intermedia entre la ayuda a domicilio y el hogar colectivo. Sin embargo, en la medida en que aumenta la dependencia de sus residentes, varias de estas viviendas se van haciendo cargo de la ayuda médica con el fin de evitar que los residentes tengan que cambiarse. De esta manera se van convirtiendo en EHPAD.
- *Casa de Retiro:* Instituciones médico-sociales que aseguran de manera colectiva el alojamiento de adultos mayores y se hacen cargo de su cuidado de manera global. Este tipo de estructuras está compuesta por piezas para una o dos personas y de servicios colectivos. Son para personas que no pueden vivir autónomamente por su edad pero también tienen unidades para acoger a adultos mayores con Alzheimer.

- *Unidades de cuidados de larga duración:* Son servicios hospitalarios para personas que han perdido su autonomía y necesitan cuidados médicos constantes. Algunas de estas unidades han creado en su interior unidades especializadas en alzheimer o síndromes parecidos.

A su vez, los establecimientos para adultos mayores pueden tener 3 estatus diferentes:

- *Públicos:* que pueden ser autónomos o dependientes de un establecimiento sanitario (casa de retiro de un hospital por ejemplo) o de un colectivo territorial.
- *Privados no lucrativos:* dependientes de fundaciones o asociaciones.
- *Privados lucrativos:* son dependientes de sociedades o de personas privadas.

Independientemente de su naturaleza, los hogares facturan sus prestaciones sobre un informe de recibo mensual que cubre el hogar y los cargos así como una parte de las prestaciones anexas. Cualquier establecimiento –público o privado- puede acoger, en su totalidad o parcialmente, a adultos mayores para los que el precio diario sea cubierto por la ayuda social.

El Consejo General esta a cargo de esta ayuda y su presidente fija cada año la tarifa del hospedaje diario. La demanda para entrar a uno de estos establecimientos debe ser hecha al director del establecimiento quien aconsejará las gestiones ha realizar. Salvo casos excepcionales, las estructuras de los hospedajes son reservadas a adultos mayores a partir de los 60 años.

La habilitación de la ayuda social le permite a un establecimiento recibir todo o una parte de los costos de alojamiento. En estas instituciones, la tarifa de alojamiento es aprobada por el presidente del Consejo General. Casi la totalidad de los establecimientos del sector público y la mayoría del sector privado no lucrativo se benefician de esta habilitación. El 24% de sus residentes recibe la ayuda social u otra modalidad de ayuda para sus gastos de alojamiento.

Los establecimientos públicos representan el 60% de los cupos instalados en EHPAD contra un 40% del sector privado. En el sector privado, los establecimientos no lucrativos representan el 26% de la capacidad total, el sector comercial ofrece, por su parte, el 14%. Los primeros son esencialmente las casas de retiro y hogares gestionados por asociaciones, fundaciones, mutuales, casas de retiro y congregaciones religiosas.

## **b) Entidades Evaluadoras y Acreditadoras**

### ***Consejo Nacional de Evaluación Social y Médico-Social:***

#### *Composición*

56 miembros titulares, cuyo nombramiento dura 4 años: profesionales, usuarios, personas calificadas, administradores de instituciones y servicios, actores claves.

De ellos 6 son miembros del Estado (directores de servicios regionales), 4 representantes de colectividades territoriales (tres miembros de consejos generales incluyendo al menos un presidente y un alcalde), 4 representantes de organismos de protección social, 12 representantes

de usuarios y familiares, 9 representantes de las principales agrupaciones y federaciones que representan a nivel nacional las instituciones sociales y médico-sociales, 5 representantes del personal que trabaja en los establecimientos (propuestos por cada organización sindical), 4 directores de establecimientos o servicios calificados en el ámbito de la evaluación (designados por las asociaciones profesionales de directores de dichos servicios), 12 personalidades calificadas en calidad y evaluación de prácticas sociales y médico-sociales (designadas por los ministros de los asuntos sociales). Para el funcionamiento de este consejo existe una comisión técnica permanente de 8 miembros más un presidente.

### *Misión*

1. Validar o elaborar las herramientas e instrumentos formalizando los procedimientos, referencias y recomendaciones de buenas prácticas profesionales aplicables a las diferentes categorías de establecimientos y servicios.

2. Dar al ministro una opinión sobre los organismos que solicitan una habilitación para practicar las evaluaciones externas y, si fuera necesario, opinar sobre la evaluación de los establecimientos y servicios en carácter experimental.

Las primeras evaluaciones bajo las pautas establecidas por este consejo se realizarán durante el año 2007, por lo que hasta ahora su función ha sido validar las referencias y las recomendaciones de buenas prácticas profesionales.

### ***Agencia de Acreditación y de Evaluación Nacional de Salud (ANAES) de la Alta Autoridad en Salud (HAS)***

La Alta Autoridad en Salud (HAS) es un organismo de experticia científica, consultivo, público e independiente creado el 2004 por la necesidad de estructurar el funcionamiento del sistema de cuidados, de certificación de la calidad y de la gestión transparente de los reembolsos en materias de salud, así como de la acreditación de estos sistemas. Esta encargada de:

- evaluar la utilización médica de un conjunto de actores, prestaciones y productos de salud prodigados por el Seguro de Salud;
- realizar la certificación de los establecimientos de salud;
- promover las buenas prácticas profesionales y el autocuidado de los profesionales de la salud y del público.

La HAS formula las recomendaciones y emite dictámenes independientes, imparciales. En ella se reúnen las misiones de la Agencia Nacional de la Acreditación y Evaluación en Salud (ANAES), de la Comisión de Transparencia, de la Comisión de Evaluación de los Productos y Prestaciones y las instituciones que se van creando.

La organización de la HAS está articulada alrededor de un órgano colegiado ejecutivo de 8 miembros, incluido el presidente, administrador de los gastos e ingresos.

Los miembros son designados por el Presidente de la República y por los Presidentes de la Asamblea Nacional, el Senado y el Consejo Económico y Social. Los miembros son nombrados por 6 años.

La HAS está constituida por 7 comisiones especiales, cada una a cargo de un tema específico en materia de salud:

- Evaluación de las actividades profesionales
- Evaluación de medicamentos
- Evaluación de dispositivos y tecnologías de salud
- Bienes y servicios reembolsables (ALD)
- Recomendaciones para el mejoramiento de las prácticas
- Calidad de la información médica y difusión
- Certificación de establecimientos de salud

Es importante destacar que, hasta ahora, la HAS no incluye a aquellos organismos expertos encargados de la vejez. Sin embargo, su objetivo de asegurar una mejor coherencia operacional y los temas sobre los cuales trabajan sus comisiones establecen un vínculo inevitable entre evaluación y acreditación de los EHPAD y este organismo. Muchas veces la ANAES es sugerida como evaluador externo en los convenios de desempeño firmados por los establecimientos para adultos mayores y sus evaluadores.

### ***Asociación Francesa de Normalización (AFNOR)***

La Asociación Francesa de Normalización (AFNOR) fue creada en 1926 bajo la tutela del ministerio encargado de la industria, cuenta aproximadamente con 3000 empresas afiliadas. Por un decreto del año 1984 AFNOR se encarga del sistema central de normalización elaborando referenciales para el control de calidad de productos y servicios de distinta índole. De esta manera, realiza asociaciones con instituciones claves para construir los referenciales de cada área.

En asociación con el Grupo de Estudios, Investigaciones e Iniciativas para la Ayuda de Adultos Mayores (GERIAPA), elaboraron la norma NF X 50-058, “Establecimientos de Albergue de Adultos Mayores – Marco Ético y Compromisos de Servicio”. Esta norma está puesta al servicio de los establecimientos que deseen certificar con la marca NF-Service su funcionamiento.

### **c) Sistema de Evaluación**

La reglamentación que se ha puesto en marcha a partir de la reforma del 2002, que aún continúa recibiendo modificaciones e indicaciones de los principales actores del sistema, estipula la siguiente estructura de evaluación para un Establecimiento de Albergue para Personas de la Tercera Edad Dependientes, EHPAD:

- Solicitud de autorización. Conformación de la Convención Tripartita Ad-Hoc.
- Diagnóstico. Se sugiere auto-evaluación con instrumento ANGELIQUE o similar validado por la CNESMS.

- Firma del convenio de desempeño. Estipulación de compromisos y costos.
- Auto-Evaluación anual.
- Evaluación externa cada 7 años. Entidades validadas por la CNES, se sugiere ANAES.
- Evaluación de Satisfacción de usuarios y familiares.

Para acoger a personas de la tercera edad se debe obtener autorización, para ello se debe firmar una Convención Tripartita entre el organismo administrativo y gestor del establecimiento, el presidente del Consejo General local y la autoridad competente para el Seguro de Salud. (Ley del 2 de enero del 2002). Esta Convención opera como convenio de desempeño en el que se objetivan los puntos débiles y fuertes del establecimiento, se determinan las acciones para reparar los primeros y aquellas para potenciar los segundos y, al mismo tiempo, se fijan metas a ser cumplidas en plazos negociados en conjunto por las partes. Además, es en esta instancia que se negocia el financiamiento para llevar a cabo el desempeño estipulado.

El objetivo asignado por ley a la Convención Tripartita es el de definir las condiciones de funcionamiento del establecimiento tanto para su plan de financiamiento como para asumir el cuidado de adultos mayores. Se acuerda una atención particular respecto del nivel de formación que debe tener el personal del establecimiento, además de precisar los objetivos asignados a las prestaciones dadas por el establecimiento y las modalidades de su evaluación.

En estas Convenciones Tripartitas se define de qué manera el establecimiento evaluará el cumplimiento de la gestión comprometida, es por ello que para cada establecimiento puede haber una fórmula de evaluación diferente. Sin embargo, las pautas metodológicas para desarrollar los instrumentos son entregadas por los organismos pertinentes (CNESMS). De esta forma, las Convenciones pueden acordar, en alguna medida, los plazos en que se realizarán las evaluaciones y los instrumentos para ello.

La no conformidad respecto de las normas de seguridad del establecimiento no debe ser un obstáculo a la firma de la Convención Tripartita en la medida que los trabajos a efectuar para estar en regla sean integrados en los objetivos de calidad prioritarios. Esta estrategia permite al establecimiento negociar medios de financiamiento especiales para este objeto.

Negociar una Convención Tripartita debe ser una oportunidad para el establecimiento para pedir y negociar los medios necesarios para mejorar la calidad de los servicios humanos y materiales. Los compromisos de calidad deben estar fundados sobre diagnósticos compartidos a partir de la referencia de la herramienta de auto evaluación.

Una vez firmado el convenio, la autorización dura 5 años y durante ese período las Convenciones Tripartitas obligan a los establecimientos a redefinir sus proyectos al menos una vez durante el período. En ese sentido, dan al establecimiento la oportunidad de comprometerse en un proceso continuo de mejoramiento de la calidad del servicio entregado a los residentes y sus familiares. El 26 de abril de 1999 se establece un pliego de condiciones que precisa las características generales a las cuales deben responder las convenciones, en términos de duración, de vencimiento y de dificultades vinculadas a la plurianualidad del convenio y al aprobación anual del presupuesto.

Así mismo, se precisa que se puede poner fin a una convención por la demanda de las autoridades de tarificación teniendo en cuenta las dificultades del principio de anualidad presupuestaria o por el propio establecimiento en función de imprevistos susceptibles de interferir en su funcionamiento. La parte que desea poner fin a la convención debe comunicar a las otras dos partes su intención con 2 meses de anticipación.

El pliego de condiciones detalla las recomendaciones esenciales que garantizan la calidad de los establecimientos. Se entiende que la calidad de la acogida se aprecia en función de:

- entorno y marco de vida
- profesionalismo y organización del personal
- claridad del funcionamiento definido por el proyecto institucional, el reglamento interno y el contrato de estadía.
- satisfacción de residentes y familiares
- eficiencia en las acciones que permiten a los residentes a conservar el máximo de autonomía.

#### **d) Dimensiones e Indicadores: Pliego de Condiciones.**

Este modelo, que funciona sobre la base de negociaciones particulares para cada establecimiento (Convención Tripartita), no prefija estándares para el funcionamiento de los EHPAD en general, sino más bien, identifica las dimensiones sobre las cuales los establecimientos deben trabajar el concepto de calidad otorgando recomendaciones para ello.

Las recomendaciones del pliego de condiciones respecto de la calidad de los establecimientos se distinguen de normas técnicas de funcionamiento que son dictadas por decreto. Ya que las normas técnicas presentan un carácter obligatorio y su respeto está directamente ligado a la autorización de funcionamiento, en cambio, las presentes recomendaciones dejan a los contratantes un margen de interpretación y adaptación bastante amplio en relación a la especificidad de cada establecimiento.

#### *Recomendaciones*

El pliego de condiciones busca:

- Precisar las características generales a las cuales deben responder las Convenciones Tripartitas y definir las recomendaciones relativas a los principales criterios que deberán presentar los establecimientos para entrar prioritariamente en el nuevo dispositivo convencional.
- Detallar las principales recomendaciones en vista de garantizar y mejorar la calidad del servicio que ofrecen los establecimientos a sus residentes.
- Definir las recomendaciones concernientes a los objetivos de evolución de los establecimientos en el curso del período cubierto por la convención y precisar las



necesidades de adaptación de los medios y el financiamiento que permitan atender gradualmente los objetivos precisados.

- Proponer una lista de indicadores utilizables a fin de evaluar las modalidades de ejecución del dispositivo convencional.

### *Los objetivos a atender*

Con el fin de garantizar a cada residente un buen estado de salud y el mayor grado de autonomía social, psíquica y física posible, es conveniente satisfacer los siguientes objetivos:

- mantener todos los vínculos familiares y afectivos del adulto mayor con su entorno social;
- preservar un espacio privado, aun cuando se trate de una vida en colectivo, garantizando un sentimiento de seguridad y precaviendo las agresiones eventuales de otros residentes;
- particularmente para los residentes que presentan un deterioro intelectual, conciliar una indispensable seguridad con una necesaria libertad;
- mantener las referencias sobre las cuales se funda la identidad del residente (nombre, historia individual, mobiliario de su habitación, asistencia a los cultos posibles, etc.);
- poner a disposición, cuando sea posible, los elementos técnicos (teléfono, televisión, etc.) en cada habitación, sin restricciones de horario;
- mantener las relaciones sociales del residente (participación en actividades sociales de su comunidad);
- aportar las ayudas y favorecer los accesos a ciertas prestaciones exteriores (peluquería, gimnasio, etc.)

Los principales elementos para atender los objetivos precedentes son:

### *El proyecto institucional*

Documento en el que están definidas las características generales del proyecto de vida y del proyecto de cuidados; este último, definido por el equipo sanitario a cargo y el médico coordinador, debe precisar las modalidades de organización de los cuidados al seno del establecimiento en función del estado de salud de los residentes, así como las modalidades de coordinación de los diversos interventores.

Otros elementos deben claramente precisar las modalidades que permitirán satisfacer las expectativas de los residentes y garantizar la mayor transparencia de las normas que rigen la vida en el establecimiento. En esta línea, la dirección del establecimiento debe proporcionar a los adultos mayores residentes y a sus familias una información clara sobre el funcionamiento de la institución, los derechos y las obligaciones del residente, sus condiciones de recepción y estadía y, luego del ingreso a la institución, se le debe entregar al residente, o en el caso que lo amerite a su representante legal, su libro de residencia, el reglamento interior y el contrato de estadía.

### *La calidad de los espacios*

Los espacios destinados a los adultos mayores dependientes deben estar concebidos y adaptados para evitar en lo posible la pérdida de autonomía de los residentes. Favoreciendo su sociabilidad e instaurando una real apropiación de la institución por parte de los usuarios. En forma particular es preciso contar con una señalética clara y adecuada.

La concepción de los espacios debe mantener un justo equilibrio entre sus tres principales componentes:

- Ser, ante todo, un lugar residencial, preservando a la vez una real intimidad para el residente y su entorno y la posibilidad de convivencia tanto entre los residentes como con sus propios vínculos fuera del establecimiento.
- Ser un lugar adaptado al cuidado de las personas dependientes, conciliando libertad y seguridad.
- Ser un lugar de prevención y de cuidado donde sean otorgadas de manera coordinada las prestaciones médicas y paramédicas necesarias a los residentes.

Respecto de las condiciones arquitectónicas, conviene distinguir las que se exigirán a aquellas construcciones recientes o que hayan sido beneficiarias de una renovación importante de aquellas que no han sido objeto de ninguna modernización y que presentan carencias notables en materia de seguridad, funcionamiento y calidad, tanto en los espacios privados como en los colectivos.

### *Los espacios privados*

Debe poder estar completamente personalizado y permitir a los residentes que lo deseen llevar su propio mobiliario y decoración. Lo importante es garantizar a los residentes la apropiación del espacio privado, a tal punto que puedan recibir a sus visitas como si se tratara de su propia casa. Debe también ser un espacio accesible y permitir una circulación expedita de gente, que considere una superficie que permita modular la organización de la habitación en función de la pérdida de autonomía del residente.

Sin perjuicio de las recomendaciones siguientes, ninguna habitación debe ser ocupada por más de dos personas y la proporción de habitaciones de dos camas no debiera sobrepasar el 10% de la capacidad del establecimiento.

Las recomendaciones relativas a las construcciones nuevas o concernientes a los establecimientos que necesitan una renovación estructural:

- los espacios privados deben semejar un hogar
- deben contar con baño integrado
- puede estar dotado de una pequeña cocina
- idealmente la superficie debe ser 18m<sup>2</sup> a 22 m<sup>2</sup> para una habitación individual y de 30m<sup>2</sup> a 35m<sup>2</sup> para una compartida
- deben existir habitaciones para recibir a parejas

Para los demás establecimientos (aquellos que no serán rediseñados) los tamaños de las habitaciones debe ser de 16 a 20 m<sup>2</sup> para una habitación individual y 22 a 25 m<sup>2</sup> para las dobles. Sin embargo, siempre deben comprender el baño.

### *Los espacios colectivos*

Estos espacios deben mantener los lazos sociales y permitir a las personas externas frecuentar el establecimiento. Los espacios debe favorecer el encuentro y la convivencia. Mejorando el confort y la calidad de vida de los residentes, evitando su aislamiento.

Los espacios colectivos son de dos tipos:

- los correspondientes a los lugares de alimentación
- los de reposo, encuentro y actividades

Estos elementos serán tomados en cuenta en el proyecto institucional del establecimiento bajo el título de la promoción de una buena socialización de los residentes.

Los espacios de circulación deben garantizar una buena accesibilidad a los diversos lugares, tanto interiores como exteriores. Deben estar dimensionados teniendo en cuenta las dificultades de desplazamiento de los residentes.

### *Los espacios específicos*

- Los espacios de cuidados: Estos espacios deben permitir la realización de prestaciones de rehabilitación, cuidados paramédicos y preparación de prescripciones.
- Los otros espacios: Es posible que con el fin de responder a las especificidades de cada proyecto institucional existan otros espacios destinados a los residentes, por ejemplo, salón de estética, sala de reuniones, gimnasio, etc.

### *Accesibilidad*

Obligación Nacional conforme al artículo 49 de la ley n° 75-534 del 30 de junio de 1975, reforzadas en la ley 91-663 del 13 de julio de 1991 que estipula diversas medidas destinadas a favorecer la accesibilidad a personas discapacitadas a diversos locales de habitación y públicos.

### *Seguridad*

- de incendio
- prevención de accidentes
- de los bienes de los residentes

## *Higiene*

El establecimiento deberá respetar la reglamentación vigente en relación a alimentación y hotelería.

### **e) Indicadores**

Los siguientes indicadores reagrupados por temas tienen por objeto ayudar a identificar los diferentes elementos que intervienen en la calidad del cuidado de adultos mayores en establecimientos de larga estadía.

#### ***Vida en la institución***

Numerosas fórmulas de organización son posibles, pero todas deben estar ligadas al proyecto de vida elaborado por el equipo del establecimiento.

#### ***Ritmo de vida de los residentes***

- Regularidad de una vestimenta cuidada (distinta ropa para el día y la noche).
- Actividades libres y propuestas.
- Desarrollo de la jornada considerando tiempos de reposo.
- Comidas, aparte de la calidad nutritiva, conviene garantizar el tiempo suficiente para que los residentes se alimenten de manera autónoma, el tiempo entre última comida de la noche y la primera de la mañana debe ser inferior a 12 horas. Otorgar la posibilidad de comer con la familia.

#### ***Actividades propuestas***

Deben atender a los diversos deseos de los residentes

#### ***Al interior del establecimiento***

- semejarse a la vida cotidiana anterior de los residentes (participación en al preparación de comidas, etc.)
- con la participación de otras generaciones
- talleres de creatividad (pintura, cerámica)
- actividades físicas
- talleres diversos

#### ***Al exterior del establecimiento***

- organizar salidas fuera de la institución (paseos, compras, cine, etc.)
- posibilidad de salidas en familia sin limitación de tiempo (por varios días, vacaciones, etc.)

#### ***Trabajo terapéutico***

- estimulación cognitiva, en particular para los residentes con deterioro intelectual con personal especialmente calificado para esta labor.

## ***El personal***

Los siguientes indicadores permiten apreciar la calidad de los cuidados y la coherencia con el proyecto institucional.

- Porcentaje de personal calificado: titulares de un diploma reconocido de enfermería, de ayuda y cuidados, de ayuda médico-psicológica, certificado de aptitud para función de ayuda a domicilio.
- Porcentaje de personal cuyo cargo ocupado corresponde a su calificación.
- Porcentaje de personal beneficiario de una formación continua, incluyendo el personal bajo contrato precario, de duración promedio por agente.
- Estabilidad del empleo de los funcionarios.
- Tasa de ausentismo laboral.
- Intervención de personal “free-lance”.
- Recursos de sub-asistencia: precisar la existencia o no de criterios de evaluación de calidad del servicio prestado.
- Porcentaje de personal que tengan contratos precarios distinguiendo sus funciones.

## ***Entorno***

Las relaciones con el medio ambiente inmediato y la integración en la vida social. Se trata en particular de actividades al exterior del establecimiento mencionadas anteriormente, así como también a las intervenciones de personal free-lance, médicos y paramédicos.

## ***Otros indicadores***

Pueden ser nombrados el número de días de hospitalización, cantidad de residentes hospitalizados y sus motivos, duración promedio de estadía en el establecimiento, número de decesos dentro y fuera de la institución. Así como también los olores existentes en el seno del establecimiento.

## **f) Instrumentos del Modelo.**

### ***i. Auto-Evaluación: El diagnóstico ANGELIQUE***

La etapa de diagnóstico es una condición necesaria para la firma de la Convención Tripartita, al contrario que ciertos elementos del proyecto institucional y del proyecto de vida que pueden ser parte de los objetivos de calidad definidos en la misma convención.

Con el fin de facilitar la realización de un balance inicial, los establecimientos se permiten desagregar sus puntos fuertes y sus puntos débiles para determinar los mejoramientos que se incluirán en la Convención Tripartita.

Un grupo que reúne a representantes del Estado, del Consejo General y a profesionales de la salud, ha elaborado una herramienta de auto-evaluación llamada ANGELIQUE: Aplicación Nacional para Guiar una Evaluación Interna Certificada de la Calidad para Usuarios de los Establecimientos.

Esta herramienta reposa sobre los requerimientos del pliego de condiciones de los EHPAD. Aunque no es impuesta por las autoridades tutelares, es una referencia en materia de auto-evaluación debido a su origen consensual.

Es un buen medio para los establecimientos de situarse en función de las referencias existentes. Puede suceder que los establecimientos se sitúen muy lejos de los puntos de referencia otorgados por el instrumento ya que el acento está puesto en la formalización de los procedimientos para llevar a cabo los servicios de la institución. Este acento en la formalización para apreciar la calidad de los establecimientos, no permite valorar acciones particulares o individuales. Los resultados pueden parecer decepcionantes en la medida que no dan cuenta de los aspectos informales de la calidad de los establecimientos. Es por esto que la utilización de la herramienta deberá hacerse con discernimiento y considerando los matices para no desanimar a los actores de la gestión.

### *Presentación de la herramienta*

Cuestionario de 147 preguntas divididas en 4 partes:

- 1ª parte: expectativas y satisfacción de los residentes y familiares.
- 2ª parte: necesidades de acompañamiento y de cuidados de los residentes y respuestas dadas por el establecimiento.
- 3ª parte: el establecimiento y su entorno
- 4ª parte: gestión de calidad

Al interior de cada sección las preguntas son inscritas en una tabla de 9 columnas

Columna 1	El tema: bienvenida y admisión, derechos y libertades, restauración, vida social, mantención de la autonomía, organización de los cuidados, ayudas y cuidados específicos, hotelería, personal, apertura al exterior, seguridad y mantención, proyecto institucional.
Columna 2	Palabras claves que evocan el tema de la pregunta.
Columna 3	La pregunta.
Columna 4	Las fuentes de información y/o indicadores propuestos que permiten establecer los elementos de una medida objetiva.
Columna 5	Nivel de graduación de los años en curso. Las preguntas son el objeto de dos tipos de respuestas: graduadas en una escala o positivas/negativas.
Columna 6	Los puntos fuertes. Esta columna y la siguiente permiten preparar la síntesis de la auto-evaluación seleccionando en la medida que las respuestas sean consideradas como un punto débil o un punto fuerte.
Columna 7	Los puntos débiles.
Columna 8	Los objetivos de mejoramiento de la calidad reflejados en el marco de la convención. Seleccionando los objetivos de mejoramiento en el llenado de la grilla, facilita la síntesis final.
Columna 9	Los comentarios y observaciones recogidos durante la realización del cuestionario. Son esenciales pues serán de gran ayuda en la redacción de la síntesis y permitirán aportar los matices y los elementos de comprensión de la particularidad de la situación de un establecimiento.

### *Los actores de la aplicación*

La auto-evaluación debe implicar al conjunto de actores, representados en un grupo piloto. Todas las categorías de personal, el médico coordinador, los residentes, los familiares, los interventores externos, los voluntarios, la dirección, los administrativos.

La diversidad del grupo que participará en la aplicación es lo que contribuye a la riqueza de intercambios y a la objetividad de los resultados. Las personas que no forman parte del grupo piloto, deben ser informadas antes de la aplicación, explicándoles los objetivos de ésta con el fin de preparar respuestas posibles y discutirlos en asamblea para que su representante pueda llevarlas a la reunión del grupo piloto. Al finalizar, se deben entregar los resultados a todos los actores.

### *El desarrollo de la auto-evaluación*

Esta aplicación compromete al establecimiento en un proceso permanente de gestión de calidad (incluyendo los recursos necesarios para ello) ya que debe ser realizada una vez al año. La primera, permitirá al establecimiento realizar un diagnóstico mostrando los puntos débiles a corregir y los puntos fuertes a consolidar.

La ventaja de esta aplicación es que puede realizarse internamente con los interventores habituales de la estructura del establecimiento. Esto permite a cada uno de los profesionales rendir cuentas respecto del nivel de exigencia esperado por las autoridades tutelares. Las constataciones realizadas de manera contradictoria luego de las reuniones del grupo piloto conducen a los distintos interventores a interrogarse sobre las condiciones en que realiza su misión. Mientras más diverso es el grupo piloto, habrá mayores posibilidades de confrontación entre la posición de los profesionales y los residentes con sus familiares.

Lo importante es que se trata de apreciar el funcionamiento del servicio y no de juzgar a las personas. El cuestionario ANGELIQUE estimula la discusión en torno a cada tema y abre el diálogo. Es aconsejable de prever una duración suficiente para el desarrollo de la aplicación. Entre 3 y 4 reuniones de 2 horas serán necesarias para responder a todo el cuestionario. Una reunión suplementaria permitirá realizar la síntesis de resultados y definir los objetivos así como los plazos de realización para los 5 años siguientes.

### *La síntesis de los resultados*

Se presentan en un informe de evaluación que debe, obligatoriamente, figurar entre los documentos a presentar ante las autoridades de tutela para establecer la Convención Tripartita. Este documento, incluida su forma, es impuesto por el Ministerio del Empleo y de la Solidaridad, se compone de 3 partes: la primera que presenta el perfil del establecimiento, una segunda que presenta los resultados de la evaluación y una tercera que presenta los objetivos, el financiamiento a 5 años plazos y la forma en que será evaluado. Por su lado, las autoridades no pueden exigir las respuestas del establecimiento al cuestionario ANGELIQUE, pues se trata de un documento interno.

### *Perfil del establecimiento*

Esta parte, que se presenta únicamente en una tabla, da una percepción de la situación objetiva del establecimiento: status jurídico, inserción en el entorno, accesibilidad, dispositivos de prevención de riesgos sanitarios, los horarios de comida, la descripción del alojamiento, la descripción de la población acogida (principalmente desde el punto de vista de la dependencia), el nivel de actividad de los 3 últimos años, las entregas presupuestarias en versión binaria, las tarifas, efectivos asalariados e interventores externos, la gestión previsional del empleo. Las respuestas a esta parte no necesitan la concurrencia del grupo piloto, se trata de un trabajo que puede ser realizado por el personal administrativo con el control del director.

### *Resultados de la evaluación*

Es solicitada como información sobre las personas que han participado en la auto-evaluación y las herramientas utilizadas para realizarla. En seguida, el responsable de la aplicación, deberá presentar en forma redactadas las respuestas más importantes por capítulos. Esta presentación permite explicar las respuestas aportadas gracias a los eventuales comentarios.

Es importante mantener una relativa neutralidad a fin de entregar una visión justa del establecimiento. La objetividad puede venir de la realización de una evaluación externa si es que es posible. Hay que considerar la concurrencia de un consultor para la moderación del grupo piloto y la realización de la síntesis de resultados.

### *Objetivos y recursos a 5 años plazo*

En esta parte figuran esencialmente los objetivos que han sido seleccionados en la última reunión del grupo piloto. Estos objetivos deben estar clasificados por orden cronológico sobre un período de 5 años según su carácter prioritario. Sabiendo que todos los objetivos relativos a la seguridad de los locales deben ser tratados lo más rápidamente posible. Para cada objetivo, es necesario precisar si necesitará de recursos financieros, administrativos o de formación, para su consecución. Los recursos financieros deben estar en cifras, en una tabla a parte. Los objetivos, incluidos los recursos necesarios para obtenerlos, deben ser objeto de fichas más detalladas anexadas a la Convención Tripartita.

Las modalidades de seguimiento y de evaluación de los objetivos de calidad deben ser expresadas durante el grupo piloto. Por defecto, el seguimiento corre el riesgo de ser olvidado pues no es obligatorio integrarlo en la solicitud. A fin de facilitar el trabajo de los establecimientos, una herramienta de evaluación periódica anual será propuesta en el informe de evaluación. Pero nada impide crear sus propias herramientas. Sólo la evaluación anual es obligatoria. El establecimiento que no ha considerado sus compromisos de calidad durante su Convención Tripartita, corre el riesgo de encontrar ciertas dificultades suplementarias al momento de su renovación o de una evaluación de la realización de sus compromisos cumplidos.



## *ii. Norma AFNOR NF X 50-058: Marco Ético y Compromisos de Servicio*

El objetivo es diferente al del cuestionario ANGELIQUE, ya que posee normas precisas que permiten al establecimiento obtener una certificación que garantice una calidad de prestación de los servicios a los usuarios. Si ANGELIQUE responde a una lógica de negociación y valorización del establecimiento AFNOR obedece a una lógica de satisfacción del cliente-residente.

