

**INSTITUTO TECNOLÓGICO DE COSTA RICA
ESCUELA ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS**

SEMINARIO DE GRADUACIÓN



***“PROPUESTA DE INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA EN LAS PERSONAS ADULTAS
MAYORES INSTITUCIONALIZADAS”***

Integrantes:

**SONIA SALAS BADILLA
SUSANA LOBO CAAMAÑO
ALLAN ALTAMIRANO DÍAZ**

SAN JOSÉ, NOVIEMBRE, 2001

Resumen

Desde el punto de vista social el proceso de envejecimiento se asocia con los cambios físicos y la edad, es una condición del ser humano y constituye una etapa de su vida.

Es necesario crear conciencia respecto a las situaciones que enfrenta este grupo y establecer factores que sirvan como parámetro para poder medir la calidad de vida que tienen los adultos mayores institucionalizados.

Esta investigación se realizó en los Hogares de Ancianos de todo el país, en cuatro etapas donde se aplicó un cuestionario estructurado en cada una.

Se pudo establecer que para ingresar a los Hogares el Adulto Mayor debe cumplir con algunos requisitos y su ingreso es propiciado principalmente por su Familia.

La mayoría de las personas institucionalizadas consideran que la atención es excelente igual que la alimentación. Además, la mayoría de ellos padece una enfermedad y en cuanto al acceso a personal médico son pocos los hogares que lo tienen.

Es importante que el Adulto Mayor se sienta útil y permanezca ocupado, en este sentido los centros realizan su mejor esfuerzo y reciben ayuda de los voluntarios.

Algunos de los indicadores propuestos para medir la calidad de vida en los Hogares son:

- ✓ Protocolo de Valoración Social y Valoración Médica
- ✓ Relaciones Interpersonales
- ✓ Características del espacio asignado

Palabras Claves: Mercadeo Social, Calidad de vida, Institución, Adulto Mayor institucionalizado.

Summary

From the social point of view the aging process is associated with the physical changes and the age, it's a condition of the human being and constitutes a stage of its life.

It is necessary to create conscience with respect to the situations that each group faces and to establish factors that serve as parameter to be able to measure the quality of life which they have in the institutionalized Greater Adult.

This investigation was made in the "Homes of Greater Adult" around the country, in four stages where a questionnaire structured in each one was applied. It was possible to establish that to enter these Homes of Greater Adult it must fulfill some requirements and its entrance is caused mainly by its family.

Most of the institutionalized people consider that the attention is excellent just as the feeding. In addition, most of them suffer a disease and there are few Homes that have medical personnel.

It is important that the Greater Adult feels useful and remains occupied, in this sense the centers make their better effort and they receive volunteers' aid.

Some of the proposed indicators to measure the quality of life in the Homes are:

- Protocol of Social Valuation and Medical Valuation
- Interpersonal Relations
- Characteristic of the assigned space

Key words: Social trade, Quality of life, Institution, institutionalized Greater Adult.

ÍNDICE

<u>INTRODUCCIÓN</u>	14
<u>CAPÍTULO 1: OBJETIVOS Y JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN</u>	16
1 OBJETIVOS Y JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION	17
1.1 OBJETIVO GENERAL:	17
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	17
1.3 JUSTIFICACIÓN	18
<u>CAPITULO 2: MARCO TEORICO</u>	20
2 MARCO TEORICO	21
2.1 LA CALIDAD DE VIDA COMO CATEGORÍA SOCIOECONÓMICA Y POLÍTICA.	25
2.2 VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA	27
2.3 LA MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE LA VIDA.	30
2.4 UTILIDAD DEL CONCEPTO "CALIDAD DE VIDA"	33
2.5 LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN SOBRE CALIDAD DE VIDA EN DISTINTOS ÁMBITOS DE LOS SERVICIOS HUMANOS.	34
2.6 EL BIENESTAR DE LOS ANCIANOS	35
2.7 LA PERSONA MAYOR EN EL MODELO FAMILIAR	37
2.7.1 ENVEJECIMIENTO	38
2.7.2 Las teorías relativas a la naturaleza y la condición de los mayores en las Residencias	40
2.7.3 Rasgos Discriminativos	41
2.8 DEFINICIONES	43
2.9 INTERVENCIONES PARA MINIMIZAR EL TRAUMA DEL TRASLADO.....	43
2.10 DESARROLLAR EN LOS RESIDENTES LA POSIBILIDAD DE ELECCIÓN	45
2.10.1 Planeamiento y origen de este objetivo	45
2.10.2 Dentro de la Residencia	46
2.11 ANTECEDENTES NACIONALES E INTERNACIONALES	47
2.11.1 Panorama mundial	47

2.11.2	Panorama Nacional	51
2.11.3	Principales características de las personas de 60 años y más	53
2.11.4	Composición por sexo y grupos de edad	53
2.11.5	Ubicación Geográfica	54
2.11.6	Características sociodemográficas	55
2.11.7	Estado Civil.....	56
2.11.8	Características Socioeconómicas.....	57
2.11.9	Características de salud.....	60
2.11.10	Problemas familiares.....	63
2.11.11	Obligaciones Personales	66
2.11.12	Uso del Tiempo Libre	66
2.11.13	Establecimientos Privados de Atención a las Personas Adultas Mayores.....	67
2.11.14	Legislación.....	72
2.11.15	El Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor	74
<u>CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</u>		82
3	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	83
3.1	ANÁLISIS COMPARATIVO.	83
3.2	INVESTIGACIÓN DE MERCADOS	83
3.2.1	Método de Recolección de Datos.	84
3.2.2	Instrumentos de recolección de datos	84
3.2.3	Análisis e interpretación de los datos	86
3.2.4	Detalles Estadísticos	86
<u>CAPÍTULO 4: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....</u>		92
4	ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	93
4.1	ENTREVISTA DIRIGIDA A LOS ADULTAS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS.	93
4.2	ANÁLISIS ENTREVISTA DIRIGIDA A LOS ADMINISTRADORES DE CADA INSTITUCIÓN.	107
4.3	ENTREVISTA A ESPECIALISTAS EN GERIATRÍA, TRABAJO SOCIAL Y PSICOLOGÍA.	126
4.3.1	Opiniones especialistas en Geriatria.	126

4.3.2	Opiniones especialistas en Trabajo Social:	131
4.3.3	Opiniones especialistas en Psicología:	135
4.4	ANALISIS DE RESULTADOS FUNCIONARIOS::	139
4.4.1	JUNTA DE PROTECCION SOCIAL DE SAN JOSE	139
4.4.2	INSTITUTO MIXTO DE AYUDA SOCIAL, IMAS.	141
4.4.3	MINISTERIO DE SALUD	143
<u>CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES</u>		149
5	CONCLUSIONES	150
<u>CAPÍTULO 6: PROPUESTA DE INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA</u>		158
6	PROPUESTA DE INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA PARA EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO	159
6.1	JUSTIFICACIÓN DE LOS INDICADORES PROPUESTOS	160
6.1.1	Protocolo de Valoración Social	161
6.1.2	Protocolo de Valoración Médica.	162
6.1.3	Relaciones Interpersonales.	162
6.1.4	Características del Espacio Asignado al Adulto Mayor	163
6.1.5	Repertorio de Actuaciones para Mantener un Estado Saludable.	165
6.1.6	Alimentación y Nutrición.	166
6.1.7	Espacio Accesible	167
6.1.8	Ropa y Ajuar	167
6.1.9	Gestión del Recurso Humano	168
6.1.10	Proceso de Muerte y Duelo.	168
6.2	PROPUESTO DE INDICADORES	169
6.2.1	Protocolo de Valoración Social	169
6.2.2	Protocolo de Valoración Medica.	170
6.2.3	Identificación de las ayudas requeridas por el Adulto Mayor	174
6.2.4	Relaciones Interpersonales.	176
6.2.5	Intervenciones frente a la soledad y desarraigo	177
6.2.6	Características del espacio asignado al Adulto Mayor	178

6.2.7	Necesidades Ambientales de los Adultos Mayores con Demencia.	178
6.2.8	Preservar y Promover la Autonomía de los Residentes.	180
6.2.9	Repertorio de Actuaciones para Mantener un Estado Saludable.	180
6.2.10	Alimentación y Nutrición.	181
6.2.11	Espacio Accesible.	182
6.2.12	Ropa y Ajuar.	182
6.2.13	Gestión Del Recurso Humano.	183
6.2.14	Indicadores de Desatención, Falta de Atención Asistencial.	184
6.2.15	Proceso de Muerte y Duelo.	185
7	BIBLIOGRAFÍA.	186
	<u>ANEXOS.</u>	<u>188</u>
	<u>ANEXO NO. 1: CUESTIONARIOS.</u>	<u>189</u>
	<u>ANEXO NO.2 LISTADO DE INSTITUCIONES DE BIENESTAR SOCIAL....</u>	<u>205</u>
	<u>ANEXO NO.3 NORMA DE COSTA RICA PARA LA HABILITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES.</u>	<u>209</u>

INDICE DE TABLAS

Tabla N°1: Estructura de la Población por Sexo y Edades Costa Rica 1950-2025.....	52
Tabla N° 2: Evolución de la Esperanza de Vida al Nacer en Costa Rica	53
Tabla N° 3: Población de 60 Años y Más por Sexo Según Grupos de Edad	54
Tabla N° 4: Población de 60 Años y Mas por Región de Residencia Según Sexo.....	54
Tabla N° 5: Población de 60 Años y Más por Nivel de Instrucción Según Sexo.....	56
Tabla N° 6: Población de 60 Años y Más por Estado Civil Según Sexo	56
Tabla N° 7: Población de 60 Años y Más Ocupada por Grupos de Edad Según Sexo y Rama de Actividad.....	58
Tabla N° 8: Población de 60 Años y Mas por Nivel de Pobreza Según Sexo (No incluye servicio domestico y pensionistas)	59
Tabla N° 9: Población de 60 Años y Más por Sexo Según Padecimiento de Enfermedades	61
Tabla N° 10: Población de 60 años y Más por Sexo Según Problemas Familiares.....	63
Tabla N° 11: Personas de 60 Anos y Más Según Abuso.....	65
Tabla N° 12: Personas de 60 Años y más por Tipo de Obligaciones Según Sexo	66
Tabla N° 13: Personas de 60 Años y más por Sexo Según Uso del Tiempo Libre	67
Tabla N° 14: Instituciones según modalidad de atención y número de Personas Adultas Mayores a nivel nacional año, 2001.....	71
Tabla N° 15: Hogares de Ancianos en Costa Rica según su población.....	87
Tabla N° 16: Hogares de Ancianos en Costa Rica según su población.....	88
Tabla N° 17: Hogares de Ancianos según su población	91
Tabla N° 18: Distribución del tiempo de vivir en el Hogar de Adultos Mayores Encuestados	94
Tabla N° 19: Persona que lo llevó al Hogar de Ancianos.....	94
Tabla N° 19a: Persona que lo llevó al Hogar de Ancianos.....	94
Tabla N° 20: Cantidad de Adultos Mayores Encuestados que reciben la visita de sus Familiares	96

Tabla N° 20ª: Frecuencia con que los familiares visitan a los Adultos Mayores Encuestados	96
Tabla N° 21: Distribución de las Enfermedades que padecen los Adultos Mayores Encuestados	97
Tabla N° 22: Percepción de los Adultos Mayores Encuestados de la Atención que reciben en la Institución	99
Tabla N° 23: Distribución de los Adultos Mayores Encuestados según participan o no en las actividades de la Institución	99
Tabla N° 23ª: Clasificación de las razones por las cuales los Adultos Mayores encuestados no participa en las actividades de la Institución.....	99
Tabla N° 24: Distribución de los Adultos Mayores Encuestado de acuerdo a si les gusta o no la Alimentación de la Institución.....	100
Tabla N° 25: Frecuencia en que recibe los Alimentos que le Gusta según Adultos Mayores Encuestados	101
Tabla N° 26: Distribución de los Adultos Mayores Encuestados según comparte o no con el resto de sus compañeros	102
Tabla N° 27: Frecuencia Adultos Mayores Encuestados sobre como se sienten en la Institución.....	104
Tabla N° 28: Distribución de las Actividades que la Institución debería ofrecerle al Adulto Mayor Encuestado	105
Tabla N° 29: Distribución del Lugar donde al Adulto Mayor Encuestado le gustaría estar	106
Tabla N° 30: Distribución de los Hogares según si cuentan o no con áreas espaciosa. 	107
Tabla N° 30a: Distribución de las áreas con las que cuentan los hogares según los administradores encuestados	107
Tabla N° 31: Fuentes de recursos de la Instituciones según los administradores encuestados	109
Tabla N° 32: Tipo de Población que atienden las Instituciones según los administradores encuestados	110

Tabla N° 33: Principales requisitos de Ingreso estipulados en la Institución según los administradores encuestados	111
Tabla N° 34: Costo promedio mensual de estancia por Adulto Mayor institucionalizado según datos suministrados por los administradores encuestados	112
Tabla N° 35: Distribución de las Instituciones de acuerdo a la cantidad de Adultos mayores que atiende según los administradores encuestados	112
Tabla N° 36: Distribución de la población de todos los Hogares encuestados según género Distribución de la población de todos los Hogares encuestados según género.....	113
Tabla N° 37: Principales razones de ingreso al Hogar, según la opinión de los administradores encuestados	114
Tabla N° 38: Distribución de tiempos de comida en la Institución según daos suministrados por los administradores encuestados	117
Tabla N° 39: Distribución de los profesionales a los que el Hogar tiene acceso según administradores encuestados	118
Tabla N° 40: Distribución del acceso al servicio de voluntariado que tienen las Instituciones según los administradores encuestados	119
Tabla N° 41: Principales Funciones del Voluntariado según opinión de los Administradores encuestados	120
Tabla N° 42: Clasificación de los servicios que ofrece la Institución para el adulto Mayor según la opinión de los administradores encuestados.....	121
Tabla N° 43: Actividades Recreativas realizadas por los Adultos Mayores	123
Tabla N° 44: Distribución de las opiniones de los administradores según al estado anímico del Adulto Mayor en la Institución	124

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N°1: Distribución del Género de los Adultos Mayores Encuestados.....	93
Figura N° 2: Distribución de los Adultos Mayores encuestados que tiene familia.	95
Figura N° 3: Distribución de los Adultos Mayores Encuestados que padecen o no alguna enfermedad.	97
Figura N° 4: Criterio de los Adultos Mayores Encuestados referente a si reciben atención Médica Inmediata.....	98
Figura N° 5: Principales Comidas que les gusta a los Adultos Mayores Encuestados..	100
Figura N° 6: Principales Actividades que les gusta realizar a los Adultos Mayores Encuestados.	103
Figura N° 7: Distribución de los Hogares según cuentan o no con la Habilitación correspondiente.	108
Figura N° 8: Principales razones, según los administradores encuestados, por las cuales los Adultos Mayores abandonan la Institución.....	115
Figura N° 9: Principales causas de muerte de los Adultos Mayores Institucionalizados según opinión de los administradores encuestados.....	116
Figura N° 10: Principales actividades ocupacionales que realizan los Adultos Mayores en la Institución según opinión de los Administradores Encuestados.	122
Figura N° 11 Clasificación de los Administradores según el porqué consideran que la Institución brinda o no calidad de vida	125

INTRODUCCIÓN

Desde el punto de vista social el proceso de envejecimiento se asocia principalmente con los cambios físicos y la edad, pero científicamente no hay edad exacta a partir de la cual se pueda decir que comienza la vejez. Esta es una condición inherente a la condición del ser humano y constituye una de las etapas de su vida. El estudio del proceso de envejecimiento del ser humano se ha realizado desde una época muy antigua. El envejecimiento de la humanidad es un fenómeno que nos atañe a todos. La vejez es una etapa de la vida en lo que se denomina Adulto y Adulta Mayor.

En Costa Rica desde hace algunos años se ha incrementado la preocupación por el grupo que forman las personas de la tercera edad, que día a día va en aumento y que se prevé que llegue a formar en un futuro un porcentaje importante de nuestra población. Esto se debe en especial a las mejoras que se han estado realizando y se pretenden establecer en áreas como salud y demás aspectos sociales básicamente.

Un ejemplo de ello es que en nuestro país al inicio de los años 70 la ciudadanía de edad avanzada despertó el interés de las Instituciones gubernamentales y privadas; perfilando desde sus inicios acciones en las áreas de salud, promoción, capacitación, docencia, asistencia social, investigación, educación y financiamiento, todas dirigidas al bienestar de esta población.

Algunas de las Instituciones que cubren las áreas anteriormente mencionadas, son: Caja Costarricense del Seguro Social, Instituto Mixto de Ayuda Social, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Ministerio de Educación Pública, Consejo Nacional y Secretaría Técnica de la Tercera Edad, Ministerio de Planificación Nacional, Instituto sobre Alcoholismo y Fármaco Dependencia, Junta de Protección Social de San José, Asociación de Desarrollo Económico Costarricense, Centro de Educación Superior, Asociación Gerontológica Costarricense, Asociación de Desarrollo Económico Laboral Femenino Integral, Cruz Roja, Etc.

Así mismo conforme crece la población de adultos mayores también se incrementa la cantidad de personas que por uno u otro motivo están institucionalizadas en Centros para Adultos Mayores, en algunos casos por decisión propia, en otros por razones ajenas a ellos. Por lo anterior se hace necesario concientizar y sensibilizar a las personas, acerca las situaciones que enfrenta este grupo y establecer factores que sirvan como parámetro a seguir para poder medir la calidad de vida que tienen nuestros adultos mayores en estas instituciones.

Es por ello que planteamos este trabajo, para proporcionar una propuesta de los factores que se deben tomar en cuenta a la hora de analizar la calidad de vida de nuestros adultos mayores que se encuentran institucionalizados en el país.

Capítulo 1:
Objetivos y Justificación de la Investigación

1 OBJETIVOS Y JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION

1.1 Objetivo General:

Establecer los mecanismos de Evaluación de la Calidad de Vida de las Personas Adultas Mayores Institucionalizadas.

1.2 Objetivos Específicos:

- a. Evaluar la Norma de Habilitación y Acreditación utilizada por el Ministerio de Salud para Instituciones de Bienestar Social.
- b. Analizar los parámetros de Calidad utilizados por el Instituto Mixto de Ayuda Social y la Junta de Protección Social,
- c. Realizar un diagnóstico de las actividades complementarias que brindan las Instituciones de Bienestar Social.
- d. Medir el grado de satisfacción de los adultos mayores institucionalizados.
- e. Conocer la opinión de expertos relacionado con los aspectos que con su experiencia una Institución de Bienestar Social debe incorporar para ofrecer calidad de vida.
- f. Diseñar un sistema de evaluación que sirva como herramienta para establecer la calidad de vida que se le debe ofrecer al adulto mayor institucionalizado.

1.3 Justificación

Los primeros establecimientos de atención de personas adultas mayores, se conocieron bajo el nombre de asilos de ancianos, y conforme se fueron desarrollando se les denominó Hogares de Ancianos hasta llegar a lo que hoy se conoce como establecimientos de atención para las personas adultas mayores en sus diversas modalidades, sea: hogares, albergues y centros diurnos.

Estas instituciones de atención nacen como respuesta a una necesidad comunal de brindar atención a la población adulta mayor en estado de abandono e indigencia, que no contaban con vivienda, ni familia que los asistiera, necesidad que actualmente se mantiene.

Es así como se constituyen en asociaciones civiles que atendiendo a la naturaleza del servicio que prestan y estando involucradas en la atención de la salud de las personas, se sometidas a un régimen de regulación por lo cual deben cumplir con los requisitos que al respecto establezca el Estado.

La Defensoría de los Habitantes en su Informe Anual 1997-1998, señaló que el Ministerio de Salud, en su condición de órgano rector de la salud, es el ente responsable de ejercer el control técnico sobre todas las instituciones públicas y privadas que presten servicios relacionados con la salud, en todas sus formas, entre las que se incluyen los Hogares de Ancianos, Albergues, Centros Diurnos y cualquier otra modalidad de atención dirigida a esta población.

Capítulo 1 Objetivos y Justificación de la Investigación

Después del diagnóstico de los establecimientos vinculados a la población adulta mayor, y en atención a lo alarmante de los resultados en cuanto a cumplimiento de requisitos y falta de permisos para funcionar, amén del surgimiento de otros establecimientos de atención, que más allá del objetivo inicialmente asistencial, se avocaron a la prestación del servicio en forma remunerada, sin ni siquiera requerir del aporte estatal, el Ministerio emitió las denominadas “Normas de Costa Rica para la Acreditación de Establecimientos de Atención Integral a las personas de 60 años y más, en Hogares, Albergues y Centros Diurnos”, como instrumento administrativo que contempla una serie de requisitos que deben cumplir los centros de atención para alcanzar los estándares máximos de calidad. Parámetros que han sufrido distintas modificaciones.

En cuanto al apoyo financiero estatal en el fortalecimiento de estas organizaciones, cabe resaltar las disposiciones de la Ley 7935, la cual introduce una nueva modalidad, el cumplimiento de esta normativa por parte de las Instituciones de Bienestar Social es de carácter obligatorio, así lo establece el artículo 54 de la Ley Integral de la Persona Adulta Mayor.

El problema que presenta la norma es que realiza una evaluación en la mayoría de los casos de aspectos del entorno físico, dejando de lado lo que tanto se promueve como es que los establecimientos ofrezcan calidad de vida a sus usuarios. Dentro de este ámbito también es de vital importancia definir que se conoce como calidad de vida, y si estos indicadores se valoran en cada una de las instituciones cual sería el impacto positivo o valor agregado que el usuario tendría.

El que el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, disponga de estos indicadores es vital pues los proyectos que le financie a cada establecimiento permitirá potencializar las habilidades del adulto mayor, cumpliendo con ellos con uno de sus fines.

Además de agregarle a las Normas de Costa Rica para la habilitación de establecimientos de atención integral a las personas adultas mayores, un nuevo capítulo que la hará más efectiva y real.

**CAPITULO 2:
MARCO TEORICO**

2 MARCO TEORICO

Esta investigación se desarrollará en un contexto de Mercadeo Social, por lo cual procederemos a definirlo para comprender mejor su contexto.

El mercadeo social se plantea como una de las herramientas más efectivas para la difusión de las campañas preventivas; se define como "el diseño, la implementación y el control de programas destinados a influir finalmente en la conducta del individuo en las formas que el mercadotécnico considere beneficiosas para el individuo o la sociedad".

El mercadeo social se fundamenta en tres aspectos:

- a. Filosófico: modo de pensar sobre cómo influir sobre el comportamiento humano.
- b. Procesal: en el cual un programa es implementado y puesto en ejecución.
- c. Práctico: grupo de herramientas y conceptos que se usan en el diseño y desarrollo de los programas de cambio del comportamiento.

El elemento que se busca dentro del mercadeo social es *el cambio* de actitudes, comportamientos o habilidades sobre la base de una orientación centrada en el cliente, más que en el producto o en la venta.

El mercadeo social se ha convertido en una manera importante de hacer llegar productos de salud necesarios, a familias de bajos ingresos en países en vías de desarrollo y de incentivar el uso de esos productos. El mercadeo social, tal como lo practica PSI, comprende la distribución de productos de salud necesarios a personas de bajos ingresos, comercializándolos a través de la infraestructura de las organizaciones locales no gubernamentales (ONG) y comerciales existentes y la motivación para un comportamiento saludable.

Un elemento clave para un exitoso mercadeo social es contar con un sistema eficaz de comunicaciones para alentar la adopción de prácticas de salud apropiadas (incluyendo el uso correcto de los productos). Esto se realiza mediante la propaganda de marcas específicas y campañas de educación de productos genéricos, empleando una combinación de estrategias y canales que incluyen medios de comunicación masiva e interpersonal para llegar a la audiencia objetivo.

Los métodos usados tradicionalmente para proporcionar productos de salud a la gente en países en vías de desarrollo a menudo no llegan a la mayor parte de la población, especialmente a los que están en el extremo inferior de la economía. Las entidades comerciales venden productos a altos precios, alcanzables sólo para el uno por ciento más alto de la población, usualmente sin o con poca promoción. Los sistemas de salud pública generalmente no tienen suficientes clínicas, distribuyen un producto genérico que a menudo no es valorado por el consumidor y están manejados por funcionarios de salud que no están capacitados para responder a las necesidades del consumidor. Los ministerios de gobierno están limitados respecto al tipo y naturaleza de las campañas de motivación que pueden emprender.

Los programas de mercadeo social en países en vías de desarrollo relativamente prósperos pueden convertirse, en parte o totalmente, en programas con sustentabilidad financiera. Teóricamente, cualquier programa puede convertirse en sustentable con el simple incremento del precio del producto para cubrir todos los costos. El problema de esta operación en la mayoría de países en vías de desarrollo, particularmente en los más pobres, es que el precio se volvería muy alto para la mayor parte de la población del país. PSI está dedicada a servir a personas de bajos ingresos. Aún cuando un programa de mercadeo social no puede alcanzar su total sostenimiento financiero, PSI puede recuperar un alto porcentaje de los costos de operación a través de los réditos de las ventas y hacer que los programas logren el mayor nivel de sustentabilidad posible por medio de la administración eficiente de los recursos del programa, la venta de múltiples productos para diversificar los gastos generales, el volumen alto de ventas para reducir el costo por unidad y la venta de productos a precios más altos para el subsidio cruzado de los que están a bajo precio.

Capítulo 2: Marco Teórico

No se ha podido dar una clara definición de lo que es el mercadeo social. Lo que se puede decir es que a diferencia del mercadeo generalmente conocido, el mercadeo social tiene como objetivo influenciar el comportamiento social y beneficiar a grandes grupos de la población y a la sociedad en general.

Los programas de mercadeo social no tienen como mercadear un producto o servicio. Su finalidad es distinta, ya sea inducir a las personas a no fumar, conducir moderadamente, o no usar drogas. Los patrocinadores de un programa de mercadeo social intentan conseguir que el mundo sea un mejor lugar donde vivir.

El concepto de mercadeo social abarca una inmensa gama de posibilidades. Incluye cualquier esfuerzo planeado y dirigido para influenciar el comportamiento humano. Esto nos lleva a pensar en las posibilidades de que puede existir buenas y muy malas causas que usen el mercadeo social, esto dependiendo de las intenciones de los organismos gubernamentales involucrados.

No es lo mismo una campaña de mercadeo social dirigida por una Agencia Gubernamental de un país confiable; a la que puede conducir una organización internacional con fines terroristas o de dominación mundial.

En opinión de Yovana Núñez, consultora en comunicación del Proyecto Salud y Nutrición Básica del Minsa, la carencia de una mirada desde la demanda ha originado encuentros y desencuentros entre oferta y demanda, que se ha traducido en menor cobertura debido a que la población desconfía de los servicios y no acude a ellos.

"Pero el mercadeo social busca mirar el servicio desde la demanda y observa las necesidades y las expectativas de la población. Por ejemplo, en mujeres gestante que no acuden al servicio se detecta que no lo hacen porque no se les trata como en su casa y se les recibe en un ambiente frío y lleno de luz", señaló.

Mediante esta herramienta de gestión se recogen las expectativas de los usuarios a través de los grupos focales, entrevista en profundidad que indague lo que piensa la gente y urge de servicios, los beneficios que espera y qué otras cosas le gustaría que le ofrezcan los servicios.

Una de las bases del mercadeo social se relaciona con la consideración del costo / beneficio. A esto se le ha llamado “las 6 P’s del mercadeo”:

- a. *Producto*: se refiere a que la innovación resulte atractiva para el consumidor. El producto en mercadeo social puede tener un componente físico o consistir en ideas, prácticas o servicios. En el caso de estas últimas las organizaciones pueden hacer enlaces con cosas o productos físicos que le hagan posible al consumidor el volver el producto más tangible.
- b. *Precio*: el costo de un producto de mercadeo social puede ser medido en dinero, en tiempo, en valores, en costos culturales o psicológicos o en obstáculos. Hay que recordar que el precio lleva consigo la noción de *valor*, de modo que puede ser más conveniente vender los insumos a bajo costo que distribuirlos gratuitamente.
- c. *Puesto*: se refiere a los medios de distribución usados para poner el producto, servicio, idea a disposición de la población a servir. Es decir, hace referencia a que no se presenten barreras en la posibilidad de acceso de los usuarios a los bienes, servicios o ideas ofrecidos.
- d. *Promoción*: es un área amplia del mercadeo que incluye la publicidad, el diseño y difusión por medio de comunicaciones masivas, material impreso e interacción personal y la modificación de la campaña. En general implica el estar seguro de que las realidades positivas del ofrecimiento son cabalmente comprendidas por los consumidores potenciales.

- e. *Políticas*: el mercadotecnista social debe asegurarse que no existen oposiciones masivas por parte de ciertos grupos sociales o de la ley que impidan la introducción de la innovación en la comunidad. El mercadotecnista debe buscar los medios de allanar estos obstáculos para facilitar la meta de su mercadeo.