Este instrumento reposa sobre una metodología de la gestión de calidad ilustrada por la “rueda de Deming”. La rotación de esta sobre un eje ascendente muestra la gestión en un sentido de mejoramiento constante de la calidad pasando por 4 etapas sucesivas:

- evaluar o verificar: auto-evaluación inicial
- decidir el mejoramiento: plan de acción con prioridades
- planificar, preparar: mejoramiento de los procesos
- poner en marcha el plan de acción

### *El documento normativo*

Define el marco ético en el cual deben desarrollarse los servicios y compromisos de servicio. Este marco ético hace referencia a los derechos fundamentales reconocidos a toda persona cualquiera sea su edad, situación, estado de salud, por la constitución de 1946 y la de 1958, la Carta de derechos y libertades de las personas de la tercera edad dependientes y la Carta europea de derechos fundamentales. Se trata de una transposición de estos derechos generales a la vida en un establecimiento para adultos mayores.

Los compromisos de servicio son clasificados según 7 grandes temas:

- la recepción y la admisión
- el entorno y el marco de vida
- la toma de cuidados
- la alimentación
- la vida social
- el alojamiento temporal
- la salida del establecimiento

Cada tema está enumerado en una tabla donde es tratado. La tabla comprende 4 columnas, la primera precisa la referencia de cada ítem, la segunda formula de manera sintética las atenciones de los residentes, la tercera detalla para cada ítem las recomendaciones de compromiso del establecimiento y la última presenta los recursos eventuales que permitirán realizar los compromisos. Así, para cada expectativa se propone un abanico bastante completo de respuestas posibles que puede aplicar el establecimiento. No se trata de imponer una sola norma sino de explorar y profundizar en todos los aspectos de un servicio de calidad.

### *La guía*

Esta se presenta bajo la forma de una lista de 342 ítems que reanudan los compromisos preconcebidos en el documento normativo bajo los mismos temas. Una columna evaluación permite numerar de 1 a 5 los niveles de realización de la gestión de calidad: el nivel 1 corresponde a una norma conforme y el nivel 5 a una realización de una acción seguida de una evaluación y de acción correctiva. La columna siguiente permite presentar las acciones de mejoramiento a realizar para lograr los niveles de exigencia deseados. La última columna concierne a los medios necesarios para la realización de la acción.

Debido a su origen diferente, AFNOR y ANGELIQUE orientan sus preguntas tomando en cuenta distintas prioridades. Estas dos herramientas pueden ser utilizadas en forma complementaria con el fin de asociar sus calidades recíprocas.

### ***iii. Evaluación EVA***

Esta basado en un referencial canadiense “PASS 3”, adaptado a Francia en coherencia con ANGELIQUE. Se pone en el punto de vista del residente y evalúa la calidad y coherencia de la acogida y los cuidados.

Durante 3 días los evaluadores deben observar 68 ítems en el conjunto de actividades de un EHPAD, fijándose en lo que ven sin considerar ninguna causa. Estos están agrupados en los siguientes temas:

- integración física
- integración social
- calidad de vida
- calidad del apoyo a los residentes
- desarrollo de la autonomía
- política de apertura
- administración

Cada uno de estos temas se evalúan en una escala de la A a la D, donde A es excelente y D no satisfactorio. En general, A-B se consideran fortalezas del establecimiento y C-D se consideran déficit y desafíos.

### ***iv. QUALICERT***

Es una certificación creada por el grupo SGS, expertos en control de calidad y está acreditada por la COFRAC (Comité Francés de Acreditación). Es una iniciativa privada de los establecimientos que desean posicionar la calidad de su servicio por sobre las exigencias mínimas y así poder diferenciarse en el mercado.

El referencial es una concreción de una gestión llevada a cabo por los profesionales del sector gerontológico que define una aproximación de las prácticas profesionales proponiendo una herramienta de gestión de calidad, un documento técnico que define las características que debe

presentar un servicio y las modalidades de control. Así mismo, está validado por los representantes de los consumidores, debido a que está visado por un comité de certificación compuesto de profesionales del área, consumidores y usuarios, administradores y expertos.

Los ítems que considera esta evaluación son:

- elaboración del proyecto del establecimiento
- recibimiento del residente
- cuidados
- calidad del personal
- capacidad del establecimientos por auto-evaluarse y mejorar

#### **f) Evaluaciones al modelo**

Como se ha hecho mención antes en este capítulo, el modelo impuesto por la reforma de los EHPAD de 1999 y sus sucesivas perfecciones, no ha sido aún evaluado. Sin embargo, lo que ha provocado los ajustes de la reforma, así como las creaciones de nuevas orgánicas que la implementen, han sido las observaciones críticas de académicos y profesionales del área.

Aunque simple en sus principios y objetivos, la reforma de los EHPAD está construida sobre la base de una suma inacabada de textos lo que afecta mucho su legibilidad y comprensión.

El convenio de los EHPAD y la reforma arancelaria se introdujeron por ley en 1997, luego una “reforma de la reforma” fue llevada a cabo en el 2001. Posteriormente, en el 2002 se logró construir un conjunto homogéneo de textos que reunía los principales capítulos referentes a la planificación, autorización, evaluación, el convenio y el control.

Por otra parte, es importante tener en cuenta que la reforma no a cesado de conocer importantes evoluciones incluso en sus modalidades más estructurales.

A pesar de los esfuerzos por desfragmentar la institucionalidad, sigue habiendo una gran complejidad de la red relacional de organismos encargados de administrar y aplicar el modelo. La repartición de las competencias al interior de la administración central ha sido muchas veces modificada.

Paulatinamente se ha ido creando un cuerpo de recomendaciones y herramientas para los establecimientos con la concurrencia de los diferentes actores. Esto a permitido que las recomendaciones respecto de la normativa de calidad sean atendidas más fácilmente por los establecimientos.

Sin embargo, existe aun confusión respecto de los objetivos perseguidos en el marco de la calidad debido a que se han expuesto en forma poco jerárquica. El planteamiento de la calidad que vemos en la reforma se caracteriza por un pliego de condiciones demasiado ambicioso, un planteamiento poco adaptado a estructuras pequeñas y un control poco directivo y escaso en el seguimiento de las realizaciones.

El texto de referencia para el mejoramiento de la calidad de los EHPAD es el pliego de condiciones de 1999, sin embargo, en las modificaciones hechas a la reforma el año 2003 no dice nada respecto a que dicho pliego es una condición previa al convenio, y por tanto, deja un vacío en la estandarización de la calidad.

La instalación de las Convenciones Tripartitas como fórmula de compromiso con la calidad desencadena no sólo la entrada en el sistema de tarificación, sino también un planteamiento de mejora de la calidad. Se estipulan como convenio de desempeño, los objetivos de cada establecimiento en conjunto con las autoridades y los beneficiarios.

Otro logro de este modelo ha sido la obligatoriedad de la evaluación interna y externa “de la actividad y la calidad de las prestaciones de los establecimientos y servicios médico sociales”. La doble evaluación se instala como forma de control de calidad y se garantiza su realización debido a que se incorpora su financiamiento en el presupuesto anual de cada EHPAD.

La evaluación externa tuvo el mérito de introducir para todos los servicios y establecimientos del sector una primera aclaración sobre los conceptos de calidad y evaluación. Definió obligaciones generales que se imponen a los establecimientos sanitarios. Pero para los EHPAD, este dispositivo general se sobreañadió al de 1999, centrado en los convenios tripartitos, el pliego de condiciones y la evaluación interna. El dispositivo parece demasiado pesado y aun demasiado ambicioso para los establecimientos que sólo disponen de medios administrativos limitados.

Es importante destacar que aunque desde 2002 los establecimientos y servicios sociales y médico-sociales tienen la obligación de someterse a una evaluación de su actividad, este principio es aplicado inequitativamente.

Sin embargo, la creación del Consejo Nacional de la Evaluación Social y Médico social, la Alta Autoridad en Salud y otros organismos evaluadores serán un aporte en la generación de estándares normalizados. Los organismos encargados de la evaluación externa se han instalado como referentes nacionales e internacionales de acreditación de calidad. De esta forma, los EHPAD, como cualquier otro producto o servicio sometido a estos procesos, serán progresivamente incorporados en un proceso de normalización de estándares y acreditación de calidad.

Dentro de las propuestas que se piensan implementar durante el próximo período, está transformar el Comité Nacional de Evaluación Social y Médico-Social en una Agencia de Evaluación y reforzar sus medios. Una misión de prefiguración deberá hacerse cargo de preparar, para el inicio del año 2007, la instalación de esta agencia.

Otra será exigir a todo proyecto de establecimiento prever una política de evaluación interna y una gestión de la calidad. Los *dossiers* de autorización presentados al Comité regional de organizaciones sociales y médico-sociales deberán contemplar sistemáticamente un capítulo específico dedicado a esta cuestión.

Finalmente, apoyar una política de Sello de calidad para las grandes federaciones del sector. Los poderes públicos trabajarán con las federaciones para ayudar a la puesta en marcha de estos sellos de calidad que las federaciones podrán otorgar a sus adherentes.

### **g) Lecciones y aprendizajes para el caso de Chile**

La participación de los diferentes actores en la gestión de la calidad, aunque hace más lento el proceso, parece ser la gran garantía de éxito de los modelos de evaluación. Por un lado, todo proceso de cambio debe ser progresivo e involucrar al conjunto de actores que verán modificadas sus prácticas, porque, finalmente mientras menos unilateral sea la toma de decisión, esta será aplicada con mayor eficacia.

Por otra parte, todo proceso de evaluación implica una situación de desigualdad entre evaluador y evaluado que es necesario disminuir. De esta manera, los instrumentos de auto-evaluación se presentan como herramientas que permitirán producir, primero, un diálogo y, luego, llegar a una conclusión respecto de la situación en que se está y de la situación deseada.

La fórmula de convenios de desempeño (Convenciones Tripartitas) en la que se comprometen ciertos logros (no todos), en ciertos plazos (no todos inmediatos) permite quitarle presión a la instancia de evaluación o autorización del establecimiento, dando paso a un diagnóstico y plan de acción reales. En este sentido, me parece importante considerar que los marcos de dichos convenios son fundamentales para conducir los planes de acción en una dirección coherente con las políticas de calidad propuestas.

En Chile, sería posible emular las Convenciones Tripartitas, considerando que los integrantes de ella sean equivalentes a los definidos por la ley francesa. Posiblemente, en el caso chileno en lugar de existir dos representantes estatales se incluya uno privado.

Finalmente, la naturaleza gradual y progresiva de la implementación del concepto de evaluación de calidad en Francia en el seno de instituciones como los EHPAD, fruto de múltiples intervenciones, reflexiones, correcciones y aportaciones de los diversos actores involucrados, ha tenido como consecuencia la creación de múltiples y diversas herramientas, referenciales y estándares para evaluar y medir la calidad de los servicios para el cuidado de los adultos mayores. Estas herramientas están a disposición como material de apoyo fundamental para cualquier iniciativa que se quiera implementar en esta área, fácilmente adaptables y que, en última instancia, garantizan condiciones mínimas para atender las demandas de los residentes y usuarios.

### 3.3. El caso de España<sup>17</sup>

#### a) Historia de los ELEAM en España

La historia del desarrollo e implantación de un sistema público de acción social y de servicios sociales en España es muy reciente. A partir de la Constitución de 1978, es cuando se impulsan de forma decidida políticas sociales, en que el estado asume el papel de garante del bienestar de los ciudadanos. Dentro del marco constitucional, en el artículo 50, se encuentra el punto de

---

<sup>17</sup> Revisión realizada desde Madrid por Deiza Troncoso, profesional asociada de Asesorías para el Desarrollo. Socióloga, Universidad de Chile, Master en Gerontología. Las fuentes consultadas para la revisión, fueron:

- Eulen Servicios Sociales y Sanitarios (2002): *Gestión Asistencial de Residencias para Mayores. Manual Práctico*. Barcelona, Ars Médica.
- Fernández-Ballesteros, R., Corraliza, J. A. (2000): Ambiente y Vejez. En R. Fernández-Ballesteros, R. (dir), *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, F. (2000): Calidad Total en Servicios Gerontológicos. En Fernández-Ballesteros R. (dir.), *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide.
- Generalitat de Catalunya, Institut CATALÀ d'Assistència i Serveis Socials. (1999): *Indicadores de evaluación de calidad para residencias de personas mayores del ICASS*. Área de Servicios. En la Web.
- Iradi J., Cilleruelo E., Gurrutxaga I., Serrano I. (2005): *Integración de los modelos genéricos de Gestión de la Calidad con modelos de específicos de Calidad Asistencial en residencias para personas mayores*. En la web.
- Pinazo Hernandis S., Sánchez Martínez M. dirs. (2005): *Gerontología. Actualización, Innovación y Propuestas*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Santiago-Juárez López, J. A., Zurro Hernández J. (2002): *Guía de criterios de calidad de Centros Sociales y Sociosanitarios en régimen residencial para personas mayores. Manual de acreditación*. Madrid, SANED.

Legislación consultada:

- C. A. de Andalucía: ORDEN de 3 de julio de 2006, de modificación parcial de la de 1 de julio de 1997, por la que se regula la acreditación de los centros de atención especializada a las personas mayores y personas con discapacidad. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social (BOJA nº 142, de 25 de julio de 2006).
- C. A. Castilla-La Mancha: Ley 3/1994, de 3 de noviembre, de protección de los usuarios de entidades, centros y servicios sociales en Castilla-La Mancha; Decreto 53/1999, de 11 de mayo, que la desarrolla en este aspecto concreto (DOCM nº 33, de 21 de mayo). Orden de 21 de mayo de 2001, por la que se regulan las condiciones mínimas de los centros destinados a personas mayores (DOCM nº 75, de 29 de junio).
- C. A. de Castilla y León: Decreto 14/2001, de 18 de enero, regulador de las condiciones y requisitos para la autorización y el funcionamiento de los centros de carácter social para personas mayores (BOCyL Nº 17, de 24 de enero de 2001).
- C. A. Islas Baleares: Decreto 123/2001, de 19 de octubre, de definición y regulación de las condiciones mínimas de apertura y funcionamiento de los centros y servicio para personas mayores, tanto públicos como privados, ubicados en el territorio de las Illes Balears. Consejería de Bienestar Social (BOIB Nº 130, de 30 de octubre de 2001)
- País Vasco: Decreto 41/1998, de 10 de marzo, sobre los servicios sociales residenciales para la tercera edad. Boletín Oficial del País Vasco.

Sitios web:

- [www.segg.es](http://www.segg.es). Documento del Grupo de calidad de la SEGG (2004): *100 Recomendaciones Básicas para Fomentar la Calidad en Residencias de Personas Mayores*.
- [www.imsersomayores.csic.es](http://www.imsersomayores.csic.es).
- [www.aec.es](http://www.aec.es)
- [www.aenor.es](http://www.aenor.es)
- [www.bureauveritas.es](http://www.bureauveritas.es)
- [www.enac.es](http://www.enac.es)
- [www.improven-consultores.com](http://www.improven-consultores.com)
- [www.tqm.es](http://www.tqm.es)

Informantes Claves:

- José Buz Delgado. Doctor en Gerontología, Académico del Master en Gerontología y Académico de la Facultad de Educación de la Universidad de Salamanca.
- Honorio López Cruz. Pedagogo y Master en Gerontología. Profesor del Master de Gerontología Universidad de Salamanca. Director varias Residencias de mayores.
- Ángel Moraleda Fernández. Jefe de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Salamanca.

partida del desarrollo de las políticas dirigidas a dar respuesta a las necesidades de los adultos mayores (en España se conceptualizan como personas mayores).

Como respuesta al mandato de dicho artículo, las diecisiete comunidades autónomas se dotaron de sus respectivas leyes de Acción Social y Servicios Sociales, a partir de las cuales se ha ido tejiendo un amplio sistema de atención social en general y especialmente de atención a los adultos mayores, que ha supuesto la potenciación de una red pública de servicios sociales comunitarios especializados.

Desde ese momento hasta nuestros días, España ha experimentado un notable incremento de los diferentes recursos sociales y sociosanitarios dirigidos a dar respuesta a los problemas específicos de los adultos mayores (Residencias, Centros de día, Teleasistencia, Programas de ayuda a domicilio, etc.). Estos recursos intentan abordar las crecientes necesidades de una sociedad envejecida, que cuenta con un notable incremento de la población mayor de 80 años, en donde las situaciones de dependencia aumentan notablemente a partir de los 75 años.

Las residencias (ELEAM) han sido uno de los recursos sociales más cuestionados en la corta historia de los servicios sociales dirigidos a los adultos mayores en España. Durante los años sesenta, setenta y ochenta, y como consecuencia de la inexistencia de otros recursos de atención y la crisis de lo que se conoce como apoyo informal (constituido principalmente por la atención prestada por la familia<sup>18</sup>), se produjo un incremento considerable de la oferta de plazas residenciales para adultos mayores. El aumento de la oferta respondía al incremento de la demanda, ya que este recurso era el único dispositivo capaz de responder y prevenir el riesgo de dependencia de las personas mayores.

En 1982, La Asamblea Mundial del Envejecimiento de Naciones Unidas, recomienda a los diferentes estados que desarrollen otro tipo de recursos y programas para dar respuesta a las necesidades sociosanitarias de los adultos mayores, que a la vez fueran útiles para alcanzar el objetivo del lema “envejecer en casa”. A partir de ese momento en España las críticas a los ELEAM surgieron desde todos los foros de debate y desde todas las instituciones públicas y privadas. Fue cuestionado el sistema de atención que se realizaba en los ELEAM, al entenderse que éstos estaban alejados y escasamente integrados en la red de recursos comunitarios, por tener un carácter excesivamente asistencialista en su concepción y no propiciar la participación de los usuarios.

En los últimos años del pasado siglo, se realizó una revisión del “envejecer en casa”, considerando a los ELEAM<sup>19</sup> como un recurso necesario dentro de la red de atención para personas mayores. En España este hecho coincidió con la aprobación de la segunda generación de leyes de servicios sociales, y con el impulso y desarrollo a nivel autonómico de planes sociosanitarios, en donde centros residenciales volvieron a tener un lugar adecuado en las nuevas

---

<sup>18</sup> Cambios sociales y económicos de la familia tradicional española.

<sup>19</sup> De acuerdo a la investigación gerontológica el ámbito de actuación recomendado es siempre el entorno familiar y en el propio domicilio. En caso contrario los motivos por los que las personas mayores acceden a las residencias son básicamente: no existencia de entorno familiar, presencia de una discapacidad muy severa o voluntad del mayor de ser asistido en una institución.

estrategias que comenzaron a surgir para dar respuesta a las necesidades sociosanitarias de la población.

Las razones de la reconsideración de la importancia de los centros residenciales sociosanitarios (ELEAM) como recurso necesario en España son: El considerable incremento de personas mayores de 80 años<sup>20</sup>; el notable aumento de la tasa de prevalencia de afecciones invalidantes que producen dependencia, en especial demencias, que crecen sustancialmente a partir de los 75 años, y que en muchas ocasiones precisan cuidados de larga duración y; la importante disminución de cuidadores informales como consecuencia de los cambios sociales y familiares que se han producido en la segunda mitad del siglo XX.

Hoy, se entiende que los Centros residenciales (ELEAM) para adultos mayores en España son un servicio más de los que existen dentro del conjunto de los recursos sociosanitarios, que en ocasiones se constituirán en un recurso para largas estancias o definitivo, y en otras darán respuestas temporales para intentar superar con éxito determinadas circunstancias que con cierta frecuencia rodean a los adultos mayores. Administrativamente, los ELEAM deben responder a la normativa vigente en las comunidades autónomas<sup>21</sup> y gobiernos locales (Ayuntamientos) en que se ubican. Remitiéndonos a las consideraciones comunes de dichas normativas, estos centros deberían: Estar adecuadamente ubicados en los entornos de procedencia de los adultos mayores, atender a un tamaño reducido de usuarios, contar en su plantilla con un equipo de profesionales con formación especializada en la atención de personas mayores, estar dotados de equipamientos básicos accesibles y tener una oferta amplia de servicios de ocio, rehabilitación y culturales.

Existen 4.599 residencias en España con un poco más de 271.000 plazas residenciales<sup>22</sup> entre privadas y públicas, de las que casi dos terceras partes son privadas (196.713)<sup>23</sup>. Mientras que el 10% de las plazas privadas está desocupada, las listas de espera para ingresar a residencias públicas es de casi seis meses (dependiendo de la comunidad autónoma).

Dentro de los debates de los servicios sociales y sanitarios en España posiblemente los de mayor relevancia son: La forma de dar respuesta al incremento de las necesidades sociosanitarias de la población y la mejora de la calidad asistencial. La acreditación se convierte así en una herramienta útil para poder realizar la evaluación externa de los centros residenciales sociosanitarios para personas mayores, o lo que es lo mismo, pretende servir como instrumento técnico objetivo que guíe la mejora de la calidad asistencial que se presta en los centros residenciales dedicados a satisfacer las necesidades sociosanitarias de este grupo de población, al tiempo que generen prestigio en aquellos centros que alcancen un dictamen positivo.

---

<sup>20</sup> El progresivo envejecimiento de la población trae consigo la problemática de la atención a los mayores discapacitados, más aún cuando se carecen de cuidadores informales (familia principalmente). En España en 2001 existían 1,58 millones de personas mayores de 80 años, lo que representa un 3,9% de la población total (Censo de población 2001, INE).

<sup>21</sup> Normativas autonómicas de autorización, certificación o acreditación del funcionamiento de residencias.

<sup>22</sup> O cupos residenciales.

<sup>23</sup> Datos obtenidos en <http://www.imsersomayores.csic.es>.



Resulta importante considerar lo que se entenderá en esta revisión por Acreditación. La acreditación mide gradualmente la conformidad con criterios, basados en aspectos funcionales y centrados en el usuario y no se sustenta necesariamente sobre normas legales (de Santiago-Juárez, 2002).

La denominada “acreditación” de los centros y servicios sociales y/o sociosanitarios en España tiene una historia no mayor de dos décadas, remitida principalmente a la abundante producción normativa de los gobiernos de las Comunidades Autónomas y gobiernos locales, que de una u otra forma persiguen regular la “acreditación” de los centros y servicios especializados en áreas de servicios sociales. Pero al estudiar en profundidad dichas normas legales podemos darnos cuenta que lo que pretende ser un instrumento para medir y garantizar la calidad de los recursos dedicados a prestar servicios sociales y sanitarios, no es más que una herramienta que utilizan las administraciones públicas para definir y delimitar las características mínimas que han de reunir los centros o servicios privados que desean concertar servicios con ella<sup>24</sup>. Es decir, los procedimientos que se realizan realmente son la autorización y homologación<sup>25</sup> del centro y/o servicio por parte del organismo encargado en la comunidad (por lo general la conserjería de bienestar social) y no la acreditación.

## **b) Organización Administrativa**

Para hablar de la organización administrativa y dependencia de los ELEAM en España es mejor utilizar el concepto de plazas residenciales, éstas se dividen en públicas y privadas. Así, los ELEAM públicos, naturalmente con plazas públicas, pueden depender administrativamente de: las Comunidades autónomas, las diputaciones y los ayuntamientos.

Los ELEAM privados, que cuentan tanto con plazas privadas como públicas, pueden ser: instituciones benéficas sin ánimo lucrativo<sup>26</sup>, o empresas privadas o particulares que cuentan con centros residenciales para adultos mayores con el fin de prestar un servicio y hacer que ese servicio les sea rentable. Suele suceder que de la totalidad de plazas, con que cuenta este último tipo de residencias, un número importante están desocupadas, por ello recurren a concertarlas con los servicios sociales de la comunidad o ayuntamiento. Para acordar plazas públicas deben contar con la certificación o acreditación de la comunidad en donde funcionan, por tanto administrativamente esas plazas dependen de la Comunidad autónoma y la ocupación de las plazas privadas de estas instituciones.

---

<sup>24</sup> Por ejemplo: “El Decreto 87/1996, de 20 de febrero, por el que se regula la autorización, registro, acreditación e inspección de los Servicios Sociales de Andalucía, define la acreditación como el acto por el que la Administración garantiza que los Servicios y Centros de Servicios Sociales a los que se otorga, reúnen los requisitos mínimos de calidad exigidos reglamentariamente.” Boletín Oficial Junta de Andalucía, nº 142. Pagina 19-20. Sevilla, 25 julio del 2006.

<sup>25</sup> El concepto de Homologación es verificar el cumplimiento de requisitos o exigencias de carácter mínimo, establecidas por una norma legal.

<sup>26</sup> Por ejemplo ELEAM de la iglesia católica, de la Cruz Roja española o Cáritas.

Tomemos un ejemplo, la Comunidad Autónoma de Castilla - La Mancha otorga un certificado de acreditación<sup>27</sup> para garantizar condiciones mínimas de calidad en los ELEAM que en ella funcionan (con independencia de que quiera concertar o no plazas con la comunidad). Para ello exigen que el centro debe: estar inscrito en el Registro de Centros de Servicios Sociales, contar previamente con la autorización de creación y la autorización de apertura, y que hayan transcurrido seis meses desde el inicio de las actividades del centro. Para optar a este certificado deben presentar una memoria explicativa en donde conste el cumplimiento de las condiciones exigidas para la acreditación. La acreditación es otorgada por un período máximo de cuatro años y es obligatoria para las entidades titulares de los centros de servicios sociales que pretendan concertar plazas con la administración regional.

### **c) Entidades encargadas de acreditar calidad**

De acuerdo al estudio realizado podemos afirmar la existencia en España dos tipos de acreditaciones para los ELEAM:

1. Las acreditaciones realizadas por las comunidades autónomas, conforme a la legislación vigente en ellas, que aseguran el cumplimiento de unos “mínimos” en calidad del servicio que prestan estas instituciones.
2. Las acreditaciones<sup>28</sup> realizadas por empresas u organismos de evaluación privados, encargados de evaluar y realizar una declaración objetiva de que el servicio entregado cumple con criterios de acreditación de calidad internacionales.

En el caso del segundo tipo de acreditación de calidad, no existe obligatoriedad de realizarla en los ELEAM españoles. Las residencias que están acreditadas lo han efectuado voluntariamente y por lo general corresponden a grandes sociedades o corporaciones que tienen más de un centro. El motivo principal por el que no se realiza es el alto precio que significa obtener la acreditación por parte de alguna de las instituciones que se dedican a ello.

Organismos de evaluación privados, reconocidos y autorizados por la Administración Pública para cumplir la función de acreditar calidad en los ELEAM de España son:

- AEC<sup>29</sup>: La Asociación Española para la Calidad (AEC) es una entidad privada sin ánimo de lucro, cuya finalidad es fomentar y apoyar la competitividad de las empresas y organizaciones

---

<sup>27</sup> De acuerdo a ley 3/1994, de 3 de noviembre, de protección de los usuarios de entidades, centros y servicios sociales en Castilla-La Mancha; Decreto 53/1999, de 11 de mayo, que la desarrolla en este aspecto concreto (DOCM nº 33, de 21 de mayo). Orden de 21 de mayo de 2001, por la que se regulan las condiciones mínimas de los centros destinados a personas mayores (DOCM nº 75, de 29 de junio).

<sup>28</sup> En este tipo de acreditaciones se puede optar entre dos modelos, los genéricos y los específicos. Se denominan modelos genéricos a aquellos modelos/sistemas que no están orientados hacia una actividad en concreto sino que son de aplicación universal y se pueden aplicar en cualquier tipo de actividad, por ejemplo: La norma ISO 9000:2000 y el Modelo EFQM. Los modelos específicos, en cambio, están orientados hacia una actividad en concreto. En el sector de las residencias para mayores los modelos específicos están orientados directamente hacia la calidad asistencial de la persona mayor. Por ejemplo, Norma ISO 158001 de gestión de servicios en las residencias.

<sup>29</sup> [www.aec.es](http://www.aec.es)

españolas, promoviendo la cultura de calidad y desarrollo sostenible. La AEC es la representante nacional de la European Organization for Quality (EOQ<sup>30</sup>) en España. La EOQ actúa como entidad coordinadora y catalizadora para intensificar la competitividad europea, es la patrocinadora del Modelo Europeo de Calidad Total (EFQM) que reconoce la gestión de excelencia.

- AENOR<sup>31</sup>: Entidad dedicada al desarrollo de la normalización y la certificación en todos los sectores industriales y de servicios. Tiene como propósito contribuir a mejorar la calidad y la competitividad de las empresas, así como proteger el medio ambiente. Está acreditada por la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC<sup>32</sup>) para la certificación de sistemas de la calidad ISO 9000, entre otros. Además, otorga el Reconocimiento a la Excelencia en la Gestión, basado en la aplicación del Modelo EFQM de Excelencia<sup>33</sup>.
- Bureau Veritas<sup>34</sup>: Bureau Veritas Certification Servicios de Certificación, S.A.U. es la filial española del holding Bureau Veritas Certification, entidad independiente de certificación del Grupo Bureau Veritas. Se encuentra acreditado por ENAC para las normas ISO 9000, ISO 14001, EN 9100 y EMAS. Realiza acreditaciones en sistemas de gestión de calidad y sistemas de gestión del medio ambiente; y certificaciones de productos alimentarios e industriales.
- ENAC<sup>35</sup>: La Entidad Nacional de Acreditación es un organismo de acreditación que desempeña su tarea conforme a criterios internacionales. También se desempeña como organismo de evaluación de la conformidad, encargándose de evaluar y realizar una declaración objetiva de que los servicios y productos cumplen unos requisitos específicos, ya sean del sector reglamentario o del voluntario.

#### **d) Funcionamiento del sistema**

Antes que nada es importante considerar que la *acreditación* de los ELEAM por parte de las *comunidades autónomas* tiene características que varían de una comunidad en otra, se presentan las directrices más frecuentes.

La labor de Inspección que ejerce la Administración Pública de cada Comunidad Autónoma, para ver si los ELEAM cumplen con la normativa establecida, suele ser anual, pero la inspección puede actuar en cualquier momento, bien porque lo solicite algún usuario, o porque se tiene sospecha de que se está incurriendo en faltas, o por cualquier motivo que la Administración considere oportuno. Este proceso de inspección periódico, obligatorio y sistemático está encaminado a conseguir que todas las residencias públicas y privadas cumplan las normas y

---

<sup>30</sup> [www.eoq.org](http://www.eoq.org)

<sup>31</sup> [www.aenor.es](http://www.aenor.es)

<sup>32</sup> [www.enac.es](http://www.enac.es)

<sup>33</sup> Por ejemplo el Grupo Capiro Sanidad, que cuenta con residencias de mayores, utiliza EFQM como proceso de evaluación interna. Sus centros son certificados por AENOR, en la norma europea UNE-EN ISO 9001:2000.

<sup>34</sup> [www.bureauveritas.es](http://www.bureauveritas.es)

<sup>35</sup> [www.enac.es](http://www.enac.es)

requisitos establecidos por la Administración para la creación y apertura de residencias, así como el seguir prestando los servicios con criterios de legalidad y calidad establecidos. Si en la inspección se detectan incumplimientos de la normativa o malas prácticas, se levanta un acta indicando qué se debe corregir y el tiempo en que se debe subsanar. En caso de que las faltas y fallos sean graves y no sean corregidos en el tiempo otorgado, se inicia un proceso sancionador al centro, que podría desembocar hasta en su cierre.

Las herramientas de medición de estas acreditaciones consisten en:

- Visita de inspección al establecimiento.
- Actas de inspección en donde consta el cumplimiento o incumplimiento de los requisitos establecidos por la legislación. En el caso de que existan infracciones o faltas se indica el tiempo en que se deben subsanar.

Por otro lado, al no existir obligatoriedad legal de realizar *acreditaciones de calidad*, éstas se reducen a los ELEAM que desean obtener un reconocimiento objetivo de la gestión de calidad del servicio que ofrecen y que cuenten con los recursos económicos necesarios para emprender el proceso de acreditación. La información que aquí se detalla tiene que ver con los modelos de acreditación más utilizados en el ámbito de los ELEAM, la norma ISO 9000:2000 y el Modelo EFQM.

Una vez que los centros voluntariamente han entrado en la dinámica de la acreditación, el proceso se hace obligatorio mientras quieran seguir manteniendo la acreditación y certificación de calidad. Con respecto a la frecuencia, la información referente a la norma general de acreditación de calidad ISO-9000:2000<sup>36</sup>, para implantar un sistema de gestión de calidad y estar certificado en ello es necesario un trabajo que va desde el año al año nueve meses, tras el cual, si la organización certificadora comprueba que la institución ha logrado los estándares, le otorga la certificación por un plazo de tres o cinco años, que debe ser revalidado en auditorías de seguimiento cada seis meses o un año que entregan recomendaciones de mejora del sistema. Pasados esos tres o cinco años se realiza la extensión del contrato de certificación, siempre que la calidad sea óptima de acuerdo a la norma.

En el caso de la norma EFOM, tras la obtención de certificación de la calidad total, los seguimientos suelen realizarse cada año.

Las herramientas de medición de estas acreditaciones son habitualmente:

- La información verbal aportada por la organización.
- Las observaciones realizadas en el centro por el equipo acreditador y el organismo certificador.
- El análisis de los documentos facilitados por el centro.
- Manual de calidad, de procedimientos generales y técnicos.
- Cuestionarios generales o descriptivos del centro.

---

<sup>36</sup> La información específica de la norma ISO para ELEAM (UNE-158001 a UNE-158005), derivada de la norma ISO 9000:2000, no es facilitada, se debe adquirir.

## e) Resultados de la aplicación del modelo

En el caso de las *acreditaciones realizadas por las Comunidades autónomas o gobiernos locales*, analizamos las principales:

### **Fortalezas:**

- Certeza que en los centros residenciales existe un mínimo de calidad en el servicio que se entrega a los adultos mayores.

### **Debilidades:**

- La normativa local o comunitaria a veces puede contradecir la normativa nacional.

### **Cambios positivos:**

- Tanto la Normativa como la forma en que se aplica en las Comunidades Autónomas mejora día a día, las inspecciones se hacen con más rigor y se actúa ante la menor sospecha de una mala práctica.

### **Cambios negativos:**

- Que muchos centros residenciales se remiten al cumplimiento de esos mínimos y no realizan más esfuerzos por lograr una calidad total.

Analizando los sistemas de *acreditaciones de calidad* realizadas por organismos de evaluación privados:

### **Fortalezas:**

- La acreditación de calidad es efectuada por organismos independientes e imparciales, de prestigio reconocido.
- Los criterios utilizados son acordes a los procedimientos internacionales, los métodos de evaluación son equivalentes y transparentes.
- En el caso de los modelos genéricos, éstos aportan una sistemática para gestionar de forma integral el centro residencial.
- Los modelos específicos de acreditación se centran más en la calidad y la atención de los derechos de los residentes.
- La principal ventaja de los sistemas de gestión de la calidad según norma ISO 9000, es que sirve para demostrar a terceros la calidad del sistema con las correspondientes ventajas comerciales que ello conlleva.
- La acreditación a través de modelos como el ISO y EFQM, garantiza que los organismos de evaluación de distintos países desempeñan su tarea de manera equivalente, generando la adecuada confianza que posibilita la aceptación mutua de resultados.

**Debilidades:**

- El alto costo económico que significa realizar la acreditación de calidad en un centro. Los grandes consorcios privados de ELEAM pueden permitirse realizarla, pero no muchos de los ELEAM privados y la totalidad de los centros públicos.
- Debe responsabilizarse, de la tarea de desarrollar el proyecto de mejora en la calidad, a una parte del personal que posea las competencias técnicas o contratar una consultora externa que realice esta labor. En el caso de que fuese un profesional del ELEAM se debería prescindir de su trabajo habitual aproximadamente por un año y medio (lo que toma implantar y desarrollar el sistema de calidad).
- Se observa que aquellos centros que tienen mayor infraestructura se adaptan mejor a los modelos genéricos de acreditación de calidad, pero no apuestan por los modelos de calidad específicos (Irardi, 2005).
- Así también, los centros pequeños encuentran dificultades para implantar modelos genéricos de gestión de la calidad y muchas veces terminan adecuándose al modelo, en vez de que el modelo se flexibilice para con ellos (Irardi, 2005).
- Los sistemas de acreditación todavía no están adaptados del todo a acreditar calidad en ELEAM, ya que hay una serie de variables y factores que no son tomados en cuenta. El cuidado y la atención al adulto mayor conllevan una serie de especificidades que deben ser considerados a la hora de desarrollar un sistema de calidad.
- Posiblemente la problemática más importante del Modelo EFQM es que, aunque existen distintas metodologías para el desarrollo de la evaluación, ésta es tan buena como lo son los evaluadores.

**Cambios positivos:**

- Indiscutiblemente, el nivel de calidad de los ELEAM se ha elevado, cada vez es más importante la variable calidad a la hora de competir en el mercado.
- La implicación de la dirección y de sus trabajadores en el compromiso de lograr la calidad.
- La elaboración de un manual de procedimientos generales y técnicos que guía y estandariza la labor de los trabajadores.
- Permite a los trabajadores posicionarse eficazmente para responder a las necesidades de los residentes.
- Las mejoras pueden redundar en la disminución de los costes de la institución.

**Cambios negativos:**

- Al aplicar la normativa ISO 9000, el problema viene por la importancia comercial que supone el obtener la certificación del sistema, ya que hay muchas organizaciones que se vuelcan en conseguir este certificado sin pensar en los conceptos de la calidad, acabando en muchas ocasiones con organizaciones con menos calidad que la inicial, aunque eso sí, certificadas.

## f) Dimensiones y estándares utilizados para el aseguramiento de la calidad

### A. Acreditaciones de Calidad realizadas por Organismos de Evaluación Privados.

Se presentan a continuación los modelos de evaluación más utilizados en el ámbito de las acreditaciones de calidad de ELEAM en España. Se anexa además el sistema particular utilizado por los Servicios Sociales Catalanes para evaluar calidad en sus centros residenciales.

**i. El Modelo Europeo de Calidad Total (EFQM),** un modelo genérico de gestión de calidad que reconoce la gestión de excelencia, desarrollado por la EOQ. El Modelo europeo se fundamenta en una idea muy simple. La excelencia de los resultados financieros y no financieros se logra mediante la participación y compromiso de todas las personas en la mejora de los procesos (ver figura 1).

Se desarrolla a través de la autoevaluación, está adaptado para ser aplicado a los programas y servicios sociales de forma general y a un servicio gerontológico en particular. La autoevaluación es sólo un primer paso en el plan de mejora. Éste debe incluir a continuación la selección y priorización de las áreas de mejora, y los planes de acción correspondientes a las áreas de mejora prioritarias. Tras ello interviene una organización externa que estudiará la gestión de calidad de la empresa a la luz de la normativa. En el caso de que la organización la cumpla se emite la certificación correspondiente. En caso contrario, indicará los aspectos a mejorar o modificar y le otorgará un tiempo oportuno para lograr la certificación.

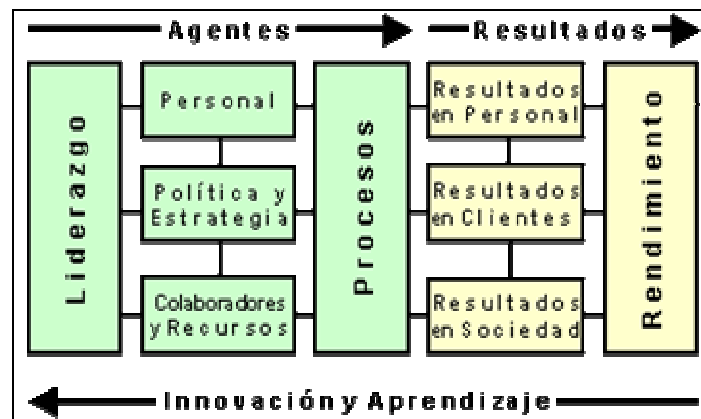


Figura 1. Modelo europeo de calidad total o excelencia

Este modelo está compuesto de criterios y subcriterios que son autoevaluados en la organización para obtener sus puntos fuertes y débiles y definir planes de acción consecuentes.

Son llamados *Agentes* (Criterios 1 al 5) a los aspectos del sistema de gestión de la organización. Son las causas de los resultados. Los agentes han de tener un enfoque bien fundamentado e integrado con otros aspectos del sistema de gestión, su efectividad ha de revisarse periódicamente con objeto de aprender y mejorar, y han de estar sistemáticamente desplegados e implantados en las operaciones de la organización.

Las etapas habituales del proceso de autoevaluación del Modelo EFQM, suelen ser las siguientes:

1. Análisis de las particularidades propias de la organización de que se trate por una persona con conocimiento del Modelo europeo.
2. Adaptación del Modelo a la terminología de la organización, respetando los contenidos generales de los criterios.
3. Desarrollo de herramientas adecuadas para su implantación.
4. Formación del equipo de dirección o de las personas que va a colaborar en la evaluación.
5. En función de la herramienta que la organización decida utilizar, existen diversos enfoques para realizar la evaluación. Entre otros, los siguientes:
  - Utilización de cuestionarios a distintos niveles.
  - Sesiones de evaluación con el equipo. Después de un período opcional de posible reflexión individual de las personas que van a intervenir en la autoevaluación. Sea a nivel colectivo o individual, el resultado será un conjunto de puntos fuertes y áreas de mejora.
  - Ejemplo de matrices por criterios del modelo.
6. El paso siguiente consiste en, por procedimientos diversos, dar prioridades al conjunto de mejoras surgidas de la fase anterior. Simultáneamente, por un procedimiento de prueba y error, suelen agruparse las mejoras por temas o conceptos similares, prescindiendo de los criterios del modelo.
7. Desarrollar partiendo de las mejoras ordenadas por prioridad, un plan de acción en el que se contemplen todos los factores, importancias y deseos de la dirección. Ese plan debe incorporarse a las actividades diarias de la organización.
8. Lanzamiento y seguimiento del plan: comunicación a todo el personal. Puede ser necesaria una cierta tutela a las personas responsables de dicho plan.

El Modelo europeo establece un conjunto de atributos o propiedades de los agentes y de los resultados que deben ser tenidos en cuenta en el diagnóstico de sus puntos fuertes y áreas de mejora y al otorgar la puntuación<sup>37</sup> si se lleva a cabo. Es de resaltar que la puntuación de los criterios no es el fin de la evaluación, sino la consecuencia de definir bien sus puntos fuertes y sus áreas de mejora. En los agentes (criterios del 1 al 5) debe observarse si el enfoque u orientación elegidos en la gestión que se realiza es:

1. Fundamentado: saber lo que se hace.
2. Sistemático y con algún mecanismo de prevención: con procedimientos bien establecidos de actuación y previsiones para minimizar el riesgo.
3. Revisado para mejorar su efectividad y mejorar permanentemente: de forma periódica.
4. Integrado en la operación normal: el enfoque es parte de la cultura.
5. Efectivamente implantado: en todo su ámbito de aplicación.

---

<sup>37</sup> Las organizaciones ganadoras de premios europeos de calidad total o excelencia obtienen entre 650 y 800 puntos. Muchas organizaciones españolas competitivas, en el mercado interno y en los mercados externos, suelen estar evaluadas en torno a los 500 puntos. Las organizaciones que comienzan a utilizar el modelo EFQM y que ya están operando satisfactoriamente en España se suelen situar en el entorno de los 400 puntos.



Si se desea abordar la puntuación, a cada subcriterio se le puede asignar una valoración comprendida entre 0 y 100 por 100. Los resultados alcanzados deben analizarse considerando los siguientes atributos:

- Tendencias observables durante los tres, cuatro o cinco últimos años.
- Existencia de objetivos y su grado de cumplimiento.
- Comparación con otras organizaciones con la media y con los mejores.
- Causados por los agentes: dependencia de los resultados de los agentes, identificando factores externos que a futuro pueden no repetirse.
- Relevancia: resultados fieles a la satisfacción de personal y residentes, impacto en la sociedad y buena marcha de la organización.

## **ii. La Norma internacional ISO-9001:2000 y la específica UNE-158001**

Los sistemas de la calidad según la norma ISO 9000 se desarrollan empleando la norma ISO-9001:2000 y su familia. En este modelo genérico se especifican los requisitos que debe cumplir la institución para la realización de la gestión de calidad, tras la adecuación de la organización a la normativa y la elaboración de su correspondiente documentación, que refleja el "modus operandi" de la organización (manuales de calidad y de procedimientos), una organización certificadora neutral analiza si realmente la institución cumple con los requisitos de la normativa. Si el sistema está correctamente desarrollado, la entidad emitirá el correspondiente certificado indicando la conformidad del sistema.

Derivada de esta norma internacional, surge la siguiente normativa de gestión de calidad específica para ELEM:

- UNE-158001, en la Gestión integral.
- UNE-158002, para Espacios e instalaciones de una residencia.
- UNE-158003, para Dotaciones y equipamientos.
- UNE-158004, para Cualificación del personal. Formación.
- UNE-158005, para el Personal de la residencia. Categorías laborales.

Las normas UNE-158001 a la UNE-158005 especifican los requisitos y el nivel de prestación mínimo para un servicio de calidad y satisfacción de las necesidades de los residentes y sus familias.

Específicamente, la aplicación de la Norma UNE-158001 de gestión de servicios en las residencias tiene como objetivos:

- Resguardar al residente de la prestación del servicio que no sea conforme con las normas de calidad.
- Permitir a los profesionales ejercer su actividad con la ayuda de las especificaciones técnicas claramente definidas a través de un lenguaje común y posicionarse eficazmente para responder a las necesidades de los residentes.

De manera general los aspectos evaluados son los siguientes<sup>38</sup>:

- En la gestión: Identificación externa de la residencia, Información preliminar que se comunica desde la residencia, documentos contractuales implicados, proceso de acogida del residente, valoración funcional del residente, alojamiento, manutención, higiene personal y aseo, servicio postmortem y atención geriátrica.
- En instalaciones: Pasillos y puertas, accesos, escaleras, ascensores, iluminación, climatización, señalización habitaciones, aseos, baño geriátrico, comedores, bibliotecas, mortuario, administración, cocinas, etc.

En la norma 158001 la evaluación del Grado de satisfacción de los residentes se realiza con las siguientes dimensiones:

*Dimensión 1: Personal del centro.*

*Subcriterios:* Presentación, Comportamiento, Atención a sus problemas.

*Dimensión 2: Instalaciones y dotaciones (medios).*

*Subcriterios:* Evaluación de las distintas áreas de acuerdo a su estado general, limpieza, confort (accesibilidad), dotación.

*Dimensión 3: Servicios prestados*

*Subcriterios:* Grado de satisfacción, Frecuencia, Puntualidad.

La evaluación del Grado de satisfacción de las familias de los residentes consta de:

*Dimensión 1: Personal del centro.*

*Subcriterios:* Presentación, Comportamiento, Información recibida, Horarios, Calidad de los consejos dados.

*Dimensión 2: Instalaciones y dotaciones (medios).*

*Subcriterios:* Evaluación de las distintas áreas de acuerdo a su estado general, limpieza, confort (accesibilidad), correspondencia precio / calidad de éstas.

*Dimensión 3: Valoración global del centro*

*Subcriterios:* Instalación, Personal, Servicio prestado

Las organizaciones que ya disponen de un sistema de gestión de la calidad certificado conforme con la norma ISO, y que estén interesadas en lograr la calidad total o de excelencia en la Gestión, pueden optar a aplicar el Modelo EFQM.

---

<sup>38</sup> Como anteriormente se señaló información más detallada de las normas ISO, y específicamente de las UNE-158001 a la UNE158005, se debe comprar. Por ello los contenidos que aquí se consignan corresponden a la totalidad de lo que se pudo encontrar publicado, sumado a la información entregada por los informantes clave.

### **iii. Instrumento de Evaluación de Calidad específico de los Servicios Sociales Catalanes (Generalitat de Catalunya).**

Es un proyecto de evaluación externa de calidad de los ELEAM que busca evaluar la situación del sector, servir de impulso para la mejora y garantizar un nivel básico de calidad<sup>39</sup>. En una primera etapa se valoran cuantitativamente indicadores básicos de calidad<sup>40</sup> referidos a aspectos como la asistencia, la organización o la gestión. Seguido de ello, se identifican los problemas de calidad y se introducen las modificaciones necesarias para poder conseguir una mejora continua de la calidad de estas residencias. No se indican los períodos específicos de las mediciones, sólo se menciona que deben realizarse de forma periódica y sistemática. Tampoco se indica qué organización externa evalúa la calidad en sus centros.

## **B. Acreditaciones realizadas por Comunidades Autónomas o Gobiernos locales.**

Las dimensiones y estándares de las distintas normativas de las 17 Comunidades autónomas son variables<sup>41</sup>, pero aquí se recogen las más importantes.

### **i. Normativa general a todos los servicios sociales, sean públicos o privados:**

1. Emplazamiento en zona céntrica del municipio o, en su defecto, en lugar debidamente comunicado con el centro mediante transporte público. En su caso, facilitación por parte del servicio social residencial a las personas usuarias, en determinados días y horas, de otro medio alternativo de transporte al centro del municipio. Además, la zona de ubicación del servicio no será especialmente ruidosa ni peligrosa para la integridad física de las personas usuarias, reunirá la debida salubridad y contará con alrededores bien iluminados.

2. Jardines o espacios exteriores amplios donde poder pasear o, al menos, fácil acceso a plazas o jardines públicos.

3. Adaptación física a las condiciones de las personas usuarias, así como a los programas que en los mismos deban desarrollarse.

4. Reglamento, con la debida publicidad y difusión, que debe incluir: Objetivos del servicio, características de las personas destinatarias, requisitos para el acceso, criterios y baremos de selección, Capacidad (n.º plazas), derechos y deberes de las personas usuarias y del personal, normas de funcionamiento interno, cauces de participación democrática de las personas usuarias o de sus representantes legales, sistema de admisiones, bajas y ausencias, precios, tanto del costo de la estancia como de los servicios que se oferten, sistema de cobro del precio de los servicios que se oferten, procedimiento de reclamación. Además, el reglamento de residencias y de

---

<sup>39</sup> De acuerdo a la Normativa vigente en esta comunidad autónoma.

<sup>40</sup> Construidos por un grupo de expertos, técnicos y representantes de las diferentes organizaciones patronales del sector y con el apoyo metodológico y técnico de la Fundación Avedis Donabedian.

<sup>41</sup> Se realizó la revisión de las normativas nacionales, y en particular las vigentes en las comunidades de Andalucía, Isla Baleares, Castilla La mancha, Castilla y León, País Vasco y Cataluña, que es a las que se tuvo acceso.

viviendas comunitarias debe incluir: Horario de visitas, régimen de salidas y de comunicación con el exterior. Se deberá proporcionar una copia del reglamento a las personas interesadas o a su representante legal en la visita de preingreso.

5. En cuanto al régimen de precios, se deben establecer tarifas de precios, con especificación tanto de su vigencia temporal como del servicio o conjunto de servicios agrupados a los que afecten.

6. Acuerdo con cada usuario o su representante legal del contenido de obligación mediante contrato en regla.

7. Con independencia del expediente de ingreso, debe existir un fichero individualizado de cada usuario en el que se recojan de forma continuada sus principales datos administrativos, sanitarios y sociales, incluyendo copia del contrato individual que especifique las condiciones de la estancia.

8. Libro de reclamaciones, garantizándose el adecuado registro de las quejas y de las medidas adoptadas.

9. Buzón de sugerencias.

10. Disponibilidad de iluminación y de ventilación naturales y directas, sobre todo en las zonas más utilizadas por las personas usuarias: habitaciones y salas de estar. Además, en relación con dichos aspectos, se establecen las especificaciones siguientes:

- Todas las habitaciones deberán tener una ventana exterior de un mínimo de 1/10 de su superficie y ventilación con un mínimo de 1/20 de su superficie.
- Las salas y dependencias cerradas que puedan ser utilizadas habitualmente por las personas usuarias o el personal, deberán disponer de ventilación y renovación del aire.

11. Elementos de calefacción, con medidas de seguridad adecuadas, que deberán funcionar siempre que la temperatura ambiente lo requiera (Que garantice una temperatura interior de 20-22° centígrados).

12. Al menos un teléfono por cada planta, que permita la conexión con el exterior.

13. De acuerdo con el principio de profesionalización, todo el personal contará con la debida titulación académica oficial, o en su defecto, en aquellos casos en que la misma no sea obligatoria, deberá acreditar su nivel profesional y la experiencia necesaria. Asimismo, el servicio garantizará la formación continuada del personal.

14. Privacidad: En todos los servicios sociales residenciales se observa un estricto respeto a la privacidad de las personas usuarias. En este sentido, se deberán cumplir, entre otros, los puntos siguientes:

- Se permitirá tener cerrada la puerta de la habitación o, en su caso, del apartamento.
- El personal llamará a la puerta y esperará a que se le invite a entrar.

- En ningún caso podrá observarse el interior estando la puerta cerrada.
- Los armarios y cajones se podrán cerrar con llave.
- Se consentirá recibir visitas en la habitación o en el apartamento.
- Las personas usuarias no estarán obligados a solicitar permiso para salir al exterior dentro del horario que se establezca al efecto, ni a especificar el objeto y destino de la salida. En todo caso, estará prevista la supervisión específica de aquellas personas para las que salir implique un riesgo.
- Las personas usuarias podrán tener enseres propios en la habitación, o en su caso, en el apartamento, exceptuando aquéllos que pudieran suponer menoscabo en su seguridad personal.
- Se garantizará la intimidad de las personas usuarias durante el baño y mientras se visten o desvisten.
- Los cuartos de aseo de las habitaciones y las cabinas de aseo ubicadas en zonas comunes dispondrán de condena con botón de desbloqueo exterior.
- Deberá constatarse la ausencia de síntomas de limitación de libertad o de desconsideración en el trato hacia las personas usuarias.
- Los horarios de trabajo se ajustarán a las necesidades de las personas usuarias.
- Las personas usuarias podrán hacer uso de un teléfono en privado.
- Se verificará, en su caso, el adecuado tratamiento de los problemas de incontinencia, sin abusar del recurso a métodos y materiales que puedan perjudicar a las personas usuarias.

Con carácter excepcional, en el supuesto de personas que presenten trastornos psíquicos y se encuentren incapacitadas judicialmente, se podrá no estar a lo indicado en alguno de los puntos precedentes del presente requisito, únicamente, cuando estuviera en situación de riesgo su seguridad personal, actuando en todo caso con el debido respeto y correcto trato.

16. Atención sanitaria: El Servicio Social Residencial facilitará el acceso a la atención sanitaria, respetando la elección efectuada por las personas usuarias. En cualquier caso, se deberá garantizar que todas las personas usuarias reciban, por medios propios o ajenos, la atención sanitaria necesaria.

17. Obligación de informar a la Administración competente, con la periodicidad que ésta pudiera acordar, sobre los aspectos siguientes:

- Listado actualizado de personas usuarias.
- Datos estadísticos que puedan ser requeridos en orden a una mejor planificación y programación de los servicios Sociales.

18. Cumplimiento de la legislación vigente en aquellas materias que les sean aplicables; con especial atención, reunirán los requisitos exigidos en materia sanitaria y de seguridad e higiene. En todo caso, se observarán las especificaciones siguientes:

- Se prestará especial atención al mantenimiento, conservación y reparación, en su caso, de locales, instalaciones y mobiliario, con objeto de evitar su deterioro, así como al conjunto de máquinas, calderas, instalaciones o instrumentos que, en el caso de poder entrañar algún riesgo potencial, deberán ser manipulados exclusivamente por empresas instaladoras autorizadas.

- Se asegurará, con la frecuencia necesaria, la limpieza y desinfección del inmueble y dependencias.
- Se proporcionará una nutrición adecuada a cada usuario, en su caso, específica para cada patología, siendo dirigida por personal especialista que establezca las pautas dietéticas oportunas.

19. Con carácter específico, los servicios sociales residenciales para adultos mayores de titularidad privada, deberán exponer en lugar bien visible el documento que garantice la autorización de funcionamiento, así como las tarifas de precios comunicadas a la Administración competente.

### **g) Factibilidad de Aplicación en Chile.**

Primero que nada es conveniente considerar que el sistema español de acción social y de servicios sociales está garantizado por el estado para todos sus ciudadanos. Desde hace casi tres décadas se ha edificado un amplio sistema de atención social, que ha supuesto la potenciación de una red pública de servicios sociales comunitarios especializados. Existen actualmente diferentes recursos sociales y sociosanitarios dirigidos a dar respuesta a los problemas específicos de los adultos mayores. Uno de ellos son los ELEAM, un recurso social que cuenta con una normativa particular y depende administrativamente de las comunidades autónomas en que se ubican.

A razón de la revisión de los dos tipos de acreditaciones de calidad, las realizadas por las administraciones de las comunidades autónomas en relación a mínimos y las efectuadas por organismos de evaluación privados, con respecto a la primera se considera pertinente:

- Revisar la normativa vigente de apertura y funcionamiento de los ELEAM en Chile, considerando aspectos como la accesibilidad o reglamento de régimen interior (que debiera al menos considerar detalle de la organización y su funcionamiento, derechos y deberes de los usuarios y órganos de participación).
- Elaboración de normativas de mínimos de calidad que contemplen los aspectos considerados en la normativa descrita, adecuándolos a la realidad nacional.

En el caso de las acreditaciones realizadas por organismos de evaluación privados, a pesar de que los modelos que se mencionan a continuación son los que más se utilizan, se considera menos pertinente su aplicación porque:

- Los modelos genéricos de acreditación de calidad (ISO 9001:2000 y EFQM), como los que de ellos se derivan para el caso de los ELEAM (adaptación de EFQM a residencias y las normas UNE-158001 a la UNE-158005), por definición deben ser certificados por organismos privados. El costo del trabajo de estos organismos se advierte inalcanzable para muchos de los ELEAM chilenos. A ello debe sumársele, en el caso que la institución no cuente con personal que lo realice, el coste de los profesionales que analizan los centros y desarrollan para ellos los sistemas de gestión de calidad que luego serán evaluados.

- De acuerdo a la opinión de expertos, los modelos genéricos de evaluación de calidad (EFQM e ISO 9001:2000) no abordan íntegramente dimensiones particulares de los ELEAM.

No olvidando que debe existir un marco legal que asegure mínimos de calidad exigidos para el funcionamiento de estos establecimientos. Un modelo interesante puede ser el desarrollado por la Generalitat Catalana, adaptado al contexto chileno y enriquecido por aspectos de los otros modelos revisados. Por ejemplo, los cuestionarios anexados de la norma UNE-158001 servirían para dar una opinión más detallada de la satisfacción de los residentes y sus familias del servicio entregado y de las instalaciones del ELEAM.

Además, de acuerdo a la información entregada por los informantes clave, existen otros modelos de acreditación de calidad en ELEAM que no son utilizados en España, pero que responden mejor a la hora de evaluar variables específicas relacionadas con la calidad de vida del mayor en estas instituciones, una revisión de ellos podría ser de ayuda en este estudio:

- *El modelo para evaluar la calidad de la atención y la calidad de vida en las residencias para personas mayores*, del Ministerio de Salud de Gran Bretaña. Éste instrumento está dirigido a evaluar valores y actitudes. Implica el desarrollo de una filosofía, una forma de gestionar y trabajar, un compromiso de todos los trabajadores, incentiva la formación continua de los profesionales y trabajadores en general, y la mejora continua de una buena práctica.

- *El Método RAF*, de la doctora Raquel Fleishman Fefergoltz (Israel) presentado en el marco del Congreso sobre Envejecimiento efectuado en México en el año 2004. De acuerdo a su intervención en este congreso, la autora afirma que su aplicación es viable ya que no resulta costoso, al emplearse recursos existentes. La innovación principal se relaciona con el cambio de actitudes, el deseo y convencimiento de la propia institución de que es posible el mejoramiento de la calidad del servicio que se presta.

### 3.4. El caso de Nueva Zelanda

Para el caso de Nueva Zelanda, en las fuentes consultadas vía internet no fue posible encontrar información detallada con respecto a un sistema de aseguramiento de calidad de los ELEM, por lo que la información que se presenta brevemente en esta sección corresponde más bien a una descripción general de las políticas para el adulto mayor en dicho país.

Desde el punto de vista de las estadísticas de salud, durante la última mitad del siglo en Nueva Zelanda se ha experimentado un descenso generalizado de los índices de mortalidad específicos de cada grupo de edad, incluidos los grupos de mayor edad, siguiendo en este sentido la tendencia de Norteamérica, Australia y la mayoría de los países de Europa occidental.

En este contexto de aumento de la esperanza de vida al nacer y de envejecimiento progresivo de su población, el caso de Nueva Zelanda ha sido bastante difundido debido al sistema de pensión básica universal existente para todos los adultos mayores, independientemente de su trayectoria laboral, su nivel de estudios, etc. El beneficio universal para la vejez en Nueva Zelanda costó el 4% del PBI en el año 2001 y el pronóstico indica que aumentará al 9% del PBI en el 2050.

La institución responsable de las políticas para el adulto mayor en Nueva Zelanda es el Office for Senior Citizens (Oficina de Adultos Mayores, ver <http://www.osc.govt.nz>). Esta institución fue creada en 1990 y depende del Ministerio para el Desarrollo Social. Su función o rol es:

- promover los derechos e intereses de los adultos mayores
- liderar, monitorear y promover la “Estrategia Positiva para la Tercera Edad en Nueva Zelanda” (New Zealand Positive Ageing Strategy, NZPAS)
- proveer asesoría de políticas en temas que afecten a las personas de mayor edad, liderando las políticas estratégicas e intersectoriales para ellas
- apoyar al Ministro del Adulto Mayor.

La NZPAS establece un conjunto de principios, como marco de políticas y programas públicos integrados para el adulto mayor. Su visión es alcanzar “una sociedad donde la gente puede envejecer positivamente, es altamente valorada y es reconocida como parte integral de las familias y comunidades. Nueva Zelanda será un lugar positivo para envejecer cuando los adultos mayores puedan afirmar que viven en una sociedad que los valora, que reconoce sus contribuciones y que favorece su participación”.

Las tres funciones clave del Office for Senior Citizens son:

1. Liderar la NZPAS, lo que incluye:
  - Ayudar a los servicios y organismos gubernamentales a identificar ámbitos de trabajo para poner en práctica la Estrategia.
  - Desarrollar iniciativas para promover el envejecimiento positivo, con agencias de gobierno y organizaciones de comunidad.
  - Promover, supervisar y reportar sobre la puesta en práctica de la Estrategia.
  - Revisar la Estrategia en la medida que se van detectando cambios o ajustes necesarios.