- f. *Relaciones públicas*: implica la seguridad que no existen sectores de población significativos que se opongan al cambio propuesto, y además el conseguir el mayor respaldo posible por parte de todos los grupos de la comunidad. Para conseguir esto antes de trabajar con las poblaciones-blancas, las campañas deben orientarse hacia el cambio de los esquemas de pensamiento de los grandes opositores o de aquellos que se manifiestan indiferentes.

2.1 La Calidad de Vida como Categoría Socioeconómica y Política.

El término de calidad de vida se ha transformado en un concepto que va de lo útil, en el buen sentido pragmático, a lo peligroso o generador de ojeriza contra quien lo usa. Ello depende de si cuestionan o no las estructuras de poder.

El origen del término “calidad de vida” quizá sea reciente en el campo de la Economía y mucho más en el campo de la Salud.¹ Pero al concepto de calidad de vida hay que buscarle el origen en el periodo del Renacimiento cuando el hombre comenzó a tomar una nueva conciencia de los determinantes de sus existencias en obras como las de Moro, y Campanella, donde se proponía una sociedad perfecta (utopía) donde se cuidaba fundamentalmente de las actividades del modo de vida como de trabajo, nutrición, ejercicio, recreación, actividad sexual; como objetivo para lograr una vida con calidad, bienestar y salud.

¹ González Pérez, V. Calidad de Vida y Salud. Dilucidación de un concepto. Informe científico. ISCM, Habana, junio, 1995.

Capítulo 2: Marco Teórico

Este paso vinculaba a las ciencias de la salud y las ciencias medicas a la necesidad de relacionarse con conceptos, tales como: calidad de vida, nivel de vida, condiciones de vida y estilo de vida, lo cual va integrando una estructura conceptual de un enfoque biosocial de la salud, ala vez que su conocimiento permite estimar la calidad de vida.

El modo de vida incluye toda la actividad socializada, sistemática y necesaria (vital) que vincula de forma activa a los grupos humanos al modo de producción. El modo de vida está integrado por actividades tales como: trabajo, estudio, nutrición, sueño, actividades físicas, recreativas, sexuales, religiosas, relaciones humanas, etc.

El nivel de vida se refiere solo a los aspectos económicos y materiales en que se desenvuelve la vida; incluye salario, las propiedades, equipamiento, vivienda, mobiliario, en fin, la capacidad de consumo en su sentido más amplio.

Condiciones de vida puede definirse como el contexto material, espiritual y de actividad en el que transcurre la vida de las personas; es un concepto globalizador, y generalmente se le relaciona con fenómenos económicos y sociológicos, pero su contenido puede extenderse hasta la individualidad psicológica y espiritual. Se puede decir que es el contexto modulador de la vida y la salud.

Cuando estos conceptos se incorporan en el estudio de la salud y la vejez, es fácil entender que cuando se garantiza un mínimo de higiene en relación al control de los agentes biológicos, la tarea central de las ciencias de la salud se debe desplazar al mejoramiento de la calidad de las condiciones de vida y a una buena relación de las actividades del modo de vida.

Toda esta trama de conceptos ayudan a entender que la salud y el logro de una vez saludable y feliz no se resuelve en el terreno de la medicina solamente; hay que mejorar la calidad de las condiciones sociales de vida y esto es tarea de temas de salud, regulaciones legales que garanticen la equidad, protejan al consumidor, enfrenten las adicciones y los hábitos tóxicos, la contaminación, lograr que la protección de los viejos tenga un gran sentido social y personal.

2.2 Valoración de la Calidad de Vida

La calidad de vida debe ser valorada desde la presencia de las condiciones materiales y espirituales de vida imprescindibles para facilitar el desarrollo psicobiológico y social que los criterios técnicos determinan para cada lugar y época, hasta el grado de satisfacción personal de cada individuo con las condiciones de vida que ha alcanzado.

Tales planteamientos permiten que se argumente que la calidad de vida tiene un aspecto objetivo y otro subjetivo.²

El aspecto objetivo significa la utilización del potencial intelectual emocional y creador del hombre dependiendo de cada individuo, de las condiciones sociales y las circunstancias externas que le permitan un pleno desenvolvimiento y desarrollo de sus capacidades en la vida a cualquier edad.

El aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción de los individuos y por la percepción que se tenga de las condiciones globales de vida, traduciéndolos en sentimientos positivos o negativos.

La combinación de ambos factores en la determinación de la calidad de vida posibilita el desarrollo integral de la personalidad, dado por las capacidades del individuo y las circunstancias externas que lo facilitan o lo entorpecen, sumándose el elemento subjetivo, o sea, la valoración que hace el individuo de su propia existencia.

² Buendía, José. Gerontología y Salud, Perspectivas Actuales. Editorial Biblioteca Nueva, S.L. Madrid, 1997.

Valorar la calidad de vida del viejo también lleva implícito un problema generacional y motivacional, y la familia (entre otras instituciones) en ocasiones no considera estos aspectos subjetivos del viejo que para las nuevas generaciones no tienen sentido. Problemas tales como el apego a la vivienda, a la ciudad, al centro de trabajo, al círculo de amigos, a tradiciones, a objetos que lo acompañaron y que ya pueden considerarse obsoletos, necesidad de opinar o tomar decisiones, etc; y que pueden darle al viejo la calidad de vida que el necesita. Esta sensibilidad para cuidar la vida y la vejez tiene que ser cultivada por el Estado, por las instituciones sociales y por la familia.

Todo lo anterior evidencia que el concepto calidad de vida se manifiesta en su aspecto más general como una categoría socio-económica y política, pues se sustenta en determinado desarrollo económico, cultural, jurídico, ético y un sistema de valores sociales, que son los que permiten que la vida tenga o no la calidad que se acuerdan como consenso.

La calidad de vida estudiada en al Tercera Edad, debe enfocar los siguientes aspectos:

- a. Estado de la salud de la población anciana.
- b. Determinar factores de riesgo.
- c. Predecir discapacidades e incapacidades de este grupo poblacional.
- d. Seguridad económica y material.
- e. Protección social y familiar.
- f. Participación y reconocimiento social.
- g. Satisfacción, bienestar, mantener ingresos.

El estudio de la calidad de vida en la Tercera Edad ha estado bastante restringido a las personas enfermas, al igual que ocurre con el tratamiento del tema en otras etapas de la vida. Los estudios sobre calidad de vida en personas sanas han sido por tanto, menos frecuentes.

Asimismo, la introducción del concepto de estado funcional y medición ha contribuido en mucho a la evaluación de la calidad de vida del anciano, pues la medición funcional incrementa la comprensión acerca del curso de la salud, tomando en cuenta lo biológico, lo conductual y el medio ambiente y su influencia en el envejecimiento. Al mismo tiempo, la evaluación funcional ofrece información no solo utilizable en cuanto al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de pacientes ancianos, sino que permite profundizar en aspectos relativos a la discapacidad.

La evolución geriátrica como método de trabajo ha aportado también, de forma directa e indirecta, a la valoración de la calidad de vida de los ancianos; al mismo tiempo, ha tomado gran auge en los últimos años y ha proporcionado un continuo perfeccionamiento de instrumentos y conceptos.

La evolución geriátrica intenta cuantificar el estado del anciano en su dimensión bio-médica, psicológica, social y funcional lo que le ofrece una óptica interdisciplinaria.

2.3 La Medición de la Calidad de la Vida.

El concepto de Calidad de Vida como expresión del Desarrollo presenta dimensiones de naturaleza cualitativa, que plantean desafíos para su medición. Al respecto, A. Toffler dice que:

"...todas las naciones modernas mantienen una complicada maquinaria para calibrar las realizaciones económicas. Conocemos, virtualmente al día, las direcciones del cambio con respecto a la productividad, a los precios, a las inversiones y a otros factores similares. Gracias a un aparato de "indicadores económicos" podemos aquilatar la salud general de la economía, la velocidad del cambio de ésta y las direcciones generales del cambio. Sin estas mediciones nuestro control de la economía sería mucho menos eficaz. En cambio, carecemos de sistemas de medición, de aparatos de "indicadores sociales" que nos digan si la sociedad, como algo distinto de la economía, goza también de buena salud. No tenemos patrones de la calidad de vida. No tenemos índices sistemáticos que nos revelen si los hombres están más o menos desligados entre sí, si la educación es más eficaz, si el arte, la música y la literatura están en auge, si el civismo, la generosidad o la amabilidad se desarrollan favorablemente, no tenemos un índice del medio ambiente, un censo estadístico para medir si las condiciones de vida del país mejoran de un año a otro."

El problema de los indicadores de calidad radica en encontrar una definición operativa y aceptada generalmente, respecto al significado de calidad.

Pese a las dificultades enunciadas, no podemos renunciar a su búsqueda, ya que los criterios anteriores de medición están cuestionados por incompletos.

Sin embargo, esa búsqueda de indicadores de calidad de vida se facilita porque los mismos abarcan los de "nivel de vida" elaborados por las diferentes ciencias sociales en su búsqueda de explicación a las causas del atraso de las sociedades subdesarrolladas.

A través de esos estudios, podemos precisar las dimensiones a las que se refiere la calidad de vida como un estilo de desarrollo integral: Este comprende la interrelación de a) lo demográfico, b) lo ambiental, c) lo económico, d) lo económico-social (*vivienda, salud, etc.*), e) lo social (*en su sentido específico: estratificación social, estratos ocupacionales, etc.*), f) lo cultural (*factores étnicos, la población*), g) lo político, h) lo psicosocial

Integrar la dimensión psicosocial significa intentar medir la calidad de vida no solo a partir de indicadores objetivos, sino también subjetivos .

Los indicadores subjetivos derivados de los "estudios de percepción" presentan interés especial porque renuncian a las estadísticas tradicionales. Intentan captar las reacciones del individuo, cosa importante porque permite evaluar los elementos intangibles de la calidad de la vida.

Las encuestas de percepción y actitud son la fuente principal de los indicadores subjetivos de la calidad de vida. A través de ellas se busca conocer la actitud de los individuos respecto a su adaptación y satisfacción a la comunidad, su adaptación y satisfacción al trabajo, su estabilidad familiar, mental y emocional; la utilización de su tiempo de ocio; el grado de libertad, seguridad, creatividad, responsabilidad, personalización, solidaridad, participación, eficacia, etc., de un determinada población.

Esta dimensión psicosocial es la que por ahora es más difícil de cuantificar.

Concluyendo, respecto a esta cuestión de la medición de la calidad de vida, señalaremos algunas problemáticas que en base a lo expuesto urge considerar:

Se debe estudiar el crecimiento dividido por razones analíticas en dos aspectos, cuantitativo y cualitativo, mezclados de diferentes modos y en diferentes lugares y en diferentes estados de desarrollo.

Los indicadores deben ser instrumentos orientados a dirigir el cambio social. Se deben elaborar indicadores de calidad de vida que funcionen como monitores de las estrategias de crecimiento adoptadas.

Se debe investigar en forma sistemática y de los puntos más dispares, cuál es el nivel de vida de una sociedad y cuáles son los valores objetivos reconocidos y comprobados que determinan los aspectos positivos de lo mismo. Definir las necesidades según una escala normativa que responda explícitamente a los valores sociales y perfeccionar indicadores que reflejen la satisfacción de las necesidades. Se deben poner el énfasis en determinar indicadores sociales específicos (*por ejemplo: grado de bienestar de una sociedad, participación, solidaridad social, organización, etc.*).

Es necesario profundizar el estudio de los indicadores más nuevos de calidad de vida, como son los ambientales y psicosociales, y la forma de integrarlos en un enfoque unificado de cambio social.

El deterioro del medio ambiente, causado por la acción del hombre, debe ser reconocido, cualificado y cuantificado. Se debe estudiar la transición óptima entre la excelencia ambiental y el crecimiento económico.

Se debe estudiar cómo relacionar las diferentes políticas específicas para lograr un verdadero desarrollo integral, armónico y equilibrado.

La evaluación del grado de justicia social de una sociedad es crucial para la determinación de su calidad de vida. Para realizarla, debe contarse con normas de justicia social. En este ámbito, además de buscar apoyo en las normas legales o constitucionales, se debe recurrir eventualmente a alguna teoría articulada de justicia social con respecto a estos ideales y que proporcionen también la base racional para preferirlos a otros.

Simultáneamente es indispensable incorporar al análisis la constante confrontación de los procesos de desarrollo reales con los derechos que representan un consenso internacional acerca del contenido de un orden social justo. Ello significa no dejar de lado los valores de justicia social, bienestar humano, participación y libertad respecto de los cuales la comunidad internacional ha llegado a un acuerdo.

2.4 Utilidad del Concepto "Calidad de Vida"

En líneas generales, para Schalock (1996), la investigación sobre Calidad de Vida es importante porque el concepto está emergiendo como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas. No obstante, la verdadera utilidad del concepto se percibe sobre todo en los servicios humanos, inmersos en una "Quality revolution" que propugna la planificación centrada en la persona y la adopción de un modelo de apoyos y de técnicas de mejora de la calidad.

En este sentido, el concepto puede ser utilizado para una serie de propósitos, incluyendo la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población general y a otras más específicas, como la población con discapacidad.

2.5 Líneas de Investigación sobre Calidad de Vida en Distintos Ámbitos de los Servicios Humanos.

En los últimos 10 años las investigaciones sobre Calidad de Vida han ido aumentando progresivamente en diferentes ámbitos del quehacer profesional y científico.

Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas. Ello ha llevado a poner especial acento en un término nuevo: Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social.

Las tradicionales medidas mortalidad / morbilidad están dando paso a esta nueva manera de valorar los resultados de las intervenciones, comparando unas con otras, y en esta línea, la meta de la atención en salud se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la Calidad de Vida del paciente. Actualmente hay importantes trabajos realizados sobre intervenciones en personas con cáncer, SIDA, asma y esclerosis múltiple, entre otras.

Desde la psiquiatría y la psicología se realizan evaluaciones de Calidad de Vida con el fin de medir los resultados de programas y terapias para enfermos crónicos, en especial personas con esquizofrenia y con depresión mayor. Ha tenido una importante atención la reflexión sobre los efectos de la desinstitucionalización tanto sobre los sujetos como sobre las familias a partir de la conocida reforma psiquiátrica. También se han estudiado las repercusiones del grado de apoyo social, el funcionamiento personal y el nivel de autonomía en la Calidad de Vida.

Las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una vida de Calidad varían en función de la etapa evolutiva, es decir que la percepción de satisfacción se ve influida por variables ligadas al factor edad. Ello ha dado lugar al análisis de los diferentes momentos del ciclo evolutivo: la infancia, la adolescencia y la vejez. En la infancia y la adolescencia los estudios consideran, en función de la edad, cómo repercuten situaciones especiales (la enfermedad crónica particularmente: asma, diabetes, por ejemplo) en la satisfacción percibida con la vida. Se ha puesto el acento en la perspectiva de evaluación centrada en el propio niño, contrastando con la tendencia a efectuar la evaluación sólo a través de informantes adultos, como pueden ser padres, maestros o cuidadores. En tercera edad los estudios han prestado especial atención a la influencia que tiene sobre la Calidad de Vida, las actividades de ocio y tiempo libre, el estado de salud física, y los servicios que reciben las personas mayores.

2.6 El bienestar de los Ancianos

No puede pasarse por alto la importancia de considerar el bienestar en las investigaciones sobre calidad de vida en el anciano.

De esta forma, el bienestar, desde una perspectiva subjetiva se ha definido como satisfacción por la vida, felicidad, moral; conceptualizándose también como la valoración global de la calidad de vida que la persona realiza en función de criterios propios.

La satisfacción o bienestar personal se expresa en la valoración individual que hace el sujeto de una condición, característica o estado cualquiera de su propia vida, comparada con un patrón de referencia externo o con sus propias aspiraciones. Refleja sentimientos de optimismo, de cumplimiento de objetivos y de autoestima positiva.

El bienestar o la satisfacción personal es un constructo subjetivo delimitado por los factores objetivos del contexto social en que está inserto el individuo, que condicionan sus aspiraciones y necesidades fundamentales por medio de la compleja red de normas, valores y relaciones sociales que se entretienen en el funcionamiento de cada sociedad.

En el estudio de la vejez es de crucial importancia tomar en cuenta las consideraciones teórico-metodológicas relativas al bienestar subjetivo para la evaluación de la calidad de su vida, pues varios estudios han demostrado que el bienestar no declina con la edad y permanece relativamente independiente de las circunstancias objetivas en que transcurre la vida del anciano y de su propio estado de salud.

Existen instrumentos de evaluación de la calidad de vida que representan tentativas para especificar, en términos concretos, que es exactamente el significado de un concepto que no es una idea acabada ni unidimensional. Como cualquier otro concepto abstracto o constructo, la calidad de vida puede ser medida de muchas formas diferentes: por ejemplo ha sido operacionalizada en términos de capacidades y limitaciones físicas individuales, síntomas del funcionamiento emocional e intelectual y acerca del desempeño del rol psicosocial respecto al ocio, el trabajo y la vida familiar, así como también, y bastante generalizado, en términos de bienestar.

La gran riqueza del concepto de calidad de vida requiere no solo que se evalúen en su estudio múltiples dimensiones, sino que se usen múltiples medidas de cada dimensión que se estudie, más que indicadores particulares.

Los indicadores más frecuentes en los instrumentos diseñados para medir calidad de vida son:

- a. Dimensión física de la salud.
- b. Dimensión psíquica de la salud.
- c. Dimensión social de la salud.
- d. Autopersepción de la salud.

2.7 La Persona Mayor en el Modelo Familiar

El cambio social inicio el tambaleo de los valores vinculados a la familia tradicional y al respecto de papeles en su seno. La evolución del papel de la familia influye en las relaciones entre sus miembros y han implicado una serie de modificaciones relativas a los cuidados en la vejez. Estos factores de cambio, unidos a una mayor calidad y esperanza de vida, hace que el planteamiento del cuidado de las personas mayores sea fuente de preocupación para los servicios sociales y la administración. Ahora bien, aunque algunas de las necesidades de la familia (educación reglada, curación de la enfermedad, cuidado de los ancianos...) las cubren organizaciones que son ajenas a ellas, las decisiones básicas se siguen tomando en el seno de la misma.

Las familias deciden a que colegio asistirá su hijo o si es conveniente institucionalizar a un miembro de la misma para su cuidado. No podemos obviar que la familia juega un papel fundamental en la toma de decisiones que afecta a alguno de sus miembros. Cuando se ha pensado institucionalizar al anciano para su cuidado, excepto en casos puntuales, es la familia quejan ha tomado la iniciativa de tal decisión.

Se escucha muy a menudo una polémica que surge de la cuestión de si el anciano está mejor atendido en casa o en la residencia. Como en toda polémica, hay diversos puntos de vista y mucha valoraciones a hacer, quedando la posibilidad dicotómica de si o no descartada por completo, el lema más ajustado es: “en casa mientras sea posible, en la residencia cuando sea necesario”.

Independientemente del modo en que se lleve la vejez, no hay nadie más interesado que el propio anciano en saber y decidir qué es lo que quiere hacer con su vida.

Como a la mayoría de la gente, a los Adultos mayores les gusta conservar y tener su independencia, lo que comprende, espacio físico, familia y aspecto económico. Debería observarse que, siempre que sea posible y no haya alguna incapacidad grave, las personas mayores han de conservar su independencia física respecto de los hijos o los restantes familiares cercanos.

Pero, hay situaciones en las que esto solo no es suficiente, especialmente si hay enfermedad crónica o discapacitante, o cuando la edad es demasiado avanzada para afrontar una vida en solitario. Es en estos momentos en los que hay que tomar una decisión apropiada, la familia debería intervenir y colaborar con la persona mayor, atendiendo a las posibilidades, valorando los recursos disponibles y siempre pensando en el bienestar del anciano.

No siempre resulta fácil para la familia tomar la decisión de llevar a la persona mayor a una residencia, pero en algunas circunstancias, por ejemplo: si existe una enfermedad degenerativa e incapacitante para el Adulto Mayor, o bien ningún familiar cercano puede responsabilizarse; resulta inevitable. Pero aunque no exista una circunstancia así, llevar a una persona mayor para su cuidado a una residencia supone una responsabilidad que pesa en los familiares y puede acarrear una serie de problemáticas de orden psicológico: encomendar el cuidado del Adulto Mayor a una institución, es conceptualizado por muchas personas como un afán de descargarse egoístamente.

2.7.1 ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es parte integral y normal del desarrollo biológico del hombre y no se caracteriza precisamente por una simetría, cada parte del organismo envejece a ritmos diferentes, y aunque en todo el mundo este proceso es similar, el fenómeno del envejecimiento es siempre particular. Así el significado que le atribuye cada sociedad lo convierte en un concepto más cultural, sin olvidar que es un proceso biológico, social y psicológico.

En Costa Rica se considera persona adulta mayor, a toda persona de sesenta y cinco años y más.

El envejecimiento concebido como un proceso que experimentan los individuos se puede examinar en su aspecto biológico o desde el punto de vista social. Sin negar que envejecer es un fenómeno natural, inherente a la finitud biológica del organismo humano, cabe subrayar que son las características de la sociedad las que condicionan tanto el promedio de años de sus habitantes, como su calidad de vida durante los años de vejez.

La concepción del envejecimiento como un proceso social admite, a su vez, diversos enfoques. Entre ellos se destaca el abordaje sociológico, cuya unidad de análisis es la sociedad y cuya atención se centra en el estudio de las características de la sociedad y en la forma en que estas configuran similares oportunidades y condiciones de vida para la categoría de los adultos mayores. Otro enfoque de índole más psicológica, cuya unidad de análisis son los individuos que envejecen, hace hincapié en la manera en que estos enfrentan su proceso de envejecimiento. Una combinación de los dos anteriores es el enfoque psicosocial, que se interesa por la forma en que los individuos entendidos como miembros de una categoría social, encaran su envejecimiento dentro de un contexto social que los condiciona.

El envejecimiento es un proceso individual de adaptación a condiciones cambiantes provenientes del propio organismo, del medio social o de ambos, cuyo carácter dependerá de cómo se encaren y resuelvan los problemas. Aceptar y asumir las pérdidas inevitables permitirá sentirse satisfecho con la vida y no temer a la muerte. Este enfoque privilegia la idea de que cada individuo es el artífice de su destino personal, ya que elabora una forma peculiar de enfrentar la realidad de su vejez y de adaptarse y actuar dentro del marco definido por su sociedad. La perspectiva psicosocial centra entonces la atención en la forma en que los ancianos logran adaptarse a las condiciones que les ofrece la sociedad, cómo buscan respuesta a los problemas que se les presentan, y como asumen pérdidas y frustraciones.

Se considera que un adulto mayor tiene un buen nivel de bienestar cuando es capaz de enfrentar los cambios que ocurren en su organismo y en su medio social con su grado de adaptación adecuado- vale decir de aceptación y respuesta- y de satisfacción personal. (Sánchez, Melba 1997).

Las necesidades básicas, según el autor, son cinco, y la satisfacción de cada una de ellas prima sobre la satisfacción de todas las que le siguen:

- a. Necesidades fisiológicas: Respirar, comer, beber, evacuar, dormir, tener calor y abrigo, etc.
- b. Necesidad de seguridad: Contar con protección frente a todas las amenazas (físicas, económicas y / o psicológicas, sociales)
- c. Necesidades de pertenencia a grupos: Incluye la obtención de afectos, amistosos, amorosos, etc.
- d. Necesidad de ser estimados: Se relaciona con la persecución de prestigio, del poder.
- e. Necesidades de autorrealización: Se refieren al impulso que lleva a desenvolver todas las capacidades de la persona.

2.7.2 Las teorías relativas a la naturaleza y la condición de los(as) mayores en las Residencias

Interesan estas teorías porque proponen unas interpretaciones de las personas mayores, que arrastran tras de sí modos de tratarles.

El trato que reciben las personas deriva de la representación que de ellas se tenga. Las representaciones en torno a la vejez residenciada, según Memin, Ch. (1984), muestran que no se tiene muy claro quién es una persona mayor. Dice la autora:

“...para determinadas gerontologías, a un anciano hay que tratarle: o como si todavía fuese un adulto, o como si fuese un niño, o como si el fuera más que nada un enfermo, o como si ya no tuviese otro proyecto vital que morirse.”

La concepción que se tiene de las personas mayores en general, y de quienes son residentes en particular, está frecuentemente plasmada en modelos que suelen ser a la vez una “teoría de la Tercera Edad” y unas herramientas para establecer las necesidades que supuestamente el colectivo de la gente mayor necesita cuando pasa a vivir en una Residencia.

En España tienen la mayor relevancia las teorías que se centran en las relaciones entre ambiente y vejez. Es un enfoque que se apoya en un importante esfuerzo analítico y de investigación. No obstante, también hay otros planteamientos, que tiene interés analizar, siendo algunos de ellos muy relevantes en Estados Unidos y en otros países de la Unión Europea.

El repertorio de las teorías que van a examinarse es el siguiente:

- a. Teorías del deterioro y de la pérdida de competencia.
- b. Teorías del ciclo vital y de la subcultura.
- c. Modelo funcionalista de la desvinculación y de la modernidad.
- d. Teoría del rol y de la clasificación por edades.
- e. Teorías de la interdependencia entre ambiente y vejez.

2.7.3 Rasgos Discriminativos

Se ha indicado que las teorías del deterioro de la pérdida de competencia tiene una gran relevancia en la concepción de los residentes, tanto por su peso específico cuando proporcionan modelos de análisis, como por su penetración en la mayor parte de las restantes teorías.

“Dependencia” en relación con “pérdida” aparecen como dos apoyos para el aparato conceptual. Esas categorías aparecen explícitas en variados niveles de análisis, que tratamos de resumir en este Cuadro:

Rasgos discriminativos	Explicitación
Pérdidas	De lugar de residencia. De seres queridos (amigos, cónyuge). De capacidades funcionales. De capacidades mentales De actividad laboral. De recursos económicos. De interés hacia el entorno social. De vida sexual.
Dependencia física	Limitaciones para el desempeño de las A.V.D.: – En el cuidado de sí mismo. – En el manejo del entorno.
Dependencia emocional	Limitaciones para la expresión de sentimientos (retirada emocional, depresión, etc.).
Síndrome de la institucionalización	En la auto imagen. En la proyección social. En la salud. En la satisfacción existencial.

En el caso de las Residencias que son lugares para vivir de forma permanente, los objetivos de la organización parece que deberían resultar de la “interfase” entre la dimensión “hogar” y la dimensión “centro gerontológico”. De hecho, lo esencial que ha rendido el análisis de contenido ha sido la reflexión que existe en los textos consultados, referida a la siguiente aporía:

¿Es viable la organización de un centro que produzca las funciones de un hogar, cuando tiene que organizarse como un centro gerontológico?

La información que se ha sistematizado, se ofrece seguidamente. Se presentan cuatro repertorios de objetivos, que incluyen todos los que aparecen mencionados en relación con modelos de organización de los Hogares de Ancianos:

- a. Minimizar el efecto institución
- b. Conseguir el control sobre el medio institucional
- c. Preservar y promover la autonomía de los (las) residentes
- d. Desarrollar en los residentes la posibilidad de elección

2.8 Definiciones

Institución: centros destinados a servir de lugar de residencia a las personas

Institucionalización: hecho de vivir en estos centros

Ancianos institucionalizados: a las personas que viven en ellos

2.9 Intervenciones para minimizar el trauma del traslado

Según la experiencia acumulada las secuelas de la institucionalización tienen una elevada prevalencia entre los (las) residentes.

Aunque el trauma al traslado es más probable en los primeros meses de estancia también pueden manifestarse las consecuencias en cualquier otro momento posterior.

A tenor de lo que se escribe, parece ser que las medidas para minimizar el efecto deben incluir a toda la población residienciada y prolongarse a lo largo de todo el tiempo de permanencia.

Capítulo 2: Marco Teórico

Las intervenciones requeridas según los autores consultados implican:

- a. Diagnóstico
- b. Tratamiento, intervención
- c. Seguimiento
- d. Mantenimiento
- e. Generalización de los resultados

Por lo tanto para minimizar el efecto institución las intervenciones se pueden desagregar en fases, que se examinan seguidamente.

Se ha indicado que las medidas tienen que iniciarse antes del ingreso y que deben de continuar durante toda la estancia.

Fases	Materiales para el diagnóstico y la evaluación
En el preingreso: realizar un programa de preparación para el ingreso Siguen las medidas de prevención desde el ingreso; requieren un conocimiento de los datos del Adulto Mayor Se prolongan con tratamientos específicos cuando sea necesario. Sobre todo en los primeros meses Se añade que, una vez se den por concluidas tales medidas debe de hacerse un seguimiento periódico	Se sugiere utilizar: –El “Grupo de datos fundamentales” (GDF) (Cf. Fernández , R., et al. 1995) –Los protocolos de información en el ingreso (Cf. Neill, J., 1993)

2.10 Desarrollar en los residentes la posibilidad de elección

2.10.1 Planeamiento y origen de este objetivo

Los (las) residentes tienen más o menos capacidad de elegir :

- a. Lo que quieren (o no quieren) hacer (dentro o fuera de la institución);
- b. Y cuando hacerlo (no hacerlo)

Esta capacidad de elección se pone a prueba en un Hogar tanto en las actividades cotidianas como en las excepcionales. Por ejemplo:

- a. En la oferta de horarios (p.e., de comedor)
- b. En el repertorio de actividades de libre elección (p.e., en el ámbito del entretenimiento)
- c. En la variedad de los servicios (p.e., en los menús)

Se sabe que esa posibilidad de que los (las) residentes conserven una adecuada capacidad de elección depende, entre otros factores, de:

- a. El tamaño de la Residencia (ni muy grandes, ni muy pequeñas).
- b. Los recursos y prestaciones (es decir, todo lo que se paga por la plaza).
- c. Las pautas de organización (p.e., de los Reglamentos internos)

Por esa razón, se considera que se puede contribuir a desarrollar en los residentes la libertad de opción diseñando modelos de organización que contemplen este objetivo.