2. Proporcionar asesoría de políticas al Ministro del Adulto Mayor y a otras agencias de gobierno sobre temas que afectan a las personas de más edad. Esto incluye:
  - Liderar políticas que impliquen trabajo intersectorial
  - Asesorar sobre políticas y temas que afectan a los adultos mayores
  - Supervisar al Consejo Consultivo para Adultos Mayores en su papel de ente asesor
  
3. Apoyar al Ministro del Adulto Mayor. Esto incluye:
  - Apoyar las reuniones y seminarios internos.
  - Dirigir el Programa de Voluntariado Comunitario.

La NZPAS identifica 10 áreas prioritarias, en cada una de las cuales recomienda la realización de ciertas actividades para alcanzar las metas esperadas. Particularmente en el ámbito de los ELEAM, el informe de avance 2006, señala que las personas mayores de 65 años, y algunos entre 50 y 64, que requieren de servicios de larga estadía, pueden acceder a un subsidio que cubre el costo de los mismos, el cual es diferencial y progresivo de acuerdo a criterios de discriminación positiva hacia las personas sujetas a factores de vulnerabilidad (por salud, etnia, lugar de residencia, etc.)

## 4. EXPERIENCIAS NACIONALES DE ACREDITACIÓN/CERTIFICACIÓN DE CALIDAD EN OTROS ÁMBITOS

En este capítulo se realiza una revisión general de algunos modelos o sistemas de acreditación o certificación de calidad aplicados en otros ámbitos a nivel nacional, de los cuales de todos modos es posible extraer ciertos aprendizajes para la construcción de un plan de mejoramiento de la calidad de los ELEM existentes en el país.

### 4.1. Sistema de acreditación de carreras de educación superior

En el marco del Programa de mejoramiento de la Calidad y la Equidad de la Educación Superior (MECESUP), que está implementando el Ministerio de Educación (MINEDUC), se han definido tres componentes:

- Aseguramiento de la calidad
- Perfeccionamiento de los mecanismos de financiamiento y de establecimiento de un fondo de apoyo a los programas de pre grado, pos grado y formación de técnicos.
- Fortalecimiento de la capacidad institucional para enfrentar los desafíos de la educación superior.

Para operacionalizar el primer componente, en el año 1999, se constituye la Comisión Nacional de Acreditación (CNAP), la cual tiene entre sus funciones establecer un sistema voluntario de acreditación, orientado a las instituciones de educación superior que gozan de autonomía.

Estar acreditado, se define como uno de los criterios e incentivos para que las carreras puedan postular al fondo de apoyo a programas de pre grado mencionado en el segundo componente.

#### *Organización administrativa*

La encargada administrativamente de la acreditación de carreras es la *Comisión Nacional de Acreditación*. La que organiza las visitas a las carreras y da fe del proceso de acreditación.

Dentro de este modelo, existen los *Comités Técnicos de Especialistas*, los cuales se abocan a proporcionar los criterios técnicos a observar en el proceso de acreditación.

Los *Evaluadores Externos*, por su parte, son un equipo de expertos calificados que se aboca a observar externamente la carrera o programa sometido a acreditación.

Finalmente, los *Comités de Pares*, son designados por la CNAP. Están constituido por tres personas. Los miembros del Comité son parte del registro de evaluadores Externos.

### ***Entidades encargadas de acreditar calidad***

Más en detalle las principales funciones de los organismos antes reseñados son:

- *Comisión Nacional de Acreditación*, lleva a cabo procedimientos experimentales de acreditación de carreras profesionales y técnicas y programas de licenciatura de entidades autónomas; elabora una propuesta acerca de un sistema permanente de acreditación; capacita y asiste técnicamente a las instituciones de educación superior y construye un sistema de información pública.
- *Comités Técnicos de Especialistas*, se abocan a definir el perfil de egreso correspondiente al título o grado ofrecido, así como los criterios de evaluación aplicables a las carreras o programas, considerando estándares nacionales e internacionales y someter dichos perfiles y criterios a la aprobación de la Comisión.
- *Evaluadores Externos*: es un equipo de expertos calificados que se aboca a observar externamente la carrera o programa sometido a acreditación.
- *Comités de Pares*, es designado por la Comisión Nacional de Acreditación. Está constituido por tres personas, que no deben tener conflicto de intereses con la institución visitada. Los miembros del Comité son parte del registro de evaluadores Externos. Su función es evaluar el grado en que la carrera o programa se ajusta a los criterios y parámetros establecidos; evaluar el grado de cumplimiento de los propósitos que la carrera o programa se ha definido y validar el informe de auto evaluación que deben elaborar las entidades postulantes a la acreditación.

### ***Recursos para el funcionamiento del sistema***

La CNAP cuenta con recursos profesionales y monetarios para la acreditación de carreras. Los recursos monetarios se aportan básicamente para pagar a los evaluadores externos y los gastos de operación de la CNAP. La CNAP además cuenta con recursos profesionales propios los que coordinan las visitas a las carreras, acompañando al comité de pares y dando fe del proceso.

### ***Funcionamiento del sistema***

Las etapas del proceso de acreditación son las siguientes:

#### **Paso 1: Autoevaluación**

La autoevaluación se inicia al momento que se decide evaluar una carrera y existen dos modalidades:

- a) En caso de que los requisitos para la autoevaluación ya estén asegurados, se lleva a cabo el proceso según los procedimientos que se ha definido la CNAP. En este caso se firma una solicitud de acreditación.

- b) En caso de que los requerimientos para la auto evaluación no estén asegurados y exista voluntad de iniciar el proceso, se puede suscribir con CNAP un Convenio de Acreditación Experimental, en el que se determinan plazos para cumplir con la implementación de medidas correctivas que permitan asegurar el cumplimiento de los requisitos. Para esto se puede contar con el apoyo de facilitadores formados por la CNAP, realizar pasantías u obtener apoyo de consultores.

La auto evaluación consiste en un proceso de análisis interno acerca de los requisitos y culmina con la elaboración de un informe que puede ser consultado en diversos momentos del desarrollo del plan de trabajo, que contenga una base confiable para el desarrollo de futuros procesos de auto evaluación y que pueda servir de base para el proceso de evaluación externa.

#### Paso 2: Evaluación Externa o visita de Pares Evaluadores

Consiste en la observación externa por parte de un equipo de académicos y/o profesionales calificados, los cuales están designados por la CNAP.

Su labor consiste en analizar en detalle el informe de auto evaluación y la documentación complementaria que presentó la institución que solicita la acreditación. Luego el Comité de Pares realiza una visita a la institución en la que se llevan a cabo un conjunto de entrevistas que le permitan evaluar la carrera o programa y contrastar los resultados de la auto evaluación.

La evaluación culmina con un trabajo de síntesis de las observaciones que se entrega a la CNAP.

#### Paso 3: Decisión de Acreditación

La CNAP emitirá un pronunciamiento acerca de la acreditación tomando en consideración: el informe de auto evaluación, la opinión del Comité de Pares acerca del proceso de auto evaluación y acerca de los criterios y parámetros de la evaluación externa, el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales, las recomendaciones del Comité de Pares y los resultados de otros procesos de acreditación a que se haya sometido la carrera.

Los pronunciamientos pueden ser:

- a) Declarar acreditada la carrera
- b) Acreditación provisoria por un plazo máximo de dos años y luego puede volverse a presentar.
- c) No se acredita la carrera o el programa y la institución no puede presentar nuevamente la misma carrera a la acreditación antes de dos años.

La acreditación es un sistema de carácter voluntario, de aplicación permanente y que tienen una duración asociada a los ciclos preestablecidos para cada carrera o programa de estudio.

El proceso de acreditación a nivel de carreras, se ha establecido un plazo máximo de vigencia de siete años (cinco años para carreras técnicas) y un mínimo de dos años. Al cabo de dicho plazo, las instituciones deberán repetir el proceso con el fin de mantener la acreditación.

### ***Resultados de la aplicación del modelo***

Al no existir evaluaciones referentes a la acreditación de carreras, es difícil hablar de resultados concretos de este proceso. Sin embargo, la propia CNAP declara, más desde la teoría, cuales son las principales contribuciones que el sistema hace a la calidad de la educación superior. En este marco, establece en su sitio Web institucional que: “Sólo el trabajo comprometido y dedicado de las autoridades, académicos, funcionarios y estudiantes de las instituciones de educación superior puede mejorar la calidad de los servicios que ofrecen. Un sistema de acreditación facilita ese trabajo, por las siguientes razones:

- Permite incorporar procesos sistemáticos y recurrentes de auto evaluación y evaluación externa en el trabajo académico e institucional.
- Facilita el auto conocimiento y la elaboración de planes de mejoramiento.
- Facilita la asignación y reasignación de recursos, en función de un mejor conocimiento de las fortalezas y debilidades de las instituciones, carreras o programas.
- Promueve el compromiso de los principales actores con los cambios necesarios para mejorar.
- Aporta una mirada externa a procesos que muchas veces son invisibles aún para los propios actores”.

### ***Dimensiones y estándares utilizados para el aseguramiento de la calidad***

Los estándares que permiten definir calidad en la acreditación se construyen en base a dos parámetros:

- Consistencia Interna: grado de ajuste de las acciones y resultados de una unidad con las prioridades institucionales y los propósitos declarados para la carrera o programa.
- Requerimientos, normas o criterios establecidos por la comunidad académica o profesional vinculada a la carrera.

La evaluación de las carreras se funda en los perfiles de egresos que han sido definidos (para el caso de las carreras que otorgan el grado de licenciado con anterioridad al título profesional) por los Comités Técnicos que ha constituido la Comisión según un agrupamiento de las carreras.

Este perfil, que ha sido consensuado previamente por la comunidad disciplinaria y profesional, es la norma que debe tener en consideración una institución para definir su propio perfil de egreso.

Los rubros de análisis para los perfiles de egreso son:

<b>Rubro</b>	<b>Definición</b>
<i>Propósitos</i>	La carrera debe estar inserta en una unidad que cuenta con una declaración explícita de propósitos concordantes con la misión y propósito institucional a la que pertenece. Debe contar con una definición de sus metas y objetivos, incluyendo el perfil egreso del profesional que pretende formar. Debe contar con mecanismos que permitan evaluar los propósitos definidos.
<i>Integridad</i>	Debe demostrar condiciones para avanzar en el cumplimiento de sus propósitos y proporcionar información a los usuarios y miembros y respetar las condiciones esenciales de enseñanza en que se matricularon los alumnos.
<i>Estructura organizacional, administrativa y financiera</i>	Debe demostrar que dispone de un adecuado sistema de gobierno y que cuenta con eficaz gestión institucional, administrativa y financiera, incluyendo mecanismos para evaluar el grado de cumplimiento de sus metas y objetivos.
<i>Estructura Curricular</i>	Debe estructurar el currículo de la carrera en función del perfil de egreso previamente definido, considerando tanto las competencias directamente vinculadas al desempeño profesional como las de carácter general y complementario.
<i>Recursos Humanos</i>	Debe demostrar que cuenta con una dotación académica adecuada en número, dedicación y calificaciones para cubrir el conjunto de funciones definidas en sus propósitos y debe tener criterios claros y conocidos para la selección, contratación y perfeccionamiento y evaluación de su personal académico y administrativo.
<i>Efectividad del proceso de enseñanza – aprendizaje</i>	La unidad debe poseer criterios de admisión claramente establecidos, públicos y apropiados a las exigencias de su plan de estudios. El proceso de enseñanza debe tomar en cuenta las competencias de los estudiantes y los requerimientos del plan de estudios, proporcionando oportunidades de aprendizaje teóricas y prácticas, según corresponda. La unidad debe demostrar que los mecanismos de evaluación aplicados a los estudiantes permiten comprobar el logro de los objetivos planteados en el programa de estudios.
<i>Resultados del proceso de formación</i>	La unidad debe hacer un seguimiento de sus procesos académicos (tasas de retención, de aprobación, de titulación, tiempo de egreso, niveles de exigencia), así como desarrollar procesos de seguimiento de sus egresados. La unidad debiera también consultar a empleadores o usuarios de los profesionales que forma y utilizar los antecedentes recogidos en los procesos señalados para actualizar y perfeccionar los planes y programas de estudio e impulsar diversas actividades de actualización de los egresados.
<i>Infraestructura, apoyo técnico y recursos para la enseñanza</i>	La unidad debe proporcionar las instalaciones y recursos (infraestructura, instalaciones, laboratorios, talleres, biblioteca, equipamiento, etc.) que sean necesarios para satisfacer plenamente sus propósitos, lograr los resultados de aprendizaje esperados y cumplir su proyecto de desarrollo. Estos deben ser apropiados en número y calidad, y encontrarse en buenas condiciones de mantención y actualización. La unidad debe asimismo demostrar que el proceso de enseñanza considera el uso adecuado y frecuente de los recursos. La unidad debiera tener y aplicar mecanismos claros para identificar y resolver las necesidades de adquisición y renovación de los recursos.
<i>Vinculación con el medio</i>	La unidad debe mantener vínculos con el ámbito disciplinario y profesional que le corresponde, con el fin de actualizar el conocimiento que imparte, conocer el estado del arte en dicho ámbito y exponer a sus docentes y estudiantes a ideas, información y trabajos de especialistas externos. Asimismo, debiera identificar, conocer y analizar su entorno significativo y considerar dicha información para la planificación de sus actividades. En todos los casos, debe definir una política clara y explícita que le permita planificar, organizar y desarrollar las actividades que elija llevar a cabo, asignando los recursos de todo tipo que sean necesarias.

## **4.2. Sistema de acreditación de Instituciones de Educación Superior**

El MINEDUC, a través del decreto de extensión de las actividades de la CNAP le encomienda a esta institución la tarea de diseñar y poner en práctica un proceso de acreditación de las instituciones de educación superior autónomas y desarrollar los ensayos y procesos experimentales que corresponda. La acreditación plantea la necesidad de establecer mecanismos de acreditación institucional en una perspectiva de evaluación de los mecanismos de autorregulación de la calidad ya existentes. Este proceso se inicia el año 2003.

Para poner en práctica este mandato, se establece que se desarrollará un proyecto piloto de acreditación institucional, cuyo principal objetivo será diseñar, probar y revisar criterios y procedimientos efectivos en ese ámbito.

### ***Organización administrativa***

En el país, el organismo encargado es la Comisión Nacional de Acreditación (CNAP). Esta está a cargo de diseñar y poner en práctica un proceso de acreditación de las instituciones de educación superior autónomas. Los demás actores involucrados en el proceso son los siguientes:

- Institución evaluada
- Comité de Evaluación Externa
- Informantes clave
- Equipo de responsables de cada área de evaluación

### ***Entidades encargadas de acreditar calidad***

Más en detalle las principales funciones de los organismos antes reseñados son:

- *Comisión Nacional de Acreditación de Pre grado* a cargo de diseñar y poner en práctica un proceso de acreditación de las instituciones de educación superior autónomas y de llevar a cabo un proyecto piloto, cuyo principal objetivo será diseñar, probar y revisar criterios y procedimientos efectivos en ese ámbito. Debe además conformar un registro de pares evaluadores, definiendo criterios básicos para su selección, además de solicitar a las instituciones que propongan nombres que satisfagan esos criterios.
- *Institución evaluada*, identifica temas que abordará la evaluación; hace análisis de la documentación institucional, desarrolla proceso de consulta a los informantes claves; identifica caso concreto relacionado con los temas de la evaluación para ser auditado en profundidad.
- *Equipo de responsables de cada área de evaluación*, deberán analizar los documentos correspondientes a las políticas y mecanismos de verificación del cumplimiento de metas y objetivos de la institución, orientados a garantizar la calidad. Ellos realizan un análisis preliminar de fortalezas y debilidades relativas a la existencia formal y el funcionamiento de

mecanismos de autorregulación definidos institucionalmente, así como el documento de síntesis de la consulta a los informantes claves.

- *Informantes clave*: son designados por la institución en los distintos niveles de la estructura (nivel central y reparticiones correspondientes a la organización). Ellos participan del proceso de consulta, que desarrolla la institución, dónde se abordan entre otros, los siguientes temas: vinculación entre la política, metas y objetivos institucionales y los objetivos de la unidad, implementación de las metas y objetivos, indicadores de cumplimiento de objetivos, desempeño de la unidad respecto de los objetivos planteados, etc.
- *Comité de Evaluación Externa*, visita a la institución y verifica el informe institucional. Este Comité emite un informe que acompaña al elaborado por la institución. Estos evaluadores forman parte del registro elaborado por la CNAP y son externos a la institución, generalmente académicos o profesionales de amplia experiencia y prestigio.

### ***Recursos monetarios para el funcionamiento del sistema***

La CNAP cuenta con recursos profesionales y monetarios para la acreditación de instituciones. Los recursos monetarios se aportan básicamente para pagar a los evaluadores externos y los gastos de operación de la CNAP. La CNAP además cuenta con recursos profesionales propios los que coordinan las visitas a las instituciones, acompañando al comité de pares y dando fe del proceso.

### ***Funcionamiento del sistema***

Una acreditación de este tipo se encuentra ligada a la definición de los propósitos institucionales. Así, el grado de complejidad de su estructura académica, las funciones prioritarias que desempeñan, el perfil de su población objetivo, son características que permiten especificar los contenidos de la evaluación.

No obstante, dada la modalidad del programa piloto, se propone que el proceso de acreditación se centre, en esta etapa, preferentemente en las políticas y mecanismos de aseguramiento de la calidad de la docencia de pre grado y de los procesos de gestión estratégica institucional.

Este proceso es voluntario y totalmente independiente de la acreditación de carreras.

El proceso de acreditación a nivel institucional, se ha establecido un plazo máximo de vigencia de siete años (cinco años para carreras técnicas) y un mínimo de dos años. Al cabo de dicho plazo, las instituciones deberán repetir el proceso con el fin de mantener la acreditación.

### ***Resultados de la aplicación del modelo***

Al no existir evaluaciones referentes a la acreditación institucional es difícil hablar de resultados concretos de este proceso. Sin embargo, la propia CNAP declara, más desde la teoría, cuales son las principales contribuciones que el sistema hace a la calidad de la educación superior. En este



marco, establece en su sitio Web institucional que: “sólo el trabajo comprometido y dedicado de las autoridades, académicos, funcionarios y estudiantes de las instituciones de educación superior puede mejorar la calidad de los servicios que ofrecen. Un sistema de acreditación facilita ese trabajo, por las siguientes razones:

- Permite incorporar procesos sistemáticos y recurrentes de auto evaluación y evaluación externa en el trabajo académico e institucional.
- Facilita el auto conocimiento y la elaboración de planes de mejoramiento.
- Facilita la asignación y reasignación de recursos, en función de un mejor conocimiento de las fortalezas y debilidades de las instituciones, carreras o programas.
- Promueve el compromiso de los principales actores con los cambios necesarios para mejorar.
- Aporta una mirada externa a procesos que muchas veces son invisibles aún para los propios actores”.

### ***Dimensiones y estándares utilizados para el aseguramiento de la calidad***

Las siguientes son las áreas centrales de evaluación al momento de acreditar una institución de educación superior:

<b>Ámbito</b>	<b>Definición</b>	<b>Áreas</b>
<b><i>Gestión estratégica</i></b>	1) entendida como el conjunto de políticas y mecanismos para orientar el desarrollo de la institución desde su situación en momento dado hacia un futuro proyectado a mediano y largo plazo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnóstico estratégico de la institución</li> <li>- Establecimiento de prioridades institucionales a mediano y largo plazo.</li> <li>- Traducción de esas prioridades a la formulación y puesta en práctica de planes de desarrollo ( a nivel central y a los demás niveles organizacionales)</li> <li>- Verificación del grado de avance hacia las metas establecidas</li> <li>- Utilización de los resultados de la verificación para ajustar metas –acciones - asignación de recursos</li> <li>- Capacidad de análisis institucional.</li> </ul>
<b><i>Docencia de pregrado</i></b>	2) se tomará en consideración el conjunto de políticas y mecanismos institucionales destinados asegurar la calidad de la formación de pregrado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diseño y provisión de carreras y programas( decisiones acerca de la oferta de carreras, y su pertinencia, apertura de sedes, definición y revisión de perfiles de egreso, diseño curricular, asignación de recursos, seguimiento de los resultados)</li> <li>- Procesos de enseñanza (sistemas de selección y admisión, métodos pedagógicos, procedimientos de evaluación de aprendizaje, uso de tecnologías)</li> <li>- Dotación docente (estrategias de reclutamiento, evaluación, seguimiento, perfeccionamiento, renovación)</li> <li>- Estudiantes. Progresión, servicios, seguimiento de egresados</li> <li>- Utilización de los procesos o resultados de la investigación para mejorar la docencia impartida.</li> </ul>

Se han definido además un conjunto de criterios generales de calidad internacionalmente aceptados que proporcionan el marco básico en el cual debe entenderse la misión institucional. Estas áreas o ámbitos de evaluación internacionalmente aceptadas son los siguientes:

- Misión, metas y objetivos
- Gobierno y administración
- Funciones institucionales: programas educacionales, investigación y creación artística y extensión y servicios a la comunidad.
- Recursos humanos
- Estudiantes
- Infraestructura, apoyo técnico y recursos académicos
- Recursos financieros
- Desarrollo institucional

### 4.3. Modelo Aseguramiento Calidad - JUNJI

Las bases del Sistema de Acreditación de la Calidad del Servicio de Salas Cunas y Jardines Infantiles se debatieron y sentaron entre los años 2004 y 2005. Se trató de un proceso impulsado por la JUNJI, apoyado por Chile Calidad y llevado a cabo por Asesorías para el Desarrollo. Se trata además de una nueva etapa del proceso iniciado por el MINEDUC en 1999 con la constitución de la Comisión Nacional de Acreditación (CNAP), y prosigue en 2003 con la implementación del Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la gestión Escolar.

El Sistema, y el modelo en que se basa, busca responder a los imperativos de calidad y equidad de la educación, y se apoyo en el mandato institucional de la JUNJI<sup>42</sup>, y se hace cargo de i) la progresiva prioridad política otorgada a educación parvularia, ii) los hallazgos realizados por la neurociencia<sup>43</sup>, que indican que los primeros años son esenciales para la formación de la inteligencia, personalidad y el comportamiento social; iii) la necesidad de dar oportunidades laborales a las mujeres, asegurándoles el cuidado de sus niños; iv) la conciencia colectiva acerca de los derechos de los niños; y v) el impacto demostrado de educación parvularia en la superación de la pobreza.

#### *Objetivos*

Los objetivos de este sistema son:

- Fortalecer la oferta de educación parvularia existente poniendo el acento en la calidad de gestión educativa
- Mejorar las oportunidades de educación, protección y cuidado a los niños de entre 0 a 6 años
- Mejorar el sistema público de regulación de la educación parvularia
- Ampliar las oportunidades de acceso al trabajo de las mujeres madres
- Promover una participación informada por parte de las familias, la ciudadanía y usuarios del servicio de salas cunas y jardines infantiles.

#### *Estado actual*

Durante el año 2005 se capacitó a aproximadamente 300 educadoras de jardines de JUNJI e INTEGRA, en lo que fue el primer paso para un proceso piloto de acreditación. Actualmente, dicho proceso se ha detenido, a la espera de la constitución de un ente acreditador externo a la JUNJI.

---

<sup>42</sup> La Ley 17.301, que crea la Junta Nacional de Jardines Infantiles, señala en su artículo 1° “La Junta Nacional de Jardines Infantiles que tendrá a su cargo crear y planificar, coordinar, promover, estimular y supervigilar la organización y funcionamiento de todos los jardines infantiles”.

<sup>43</sup> Estos hallazgos indican que durante los dos primeros años de vida se produce la mayor parte del desarrollo de las células cerebrales, fenómeno que va acompañado por la estructuración de las conexiones neuronales del cerebro.

## ***Organización administrativa***

El Sistema aún no está instalado, pero el proceso de su formulación ha sido liderado por la JUNJI, que tiene como mandato institucional la fiscalización. El ente validador, que otorga la certificación, no puede estar dentro de la JUNJI misma, porque no puede ser “juez y parte”. Está en proceso la definición de qué organismo asumirá esta labor; mientras, se ha avanzado en la especificación de responsabilidades que deberá tener dicho ente acreditador.<sup>44</sup>

### ***Actores:***

- *Ente Nacional de Acreditación*, ente acreditador que definirá políticas y procedimientos y que será el responsable de entregar el sello de calidad. Esta entidad podrá ser un servicio público, un comité público, una comisión público-privada, etc.
- *Comisión Técnica Asesora*, formada por expertos y por actores relevantes, tendrá el cometido de establecer la vigencia de los estándares, conocer y opinar sobre los procesos en curso y sobre la idoneidad y pertinencia de los mecanismos de soporte y gestión general del sistema.
- *Evaluadores Externos*: es un equipo de profesionales calificados vinculados a la Comisión Nacional de Acreditación, que se aboca a observar externamente el proceso de mejoramiento de las salas cuna y jardines infantiles y emitir un juicio de evaluación y una recomendación de acreditación. Estos profesionales deberán actuar como personal permanente del ente acreditador.
- *Consultores de apoyo*: son profesionales especializados en la gestión educativa de calidad en la educación parvularia que podrán apoyar los procesos de mejoramiento que emprendan los jardines infantiles y salas cuna. Su labor profesional será remunerada y los costos serán asumidos por los jardines, cuando se trate de entidades privadas, y por el Estado cuando se trata de entidades públicas.

### ***Entidades encargadas de acreditar calidad***

Las funciones del ente acreditador, aún inexistente, serían las siguientes:

- Definir las reglas del juego
- Proveer los soportes necesarios para el funcionamiento del sistema (consultores capacitados evaluadores reconocidos)
- Apoyar los procesos de mejoramiento al interior de las salas cuna y jardines infantiles
- Definir y validar pautas e instrumento de apoyo a dichos procesos
- Contar con un equipo de evaluadores de su confianza y responsabilidad
- Recibir las postulaciones y la recomendación del evaluador externo que ha visitado y comprobado la veracidad de la información que avala la postulación y emite un juicio de valor que se expresa en un sello de calidad
- Otorgar la acreditación
- Desarrollar actividades comunicacionales en torno a la relevancia de la acreditación de calidad
- Reunir y sistematizar información relevante

---

<sup>44</sup> En Anexo 1 se presenta un cuadro con la totalidad de los actores implicados, sus respectivas funciones y productos.

- Generar y alimentar registros del sistema
- Realizar estudios pertinentes
- Generar modalidades de financiamiento para que las salas cuna y jardines infantiles de escasos recursos puedan participar en el sistema.

### ***Recursos utilizados para el funcionamiento del sistema***

El proceso global de acreditación representa gastos para el Sistema (institucionalidad, equipo profesional, y generación y difusión de información e instrumentos) y para el jardín (gastos de mejoramiento y, si lo estiman necesario buscar apoyo profesional de un consultor. Adicionalmente, deberán co-financiar los gastos propios del proceso de acreditación).

Para ello, se proponen alternativas de financiamiento para el Sistema, y los jardines infantiles y salas cuna públicas y privadas.

#### *Alternativas de financiamiento del Sistema:*

El sistema deberá contar con *recursos públicos* y tender al *autofinanciamiento* por medio del cobro a los usuarios. Las modalidades y alternativas (excluyentes o complementarias) de cobro posibles son:

- Pago de un monto por el *servicio de acreditación*. Incluye el proceso, acceso a materiales y guías, información, evaluación y sello. No incluye el proceso de mejoramiento mismo y el aporte profesional de consultores en el desarrollo del proceso
- Pago de una cuota anual permanente mientras se cuente con el sello y se esté dentro del proceso.
- Pago diferenciado por distinto tipo de servicios: (a) inscripción y acceso a orientación, guías de apoyo, (b) acreditación.

#### *Alternativas de financiamiento de los jardines infantiles y salas cuna privadas:*

- Los jardines infantiles y salas cuna privadas deberán financiar en forma directa los gastos del proceso de acreditación.
- El sistema incentivará la participación de la empresa privada en los procesos de acreditación de aquellos jardines infantiles y salas cuna que utilizan sus vecinos y/o trabajadores (responsabilidad social de la empresa).

#### *Alternativas de financiamiento de los jardines infantiles y salas cuna públicas:*

El sistema deberá velar por el acceso al proceso de acreditación de las salas cuna y jardines infantiles dirigidos a población de escasos recursos. Para ello se deberá distinguir entre costos de instalación de procesos de mejoramiento al interior de las salas cuna y jardines infantiles y costos del proceso de acreditación.

### *Alternativas de financiamiento para procesos de mejoramiento:*

- Fondos concursables de mejoramiento de infraestructura para jardines públicos (Fondo Nacional de Desarrollo Regional)
- Contactos para financiamiento privado en el marco de responsabilidad social de la empresa para abordar el plan de mejoras
- Mecanismos de premiación a jardines públicos de excelencia

### *Alternativas de financiamiento para procesos de acreditación:*

- Sistema subsidia casos seleccionados
- Sistema instala un fondo de financiamiento para establecimientos públicos
- Participación de la empresa privada (responsabilidad social de la empresa; idea del “buen vecino”).

## ***Funcionamiento del sistema***

### *Características generales*

- La acreditación será de carácter voluntario para todos los establecimientos, tanto públicos como privados, que deseen acreditarse, de aplicación permanente y tendrá una duración de dos años que deberá revalidarse.
- La acreditación tiene un carácter **gradual**, de acuerdo a los distintos niveles de cumplimiento de los estándares de calidad.
- El proceso de acreditación se entiende como un ejercicio **continuo**, de forma tal que las instituciones actualicen y validen los resultados y/o acrediten sus progresos periódicamente.
- Se basa en procesos de **autoevaluación** y de **validación externa**.
- Es transparente y público, tanto en los procesos como en los resultados.
- Es administrado y regulado por el Estado.
- Otorga un reconocimiento oficial a través de un sello de calidad.

### *Etapas del proceso de acreditación<sup>45</sup>*

El proceso de acreditación se lleva a cabo en 7 etapas:

1. Difusión
2. Postulación e Inscripción del Jardín Infantil o Sala Cuna
3. Capacitación Especializada
4. Autoevaluación (Transferencia de contenidos y metodologías, Constitución del comité de calidad y Aplicación de la guía de autoevaluación en el jardín infantil o sala cuna);
5. Validación externa
6. Proceso de diseño y ejecución del plan de mejoramiento
7. Acreditación

---

<sup>45</sup> Se adjunta explicación detallada del proceso en Anexo 2.

### *Herramientas para la acreditación*

Todo jardín infantil que entra en el proceso recibe una serie de materiales que sirven de guía. Estos son los siguientes:

1. Formulario de postulación al proceso de acreditación de calidad de jardines infantiles y salas cuna.
2. Ficha para la construcción de línea base para jardines infantiles y salas cunas: su objetivo es construir una “radiografía” inicial de cada establecimiento para comenzar el proceso de acreditación de calidad.
3. Guía de autoevaluación: formulario que debe ser llenado por el Comité de Calidad constituido al interior de cada SCJI y que constituye una pauta de evaluación de los niveles de calidad de los procesos y resultados al interior de cada SCJI.
4. Manual de autoevaluación: que guía el proceso de autoevaluación y entrega los contenidos y contexto necesario para el llenado de la Guía

Además, aunque aún no están desarrollados, se considera la utilización de un Formulario de Plan de Mejora, una Pauta de Evaluación del Consultor y un Formulario de Postulación al Sello de Calidad.

### *Evaluaciones realizadas al sistema*

Si bien el Sistema no ha entrado pleno funcionamiento, es posible anticipar algunos de los retos con los que se encontrará. El principal es que su utilización probablemente develará bajos niveles de calidad, cuyo mejoramiento requiere energía, organización y recursos cuya disponibilidad no es evidente. De esta manera, el compromiso con un proceso continuo de calidad pone el tapete preguntas e incluso contradicciones para JUNJI, como por ejemplo: la necesidad de aumentar el número de educadoras por nivel y/o por número de niños, de modo de cumplir el estándar; la necesidad de disponer de un fondo para financiar los planes de mejoramiento; la necesidad de regularizar los temas de recepción de obras y certificación sanitaria; la necesidad de que los equipos de cada jardín tengan mayor flexibilidad para incorporar personal más pertinente a su Proyecto Educativo y a sus necesidades, y asimismo, de desvincularlo cuando así se requiera; la necesidad de que a nivel institucional o al interior de cada jardín se cuente con medidas y prácticas que se hagan cargo del autocuidado y la autoevaluación del equipo de trabajo.

### ***Dimensiones y estándares utilizados para el aseguramiento de la calidad***

El modelo está compuesto por 6 áreas, las que a su vez se componen de dimensiones, estándares y elementos de gestión<sup>46</sup>. Las áreas son el nivel más general de los contenidos del sistema, y corresponden a los ámbitos temáticos claves que se han acordado para definir la gestión de calidad al interior de una sala cuna o jardín infantil. Son las siguientes:

1. Liderazgo
2. Gestión de los Procesos Educativos
3. Participación y Compromiso de la Familia y la Comunidad
4. Protección y Cuidado
5. Gestión y Administración de RRHH y Financieros
6. Resultados.

#### **4.4. Premio Nacional de la Calidad**

A partir de 1996, se inicia en Chile la aplicación de los Modelos de Gestión de Excelencia, siendo el Centro Nacional de Productividad y Calidad el encargado de su administración y difusión a través del Premio Nacional a la Calidad, inspirado en el modelo Malcom Baldrige (USA) ampliamente utilizado por las organizaciones en Estados Unidos. Luego, el alto grado de universalidad del modelo, permitió su adaptación y aplicación a la realidad chilena, constituyéndose en una guía para las organizaciones del país.

El Premio Nacional a la Calidad fue creado por el Decreto Supremo N° 729, del 30 de septiembre de 1996, del Ministerio de Economía y se entregó por primera vez en 1997. En 1998, se hizo extensivo al sector público, donde ha sido un poderoso estímulo a la modernización de los servicios.

Convoca a trabajadores, empresarios y servidores públicos a enfrentar los desafíos competitivos de Chile, ofreciendo apoyo a empresas y organizaciones para innovar en la gestión mediante la aplicación de modelos, herramientas y prácticas que han demostrado su eficacia y eficiencia en todo el mundo.

#### ***Objetivos:***

El Premio Nacional a la Calidad tiene por objetivo promover:

- La toma de conciencia, por parte de las empresas y organizaciones privadas y públicas, de la importancia de la calidad y la productividad como elementos fundamentales de la competitividad.
- La comprensión de los factores y elementos que, tal como ha demostrado la experiencia de organizaciones exitosas en todo el mundo, tienen una influencia decisiva en la obtención de

---

<sup>46</sup> En Anexo 3 se da cuenta pormenorizada de cada una de estas áreas, dimensiones, estándares y elementos de gestión.



niveles superiores de calidad. Con especial énfasis en aquellos relacionados con el desarrollo de las personas.

- La difusión amplia y el análisis compartido de experiencias de organizaciones exitosas que han desarrollado un modelo de gestión de excelencia con resultados destacados en todas las áreas relevantes de la gestión, destacando sus procedimientos, etapas y beneficios paulatinamente alcanzados.
- Los cambios culturales necesarios de provocar para la implementación exitosa de una gestión de excelencia en las organizaciones, y la generación de un proceso de aprendizaje en las organizaciones chilenas y toda la comunidad en el ámbito de la calidad integral.

### ***Organización administrativa***

Es administrado por el Centro Nacional de Productividad y Calidad (Chile Calidad) a través de la Secretaría General del Premio y un equipo de trabajo bajo su dirección. Chile Calidad es un Comité CORFO, y con el Premio Nacional a la Calidad, integra redes iberoamericanas de aprendizaje y colaboración. Está asociada a Fundibeq (Fundación Iberoamericana para la Gestión de la Calidad), organización supranacional, sin fines de lucro, que promueve y desarrolla la Gestión Global de la Calidad en el ámbito Iberoamericano y entrega anualmente el Premio Iberoamericano a la Calidad. Además es parte de REDIBEX (Red de Premios a la Calidad de Iberoamérica), creada para difundir los Modelos de Gestión de Excelencia que permiten mejorar la productividad y competitividad de las organizaciones iberoamericanas.

Los actores responsables del análisis crítico de las organizaciones postulantes, son los Examinadores que integran el Registro de Examinadores de ChileCalidad, el Comité de Jueces y el Jurado. Estas tres instancias están conformadas por profesionales especialistas, provenientes de diversos sectores de la actividad productiva y poseedores de competencias y amplia y variada experiencia en gestión de excelencia.

### ***Entidades encargadas de acreditar calidad***

Como se indicó, en el proceso de postulación y premiación participan Examinadores, un Comité de Jueces y un Jurado. Sus principales funciones, en cada caso, dicen relación con.

#### ***Examinadores***

- Revisar la información contenida en el Formato de Informe de Auto evaluación Técnica (FIAT) presentado por cada participante, emitiendo Informes de Evaluación Consensuados que se entregan al Comité de Jueces.
- Visitar en terreno a organizaciones seleccionadas para la segunda etapa de la postulación, emitiendo un Informe de Visita que contiene conclusiones y puntuaciones finales.

#### ***Comité de Jueces***

- Revisar Informes y seleccionar organizaciones que pasan a la segunda etapa de postulación.
- Analizar informes de visita y seleccionar organizaciones finalistas, que son presentadas al Jurado

### *Jurado*

- Recibir el informe emitido por el Comité de Jueces y asignar los Premios Nacionales a la Calidad en las diferentes categorías de postulación.
- Declarar desierto el concurso en una o más categorías si así lo estima prudente

### ***Recursos utilizados para el funcionamiento del sistema***

La postulación al Premio implica, por parte de las instituciones participantes, el pago de:

- *Derechos de Inscripción y Postulación:* pago diferenciado según tamaño o categoría de la empresa
- *Gastos asociados a la Fase de Visita en Terreno:* deben ser costeados por las organizaciones participen en la Fase 2 de Visita a Terreno. Corresponden a los gastos que se generen por conceptos de traslado y estadía de la comisión de examinadores.
- *Gastos asociados a las actividades de Premiación y Divulgación:* Las organizaciones que resulten ganadoras del PNC deberán financiar los gastos asociados a la ceremonia de premiación y conferencia técnica, y la elaboración de elementos de difusión de su experiencia como organización ganadora (video y material de apoyo)

### ***Funcionamiento del sistema***

#### *Características generales*

- Se trata de un premio al que se postula voluntariamente
- Respecto a la vigencia, el premio se entrega anualmente, pero quienes lo ganan puede exhibirlo permanentemente.
- Se basa en procesos de autoevaluación y de validación externa.
- Es transparente y público, tanto en los procesos como en los resultados.
- El premio es único para cada categoría (no hay segundos lugares).

#### *Etapas del proceso de postulación<sup>47</sup>:*

El proceso se lleva a cabo en 8 etapas:

1. Difusión
2. Admisión y categorización
3. Presentación del Formato de Informe de Autoevaluación Técnica, FIAT.
4. Evaluación de postulaciones (que incluye 6 subetapas).
5. Adjudicación
6. Informe de Retroalimentación
7. Ceremonia de Premiación
8. Divulgación

---

<sup>47</sup> Se adjunta explicación detallada del proceso en Anexo 4.

### *Herramientas para la postulación:*

Se trata fundamentalmente de tres documentos:

1. Solicitud de Admisión y Categorización (SAC): formulario que las organizaciones postulantes deben completar para inscribirse en el proceso, verificar si se cumple o no con las condiciones establecidas para ser aceptado como postulante al Premio y, ser considerado en alguna de las categorías existentes.
2. Formato de Informe de Auto evaluación Técnica (FIAT): mediante el FIAT la organización postulante concreta su participación en el proceso del PNC, entregando una presentación detallada y documentada sobre una visión general de la organización y sus prácticas de gestión, en referencia a los ocho criterios de evaluación del Modelo Chileno de Gestión de Excelencia. Este informe permite a los Examinadores, Jueces y Jurado realizar una apreciación de las prácticas de gestión y resultados alcanzados por el participante.
3. Informe de Retroalimentación: es el resultado final de la evaluación hecha a partir de la información entregada por la organización en su FIAT y aquella que es recogida en la Visita en Terreno, cuando corresponde. Identifica las principales Fortalezas y Áreas de Mejora más relevantes que presenta la gestión actual del postulante, desde el punto de vista del Modelo de Excelencia del Premio. Se agrega además una tabla que presenta el rango porcentual en que fue evaluada la organización en cada uno de los criterios, y el rango de puntaje final.

### *Evaluaciones realizadas al sistema*

El Premio no es un certificado de calidad de un producto o servicio. Es un reconocimiento a la gestión global de excelencia de una organización.

Además:

- La postulación implica asumir un proceso de aprendizaje organizacional
- La evaluación externa que se realiza a la organización postulante, le aporta una mirada nueva y experta sobre su gestión actual
- El Informe de Retroalimentación que reciben las organizaciones postulantes es una guía para la mejora continua.
- Ganar el Premio transforma a la organización en modelo y referente para el resto de las organizaciones a nivel nacional e internacional.
- Ganar el Premio deja a la organización en condiciones de optar a otros premios internacionales.

### *Dimensiones y estándares utilizados para el aseguramiento de la calidad*

Se considera de manera relevante tres aspectos fundamentales, que envuelven los resultados generales de la empresa o servicio:

- \*Resultados globales de la gestión
- \*Satisfacción de los clientes internos y externos
- \*Nivel de calidad de vida al interior de la organización.

Estos tres principios se expresan en los siguientes criterios de evaluación, cada uno de los cuales considera varios sub criterios que, a su vez, tienen áreas específicas de evaluación<sup>48</sup>:

1. Liderazgo
2. Gestión de la satisfacción de los clientes
3. Compromiso y desarrollo de las personas y la organización
4. Planificación estratégica
5. Gestión de los procesos
6. Información y análisis
7. Responsabilidad social
8. Resultados

#### **4.5. Certificación de la Gestión Escolar-Fundación Chile**

La Escuela de Educación de la Pontificia Universidad Católica, en conjunto con la Fundación Chile, llevó a cabo un proyecto financiado por el FONDEF (año 2003) con el fin de construir un sistema de auto evaluación y certificación de la calidad de la gestión escolar, que es el que se presenta a continuación.

El sistema se basa en la idea de que para aprovechar los recursos que se dirigen a mejorar la calidad y la equidad del sistema educacional, es necesario que los establecimientos educacionales perfeccionen su capacidad de gestión.

##### ***Organización administrativa***

La entidad encargada de conducir el sistema es el Consejo Nacional de Gestión Escolar. Está conformado por:

- *Consejo Directivo*: es responsable de tomar las decisiones sobre la certificación de la gestión de los establecimientos que participen en el proceso de evaluación externa.
- *Secretaría Técnica*: es la responsable de ejecutar los procesos de evaluación en las instituciones y elaborar los informes técnicos. Cuenta con un equipo de profesionales, expertos en el área de gestión escolar y de evaluación institucional, quienes actúan en el proceso de evaluación externa y calificación del nivel de desarrollo de la gestión, de aquellos establecimientos que postulan a la certificación.
- *Secretaría de Estudios*: es responsable de desarrollar los estudios e investigaciones en el área, que inspiren y potencien la acción de las instituciones escolares en este ámbito.

---

<sup>48</sup> El detalle de criterios, subcriterios y sus puntajes se presenta en Anexo.

- *Establecimientos Escolares:* escuelas y liceos municipales, escuelas y liceos particulares subvencionadas, establecimientos particulares pagados, humanista científicos o técnico profesionales, reconocidos oficialmente por el Ministerio de Educación.

### ***Entidades encargadas de acreditar calidad***

El Consejo Nacional de Gestión Escolar es certificador y los EE se autoevalúan con la guía y apoyo de la secretaría técnica.

### ***Funcionamiento del sistema***

El Sistema se propone que los establecimientos escolares mejoren sus procesos y resultados educativos y que el sistema educacional, alcance mayor transparencia de información y una sana competitividad por alcanzar los mejores resultados.

De esta forma, el sistema permite mejorar la calidad de la gestión escolar y dar garantía pública de ella.

La certificación tiene una vigencia de 3 años, luego el establecimiento debe actualizarla y validarla para lo cual debe re postular a la certificación.

La certificación, tiene la característica de “provocar una saludable tensión de cada organización hacia el mejoramiento, contando con criterios y mecanismos nacionales para el control de la calidad de la gestión escolar, y con un Consejo que garantice públicamente que la institución cumple con los criterios y los estándares de calidad”.

El modelo de certificación, tiene las siguientes premisas básicas:

- La gestión de calidad se fundamenta en el conocimiento profundo de las necesidades y expectativas de los usuarios y beneficiarios de la organización escolar.
- La visión y estrategia institucional consolidan la contribución y la forma en que la organización se propone responder a las necesidades y expectativas de la comunidad escolar.
- Los integrantes de la comunidad escolar saben cómo contribuir al logro de los fines institucionales, siendo reconocidos por ello.
- Los procesos de gestión tienen como foco el aprendizaje organizacional y se basan en estándares de desempeño y efectividad que son monitoreados sistemáticamente.
- Los resultados son conocidos, analizados e informados a la comunidad escolar y se asume la responsabilidad pública por ellos.

La certificación de la gestión escolar, utiliza procedimientos de auto evaluación, evaluación y certificación, con la participación de evaluadores externos, de acuerdo a criterios y procedimientos objetivos y públicos.

Se basa en un modelo desarrollado y contextualizado para establecimientos de nuestro país, en el que se consideran las variables y dimensiones claves que caracterizan una gestión de calidad.

La obtención de la certificación implica contar con un "sello de calidad", otorgado al establecimiento educacional que cumpla con las exigencias establecidas.

### *Paso 1: Auto evaluación*

Es el primer paso del proceso de certificación, y consiste en un proceso sistemático en el que cada establecimiento extrae la información relevante, mediante la aplicación de los instrumentos de auto evaluación construido en base a los estándares señalados y su complementariedad con otras fuentes de información disponibles. Se trata de que la institución escolar se analice y se compare con el estándar establecido. Debe identificar resultados cuantitativos y cualitativos.

Con esta información, la institución está en condiciones de:

- a) Solicitar certificación, en caso de que los resultados de la auto evaluación sean satisfactorios.
- b) Empezar un proceso de mejoramiento mediante la elaboración de un plan.

### *Paso 2: Plan de Mejoramiento de la Gestión*

El plan de mejoramiento debe permitir ratificar en qué etapa se encuentra cada una de las áreas de gestión, establecer el camino óptimo de desarrollo de cada área y determinar qué pasos debería seguir el establecimiento para llegar a la meta de certificación.

Para ayudar a los establecimientos en la mejora de su gestión, el Consejo de Certificación pone a disposición de los establecimientos distintos dispositivos que facilitan este proceso y además pueden recurrir a un registro de consultores que entregan apoyo externo.

### *Paso 3: Solicitud de Certificación*

Al solicitar la certificación, el establecimiento será sometido a un proceso de evaluación externa que lo realizan dos profesionales certificados por el Consejo Nacional.

Las acciones de evaluación contemplan entre otras cosas: revisión de documentación oficial del establecimiento y diversos aspectos relativos a la gestión; visita de los evaluadores, reuniones con los diferentes actores y estamentos del establecimiento.

Al finalizar el proceso, el evaluador debe entregar a la Comisión un Informe de Certificación que describe el nivel de presencia y desarrollo de los sistemas de gestión considerados en el estándar, basado en evidencias verificables de la gestión.

### *Paso 4: Análisis del Informe de Evaluación*

El informe es analizado por el Consejo Nacional:

- a) Si es aceptado, se comunica al establecimiento el resultado y es paralelamente incorporado y publicado en el registro público de establecimientos certificados.

- b) Si es rechazado, se envía un informe al establecimiento comunicando tal decisión, aportando orientaciones para que la escuela diseñe su propio proceso de mejoramiento a partir del análisis de las áreas deficitarias según los resultados del proceso de certificación.

### ***Dimensiones y estándares utilizados para el aseguramiento de la calidad***

#### *Orientación hacia los alumnos, sus familias y la comunidad*

Se refiere a la forma en que el establecimiento conoce a los usuarios, sus expectativas y el nivel de satisfacción de los mismos. Analiza la forma en que el establecimiento promueve y organiza la participación de los alumnos, las familias y la comunidad en la gestión escolar.

- Conocimiento de las necesidades, expectativas y grado de satisfacción y participación de los alumnos:
- Conocimiento de las expectativas y grado de satisfacción y participación de los padres y apoderados:
- Conocimiento de las expectativas y grado de satisfacción y participación de la comunidad:

#### *Liderazgo Directivo*

Aborda la forma en que las autoridades del establecimiento lo conducen y orientan hacia la obtención de resultados, la satisfacción de los beneficiarios y usuarios y la “agregación de valor” en el desempeño organizacional. Incluye la implementación de mecanismos de participación de la comunidad en la misión y metas institucionales. Asimismo, considera la forma en que los directivos rinden cuentas y asumen la responsabilidad pública por los resultados de establecimiento. También la forma como conducen el establecimiento, usando adecuados sistemas de comunicación y de resolución de conflictos.

- Liderazgo organizacional
- Liderazgo educacional.
- Destrezas comunicacionales.
- Responsabilidad pública y orientación hacia la comunidad.

#### *Gestión de las competencias profesionales de los docentes*

Comprende el desarrollo de las competencias docentes, el diseño e implementación de sistemas y mecanismos de apoyo para generar un liderazgo pedagógico, la integración de equipos de trabajo, el dominio de los contenidos pedagógicos y de los recursos didácticos. Considera los sistemas que suponen la existencia y uso de perfiles de competencias docentes, que posibilitan los procesos de selección, capacitación, promoción, desarrollo profesional y desvinculación de los profesionales de la institución.

- Liderazgo pedagógico
- Dominio de contenidos pedagógicos y recursos didácticos.
- Capacidad para integrar equipos de trabajos

- Políticas y mecanismos de perfeccionamiento y actualización de los docentes y personal del establecimiento.

### *Planificación*

Se refiere a los sistemas y procedimientos sistemáticamente utilizados por el establecimiento para abordar los procesos de las planificaciones institucionales y el diseño del seguimiento y evaluación de los procesos y resultados de lo planificado.

- Diseño del PEI:
- Procedimiento en el diseño e implementación del Plan Anual:
- Seguimiento y monitoreo

### *Gestión de procesos*

Aborda el desarrollo sistemático de los procesos institucionales en el ámbito curricular/pedagógico, administrativo y financiero

#### A) Gestión Curricular – Pedagógica:

- El diseño de la oferta curricular.
- La implementación de la oferta curricular y pedagógica, congruente con el proyecto educativo institucional.
- El apoyo a la gestión de los procesos de enseñanza.
- El apoyo a la gestión de los procesos de aprendizaje de los alumnos.

#### B) Gestión administrativa:

- Soporte administrativos a los procesos regulares del establecimiento.
- Gestión de los recursos materiales y de infraestructura.
- Gestión de los recursos didácticos en función de los procesos pedagógicos.
- Gestión de recursos humanos.
- Sistemas normativos y reglamentarios.

#### C) Gestión financiera:

- Sistema de elaboración de presupuesto anual.
- Formulación, financiamiento y control de los proyectos de mejoramiento e innovación.
- Sistemas de control de ingresos y gastos.

### *Gestión de Resultados*

Incluye el análisis de los resultados en los siguientes ámbitos:- De los aprendizajes de los alumnos, medidos en términos absolutos y relativos. - De la efectividad organizacional, expresada en términos de satisfacción de los beneficiarios y usuarios.- De los resultados financieros y el logro de las metas anuales, propuestas por el establecimiento Asimismo, comprende la forma en que se utilizan los resultados para la toma de decisiones respecto de los procesos del establecimiento.



- Resultados de aprendizaje de los alumnos
- Efectividad organizacional
  - ✓ La satisfacción de alumnos actuales y egresados, familias, profesores y sostenedor.
  - ✓ Los resultados financieros.
  - ✓ El logro de metas anuales (cumplimiento del plan anual y proyectos específicos).

#### **4.6. Certificación de Competencias Laborales**

El proyecto de certificación de competencias se crea el año 1999, con financiamiento del FOMIN, BID y de la CORFO. La iniciativa surge a partir del diagnóstico de que en nuestro país existe un inmenso número de perfiles de trabajadores en distintos sectores (minero, turismo, agrícola) que no habían tenido educación formal y que necesitaban algún tipo de certificado.

Partió como proyecto piloto con financiamiento internacional, pero comenzó a motivar a otras entidades (SENCE, MINEDUC, gremios empresariales) ya que el tema tenía relación con: competencias de empleabilidad, para el trabajo, competencias a la formación técnica, el tema formativo, etc. En ese contexto de articulación con otras entidades es que surge el Programa Chile Califica, de educación y capacitación permanente.

La creación del sistema facilita los procesos de selección de personal y las evaluaciones de desempeño de las empresas y permitirán orientar su inversión en desarrollo de recursos humanos hacia las competencias requeridas.

Además, desde la perspectiva de los trabajadores les permite mejorar sus posibilidades de ampliar sus oportunidades de empleo y progresar laboralmente. Sabrán con precisión cuáles son los conocimientos, habilidades y destrezas que se requieren para un buen desempeño laboral.

Por su parte, los organismos de formación y capacitación podrán orientar su oferta de cursos y programas hacia los requerimientos reales del mundo productivo

#### ***Organización administrativa***

Actualmente esta en una etapa avanzada de tramitación el congreso un proyecto de ley que crea un sistema nacional de certificación de competencias laborales.

En un sistema en régimen, existirá un ente directivo coordinador nacional con presencia de empresarios, trabajadores y sector público a cargo de acreditar organismos evaluadores y certificadores de competencias laborales, así como de llevar un registro nacional de estándares de competencias laborales, en base a una pauta metodológica común.

Actualmente de manera transitoria, las instituciones involucradas son SENCE, Programa Chile Califica, otros servicios públicos, Fundación Chile, asociaciones gremiales, organismos evaluadores, organismos certificadores diversos.

### ***Entidades encargadas de acreditar calidad***

Hay diversos organismos representativos de los sectores productivos que actúan como certificadores de las competencias de los trabajadores y diversos organismos evaluadores (universidades, gremios, equipos de consultores u otros), a cargo del proceso de evaluación.

### ***Funcionamiento del sistema***

El sistema tiene por finalidad diseñar y poner en marcha un Sistema Nacional para evaluar y certificar las competencias laborales de las personas, independientemente de cómo éstas fueron adquiridas. Se trata de desarrollar, validar y estandarizar normas de competencias de sectores productivos importantes para el desarrollo del país, que fueran a incrementar la fuerza de trabajo en mano de obra no calificada (trabajadores sin formación formal y que si han adquirido experiencia laboral de manera informal).

La Fundación Chile inicia el proyecto haciendo experiencias demostrativas con 3 sectores: gran minería, turismo (gastronomía, hotelería) sector de construcción (subsectores de gas y electricidad) y a la fecha se ha ampliado a 8.

La evaluación de competencias laborales es un proceso mediante el cual se recogen evidencias sobre el desempeño laboral de un individuo, con el fin de determinar si es competente o aún no competente para realizar una función laboral determinada. En caso de concluir exitosamente todas las etapas de la evaluación, los candidatos son certificados como competentes por organismos de reconocido prestigio en su industria. Para obtener la certificación de competencias laborales, los trabajadores pueden ingresar individualmente o a través de sus empresas.

El sistema de certificación de competencias debe ser siempre voluntario. Para certificar las competencias laborales, los trabajadores deben someterse a un proceso de evaluación por parte de organismos especialmente acreditados. Los métodos más comúnmente aplicados se encuentran la observación del rendimiento en terreno, pruebas de habilidades y conocimientos, ejercicios de simulación, entrevistas, exámenes escritos y cuestionarios de alternativas.

El referente para la evaluación son los estándares de competencia laboral definidos por el mundo productivo.

- a) Si la evaluación del trabajador concluye exitosamente en todas las etapas, los candidatos son certificados como competentes por organismos de reconocido prestigio en su industria.
- b) Si la evaluación determina que el candidato es “aún no competente”, puede acceder a cursos de capacitación para desarrollar las áreas en que presente deficiencias. Estos cursos, a veces, son ofrecidos dentro del mismo proyecto piloto. En otros casos, el trabajador puede elegir aquella actividad de capacitación que más se acomode a sus necesidades.

El proceso de construcción de los estándares contempla 3 etapas:

1. Se convoca a todas las organizaciones paraguas: asociaciones gremiales, cámaras, confederaciones, ligadas a un sector económico X, con el cuál se firma un convenio de colaboración que establecen los lineamientos marco o principios generales de cómo se va a celebrar el piloto. Invitan a 6 a 8 empresas líderes en el sector, que están interesadas en que sus trabajadores se certifiquen, con las cuales se realizará finalmente el piloto de certificación a sus recursos humanos.
2. Para la construcción de los estándares de competencias se ha optado por el Método Funcional. Éste es un método flexible que permite identificar las competencias necesarias para cumplir una determinada función, pero al mismo tiempo aplicables y transferibles entre distintos puestos de trabajo.
3. El grupo ejecutivo liderado por las empresas designa a sus mejores trabajadores como grupos técnicos, de 6 a 8 personas, que juntos a los otros convocados, durante aproximadamente 3 meses, trabajan en la definición de estándares.

### ***Resultados de la aplicación del modelo***

Un estudio (Departamento de Economía, Universidad de Chile, 2002) mostró que los trabajadores certificados del sector gas-electricidad reciben mejores ingresos que los no certificados, aunque la diferencia no es significativa estadísticamente.

Otro estudio (CIDEDEC, 2003) mostró la existencia de una demanda incipiente por evaluación y certificación de sus trabajadores en empresas grandes, con sistemas formalizados de gestión de recursos humanos y uso intensivo de TICs.

### ***Dimensiones y estándares utilizados para el aseguramiento de la calidad***

Los estándares de competencias consideran dimensiones técnicas-funcionales, conductuales y los conocimientos básicos requeridos. La realización de estándares implica el desarrollo de los siguientes pasos:

Paso 1: Realizar un Análisis Funcional. El análisis funcional es un método que consiste en desglosar el propósito principal de una determinada función productiva en funciones claves y sub funciones, hasta llegar a determinar unidades y elementos de competencia realizables por un individuo.

Paso 2: Elaborar un Mapa Funcional. El mapa funcional es la representación gráfica de los resultados del análisis funcional. Una vez definido el propósito clave, este se desagrega sucesivamente en las funciones constitutivas.

Paso 3: Definir las Unidades de Competencias. La unidad de competencia es una agrupación de funciones productivas identificadas en el análisis funcional al nivel mínimo, en el que dicha función ya puede ser realizada por una persona. La unidad de competencia se mide a través de resultados o productos de tareas o actividades laborales y está compuesta de: elementos, criterio de desempeño, contexto de competencia, evidencias (directas e indirectas), lista de conocimientos, lista de conductas y actitudes.

### Cuadro Resumen: Aplicabilidad de aspectos de modelos nacionales al ámbito de aseguramiento de calidad ELEAM

Sistema o modelo de acreditación	Factibilidad de aplicar aspectos de estos modelos al ámbito de aseguramiento de calidad ELEAM
<b>Sistema de Acreditación de carreras de educación superior</b>	<p>Si bien el tema que aborda este modelo es sustancialmente diferente al de los ELEAM, se pueden rescatar para la elaboración de un modelo de certificación de calidad de estos establecimientos, elementos tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El concepto de auto evaluación, y su posibilidad como canal dentro del proceso.</li> <li>- La idea de continuidad en la mejora.</li> <li>- La participación de agentes expertos en el tema en el proceso de acreditación.</li> <li>- En términos de los estándares utilizados, La dimensión de Gestión Estratégica y los indicadores a ella asociados.</li> </ul>
<b>Sistema de Acreditación Institucional (Instituciones de educación superior)</b>	<p>Si bien el tema que aborda este modelo es sustancialmente diferente al de los ELEAM, se pueden rescatar para la elaboración de un modelo de certificación de calidad de estos establecimientos, elementos tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La importancia de la planificación.</li> <li>- La idea de continuidad en la mejora.</li> <li>- La participación de agentes expertos en el tema en el proceso de acreditación.</li> <li>- En términos de los estándares utilizados, la dimensión de Gestión Estratégica y los indicadores a ella asociados y la importancia que se asigna a las competencias que deben tener los funcionarios de la institución.</li> </ul>
<b>Modelo Aseguramiento Calidad - JUNJI</b>	<p>Las características del servicio que prestan los las SCJI son similares las de los ELEAM, en tanto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aunque los ELEAM no dependen del Estado, son un servicio de interés social.</li> <li>- Atienden a una población que se entiende como vulnerable aunque crecientemente de promueve su comprensión como sujeto de derechos.</li> </ul> <p>Consecuente con lo anterior, prestan un servicio que incluye protección y cuidado, por una parte, y por otra, promoción.</p>
<b>Premio Nacional de la Calidad</b>	<p>Si bien el Premio Nacional de Calidad no constituye un sistema de acreditación, puede formar parte de un futuro sistema, como elemento de incentivo y visibilización.</p>
<b>Certificación de la Gestión Escolar- Fundación Chile</b>	<p>Hay ciertos elementos de este modelo que se pueden aplicar en el ámbito del aseguramiento de calidad de procesos de los ELEAM (orientación al cliente, liderazgo, etc.)</p>
<b>Certificación se Competencias Laborales</b>	<p>Este modelo puede tener aplicabilidad en el aseguramiento de calidad del personal que trabaja en los ELEAM. Sería útil contar con perfiles de competencias para los distintos cargos o puestos que intervienen aquí.</p>

Fuente: Elaboración propia

## 5. HACIA UN MODELO DE CALIDAD

La revisión de diversas experiencias internacionales en materia de ELEAM, así como de casos nacionales de acreditación, nos han demostrado que en lo fundamental todas conceptualizan la calidad como un concepto integral, esto es, no se trata sólo de disponer de bienes o servicios de calidad, sino de exigir calidad a todo el proceso que la producción de éstos implica, y a todas las variables que intervienen en su producción.

Aplicado a ELEAM, esto se traduce no sólo en que los adultos mayores reciban una atención de calidad –que sin duda es la dimensión más importante- sino que los procedimientos que se utilizan en su atención, la organización o institución que se hace cargo de éstos, y el entorno en que todo este proceso se realiza, tengan una impronta de calidad.

Particularmente, la revisión de experiencias internacionales, cuya síntesis se presenta en la siguiente tabla, aporta una mirada que tiene las siguientes características:

- Considera los diferentes componentes del servicio que se presta en los ELEAM a los adultos mayores (alimentación, cuidados médicos, incluso servicios mortuorios, etc.)
- Considera los distintos momentos en se prestan servicios (recepción, alojamiento temporal, salida del establecimiento).
- Se enfatiza no sólo la satisfacción de los residentes, sino también de sus familias.
- Se hacen cargo no sólo de la “resolución privada” de la atención al adulto mayor, sino que también consideran su inserción social y su impacto en el entorno.