2.10.2 Dentro de la Residencia

La Residencia, en teoría, supone un entorno en el que sería más fácil la comunicación por el número de personas que allí conviven. Igualmente parecería que la comunidad de edades y de experiencias podría facilitar la interacción. Sin embargo, parece que para lograr que estos diálogos se anuden y se mantengan frecuentemente hay que organizar actuaciones específicas y, que los resultados no siempre son buenos.

Barenys, M.P. (1991), abre una luz para la explicación de este fenómeno:

“En las Residencias de ancianos coinciden personas que han ido a parar allí de lugares y de origen diversos, con historias de vida, costumbres, ideas, gustos peculiares a los que es difícil renunciar o acomodar. Las Residencias son un conjunto de personas, mujeres y hombres que se encuentran en contacto físico más o menos resignadamente, y que se pretende constituya en una “familia” pasando por encima de todos los condicionamientos de su pasado, sobre la vaciedad de su situación actual y sobre la inexistencia de un proyecto futuro. Los colectivos humanos de las residencias corren el peligro de constituir un mera suma de individuos.

Según lo expuesto, un rato de conversación sería lógico esperarlo entre las personas que viven juntas. Pero al mismo tiempo si la convivencia es impuesta, ese rato de conversación, en vez de ser ameno, se convierte en obligación, por lo que no sería de extrañar que hasta se intentara n algún momento eludir”.

Las residencia no son deseadas por l inmensa mayoría de la población mayor. Se ven como un recurso in extremis. No se ha profundizado mucho en las causas de este desapego, pero se sabe que suele referirse a la ruptura de vínculos, de espacios y de hábitos que generan el traslado a las residencias (Cf. Martín Serrano, M. 1999).

2.11 Antecedentes Nacionales e Internacionales

2.11.1 Panorama mundial

El envejecimiento de la población se ha convertido en un tema de atención creciente en todo el mundo. En el ámbito internacional el Sistema de Naciones Unidas ha venido promoviendo una serie de Cumbres Mundiales y Conferencias Regionales con el objetivo de contemplar acciones orientadas a contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las personas adultas mayores.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas pronostica³ que en los próximos decenios, todos los países experimentaran algunos cambios en su estructura de edades. La adaptación a las nuevas realidades cambiará las relaciones entre las generaciones, así como los enfoques del trabajo, la atención de la salud y la educación. En los países en desarrollo, las personas mayores por lo general trabajan durante tanto tiempo como les es posible y sólo unos pocos grupos privilegiados reciben pensiones de jubilación. En los países industrializados, las personas jubiladas tal vez deseen suplementar sus ingresos o simplemente ser útiles, pero pueden encontrar pocas maneras de lograrlo. En las partes más prósperas del mundo a medida que se prolonga la vida activa, esta surgiendo una "tercera edad", en que los ancianos exigirán una mayor participación en la vida económica y social. Este fenómeno será impulsado por la generación correspondiente a la explosión demográfica", a medida que dicha generación avance hacia edades mayores.

³ FNUAP. Estado de la Población Mundial 1998 Las Nuevas Generaciones. Estados Unidos de América, 998.

Las variaciones en la esperanza de vida y las oportunidades sociales y económicas están cambiando las expectativas y los deseos de las personas en lo concerniente a sus familias. El efecto acumulado del acelerado cambio social ya es evidente y está obligando a adaptar las expectativas y los conceptos sociales tradicionales. Los lineamientos generales de algunos de los cambios que se avecinan son claros:

- a. Los progenitores reconocerán cada vez más que grandes cantidades de hijos no garantizarán que estos han de contribuir a mantenerlos, y que educar y velar por una cantidad más pequeña de hijos podría ser una mejor inversión.
- b. Las familias tendrán mayor cantidad de miembros adultos mayores. Será más frecuente que más de una generación de personas mayores esté viva al mismo tiempo. Mayor cantidad de familias tendrá dependientes jóvenes y adultos mayores. Cambiarán las estructuras de los hogares y se ajustarán en consecuencia las relaciones entre las generaciones.
- c. A medida que va aumentando la longevidad y se va aplazando el momento de tener hijos, las familias pueden tener a cargo progenitores adultos mayores y a niños de corta edad, al mismo tiempo. La carga de satisfacer las necesidades y las expectativas, tanto de los adultos mayores como de los jóvenes, puede ser considerable, no sólo en lo concerniente a sus necesidades económicas y emocionales, sino al estrés cotidiano y las tensiones a largo plazo en las relaciones de familia.
- d. La esperanza de vida saludable va en aumento, a medida que va aumentando la esperanza de vida en general. Los "nuevos adultos mayores" están mejor educados y son más sanos que las anteriores generaciones de ancianos y desempeñan papeles más activos y productivos en sus sociedades. Asimismo, tal vez estén en mejor posición económica.

- e. La carga de enfermedades y las causas de mortalidad se desplazarán hacia edades mayores, como resultado de los cambios en la estructura de edad y sexo de la población, de los cambios generales en las tasas de mortalidad y morbilidad durante todo el curso de la vida. Habrá un continuo decrecimiento en la mortalidad debida a enfermedades infecciosas y se espera que todas las regiones se aumenten las defunciones debidas al cáncer y enfermedades del aparato circulatorio.

- f. Los mecanismos oficiales de apoyo a los adultos mayores - instituciones y entidades comunitarias - pasarán a ser más importantes a medida que las personas vivan durante mas tiempo y más independientes. Para los adultos mayores de edad más avanzada y más frágiles, la transición desde la vida en condiciones independientes hacia la internación en una institución o la atención permanente es difícil y debe ser manejada con delicadeza.

En este sentido, Naciones Unidas hizo un llamado a tener presente que el envejecimiento en el siglo XXI no tiene precedentes en la historia de la humanidad, por lo que se constituye en un desafío importante y exige un cambio fundamental, del modo en que las sociedades se organizan y consideran a las personas adultas mayores. De acuerdo con una publicación realizada el 26 de octubre de 1998, por la División “Población” de las Naciones Unidas, una actualización de los cálculos y proyecciones en materia demográfica, establece que: “... los 66 millones de personas de más de ochenta años de edad, presentes hoy en el mundo, están destinados a aumentar a 370 millones en el año 2050, cuando se contarán entre ellos 2.2 millones de centenarios”

Por su parte, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)⁴ establece que la tendencia a la baja fecundidad y el incremento sustancial en la supervivencia de las personas de edades más avanzadas originan una serie de desafíos en todos los ámbitos de la vida social. Estos atañen a tres planos fundamentales: el mercado, la sociedad y el Estado. En el primero, el envejecimiento de la población genera modificaciones tanto a nivel del mercado de trabajo, como en los de bienes y servicios, sobre todo en los de salud y ocio recreativo. En el ámbito social, produce nuevas formas de organización de la familia, así como diversas respuestas de la comunidad y la sociedad civil a los nuevos desafíos de bienestar, integración social y empleo del tiempo libre de los adultos mayores. Finalmente, el Estado debe hacer frente a nuevas tensiones sociales asociadas a las necesidades de financiamiento de estos sistemas, a los cambios en las relaciones de dependencia económica entre generaciones y la competencia intergeneracional por los puestos de trabajo.

Particularmente, el progresivo envejecimiento de la población latinoamericana y caribeña impone desafíos provenientes no sólo de la situación de dependencia de los adultos mayores, debida a la creciente necesidad de cuidados médicos y familiares y al retiro del mundo de trabajo sin recursos suficientes para auto sostenerse. En efecto, existen otras dimensiones no menos importantes del fenómeno atinentes al papel del adulto mayor en la transición intergeneracional de valores y activos intangibles en la sociedad. El aumento del número de hogares multigeneracionales, junto a la masiva incorporación de la mujer al mundo del trabajo, ha reforzado la importancia del adulto mayor como agente de socialización de las nuevas generaciones, a la vez que sus ingresos pueden en muchos casos, constituir un seguro económico para el grupo familiar, particularmente en los países que cuentan con un sistema de protección social más avanzado.

⁴ CEPAL. Panorama Social para América Latina 1999-2000. Caracterización Socioeconómica de las Condiciones de Vida del Adulto Mayor, 2000

El grado de envejecimiento de la población de los países de América Latina y el Caribe al año 2000, se corresponde estrechamente con las distintas fases o estados de su transición demográfica. El grupo de países latinoamericanos que hoy se encuentran en la fase denominada de transición plena es el más numeroso y reúne también a los de mayor tamaño poblacional dentro de la región: Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela. Son precisamente estos países los que enfrentarán los mayores desafíos debido a la rapidez con que está envejeciendo su población. En las próximas dos décadas, la población de 60 años y más años de edad como porcentaje de la población total se elevará en esos países de 7.3% a 12.2% y hacia el año 2020, cerca del 79% de todos los adultos mayores de América Latina, vivían en ellos.

Ante este desafío, Costa Rica no puede ni debe permanecer indiferente, dada la inminente transformación de la composición social que las anteriores cifras presagian y del propio envejecimiento acelerado de la población costarricense.

2.11.2 Panorama Nacional

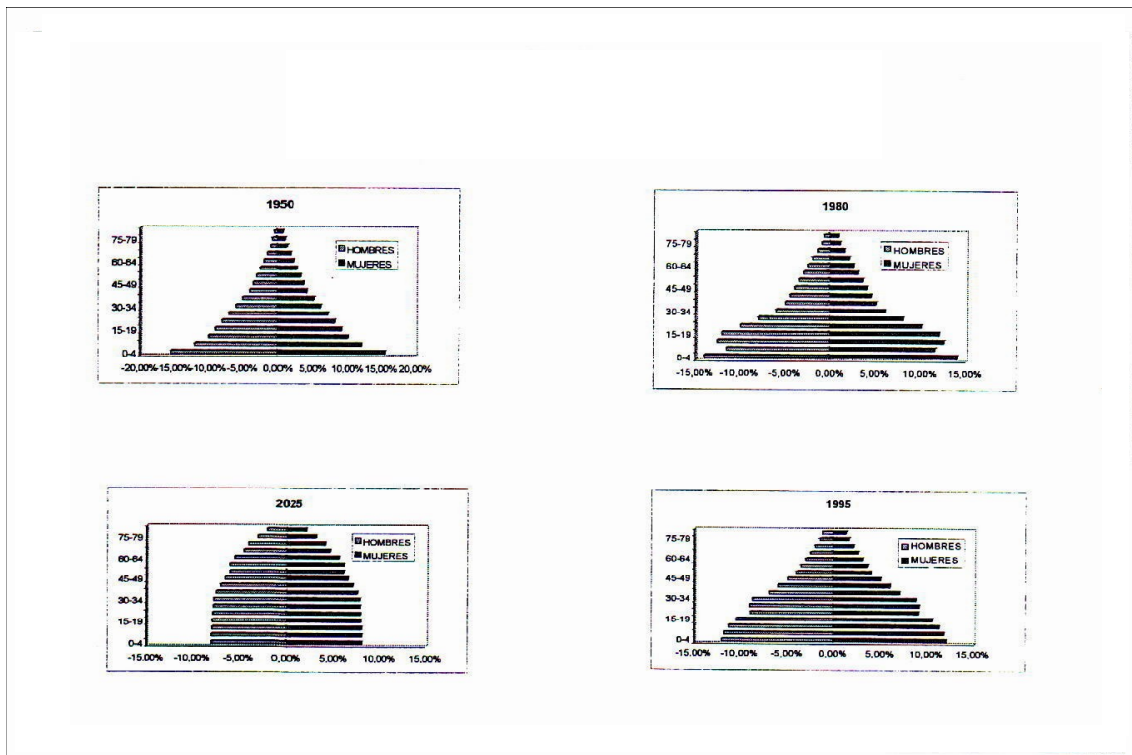
2.11.2.1 Cambio global en la estructura de edades y envejecimiento de la población

La transición demográfica experimentada en Costa Rica en los últimos 50 años, en la cual el país pasó de altas a bajas tasas de fecundidad y mortalidad, ha provocado que la estructura de edades de la población haya ido perdiendo su forma estrictamente triangular, debido al incremento de la proporción de personas de edades avanzadas y a la disminución relativa de la población menor de 15 años. De acuerdo con datos expuestos en el documento Proyecto SIGA⁵, la proporción de la población menor de 15 años disminuyó de un 43% en 1950 a un 34% en 1995, y se estima que disminuirá a un 23% para el año 2025.

⁵ HRBC. Proyecto Siga (Servicio Integral Geriátrico Ambulatorio), San José Costa Rica. 199?

Por otra parte el porcentaje de personas de 60 años y más, para esos mismos años aumentó de un 4.7% a un 7.1% y se estima que para el año 2025 alcance un 15% de la población total del país.

Tabla N°1: Estructura de la Población por Sexo y Edades
Costa Rica 1950-2025



En cuanto a la esperanza de vida es importante tener presente que no solo ha mejorado la esperanza de vida al nacer, aproximadamente 74 años para los hombres y 79 años para las mujeres, sino que también lo ha hecho la esperanza de vida a los 60 y 80 años, de tal forma que en la actualidad la esperanza de vida estimada a los 60 años es de 20 años para los hombres y 23 años para las mujeres y a los 80 años de 8 años para los hombres y 9 años para las mujeres.

Tabla N° 2: Evolución de la Esperanza de Vida al Nacer en Costa Rica

Año	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos
1900	33	44	38
1950	56	59	58
1970	66	70	68
2000	74	79	76
2025	75	80	77

2.11.3 Principales características de las personas de 60 años y más

De acuerdo con la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 1999⁶, se expondrán los datos obtenidos sobre la composición por sexo y grupos de edad y la ubicación geográfica de las personas de 60 años y más.

2.11.4 Composición por sexo y grupos de edad

Actualmente, se estima que la población de 60 años y más en Costa Rica es de aproximadamente 271.147 habitantes, lo cual representa un 9% de la población total y para el año 2025 podrá llegar al orden de 850.000 habitantes, lo cual representaría el 15% de la población total. Esto quiere decir que este grupo etario se triplicará en números absolutos en 25 años.

⁶ Dirección General de Estadística y Censos. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 1999. San José Costa Rica, 1999

En este grupo etario, la cantidad de mujeres adultas mayores es superior a la de los hombres, debido a la diferencia de mortalidad por sexo. Asimismo, más de la mitad de las personas que conforman este grupo etario se encuentran entre los 60 y 69 años de edad.

Tabla N° 3: Población de 60 Años y Más por Sexo Según Grupos de Edad

Grupos de Edad	Sexo				Total	
	Hombre		Mujer		Personas	Porcentaje
	Personas	Porcentaje	Personas	Porcentaje		
60-69	69.696	53.4%	76.724	54.6%	146.420	54%
70-79	39.208	30.0%	42.136	29.9%	81344	30%
80 y más	21.653	16.6%	21.730	15.5%	43.383	16%
Total	130.557	100%	14.590	100%	271.147	100%

2.11.5 Ubicación Geográfica

La mayor parte de las personas de 60 años y más se concentra en la Región Central, y la menor concentración de estas se da en la Región Huetar Norte. Por otra parte, la mayoría de las personas adultas mayores reside en la zona urbana, ya que lo hace el 55% de este grupo etario, con predominio de hombres en área rural y mujeres en la urbana.

Tabla N° 4: Población de 60 Años y Mas por Región de Residencia Según Sexo

Región de Residencia	Sexo				Total	
	Hombre		Mujer		Personas	Porcentaje
	Personas	Porcentaje	Personas	Porcentaje		
Central	83.798	64.2%	95.482	67.9%	177.601	65.8%
Chorotega	10.442	8.0%	11.250	21.692	21.692	8.2%
Pacífico Central	7.701	5.9%	6.328	4.5%	14.100	5.2%
Brunca	14.227	10.9%	12.234	8.7%	27.657	9.8%
Huetar Atlántica	9.398	7.2%	8.297	5.9%	17.625	6.5%
Huetar Norte	4.960	3.8%	7.030	5.0%	12.472	4.3%
Total	130.526	100%	140.621	100%	271.147	100%

2.11.6 Características sociodemográficas

De acuerdo con estudios realizados por la Dirección General de Estadística y Censos⁷, en el año 1999, de las personas de 60 años y más, se expondrán los datos obtenidos sobre la relación de parentesco, nivel de instrucción, estado civil, condición de actividad, nivel de pobreza.

a) Relación de parentesco

Más de la mitad de las personas de 60 años y más son jefes de hogar, sin embargo conforme avanza la edad estas personas son menos reconocidas como tales, pasando a conformar el hogar en calidad de padres, madres o suegros(as), es decir, en cierta forma pasan a formar parte de una relación de dependencia. Además, existe una marcada diferencia entre hombres y mujeres, mientras para los primeros la mayoría se identifican como “jefes”, las mujeres se ubican como cónyuge, madre o suegra del jefe en ese orden respectivamente.

b) Nivel de instrucción

La población costarricense mayor de 60 años se caracteriza por un bajo nivel de instrucción académica. La mayoría de estas personas cuenta solamente con educación primaria, principalmente en el área rural, donde existen menos personas con educación secundaria o universitaria. Sin embargo; hay que tomar en cuenta que la condición educativa va mejorando con el tiempo a medida que ingresan a este grupo etario nuevas generaciones.

⁷ Dirección General de Estadística y Censos. Población de 60 años y más, Dinámica Demográfica y Situación Actual. San José Costa Rica, 1999.

Tabla N° 5: Población de 60 Años y Más por Nivel de Instrucción Según Sexo

Nivel de Instrucción	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos
Ningún Grado	22.7%	23.0%	22.84%
Primaria	61.2%	63.2%	62.24%
Secundaria	8.4%	7.5%	7.93%
Universitaria	6.0%	5.0%	5.45%
Ignorado	1.7%	1.3%	1.54%
TOTAL	100%	100%	100%

2.11.7 Estado Civil

Más de la mitad de las personas de 60 años y más se encuentra unidas o casadas, sin embargo entre mayor sea la edad de la persona aumentan las posibilidades de pasar a un estado de viudez, principalmente por parte de las mujeres. En total, se tiene una población estimada en casi 115.000 personas que son divorciadas, separadas, viudas y solteras, eso tiene importancia por el hecho de que la persona sin cónyuge presenta un mayor riesgo de desnutrición, depresión, abandono y una serie de situaciones adversas. Además, es interesante destacar que la persona que llega soltera a los 60 años, muy probablemente permanecerá así por el resto de su vida.

Tabla N° 6: Población de 60 Años y Más por Estado Civil Según Sexo

Estado Civil	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos
Unión Libre	9.46%	5.02%	7.14%
Casado	63.39%	38.65%	50.49%
Divorciado	2.13%	2.83%	2.50%
Separado	7.29%	9.08%	8.22%
Viudo	10.11%	31.44%	21.23%
Soltero	7.49%	12.79%	10.26%
Ignorado	0.14%	0.18%	0.16%
TOTAL	100%	100%	100%

2.11.8 Características Socioeconómicas

a) Condición de actividad

El 25.5% de las personas mayores de 60 años, que representan aproximadamente 69.149 personas, se encuentran laborando actualmente y representan aproximadamente el 5% de la fuerza total laboral del país. La mayoría de las personas mayores de 60 años que trabajan se concentran entre las menores de 70 años, especialmente entre los 60 y 64 años, asimismo, la mayor parte de estas son hombres, ya que representan el 83.25%. También es mayor la cantidad de hombres que trabajan en la zona rural con respecto a la urbana y las mujeres en la zona urbana con respecto a la rural. Además, la mayoría de estas personas trabajan en forma independiente, y se dedican especialmente a actividades agrícolas, servicios comunales y al comercio en la zona rural, en ese orden y en la zona urbana se dedican principalmente a servicios comunales, comercio y labores de manufactura, en el orden respectivo.

Tabla N° 7: Población de 60 Años y Más Ocupada por Grupos de Edad Según Sexo y Rama de Actividad

Sexo y Rama de Actividad	Grupo de Edad		Total
	60 a 69	70 y más	
Hombres	100%	100%	100%
Actividades Agrícolas	41.7%	41.9%	41.74%
Servicios Comunes	14.7%	17.9%	15.54%
Comercio	15.4%	15.6%	15.42%
Labores de manufactura	10.4%	8.9%	10.0%
Otras	17.8%	15.7%	17.3%
Mujeres	100%	100%	100%
Actividades Agrícolas	5.4%	11.6%	6.75%
Servicios Comunes	39.0%	24.4%	35.92%
Comercio	27.5%	31.9%	28.45%
Labores de manufactura	26.6%	32.0%	27.72%
Otras	1.5%	1.0%	1.16%
Ambos sexos	100%	100%	100%
Actividades Agrícolas	35.2%	37.7%	35.88%
Servicios Comunes	19.0%	18.8%	18.95%
Comercio	17.5%	17.8%	17.61%
Labores de manufactura	13.3%	12.1%	12.99%
Otras	15.0%	13.6%	14.57%

b) Nivel de pobreza

Más de la mitad de las personas mayores de 60 años no son pobres, y existe una tendencia de que a mayor edad aumenta el nivel de pobreza de las personas. Existe una población de aproximadamente 26.942 personas que no cuentan con ningún ingreso o en extrema pobreza, así como otras 37.033 no satisfacen sus necesidades básicas. Por otra parte, la población rural presenta una mayor pobreza con respecto a la población urbana, ya que un 61% de la población con algún nivel de pobreza corresponde a la zona rural y se observa que las mujeres son las que cuentan con menos recursos.

Tabla N° 8: Población de 60 Años y Mas por Nivel de Pobreza Según Sexo
(No incluye servicio domestico y pensionistas)

Nivel de Pobreza	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos
Sin ingresos	2.2%	2.1%	2.2%
Extrema Pobreza	6.8%	8.6%	7.7%
No satisface las necesidades básicas	12.8%	14.4%	13.7%
No Pobres	61.6%	58.3%	59.6%
Ignorado	16.6%	16.6%	16.8%
TOTAL	100%	100%	100%

c) Ingresos por pensiones y jubilaciones

De acuerdo con el estudio de CEPAT, anteriormente mencionado, el porcentaje de personas de 65 años y más que reciben ingresos por concepto de pensiones y jubilaciones es de un 42% en la zona urbana y de un 21% en la zona rural.

2.11.9 Características de salud

En el campo de la salud, el Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes realizó un estudio⁸ que contempló la investigación de las principales enfermedades que afectan a las personas de 60 años, en el cual se analizaron los padecimientos de enfermedades, necesidad de ayuda de otras personas y necesidad de ayuda de instrumentos ortopédicos, según se expone a continuación.

a) Padecimientos de Enfermedades

En el análisis de los padecimientos de enfermedades se incluyeron: enfermedades del corazón (infarto del corazón, insuficiencia cardiaca o problemas de las palpitaciones del corazón), problemas de los huesos (dolor e inflamación de los huesos y articulaciones, artritis, reumatismo, artrosis, descalcificación u osteoporosis), enfermedades digestivas (gastritis, náuseas, y vómitos frecuentes, estreñimiento, episodios de diarrea frecuentes), estados depresivos (tristeza, deseos de llorar, desmotivación, aislamiento, deseos de morir), problemas para dormir (insomnio). La investigación revela que son las de los huesos, la presión alta y las digestivas son las enfermedades más frecuentes de las personas adultas mayores. Existe también una mayor incidencia de enfermedades en las mujeres con respecto a los hombres, siendo las enfermedades del corazón los únicos padecimientos que parecen afectar en mayor proporción a los hombres, los cuales se vuelven más frecuentes conforme avanza la edad de la persona.

⁸ Solano Elizabeth. Población Adulta mayor en Costa Rica Principales Características Socioeconómicas y su impacto en los Servicios de Salud, San José Costa Rica, 1998

Tabla N° 9: Población de 60 Años y Más por Sexo Según Padecimiento de Enfermedades

Tipo de Actividad	Hombres	Mujeres	Ambos Sexos
Diabetes	12.6%	20.4%	16.6%
Presión Alta	32.0%	45.6%	39.0%
Corazón	17.4%	15.9%	16.6%
Huesos	35.0%	48.0%	41.7%
Digestivas	29.2%	32.8%	31.1%
Depresión	21.7%	33.2%	27.7%
Insomnio	26.3%	35.0%	30.8%

En cuanto a cambios recientes en el perfil epidemiológico, las causas principales de muerte más importantes han pasado de enfermedades infecciosas y contagiosas a crónicas y degenerativas. Actualmente se presenta un incremento importante del cáncer, ocupando el segundo lugar después de las enfermedades cardiovasculares. Entre los varones los principales órganos afectados por el cáncer son: estómago, próstata y piel, mientras que para las mujeres son: piel, mama, estómago y cerviz.

b) Discapacidad

En lo referente a discapacidades, de acuerdo con el Consejo Nacional de Rehabilitación, según datos de 1998, las cuatro principales causas de discapacidad lo constituyen: ceguera total o parcial, lesiones del sistema muscular, sordera total o parcial y afecciones del sistema nervioso- Indicando que en el país se encuentran reportados con algún tipo de discapacidad 94.067 personas mayores.

c) Necesidad de ayuda de otras personas

En cuanto a las necesidades de ayuda de otras personas, se analizaron los requerimientos de las personas de 60 años y más para caminar, bañarse, vestirse, levantarse, alimentarse o ir al servicio. En ese sentido, se determinó que prácticamente el 9% requiere de algún tipo de ayuda, lo que equivale a unas 24.403 personas, de las cuales la mitad tiene 80 años o más. Por otra parte, las mujeres parecen tener en mayor medida requerimientos de ayuda que los hombres.

Entre los diferentes tipos de ayuda requerida por las personas, la más frecuente es para caminar, con un 86% de las personas. En cuanto a ayuda para vestirse o bañarse se estableció que poco más de la mitad de las personas la necesita y en menor medida las personas necesitan ayuda para levantarse, ir al servicio o comer.

d) Necesidad de ayuda de instrumentos ortopédicos

De acuerdo con el mencionado estudio del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes, con respecto a las necesidades de instrumentos ortopédicos como anteojos, audífonos, bastón, andadera o silla de ruedas para realizar las actividades básicas se determinó que los anteojos son muy comunes entre las personas de 60 años y más, prácticamente 180.000 personas los usan, sin importar lo avanzado de su edad. El bastón le sigue en importancia con aproximadamente 16.270 personas que lo utilizan para ayudarse a caminar, situación que se acentúa conforme avanza la edad y afecta en igual magnitud a los hombres y las mujeres. En general, cada uno de los otros, andadera, silla de ruedas y audífonos son utilizados por poco menos del 2% de las personas. Sin embargo, se destaca su uso en las personas mayores de 80 años, situación que en los últimos dos aparatos perjudica más a los hombres que a las mujeres.

2.11.10 Problemas familiares

Un aspecto fundamental para determinar la calidad de vida de las personas adultas mayores es determinar los problemas de supervivencia y de relaciones personales dentro del ambiente familiar. En ese sentido, en el mencionado estudio del Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes, se analizaron las relaciones familiares, la soledad física o psicológica, la falta de atención o de cuidados, maltrato físico o verbal, falta de vivienda, falta de dinero de las personas de 60 años y más, en general se determinó que el problema más sobresaliente es la falta de dinero, seguido por la soledad y la falta de vivienda, respectivamente. La soledad es un sentimiento que parece aumentar según se aumenta la edad de la persona, y que es más común entre las mujeres.

La falta de cuidados es un problema que aumenta conforme aumenta la edad, siendo más frecuente entre los 70 y 79 años y en las mujeres. El maltrato es sufrido, por el 2% de la población y tiende a disminuir ligeramente después de los 70 años, además es igualmente sufrido por hombres y mujeres.

Tabla N° 10: Población de 60 años y Más por Sexo Según Problemas Familiares

Problemas	Sexo		Ambos Sexos
	Hombres	Mujeres	
Relaciones Familiares	5.4%	6.5%	6.0%
Soledad	13.9%	21.2%	17.7%
Falta de cuidados	5.3%	6.9%	6.2%
Maltratos	1.8%	1.9%	1.9%
Falta de Vivienda	8.1%	7.1%	7.6%
Falta de Dinero	35.7%	34.4%	35.0%
Permanecer en Casa	3.6%	3.1%	3.4%

Nota: Permanecer en la casa incluye el sentimiento de rechazo que percibe la persona para continuar viviendo en ese hogar, que manifieste un deseo de no permanecer ahí, o la declaración de otro miembro del hogar de que la persona mayor no debería vivir en esa vivienda.