**Tabla 1: Experiencias internacionales**

FRANCIA	CANADÁ	ESPAÑA
<p>Dimensiones de la calidad consideradas en pliego de condiciones para autorizar un ELEAM:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ entorno y marco de vida</li> <li>○ profesionalismo y organización del personal</li> <li>○ claridad del funcionamiento definido por el proyecto institucional, el reglamento interno y el contrato de estadía.</li> <li>○ satisfacción de residentes y familiares</li> <li>○ eficiencia en acciones que permiten a residentes conservar máxima autonomía.</li> </ul> <p>Elementos para atender los objetivos de un ELEAM:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Proyecto institucional: proyecto de vida y de cuidados</li> <li>○ Calidad de los espacios privados, colectivos, específicos (accesibilidad, seguridad, higiene)</li> </ul> <p>Dimensiones del instrumento de autoevaluación ANGELIQUE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ expectativas y satisfacción de los residentes y familiares.</li> <li>○ necesidades de acompañamiento y de cuidado de residentes y respuestas dadas por el ELEAM</li> <li>○ el establecimiento y su entorno</li> <li>○ gestión de calidad</li> </ul> <p>Dimensiones consideradas en compromisos de servicios (AFNOR NFX50-058)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ la recepción y la admisión</li> <li>○ el entorno y el marco de vida</li> <li>○ la toma de cuidados</li> <li>○ la alimentación</li> <li>○ la vida social</li> <li>○ el alojamiento temporal</li> <li>○ la salida del establecimiento</li> </ul> <p>Dimensiones consideradas en Evaluación EVA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ integración física</li> <li>○ integración social</li> <li>○ calidad de vida</li> <li>○ calidad del apoyo a los residentes</li> <li>○ desarrollo de la autonomía</li> <li>○ política de apertura</li> <li>○ administración</li> </ul> <p>Dimensiones consideradas en certificación QUALICERT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ elaboración del proyecto del establecimiento</li> <li>○ recibimiento del residente</li> <li>○ cuidados</li> <li>○ calidad del personal</li> <li>○ capacidad del establecimientos por auto-evaluarse y mejorar</li> </ul>	<p>Competencias del personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ saberes (conocimientos)</li> <li>○ saber-hacer (aptitudes)</li> <li>○ saber-ser (actitudes)</li> </ul> <p>Dimensiones consideradas en visitas de evaluación a los centros (Québec):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aplicación de los principios que caracterizan un medio de vida</li> <li>○ Accesibilidad y calidad de los servicios y actividades</li> <li>○ Medidas, mecanismos, protocolos e instancias que contribuyen a un medio de vida calidad.</li> </ul> <p>British Columbia</p> <p>Dimensiones abordadas por los estándares organizacionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ liderazgo</li> <li>○ gestión del uso de los servicios y mejoramiento continuo</li> <li>○ administración de los riesgos</li> <li>○ administración de la información</li> <li>○ administración financiera</li> </ul> <p>Dimensiones abordadas por los estándares de programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ cuidado de los clientes</li> </ul> <p>Dimensiones que cuentan con estándares:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pre admisión</li> <li>○ Admisión y orientación</li> <li>○ evaluación</li> <li>○ Plan de cuidados del residente</li> <li>○ Servicios y cuidados residenciales</li> <li>○ Mejoramiento de la calidad</li> </ul>	<p>Dimensiones consideradas en el Modelo Europeo de Calidad Total (EFQM)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Liderazgo</li> <li>○ Estrategia y Planificación</li> <li>○ Gestión del personal</li> <li>○ Colaboradores y recursos</li> <li>○ Sistemas de calidad y procesos</li> <li>○ Satisfacción de los residentes</li> <li>○ Satisfacción del personal</li> <li>○ Impacto social</li> <li>○ Resultados del centro</li> </ul> <p>Dimensiones consideradas en la Norma Internacional ISO 9001-2000 y UNE-158001</p> <p>En la gestión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Identificación externa de la residencia,</li> <li>○ Entrega de Información preliminar</li> <li>○ documentos contractuales implicados</li> <li>○ proceso de acogida del residente,</li> <li>○ valoración funcional del residente,</li> <li>○ alojamiento,</li> <li>○ manutención, higiene personal y aseo,</li> <li>○ servicio postmortem</li> <li>○ atención geriátrica.</li> </ul> <p>En instalaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pasillos y puertas, accesos, escaleras, ascensores</li> <li>○ Iluminación, climatización, señalización</li> <li>○ habitaciones, aseos, baño geriátrico,</li> <li>○ comedores, bibliotecas, cocinas</li> <li>○ mortuorio,</li> <li>○ administración, etc.</li> </ul> <p>Dimensiones consideradas en el Instrumento de Evaluación de Calidad de Cataluña:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Atención a la persona</li> <li>○ Relaciones y derechos del residente</li> <li>○ Confort, entorno y servicios hoteleros</li> <li>○ Organización</li> </ul>

Por su parte, la revisión de casos nacionales, cuyo panorama resumido se presenta en el cuadro siguiente, da cuenta de la repetición de un modelo donde las dimensiones fundamentales son Liderazgo, Planificación, Calidad en la provisión del servicio o bien, y Resultados.

Particularmente el caso de la acreditación de calidad que está a la espera de implementar JUNJI resulta de particular importancia, dado que las características del servicio que prestan los las SCJI son similares las de los ELEAM, en tanto:

- Aunque los ELEAM no dependen del Estado (como sí ocurre en el caso de los Jardines Junji), son un servicio de interés social.
- Atienden a una población que se entiende como vulnerable aunque crecientemente de promueve su comprensión como sujeto de derechos.
- Consecuente con lo anterior, prestan un servicio que incluye protección y cuidado, por una parte, y por otra, promoción.

**Tabla 2: Experiencias nacionales**

SISTEMA DE ACREDITACIÓN DE CARRERAS DE EDUCACIÓN SUPERIOR	PROYECTO PILOTO DE ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL	CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS LABORALES	CERTIFICACIÓN GESTIÓN ESCOLAR FUNDACIÓN CHILE	MODELO ASEGURAMIENTO CALIDAD JUNJI	PREMIO NACIONAL DE LA CALIDAD
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Propósitos de la carrera</li> <li>2. Integridad</li> <li>3. Estructura organizacional, administrativa y financiera</li> <li>4. Estructura Curricular</li> <li>5. Recursos Humanos</li> <li>6. Efectividad del proceso de enseñanza – aprendizaje</li> <li>7. Resultados del proceso de formación</li> <li>8. Infraestructura, apoyo técnico y recursos para la enseñanza</li> <li>9. Vinculación con el medio</li> </ol>	<p>Áreas centrales de evaluación para acreditar una institución de educación superior:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gestión estratégica</li> <li>2. Docencia de pre grado</li> </ol> <p>Criterios generales de calidad para la misión institucional.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Misión, metas y objetivos</li> <li>2. Gobierno y administración</li> <li>3. Funciones institucionales: programas educativos, investigación y creación artística y extensión y servicios a la comunidad.</li> <li>4. Recursos humanos</li> <li>5. Estudiantes</li> <li>6. Infraestructura, apoyo técnico y recursos académicos</li> <li>7. Recursos financieros</li> <li>8. Desarrollo institucional</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dimensiones técnicas- funcionales</li> <li>2. Dimensiones conductuales</li> <li>3. Dimensión de conocimientos básicos requeridos.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientación hacia los alumnos, sus familias y la comunidad</li> <li>2. Liderazgo Directivo</li> <li>3. Gestión de las competencias profesionales de los docentes</li> <li>4. Planificación</li> <li>5. Gestión de procesos</li> <li>6. Gestión Resultados</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Liderazgo</li> <li>2. Gestión de los Procesos Educativos</li> <li>3. Participación y Compromiso de la Familia y la Comunidad</li> <li>4. Protección y Cuidado</li> <li>5. Gestión y Administración de RRHH y Financieros</li> <li>6. Resultados.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Liderazgo</li> <li>2. Gestión de la satisfacción de los clientes</li> <li>3. Compromiso y desarrollo de las personas y la organización</li> <li>4. Planificación estratégica</li> <li>5. Gestión de los procesos</li> <li>6. Información y análisis</li> <li>7. Responsabilidad social</li> <li>8. Resultados</li> </ol>



Tomando en cuenta lo anterior, es posible plantear de manera preliminar una matriz de calidad para los ELEAM que considere, al menos, las siguientes dimensiones

### **1. Liderazgo:**

Un ELEAM con liderazgo es aquel que cuenta con una dirección con ascendente y capacidad de conducción sobre el personal, y un proyecto institucional que aporta sentido al quehacer de la institución y una visión de largo plazo.

Sub dimensiones mínimas:

- a. visión estratégica
- b. capacidad de conducción de la gestión directiva

### **2. Estrategia organizacional:**

Un ELEAM con alto desarrollo de su estrategia organizacional ha trabajado en el desarrollo de una misión, una visión, una planificación global y específica y una normativa que son utilizados a diario y guían el quehacer de la institución. De esta manera, la estrategia organizacional, más que una orientación estática, es una referencia para el quehacer cotidiano del ELEAM.

Sub dimensiones mínimas:

- a. misión
- b. visión
- c. planificación global
- d. programa específico de acción (proyecto de cuidado y promoción del adulto mayor):  
planificación del tiempo de los residentes, actividades, horarios, salidas, etc.
- e. existencia de reglamento interno

### **3. Gestión de personal:**

Un ELEAM con gestión de personal de alto nivel de desarrollo corresponde a aquel donde hay claridad en cómo se organiza el equipo, y éste resulta pertinente a las necesidades del ELEAM y sus usuarios; a la vez, hay mecanismos de control de cumplimiento de tareas y de su calidad, las que se verifican con una frecuencia que garantiza un buen nivel de funcionamiento. Asimismo, el equipo del ELEAM tiene un nivel de estudios pertinente, y está comprometido con un proceso de formación continua, el que es promovido y facilitado por la dirección del ELEAM, lo que permite que quienes se desempeñan en éste tengan un alto nivel de competencias. Además, hay atención y promoción por parte del equipo directivo y técnico, por fomentar y mantener un buen clima laboral, lo que se traduce en estrategias conocidas de contención y resolución de conflictos. Lo anterior se traduce en un personal satisfecho y altamente comprometido con su trabajo y con el proyecto institucional del ELEAM.

Sub dimensiones mínimas:

- a. organización del equipo
- b. control de cumplimiento de tareas y de su calidad
- c. nivel de estudios requerido, formación y capacitación
- d. competencia requeridas,
- e. clima laboral

- f. promoción de la capacitación
- g. satisfacción del personal

#### **4. Gestión y administración de recursos financieros:**

Un ELEAM que cuenta con un sistema de gestión y administración de recursos financieros de calidad, es aquel que ha racionalizado y desarrollado protocolos de funcionamiento que se traducen en que los recursos financieros son eficientemente utilizados. Esta información además está disponible y es verificable, lo que otorga transparencia a la gestión.

Sub dimensiones mínimas:

- a. Transparencia y protocolización de la administración financiera

#### **5. Orientación al usuario (el adulto mayor):**

Un ELEAM con orientación al usuario es aquel que pone en el centro de su quehacer la satisfacción de las necesidades y el logro de un alto nivel de calidad de vida del adulto mayor. Esta orientación permea especialmente los servicios de trato de directo con el adulto mayor, en los que además se cautela el respeto de sus derechos y el fomento a su autonomía. Asimismo, se cuenta con instancias de participación de los adultos mayores en las decisiones del ELEAM, particularmente en aquellas relacionadas con los servicios de trato directo, donde se fomenta que entreguen su opinión, la que se escucha y acoge en la práctica.

Sub dimensiones mínimas:

- a. Servicios de trato directo: alimentación, apoyo en higiene personal, cuidados médicos.
- b. Promoción de derechos del adulto mayor y respeto y fomento a la autonomía
- c. Buen trato
- d. Instancias de participación

#### **6. Integración social:**

Un ELEAM socialmente integrado es aquel que se vincula de su entorno familiar, barrial y comunitario haciéndose parte institucionalmente de éste, a la vez que vincula a sus adultos mayores residente con él.

Sub dimensiones mínimas:

- a. Vínculo con la comunidad e integración con el entorno barrial y comunitario
- b. Vínculo con el entorno familiar

#### **7. Disponibilidad y mantenimiento del espacio físico (incluye aislación acústica, climatización, higiene):**

Un ELEAM con espacio físico de calidad es aquel que dispone en forma suficiente de espacios públicos y privados acondicionados de manera pertinente a las necesidades de sus usuarios, estos es, con las medidas de aislación acústica, climatización, higiene y accesibilidad que se

requieran y que posibiliten la integración y la calidad de vida de todos los usuarios, en sus diversos niveles de autonomía.

Sub dimensiones mínimas:

- a. Infraestructura y mantenimiento de espacios públicos (incluye accesibilidad para personas con movilidad restringida)
- b. Infraestructura de espacios privados
- c. Infraestructura de espacios privados específicos
- d. Servicios hoteleros

## 8. Resultados:

Un ELEAM con resultados de calidad es aquel que logra un alto nivel de sobrevida de los adultos mayores, con baja prevalencia de enfermedades no crónicas (es decir, aquellas que *no* asociadas a condiciones del ELEAM, como podrían ser las de tipo infeccioso, por problemas de higiene; mentales o psicosociales, por mal trato o aislamiento; traumáticas, debido a caídas o malos tratos, entre otras), lo que se traduce en una alta satisfacción de los adultos mayores y sus familias.

Sub dimensiones mínimas:

- a. Satisfacción de los usuarios y sus familias
- b. Sobrevida
- c. Prevalencia de enfermedades de diverso tipo.

Hay dos conceptos que complementan esta enumeración de dimensiones, que deben comprenderse como aquellos que las operativizan y hacen medibles. Estos son *práctica* y *despliegue*.

La **práctica** es la forma de trabajo que da cuenta de la gestión. Se expresa en forma de procedimientos, metodologías, estrategias, y constituye aquello que es observable.

El **despliegue** es la medida o alcance que tiene la práctica en su aplicación, y se evalúa sobre la base de la *amplitud* para abarcar los contenidos relevantes de la pregunta y la *profundidad* para abarcar a todos los actores, procesos, servicios, etc. que considera dicho aspecto.

La idea de fondo tras lo anterior es que pueden haber buenas prácticas pero con un despliegue o alcance limitado, y al contrario, puede haber un gran despliegue de una práctica deficiente. En estos términos, lo ideal es tener Buenas Prácticas con un Alto Despliegue.

Tomemos al respecto la dimensión *Integración social*. Se describe como práctica la realización de una actividad de vinculación con la comunidad, tal como es la visita de un grupo de adultos

mayores residentes en el ELEAM a un jardín infantil ubicado en el mismo barrio, ocasión en que ellos participan en una tarde recreativa con los niños.

Se trataría de una buena práctica si es que es realizada sistemáticamente (por ejemplo, una vez al mes), y con un buen nivel de despliegue, si es que tiene amplitud (apunta explícitamente a un contenido relevante como es la integración social), y abarca a todos los actores, procesos y servicios involucrados, es decir, no sólo los adultos mayores visitan el jardín infantil, sino que todo el ELEAM, se compromete y vincula con éste, preparando con anterioridad la visita y tomando posteriormente lecciones de ésta.

## 6. APROXIMACIÓN A UN DIAGNÓSTICO DE LA CALIDAD DE LOS ELEAM EN CHILE

Para aproximarnos a un diagnóstico de la calidad de los ELEAM se diseñó una investigación que conjugara técnicas cuantitativas y cualitativas, considerando las dimensiones antes mencionadas. En este marco, se aplicó una **encuesta telefónica** a 419 ELEAM autorizados actualmente a funcionar por la autoridad sanitaria chilena. A través del cuestionario se buscó recabar información que permitiera realizar una aproximación general a sus condiciones para desarrollar una gestión y ofrecer servicios de calidad. Adicionalmente, se realizaron **entrevistas en profundidad** a 12 directores de ELEAM en las regiones metropolitana y quinta, lo que sirvió para profundizar y corroborar la información obtenida por medio de la encuesta, y para sondear la disposición existente hacia la implementación de un modelo de acreditación de calidad.

El análisis de la calidad de los ELEAM se dividirá en dos grandes apartados: i) Análisis descriptivo de la calidad de los ELEAM según las dimensiones de calidad relevadas en las etapas anteriores del estudio y ii) Análisis del índice estimativo de calidad de los ELEAM y tipología de ELEAM. Para el primero de estos análisis, se consideraran los resultados cuantitativos y cualitativos, intentando ponerlos en diálogo, enriqueciendo los datos numéricos por medio de la información de las entrevistas, mientras que para el segundo tipo de análisis los datos usados serán puramente cuantitativos, fundándose en la información que reporta la encuesta aplicada a los ELEAM.

### 6.1. Análisis de la calidad de los ELEAM según algunas dimensiones de calidad

El siguiente cuadro revela las **principales características de la muestra de ELEAM** con que se realizó este estudio, en términos de su ubicación, antigüedad, tamaño, tipo de adultos mayores que atienden y precios. Es fundamental tener en consideración estas características generales de la muestra de ELEAM para ponderar los resultados que obtienen en materia de calidad.

**Cuadro 1: Perfil de ELEAM encuestados**

Los ELEAM encuestados se caracterizan en su gran mayoría por:
<ul style="list-style-type: none"><li>• estar ubicados en la zona central del país (56% en la región metropolitana y 16% en la quinta región)</li><li>• ser relativamente nuevos (un 68% ha sido fundados hace menos de 20 años),</li><li>• ser pequeños (un 64% atiende a menos de 20 adultos mayores y un 66% cuenta con menos de 10 funcionarios),</li><li>• estar orientados a la atención de personas mayoritariamente autovalentes y/o semivalentes (sólo un 15% atiende como público principal a adultos mayores postrados),</li><li>• cobrar más de \$60.000 mensuales por el servicio. En el 55% de los casos el precio mínimo cobrado excede este monto, siendo el promedio \$123.786, y en el 75% el precio máximo es superior, con un promedio de \$210.622.</li></ul>

Frente a lo anterior, hay dos variables que merece la pena relevar por su relevancia a la hora de plantear una política de aseguramiento de calidad de los ELEAM. Se trata el *tipo de AM* que se atiende (autovalente, semi valente, postrado) y el *precio* que el ELEAM cobra por sus servicios. El cuadro siguiente da cuenta de esta situación:

**Cuadro 2: Precio promedio de los ELEAM según tipo de AM a que atienden prioritariamente**

Adultos mayores que atiende prioritariamente el ELEAM		Precio máximo mensual (promedio)	Precio mínimo mensual (promedio)
Mayoría autovalentes	Mean	\$198.263	\$113.343
	Nº de casos	171	173
Mayoría de semivalentes	Mean	\$260.837	\$154.340
	Nº de casos	155	157
Mayoría de postrados	Mean	\$274.280	\$160.673
	Nº de casos	50	49
Ninguno en especial	Mean	\$200.000	\$150.000
	Nº de casos	1	1
Total	Mean	\$234.076	\$136.481
	Nº de casos	377	380

Fuente: Elaboración propia

El cuadro anterior muestra que los ELEAM, en la medida decrece el nivel de valencia de los AM que atienden, aumentan su precio mensual promedio máximo y mínimo, lo que aparece como lógico en la medida en que es esperable que la atención a AM postrados sea más cara que cuando se trata de AM autovalentes.

Sin embargo, el precio que los ELEAM declaran cobrar *no es un buen predictor* del nivel socioeconómico al que pertenecen, variable respecto a la cual la encuesta no entrega información. Respecto a este tema, los actores vinculados al tema<sup>49</sup> intuyen que existe la tendencia a que los **ELEAM más pobres atiendan principalmente AM postrados**, mientras aquellos de mayores recursos concentran su atención en los AM autovalentes. Esta realidad tendrá implicancias importantes en materia de las necesidades de cada uno tipo de ELEAM, del plan de mejora que cada uno de ellos debiese formular y suscribir, y luego, del tipo de apoyo que requerirán por parte del Estado.

Asimismo, es importante consignar que, de acuerdo a lo observado en las visitas incluidas en el trabajo de campo cualitativo, y tal como ha sido refrendado por los asistentes al taller final realizado en el marco de esta consultoría, muchos de los ELEAM de pequeño tamaño son en realidad **microempresas familiares**. Esto tiene implicancias en materia de financiamiento y de manejo del negocio, en la medida en que son organizaciones poco diferenciadas, lo que se expresa en una división de trabajo menos desarrollada (mayor polifuncionalidad) y menor transparencia en la obtención de utilidades y en el uso de recursos (es repetido el argumento de que el ELEAM en realidad “no es negocio”), tema que será abordado más adelante.

A nivel de calidad, las encuestas y entrevistas realizadas revelan las siguientes tendencias:

<sup>49</sup> Nos referimos a los asistentes al Taller Final.

**a) Déficits en desarrollo de recursos humanos**

La gran mayoría de los funcionarios que están empleados en los ELEM encuestados (73%) *trabaja directamente* con los adultos mayores. Un 18% de ellos declara llevar a cabo *funciones directivas*, un 14,5% cumple *funciones administrativas* y un 28% tiene *labores de apoyo*, tales como cocina o aseo. El hecho de que la suma total supere el 100% es indicativo de que en muchos ELEM la *multifuncionalidad* del personal es un hecho. Esto puede tener en algunos casos una interpretación positiva (eficiencia en la gestión del personal), pero también puede indicar escasez de recursos disponibles para atender las necesidades existentes.

El cuadro siguiente da cuenta del promedio de funcionarios de trato directo según tipo de AM atendido prioritariamente por cada ELEM.

**Cuadro 3: Tasa de funcionarios de trato directo  
(Cantidad de funcionarios de trato directo por Adulto Mayor)**

<b>Adultos mayores que atiende prioritariamente el ELEM</b>	<b>Media</b>	<b>N</b>	<b>Requerimiento según Reglamento</b>
Mayoría autovalentes	0,3704	180	- 01 cuidador por cada 20 residentes (0,05) durante las 24 hrs.
Mayoría de semivalentes	0,4209	172	- 01 auxiliar de enfermería de 02 hrs. diarias de permanencia y de llamada las 24 hrs. del día - 01 cuidador por c/12 residentes (0,08) dependientes 12 hrs. del día y 01 por c/20 (0,05) en horario nocturno <sup>50</sup> .
Mayoría de postrados	0,4258	60	- 01 auxiliar de enfermería 12 hrs. diurnas y 01 de llamada en la noche. - 01 cuidador por c/07 residentes (0,14) 12 hrs. del día y 01 por c/10 en turno nocturno (0,10) <sup>51</sup> .
Ninguno en especial	0,4167	1	-
Total	0,3996	413 <sup>52</sup>	-

Fuente: Encuesta telefónica a 419 ELEM

Tal como se observa en el cuadro, el reglamento tiene exigencias claras respecto al número de funcionarios que deben atender a distintas cantidades y tipos de AM, por lo que la situación diagnosticada se observa a primera vista positiva, dado que, de acuerdo a la encuesta, en todos los casos hay más funcionarios de trato directo por cada AM atendido que los que pide el reglamento. En todo caso, este dato debe ser tomado con precaución, ya que se basa en la declaración telefónica y no fue corroborado por otros medios. Además, la tasa se calculó comparando el total de funcionarios de trato directo con el total de adultos mayores atendidos, y no se sabe a qué tipo de adulto mayor atiende específicamente cada funcionario.

<sup>50</sup> De acuerdo con ello, a partir de 13 residentes ya corresponden 02 cuidadores diurnos y a partir de 25 corresponden 03, y así sucesivamente, operando del mismo modo respecto de los cuidadores del turno de noche.

<sup>51</sup> De acuerdo con ello, a partir de 08 residentes ya corresponden 02 cuidadores diurnos y a partir de 15 corresponden 03, y así sucesivamente, operando del mismo modo respecto de los cuidadores del turno de noche

<sup>52</sup> 6 casos din dato.

Un dato inquietante son las falencias en el **nivel de formación o calificación** de gran parte de los funcionarios que trabajan en ELEAM. Con respecto a la capacitación para ejercer cargos directivos, un 47,3% de los entrevistados señaló no tener estudios en estas materias para llevar la administración del ELEAM. En contrapartida, casi un 29% de los entrevistados señaló haber ido a cursos brindados por algún organismo de capacitación técnica en estas materias, un 20,5% señala tener estudios universitarios, y sólo un 1,7% tiene estudios de postgrado en materias que le permiten dirigir mejor este tipo de centros<sup>53</sup>.

Al aumentar los valores que se pagan tiende a aumentar la cantidad de **directivos** que han realizado estudios universitarios para llevar su función a cabo, llegando a casi el 50% en el tramo más alto de mensualidad. A pesar de esto y como excepción, se puede ver que en el tramo más bajo hay una de las proporciones más altas de profesionales (23%) en cargos directivos, lo que se puede deber a que estos establecimientos pertenecen a instituciones benéficas que contratan profesionales.

**Cuadro 4: Cantidad de directivos que tienen algún tipo de estudios post-secundarios para administrar mejor el ELEAM**

Tipo de estudio	N° que lo ha realizado	% que lo ha realizado
Ha realizado cursos de capacitación brindados por una OTEC (completos)	121	28,9
Ha realizado un diplomado (completo)	35	8,4
Ha realizado estudios universitarios (completos)	86	20,5
Ha realizado un postgrado (magíster o doctorado) (completo)	7	1,7
No ha realizado ninguno de los anteriores	198	47,3

Fuente: Encuesta telefónica a 419 ELEAM

Los déficits de **nivel educativo o de formación** también se observan en los funcionarios que trabajan en la atención directa a los adultos mayores. En términos de los requisitos mínimos que se exigen dentro de los ELEAM para trabajar en este tipo de funciones, un 8% de los ELEAM exige sólo enseñanza básica completa y un 37% sólo pide enseñanza media completa. A pesar de la baja exigencia vista en estos ELEAM, la mayor parte de los establecimientos (53%) exige poseer al menos estudios técnicos completos en el tema de adulto mayor para poder trabajar en contacto directo con ellos.

<sup>53</sup> En términos generales, este diagnóstico coincide con una de las conclusiones emanadas de la Jornada con Encargados de Profesiones Médicas de las SEREMIS de Salud, realizada en abril de 2007. Allí se indicó que una de las principales dificultades de los ELEAM para lograr la autorización es la falta de educación y capacitación del personal, dado que gran parte de los administradores ni siquiera tiene IV medio.



**Cuadro 5: Requisito de estudios mínimo que se exige a los funcionarios que trabajan directamente con los Ad. Mayores en los ELEAM**

Nivel de educación	Frecuencia	%	% acumulado
Tener enseñanza básica completa	33	7,9	7,9
Tener enseñanza media completa	156	37,2	45,1
Tener estudios técnicos completos relacionados con adulto mayor	223	53,2	98,3
Tener estudios universitarios completos relacionados con adulto mayor	7	1,7	100,0
Total	419	100,0	

Fuente: Encuesta telefónica a 419 ELEAM

Nuevamente en esta variable se observa una diferencia importante según el precio que cobra el ELEAM a los adultos mayores por su estadía en ellos. Al aumentar el monto de dinero mensual cobrado aumentan los requisitos mínimos exigidos a sus funcionarios. Así por ejemplo, en el tramo más bajo de mensualidad se pide en un 40% de los casos tener estudios técnicos o universitarios completos en materias de adulto mayor, porcentaje que sube hasta casi un 70% de los hogares más “caros”.

Un dato adicional que va en la misma línea de constatar las falencias en el **nivel de formación** de los recursos humanos de los ELEAM es que sólo un 11,7% de los hogares ha usado en el último tiempo la *franquicia tributaria SENCE* para capacitar a su personal, lo que indica una baja preocupación por la capacitación del personal, dato que, en todo caso, es un hecho generalizado en la gran mayoría de las empresas pequeñas, como son la mayoría de los ELEAM encuestados.

Complementariamente, las entrevistas realizadas a directivos ELEAM en el marco de esta consultoría indican que algunas de las instituciones de mayor tamaño, como la Fundación Las Rosas, proveen al personal, de manera sistemática y articuladas en un plan anual, instancias de capacitación y contención, estas últimas tipo retiros y atención espiritual.

Con respecto a la **contratación de personal**, se indica que en general es difícil conseguir funcionarios, dado que no es fácil que cumplan con un perfil marcado por la vocación de servicio, más que por el curriculum o la calificación. Por esta misma razón, un entrevistado indica que el personal se busca entre los participantes de comunidades cristianas de base, o personas conocidas o recomendadas, lo que de alguna manera aseguraría conseguir personas con calidad humana. Algunos entrevistados agregan que este perfil corresponde además a “personas maduras”, con cierta experiencia, las que además en la práctica rotarían menos que los funcionarios más jóvenes.

La **rotación de personal** es un problema frecuentemente mencionado por los entrevistados, y que se da sobre todo en los ELEAM de menores ingresos. Esta se explica por una situación de alta exigencia de vocación y paciencia, versus la escasez de los sueldos que se ofrecen en este mercado. Este no es sólo un problema que afecta la gestión de personal sino también

directamente a los adultos mayores, quienes requieren construir confianza con quienes los atienden.

Los **procedimientos y criterios de selección**, de acuerdo a las entrevistas, en general, y salvo excepciones dadas por instituciones grandes como la mencionada Fundación, no están estandarizados, por lo que la selección depende más bien del juicio de quien contrata.

Casi todo los directores entrevistados indican que luego de la selección, los funcionarios pasan un período (que varía de días a semanas) a prueba, después del cual, si tiene un desempeño adecuado, se le contrata.

Una vez contratados, los entrevistados indican **reunirse con el personal semanal o mensualmente**, para tratar asuntos referidos al estado de salud de los adultos mayores atendidos. Además de estas instancias, en muchos casos hay un contacto diario entre la directora y el personal que le permite a la primera ir evaluando el desempeño de éste y ajustando sus labores en la medida en que las necesidades del ELEAM lo requieran.

La responsabilidad de la **gestión de recursos humanos** está, casi en todos los ELEAM visitados, a cargo de las directoras, lo que es coherente con el pequeño tamaño de éstos y con su condición de organizaciones poco diferenciadas, con concentración de funciones. La gestión que se hace además está muy limitada a la administración, observándose poco liderazgo directivo.

#### **b) Baja presencia de herramientas de planificación estratégica organizacional**

El tema de la planificación estratégica institucional aparece claramente como un pendiente para la mayoría de los ELEAM que contestaron la encuesta telefónica, en tanto la mayor parte de estos no posee instrumentos o herramientas básicas que permitirían gestionar sus instituciones con un cierto horizonte de futuro, limitando las posibilidades de llevar a cabo un trabajo con miras al mediano y largo plazo.

- Sólo un 38,2% de los hogares encuestados declara poseer una Misión y Visión escrita.
- Sólo un 37,5% de los hogares encuestados señala poseer un programa escrito de actividades mensuales para los adultos mayores.
- Sólo un 21% de los hogares encuestados cuenta con un plan estratégico, de mediano y largo plazo.

Al distinguir por tipo de adulto mayor que se atiende prioritariamente, se puede ver que en los ELEAM orientados a la atención de personas postradas hay más tendencia a poseer estos instrumentos, tendencia que se reafirma para el caso de los hogares de mayor tamaño (con más adultos mayores), los que presentan en proporciones más altas la presencia de estos. Entonces, el **perfil y la cantidad de público atendido marcan una cierta diferencia en términos de disponer de herramientas de planificación organizacional**, que si bien por si mismas no aseguran una gestión de calidad, sí son un elemento facilitador, en tanto carta de navegación que cambia el foco los ELEAM, desde una lógica reactiva a situaciones o problemas puntuales hacia una lógica más proactiva y anticipatoria.

Respecto a lo anterior, las entrevistas aportan elementos para complejizar la situación de “falta de misión”. Además de tratarse por lo general de organizaciones pequeñas y poco diferenciadas, la falta de misión se explica por la situación “híbrida” de muchos ELEAM entre la beneficencia - tipo “casa de acogida”- y la empresa. Implícita está la noción de que, aunque se busque el lucro, no se trata de un negocio sino de ser un hogar o una familia.

Por otra parte, asociado a la misión y a la visión del servicio que se entrega, existe un concepto extendido de que los ELEAM son “la última estación” o donde los adultos mayores pasan “sus últimos años” antes de fallecer. Explícita es en este sentido la misión de la Fundación Las Rosas, que busca

- Acoger a los ancianos pobres y desvalidos de nuestro país, darles un hogar cristiano que sea para ellos la 'Antesala del Cielo'
- Acoger ancianos en situación de pobreza que no tienen dónde vivir.
- Otorgar una atención integral, proporcionándoles los bienes necesarios y el cuidado atento para que encuentren en los hogares de la fundación la posibilidad de una vida digna.
- Facilitarles los medios para que cultiven su encuentro con el Señor y vivan el Evangelio en sus vidas.
- Ayudar a la familia a querer, integrar y valorar a sus adultos mayores, fomentando su participación activa en la labor que realiza Fundación Las Rosas con sus ancianos. (www.fundacionlasrosas.cl)

Esta idea de que el ELEAM es una “antesala del cielo”, si bien tiene un anclaje en la realidad (en el caso de los adultos mayores postrados), a juicio de estos consultores no debiera ser el foco principal de estas organizaciones, ya que se traduce en *la pérdida de centralidad del contenido de las vidas de los adultos mayores que son atendidos y de sus posibilidades de integración social, especialmente aquellos que no están en una situación terminal de salud*<sup>54</sup>. Esta integración, si bien está sujeta a condiciones que la hacen distinta a aquella deseada para otros grupos sociales, debiera estar en la base de la misión de todo ELEAM, sobre todo en un contexto donde la etapa vital de la tercera edad es cada vez más larga, el grupo etéreo es mayor y hay más conciencia de que dicho grupo tiene o puede tener un rol y un aporte social importante que hacer.

La indagación cualitativa permitió levantar en el discurso de los entrevistados una cierta **reactividad a la idea de planificar**, bajo la idea de que en un ELEAM “no hay nada que planificar”, en tanto el contenido del servicio es una rutina que se repite. No se planifica el funcionamiento de la organización (ni la mantención de la infraestructura, ni la capacitación del personal, ni otras dimensiones). En ausencia de esta planificación, las decisiones se toman de manera reactiva, frente a problemas emergentes.

---

<sup>54</sup> En otras palabras, la visión de que la estadía en el ELEAM es la antesala del cielo, asigna mayor centralidad a la posibilidad cercana y cierta de la muerte por sobre las posibilidades de vida.

Tampoco hay **planificación de las actividades a realizar con los adultos mayores**. En la mayoría de los casos sólo hay un horario diario que indica las comidas, horas de levantada y acostada, que puede estar por escrito o no, habiendo casos en que los directores dan a entender que son planes que están implícitos, “en la cabeza” del personal, no en el papel, lo que por cierto dificulta su control. Además en algunos casos hay una pauta médica por cada adulto mayor, que indica lineamientos de alimentación y horarios de medicamentos.

No parece existir la noción de que sea posible diseñar un plan de actividades para los adultos mayores. Entre los entrevistados parece primar un concepto del ELEAM tipo clínica de reposo, donde el servicio sólo va un poco más allá de lo que podría brindarse como atención de salud. Además parece estar presente la idea de que los adultos mayores “no pueden hacer nada”, “quieren descansar” o bien “son un poco flojos”, idea que si bien es coherente con la situación de postración o semi-postración que se presenta en muchos casos, no debiera ser, desde la perspectiva de esta consulta, la norma por la cual los ELEAM se guíen. Más bien habría que diseñar planes ad-hoc a estos casos, que incluyan elementos para la estimulación integral del adulto mayor.

### c) Logros en orientación al usuario

En esta dimensión, los ELEAM encuestados cuentan con un buen piso para desarrollar más en profundidad **mecanismos para sintonizar con las demandas de sus usuarios y responder eficazmente y con calidad**, a ellas. En su mayoría (73%) poseen un *código interno que explicita los deberes y derechos de los adultos mayores*. Asimismo, un 84% de los establecimientos tiene un *código escrito en el que se detallan las responsabilidades de los funcionarios* respecto de los adultos mayores. Estas cifras son aún mayores en el segmento de los ELEAM que atienden a una mayor cantidad de adultos mayores.

**Cuadro 6: Existencia de reglamentos para los adultos mayores y para los funcionarios**

Reglamento	Nº de ELEAM que lo posee	% de ELEAM que lo posee
Código interno con los deberes y derechos de los adultos mayores (escrito)	304	72,6
Código interno con las responsabilidades de los funcionarios en relación a los adultos mayores (escrito)	350	83,5

Fuente: Encuesta telefónica a 419 ELEAM

Otro dato interesante en relación a la orientación al usuario que muestran los ELEAM es que hay casi un 60% de establecimientos que declara **consultar la opinión de los adultos mayores** respecto de acciones que les atañen al interior del ELEAM, yendo más allá de meramente informarles de lo que se realizará al interior del hogar. Esta es una realidad transversal para los distintos tipos de hogares, no viéndose diferencias por precio, antigüedad ni tipo de adulto mayor que atiende prioritariamente.

Pese a que el dato anterior es claramente positivo en términos de otorgar a los adultos mayores instancias de participación en las decisiones y acciones que los afectarán, cabe mencionar que

hay un porcentaje minoritario pero igualmente relevante (14%) de ELEM que señalaron tomar las decisiones “sin informar ni consultar mayormente a los Adultos Mayores”.

**Cuadro 7: ¿Con qué afirmación se encuentra más de acuerdo sobre la participación de los adultos mayores en las decisiones del ELEM?**

Afirmaciones	Nº	%	% acumulado
El Hogar toma las decisiones sin informar ni consultar mayormente a los Adultos Mayores.	57	13,6	13,6
El Hogar les informa a los adultos mayores de lo que se hará.	114	27,2	40,8
El Hogar les informa a los adultos mayores de lo que se hará y se les consulta si están de acuerdo.	131	31,3	72,1
El hogar les informa, consulta y toma en cuenta, lo que los adultos mayores opinan, para tomar sus decisiones.	117	27,9	100,0
Total	419	100,0	

Fuente: Encuesta telefónica a 419 ELEM

Con respecto a ciertas **decisiones cotidianas** que se toman en el establecimiento y que atañen a los adultos mayores se pueden ver diferencias dependiendo del tipo de decisión. Por ejemplo, con respecto a la alimentación, los horarios de comida y de las actividades recreativas, la decoración y orden de la habitación y los horarios de descanso, una amplia proporción de los directores declara que **los ELEM son los que toman las decisiones** (para todos los temas más de un 60%). En contrapartida con respecto a las salidas individuales y al uso de dinero, en la mayor parte de los casos se declara que son las familias las que deciden respecto de estos temas. Los ámbitos donde aparece un mayor poder de decisión de los adultos mayores son el vestuario y los horarios de descanso.

**Cuadro 8: En este Hogar, ¿quién decide generalmente respecto de los siguientes temas?**

Temas a decidir	El ELEM		El adulto mayor		La Familia		Hogar / Familia		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
El orden de la habitación	323	77,1	35	8,4	59	14,1	1	0,2	418	100
La decoración de la habitación	281	67,1	59	14,1	78	18,6	0	0	418	100
La alimentación	406	96,9	4	1,0	8	1,9	0	0	418	100
El vestuario	210	50,1	107	25,5	99	23,6	1	0,2	417	100
Los horarios de descanso	271	64,7	145	34,6	2	0,5	0	0	418	100
Los horarios de comida	410	97,9	6	1,4	2	0,5	0	0	418	100
Los horarios de actividades recreativas	359	85,7	55	13,1	4	1,0	0	0	418	100
Las salidas individuales fuera del hogar	134	32,0	47	11,2	237	56,6	0	0	418	100
Uso de su dinero	85	20,3	71	16,9	262	62,5	0	0	418	100

Fuente: Encuesta telefónica a 419 ELEM

Más allá de lo que indican estos datos, las entrevistas a directores indican que los ELEAM en general tienen muy **poca orientación al usuario**. El usuario es visto como “objeto de atención” más que como un sujeto, de acuerdo a la visión que indica que los AM son enfermos o al menos “personas disminuidas” que se debe atender. Esta visión también tiene cierto anclaje en la realidad, en la medida en que muchos adultos mayores efectivamente se encuentran enfermos o con sus condiciones mentales disminuidas, pero no siempre permite ver los matices que presentan las situaciones individuales, es decir, a la persona con derechos y opinión que está detrás del adulto mayor que se atiende en un ELEAM.

La visión de que los adultos mayores son “objeto de atención” se expresa por ejemplo en la poca participación que, de acuerdo a las entrevistas y también a la encuesta, tienen los adultos mayores. Además de los horarios de descanso y la elección del vestuario, los adultos mayores en algunos casos participan en actividades de la vida doméstica cotidiana del ELEAM: desgranar porotos, poner la mesa, colaborar en aseo. Se trata de actividades donde ponen en ejercicio sus habilidades y que les permiten sentirse un aporte a la familia que constituye el ELEAM. A la vez, sobre todo en el caso de las mujeres, aporta cierta sensación de continuidad entre el rol que cumplían en el período más activo de su vida, y su vida actual.

La **participación de los adultos mayores**, como incidencia en la toma de decisiones que afectan su bienestar personal, se da poco y de manera poco sistemática. Todos los entrevistados señalan recoger la opinión de los residentes del ELEAM en la interacción diaria, sin que existan instrumentos específicos para este fin, y sin que entonces se pueda controlar que la opinión se recoge.

Cabe destacar que en algunos casos, aquellos en que los adultos mayores no están abandonados, el discurso de los entrevistados deja entrever que “el usuario”, más que el adulto mayor, es su familia, probablemente porque son los que pagan y quienes mayoritariamente deciden su internación. Esta consideración de las familias no necesariamente es mala, pero sí lo es cuando menoscaba la autonomía de las decisiones del adulto mayor, cualquier sea el nivel de ésta.

#### **d) Integración aceptable de los ELEAM a su entorno**

Respecto a la realización de **actividades conjuntas del ELEAM con la comunidad** se puede señalar que más de un 70% de los establecimientos declara realizarlas.

Más llamativo es aún que casi un tercio del total de establecimientos encuestados declare que estas actividades se llevan a cabo semanalmente. Cerca del 21%, por su parte, declara realizar este tipo de actividades una o dos veces al mes. El resto de los establecimientos lo hacen con una frecuencia inferior.

Al analizar por ciertas variables descriptivas llama la atención *que a medida que aumenta el valor de la mensualidad del hogar tiende a disminuir la participación*, lo que se ve en que en un 46% de los hogares de \$500 mil o más no se realicen este tipo de actividades, porcentaje que llega a máximo un 25% en el caso de los segmentos donde se paga menos de \$240 mil mensualmente.

Otra variable que al parecer influye en la integración con la comunidad es el tamaño del hogar, observándose una *mayor frecuencia de realización de actividades en los hogares que atienden a más adultos mayores*. También se ve que *mientras más nuevo es el hogar más tendencia existe a realizar este tipo de actividades*.

**Cuadro 9: Frecuencia con que en los ELEAM se llevan a cabo en este Hogar actividades con la comunidad**

Frecuencia	Nº	%	% acumulado
Semanalmente	139	33,2	33,2
Una o dos veces al mes	87	20,8	53,9
Cada dos o tres meses	40	9,5	63,5
Cada cuatro o cinco meses	9	2,1	65,6
Menos que cada cinco meses	24	5,7	71,4
No se realizan actividades en conjunto con la comunidad	119	28,4	99,8
No contesta	1	0,2	100,0
Total	419	100,0	

Fuente: Encuesta telefónica a 419 ELEAM

En general, los encargados de los establecimientos declaran que los **familiares de los adultos mayores**, mayoritariamente, preguntan y se interesan por la atención que sus familiares atendidos reciben (81,4%), visitan regularmente a sus familiares internos (78,8%), pueden proponer cambios en el ELEAM (62,5%) y que participan en actividades conjuntas con la dirección.

Un 79% de los directores de establecimientos declaró que la mayor parte de los adultos mayores de su ELEAM reciben **visitas** con alguna regularidad. La frecuencia de estas visitas se puede ver en el siguiente cuadro, donde se observa que casi tres cuartos de los hogares declaran que la mayoría de sus adultos mayores son visitados al menos semanalmente. Adicionalmente, un tercio de los hogares declara que la mayoría de sus adultos mayores son visitados a diario. A pesar de esto, existe casi un 5% de hogares en los que se declara que la mayoría de sus adultos mayores o son visitados muy poco regularmente (menos que cada 5 meses) o bien nunca (0,7% de los hogares).

**Cuadro 10: En promedio, ¿Cada cuánto reciben visitas la mayoría de los adultos mayores de este Hogar?**

Frecuencia de visitas	Nº	%	% acumulado
A diario	140	33,4	33,4
Semanalmente	172	41,1	74,5
Una o dos veces al mes	73	17,4	91,9
Cada dos o tres meses	11	2,6	94,5
Cada cuatro o cinco meses	2	0,5	95,0
Menos que cada 5 meses	17	4,1	99,0
No reciben	3	0,7	99,8
No contesta	1	0,2	100,0
Total	419	100,0	

Fuente: Encuesta telefónica a 419 ELEAM

A nivel comparativo, se ve que en *los ELEAM con más adultos mayores las visitas tienden a ser más distanciadas*. Esta tendencia se comparte para los hogares que atienden primordialmente adultos mayores postrados, recibiendo visitas más esporádicas que los que atienden en su mayoría a auto o semivalentes. Por último, se observó que al aumentar la mensualidad que el adulto mayor debe pagar en el ELEAM aumenta la frecuencia de las visitas, esto se corrobora en que en el segmento \$0-\$60.000 un 55% de los hogares declara que la mayoría de sus adultos mayores son visitados diaria o semanalmente, porcentaje que llega a casi un 95% en el tramo de más de \$500 mil de mensualidad.

La información que entregan las entrevistas a directores permite aquilatar este cuadro de integración social de los ELEAM, que aparece como una situación sorprendentemente positiva. Las entrevistas indican que **la temática de la integración social**, como ya se anticipó al referirnos a la misión y visión de los ELEAM, **no es un foco de atención**. Al respecto, hay dos elementos que considerar, que dan cuenta de la concepción restringida de la integración social. Primero, *pesa nuevamente la visión del adulto mayor como “objeto de atención”* y por tanto también como objeto pasivo de integración. Esto se expresa en visitas de voluntarios (de iglesias, jóvenes de colegios o de universidades), que además ayudan en algunos casos recolectar fondos para mejoramientos al interior del ELEAM. La consultora no considera negativas estas actividades, lo que nos interesa enfatizar es que éstas tienden a ser instancias donde la dirección del ELEAM es casi completamente pasiva<sup>55</sup>, y por tanto no constituyen esfuerzos atribuibles a ésta.

El segundo elemento que da cuenta las limitaciones es la *visión sobre el entorno*, que lo entiende como “entorno físico directo”. Desde este punto de vista, estar integrados al entorno significa

<sup>55</sup> Decimos “casi completamente pasiva” porque de hecho existe una preocupación en algunos ELEAM por dar cierta orgánica estas visitas, generando cierta programación de actividades con los voluntarios, y además fomentando el compromiso y la responsabilidad de éstos para con los adultos mayores, de manera de evitar la rotación permanente de voluntarios. En esa línea, una de las directoras entrevistadas señala que los mismos residentes han dicho que “no quieren estar en exposición”, por lo que se fomenta el compromiso y la orgánica de las acciones voluntarias.



salir a dar una vuelta a la manzana, o poder mirar por la ventana, desde dentro del ELEAM y sin participar, cómo transcurre la vida fuera de éste.

Como acciones de integración al entorno, también se señala la realización de paseos, los que de todos modos, al menos en la muestra visitada, son esporádicos (1 a 2 veces al año), asunto que también está mediado por la falta de recursos.

Se observaron dos casos excepcionales de integración con organizaciones del entorno: el Centro Cultural de La Reina, que realizó durante un tiempo talleres para los residentes, y el vínculo que en algún momento un ELEAM estableció con la Fundación Futuro, que le permitió llevar a sus residentes a un paseo por la ciudad. Aparte de las Iglesias, y de los Consultorios, no se observaron otros vínculos con organizaciones o con otras instancias que permitieran vincular al ELEAM y sus residentes con el entorno social.

#### e) Limitaciones en espacio físico en infraestructura

La dimensión de espacio físico e infraestructura aparece, desde el punto de vista de los ELEAM encuestados, como uno de los temas pendientes o por desarrollar o fortalecer, para mejorar la calidad de los hogares.<sup>56</sup>

Con respecto a la posesión de *pieza individual*, se señala solo en un 10% de los establecimientos que todos sus adultos mayores cuentan con este beneficio. Virtualmente en un 50% de ellos se señala que algunos poseen *pieza individual* y otros *compartida*, mientras que en el restante 40% todos los adultos mayores *comparten habitación*. Llama la atención que en un 50% de los establecimientos que se atiende primordialmente a adultos mayores postrados, se deba compartir habitación con otros adultos mayores, porcentaje que baja para el caso de los establecimientos donde la mayoría son auto o semivalentes.

Con respecto a la posesión de *baño individual* por parte de los adultos mayores, se puede ver que solo el 3% posee este beneficio. Casi en un 64% de los casos, los adultos mayores deben compartir baño con sus semejantes, mientras que en un tercio de los casos se dan las dos modalidades. En la tabla siguiente se puede observar cómo, a medida que aumenta el dinero que se paga por la estadía en el hogar, baja sostenidamente la cantidad de hogares en los que los adultos mayores deben compartir baño. Esta tendencia también se da para la variable anterior, viéndose que, como es lógico, a mayor pago mayor es la posibilidad que en el hogar existan habitaciones privadas para los adultos mayores.

La indagación cualitativa en general se condice con lo que aquí se ha expuesto, observándose que en la mayor parte de los ELEAM los Adultos Mayores deben compartir pieza y baño.

---

<sup>56</sup> Este diagnóstico también es coincidente con lo señalado en la ya mencionada la Jornada con Encargados de Profesiones Médicas de las SEREMIS de Salud, que indica la inadecuación de la infraestructura como una de las principales dificultades que tienen los ELEAM para ser autorizados, ya que habitualmente no se trata de establecimientos especialmente contruidos para desempeñar la función de ELEAM, sino de casas que se adaptan para ello. Específicamente, se indican como problemas: baños, cocinas, vías de escape, lavandería, acopio de residuos, instalación eléctrica y de gas, grupo electrógeno, timbres y espacio para lavado y secado de chatas.

**Cuadro 11: Posesión de baño por parte de cada adulto mayor según dinero que se paga en el ELEAM**

Respecto de los baños, ¿En este Hogar, cada adulto mayor...?	Máximo que pagan los Adultos mayores en cada ELEAM					Total
	0 a 60.000	61.000 a 120.000	121.000 a 240.000	241.000 a 499.000	500.000 y más	
Tiene un baño individual	3	1	1	3	5	13
	2,9%	1,9%	0,9%	2,5%	13,5%	3,1%
Comparte baño con otros adultos mayores	75	39	78	63	12	267
	71,4%	75,0%	72,9%	53,4%	32,4%	63,7%
Algunos poseen baño individual y otros comparten baño	27	12	28	52	20	139
	25,7%	23,1%	26,2%	44,1%	54,1%	33,2%
Total	105	52	107	118	37	419
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta telefónica a 419 ELEAM

Con respecto a la posesión de **espacios físicos comunes** al interior del hogar, se puede ver que en una gran mayoría de los hogares (93,3; 94 y 82,3%, respectivamente) hay sala de recreación, jardines y enfermería. Estos porcentajes bajan aceleradamente si se pregunta por canchas o espacios deportivos y por posesión de piscina la que está presente solo en el 6,2% de los establecimientos. En general, se ve una tendencia leve a que los hogares más grandes y “caros” posean en mayor medida este tipo de infraestructura.

Por su parte, los resultados de la fase cualitativa en este aspecto revelan ciertos hechos de relevancia. El primero de ellos dice relación con que en general **los hogares en materias de infraestructura tratan de cumplir con lo que el reglamento de autorización establece**. En este sentido, se considera que el reglamento pone un piso adecuado a los ELEAM en esta materia, por lo cual es una buena guía de lo que se debe cumplir en los hogares respecto a la infraestructura. A pesar de esto, hay ciertos hogares, sobretudo los de más alto costo, que si bien consideran este reglamento como un piso mínimo, intentan superarlo concibiendo que la infraestructura es un tema de gran relevancia a la hora de evaluar la calidad del servicio, además de ser un “gancho” para conseguir aumentar la cantidad de AM internos.

En otro tema, las **decisiones respecto de la infraestructura de los ELEAM** en general son tomadas por los directores de los establecimientos, algunas veces sin mayor consulta al personal, pero en la mayoría de las ocasiones considerando la opinión de éste, para por medio de ello hacer presentes las necesidades de los adultos mayores en las decisiones que se adopten. En este aspecto, en varios de los ELEAM se toman en consideración factores de bienestar y salud de los residentes para distribuir el espacio, por ejemplo, tratando de no mezclar distintos tipos de patologías en mismo lugar. Particularmente, en el caso de la Fundación Las Rosas las decisiones son tomadas por el equipo de salud de la fundación en conjunto con la dirección del ELEAM, siempre en consideración del bienestar de los residentes.

Otro elemento para la utilización de los espacios físicos tiene que ver con la **seguridad**. Se observó, por ejemplo, en un ELEAM que tenía dos pisos el que los AM postrados ocupaban estrictamente el primer piso para poder evacuarlos prontamente en caso de acontecer un incendio o temblor.

Una de las principales deficiencias que se puede evidenciar en este aspecto en los ELEAM visitados tiene que ver con la **mantención de la infraestructura**. Como indicamos en secciones anteriores, al referirnos a las falencias en planificación, más que un enfoque anticipatorio, de prevención, hay acciones reactivas, de reparación una vez que algo ha fallado. No hay entonces una planificación o previsión de posibles fallas o peligros que estas puedan acarrear, tema que se torna fundamental considerando la población que atiende este tipo de establecimientos.

#### f) **Indicios de algunas dificultades administrativo-financieras**

Esta dimensión se observó fundamentalmente a través de la existencia de **deudas impagas** que ha tenido el ELEAM en el último año. En este marco, se puede ver que un no despreciable 20,8% de los ELEAM declara que en el último año han tenido deudas con compañías de servicios. Esta proporción baja significativamente para el caso de deudas con el sistema financiero y con el personal del ELEAM, llegando al 6,2 y 5% los establecimientos que tuvieron este tipo de deudas, respectivamente. Los establecimientos más antiguos y los que poseen mensualidades más caras tienden a tener menos deudas que los demás, aunque está última tendencia no es totalmente clara para todos los tramos de pago.

**Cuadro 12: Durante el último año, ¿Este ELEAM ha tenido deudas impagas con...? (Nº y % de hogares que han tenido deudas con cada una)**

	Nº	%
Compañías de servicios básicos (luz, agua, gas, etc)	87	20,8
Sistema financiero (créditos de bancos, financieras, casas comerciales, etc)	26	6,2
El personal del ELEAM	21	5,0

Fuente: Encuesta telefónica a 419 ELEAM

Esta situación marcada por ciertas dificultades administrativo-financieras se ve corroborada con la indagación cualitativa. En el marco de ésta, la mayor parte de los directores de ELEAM entrevistados señalaron que el **tener un establecimiento de este tipo no era un negocio mayormente rentable**, yendo más allá en algunos casos señalando que hay períodos en que incluso “van a pérdida”, particularmente cuando tienen menos residentes de los que la capacidad del ELEAM permite. El tener que pedir créditos o el obtener recursos de otros negocios familiares, es una realidad que apareció como recurrente, sobretudo en los hogares que cobran menos por su estadía. Es en este marco, que prácticamente todos los directores de ELEAM entrevistados destacan la *vocación social* que tienen este tipo de instituciones y el que su misión va mucho más allá del mero lucro.

Otro punto a tener en consideración y que apareció en la indagación cualitativa es que el **proceso de instalación de los ELEAM es largo y complejo** en términos financieros, puesto que se debe

invertir altas cantidades de dinero en ponerlo en funcionamiento y contar con el personal adecuado, *antes* de contar con un conjunto de residentes que lo haga sustentable.

Finalmente, se puede señalar que en la mayor parte de los ELEAM hay un contador que lleva las finanzas y que hace un balance a final de año.

### g) Resultados en satisfacción del usuario

Respecto de esta dimensión resulta difícil extraer conclusiones, dado el tipo de metodología aplicada y los sesgos propios de las respuestas entregadas vía telefónica. Aún así, es posible señalar algunos datos interesantes.

En un poco más de un 45% de los establecimientos se afirma que existe algún **instrumento para medir la satisfacción de usuarios**. Al aumentar el tamaño de los establecimientos tiende a aumentar la cantidad de ellos que poseen esta herramienta de evaluación. La variable precio si bien no tiene una influencia radical en la posesión de él, muestra que en el segmento más alto de ella (\$500 mil y más) existe una proporción mucho mayor de hogares que los ostentan (62,2%). La indagación cualitativa cuestiona estos datos, en la medida en que **la satisfacción de los usuarios, más que medirse, se percibe de manera indirecta**, en las conversaciones diarias y en la apreciación de su estado general de salud, sin existir instrumentos que permitan hacer mediciones sistemáticas y objetivas.

Por su parte, un 54% de los hogares señala que no reciben nunca **reclamos** por parte de los adultos mayores o sus familias. Un 42,7% declara recibir este tipo de reclamos poco frecuentemente, lo que es aceptar que al menos a veces reciben reclamos, mientras que solo un 2,7% de los ELEAM (11 establecimientos en total) señalan recibir frecuente o muy frecuentemente reclamos por el servicio prestado.

**Cuadro 13: Frecuencia con que se reciben reclamos de adultos mayores y sus familias por el servicio prestado**

Frecuencia de reclamos	N°	%	% acumulado
Muy frecuentemente	4	1,0	1,0
Frecuentemente	7	1,7	2,6
Poco frecuentemente	179	42,7	45,3
Nunca	227	54,2	99,5
No sabe	1	0,2	99,8
No contesta	1	0,2	100,0
Total	419	100,0	

Fuente: Encuesta telefónica a 419 ELEAM

Según tamaño del hogar se puede ver como los hogares más numerosos declaran recibir más reclamos que los pequeños, esto se ve refrendado en que un 74% de los hogares de menos de 11 personas declara no recibir reclamos nunca, porcentaje que llega a solo el 30% en el caso de los hogares de más de 50 adultos mayores. Otra tendencia que se puede observar es que los establecimientos con más adultos mayores postrados tienden a recibir más reclamos que los demás. A nivel de precios pagados no se ven tendencias claras.

Si desde una perspectiva cualitativa se analiza más ampliamente el tema de **resultados**, al interior de los ELEAM se puede observar que no es una visión que esté presente en los hogares. En ninguno de los ELEAM visitados existen **indicadores de éxito o instrumentos de medición de resultados**, tampoco considerándose esto un tema pertinente o necesario para el tipo de atención que ofrecen.

Lo más cercano a esta perspectiva de resultados se puede observar respecto al tratamiento individual de los residentes, sobre todo en temas de salud. La idea es que se sigue un plan establecido por el médico, enfermera o nutricionista y se va evaluando de acuerdo a la salud del adulto mayor, tendiendo a conseguir resultados relacionados con reducir, o frenar una determinada enfermedad, o hacerlos que suban o bajen de peso, por ejemplo. A pesar de esto, esta perspectiva no existe en todos los ELEAM.

A pesar de no existir una mirada sistemática y explícita acerca de los resultados, en general, se puede observar que la preocupación está puesta en que los adultos mayores se encuentren en las mejores condiciones posibles y reciban la atención que necesitan. Para ello, la mayor parte de los directores entrevistados señala que se realiza una supervisión de cerca de las actividades que desarrollan las cuidadoras y que tiene lugar en el hogar, esto para asegurar una buena atención a los residentes. Por su parte, en algunos de los ELEAM se señala que el principal resultado tiene que ver con la alegría que presenten los adultos mayores, la que aparece como fundamental en un contexto complejo marcado por las enfermedades, la lejanía con la familia, etc.

En varios de los ELEAM visitados existen libros de reclamos y sugerencias, con el fin de que los familiares de los residentes puedan plasmar ahí sus inquietudes. A pesar de su presencia, la utilización de este mecanismo es bastante baja. En general, los familiares de los adultos mayores hacen saber sus opiniones y reclamos por medio de conversaciones directas con la dirección del ELEAM, las que según estas últimas son tomadas en consideración para mejorar la atención a los residentes.

## 6.2. Análisis de calidad según índice estimativo de calidad de los ELEAM y tipología de hogares

Adicionalmente, al análisis descriptivo de las dimensiones de calidad que se han establecido en el modelo, se ha realizado un esfuerzo por integrar los datos por medio de análisis estadísticos de mayor complejidad que permiten, por una parte, tener una idea más acabada de la situación de calidad general de los ELEAM, como el clasificarlos de acuerdo a ciertos tipos establecidos que responden a su enfoque u orientación. Esto se realizó por medio de la creación de un índice estimativo de la calidad de los ELEAM y de una tipología de ELEAM.

### 6.2.1. Índice estimativo de calidad de los ELEAM

#### a) Consideraciones metodológicas sobre la construcción del índice

En base a la información recolectada por medio de la encuesta se construyó un índice estimativo de la calidad de los ELEAM. Para la creación de este se definieron diferentes dimensiones de interés, las que en conjunto nos proporcionan una medida para cuantificar estimativamente la calidad de los ELEAM.

Las dimensiones consideradas para medir la calidad mantuvieron la estructura contenida en la encuesta. Así, se llegó a configurar un total de siete dimensiones, las que coinciden con el análisis expuesto en la sección anterior de este apartado. Dentro de cada una de estas dimensiones no fueron consideradas todas las preguntas que en la encuesta aparecían para ella, sino las que se estimó discriminaban realmente y medían de manera más directa la variable calidad.

A continuación se exponen las 7 dimensiones consideradas y la forma de creación de cada una de ellas en base a las preguntas de la encuesta. Debemos señalar que en todas las variables y dimensiones la escala va entre 0 y 1, donde a mayor valor existe un mayor nivel de calidad del ELEAM.