En el caso particular de abuso, un estudio realizado por el Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología Dr. Raúl Blanco⁹, muchas veces la sobrecarga en algunos miembros de la familia en la atención de las personas mayores, las carencias de recursos humanos y/o materiales y de servicios sociales de apoyo pueden traducirse en casos de violencia y de malos tratos, principalmente en condiciones donde la fragilidad y necesidad de cuidado son evidentes y necesarias.

El abuso en las personas mayores puede ser físico, sexual, psicológico o patrimonial y puede darse por negligencia intencional con respecto a los cuidados. Diversos estudios demuestran que el cuidador(a) de alto riesgo de iniciar abuso es frecuentemente el hijo o la hija, con una edad superior a los 45 años. Algunas personas abusadas viven solas, pero otras viven con Cónyuges o familiares, por lo que también en muchos casos son los cónyuges (varones) los agresores y que probablemente el problema de agresión ha sido parte del pasado de ambas personas. Algunas características comunes de las víctimas es que son con frecuencia de clase media, vulnerables y dependientes, la mayoría mujeres con discapacidad física y/o mental.

De acuerdo con datos obtenidos por el Hospital con una muestra de 328 personas donde el 67% de las personas eran mayores de 75 años, se determinó, que el mayor abuso que se da es la agresión psicológica, seguida por el abuso patrimonial.

⁹ Fernando Morales. Temas Prácticos en Geriátrica y Gerontología. Tomo 1. Costa Rica. 2000.

Tabla N° 11: Personas de 60 Años y Más Según Abuso

Tipo de Abuso	Porcentaje
Maltrato Físico	4.0%
Empujadas	2.4%
Golpeadas	2.3%
Heridas	0.3%
Amarradas	2.0%
Maltrato Psicológico	13.8
Amenaza	5.3
Insultadas	7.3%
Calladas	6.6%
No escuchadas	33.3%
Criticadas	18.8%
Infantilizadas	46%
Abuso Patrimonial	5%
Abuso Sexual	3.6%
Obligadas a aceptar caricias	1.3%
Obligadas a mantener relaciones sexuales	2.3%

Por otra parte, un problema muy particular que ha tenido la Caja Costarricense de Seguro Social en la atención de personas mayores ha sido su abandono en los centros de atención de la institución. El perfil de la persona mayor abandonada, en términos generales, es el mismo del paciente mayor agredido. Por taito, es una persona con un alto grado de dependencia funcional, de escasos recursos, tanto personales como familiares y cuyo grupo familiar lo abandona frecuentemente por sentirse incapaz de afrontar las altas demandas que impone atender a una persona en estas condiciones. Muchas veces estos mismos grupos familiares exigen a la Institución un grado de recuperación del paciente que no es posible lograr. La experiencia del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes es que con frecuencia no es la irresponsabilidad y el desamor, sino el temor, la ignorancia, la escasez de recursos de toda índole y la sensación de impotencia lo que motiva el abandono de la persona mayor altamente dependiente.

2.11.11 Obligaciones Personales

En cuanto a las obligaciones personales se estudiaron las actividades cotidianas que realiza la persona mayor como parte de sus obligaciones o responsabilidades personales o familiares. En ese sentido se estableció que la principal actividad que realizan las mujeres son las labores domésticas, dentro de estas las principales son cocinar y lavar los platos y para los hombres es encargarse del mantenimiento de la casa.

Tabla N° 12: Personas de 60 Años y más por Tipo de Obligaciones Según Sexo

Tipo de Obligaciones	Sexo		Ambos Sexos
	Hombres	Mujeres	
Cuidar personas	7.0%	23.1%	15.4%
Limpiar la casa	24.7%	64.1%	45.1%
Dar mantenimiento	57.0%	41.5%	49.0%
Cocinar	19.4%	78.1%	49.8%
Lavar Platos	23.6%	78.0%	51.8%
Planchar o lavar	13.7%	68.3%	42.0%
Cuidar Animales	20.5%	16.4%	18.4%
Jalar agua o leña	18.9%	5.3%	11.9%

2.11.12 Uso del Tiempo Libre

En cuanto a cómo disfrutaban de su tiempo libre, se evaluaron las siguientes actividades: ver televisión, pasear, ir a la iglesia, leer, hacer manualidades, hacer ejercicio, asistir a clubes de tercera edad, asistir a centros diurnos o albergues y participar en asociaciones comunales y de voluntariado, se determinó que ver televisión, oír radio e ir a la iglesia son las actividades más realizadas por las personas de 60 años y más. Por otra parte, entre las actividades menos realizadas son la asistencia a los clubes de tercera edad y a los centros diurnos o albergues.

Tabla N° 13: Personas de 60 Años y más por Sexo Según Uso del Tiempo Libre

Tipo de Actividad	Sexo		Ambos Sexos
	Hombres	Mujeres	
Ver Televisión y Oír Radio	75.8%	73.7%	74.7%
Pasear	41.2%	43.8%	42.5%
Ir a la iglesia	62.5%	75.9%	69.5%
Leer	44.9%	52.6%	48.9%
Hacer Manualidades	4.6%	28.8%	17.2%
Hacer Ejercicio	22.5%	18.5%	20.4%
Asistir a Clubes de Tercera Edad	1.7%	4.3%	3.0%
Asistir a Centros Diurnos	1.4%	2.2%	1.9%
Participar en Asociaciones Comunales	8.9%	7.4%	8.1%

2.11.13 Establecimientos Privados de Atención a las Personas Adultas Mayores

Costa Rica ha logrado alcanzar grandes avances en el campo de la seguridad social y se proyecta que para el futuro el avance va a ser mucho más significativo, sin embargo, existen en la actualidad sectores de la población adulta mayor muy vulnerables, principalmente por su condición socioeconómica.

Con el propósito de atender a las personas mayores de 60 años, en estado de abandono o de escasos recursos económicos en condiciones de dependencia ya sea económica o por motivos de salud, fueron creadas, desde hace muchos años, tres modalidades de atención, las cuales son Hogar, Albergue y Centro Diurno. Estas modalidades de atención a personas mayores se ubican en todo el territorio nacional.

Es importante resaltar que estas modalidades son atendidas por asociaciones de personas que conforman organizaciones, las cuales tienen carácter privado y algunas de ellas no tienen fines de lucro. A las instituciones que no tienen fines de lucro se les otorga un carácter de bienestar social y reciben apoyo económico estatal mediante partidas anuales y mensuales, provenientes de instituciones como el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, Junta de Protección Social, Ministerio de Salud, entre otras.

Los hogares para atender personas mayores deben brindar los siguientes servicios básicos: servicio de lavandería, servicios médicos y paramédicos, apoyo espiritual, servicios de enfermería, alimentación balanceada, lugar de residencia, servicio de trabajo social, servicio de rehabilitación en las áreas física y ocupacional, actividades recreativas, ocupacionales y culturales, estimulación mental, personal de planta capacitado, equipo auxiliar adecuado y adaptaciones necesarias y distribución adecuada de la planta física. Dentro de sus criterios básicos de ingreso de una persona están: mayor de sesenta años, con problemas de indigencia, sin recurso familiar, en condiciones de abandono, limitados recursos económicos, diagnóstico médico o epicrisis, estudio socio-económico y residente en la comunidad.

Por su parte, la modalidad de albergue es una vivienda donde convive un grupo pequeño de ancianos (máximo 20 adultos mayores). La comunidad debe responsabilizarse de tutelar y brindar atención a las necesidades básicas. Estas personas tienen una vida social más activa que las que viven en un hogar y pueden trabajar si lo desean. En este lugar de residencia la persona adulta mayor es autónoma, se vale por sí mismo, tiene áreas comunes con otros adultos mayores; pero a la vez tiene privacidad. Los servicios básicos que debe brindar un albergue son: servicio de alimentación, servicio de lavandería, habitación, actividades recreativas, ocupacionales y culturales, actividades físicas, estimulación mental y contacto social. Sus criterios básicos de ingreso son: mayor de sesenta años, con problemas de indigencia, sin recurso familiar, sin recursos económicos, diagnóstico médico o epicrisis, no presentar problemas físicos y mentales, estudio socio- económico y residente en la comunidad

La modalidad de atención del centro diurno es un servicio organizado por la comunidad con el apoyo institucional. Se creó con el propósito de ofrecer un trabajo multidisciplinario y de responsabilidad multisectorial, para atender durante el día a personas mayores de sesenta años. La atención se dirige hacia personas adultas mayores sanas, de escasos recursos económicos o en riesgo social (soledad, maltrato, desmotivación, problemas nutricionales, poco contacto social, entre otras). Esta modalidad es un complemento a la vida familiar ya que mantiene estrecha relación persona adulta mayor -familia -comunidad. Los servicios básicos que debe brindar son: alimentación balanceada, actividades manuales, recreativas, culturales, al aire libre e integración al medio social productivo. Los criterios básicos de ingreso para una persona son: mayor de sesenta años, sin recursos familiares ni económicos, movilidad independiente, diagnóstico médico o epicrisis, sin problemas emocionales, estudio socio-económico y otros criterios que la organización disponga.

De acuerdo con datos suministrados por el Ministerio de Salud existen, en nuestro país, aproximadamente, 153 establecimientos de atención a la persona adulta mayor. De esos, de acuerdo con datos suministrados por el Instituto Mixto de Ayuda Social existen 123 establecimientos declarados de bienestar social para la atención de, aproximadamente, 4400 personas.

En cuanto a la ayuda económica que el Estado brinda a este tipo de instituciones, el Instituto Mixto de Ayuda Social, en el año 2000 asignó de los recursos provenientes de la Ley N°5652, ¢100.000.000,00 (cien millones de colones) para cubrir el costo de atención de la población adulta mayor institucionalizada. Por su parte, la Junta de Protección Social, en el año 2000 asignó, aproximadamente, ¢575.600.000,00 (quinientos setenta y cinco millones seiscientos mil colones). Adicionalmente, el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor en el año 2000, de los recursos provenientes de la Ley N° 7972, asignó ¢300.000.000,00 (trescientos millones de colones) y se espera que para el año 2001 asigne, aproximadamente, ¢900.000.000,00 (novecientos millones de colones). Por otra parte, el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor a partir del año 2001, es el responsable de distribuir los recursos provenientes de la Ley N°5662, por lo que se estima asigne ¢449.400.000,00 (cuatrocientos cuarenta y nueve millones cuatrocientos mil colones)

Capítulo 2: Marco Teórico

A partir de la entrada en vigencia de las Normas de Habilitación de Establecimientos de Atención Integral a las Personas Adultas Mayores, dictadas por el Ministerio de Salud, las Instituciones de Bienestar Social, han debido someterse a una serie de evaluaciones con el fin de determinar, su grado de cumplimiento.

Estas normas son de vital importancia pues determinan las condiciones físicas, de salud y seguridad con que se atiende a los adultos mayores. Todas las Instituciones de Bienestar Social, reconocen la importancia de cumplir con dichas normas, pero la carencia de recursos económicos los ha imposibilitado a cumplir con el 100% de la Norma. A la fecha, solo ocho Instituciones han alcanzado la Habilitación correspondiente y una el grado máximo de acreditación.

Por esta razón, el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, dispuso que del 100% de los recursos provenientes de la Ley 7972, que le correspondían a cada institución, se destinara un 35% para proyectos específicos, los cuales son aprobados solo si cumplen con la evaluación realizada por el Ministerio de Salud en cuanto a que estuvieran acorde con los requerimientos exigidos por este Ministerio.

La condición de acreditados o habilitados es un requisito indispensable con que deben contar todas Instituciones de Bienestar Social, es por esta razón que los dineros provenientes de la Ley 5652, se destinó un 50% para proyectos específicos ya sea para destinarlos a cumplir con la norma del Ministerio de Salud o bien, si la institución ya alcanzó la habilitación, en proyectos que potencien las habilidades del adulto mayor.

Otro aspecto importante de destacar, es el hecho de que muchas de las Instituciones de Bienestar Social, se han convertido en grupos cerrados que no se proyectan a la comunidad y que dependen en gran medida de la ayuda estatal. Por esta razón el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, considera necesario realizar inicialmente en diferentes Instituciones de Bienestar Social, reuniones de sensibilización en donde participe la comunidad con el fin de integrarla, darle a conocer la Ley Integral de la Persona Adulta Mayor, ofrecerle charlas con especialistas sobre temas de envejecimiento, autocuidado de la salud y la problemática que viven los adultos mayores. Todo ello con el propósito de buscar su participación y ayuda al hogar, ya sea a nivel de voluntariado y de comisiones de apoyo que permitan una mayor proyección a la comunidad y que sean generadoras de ideas de cómo buscar nuevas fuentes de apoyo económico o de convertirse en el mejor de los casos en instituciones autogestionarias y sobre todo como ofrecer mejor calidad de vida a los adultos mayores.

Los centros de atención para personas adultas mayores deben convertirse en centros de alojamiento y de convivencia que tengan como una función primordial convertirse en un sustituto del hogar familiar, donde se preste a la persona adulta mayor una atención integral.

**Tabla N ° 14: Instituciones según modalidad de atención y número de
Personas Adultas Mayores a nivel nacional año, 2001**

PROVINCIA	HOGARES y ALBERGUES		CENTROS DIURNOS	
	Número Establecimientos	Población atendida (personas)	Número Establecimientos	Población atendida (personas)
San José	24	991	21	487
Alajuela	12	628	9	284
Cartago	4	254	8	274
Heredia	5	256	7	224
Guanacaste	7	216	2	40
Puntarenas	12	406	3	72
Limón	5	178	2	43
TOTAL	69	2929	52	1424

Fuente: Departamento de Administración de Instituciones y Servicios de Bienestar Social, IMAS, 2001

2.11.14 Legislación

En Costa Rica, se ha venido avanzando en la creación de una legislación acorde con los derechos de las personas mayores; y en el año de 1999 se logró concretar ese esfuerzo con la aprobación de la Ley NO 7935¹⁰, que establece una serie de derechos y beneficios para las personas de sesenta y cinco años y más, en lo referente a salud, educación, actividades artísticas, deporte, recreación, vivienda, seguridad social y trabajo, estableciendo también, sanciones para aquellas personas o instituciones que violen sus derechos.

Por otra parte en 1999, adicionalmente a la aprobación de la Ley N° 7935, se dio la aprobación de las Leyes N° 7936¹¹ y NO 7972¹²

¹⁰ Ley N° 7935. Ley Integral para la Persona Adulta Mayor. Asamblea Legislativa 19 octubre, 1999 y publicada en la Gaceta, IS de noviembre de 1999.

¹¹ Ley N° 7936. Reforma del Artículo 33 de la Ley Reguladora del Transporte Remunerado de Personas en Vehículos Automotores. Asamblea Legislativa 28 de octubre, 1999 y publicada en la Gaceta, el 8 de diciembre de 1999

¹² Ley NO 7972. Creación de Cargas Tributarias sobre Licores, Cervezas y Cigarrillos para financiar un Plan Integral de Protección y Amparo de la Población Adulta Mayor, Niñas y Niños en Riesgo social, Personas Discapacitadas, Abandonadas, Rehabilitación de alcohólicos y Farmacodependientes, y Apoyo a las labores de la Cruz Roja. Asamblea Legislativa 22 de diciembre de, 1999 y publicada en la Gaceta, el 24 de diciembre de 1999,

Capítulo 2: Marco Teórico

La Ley No 7936 establece que, las personas mayores de sesenta y cinco años que hagan uso de los servicios de transporte colectivo remunerado, viajarán sin costo en distancias que no excedan los 25 kilómetros, en los desplazamientos que tengan una distancia de 25 kilómetros pero menos de 50, pagarán la mitad del costo del pasaje y en los desplazamientos mayores de 50 kilómetros pagarán un setenta y cinco por ciento.

Por su parte, la Ley N° 7972 asigna recursos económicos al Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor con un destino específico: para la operación y mantenimiento con miras a mejorar la calidad de atención de los Hogares, Albergues y Centros Diurnos de atención de personas adultas mayores. Para programas de atención, rehabilitación o tratamiento de personas adultas mayores en estado de necesidad o indigencia, así como, para programas de promoción, educación y capacitación que potencien las capacidades del adulto mayor mejoren su calidad de vida y estimulen su permanencia en su familia y la comunidad.

Por otro lado, la Ley N° 5662¹³, Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, la define que del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares se destinará recursos para pagar programas y servicios a las instituciones del Estado, que tienen a su cargo la ayuda social complementaria del ingreso a las personas o familias de pocos recursos (artículo 3, inciso d, Ley N° 5662). Estos recursos deberán trasladarse a los hogares, albergues y centros diurnos para la atención de personas adultas mayores de escasos recursos económicos que son atendidos por ellos y también serán distribuidos por el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor.

La Ley N° 7938, Ley de Protección al Trabajador, otorga una pensión del régimen no contributivo a las y los costarricenses adultos mayores de menos recursos económicos. Establece, que este régimen debe universalizarse para todas las personas adultas mayores en situación de pobreza.

¹³ Ley No.5662, Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares de 23 de diciembre de 1974.

2.11.15 El Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor

Visión

El Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor consolidado como ente rector y garante en materia de envejecimiento y vejez, desarrollando procesos de participación social enfocados al empoderamiento de las personas adultas mayores y la integración de todas las generaciones.

Misión

Propiciar un envejecimiento y una vejez con calidad en Costa Rica.

Marco legal

El Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor tiene fundamento jurídico en la Ley N°7935, Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, publicada en la Gaceta N°221 del 15 de noviembre de 1999.

El Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor es un órgano de desconcentración máxima, adscrito a la Presidencia de la República, con personería jurídica instrumental para cumplir con los fines y las funciones establecidas en la supracitada Ley.

El Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor se creó como un ente rector en materia de la persona adulta mayor es el organismo encargado de velar por el cumplimiento de los derechos y beneficios y atención preferencial que establece la Ley N°7935, así como, encargado de elaborar, dictar y promover las políticas y estrategias nacionales para la atención integral de la persona adulta mayor.

Capítulo 2: Marco Teórico

Los fines establecidos para el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor son:

- a) Propiciar y apoyar la participación de la comunidad, la familia y la persona adulta mayor en las acciones para su desarrollo.
- b) Impulsar la atención de las personas adultas mayores por parte de las entidades públicas y privadas y velar por el funcionamiento adecuado de los programas y servicios destinados a ellas.
- c) Velar porque los fondos y sistemas de pensiones y jubilaciones mantengan su poder adquisitivo, para que cubran las necesidades básicas de sus beneficiarios.
- d) Proteger y fomentar los derechos de las personas adultas mayores referidos en el ordenamiento jurídico en general.

Por su parte, la norma de creación del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor le asigna funciones, dentro de las que se mencionan las siguientes:

- a) Formular las políticas y los planes nacionales en materia de envejecimiento.
- b) Conocer las evaluaciones anuales de los proyectos y servicios dirigidos a la población adulta mayor, que sean ejecutados por las instituciones públicas o privadas
- c) Investigar y denunciar, de oficio o a petición de parte, las irregularidades que se presenten en las organizaciones que brindan servicios a personas adultas mayores y recomendar sanciones, de conformidad con la Ley N°7935.
- d) Fomentar la creación, continuidad y accesibilidad de los programas y servicios relativos a la atención integral de las personas adultas mayores y velar por ellos.

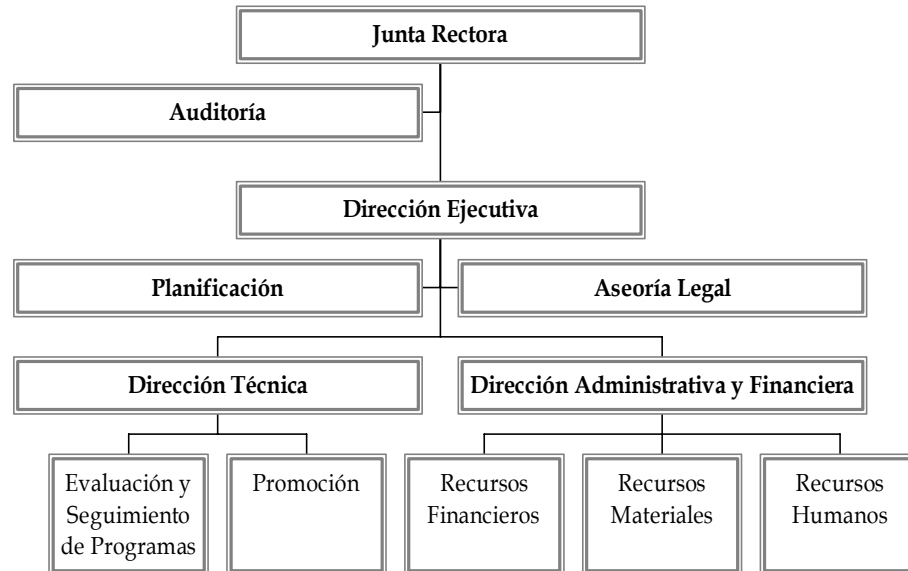
- e) Velar por el cumplimiento de declaraciones, convenios, leyes, reglamentos y demás disposiciones conexas, referentes a la protección de los derechos de las personas adultas mayores ejecutoras, los programas dirigidos a las personas adultas mayores.
- f) Administrar recursos financieros para la ejecución de programas específicamente establecidos por Ley.

Objetivos

El Consejo Nacional de la Personal Adulta Mayor, de acuerdo con la Ley N°7935 debe cumplir los siguientes objetivos:

- a) Garantizar a las personas adultas mayores igualdad de oportunidades y vida digna en todos los ámbitos.
- b) Garantizar la participación activa de las personas adultas mayores en la formulación y aplicación de las políticas que las afectan.
- c) Promover la permanencia de las personas adultas mayores en su núcleo familiar y comunitario.
- d) Propiciar formas de organización y participación de las personas adultas mayores, que le permitan al país aprovechar la experiencia y el conocimiento de esta población.
- e) Impulsar la atención integral e interinstitucional de las personas adultas mayores por parte de las entidades públicas y privadas, y velar por el funcionamiento adecuado de los programas y servicios, destinados a esta población.
- f) Garantizar la protección y la seguridad social de las personas adultas mayores.

Organigrama Institucional



Junta Rectora

La Junta Rectora es la instancia encargada de dirigir el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor.

Esta Junta estará integrada, obligatoriamente, por los siguientes miembros:

- a) El Presidente de la República o su representante, quien la presidirá.
- b) El Ministro o el Viceministro de Salud.
- c) El Ministro o el Viceministro de Educación Pública.
- d) El Ministro o el Viceministro de Trabajo y Seguridad Social.
- e) El Presidente Ejecutivo de la Junta de Protección Social de San José.
- f) El Presidente Ejecutivo del Instituto Mixto de Ayuda Social.

Capítulo 2: Marco Teórico

- g) El Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- h) Un representante de las universidades estatales, electo por el Consejo Nacional de Rectores.
- i) Un representante de la Asociación Gerontológica Costarricense.
- j) Un representante de las asociaciones de pensionados.
- k) Un representante de la Federación Cruzada Nacional de Protección al Anciano.

Dirección Ejecutiva

De acuerdo con la Ley N° 7935, el Director Ejecutivo deberá:

- a) Velar por la correcta administración, dirección y control de las actividades del Consejo.
- b) Representar al Consejo cuando se le designe por mandato expreso, para tal función.
- c) Ejecutar los acuerdos tomados por la Junta Rectora.
- d) Sugerir el nombramiento y la remoción del personal técnico y administrativo del Consejo.
- e) Firmar, junto con el Presidente de la Junta Rectora, los cheques de las cuentas aprobadas por la Junta y la planilla del personal administrativo.

SINATEC

El Sistema Nacional Técnico de Apoyo para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor (SINATEC) está conformado por un grupo de profesionales que representan a instituciones gubernamentales, no gubernamentales y la sociedad civil; y tiene como fin contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores mediante un trabajo coordinado.

El Consejo buscó mediante la creación del SINATEC, garantizar a lo interno de cada institución el cumplimiento de las responsabilidades que La Ley y su reglamento le asignan a las diferentes instancias, de manera que sirva de enlace entre la Dirección Ejecutiva del Consejo y las instituciones. Además, pretende potenciar y articular los diferentes componentes que aportan cada una de las Instituciones para lograr un mayor impacto y una atención integral y efectiva de las personas adultas mayores.

Las funciones establecidas por la Junta Rectora para el SINATEC son las siguientes:

- a) Velar porque en las políticas y en los planes anuales operativos, se incluyan los programas, proyectos y actividades con los respectivos recursos, en beneficio de las personas adultas mayores.
- b) Informar regularmente a la Dirección Ejecutiva sobre avances o limitaciones, en cuanto al logro de los derechos de las personas mayores.
- c) Colaborar con el Consejo en la selección de indicadores mediante los cuales se hará el seguimiento y evaluación de los programas y proyectos, en cuanto al impacto en términos de cómo están contribuyendo a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores, en la cobertura, los alcances y los costos de los programas.

Parámetros seguidos por el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor para la Distribución de los Recursos a Instituciones de Bienestar Social:

Para la distribución de los recursos a las instituciones, el Consejo ha dispuesto los siguientes parámetros:

- a) Número de beneficiarios
- b) Calidad de servicios
- c) Recursos económicos con que cuentan los establecimientos
- d) Facilidades de acceso a medio, servicios y recursos

Las instituciones se analizarán y recibirán una ponderación para cada uno de los parámetros mencionados anteriormente, la suma de dichas ponderaciones representa el puntaje total asignado (X).

Para calcular la suma a recibir por cada una de las instituciones, se utiliza la siguiente fórmula:

$$\text{Cantidad de dinero que recibirá el establecimiento: } X * Y$$

Donde:

X = Suma de las ponderaciones obtenidas por las instituciones para cada uno de los parámetros de la evaluación.

Y = Total de dinero a distribuir

$$\sum X$$

$\sum X$ = Suma de los puntajes obtenidos por todas las instituciones (suma de las X).

A los establecimientos que tengan en funcionamiento dos modalidades en las mismas instalaciones (Centro Diurno y Albergue, Centro Diurno y Hogar), se les califica en forma independiente cada modalidad de atención. Cada uno de los parámetros establecidos se pondera de la siguiente manera:

Hogares y Albergues:

Beneficiarios:

Este parámetro tiene un valor máximo de 50%, con fundamento en que la cantidad de personas adultas mayores institucionalizadas determina el costo de atención por estancia.

Se incluyen en la distribución las personas adultas mayores que cumplan con los siguientes requisitos:

- a) Que no disfruten de pensión
- b) Que posean pensión del Régimen No Contributivo
- c) Aquellos cuya pensión de otros regímenes o aporte familiar sea menor al 50% del costo de estancia.

Se asigna una ponderación a cada establecimiento, de acuerdo con el número de personas adultas mayores que cumplen los requisitos antes citados.

Capítulo 3:

Metodología de la Investigación

3 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Para la realización de este estudio, se utilizaron dos métodos o modelos: un análisis comparativo basado en datos estadísticos y una investigación del mercado, con el fin de determinar el nicho potencial para el establecimiento de los indicadores de Calidad de Vida y las características de la misma, respectivamente.

3.1 Análisis comparativo.

Con el fin de determinar si en efecto, existen parámetros establecidos en los centros de ancianos, se realizó un análisis comparativo entre varios centros del país, de los cuales se tomó en cuenta tanto centros en zona urbana como centros en zona rural. Así mismo se realizó una investigación respecto a los parámetros establecidos por las instituciones del estado y se procedió a realizar una comparación entre de ambos para poder obtener resultados que se adecuen mejor a la realidad nacional.

3.2 Investigación de Mercados

Para lograr determinar la propuesta, de considerar parámetros para mejorar la calidad de vida de los Adultos mayores institucionalizados, se llevó a cabo una investigación de mercados, para que de esta forma sean propiamente los centros quienes brinden la información necesaria según sus conocimientos y preferencias, y de esta forma definir dichos parámetros.

3.2.1 Método de Recolección de Datos.

El método de recolección de datos que se utilizó es el método de comunicación, basado en la interrogación a los encuestados. Para ello, se utilizó el medio de comunicación de la entrevista personal, en la cual el investigador estableció contacto cara a cara con los entrevistados.

El instrumento que utiliza es el cuestionario estructurado directo, el cual consiste en una formulación de preguntas formalizadas de forma tal que los encuestados respondan exactamente a la misma pregunta, para que de esta manera exista una mayor congruencia en el momento de interpretar los resultados y se disminuya el sesgo.

Como este estudio implica grandes necesidades de información, son satisfechas mediante el empleo de este método ya que permite que el proceso de recolección de datos se adapte a las necesidades del estudio, lo cual contribuye a la calidad y la exactitud de la información, porque permite una mayor recolección en el momento oportuno.

3.2.2 Instrumentos de recolección de datos

3.2.2.1 Técnicas y procedimientos de recolección de información

Para la realización de este estudio se utilizaron los siguientes métodos de recolección de la información, los cuales son los más acertados y comúnmente utilizados por expertos:

La observación

Para poder realizar una propuesta más objetiva, es importante que la persona encargada de la investigación se involucre con los centros en estudio por un tiempo suficiente, de tal modo que le permita percibir actitudes adecuadas e inadecuadas respecto al desempeño de los mismos. Este método se ha considerado válido y confiable para el registro de comportamientos o conductas, razón por la cual se empleará en este proyecto. Algunas de las ventajas que más se destacan a la hora de utilizar este instrumento de medición es que no estimulan el comportamiento de los sujetos, simplemente registran algo que fue estimulado por otros factores ajenos al instrumento de medición. Además, aceptan material no estructurado y pueden trabajar gran cantidad de material.

Cuestionario

Se desarrollaron y aplicaron cuatro diferentes cuestionarios con preguntas similares y cuyas diferencias se basan en la persona a quién va dirigido, las diferencias se muestran entre el cuestionario aplicado a los administradores de cada Hogar de Ancianos, el cuestionario aplicado a los usuarios de los servicios de cada centro, así como el cuestionario aplicado a las Instituciones que brindan apoyo (IMAS, Ministerio de Salud, Junta de Protección Social) y establecen las normas de cada centro, y también el que se aplicará a los especialistas en Geriátrica, Psicología y Trabajo Social.

Esta herramienta de recolección es muy útil porque permite obtener información de una manera estructurada y dirigida. Los cuestionarios se aplicaron a los informantes definidos anteriormente. (Ver Anexo 1)

3.2.3 Análisis e interpretación de los datos

Una vez recabada toda la información necesaria, se llevó a cabo un análisis de los datos, que permitan conocer la viabilidad y otros factores claves para el éxito de la propuesta, con una visión general de los datos recabados en esta investigación.

3.2.4 Detalles Estadísticos

Para la realización de este estudio se dividió en cuatro etapas a saber: encuesta a los administradores de los Hogares de ancianos, los adultos mayores institucionalizados, funcionarios de instituciones de gobierno que tienen relación con los hogares y especialistas en psicología y gerontología.

3.2.4.1 Etapa I Encuesta Administradores de los Hogares

a) Población

La población es el conjunto de todos los elementos definidos antes de escoger la muestra. Es el conjunto de todas las unidades estadísticas que tienen una característica en común.

En este estudio la población es finita y está compuesta por todos los Administradores de los Hogares de Ancianos del país que ofrecen el servicio a los Adultos Mayores y están ubicados en los 67 centros que se encuentran en el país.

Tabla N° 15: Hogares de Ancianos en Costa Rica según su población

Población	Cantidad de Hogares de Ancianos	Porcentaje (%)
Más de 130	4	5.98
De 50 a menos de 100	13	19.40
De 35 a menos de 50	10	14.92
De 20 a menos de 35	28	41.79
Menos de 20	12	17.91
TOTAL	67	100.00

Se realizó esta clasificación de tal modo que se estratificó los diferentes hogares de ancianos de acuerdo a su población de Adultos Mayores.

b) Unidad bajo estudio

La unidad de estudio es la que se define como la unidad de interés en el campo bajo estudio, sobre la cual recae la observación, y de esta se derivan los datos para el análisis, ya que aportarán la información necesaria para realizar la investigación.

Para esta investigación se consideran como unidad de estudio los Hogares de Ancianos, a través de la información aportada por los administradores de dichos centros.

c) Unidad informante

En esta etapa la unidad informante son los Administradores de los Hogares de Ancianos.

d) Marco de la muestra I

El marco muestral ofrece una visión clara de las unidades de la población, ayuda a localizar y conocer cuales son las partes del mercado organizacional que se pretende investigar; para así tener una guía que permita determinar la parte de la población a estudiar.

El marco muestral lo constituyen 67 instituciones que cubren todo el territorio nacional. (Ver anexo 2)

e) Tamaño de la muestra

La muestra es la principal herramienta en una investigación, pues es la fuente de donde se tomará la información necesaria para inferir un determinado comportamiento del mercado en interés.

Para la selección de la Muestra, se tomó el 25% de su población, o sea, 17 instituciones u Hogares de Ancianos, para realizar la investigación, la selección se realizó por conveniencia (Ver anexo 2).

Aunque no se utiliza una fórmula estadística, este porcentaje es considerado aceptable para la realización de una Investigación de Mercados.

Tabla N° 16: Hogares de Ancianos en Costa Rica según su población

Población	Cantidad de Hogares de Ancianos	Porcentaje (%)
Más de 120	4	23.53
De 50 a menos de 75	4	23.53
Menos de 50	9	52.94
TOTAL	17	100.00

Por lo tanto el marco muestral lo constituye la población de los 17 hogares de ancianos bajo estudio.

3.2.4.2 Etapa II Encuesta Adulto Mayor

a) Población

En esta parte del estudio, la población a investigar son todos los Adultos Mayores institucionalizados del país.

b) Unidad bajo estudio

Al igual que la primera etapa, la unidad de estudio es el Adulto Mayor que reside permanentemente en un Hogar de Ancianos.

c) Unidad informante

En esta etapa la unidad informante son los mismos Adultos Mayores, de los cuales conoceremos su opinión referente a los indicadores de calidad de vida.

d) Marco de la muestral

Para el diseño y selección de la muestra se utilizará un método probabilístico como lo es el muestreo estratificado con el cual se pretende que sea lo más representativo de la población a estudiar.

Por lo tanto, se procedió a estratificar el número de adultos mayores residentes en las 17 instituciones de bienestar social en donde se realizó la primera encuesta.

e) Tamaño de la muestra

Para la selección de la Muestra, se utilizó la siguiente formula:

$$n = \left(\frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}}{E} \right)^2 * P * Q$$

Donde,

$$Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1.96$$

$$E = 0.08$$

$$P = 0.9$$

$$Q = 0.1$$

Y la Muestra quedó de la siguiente manera:

$$n_0 = \left(\frac{1.96}{0.08} \right)^2 * (0.9) * (0.1)$$

$$n_0 = (600.25)(0.9)(0.1)$$

$$n_0 = 54$$

Con estos datos obtenido en la Tabla 17 se procedió a dar una ponderación según la población existente en cada estrato, con el fin de establecer la distribución de los 54 encuestados por estrato, de lo anterior se obtuvo el siguiente Tabla:

Tabla N° 17: Hogares de Ancianos según su población

Población	Cantidad de Hogares	Ponderación (%)	Número de encuestas
Más de 120	4	50%	28
De 50 a menos de 75	4	30%	17
Menos de 50	9	20%	11
Total	17	100%	54

El número de encuestas obtenido se dividió entre la cantidad de hogares para obtener el número de encuestas a aplicar por hogar de ancianos.

3.2.4.3 Etapa III, Entrevista Estructurada I

Esta entrevista se realizó a 6 especialistas en gerontología, 3 psicólogos y 5 trabajadores sociales, la elección de los entrevistados se hizo por conveniencia, utilizando como parámetro la experiencia que tienen estos especialistas en la atención de adultos mayores institucionalizados.

3.2.4.4 Etapa VI, Entrevista Estructurada II

Esta entrevista se realizó al representante de adulto mayor de las siguientes instituciones: Ministerio de Salud, Instituto Mixto de Ayuda Social y Junta de Protección Social de San José.

Capítulo 4:

Análisis de la Información

4 Análisis de Resultados

4.1 Entrevista dirigida a los Adultos Mayores Institucionalizados.

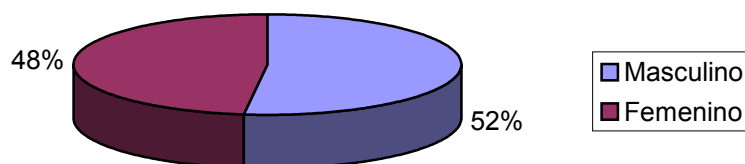


Figura N° 1: Distribución del Género de los Adultos Mayores Encuestados

En la Figura N° 1 se puede observar que de los 54 Adultos Mayores entrevistados 51,85% que corresponden a 28 personas pertenecen al sexo masculino. Y un 48,15% corresponde a 26 mujeres entrevistadas.

Tabla N° 18: Distribución del tiempo de vivir en el Hogar de Adultos Mayores Encuestados

	Cantidad	Porcentaje
Menos de 1 año	20	37.04%
De 1 a menos 3 años	14	25.93%
De 3 a menos 5 años	7	12.96%
5 o más años	13	24.07%
Total	54	100.00%

En la Tabla N°18, se muestra que un 37,04% de las personas entrevistadas tienen menos de un año de vivir en la Institución, y un 25,93% tienen de 1 a 3 años de estar institucionalizados, de igual manera un 12,96% correspondiente a 7 Adultos Mayores tienen de 3 a 5 años de vivir en el Hogar y un 24,07% de ellos tienen más de cinco años de esta institucionalizados.

Tabla N° 19: Persona que lo llevó al Hogar de Ancianos

	Cantidad	Porcentaje
Algún Familiar	29	53.70%
Algún Conocido	8	14.81%
Otros	3	5.56%
Hizo propias gestiones	14	25.93%
Total	54	100.00%

Tabla N° 19a: Persona que lo llevó al Hogar de Ancianos

	Cantidad	Porcentaje
Hijo	10	34.48%
Hermana	4	13.79%
Sobrino	4	13.79%
Nuera	1	3.45%
Prima	1	3.45%
NS/NR	9	31.03%
Total	29	100.00%

Capítulo 4: Análisis de la Información

Al consultarles a los Adultos Mayores, quien fue la persona que los llevó a vivir al Hogar, un 53,70% indicó que fue algún familiar, y como podemos observar en la Tabla 19a, son los hijos quienes representan el mayor porcentaje de ser las personas que llevan a los adultos mayores a esas instituciones los cuales representan un 34,48%, y las hermanas (os) junto con los(as) sobrinos (as) representan un 14.81% colocándose como los segundos familiares responsables de llevar a los Adultos Mayores al Hogar.

Sin embargo es importante mencionar que un 25,93% de los adultos entrevistados, realizó sus propias las gestiones por sus propios medios para poder ingresar a la Institución donde se encuentran actualmente.

Y apenas un 20,37% llegó al hogar porque se lo recomendó algún conocido u otra persona cercana o no a ellos.

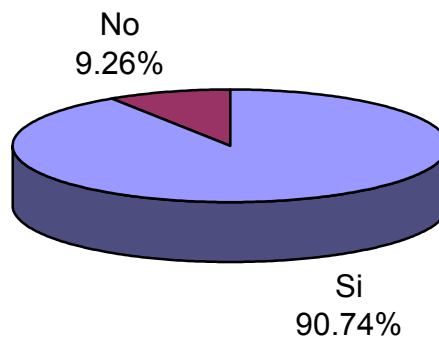


Figura N° 2: Distribución de los Adultos Mayores encuestados que tiene familia.

En la Figura número 2 se puede observar que de los 54 Adultos Mayores encuestados el 90,74% de las personas entrevistadas si tienen familiares lo que corresponde a 49 adultos mayores; y un 9,43% que corresponden a 5 de ellas, indicaron que no tienen familia.

Tabla N° 20: Cantidad de Adultos Mayores Encuestados que reciben la visita de sus Familiares

	Cantidad	Porcentaje
Si	42	85.71%
No	7	14.29%
Total	49	100.00%

Tabla N° 20ª: Frecuencia con que los familiares visitan a los Adultos Mayores Encuestados

	Cantidad	Porcentaje
1 vez a la semana	14	33.33%
1 vez cada quince días	11	26.19%
De vez en cuando	10	23.81%
1 vez al mes	3	7.14%
Varias veces a la semana	2	4.76%
1 vez cada veintidós días	1	2.38%
Todos los días	1	2.38%
Total	42	100.00%

Del 90,74% de los Adultos Mayores que indicaron que si tenían familia que representan a 48 personas, un 85,71% indicó que los mismos si llegaban a visitarlos al hogar donde residen y un 14,29% que corresponden a 7 personas indicó que no llegaban a visitarlos.

Dentro de la frecuencia con la cual los familiares llegan de visita a los Hogares, tenemos que un 33,33% lo realiza una vez a la semana o una vez cada quince días que corresponden a un 26,19% de los casos, siendo más del 60% de los entrevistados que reciben sus vistas familiares en menos de quince días.

Sin embargo es importante señalar que un 23,81% de las personas que reciben visitas de su familiares, estos las reciben de vez en cuando.

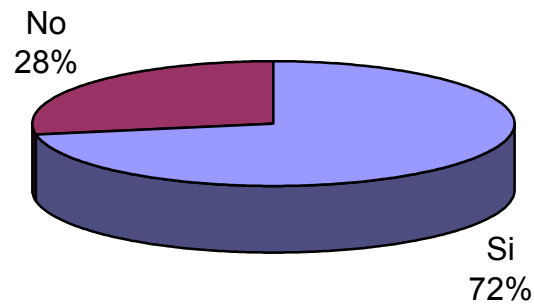


Figura N° 3: Distribución de los Adultos Mayores Encuestados que padecen o no alguna enfermedad.

Tabla N° 21: Distribución de las Enfermedades que padecen los Adultos Mayores Encuestados

	Cantidad	Porcentaje
Diabetes	6	15.38%
Osteoporosis	5	12.82%
Presión Alta	5	12.82%
Artritis	3	7.69%
Asma	3	7.69%
Ulceras	3	7.69%
Vista	3	7.69%
Corazón	2	5.13%
Gastritis	2	5.13%
Quebradura columna	2	5.13%
Sinusitis	2	5.13%
Otros(1)	14	35.90%
Total	39	100.00%

(1) Otros incluye Anorexia, Ardor de pies, cáncer De Piel, circulación, colesterol, columna, hernia depresión, dolor de cabeza, mental, urticaria fiebre reumática.

Capítulo 4: Análisis de la Información

En la Figura N° 3 se puede observar que un 72%, que corresponde a 39 adultos mayores si padece de alguna enfermedad. Entre las enfermedades que con más frecuencia se presenta en estos Adultos Mayores, es la diabetes con un 15,38%, seguido por la Osteoporosis y la Presión Alta, que representan al 12.82%. Así mismo, existen otras enfermedades que se presentan con poca frecuencia, como por ejemplo, la artritis, asma, vista y las úlceras, con un 7,69% cada una.

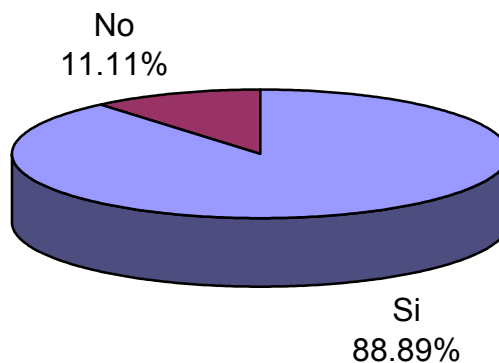


Figura N° 4: Criterio de los Adultos Mayores Encuestados referente a si reciben atención Médica Inmediata

Cuando se les preguntó a los Adultos Mayores si recibían atención medica inmediata cuando la requerían, un 88,89% es decir 48 Adultos Mayores indicó que si recibían en forma inmediata este servicio. Y el 11,11% indicó que no era así, los cuales representan a 6 personas.

Tabla N° 22: Percepción de los Adultos Mayores Encuestados de la Atención que reciben en la Institución

	Cantidad	Porcentaje
Excelente	13	24.07%
Muy buena	24	44.44%
Buena	13	24.07%
Regular	4	7.41%
Total	54	100.00%

Como podemos observar en la Tabla número veintidós, un 44,44% que corresponde a 24 Adultos Mayores, indicó que la atención que recibida por parte del personal de la Institución donde reside es Muy Buena; un 24,07% indicó que era Buena, de igual manera 13 personas calificaron la Atención como Excelente, como se observa el 92,45% de los entrevistados clasifico entre Buena y Excelente la atención recibida. Es importante observar que ninguno de los Adultos Mayores indica que la atención era Mala.

Tabla N° 23: Distribución de los Adultos Mayores Encuestados según participan o no en las actividades de la Institución

	Cantidad	Porcentaje
Sí	45	83.33%
No	9	16.67%
Total	54	100.00%

Tabla N° 23ª: Clasificación de las razones por las cuales los Adultos Mayores encuestados no participa en las actividades de la Institución

	Cantidad	Porcentaje
NO le gusta	4	44.44%
Le gusta estar aparte	2	22.22%
Impedimento Fisico	1	11.11%
Le gusta estar ocupado	1	11.11%
No lo hace	1	11.11%
Total	9	100.00%

En la Tabla número veintitrés podemos observar que un 83,33% de los encuestados si participan en las actividades que realizan las instituciones es decir 45 Adultos Mayores, y un 16,67% correspondiente a 9 personas no participan en dichas actividades. Al preguntarles el por qué no participan las respuestas podemos observarlas en la Tabla N° 23a donde un 44,44% indicó que no les gusta participar; un 22,22% correspondiente a 2 personas indicó que le gusta estar aparte y el impedimento físico, el estar ocupado o no hacerlo, con un porcentaje del 11,11% cada uno son los otros rubro mencionados.

Tabla N° 24: Distribución de los Adultos Mayores Encuestado de acuerdo a si les gusta o no la Alimentación de la Institución

	Cantidad	Porcentaje
Sí	40	74.07%
No	9	16.67%
Se adapta a lo que le den	5	9.26%
Total	54	100.00%

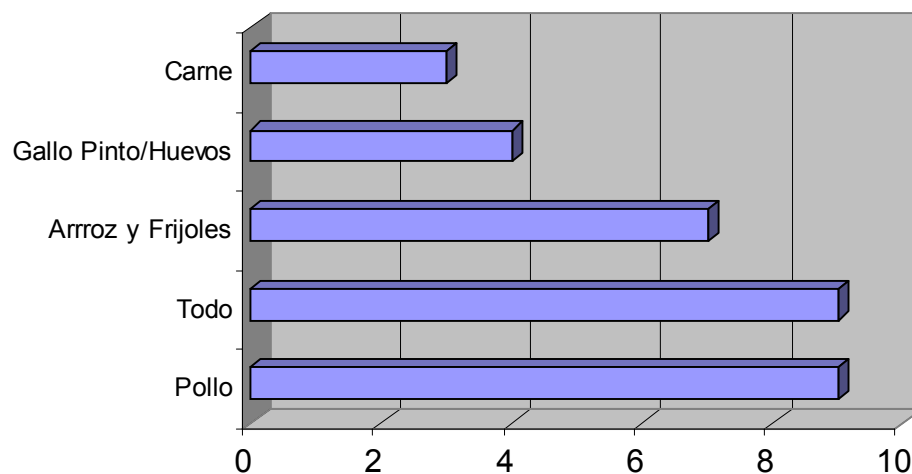


Figura N° 5: Principales Comidas que les gusta a los Adultos Mayores Encuestados

En la Tabla número veinticuatro, podemos observar que un 74,07% equivalente a 40 adultos mayores están satisfechos con la alimentación que les ofrecen en el hogar, un 16,67% de ellos indican que la alimentación no es buena y un 9,26% equivalente a 5 personas indican que ellos se adaptan a la alimentación independientemente si es buena o mala. De los alimentos favoritos de los adultos mayores destacan el pollo, el arroz y frijoles, el “Pinto” con huevo y plátano que fueron mencionados por nueve, siete y 4 adultos mayores encuestados respectivamente, como lo podemos observar en la Figura N° 5.

Es importante rescatar que a 9 Adultos Mayores les gusta toda comida que brinda al Institución.

Tabla N° 25: Frecuencia en que recibe los Alimentos que le Gusta según Adultos Mayores Encuestados

	Cantidad	Porcentaje
Mucha Frecuencia	29	64.44%
A menudo	8	17.78%
Poca Frecuencia	8	17.78%
Total	45	100.00%

Y la frecuencia con la cual los adultos mayores pueden comer sus alimentos favoritos la podemos observar en la Tabla N° 25 donde se aprecia que en un 64,44% de los casos es con mucha frecuencia, en un 17.78% de los casos es a menudo, e igual porcentaje de los casos los consumen con poca frecuencia.

Tabla N° 26: Distribución de los Adultos Mayores Encuestados según comparte o no con el resto de sus compañeros

	Cantidad	Porcentaje
SI	51	94.44%
NO	2	3.70%
NR	1	1.85%
Total	54	100.00%

En la Tabla número veintiséis se observa que la mayoría de los adultos mayores, un 94.44 % de los encuestados, si comparten con sus compañeros del hogar, mientras que un 3.70% que representa a dos adultos mayores no comparten con los demás compañeros del Hogar, cuándo se les preguntó el por qué de su actitud ellos indicaron que les gustaba estar solos y porque han tenido problemas con algunos compañeros.

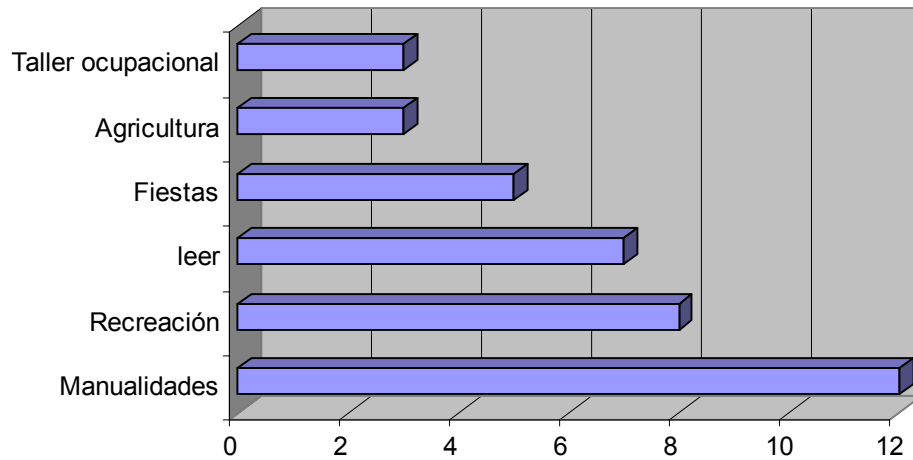


Figura N° 6: Principales Actividades que les gusta realizar a los Adultos Mayores Encuestados.

En la Figura N° 6 se puede observar las actividades favoritas de los Adultos Mayores que están institucionalizadas, entre ellas podemos encontrar que son las manualidades las cuales 12 Adultos Mayores indicaron que les gusta realizar y que además si lo hacen en la Institución; seguido de las actividades de recreación las cuales fueron mencionadas por 8 personas y la lectura que fue mencionada por 7 personas, estas últimas si las llevan a cabo en la Institución. Después aparecen actividades como Fiestas y Talleres Ocupacionales que les gusta a 5 y 3 personas respectivamente, de igual manera si las practican en el Hogar. Al igual que la Agricultura, que es la actividad que más les gusta a 3 Adultos mayores institucionalizados.

Tabla N° 27: Frecuencia Adultos Mayores Encuestados sobre como se sienten en la Institución.

	Cantidad	Porcentaje
Bien	32	59.26%
Contento	6	11.11%
Triste	4	7.41%
Aburrido	3	5.56%
Muy Bien	3	5.56%
Como en casa	2	3.70%
Ya se acostumbró	2	3.70%
Intranquila	1	1.85%
Mas o menos	1	1.85%
Total	54	100.00%

Cuando se les preguntó a los Adultos Mayores que cómo se sienten en la Institución dónde viven las respuestas que se obtuvieron se presentan en la Tabla N° 27, un 59,26% de los encuestados que representa a 32 adultos mayores indicaron que se sentían bien en el Hogar, un 11,11% indicó que se sentían contentos, un 7,41% que corresponde a 4 personas indicaron que se sentían tristes, un 5,56% indicó que se sentían muy bien y otro 5.56% indicó que se sentían aburridos, un 3.70% correspondiente a 2 personas indicaron que se sentían como en casa y de igual manera otras dos personas indicaron que ya se acostumbraron al Hogar. Sin embargo una persona para 1,85% dijo sentirse más o menos, asimismo otra persona indico que se encuentra intranquila, más que todo por que son personas que padecen alguna enfermedad y no pueden realizar todas actividades que se realizan en el Hogar.

Tabla N° 28: Distribución de las Actividades que la Institución debería ofrecerle al Adulto Mayor Encuestado

	Cantidad	Porcentaje
Así se siente bien	26	48.15%
Realizar más actividades recreativas / ocupacionales	9	16.67%
Más Tranquilidad	3	5.56%
Mejorar Comida	3	5.56%
Compañía	2	3.70%
No se siente feliz	2	3.70%
Que le den la pensión	2	3.70%
Ropa	2	3.70%
Salir poco más	2	3.70%
Dejarlo Sembrar	1	1.85%
Estar con su familia	1	1.85%
Jugar Jackses	1	1.85%
Mas personal en la tarde	1	1.85%
Mejor Comunicación	1	1.85%
Total	54	

En la Tabla número veintiocho se puede observar las recomendaciones que indicaron los adultos mayores al preguntarles que les gustaría cambiar de la institución, 26 Adultos Mayores que representan un 48.15% indicaron que así están bien, un 16.67% indicaron que la Institución debería realizar más actividades recreativas o ocupacionales un 5.56% indicó que deberían mejorar la comida y otro 5.56% indicó que deberían ofrecer más tranquilidad entre otros.

Tabla N° 29: Distribución del Lugar donde al Adulto Mayor Encuestado le gustaría estar

	Cantidad	Porcentaje
Con familiar	23	42.59%
Ahí mismo	20	37.04%
En la casa	4	7.41%
Con amiga	3	5.56%
Viviendo solo (a)	3	5.56%
En otro Hogar	1	1.85%
Total	54	100.00%

Al consultarles a los Adultos Mayores en qué otro lugar les gustaría estar si no se encontraran en el Hogar un 42,59% que representa a 23 personas, indicó que les gustaría estar con la familia, un 37,04% indicó que les gusta dónde están y no lo cambian, cuatro adultos mayores indicaron que les gustaría estar en la casa para un 7,41%; el vivir sólo o con un amigo con un 5.56% cada uno son otros rubros significativos y por último una persona indicó que le gustaría estar en otro Hogar para Ancianos.

4.2 Análisis Entrevista dirigida a los Administradores de cada Institución.

Tabla N° 30: Distribución de los Hogares según si cuentan o no con áreas espaciosas

	Cantidad	Porcentaje
SI	16	94.11%
NO	1	5.88%
Total	17	100,00%

Tabla N° 30a: Distribución de las áreas con las que cuentan los hogares según los administradores encuestados

	Cantidad	Porcentaje
Salón Multiusos	16	94.11%
Área de Enfermería	17	100,00%
Área de Terapia Física	12	70,58%
Total	17	

En la Tabla número treinta, se observa que 16 de los establecimientos cuentan con áreas espaciosas, sólo uno de ellos no cuenta con estas áreas y la Tabla N° 30a indica que son los salones multiuso y el área de enfermería los que se encuentran en la mayoría de los Hogares, en 16 y 17 hogares respectivamente, no así el área de terapia física que se encuentra sólo en 12 de ellos.

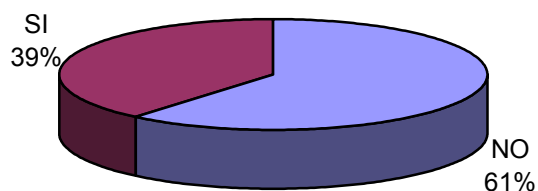


Figura N° 7: Distribución de los Hogares según cuentan o no con la Habilitación correspondiente.

La Figura número siete muestra que de todas las Instituciones analizadas, sólo el 41.17% de ellas correspondiente a 7 Centros, cuentan con la Habilitación correspondiente y el restante 64.70% de ellas correspondiente a 11 de los Centros en estudio no cuentan con la misma.

Tabla N° 31: Fuentes de recursos de la Instituciones según los administradores encuestados

	Cantidad	Porcentaje
CONAPAM	15	92,86%
J.P.S	17	100,00%
IMAS	2	7,14%
Empresa Privada	3	14,29%
Pensiones Usuarios	14	92,86%
Aporte Familiar	5	29,41%
Cruzada	1	7,14%
Total	17	

Cuando se les preguntó a los encargados de cada Institución que de quién recibían recursos, el 100% indicaron que de la JPS, un 92.86% correspondiente a 15 administradores indicó que de CONAPAM, y de las Pensiones de los Usuarios, en un 29.41% correspondiente a 5 Hogares se reciben aportes de los Familiares, en tres de las Instituciones, para un 14.29% reciben apoyo económico por parte de Empresas Privadas y un 7.17% correspondiente a dos de los Centros en estudio, reciben aporte del IMAS.

**Tabla N° 32: Tipo de Población que atienden las
Instituciones según los administradores
encuestados**

	Cantidad	Porcentaje
Adultos mayores válidos	16	94.11%
Discapacitados	17	100,00%
Indigentes	17	100,00%
Total	17	

En la Tabla número treinta y dos se observa que en 16 de los hogares encuestados se atienden Adultos Mayores que pueden valerse por sí mismos y en todas las Instituciones en estudio se atienden Adultos Mayores indigentes y discapacitados.

Tabla N° 33: Principales requisitos de Ingreso estipulados en la Institución según los administradores encuestados

	Cantidad	Porcentaje
Ser Mayor 60 años	17	100.00%
Estudio Social	15	88.23%
NO poseer enfermedades infecto-contagiosas	14	82.35%
Chequeos Médicos	11	64.70%
Presentar alguna Discapacidad	5	29.41%
Ser de la Localidad	3	17.64%
Adulto Acepte	2	11.76%
Otros	4	23.52%
Total	17	

Nota: En otros aparecen: Indigentes, Se le asigne una persona responsable, Aprobación de la Junta Directiva, Periodo de Prueba con un 1.51% cada rubro

En cuanto a los requisitos de ingreso como se muestra en la Tabla número treinta y tres, se observó que según la opinión de los encuestados, que en el 100.00% de los Hogares uno de los requisitos es que el Adulto Mayor sea mayor a 60 años, en 15 de los Hogares se realiza un Estudio Social a la persona que desea ingresar al hogar, en 14 de las Instituciones se exige que el Adulto Mayor no posea enfermedades infectocontagiosas, en 11 de los hogares se les realiza un chequeo médico, en cuatro de ellos se requiere que el Adulto Mayor presente alguna discapacidad, en tres de los hogares uno de los requisitos importantes es que la persona sea de la localidad donde se ubica el Hogar, otro rubro según indicaron dos de los administradores encuestados es que el la persona acepte quedarse n el Hogar, otros puntos que se analizan son que la Junta Directiva apruebe en ingreso, que se adapte en el periodo de prueba, que alguien se haga responsable por esa persona, que el y en un Hogar un requisito es que el Adulto Mayor que desea ingresar sea indigente.

Tabla N° 34: Costo promedio mensual de estancia por Adulto Mayor institucionalizado según datos suministrados por los administradores encuestados

	Cantidad	Porcentaje
De ¢50.000 a menos de ¢70.000	1	5.88%
De ¢70.000 a menos de ¢90.000	5	29.41%
De ¢90.000 en adelante	11	64.70%
Total	17	100,00%

Como se observa en la Tabla número treinta y cuatro en un 64.7% de las Instituciones encuestadas el costo promedio de atender un Adulto Mayor es superior a los ¢90.000, en un 29.41% de los Hogares este costo promedio se encuentra entre ¢70.000 y ¢90.000 y en un 5.88% de las Instituciones el costo oscila entre ¢50.000 y ¢70.000.

Tabla N° 35: Distribución de las Instituciones de acuerdo a la cantidad de Adultos mayores que atiende según los administradores encuestados

	Cantidad	Porcentaje
Menos de 20	2	11.76%
De 20 a 40	6	35.29%
Más de 40 pero menos de 60	2	11.76%
De 60 en adelante	7	41.17%
Total	17	100,00%

En la Tabla número treinta y cinco se puede observar que de los Hogares analizados un 41.17% correspondiente a 7 de ellos atienden más de 60 personas, en un 35.29% correspondiente a 6 Hogares atienden entre 20 y 40 personas, en dos de los centros encuestados se atienden entre 40 y 60 personas y en dos de ellos se atiende a menos de 20 adultos Mayores.

Tabla N° 36: Distribución de la población de todos los Hogares encuestados según género
Distribución de la población de todos los Hogares encuestados según género

Población	Cantidad	Porcentaje
Hombres	573	49.70%
Mujeres	580	50.30%
Total	1153	100,00%

De acuerdo a los datos suministrados por los administradores de los Hogares encuestado, en el Tabla número treinta y seis se muestra cómo se encuentra dividida la población de Adultos Mayores en los hogares según el género, los resultados indican que en todos los Hogares bajo estudio viven 573 hombres y 580 mujeres, para un 49.7% y un 50.3% respectivamente.

Tabla N° 37: Principales razones de ingreso al Hogar, según la opinión de los administradores encuestados

	Cantidad	Porcentaje
Abandono Familiar	13	76.47%
Indigentes	14	82.35%
Familia no puede mantenerlos en casa	14	82.35%
Enfermedad	7	41.17%
Por gusto	2	11.76%
Otros	2	11.76%
Total	17	

Nota: En otros aparecen: No tiene familia, Por no estar con la familia, cada uno con un 5.88%.

Según la opinión de 14 de los Administradores encuestados las dos principales razones ingreso al Hogar son porque la Familia no puede mantenerlos en su casa y el hecho de ser indigentes que representan un 82.35% cada uno, en segundo lugar con un 76.47% que equivale a 13 de los Hogares encuestados consideran que una de las razones es el abandono familiar, un 41.17% de los encuestados indicó que por enfermedad, también un 11.76% indican que es por gusto, otras de las razones mencionadas son que no tienen familia o que no quieren estar con sus familiares con un 5.88% cada uno.

En cuanto al tiempo de permanencia de los Adultos Mayores en las Instituciones, un 94.11% de los administradores indicó que por lo general las personas permanecían más de 5 años en el Hogar, y uno de ellos indicó que en el Hogar que administra por lo general los Adultos Mayores permanecen de 3 a 5 años.

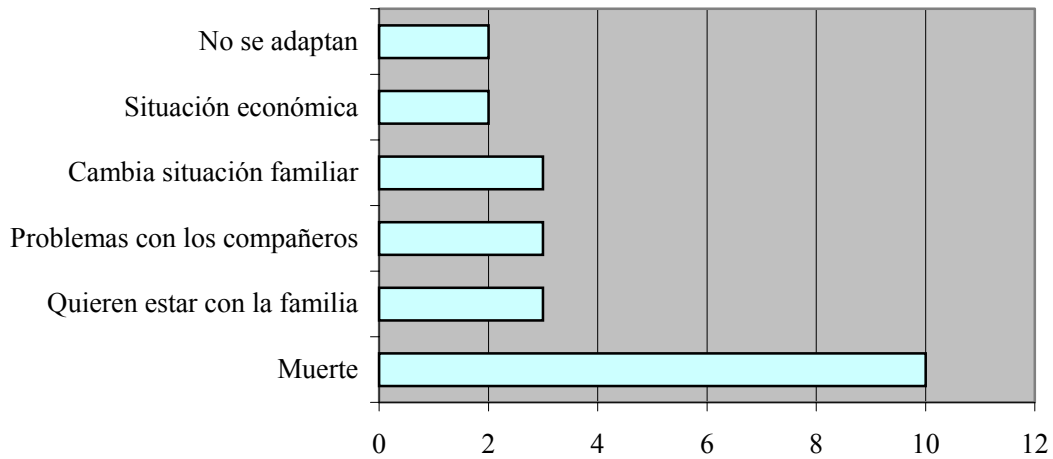


Figura N° 8: Principales razones, según los administradores encuestados, por las cuales los Adultos Mayores abandonan la Institución

La Figura número ocho muestra, según la opinión de los administradores de los Hogares, las principales razones por las cuales los Adultos Mayores abandonan los Centros, un 58.82% correspondiente a 10 encuestados indicó que la principal razón es la muerte, otras razones mencionadas fueron que quieren estar con su familia, por problemas con los compañeros y que cambia la situación familiar cada rubro con un 17.65% correspondiente a tres administradores encuestados y por último con un 11.76% cada uno correspondiente a dos de los administradores encuestados indicaron que porque no se adaptan o por la situación económica.

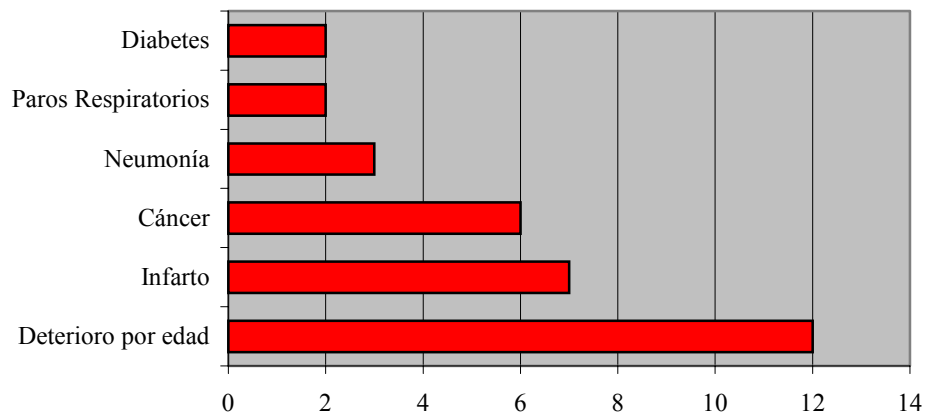


Figura N° 9: Principales causas de muerte de los Adultos Mayores Institucionalizados según opinión de los administradores encuestados

Cuando se les consultó a los administradores de los Hogares que cuáles eran las principales causas de muerte un 70.59% que corresponde a 12 de las personas encuestadas señaló que la principal causa era el deterioro por la edad avanzada de los Adultos Mayores, la segunda causa más señalada, según indicaron un 41.18% correspondiente a 7 de los administradores encuestados es el infarto, en tercer lugar como señalaron 6 de los Hogares es el Cáncer, posteriormente la Neumonía mencionada por tres administradores de los hogares encuestados y por último la Diabetes y Paros Respiratorios donde sólo dos de los Hogares en estudio las mencionaron para un 11.76% cada una.

Tabla N° 38: Distribución de tiempos de comida en la Institución según daos suministrados por los administradores encuestados

	Cantidad	Porcentaje
Desayuno	17	100,00%
Merienda	15	88.23%
Almuerzo	17	100,00%
Café	17	100,00%
Cena	17	100,00%
Merienda antes de dormir	7	41.17%
Total	17	

Como se observa en la Tabla número treinta y ocho el 100.00% de los Hogares ofrecen a sus beneficiarios el desayuno, el almuerzo, el café y la cena. En un 88.23% de ellos correspondiente a 15 hogares les otorgan la merienda, en 7 de ellos se les brinda una merienda antes de dormir la cl pude ser un atol o un te.

Tabla N° 39: Distribución de los profesionales a los que el Hogar tiene acceso según administradores encuestados

	Todos los Días	1 vez a la semana	1 vez cada 15 días	1 vez al mes	2 veces/ semana	3 veces/ semana	Cuando se necesite	Total
Medico Geriatra	1	0	1	1	0	1	0	4
Medico General	1	5	1	1	2	1	0	11
Enfermera	8	0	1	0	0	0	0	9
Auxiliar enfermería	8	0	1	0	0	0	0	9
Fisioterapeuta	2	3	0	0	0	2	2	9
Trabajador Social	3	1	0	1	0	0	4	9
Nutricionista	1	3	1	1	0	0	1	7
Psicólogo	0	0	0	0	0	0	1	1

En la Tabla número treinta y nueve se muestra la cantidad de profesionales a los cuales tienen acceso los Adultos Mayores en las instituciones donde viven, como indicaron los administradores de los centros encuestados la cantidad de profesionales en el campo es muy poca, como se observa en la Tabla sólo 4 de los administradores señalaron que el Hogar tenía acceso a un Medico Geriatra y el mismo en tres de ellos no se encuentra todos los días en la institución, sólo uno de los hogares si cuenta con este beneficio, en cuanto a los Médicos Generales 11 de los administradores indicaron que el centro si tienen acceso a este servicio pero en la mayoría el médico llega sólo una vez a la semana, sólo en uno de lo hogares llega todos los días. En cuanto a las enfermeras 9 de los administradores señalaron que si cuentan con un(a) enfermero(a) y en ocho de ellos este profesional se encuentra todos los días en l hogar, lo mismo ocurre en el caso de los auxiliares de enfermería 9 de los centros si cuentan con una y en 8 de ellos asiste todos los días.

Referente al Fisioterapeuta en 9 de los hogares cuentan con el apoyo de este profesional, pero sólo en 2 de ellos el mismo se presenta todos los días, en la mayor parte de los hogares encuestados el mismo llega de una a tres veces a la semana y en dos de los hogares llega sólo cuando se le necesita.

En cuanto a la Trabajador Social 9 de los Hogares si cuentan con este profesional pero sólo a 3 de ellos asiste todos los días, la mayoría de los centros cuenta con el mismo sólo cuando se necesite. Sólo 7 de los administradores encuestados indicaron que el hogar cuenta con servicio de Nutricionista, pero en 3 de los hogares el profesional llega sólo una vez por semana, sólo en uno de los hogares llega todos los días. Por último se puede observar al Psicólogo, donde se observa que sólo uno de los administradores encuestados señaló que el hogar si cuenta con este servicio, pero el mismo llega exclusivamente cuando se le necesita.

Tabla N° 40: Distribución del acceso al servicio de voluntariado que tienen las Instituciones según los administradores encuestados

	Cantidad	Porcentaje
Si	16	94.11%
No	1	5.88%
Total	17	100,00%

La Tabla número cuarenta indica que un 94.11% de los encuestados señaló que el Hogar que administra si cuenta con servicio de voluntariado y un 5.88% de ellos señaló que el Hogar no cuenta con este servicio.

Tabla N° 41: Principales Funciones del Voluntariado según opinión de los Administradores encuestados

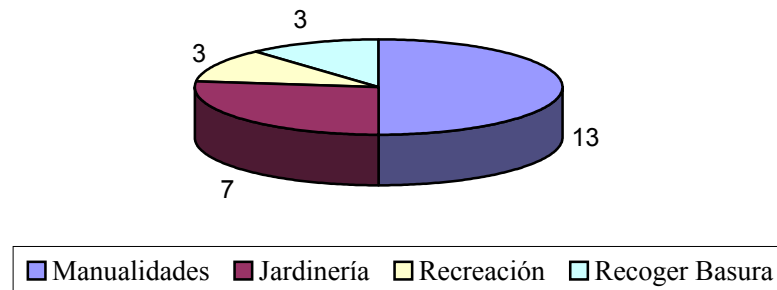
	1 vez por semana	Cada 15 días	Todos los días	A menudo	De vez en cuando	Total
Recreación	9	0	0	1	0	10
Terapias Ocupacionales	6	0	1	0	0	7
Peluquería	2	2	0	0	0	4
Cenáculos	3	0	0	0	0	3
Limpieza	1	0	0	2	0	3
Conversar / compartir	2	0	0	0	0	2
Manualidades	2	0	0	0	0	2
Recaudar fondos	0	0	0	2	0	2
Atención a los residentes	0	0	1	0	0	1
Bailar	1	0	0	0	0	1
Cortar Uñas	0	1	0	0	0	1
Dar de comer	1	0	0	0	0	1
Jardinería	1	0	0	0	0	1
Lectura	0	0	1	0	0	1
Paseos	0	0	0	0	1	1

En la Tabla número cuarenta y uno se muestran las principales funciones que cumple el voluntariado y la frecuencia con que la realizan, como se encontró de los Hogares que cuentan con voluntariado en 10 de ellos este servicio se encarga del área recreativa de los Adultos Mayores y en la mayoría de las ocasiones lo realizan mínimo una vez por semana, en 7 de los Hogares los voluntarios se encargan de la terapia Ocupacional y lo realizan por lo general una vez a la semana, en 4 de los Centros los voluntarios se encargan de la peluquería y en dos de ellos lo realizan una vez a la semana y los otros dos cada 15 días, en tres de los hogares el voluntariado se ocupa de los cenáculos y lo realizan una vez a la semana, en tres de los centros e voluntariado también colabora con la limpieza del Hogar y estas labores lo realizan a menudo, otras de las actividades que realizan los voluntarios son el compartir o conversar con los Adultos Mayores, dar paseos con ellos, organizar bailes, cortarles las uñas, realizar lecturas, entre otras.

Tabla N° 42: Clasificación de los servicios que ofrece la Institución para el adulto Mayor según la opinión de los administradores encuestados

	Cantidad	Porcentaje
Actividades Educativas	8	47,05%
Actividades culturales	14	82.35%
Nutrición	10	64,29%
Lavandería	17	100.00%
Actividades recreativas	14	82.35%
Actividades espirituales	15	88.23%
Actividades ocupacionales	13	76.47%
Odontología	5	29.41%
Servicios Fúnebres	1	5.88%
Convenios con la Caja	1	5.88%
Total	17	

Según la opinión de los Administradores de los Hogares encuestados respecto a los servicios que se les ofrece a los adultos Mayores en la Institución se encontró que en el 100.00% de la Instituciones en estudio se les ofrece el servicio de lavandería, en un 88.23% correspondiente a 15 Hogares se les brindan actividades espirituales, en 14 de ellos se les brindan actividades culturales y actividades recreativas, en un 76.47% correspondiente a 13 centros se les ofrecen actividades ocupacionales, en un 64.29% correspondiente a 10 de las personas encuestadas indicaron que el centro cuenta con el servicio de nutrición, en 8 de los hogares, correspondiente a un 47.05%, imparten actividades educativas, en un 29.41% ofrecen servicio de odontología y solamente en uno de los Hogares cuentan con servicios fúnebres así como convenios con la caja.



Nota: En otros aparecen: programas de reciclaje, limpieza constante del Hogar, charlas educativas Hacer Ejercicios, Cuidar Gallinero, Área Belleza, Cuido Chanchera

Figura N° 10: Principales actividades ocupacionales que realizan los Adultos Mayores en la Institución según opinión de los Administradores Encuestados.

Como muestra la Figura número diez según señalaron los administradores encuestados, la principal actividad ocupacional que realizan los Adultos Mayores institucionalizados son toda clase de Manualidades (Bordar, tejer, cama, figuras de papel, etc.), 13 de los administradores para un 76.47% de los encuestados así lo indicaron, en segunda instancia, según lo señalaron un 41.17% correspondiente a 7 de las personas encuestadas, está la jardinería o cuidado de Huerta, en tercera instancia con un 17.64% cada uno, correspondiente a 2 de los administradores encuestados, aparece el recoger basura y actividades de recreación, también los Adultos Mayores realizan otras actividades como programas de reciclaje, limpieza constante del Hogar, charlas educativas, entre otras.

Tabla N° 43: Actividades Recreativas realizadas por los Adultos Mayores

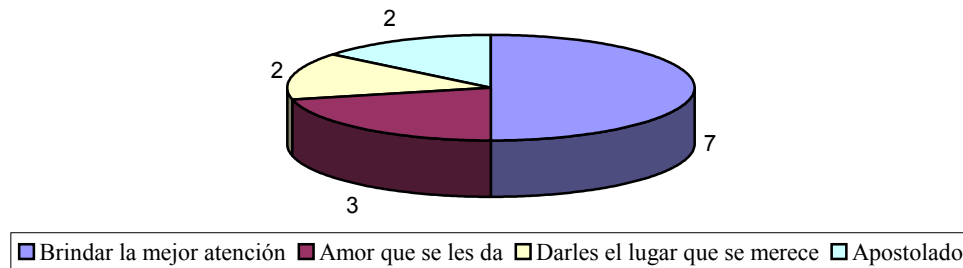
	1 vez a la semana	3 por Año	Otros	1 al año	Todos los días	1 por Mes	2 por Año	Total
Bingo	4	0	0	0	0	0	0	4
Bailes	2	0	3	0	0	1	0	6
Celebración días Festivos	0	0	7	0	0	0	0	7
Paseos	0	2	4	0	0	2	2	10
Recreación	2	0	2	0	1	1	0	6
Convivios	0	0	0	1	0	0	0	1
Terapias	0	0	1	0	1	0	0	2
Concursos	1	0	0	0	0	0	0	1

En la Tabla número cuarenta y tres se observan las principales actividades recreativas que realizan los Adultos Mayores y la frecuencia con que practican las mismas, así se muestra que en cuatro de las Instituciones bajo estudio realizan Bingos y lo hacen una vez a la semana, en 6 de los hogares realizan Bailes, en dos de los centros los organizan una vez a la semana y en 4 de ellos los organizan en ocasiones diferentes. En siete de los Hogares en estudio realizan la celebración de los días festivos la fecha correspondiente, en 10 de los Hogares encuestados realizan paseos para los Adultos Mayores que residen en la Institución, en dos de los hogares los realizan una vez por mes, en la mayoría de los casos se realizan en el momento en que se organizan o por alguna fecha que lo amerite (2 de Agosto a Cartago). En seis de los Hogares se realizan todo tipo de actividades recreativas y por lo general lo realizan una vez por semana o cuando sea necesario, otras de las actividades que se realizan son concursos, convivios y terapias.

Tabla N° 44: Distribución de las opiniones de los administradores según al estado anímico del Adulto Mayor en la Institución

	Cantidad	Porcentaje
Pasan Alegres durante el día	13	76.47%
Se deprimen con frecuencia	12	70.58%
Se quejan constantemente	5	29.41%
Total	17	

Al consultarles a los administradores de los Hogares que cuál era el estado anímico que por lo general presentan los adultos Mayores de su Institución se encontró que ante esta pregunta no existe una situación definida, tal y como se refleja en los siguientes resultados, en un 76.47% de los casos correspondiente a 13 de los centros encuestados, nos indicaron que los adultos mayores pasan alegres durante el día, en 12 de los hogares para un 70.58% de los administradores encuestados, señalaron que los beneficiarios se deprimen con frecuencia y en 5 de los Centros indicaron que se quejan constantemente.



Nota: En otros aparecen: la Institución los complace, se asiste a capacitaciones, buena dieta, minimizan el dolor, respeto, situaciones humanas, innovadores

Figura N° 11 Clasificación de los Administradores según el porqué consideran que la Institución brinda o no calidad de vida

Según la opinión de todos los administradores encuestados todos los Hogares ofrecen calidad de vida a los usuarios. Al preguntarles el por qué lo consideran así la respuesta más frecuente, como se observa en la Figura N° 11, es que brindan la mejor atención, con un 41.18% correspondiente a 7 de los administradores encuestados, en segundo lugar un 17.65% que corresponde a 3 de los encuestados, indicaron que es por el amor que se les da a los Adultos Mayores, en tercer lugar según indicaron los administradores con un 11.76% cada uno se encuentra que es porque se les da el lugar que se merecen y por el Apostolado de la Institución, otros rubros mencionados con un 5.88% cada uno correspondiente a un administrador indican que porque la Institución los complace, se asiste a capacitaciones, buena dieta, minimizan el dolor, respeto, situaciones humanas, innovadores, entre otros.

4.3 ENTREVISTA DIRIGIDA A ESPECIALISTAS EN GERIATRÍA, TRABAJO SOCIAL Y PSICOLOGÍA.

4.3.1 Opiniones especialistas en Geriatria.

Nombre del Especialista	Dr. Carlos Alpizar Hospital Cima San José Residencia Geriátrica Primas	Dr. Fernando Morales, Director General Hospital Blanco Cervantes	Dr. Norbel Román Hospital Blanco Cervantes	Dr. Manuel Rojas Oreamuno Hogar para Ancianos Carlos María Ulloa	Dra. Xinia Jiménez	Dra. María Rodríguez Hospital Blanco Cervantes
--------------------------------	--	---	---	---	--------------------	---

<p>Definición Calidad de Vida.</p>	<p>Es un estado de equilibrio que le permite a una persona mayor vivir dignamente, con respeto y disfrutando la misma de acuerdo a su estado de salud, maximizando sus reservas y minimizando sus discapacidades</p>	<p>Optima calidad de vida en las esferas física, mental funcional, social y que se encuentre integrado armónicamente en el entorno donde vive.</p>	<p>Es una condición donde los aspectos vitales de la vida como salud biológica, funcionalidad psíquica y funcional, le permiten mantener un sentido de bienestar.</p>	<p>Una serie de factores que garanticen al adulto mayor mantener su rol dentro de la sociedad sin sentirse discriminado por su edad o por ser portador de x enfermedad, esto involucraría factores de tipo nutricional, ambiental, familiar y médico. Una vida digna desde 3 aspectos: físico, mental y social.</p>	<p>Calidad de vida es la mayor posibilidad de bienestar de salud. Entendiéndose este desde la esfera médica, social, psíquica y funcional. Calidad de Vida: bienestar mayor de salud posible.</p>	
---	--	--	---	---	---	--

<p>Factores o elementos que deben evaluarse para ofrecer calidad de vida</p>	<p>Su entorno adecuado a su estado físico de salud, su estado psíquico y sus aspectos sociales.</p>	<p>La evaluación integral gerontológico y geriátrica</p>	<p>1) Estado de salud y todo lo que incluye. 2) Funcionalidad psíquica. 3) Redes de apoyo. 4) Entorno Social. 5) Protección legal.</p>	<p>Factores: 1) Médicos (control adecuado). 2) Nutricionales (dieta). 3) Ambientales (lugar donde vive). 4) Roles sociales (no estar aislado).</p>	<p>Acceso a: educación, participación de actividades sociales, vivienda digna, atención médica adecuada, pensión satisfactoria, derecho a trabajo, derecho a créditos, capacidad de producir, protección jurídica.</p>	<p>1) Médicos 2) Social 3) Psíquicos 4) Funcionales. 5) Polifarmacia</p>
---	---	--	--	--	--	--

<p>Propuesta de indicadores que permitan garantizar o mejorar la calidad de vida</p>	<p>Un techo, un corazón una preocupación, al fin y al cabo eso es la vida. Un techo, que signifique un hogar en el sentido de comunidad de intercambio de ideas y actividades en la vida, cubriendo las necesidades posibles de cada persona mayor. Entender que en la vida no existe un ingrediente para dar calidad a la misma mejor que el amor y que este es capaz de darlo todo</p>	<p>1) Planta física óptima. 2) Personal sólidamente calificado. 3) Equipamiento necesario. 4) Financiamiento. 5) Apoyo técnico especial oportuno. 6) Programas de recreación: estilos de vida saludable, preventivo, promoción de la salud.</p>	<p>1) Evaluaciones médicas y áreas de atención para especialistas en geriatría. 2) Normas de atención, auditoría de servicios. 3) Estructura física adaptada.</p>	<p>1) Ambiente (rol con otros viejitos). 2) Soporte médico – nutricional. 3) Servicios de apoyo (rehabilitación – fisioterapia). 4) La infraestructura.</p>	<p>1) Adecuado trato. 2) Alimentación adecuada. 3) Vivienda y vestimenta digna. 4) Atención médica adecuada. 5) Programas de atención al anciano: educación, trabajo en comunidades, rehabilitación, actividades que incluyan aspectos de superación personal</p>	<p>1) Atención médica periódica. 2) Barreras arquitectónicas. 3) Estimulación mental y funcional. 4) Obligatoriedad de instruir al personal</p>
---	--	---	---	---	---	---

- Cuatro de los seis especialistas consultados, conoce las Normas de Habilitación, de ellos tres consideran que las Normas abarcan aspectos necesarios para garantizar calidad de vida a los Adultos Mayores Institucionalizados. La justificación del geriatra que no concuerda con esta opinión es que las Normas no incluyen todos los parámetros que el anciano requiere.
- Ante la consulta si consideraban que las instituciones ofrecían calidad de vida a los usuarios, se obtuvieron respuestas divididas, un 50% de los entrevistados respondieron que sí y el otro 50% que contestó que no, las razones por las que consideran que no ofrecen calidad de vida son:
 - a) Existe irregularidad en el servicio que se ofrece por ausencia o mínima capacitación, lo que influye en el servicio que se da a las personas adultas mayores.
 - b) La infraestructura de estos establecimientos no reúne los requisitos necesarios.
 - c) No existe control de calidad.
 - d) Llevan muchos trámites burocráticos y no abarcan todos los aspectos que ameritan las personas.
 - e) Aun en esos establecimientos el adulto mayor es relegado y discriminado.

4.3.2 Opiniones especialistas en Trabajo Social:

Nombre del especialista	Msc. Zayra Porras Hospital Blanco Cervantes	Msc. Jeannette Martínez Hospital Blanco Cervantes	Msc. Yolanda Brenes Hospital Blanco Cervantes	Licda. Gabriela Salas Hogar de Ancianos Alfredo y Delia Gonzalez Flores	Licda. Ana Lucía Sánchez Hogar de Ancianos Hortensia Rodríguez
Definición de Calidad de vida	Bienestar físico, social y emocional donde tanto el adulto mayor como su familia puedan detectar y hacer uso de los recursos existentes para lograr dicho bienestar	Es la condición de que cada persona se siente bien de forma integral (física, emocional, social, espiritual) con lo que tiene.	Como el estado de bienestar integral (social, económico, de salud, psicológico, emocional) del que gozan las personas adultas mayores	Es que la persona que está institucionalizada tenga acceso a más servicios para lograr la adaptación al centro, por ejemplo apoyo psicológico y social, para que logre adaptarse y para ello se necesita un trabajo interdisciplinario.	Es la satisfacción de las necesidades que presenta el ser humano a nivel biopsicosocial, para la obtención de los resultados satisfactorios tanto a nivel físico, emocional, espiritual y social durante su vida, o sea de los Adultos mayores.

<p>Factores o elementos que deben evaluarse para ofrecer calidad de vida</p>	<p>Existencia real de redes de apoyo tanto familiar como institucional que velen por sus necesidades físicas, sociales y emocionales.</p>	<p>Son elementos generales, es multifactorial, depende de cada no. Condición económica, ambiente familiar, relaciones sociales, ambiente comunal, concepto de salud.</p>	<p>Su condición de salud mental, social, familiar y ocupacional</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Estado anímico de las personas (test). 2) Alimentación. 3) Servicios médicos y enfermería. 4) Participación de la familia. 5) Instalaciones físicas. 6) Cumplimiento de los derechos en la institución. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Acceso a la salud física y mental 2) Acceso a actividades físicas, recreativas, espirituales y ocupacionales. 3) Condiciones de vivienda y ambiente.
---	---	--	---	---	---

<p>Propuesta de indicadores que permitan garantizar o mejorar la calidad de vida.</p>	<p>1) Planta física cómoda y acorde. 2) Programas recreativos y culturales. 3) Sistema de comunicación hogar-familia.</p>	<p>1) Valorar los adultos mayores, conocer su punto de vista, según sus necesidades pero con acercamiento real hacia ellos. 2) Hacerlos partícipes de la construcción de estos indicadores. 3) Dejar involucrar a personas que dicen saberlo todo y no es así, es la opción de las personas que estén directamente con ellos.</p>	<p>1) Espacios adecuados, con ausencia de barreras arquitectónicas y zonas para la recreación. 2) Actividades de tipo ocupacional en las que se consideran las potencialidades y capacidades de las personas adultas mayores.</p>	<p>1) Participación del adulto mayor en el centro. 2) Trato que reciben del personal, tanto interno como externo. 3) Acceso al servicio o programas de la institución.</p>	<p>1) Características de la infraestructura en que se desenvuelven. 2) Estado nutricional de los ancianos. 3) Estado de salud física y mental. 4) Acceso a recreación. 5) Participación en las actividades de terapia ocupacional. 6) Acceso a terapia física.</p>
--	---	---	---	--	--

- El 100% de las Trabajadoras Sociales consultadas conoce las Normas de Habilitación, tres de ellas considera que estas Normas no abarcan los aspectos necesarios para garantizar calidad de vida ya que: aun no se ha logrado una atención integral al adulto mayor, no se solicitó la opinión a los adultos mayores sobre sus necesidades, faltan cosas. Las otras dos profesionales aunque consideran que si cumplen manifiestan que faltan algunos factores de incluir en la Norma y otras que cambiar.
- El 100% de las profesionales entrevistadas, coincide en que las instituciones de Bienestar Social no ofrecen calidad de vida a sus usuarios. Las razones por las que consideran que no ofrecen calidad de vida son:
 - a) Solo contribuyen.
 - b) Siguen representando políticas que son dadas de arriba para abajo.
 - c) Aún no se ha logrado aún una atención integral real.
 - d) Se requieren muchos servicios y una atención integral y en muchos de ellos no la hay.
 - e) No es factible hasta que no se cuente con presupuesto y personal adecuado y capacitado.

4.3.3 Opiniones especialistas en Psicología:

<p>Nombre del especialista</p>	<p>Msc. Emilio Corrales Campos Hospital Blanco Cervantes</p>	<p>Licda. Karyna Araya Rodríguez Clínica de Salud Desamparados</p>	<p>Licda. Jenny Mora Residencia Geriátrica Casa Sol</p>
<p>Definición Calidad de Vida.</p>	<p>Constructo que refleja de forma objetiva y subjetiva (reporte del pensar, sentir y actuar. La forma en que la persona mayor vive y se relaciona con su entorno, permitiéndole desarrollarse integralmente y tener satisfacción en todas sus necesidades biopsicosociales.</p>	<p>El término de calidad de vida es un concepto utilizado para establecer el principio de que nuestra salud es integral. Esto implica la integración de varias matrices que conforman ese engranaje completo y único: el ser humano. Dichas matrices a mencionar: fisiológicas, socioeconómicas, culturales, psicológicas y espirituales. Este concepto aplica a todo ser humano independientemente de raza, edad, tamaño o sexo.</p>	<p>Representa todo lo que la persona ha tenido en el transcurso de su vida. Contar con respaldo familiar, con compañía, respeto, tener un rol importante en la vida. A pesar que con el trascurso de los años sufrimos pérdidas, debemos sustituir estas pérdidas por otros elementos que den valor a nuestra vida. Es importante que la persona no se sienta denigrada, sino que tenga una autoestima adecuada y buenas relaciones interpersonales.</p>

<p>Factores o elementos que deben evaluarse para ofrecer calidad de vida.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Calidad y cantidad de alimentación. 2) Efectiva ayuda social. 3) Número reducido de enfermedades o las mismas compensadas. 4) Proyecto que denote compromiso con la vida. 5) Estilo saludable de vida. 6) Ausencia de carencias económicas y afectivas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Disponibilidad de recursos médicos. 2) Infraestructura de acuerdo a sus necesidades. 3) Control del dolor. 4) Apoyo sociocultural, económico y familiar. 5) Disponibilidad de recursos psicológicos que les permitan transelarorar su situación emocional de etapa de vida y transición. 	<p>Conversar con el adulto mayor, mantener la calidad de vida que estaba acostumbrado si esta era buena o mejorarla si la misma no era satisfactoria. Depende en la mayoría de los casos del aspecto socioeconómico,</p>
--	---	---	--

<p>Propuesta de indicadores que permitan garantizar o mejorar la calidad de vida.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Instituciones con personal de diversas disciplinas. 2) Instituciones con espacio suficiente para recreación, jardines. 3) Instituciones con programas de actividad física y mental. 4) Instituciones con enlaces en la comunidad para programar visitas a las personas en el centro. 5) Instituciones con personal de apoyo suficiente a razón de supervisar permanentemente la actividad de vida diaria de las personas. 6) Instituciones con medidas de seguridad. 	<p>Médico, control del dolor. No mantendría un orden jerárquico precisamente porque somos seres integrales, el orden de lo médico afecta lo psicológico. Debemos mantener la premisa de ser integral.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Evitar el hacinamiento, grupos reducidos en las habitaciones para mantener la privacidad. 2) Facilitar lazos afectivos. 3) Satisfacer las necesidades de alimentación de una forma adecuada. 4) Crear espacios donde el adulto mayor pueda autorealizarse. 5) Espacio físico adecuado. 6) Acceso a rehabilitación. 7) Recreación.
--	--	---	--

- Dos de los tres Psicólogos consultados, no conocen las Normas de Habilitación, la profesional que las conoce considera que las mismas si abarcan los aspectos necesarios para garantizar calidad de vida.
- Los tres profesionales coinciden en que las instituciones de Bienestar Social no ofrecen calidad de vida a sus usuarios. Las razones por las que consideran no ofrecen calidad de vida son:
 - a) Brindan recursos limitantes de ayuda integral, sin adecuaciones de infraestructura y sin ayuda técnica profesional completa.
 - b) Estudios divulgados por la comunicación escrita marcan deficiencias.
 - c) No ofrecen lo básico que es el afecto que el adulto mayor necesita para sentir que lo quieren.

4.4 Análisis de Resultados Funcionarios::

4.4.1 JUNTA DE PROTECCION SOCIAL DE SAN JOSE

Nació como una Junta de Caridad en 1845, su objetivo ha sido generar fondos para ayudar a la población más desprotegida de la sociedad. Es la institución responsable por ley en el país , de la administración de las loterías nacionales. A partir de 1979, año en que se decreta la Ley de loterías No.6404, se destina el 50% de los montos de los prescritos y no vendidos a la atención de los adultos mayores institucionalizados.

El Ministerio de Salud es quien dicta los reglamentos de esta institución semiautónoma. Este Ministerio es también beneficiario directo de la ganancia neta de las loterías nacionales desde 1950 y es a través del Consejo Técnico de Asistencia Médico Social que se fiscalizan y distribuyen estos dineros.

La Junta de Protección Social, al financiar a los hogares, albergues y centros diurnos busca cubrir las necesidades básicas de los beneficiarios. También financia proyectos específicos destinados a construcciones, mejoramiento de planta física, compra de mobiliario y equipo y otros.

El financiamiento es parcial y se entrega a las Instituciones de Bienestar Social que cumplan los siguientes requisitos: poseer cédula y personería jurídica, libros contables y estados financieros al día, así como presentar un programa de trabajo y presupuesto.

Los parámetros de valoración que utiliza la Junta de Protección Social son los siguientes:

- a. Número de beneficiarios (que éstos no disfruten de pensión por jubilación, sean beneficiarios del Régimen No Contributivo y que su aporte al Hogar de Ancianos, como forma de pago mensual, no sea superior al 50% del costo de estancia promedio).
- b. Prestación de servicios especializados, entendiendo por este rubro, el número de servicios ofrecidos y la calidad de los mismos;
- c. Recursos económicos con que cuentan las instituciones;
- d. Facilidades de acceso a medios, servicios y recursos.
- e. El reglamento establece que para que la Institución de Bienestar Social califique como beneficiaria, el número de usuarios con capacidad de pagar el 50% del costo de estancia, no podrá sobrepasar el 50% del total de la población atendida.

Los funcionarios de la Junta de Protección Social de San José, realizan como mínimo una inspección anual a cada una de las Instituciones de Bienestar Social, con el fin de medir el nivel de cumplimiento de los parámetros anteriormente citados.

Para la Licenciada Grettel Arias, Encargada de las Instituciones de Bienestar Social en la Junta de Protección Social de San José, la calidad de vida se define: *“como un concepto muy amplio, ya que es todo lo que una persona necesita para vivir adecuadamente, a nivel espiritual y material, lo que es diferente para todas las personas”*.

La Licenciada Arias considera que los parámetros de valoración utilizados por la Junta de Protección Social, no son suficientes para ofrecer calidad de vida a los beneficiarios. Ya que los mismos se miden en términos generales, no se realiza un estudio que determine la calidad de vida de cada beneficiario, considerando su situación individual frente a los servicios que recibe y como los percibe.

La propuesta de indicadores que sugiere deben contemplarse para ofrecer calidad de vida a los adultos mayores institucionalizados, es evaluar la situación individual de cada adulto mayor incorporando aspectos puramente psicológicos, percepción de la persona adulta mayor sobre su papel en el programa

A su vez, la Licenciada Arias concluye que las Normas de Habilitación establecidas por el Ministerio de Salud Pública, tampoco ofrecen calidad de vida a los adultos mayores institucionalizados, ya que se centran en aspectos de infraestructura.

4.4.2 INSTITUTO MIXTO DE AYUDA SOCIAL, IMAS.

Institución creada para combatir la pobreza del país, mediante la Ley No.4760 en el año 1971. Es el ente rector del tema a nivel nacional. El Departamento de Administración de Instituciones y Servicios de Bienestar Social, es el órgano estatal que cumple las funciones designadas por la Ley No.3095 de 1963- Ley del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social-. Este departamento desde 1971 pasó a formar parte del IMAS, a él corresponde coordinar, supervisar y fiscalizar económicamente las instituciones y servicios de Bienestar Social cuando sean sostenidos o subvencionados por el Estado, por las Municipalidades o que sean beneficiarios de la renta de las loterías nacionales o se financien con fondos particulares. Así como también ofrecer asesoría técnica en el manejo de la organización y atención directa a los beneficiarios. Le corresponde formalmente autorizar la creación y el funcionamiento de toda organización que pretenda realizar labores de Bienestar Social, con financiamiento público o privado. Otorga el carácter o categoría de Bienestar Social a estas organizaciones y las inscribe en un registro oficial que lleva para tales efectos.

El Bienestar Social para la Licenciada Carmen Fallas, del Departamento de Instituciones de Bienestar Social del IMAS, se define como: *“el bien común de personas en estado de vulnerabilidad sean ancianos, discapacitados, farmacodependientes, menores, adolescentes o adultos mayores”* y calidad de vida como: *“cuando se atiende de forma integral al adulto mayor en áreas de atención directa y se cubren sus necesidades básicas: alojamiento, alimentación, atención médica, salud, recreación, educativa y atención psicosocial”*.

Los conceptos mencionados en la definición de calidad de vida, son los factores que el IMAS utiliza para evaluar si las Instituciones de Bienestar Social ofrecen calidad de vida, los mismos son pocas las instituciones que los cumplen, debido a que la mayoría se concentra solamente en la atención básica de sus usuarios.

Dentro de los requisitos que una institución debe cumplir para que se le otorgue el carácter de Bienestar Social tenemos la presentación de un diagnóstico situacional y un plan de acción a cinco o diez años.

El IMAS realiza al menos una visita una vez al año a cada institución, sin embargo se establecen prioridades de atención ya que se carece de apoyo logístico y de los superiores. Para la Licenciada Fallas sería importante que el IMAS reforzara el área de Adulto Mayor con un funcionario más, ya que el factor humano es indispensable para humanizar y capacitar.

Con respecto a las Normas de Habilitación del Ministerio de Salud, la Licenciada Fallas considera que las mismas no ofrecen calidad de vida a los adultos mayores.

Sugiere que para ofrecer calidad de vida a los adultos mayores institucionalizados, deben de considerarse los siguientes indicadores:

- Alimentación: ofrecer un tipo de alimentación según su cartex (prescripción médica) y a su situación sociocultural.
- Alojamiento: camas adecuadas y no más de cuatro compañeros de dormitorio.
- Vestido: ropa, calzado, toallas, jabón y perfume comprados exclusivamente para ellos.
- Activación de la Persona Adulta Mayor: física, emocional y social ; a través de visitas de amigos, familiares, estudiantes ,el voluntariado y con la participación en actividades recreativas. Todo ello le permitirá resolver su apatía, indiferencia y desolación.
- Servicios que se ofrecen: lavado, aplanchado y acceso a servicios médicos.

4.4.3 MINISTERIO DE SALUD

Es el Ministerio que por Ley le corresponde definir la política nacional de salud, la normativa, la planificación y coordinación de todas las actividades públicas privadas relativas a la salud. Debe ejercer la jurisdicción y el control público sobre todas las instituciones públicas o privadas que realicen acciones de salud en todas sus formas. Además de la fiscalización económica a las instituciones de asistencia médica o que realicen acciones de salud en general, cuando sean sostenidas o subvencionadas por el Estado. Debe velar por el cumplimiento de todas las leyes, reglamentos y normas pertinentes.

Velará por la protección de la salud de toda la población. Dentro de la definición de establecimientos de salud incluye a los Hogares para Ancianos, por tanto le corresponde la tarea de regularlos, supervisarlos y llevar el control técnico. Los artículos relacionados con la atención de personas mayores institucionalizadas de la Ley General de Salud y sus reformas son los siguientes: 1, 2, 28, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 76, 77, 78, 231, 258, 340, 341, 342, 343, 346, 347, 356, 363 y 364. Los artículos de la Ley Orgánica No.5412 del mismo Ministerio también de 1973, que se encargan de estas responsabilidades son: 2, 10, 13, 15 y 43. Quedan claramente definidas las funciones a esta institución mediante estas dos leyes. Entre los órganos adscritos al despacho del Ministerio de salud, según la Ley Orgánica, se encuentra el Consejo Técnico de Asistencia Médico Social, ente responsable de recaudar y distribuir fondos de diversas fuentes, entre las que se encuentra, la ganancia neta de la Junta de Protección Social. Este ente también financia Hogares para Ancianos.

La necesidad de mejorar la calidad de la atención en los Servicios de Salud y la redefinición de las funciones del Ministerio de Salud como Ente Rector ha generado acciones para normalizar las condiciones de operación de aquellos entes que –directa o indirectamente– afectan la salud de la población, de acuerdo a la Ley General de Salud, Ley Orgánica del Ministerio de Salud (Poder Ejecutivo) y a los Decretos No.27569 (Gaceta No.7, del 12 de enero de 1999) y No.28828S del 17 de agosto del 2000. Esta redefinición es lo que hoy se conoce como la Norma de Costa Rica para la Habilitación de Establecimientos de Atención Integral a las Personas Adultas Mayores.

Esta norma establece los estándares básicos de Habilitación para el funcionamiento de los Establecimientos (Centros Diurnos, Hogares y Albergues) de atención integral a la Personas Adultas Mayores, esto con el objetivo de garantizar un servicio de calidad de vida. Las especificaciones establecidas en esta norma, deben ser cumplidas por los establecimientos del país, con el fin de poder ser Habilitados por el Ministerio de Salud.

La norma divide los establecimientos de Atención Integral a las personas adultas mayores en dos tipos:

- a) Centros Diurnos
- b) Albergues y Hogares

La norma establece las siguientes áreas a evaluar en Centros Diurnos:

- a) Estructura y mobiliario
- b) Seguridad e higiene laboral
- c) Dirección
- d) Administración
- e) Nutrición
- f) Actividades de terapia ocupacional
- g) Prevención y atención de la violencia

Para Albergues y Hogares establece las áreas siguientes:

- a) Estructura y mobiliario
- b) Seguridad e higiene laboral
- c) Dirección
- d) Administración
- e) Nutrición
- f) Actividades de terapia ocupacional
- g) Prevención y atención de la violencia
- h) Atención en salud
- i) Trabajo Social
- j) Terapia física
- k) Lavandería

Dentro de cada área se evalúan aspectos relacionados con:

- a) Recurso humano
- b) Planta física
- c) Recurso material
- d) Documentación
- e) Gestión

Para obtener la Habilitación, es necesario que el establecimiento cumpla con todos los estándares de la norma (se adjunta copia de la Norma de Habilitación, en el anexo No....).

Según nos indicó la Licenciada Cleidy Monge, funcionaria de la Dirección de Servicios de Salud, Unidad de Habilitación, la principal razón que lleva al Ministerio de Salud a exigir el cumplimiento de esta norma es: *“brindar calidad – equidad y de esta forma que los adultos mayores tengan calidad de vida y así ellos se van a sentir útiles y continuar desarrollando su liderazgo”*, a su vez, está segura de que el cumplimiento del 100% de la Norma, garantiza calidad de vida al adulto mayor institucionalizado ya que como ella lo manifiesta: *“debemos pensar en la atención integral por parte de los profesionales respectivos, eso garantiza calidad de atención, condicionando a la vez a la calidad de vida que esta población merece ya que en el futuro seríamos nosotros parte de este grupo etario. Podemos hablar de autonomía, derechos y deberes de los mismos.”*

Para evaluar los establecimientos, el Ministerio de Salud, divide el país en nueve regiones: Región Central Este, Región Central Sur, Región Central Oeste, Región Occidente, Región Huetar Norte, Región Pacífico Central, Región Brunca, Región Chorotega, Región Atlántica.

El Ministerio de Salud, tiene en sus registros 168 instituciones que prestan servicios a adultos mayores, de ellas 154 instituciones prestan servicios sin fines de lucro, dentro de las cuales 121 cuentan con el carácter de Bienestar Social que otorga el Instituto Mixto de Ayuda Social y 14 son instituciones que tienen fines de lucro.

Nos comentó la Licenciada Monge, que la implementación de las Normas de Habilitación, creó en algunos administradores y miembros de Junta Directiva de las instituciones una reacción negativa, a pesar de haber participado como actores en los diferentes talleres de capacitación; otros se han mostrado más asequibles y sensibilizados al proceso de cambio de su organización, ya que son concientes que con la implementación de las mismas hay una mejora importante con respecto a la atención que se había estado brindando.

La Ley No. 7935, Ley Integral para las Personas Adultas Mayores, establecía en su artículo No.54 que la acreditación ante el Ministerio de Salud sería requisito previo de toda persona física o jurídica que pretenda brindar servicios de atención a las personas adultas mayores, para que el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor pueda autorizar el financiamiento parcial o total con recursos económicos del Estado. Como a la fecha en el país sólo dos instituciones cumplían con esta disposición, la Sra. Irene Urpí, Diputada de la Asamblea Legislativa, presentó una moción que reformara este artículo, el mismo fue aprobado en primer debate, el día 03 de octubre del 2001 y quedó de la siguiente forma:

“ Artículo 54: Habilitación y acreditación de establecimientos. Los establecimientos públicos, privados y mixtos que pretendan brindar servicios de atención a las personas adultas mayores, deberán habilitarse ante el Ministerio de Salud y estar en proceso de acreditación conforme a la Ley General de Salud y sus reformas, como requisito previo para que el Consejo pueda cumplir sus funciones, autorizar el funcionamiento parcial o total con recursos económicos del Estado y para que el Instituto Mixto de Ayuda Social pueda otorgarles el carácter de bienestar social a tales programas”.

Con la aprobación de esta reforma, más instituciones lograron beneficiarse ya que a la fecha, según datos suministrados por la Licenciada Monge, 20 instituciones cuentan con la Habilitación al 100% y 73 de forma provisional. Se espera que en un plazo no mayor a un año todas las instituciones cumplan con el 100% de la norma.

Capítulo 5: Conclusiones

5 CONCLUSIONES

- ✓ Una cuarta parte de la población entrevistada tienen más de cinco años de vivir en los Hogares de Ancianos, lo que refleja que las Instituciones están constantemente recibiendo adultos mayores en sus instalaciones, ya que el 37% de los entrevistados tienen menos de un año de residir en los Hogares. Así mismo la principal razón por la cual la abandonan es la muerte, por este motivo se debe tratar de hacer lo más placentera posible su estadía en los centros.
- ✓ Se destaca que la llegada de los Adultos Mayores a las Instituciones es propiciada por la familia o algún conocido de los ellos, entre los que sobresalen los hijos de los Adultos Mayores, que toman esta decisión pues no pueden darle la atención que necesita su padre o madre, y no pueden dejar sus trabajos para dedicarle tiempo completo a sus seres queridos. Pero también un 25% de los adultos mayores toman por cuenta propia la iniciativa de ingresar a un Hogar de Ancianos pues se consideran una “carga para sus familiares” o bien porque no tienen con quien vivir y se sienten solos, otra razón de peso son los indigentes que llegan a pedir socorro a estos Centros. Es importante analizar estas razones para poder buscar alguna solución viable para que las personas sufran el mínimo trauma psicológico que todas estas situaciones pueden acarrear y a la vez para conocer cuál es el trato que se le debe brindar para poder llenar la mayor parte de sus necesidades mientras permanece en la Institución.
- ✓ La mayoría de los Adultos Mayores cuentan con sus familias, de los cuales solo al 85% los visitan en el Hogar, caracterizándose por visitarlos entre una vez a la semana y una vez cada quince días. Pero también otros adultos mayores cuentan que sus familiares los visitan “de vez en cuando”, y solamente a una persona los visitan todos los días, por lo que se evidencia que los familiares se alejan un poco debido a sus diferentes actividades que los imposibilitan a visitar con mayor frecuencia a los Adultos Mayores.

Capítulo 5: Conclusiones

- ✓ De las 17 Instituciones bajo estudio sólo 7 de ellas cuentan con la Habilitación correspondiente, es importante analizar cuáles son las causas y si estas afectan en el buen desempeño del Hogar y si interfiere con el hecho de brindarle o no una buena calidad de vida a los usuarios del mismo.
- ✓ En estas Instituciones se atiende todo tipo de Adultos Mayores: válidos, discapacitados e indigentes por lo tanto deben contar con los requisitos necesarios para poder brindarles el servicio que merecen.
- ✓ Para poder ingresar a esos centros los adultos Mayores tienen que cumplir con una serie de requisitos como por ejemplo el Estudio social, tener cierta edad, realizarse chequeos médicos, en algunos casos los centros exigen que la persona sea discapacitada, en otros la persona debe ser indigente, en otros la persona debe pertenecer a la localidad donde se ubica el centro, entre otros. Todo ello con el fin de analizar si en realidad la persona debe estar en el centro o si existen otras posibilidades por estudiar antes de internar a la persona en la Institución.
- ✓ Son varios los aspectos que se deben tomar en cuenta a la hora de atender Adultos Mayores, como por ejemplo la alimentación y la salud. En cuanto al primer rubro la mayoría de los centros si ofrecen una buena alimentación a los beneficiarios. En las entrevistas se pudo concluir que los adultos mayores se encuentran satisfechos con la comida del Hogar, pues el 84% indicó que se encuentran a gusto con la comida que les dan, y que dentro de las comidas preferidas se encuentra el Pollo, el Arroz y los frijoles, así como el Gallo Pinto, los cuales se los ofrecen con mucha frecuencia. También se encuentra en un 16% las personas que no les gusta la comida y con un porcentaje parecido las personas que les ofrecen muy poco la comida que les gusta, pero se debe aclarar que esta situación se produce porque los Adultos mayores tienen restringido el consumo de algunos alimentos de acuerdo a la enfermedad que presentan, pues a los diabéticos no les pueden dar alimentos que contengan mucha azúcar pues sería perjudicial para la salud.

Capítulo 5: Conclusiones

- ✓ Pero en el aspecto salud el estudio indica que se necesita una mayor capacitación por parte del personal que labora en los mismos, ya que se están realizando muchas labores de manera muy empírica y esto no colabora con el fin de brindar un buen servicio y calidad de vida a los Adultos Mayores que se encuentran institucionalizados.
- ✓ El 72% de los Adultos Mayores padecen de alguna enfermedad, siendo las más comunes la diabetes, osteoporosis, y la presión alta; también se puede señalar que cada uno de los Adultos Mayores tienen una enfermedad en particular lo que conlleva a tener un cuidado especial. En cuanto a este tema de la atención médica los Adultos Mayores consideran que si la reciben en forma ágil e inmediata, pero debe aclararse que son pocos los Hogares que presentan un médico o enfermera a tiempo completo, por lo que deben ser trasladados al Centro de Salud más cercano lo que conlleva a dedicarle tiempo para disponer de un vehículo y traslado al Centro de Salud. Por lo que la percepción de atención inmediata se refleja en la atención que reciben por parte del Administrador o algún otro funcionario del Hogar de Ancianos.
- ✓ El costo promedio por estancia de un Adulto Mayor en la Institución oscila entre ₡50.000 y más de ₡90.000, por lo tanto son bastante altos. En algunos casos un Adulto Mayor aporta lo que permite ayudar a otra persona que no cuenta con los medios para hacerlo. Así mismo la cantidad de personas que se atienden en estos hogares oscila según Centro, pero por lo general son más de cuarenta personas, lo cual genera costos bastante elevados y requieren una muy buena administración para poder salir adelante.
- ✓ Con respecto a la atención que reciben los Adultos Mayores, la misma se encuentra entre Buena y Excelente, pues el 92% de ellos la clasificó así, a pesar de que se encuentran lejos de casa y familiares, el personal del Hogar se esmera en ofrecer una buena atención, es decir no reciben malos gestos ni los maltratan.

Capítulo 5: Conclusiones

- ✓ El 95% de los Adultos Mayores Institucionalizados comparten con el resto de sus compañeros, como se puede apreciar el ambiente entre las personas que habitan en el hogar es buena y de mucha camaradería, pero también se pueden encontrar personas que no les gusta relacionarse con otras por problemas personales o bien porque simplemente les gusta estar solos.
- ✓ Es importante señalar que la mayoría de los establecimientos cuentan con suficiente área verde la cual puede ser aprovechada por los beneficiarios según sus necesidades, a pesar de ello no todos los establecimientos cuentan con área de terapia física un aspecto que en esta etapa de la vida es necesario fomentar. Cabe resaltar que la mayoría cuenta con un salón multiuso y que todos los Centros cuentan con área de enfermería para poder atender mejor a los usuarios.
- ✓ También es importante que el Adulto Mayor se sienta útil y permanezca ocupado la mayor parte del tiempo para prevenir depresiones y en este sentido la mayoría de los centros realizan su mejor esfuerzo y además reciben ayuda de voluntarios que colaboran con la parte recreativa y ocupacional de las personas.
- ✓ A los Adultos Mayores les gusta realizar actividades como las Manualidades (bordar, tejer, pintar), realizar actividades recreativas, o leer, las cuales si las llevan a cabo en el Hogar, como se aprecia son actividades que les gusta realizar para distraerse y mantenerse activos y alegres. Pero también existen actividades como: deportes, paseos, cocinar, y realizar trabajos fuertes o trabajos de hombre como mencionó una persona que les gusta y no la realizan. Y son en estos casos donde se debe evaluar o considerar el estado físico de las personas que mencionaron estas actividades, son personas especiales las que no las podrían realizar, pues los deportes y los paseos en algunos centros son actividades bien establecidas.
- ✓ El 15% de los entrevistados no están a gusto en el Hogar, entre algunas razones se encuentra que no pueden realizar actividades físicas pues su enfermedad no se los permite o bien porque no pueden estar con su familia, pero en general el 85% restante se sienten a gusto en el Hogar, e indican que no se pueden quejar de la atención brindada.

- ✓ Lo anterior se refleja en que el 47% de los entrevistados se encuentran bien con lo que le ofrece el Hogar, no le cambiarían nada. Pero se debe considerar que el 16% considera que se debería ofrecer más actividades tanto recreativas como ocupacionales. Entre otras actividades que ellos consideran que los Hogares deberían ofrecer se encuentra: más tranquilidad, mejorar comida, darles ropa, salir a pasear más, practicar la agricultura, poseer más personal en la tarde.
- ✓ Existe un sentimiento compartido referente al lugar donde les gustaría estar, pues un 43% indica que le gustaría estar con la familia, un 37% indicó que en el Hogar se encuentra bien, donde se refleja que a pesar de que se encuentran a gusto en el Hogar, algunos prefieren estar con sus seres queridos, que se han visto obligados a dejarlos por problemas de salud y de tiempo para atenderlos como se merecen.
- ✓ Para los especialistas en Geriátrica, Trabajo Social y Psicología la definición del concepto calidad de vida, implica:
 - a) Estado de bienestar integral (social, económico, de salud, psicológico, emocional).
 - b) La forma en que la persona mayor vive y se relaciona con su entorno permitiéndole desarrollarse integralmente.
 - c) Estado de equilibrio que le permite a una persona mayor vivir dignamente.
 - d) La satisfacción de las necesidades que presenta un ser humano a nivel biopsicosocial, para la obtención de los resultados satisfactorios.
 - e) Mantener su rol dentro de la sociedad sin sentirse discriminado.

Capítulo 5: Conclusiones

✓ Según los especialistas consultados, los principales factores que deben evaluarse para ofrecer calidad de vida son:

Estilos de vida saludables.

- a) Número reducido de enfermedades o las mismas compensadas.
 - b) Disponibilidad de recursos médicos.
 - c) Entorno adecuado a su estado físico de salud, su estado psíquico y sus aspectos sociales.
 - d) Existencia real de redes de apoyo tanto familiar como institucional.
 - e) Estado anímico de las personas.
 - f) Acceso a actividades físicas, recreativas y ocupacionales.
- ✓ El 60% de los especialistas que conocen las Normas de Habilitación, consideran que las mismas garantizan calidad de vida a los Adultos Mayores y el 40% de los entrevistados, así como la representante de adulto mayor del IMAS y de la Junta de Protección Social, consideran que las Normas no ofrecen calidad de vida porque: con su implementación no se ha logrado una atención integral real, no incluyen todos los parámetros que el Adulto Mayor requiere, se centra en aspectos de infraestructura, no se tomó la opinión del Adulto Mayor. Son los especialistas en Trabajo Social quien en mayor número consideran que la Norma no garantiza calidad de vida, con ello se infiere que es importante un replanteamiento desde esta especialidad y la necesidad de incorporar aspectos a evaluar desde esta perspectiva.

- ✓ Todos los Trabajadores Sociales y Psicólogos entrevistados así como tres especialistas en Geriatria de los seis consultados, que corresponde a un 79% de los entrevistados, coinciden en que las Instituciones de Bienestar Social no ofrecen calidad de vida a los usuarios. Las principales razones son: existen irregularidades en el servicio que se ofrece, aun el adulto mayor es relegado y discriminado, no cuentan con presupuesto y personal capacitado, no existe control de calidad y además brindan una limitada ayuda integral. La respuesta de los especialistas está en contraposición con la opinión de los administradores encuestados, ya que el 100% de ellos considera que su institución si ofrece calidad de vida. Esto refleja la contraposición entre la opinión desde el punto de vista de profesionales especializados con amplia experiencia en la atención a adultos mayores y lo que para los administradores desde una perspectiva empírica, está bien.

- ✓ Dentro de la propuesta de indicadores que permitan garantizar calidad de vida, los especialistas sugieren que se debe contemplar:
 - a) Instituciones con personal de diversas disciplinas y con programas de capacitación periódicas.
 - b) Programas de recreación: estilos de vida saludable, preventivo, promoción de la salud.
 - c) Planta física cómoda y acorde a sus necesidades.
 - d) Actividades de tipo ocupacional en las que se consideren las potencialidades y capacidades de las personas adultas mayores.
 - e) Servicios de apoyo (rehabilitación-fisioterapia).
 - f) Soporte médico-nutricional

- g) Facilitar lazos afectivos y relaciones interpersonales.
- h) Valorar los adultos mayores, conocer sus puntos de vista, según sus necesidades pero con acercamiento real hacia ellos.
- i) Participación del adulto mayor en el centro.

Capítulo 6:
Propuesta de Indicadores de Calidad de Vida

6 Propuesta de Indicadores de Calidad de Vida para el Adulto Mayor Institucionalizado

Esta sección tiene como objeto elaborar una propuesta de Indicadores de Calidad de Vida, para ser aplicada en las instituciones que atienden a Adultos Mayores, busca con su incorporación mejorar la calidad de vida que a la fecha se brinda en estos Centros, o bien, que sirva de instrumento para establecer si dicha institución está ofreciendo calidad a sus usuarios.

Las instituciones de bienestar social han realizado cambios significativos en los servicios ofrecidos, a través de la entrada en vigencia de las Normas de Habilitación establecidas por el Ministerio de Salud, las cuales exigen mejoras importantes y adecuaciones en el área de infraestructura y acceso a los servicios.

Partiendo de un análisis de lo que contemplan dichas normas y de los resultados obtenidos de este estudio, muchos especialistas consideran que estas normas tienen deficiencias importantes y no contemplan en su totalidad aspectos que garanticen al usuario Calidad de Vida, de ahí que esta propuesta se enfoca en retomar los aspectos no incluidos y en una forma práctica y sencilla poder establecer una serie de indicadores de Calidad de Vida.

Por otro lado, esta propuesta busca complementar los esfuerzos que la fecha se han logrado establecer con la implementación de las Normas de Habilitación.

Se aprovecha la experiencia de España en este tema, haciendo un análisis de la información suministrada y adaptándola a la realidad y necesidad de Costa Rica. Dicha propuesta trata de ser realista y se adapta a las condiciones socioeconómicas y culturales de nuestro país y que en todo momento su eje central es el Adulto mayor y el grado de satisfacción que puede obtener en estos Centros.

Un aspecto que se tomó en cuenta para este modelo, es la definición sobre calidad de vida que tienen los especialistas entrevistados, así como su propuesta respecto a cuales son los Indicadores que tratan de garantizar Calidad de Vida.

De la siguiente definición de Calidad de Vida:

“La calidad de vida de un individuo podría ser concebida como la relación global que él establece entre los estímulos positivos (favorables, agradables, etc.) y los estímulos negativos (desagradables, adversos, etc) en el curso de vida social, en sus interrelaciones con las otras personas de la colectividad y con el ambiente total en el que vive, es decir, en el ejercicio de los valores sociales.”¹⁴

Partiendo de la anterior definición se proponen los indicadores que a continuación se detallan:

6.1 Justificación de los Indicadores Propuestos

A continuación se presenta la justificación e importancia que tiene la incorporación de los indicadores propuestos en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores Institucionalizados.

¹⁴ Guillén, F. 1998

6.1.1 Protocolo de Valoración Social

Cuando el Adulto Mayor ingresa a un Hogar de Ancianos, es necesario que el Hogar elabore un expediente personal que contemple una serie de datos sociales que le permitan a los diferentes funcionarios de la institución establecer la realidad que vive el adulto mayor y con ello poder ayudar, comprender, apoyar y satisfacer sus gustos y preferencias dentro de un marco individual donde cada persona responde a intereses diferentes y como ser humano único e irreplicable requiere ser tratado de forma diferente.

El adulto mayor necesita tener un sentido de integridad, saber y percibir que está integrado a su nueva familia (el hogar), que no es un apéndice de la misma.

Necesita ser amado, ser valorado en lo que es y en lo que fue. La constancia del afecto es vital para las personas mayores. El adulto mayor necesita ser aceptado tal y como es.

Dentro del marco social es importante que las instituciones dispongan de una guía para ser utilizada por un empleado anfitrión, el mismo debe de tener un carisma especial pues su tarea es de vital importancia, tiene la responsabilidad de realizar la presentación del centro, de hacer sentir al adulto mayor que esta institución tiene calor de hogar, que en este lugar se va a sentir muy bien, debe integrar al adulto mayor a su nueva familia y que no es una persona más que ingresa al centro, sino un nuevo miembro que integra la familia. Además de lo anterior es importante que el anfitrión realice las siguientes tareas:

- a) Presentarlo con el resto de los compañeros.
- b) Presentarlo al personal del hogar indicándole en que le puede colaborar cada persona.
- c) Realizar un recorrido por las instalaciones, indicándole los diferentes servicios prestados por la institución.
- d) Introducirlo en los grupos existentes en la residencia.
- e) Promover la integración del residente en la dinámica socio-cultural del entorno.

Con el pasar de los días es importante que se evalúe como se siente el adulto mayor, cual ha sido su proceso de adaptación y si el mismo no ha sido positivo tomar las medidas necesarias en la medida de lo posible para mejorarla, en este sentido es muy importante el apoyo familiar (si el mismo existe) debe de integrarse a la familia del adulto mayor y promover que las relaciones familiares mejoren o no se deterioren.

6.1.2 Protocolo de Valoración Médica.

Con este protocolo se busca tener una referencia médica de los padecimientos o condición en que ingresa el adulto Mayor y ver el padecimiento que presenta para poder atenderlo/a adecuadamente. Con el fin de preservar la salud, cuidar, paliar el sufrimiento.

Una evaluación completa de los adultos mayores debe realizarse en todos los niveles de atención (primaria, secundaria y terciaria). Las medidas que se tomen para hacer un diagnóstico integral ayudarán hacer programas de carácter preventivo, y evitarán que se establezcan condiciones difíciles de resolver.

6.1.3 Relaciones Interpersonales.

Se ha constatado que cuando existen interacciones fluidas y afectivas del adulto mayor con el resto de sus compañeros, se obtienen ventajas en todos los órdenes, incluyendo la salud y el bienestar.

Suele entenderse o sobre entenderse que por ser el hogar lugar de vida, la implicación de las personas con las otras personas, tendrá que tener la calidad necesaria para satisfacer algunas necesidades sociales y emocionales importantes.

Es importante reconocer que las personas institucionalizadas van a perder en alguna medida sus vínculos con quienes les proveían de afectos, reconocimiento y significados. Siendo así, el hogar requeriría necesariamente de alguna intervención para que se reanuden los antiguos contactos, o al menos no se pierdan completamente, y para que otras nuevas relaciones en el exterior abran, si resulta posible, el abanico de los intereses y los afectos.

Los espacios propicios para desarrollar las relaciones deberán amueblarse dando la apariencia de una casa, con vistas a conseguir un ambiente más apacible y parecido al domicilio.

Adaptando las estructuras de los alojamientos y los lugares de convivencia a los cambios del adulto mayor. Esto permitirá retrasar o detener el deterioro mental mediante un acertado diseño arquitectónico y ambiental de la institución.

Es importante que los miembros del personal ayuden y apoyen a los residentes, esto contribuye al grado de relación y a fomentar la ayuda entre ellos. Es necesario que se realicen actividades conjuntas del residente y las familias, tanto a nivel individual como colectivamente.

6.1.4 Características del Espacio Asignado al Adulto Mayor

"Desde una perspectiva humana es mejor la pequeña y mediana residencia, próxima al medio social en que se desenvuelve la vida de los usuarios, que la gran residencia, ubicada en la cabecera de provincia, la cual, además de masificar a las personas, las arraiga de su familia y de su entorno.

En todo caso, es necesario tomar en consideración que la masificación no viene dada por el número de plazas del centro, ya que el diseño arquitectónico permite diversificar ambientes en pequeños módulos y crear un clima familiar y personalizado, compatible con un número de residentes, que permite un responsable equilibrio entre costo y atención personalizada."

PRESERVAR Y PROMOVER LA AUTONOMIA DE LOS RESIDENTES.

Existe evidencia empírica:

- ◆ De que el cambio a una residencia disminuye la autonomía de los(as) residentes
- ◆ De que la rigidez y la naturaleza de los controles administrativos disminuye la autonomía.

Suele escribirse (pero no hay consenso al respecto) que esa disminución de la autonomía de los(as) residentes sería en mayor o menor medida un efecto indeseado pero inevitable de la regulación existencial que supone toda organización.

Los residentes tienen más o menos capacidad de elegir:

- ◆ Lo que quieren (o no quieren) hacer (dentro o fuera de la residencia),
- ◆ Y cuando hacerlo (no hacerlo).

Esa capacidad de elección se pone a prueba en una residencia tanto en las actividades cotidianas como en las excepcionales. Por ejemplo:

- ◆ En la oferta de horarios (p.e., de comedor)
- ◆ En el repertorio de actividades de libre elección (p.e., en el ámbito del entretenimiento)
- ◆ En la variedad de los servicios (p.e., los menús)

Se sabe que esa posibilidad de que los(as) residentes conserven una adecuada capacidad de elección, depende entre otros factores de:

- ◆ El tamaño de la residencia (ni muy grandes ni muy pequeñas)
- ◆ Los recursos disponibles
- ◆ Las pautas de organización (p.e., los reglamentos internos)

Por esa razón, se considera que se puede contribuir a desarrollar en los residentes la libertad de opción, diseñando modelos de organización que contemplen este aspecto.

Es importante que los(as) residentes tengan la capacidad de intervenir en la toma de decisiones.

Se coincide en la necesidad de estimular la participación, lo cual supone que deba existir alguna regulación explícita de los canales de participación, (p. e. Consejo de residentes).

Además resulta primordial que los y las residentes, reciban un adecuado recurso a la información y la comunicación dentro del centro, así como que el personal anime a los residentes a expresarse y a tratar abiertamente y/o tratar abiertamente sus problemas de sentimientos. Es importante animarlos a desenvolverse por sí mismo y a tomar decisiones propias (a ser autosuficientes y autónomos).

6.1.5 Repertorio de Actuaciones para Mantener un Estado Saludable.

Por medio de ejercicios físicos de diversa índole se puede mejorar el desempeño del adulto mayor, su fuerza muscular, su flexibilidad, el arco de movimiento de las articulaciones, su condicionamiento cardiovascular, la disminución de la presión arterial y su consumo metabólico-energético, como también el aumento de su percepción subjetiva del vigor.

El valor de estas actividades es múltiple:

- a) Como actividad de grupo proveen un marco social con estímulos y ejemplos recíprocos de buenos niveles de actividad física e intelectual.
- b) El mejorar el desempeño músculo-esquelético y cardiovascular capacita al adulto mayor a sentirse más activo, mejorando su imagen personal, su calidad de vida y su confianza en sí mismo.

6.1.6 Alimentación y Nutrición.

Las funciones sociales y emocionales vinculadas a la comida, y a cuanto de placentero tienen, constituyen - según algunos estudios - el último refugio sensorial para muchas personas de edad que han perdido otros alicientes y sensibilidades.

El carácter colectivo y en ocasiones masificados de los hogares, así como los requerimientos dietéticos, propios de una población con problemas médicos, dejan poco margen para que las comidas y bebidas se constituyan en algo más que refrigerio y alimento.

Por esa razón las menciones que se encuentran a este tema raramente se refieren al gozo de compartir la mesa y degustar un menú. Comida y bebida suelen ser entendidas como otro recurso más, utilizados para cuidar de la salud deteriorada.

Abundan los cálculos sobre requerimientos nutricionales (nutrición e hidratación), tanto para intervenir en adelgazamiento como en obesidades.

Los alimentos que un individuo ingiere tienen una función preponderante en su salud. La falta de ellos puede producir serias enfermedades, mientras que el consumo en exceso es conducente en enfermedades crónicas frecuentes de la edad avanzada. Modificar la ingesta de alimentos es un método efectivo para prevenir las enfermedades crónicas reduciendo así la morbilidad en la vejez.

6.1.7 Espacio Accesible

El diseño apropiado es el que se ajusta exactamente a los requerimientos del ser humano que actúa como destinatario final. Es por esta razón que el equipamiento para adultos mayores debe ser diseñado alrededor de él teniendo en cuenta todas las variables que le afectan.

Por lo tanto es importante que se disponga de áreas que prevén la capacidad motriz de los residentes, con especial consideración a barreras arquitectónicas y distancias, así como adecuadas para los medios de ayuda a la movilidad.

6.1.8 Ropa y Ajuar

Conjunto de vestuario propio para el abrigo y la presentación personal, así como cierta ropa auxiliar y complementos personales.

El adulto mayor en la medida de lo posible debe de disponer de sus propias pertenencias, esto le crea un sentido de propiedad y le da valor, ya que dispone de sus propios artículos, que le deben ser respetados y de los cuales solo el puede disponer.

6.1.9 Gestión del Recurso Humano

Si bien es cierto es indispensable que las instituciones tal y como lo establece la norma de Habilitación tengan acceso a una cantidad importante de profesionales, personal técnico y auxiliar, resulta de vital importancia que este personal tenga claramente definido su rol dentro de la institución y una amplia experiencia en el trato y cuidado de adultos mayores, apoyado por una constante capacitación.

6.1.10 Proceso de Muerte y Duelo

La atención en las últimas 24 - 48 horas consiste en permitir morir para lo que nos debemos guiar por el principio de proporcionalidad (evitar aquello que tenga más perjuicio que beneficio) y por el principio de equivalencia (evitar aquello cuyo resultado de aplicación son los mismos a los de no aplicación). Los síntomas en orden de frecuencia en estas horas son: la respiración ruidosa, la disfunción urinaria, el dolor, el delirium y los vómitos.

6.2 PROPUESTO DE INDICADORES

6.2.1 Protocolo de Valoración Social

- a. Procedencia del Ingreso (domicilio, otro hogar, hospital, otro ¿cuál?)
- b. Lugar de Procedencia al ingreso
- c. Nivel funcional al ingreso (válido, dependiente)
- d. Tipo de Ingreso (voluntario, obligado por las circunstancias, decidido por otros)
- e. Estudio de cada residente y sus capacidades, conocer sus gustos y aficiones.
- f. Disponer de la historia social y los recursos sociales del residente.
- g. Conocer las necesidades psicosociales en orden a la adaptación.
- h. Dentro de este marco de aspectos relacionados con el adulto mayor y su situación social también debe contemplarse las tipologías de residentes en situaciones de riesgo vital o en situaciones de grave empeoramiento:
 - Con antecedentes de suicidio
 - Pacientes depresivos
 - Que han sufrido una pérdida familiar reciente y han acusado esa pérdida de forma muy ostensible.
 - Residentes agresivos (golpean o se golpean)
 - Que acaban de jubilarse o de dejar toda actividad laboral y manifiestan secuelas atribuibles a la carencia de trabajo de forma ostensible.
 - Procedentes de altas hospitalarias.
 - Residentes abandonados por sus familiares.

6.2.2 Protocolo de Valoración Médica.

Es importante que se disponga de la siguiente información médica de cada adulto mayor:

- a. Historias clínicas con especificaciones de tratamiento y en su caso rehabilitación.
- b. Revisión de los diagnósticos clínicos y funcionales.
- c. Evaluación del seguimiento periódico del estado salud.
- d. Dentro de este marco de aspectos relacionados con el adulto mayor y su salud debe contemplarse las tipologías de residentes en situaciones de riesgo vital o en situaciones de grave empeoramiento :
 - Portadores de sondas. Residentes con otras enfermedades digestivas que implican riesgo vital o alto componente incapacitativo.
 - Con medición vital o de difícil manejo.
 - Con enfermedades productivas de déficit de la visión.
 - Con graves déficit auditivos (requerimiento de audífonos)
 - Amputados
 - Residentes que necesitan de asistencia para la respiración.
 - Residentes con necesidad de control de glucemia y de otras constantes vitales.
 - Con secuelas de fracturas de cadera, aplastamientos vertebrales.
 - Con epilepsia.
 - Residentes con incapacidad para salir al exterior.
 - Residentes con enfermedades oncológicas.
 - Alcohólicos o drogadictos.
 - Enfermos terminales.
 - Los que requieren supervisión permanente por hacerse daño o hacer daño.

- A quienes les supone la pérdida de autonomía en los AVD.
- En la fase de duelo.
- Patologías crónicas avanzadas con descompensaciones frecuentes.
- Neumonías frecuentes.
- Depresión mayor.
- Residentes con enfermedades oncológicas de naturaleza maligna.

Así como tomar las siguientes medidas de protección con toda la población:

- a. Vacunación antigripal (anual)
- b. Vacunación antineumónica (al ingreso)
- c. Revisión anual de la vista.
- d. Corrección anual de lentes correctores.
- e. Revisión anual de funciones auditivas.
- f. Empleo de colchones anti-úlceras en residentes encamados y con incontinencia.
- g. Pruebas para la detección precoz de cáncer de mama.
- h. Pruebas para detección precoz de los siguientes trastornos: diabetes, tuberculosis, alzheimer, déficit nutricional, síndromes de inmovilización, deshidratación, entre otras.

Documentación que debe existir y estar al día para ofrecer una buena atención y calidad de vida.

- a. Reconocimiento y ficha de nuevos usuarios.
- b. Listado de caídas y de residentes con riesgo de caídas.
- c. Listado de residentes con demencia, por grados.
- d. Listado de residentes con problemas de memoria.
- e. Listado de residentes con problemas de deglución.
- f. Con dietas por sondas.
- g. Con control de ingesta, con dietas especiales.
- h. Otros controles dietéticos: Suplementos alimenticios, hábitos alimenticios.
- i. Control de la rehabilitación y el mantenimiento de residentes que requieren cambios posturales.
- j. Listado de medicación individual.
- k. Listado de curas.
- l. Expediente de cada usuario con historia de valoración geriátrica integral.
- m. Libros de cuidados personales y pautas para auxiliares.
- n. Historia y registro social.

Documentación que debe existir y estar al día para el seguimiento de las intervenciones destinadas a prestar una buena atención.

- a. Controles de enfermería.
- b. Control de medicina preventiva (vacunas)
- c. Controles medicina general.
- d. Controles de revisiones médicas fuera de la residencia.
- e. Controles de psicoterapia.
- f. Controles de terapia ocupacional.
- g. Controles de farmacia.
- h. Controles de psicogeríatrica.
- i. Controles de seguimiento y mantenimiento.
- j. Controles de la participación y no participación en interacciones familiares.
- k. Controles de incidencias de cada turno del equipo interdisciplinario y personal de atención directa.
- l. Controles de rehabilitación.
- m. Libro de incidencias diurnas.

6.2.3 IDENTIFICACIÓN DE LAS AYUDAS REQUERIDAS POR EL ADULTO MAYOR

Con limitaciones relacionadas con las funciones fisiológicas.

Residentes.

- a. Que requieren supervisión en la comida.
- b. Que necesitan ayuda parcial en la comida.
- c. Que hay que darles de comer.
- d. Que precisan alimentación por sonda.

Referidos al aseo y limpieza personal.

- a. Que necesitan supervisión en le baño.
- b. Que necesitan ayuda parcial en le baño.
- c. Que hay que bañarlos.
- d. Aseos de pacientes con úlceras por presión.

Referidos a la capacidad de desnudarse o vestirse.

- a. Que necesitan supervisión en el vestido.
- b. Que necesitan ayuda parcial en el vestido.
- c. Que hay que vestirlos.

Referidos a las funciones urinarias y defecatorias..

- a. Con inconsistencia fecal o urinaria.
- b. Que necesiten supervisión para usar el servicio.
- c. Que necesite ayuda para defecar (laxantes o enemas).
- d. Incontinencia urinaria ocasional.
- e. Incontinencia urinaria o fecal nocturna habitual.
- f. Incontinencia urinaria y fecal total. Necesidad de pañales absorbentes todo el día.
- g. Que necesiten ayuda para ir la servicio.

Con limitaciones en avd básicas: en la movilidad en los espacios interiores:

- a. Encamado.
- b. Limitado o trasladarse entre la cama y el sillón.
- c. Puede realizar desplazamientos por el interior de la residencia pero con ayuda.
- d. No pueden acostarse o levantarse de la cama sin ayuda.
- e. No pueden ponerse de pie o sentarse por si mismos en una silla.
- f. Desplazamiento en silla de ruedas independiente.
- g. No pueden desplazarse en silla de ruedas sin ayuda.
- h. Necesita ayuda de otras personas para caminar.
- i. Camina solo con ayuda de instrumentos.

Con limitaciones en avd básicas: en la movilidad en los espacios exteriores

- a. Puede caminar y utilizar transportes Públicos.
- b. Puede caminar pero no utilizar transportes Públicos.
- c. Puede caminar pero acompañado de otra persona.
- d. No puede caminar ni acompañado de otra persona.
- e. Puede caminar si no existen barreras arquitectónicas.

6.2.4 Relaciones Interpersonales.
--

Para cumplir con este indicador es necesario que al adulto mayor se le brinden espacios para:

- a. Poder recibir a la familia, amigos, personas de la comunidad, con un horario de visitas suficientes.
- b. Reunirse, comunicarse.
- c. Aislarse
- d. Entretenerse, distraerse
- e. Recibir ayuda

- f. Desplazarse, accesibilidad:
 - A la ciudad
 - A los servicios de salud
 - A zonas verdes
 - A zonas de ocio
- g. Realizar prácticas religiosas
- h. Afectividad del trato que reciben los(las) residentes

6.2.5 Intervenciones frente a la soledad y desarraigo
--

- a. Oferta explícita semanal de actividades que permitan a quien desee mantenerse ocupado, sin horas muertas a lo largo de la semana.
- b. Programa explícito semanal con las acciones en las que los residentes pueden participar en las decisiones comunales.
- c. Programas explícitos semanal de actividades destinadas a favorecer las relaciones interpersonales.
- d. Programas explícitos para potenciar relaciones familiares.

6.2.6 CARACTERÍSTICAS DEL ESPACIO ASIGNADO AL ADULTO MAYOR

Por lo anterior este indicador debe permitir que el adulto mayor institucionalizado disponga de:

- a. Cuartos personalizados (no más de cuatro personas, con separaciones para privacidad en habitaciones)
- b. Armarios accesibles y con llave para crear sentido de pertenencia y seguridad.
- c. Espacio para colocar objetos personales (fotografías, etc.)
- d. Entorno tranquilo y acogedor

6.2.7 Necesidades Ambientales de los Adultos Mayores con Demencia.

- a. Los espacios de mayor peligro para el demente van a ser el cuarto de baño y la cocina. En estos espacios debían aplicarse las medidas necesarias para conseguir que el riesgo sea el menor posible.
- b. Los baños deben de tener una situación central, cercanos a las salas donde pasan la mayor parte del tiempo y con fácil acceso al mismo, con ayudas técnicas que faciliten su utilización.

- c. Las habitaciones deberían contar con objetos personales, fotografías, etc., que personalizaran al individuo que la ocupa, con independencia del grado de deterioro cognitivo que tenga. Los presentan un grado de deterioro leve, porque les permite recuerdos y el reconocimiento de su espacio, el que presenta un grado de deterioro grave o severo, porque crea un cierto clima de "vivienda propia", sino en gran medida para él, si para la familia que le visita, que la aleja de ser una habitación vacía e impersonal.
- d. Las ventanas de todas las habitaciones necesitan ser más bajas de lo normal, porque los adultos mayores pasan mucho tiempo sentados o tumbados para así poder acceder con la vista lo que ocurre en el exterior.
- e. Los pasillos deben ser amplios para permitir la deambulaci3n en ellos en ambas direcciones sin provocar molestia alguna e incluso que permita el paso de sillas de ruedas f3cilmente. Todo el recorrido del pasillo debe ir provisto de un pasamanos o barandilla con refuerzos para evitar que pueda ser arrancado.
- f. Las puertas de las habitaciones deben tener cerraduras de f3cil apertura y manipulaci3n.
- g. La sala de estar debe ser amplia, con grandes ventanales que permitan el paso de la luz exterior natural y que posibiliten el acceso con la vista al exterior.
- h. Debe haber un f3cil acceso a un 3rea de jard3n, protegida y segura y preferiblemente con sendas y caminos circulares que suelen ser bien seguidos por el demente y que les hace regresar el punto desde donde partieron.

6.2.8 Preservar y Promover la Autonomía de los Residentes.

- a. En la oferta de horarios.
- b. En el repertorio de actividades de libre elección.
- c. En la variedad de los servicios.
- d. El tamaño de la residencia.
- e. Los recursos disponibles
- f. Las pautas de organización.

6.2.9 Repertorio de Actuaciones para Mantener un Estado Saludable.

Promoción de ejercicio físico.

- a. Paseos de acuerdo con prescripción facultativa.
- b. Paseos cada vez que el tiempo lo permita.
- c. Control de la adecuada ropa de abrigo.
- d. Exposición al sol para conservación y formación de la vitamina D.
- e. Gimnasia de mantenimiento diario.

6.2.10 Alimentación y Nutrición

Se deben realizar dos clasificaciones de comida y bebida:

Dietas para el conjunto de los residentes:

- a. Alimentos a:
 - Temperatura adecuada
 - Turnos adecuados
- b. Control de la ingesta
 - De alimentos
 - De bebidas

Dietas para residentes con problemas específicos de nutrición y / o hidratación

- a. Prescripción y modificación
 - De dietas especiales
 - De ayudas para comer
 - De administración de dietas y sondas
 - Formación del personal

Es importante que a todos los adultos mayores institucionalizados se le realicen valoraciones de los siguientes aspectos nutricionales:

- a. Evaluación nutricional inicial
- b. Evaluación semestral del estado nutricional de cada adulto mayor
- c. Evaluar semestralmente la opinión de los residentes sobre la comida
- d. Adecuado manejo del residente obeso.

6.2.11 Espacio Accesible

- a. Ausencia de barreras
- b. Desniveles adecuados
- c. Distancias adecuadas
- d. Rampas
- e. Puertas, pasos y pasillos amplios
- f. Distribución adecuada.

6.2.12 Ropa y Ajuar

- a. Ropa de dormir
- b. Ropa para el día
- c. Ropa interior
- d. Ropa limpia y aplanchada
- e. Calzado
- f. Otra ropa auxiliar (pañuelos)
- g. Ropa de cama

6.2.13 Gestión