#### ***Dimensión 1: Recursos Humanos***

*(Preguntas 14, 16, 17, 18, 21)*

- Variables que miden estas preguntas:
  - N° de funcionarios por adulto mayor en el ELEAM
  - Presencia de profesionales especialistas (técnico en adulto mayor, enfermera, medico, etc) en la atención del adulto mayor
  - Estudios de los directivos para llevar el ELEAM.
  - Requisitos mínimos exigidos a los funcionarios del ELEAM que trabajan directamente con adultos mayores.
  - Utilización en el último año de la franquicia SENCE para capacitar al personal.
- Todas las variables se re codificaron llevándolas a una escala que va entre 0 y 1, representando el mayor valor una mayor calidad.
- Luego, se promediaron estas 5 preguntas y se obtuvo un valor, también entre 0 y 1, para la dimensión en su conjunto.

#### ***Dimensión 2: Planificación Organizacional***

*(Pregunta 23\_1, 23\_2, 23\_3)*

- Variables que miden estas preguntas:
  - Existencia de una misión y visión escritas
  - Existencia de un plan estratégico de mediano y largo plazo escrito
  - Existencia de un programa escrito de actividades mensuales para los adultos mayores.
- Todas las variables se re codificaron llevándolas a una escala que va entre 0 y 1, representando el mayor valor una mayor

<p>calidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Luego, se promediaron estas 3 preguntas y se obtuvo un valor, también entre 0 y 1, para la dimensión en su conjunto.</li> </ul> <p><b>Dimensión 3: Orientación al Usuario</b> (Pregunta 25,26 y 27)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Variables que miden estas preguntas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existencia de un código interno con los deberes y derechos de los adultos mayores (escrito)</li> <li>- Existencia de un código interno con las responsabilidades de los funcionarios en relación a los adultos mayores (escrito)</li> <li>- Nivel de participación de los adultos mayores en las decisiones que se toman en el hogar</li> </ul> </li> <li>• Todas las variables se re codificaron llevándolas a una escala que va entre 0 y 1, representando el mayor valor una mayor calidad.</li> <li>• Luego, se promediaron estas 3 preguntas y se obtuvo un valor, también entre 0 y 1, para la dimensión en su conjunto.</li> </ul> <p><b>Dimensión 4: Integración del ELEAM</b> (Pregunta 31)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Variable que miden esta pregunta: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frecuencia con que en el establecimiento se llevan a cabo actividades con la comunidad</li> </ul> </li> <li>• La variable se re codificaron llevándola a una escala que va entre 0 y 1, representando el mayor valor una mayor calidad.</li> <li>• El valor obtenido para esta variable representó el valor de la dimensión.</li> </ul> <p><b>Dimensión 5: Espacio Físico e Infraestructura</b> (Pregunta 35, 36 y 37)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Variables que miden estas preguntas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Posesión de habitaciones privadas por parte de los adultos mayores</li> <li>- Posesión de baño privado por parte de los adultos mayores</li> <li>- Presencia de ciertos espacios físicos comunes al interior del ELEAM (Sala de recreación (juegos o TV), Jardines, Espacios recreativos o deportivos (canchas, gimnasio, etc), Piscina, Enfermería)</li> </ul> </li> <li>• Todas las variables se re codificaron llevándolas a una escala que va entre 0 y 1, representando el mayor valor una mayor calidad.</li> <li>• Luego, se promediaron estas 3 preguntas y se obtuvo un valor, también entre 0 y 1, para la dimensión en su conjunto.</li> </ul> <p><b>Dimensión 6: Resultados</b> (Preguntas 39 y 40)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Variables que miden estas preguntas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existencia de un instrumento para medir la satisfacción con el servicio entregado</li> <li>- Frecuencia con que el ELEAM declara recibir críticas por el servicio entregado</li> </ul> </li> <li>• Todas las variables se re codificaron llevándolas a una escala que va entre 0 y 1, representando el mayor valor una mayor calidad.</li> <li>• Luego, se promediaron estas 2 preguntas y se obtuvo un valor, también entre 0 y 1, para la dimensión en su conjunto.</li> </ul> <p><b>Dimensión 7: Gestión Administrativo- Financiera</b> (Pregunta 42, 43 y 44)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Variables que miden estas preguntas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultades para pagar o deudas de cuentas de servicios básicos (último año)</li> <li>- Dificultades para pagar o deudas con el sistema financiero (último año)</li> <li>- Dificultades para pagar o deudas con el personal del ELEAM (último año)</li> </ul> </li> <li>• Todas las variables se re codificaron llevándolas a una escala que va entre 0 y 1, representando el mayor valor una mayor calidad.</li> <li>• Luego, se promediaron estas 3 preguntas y se obtuvo un valor, también entre 0 y 1, para la dimensión en su conjunto.</li> </ul>
---

Para la construcción del índice general y en base a los resultados obtenidos en los diferentes subíndices, se aplicó un análisis factorial con rotación varimax, el que permitió detectar la estructura de asociación que se da entre los subíndices.

En base a este análisis factorial se dio diferentes ponderaciones a cada sub índice en el índice general, dependiendo de la varianza que cada uno explica. Estas ponderaciones fueron entre el 5 y el 15%.

Los puntajes obtenidos se convirtieron dichos puntajes a una escala de 0 a 100 puntos. En base a lo anterior se crearon 4 categorías, de la siguiente forma, para el Índice de Calidad del servicio:

- ICS alto: puntaje mayor o igual a 75 puntos
- ICS medio alto: puntaje entre 50 y 74 puntos
- ICS medio bajo: puntaje entre 25 y 49 puntos
- ICS bajo: puntaje menor o igual a 24 puntos

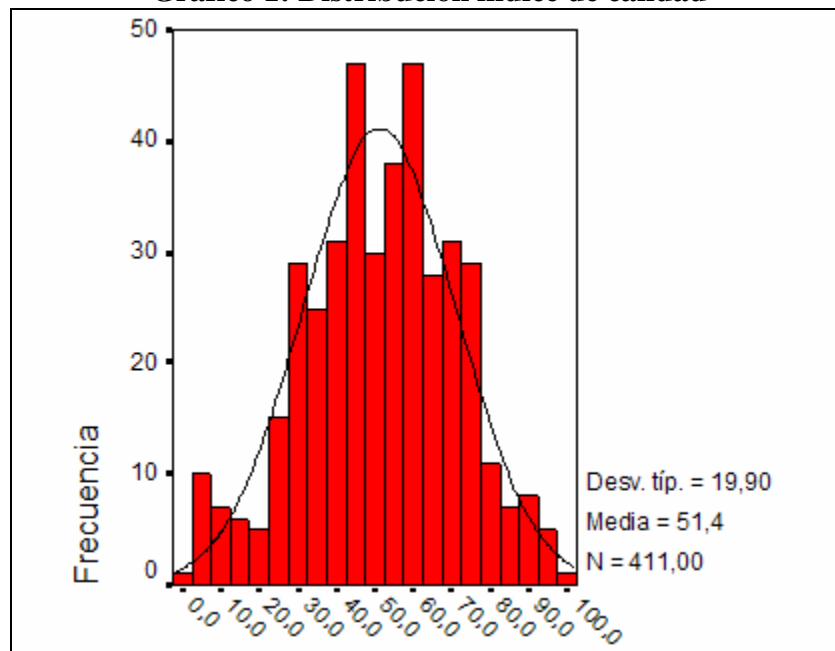
## b) Resultados del Índice Estimativo de Calidad de los ELEAM

### *Resultados generales*

Se puede observar como la distribución de puntajes del índice estimativo de calidad se presenta cercana a una curva normal, concentrando una mayor cantidad de casos en los valores medios de calidad y una menor cantidad en los casos extremos. A pesar de su normalidad, la curva se denota algo sesgada hacia la derecha, es decir, hacia los valores más altos del índice.

El valor promedio obtenido para el índice es 51,4 puntos, en una escala de 0 a 100, con una dispersión de los datos relativamente alta, la que se ve expresada en un valor de desviación estándar de casi 20 puntos.

**Gráfico 1: Distribución índice de calidad**





Si se analiza por categorías se puede observar que **en los niveles medios de calidad (medio alto y medio bajo) se concentra la gran mayoría de los ELEAM**, con casi un 80% de los casos. Si ahora agrupamos según nivel alto (alto y medio alto) y bajo (bajo y medio bajo), se puede observar un cierto predominio de los ELEAM con valores altos con un 55% de los casos versus el 45% de los valores bajos. Esto último es coincidente con el mencionado sesgo de la curva hacia los valores más altos del índice.

**Cuadro 14: Resultados índice calidad del servicio (categorías)**

Niveles de calidad	Nº	%	% Acumulado
Bajo	36	8,8	8,8
Medio Bajo	152	37	45,7
Medio Alto	179	43,6	89,3
Alto	44	10,7	100,0
Total	411	100,0	

### **Resultados en calidad según características de los ELEAM**

En el siguiente cuadro se exponen algunas tendencias distinguiendo los resultados del índice según ciertas características propias de los ELEAM.

**Cuadro 15: Resultados en calidad según algunas características de los ELEAM**

<b>Mejor calidad en hogares de mayor tamaño</b>	
➤	En los hogares que atienden a más de 50 personas un 63% califica en el nivel “medio alto” o “alto” del índice, mientras en los con 10 ó menos AM la cifra es un 47%.
➤	En los hogares donde trabajan 10 ó menos personas un 45% califica como nivel “alto” o “muy alto”, en cambio donde trabajan 11 ó más es un 65%.
<b>Mayor heterogeneidad en hogares más antiguos</b>	
➤	La curva del índice tiende a ser más plana en los hogares más antiguos (más de 30 años) y más pronunciada en los hogares más nuevos (menos de 10 años).
<b>Relación precio/calidad marca diferencia sólo en hogares de más alto costo</b>	
➤	Si bien se observan algunas variaciones en el comportamiento del índice según tramos de precios, lo más significativo es que en los hogares donde se cobran \$500.000 o más por AM, el porcentaje de calidad “alta” llega a un 22% (el doble de la cifra en el total de hogares) y nadie cae dentro de la categoría de calidad “baja” (en el total de hogares es un 9%)
<b>Mejor calidad en atención a AM más autónomos</b>	
➤	Los hogares que atienden a AM autovalentes se ubican mayormente en las categorías “medio alto” y “alto” del índice de calidad (58%), mientras que los que atienden principalmente a AM semivalentes logran un 54% y los orientados a AM postrados sólo un 45%.

Fuente: Procesamiento especial de Encuesta telefónica a 419 ELEAM

De manera general, se puede ver como **los hogares de mayor tamaño, los que se encuentran en el tramo de mensualidad más costoso y los que atienden predominantemente a AM autovalentes tienden a tener un mayor nivel de calidad.** Por su parte, en los hogares más antiguos hay una mayor heterogeneidad en términos de calidad, observándose ya no una gran concentración en los valores medios sino una curva más plana que da cuenta de una mayor presencia de hogares en los puntajes más bajos y altos.

## 6.2.2. Tipología de ELEAM

### a) Consideraciones metodológicas para la construcción de tipología de ELEAM

En base a las mismas dimensiones consideradas en la construcción del índice se generaron tres grupos, definidos como orientaciones de acuerdo a las dimensiones que los conforman:

- Grupo 1: Planificación organizacional y Resultados (Orientación Estratégica)
- Grupo 2: Orientación al usuario e Integración del ELEAM (Orientación Socialmente Integradora)
- Grupo 3: RRHH, Infraestructura y gestión administrativo-financiera (Orientación Administrativa)

Se promediaron los puntajes de las sub dimensiones que conforman cada una de las tres orientaciones, obteniendo un valor entre 0 y 1 para cada una de ellas. En base a esto se clasificó en 2 tramos cada orientación: Bajo (menor a 0,5) y Alto (mayor a 0,5).

Luego se combinaron los valores de los 3 grupos para obtener el espacio de atributos correspondiente. Dependiendo de la primacía de una u otra dimensión el ELEAM cae en un tipo u en otro. En base a esto, se llegó a 8 tipos de hogares, los que se describen en el siguiente cuadro:

**Cuadro 16: Tipos de ELEAM**

Orientación Estratégica	Orientación Socialmente integradora	Orientación Administrativa	Tipo de ELEAM
A	A	A	INTEGRAL
A	A	B	VOLUNTARISTA
A	B	A	FORMALISTA
A	B	B	LIMITADO A LO ESTRATEGICO
B	A	A	CON POCA VISIÓN
B	A	B	LIMITADO A LA INTEGRACIÓN
B	B	A	LIMITADO A LO ADMINISTRATIVO
B	B	B	DEFICIENTE

Fuente: Elaboración propia.

## b) Resultados de la Tipología de ELEAM

Lo primero que llama la atención al analizar la proporción de ELEAM en cada uno de los tipos establecidos es que más de un 18% de estos caen en el tipo *integral*, lo que significa que poseen altos valores en cada una de las orientaciones explicitadas. En contrapartida, algo más de un 12% de los ELEAM se muestran como *deficientes*, teniendo bajos puntajes en todas las orientaciones.

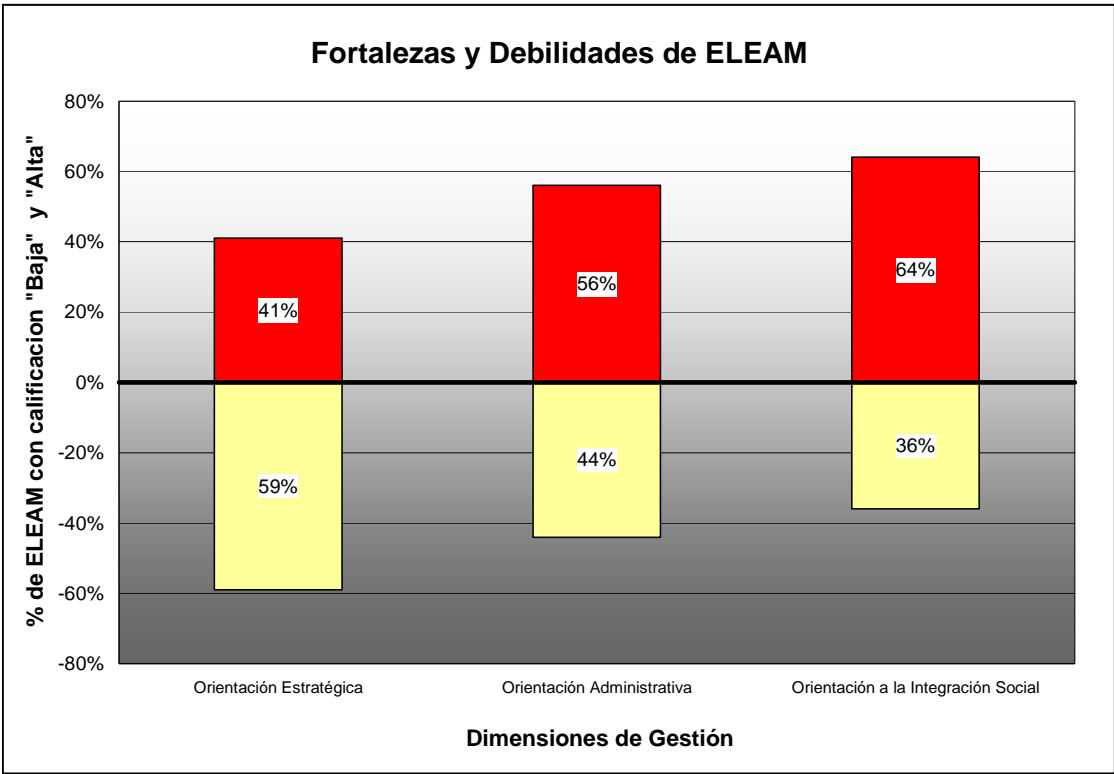
**Cuadro 17: Cantidad de ELEAM según tipología**

Tipo de ELEAM	Frecuencia	%
Integral	75	18,2
Voluntarista	47	11,4
Formalista	33	8,0
Limitado A Lo Estratégico	15	3,6
Con Poca Visión	73	17,8
Limitado A La Integración	67	16,3
Limitado A Lo Administrativo	51	12,4
Deficiente	50	12,2
Total	411	100,0

Fuente: Encuesta telefónica a 419 ELEAM

Otros tipos que aparecen con una alta representación al interior de la muestra son el *con poca visión* y el *limitado a la integración*, ambas realidades marcadas por la débil orientación estratégica que presentan, a lo que se suma en el último caso una débil orientación administrativa. Esta débil orientación estratégica se condice con lo que se ha establecido a partir de la indagación cualitativa, donde se pudo observar la prácticamente nula existencia de instrumentos de planificación y una escasa visión de mediano largo plazo de los ELEAM como organizaciones.

Lo anteriormente explicitado se puede ver de manera más concreta al analizar las principales **debilidades y fortalezas** de los ELEAM de acuerdo a las tres orientaciones antes descritas. En este sentido, se puede observar que casi un 60% de los ELEAM tienen *una baja orientación estratégica*. Esto para la orientación administrativa y la de integración se revierte observándose que en ambos casos la mayor parte de los hogares muestran valores altos.



## 7. LINEAMIENTOS Y RECOMENDACIONES PARA UN MODELO DE CALIDAD PARA ELEAM EN CHILE

- i. A la luz del estudio realizado, una primera tarea a emprender en el caso chileno debiera ser acordar con el conjunto de los actores e instituciones involucradas (SENAMA, INP, Salud, organizaciones de adultos mayores, representantes de ELEAM, fundaciones, etc.) un **concepto de “calidad”** compartido que ilumine el horizonte ideal compartido hacia el cual se desea arribar en el servicio ofrecido por la instituciones de larga estadía en el país.
- ii. Algunos **elementos** que aparecen como **claves** para ser tomados en cuenta dentro de este concepto, de acuerdo al diagnóstico de la situación actual de los ELEAM nacionales, son los siguientes: 1) *trato digno, cálido y personalizado* al adulto mayor como sujeto de derechos (“que se sienta conforme, contento, acogido, que sea tratado como persona, con cariño, que sienta que está en su casa”), 2) *mística y cohesión interna* del equipo de trabajo del ELEAM, 3) personal con ciertas *competencias técnicas específicas* para el trabajo con personas mayores, 4) existencia de *protocolos y procedimientos* para situaciones especiales (muerte, situaciones de salud, diferencias de opiniones, etc.), 5) *alimentación* equilibrada (que sea adecuada a los requerimientos nutricionales y proteicos de cada AM), 6) *higiene ambiental* (que los lugares y las personas estén siempre limpios), 7) *espacios físicos e infraestructura* que impidan el hacinamiento y permitan la estadía cómoda de los adultos, 8) *participación de la familia* en actividades del establecimiento, 9) *apoyo adecuado de salud* (acceso a atenciones médicas y paramédicas, medicamentación requerida, etc.) y 10) una *correcta administración de los recursos*.
- iii. Considerando los elementos mencionados, existe bastante consenso en que **“Calidad de Servicio”** debiera entenderse como un **concepto integral**, vinculado más al tipo y el grado de multidimensionalidad de la atención que se les da a las personas mayores, que a la infraestructura de hotelería de que dispone un establecimiento.
- iv. Los ELEAM reconocen como una de sus principales **debilidades**, desde este enfoque integral de “calidad”, la baja *disponibilidad del recurso humano* requerido. Se percibe como difícil la conformación de equipos de trabajo con la mística, el compromiso y las competencias requeridas; éste es más bien un proceso lento y de largo aliento, donde juegan un rol fundamental los y las funcionarias más antiguas. Otra debilidad mencionada especialmente en los ELEAM que atienden a población de menor nivel socioeconómico es la *falta de recursos*.
- v. Con respecto al actual **sistema de autorización de los ELEAM** por parte de la autoridad sanitaria (Seremis de Salud), hay opiniones divididas. Entre los *ELEAM ubicados en barrios de mayores ingresos*, donde en general se conoce el reglamento de autorización, hay una *buena evaluación del mismo*, puesto que “ha ido mejorando con el tiempo ya que se exige lo necesario y existe una supervisión administrativa”. Se percibe como algo totalmente necesario para garantizar una mínima calidad de los ELEAM, sobretodo respecto a ciertas casas de reposo que no cumplen con los requisitos mínimos.

- vi. Diferente es la perspectiva de los *ELEAM ubicados en zonas más pobres*, donde se tiende a considerar que el reglamento “se preocupa de cosas que no son mayormente importantes, sin tener la flexibilidad necesaria ni entregar soluciones alternativas, por ejemplo, para temas de infraestructura”. Otros lo califican de “muy básico y que no asegura la calidad de la atención”, “muy dogmático y no basado en la realidad (por ejemplo, tipo de exigencias para cocina o para sala mortuoria)” y “con demasiado foco en detalles que no son tan importantes”.
- vii. Llama la atención que en al menos dos de los ELEAM visitados, la *persona encargada reconoció no conocer en detalle el reglamento* ni el sistema de autorización, asegurando que el establecimiento logró ser autorizado con la asesoría de un profesional médico externo.
- viii. Consultados con respecto a la hipotética **existencia futura de un organismo encargado de promover y fomentar la calidad de la gestión y los servicios brindados por los ELEAM**, la mayoría de los entrevistados lo consideraría una iniciativa positiva y útil “para mejorar la calidad de muchos ELEAM en los que los AM pasan más sufrimientos que satisfacciones”, pero que debiera estar integrada por personas expertas en el trato con adultos mayores. Algunos se la imaginan como una instancia donde hacer **reclamos y denuncias**, otros, como un organismo que apoye en la **capacitación** de las cuidadoras, y otros a su vez, como una institución que profundice en el diagnóstico, **asesore** a los establecimientos autorizados y estimule a los hogares clandestinos para autorizarse.
- ix. Sin embargo, algunas entrevistadas ponen en cuestión la real **voluntad política** para enfrentar seriamente el tema. Otra persona señala que “hace algunos años hubo un intento de establecer clasificación de calidad por estrellas, pero era irreal, además dependía mucho de los recursos propios disponibles de cada ELEAM y no necesariamente reflejaba calidad de trato y de atención”.
- x. En la mayoría de los ELEAM se sostiene que esta hipotética institución u organismo debiese ser encabezado por algún **organismo público** vinculado con la temática adulto mayor (por ejemplo, SENAMA o INP), contando con la participación de instituciones académicas, municipios, expertos temáticos, iglesias y sector privado. Algunos mencionan la conveniencia de separar la función directiva (a cargo de un ente público) y la función ejecutiva (a cargo de alguna entidad no necesariamente pública, pero sí amplia y representativa de la diversidad de instituciones involucradas en el tema).

### ***El rol de SENAMA***

Los lineamientos y recomendaciones expuestos a continuación debiesen asumirse en el marco de una **política de apoyo a los ELEAM** a diseñar por parte de SENAMA. Esta es la única manera de dar una señal política para un servicio que no ejecuta directamente programas, pero que puede indicar pautas y sobre todo, dar señales respecto de los ámbitos clave a abordar por los ELEAM.

Una política como ésta supone, por una parte, definir al **adulto mayor institucionalizado en ELEAM como materia de política**, y luego, definir también al **ELEAM como objeto de política**. Respecto a esto último, en base a una matriz general de dimensiones de calidad, habrá que considerar distintos tipos de ELEAM, particularmente en base al tipo de AM que atienden (autovalente, dependiente/semi valente, postrado) y al carácter del negocio (microempresa o empresa familiar, hogar dependiente de Fundación, o gran empresa)

Uno de los principales objetivos de esta política, debiese ser promover un **sistema de mejoramiento de la calidad** basado en una lógica de máximos, que se complemente con el Reglamento, que funciona en la lógica de mínimos. En estos términos, este sistema no intenta reemplazar el reglamento, sino complementarlo.

**Cuadro n° 18: Diferencias entre Sistema de Aseguramiento y Reglamento ELEAM**

<b>REGLAMENTO ELEAM</b>	<b>SISTEMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lógica de Mínimos</li> <li>• Obligatorio</li> <li>• Asociado a fiscalización: coercitivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lógica de Máximos</li> <li>• Voluntario</li> <li>• Asociado a certificación: promocional</li> </ul>

La política debiese tener al menos los componentes que se presentan en el siguiente cuadro.

**Cuadro 19: Matriz de Recomendaciones por Dimensiones Claves de Calidad**

<b>Dimensiones de Calidad</b>	<b>Recomendaciones</b>	<b>Acciones específicas</b>	<b>Actores a involucrar</b>	<b>Tiempo estimado</b>
<i>Recursos humanos</i>	1. Avanzar hacia la conformación de <b>perfiles ocupacionales y estándares de competencias</b> para el <b>personal clave</b> (directivos y personal de trato directo) que trabaja en los ELEAM, identificando las destrezas, conocimientos, actitudes y competencias laborales requeridas para desempeñarse en estos puestos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realizar estudio de dinámica laboral y necesidades de recursos humanos del sector</li> <li>▪ Hacer levantamiento de estándares de competencias y perfiles ocupacionales</li> <li>▪ Generar sistema de evaluación y certificación de competencias laborales</li> <li>▪ Diseñar oferta de capacitación y formación técnica modularizada y diferenciada para directivos y para funcionarios de trato directo.</li> </ul>	<p align="center">SENAMA ELEAM SENCE Chile Califica Universidades, IP y CFT MINSAL</p>	18 meses
<i>Estrategia organizacional</i>	2. Promover <b>programas de difusión de herramientas de planificación y desarrollo organizacional</b> , que sean aplicables y pertinentes a diferentes tipos de ELEAM: grandes, dependientes de instituciones, o pequeños (tipo “microempresa”)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Crear instrumentos de planificación estándar adaptables a la realidad de cada ELEAM</li> <li>▪ Capacitar en su desarrollo, diseño y uso Difundir los instrumentos a nivel nacional</li> </ul>	<p align="center">SENAMA ELEAM MINSAL Universidades y consultores organizacionales</p>	12 meses
<i>Orientación al usuario</i>	3. Realizar <b>estudios</b> sistemáticos, periódicos y de cobertura nacional <b>de satisfacción de usuarios directos</b> (adultos mayores) e <b>indirectos</b> (familias), que permitan definir situación actual y orientar esfuerzos públicos hacia ámbitos prioritarios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diseñar metodología de investigación (técnicas, muestra, cobertura, población objetivo, etc.)</li> <li>▪ Ejecutar el(los) estudio(s)</li> <li>▪ Entregar lineamientos a ELEAM a la luz de resultados de estudio(s)</li> </ul>	<p align="center">SENAMA Universidades y Centros de estudios ELEAM</p>	12 meses
	4. Otorgar <b>premios o reconocimientos a ELEAM</b> que incorporan esta dimensión en su gestión.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diseñar Premio (organización, financiamiento, criterios, categorías, periodicidad, en qué consiste, requisitos, etc.)</li> <li>▪ Conformar jurados expertos</li> <li>▪ Realizar difusión y convocatoria a ELEAM</li> <li>▪ Entregar premio</li> </ul>	<p align="center">SENAMA Chile Calidad (Premio Nacional de la Calidad) ELEAM Comisión Bicentenario</p>	18 meses
	5. Considerar al <b>adulto mayor residente</b> en ELEAM <b>como sujeto de política pública</b> (tal como a los AM individuales y organizados)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Generar en SENAMA una unidad especializada para el trabajo con ELEAM y con adultos mayores institucionalizados.</li> </ul>	<p align="center">SENAMA SEGPRES</p>	¿?
<i>Gestión administrativa-financiera</i>	6. Realizar un <b>estudio nacional del costo-tipo</b> <sup>57</sup> de la atención mensual de diferentes tipos de adultos mayores, según rango de edad, condición de autovalencia, situación de salud, vínculos con núcleos familiares, etc.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diseñar metodología de investigación (técnicas, muestra, cobertura, población objetivo, etc.)</li> <li>▪ Ejecutar el(los) estudio(s)</li> <li>▪ Entregar un diagnóstico de necesidades de financiamiento de ELEAM en base al estudio de costos</li> </ul>	<p align="center">SENAMA Universidades (Departamentos de Economía) SERNAC INE</p>	6 meses

<sup>57</sup> Algunos antecedentes aportados por SENAMA indican que en promedio la Atención Domiciliaria tiene un costo de \$32.700; los centros abiertos, \$78.542; Hogares para adultos mayores autovalentes \$267.039, y finalmente Hogares para adultos mayores postrados o piscogeríatricos, \$342.106.



	7. Analizar posibilidad de <b>establecer subvenciones</b> , ya sea a ELEAM autorizados que atienden a población de menores recursos o directamente a adultos mayores en situación de pobreza. <sup>58</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evaluar factibilidad política y económica de alternativas de subvención</li> <li>▪ Definir requisitos para postular a subvención (forma jurídica, número de adultos mayores atendidos, tiempo de funcionamiento, ubicación o segregación, etc.).</li> </ul>	SENAMA SEGPRES MINSAL Ministerio de Hacienda (DIPRES)	¿?
<i>Integración social</i>	8. Promover la <b>integración social</b> no sólo como integración “desde afuera hacia adentro” (visitas de voluntarios, shows musicales en los ELEAM, etc.) sino también como integración “desde adentro hacia el exterior”. Esto supone la ampliación del concepto de “entorno” más allá del barrio o la manzana inmediata para comprenderlo como “entorno social” más general.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incentivar a las oficinas municipales de adulto mayor para generar planes de trabajo con adultos mayores institucionalizados, que incluyan utilización activa de espacios públicos comunales.</li> <li>▪ Generar acuerdos-marco institucionales para estimular trabajo conjunto con adultos mayores institucionalizados (hospitales, casas de acogida, jardines infantiles, etc.)</li> <li>▪ Desarrollar una campaña de sensibilización ciudadana para el acercamiento intergeneracional</li> </ul>	SENAMA JUNJI Fundación Integra MINEDUC MINSAL ELEAM SEGEOB-DOS Municipios ANATEL ARCHI Medios de comunicación	30 meses
<i>Espacio físico</i>	9. Promover los <b>mejoramientos</b> que faciliten el libre desplazamiento, la autonomía, la seguridad y la privacidad de los adultos mayores institucionalizados	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Establecer los parámetros requeridos en esta dimensión.</li> <li>▪ Promover y fiscalizar el cumplimiento de estos parámetros.</li> <li>▪ Promover el uso y la diferenciación de los espacios físicos al interior de los establecimientos, según tipos de adultos mayores atendidos.</li> <li>▪ Realizar reconocimientos públicos a aquellos establecimientos que innovan en el uso y adaptación de espacios físicos para desarrollo de actividades comunitarias intra y extra-ELEAM.</li> </ul>	SENAMA MINSAL ACHS ELEAMs	30 meses
<i>Resultados</i>	10. Generar un <b>sistema periódico de medición de la calidad del servicio de los ELEAM</b> (que incluya entre otros, tasa de sobrevivencia saludable, prevalencia de enfermedades crónicas, accidentabilidad, etc.).	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Levantar una matriz de dimensiones, variables e indicadores de resultados sistematizada (incluyendo encuesta de satisfacción de usuarios).</li> <li>▪ Diseñar mecanismo y forma de operación del levantamiento de información.</li> <li>▪ Procesar información y entregar informes o reportes bianuales.</li> </ul>	SENAMA INE Universidades y centros de estudios MINSAL MIDEPLAN	Cada 24 meses
	11. Hacer un <b>esfuerzo comunicacional</b> paralelo para difundir el logro de resultados intangibles, centrados fundamentalmente en el concepto de “trato digno” al adulto mayor, sea cual sea su condición social y de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diseñar y desarrollar una campaña de difusión comunicacional de buenas prácticas, especialmente entre ELEAM (por ejemplo, “boletín de buenas prácticas”).</li> </ul>	SENAMA MINSAL ELEAM SEGEOB-DOS Municipios ANATEL ARCHI Medios de comunicación	Cada 6 meses

<sup>58</sup> Proponemos 3 grandes líneas de subvención: infraestructura, gestión e integración social.

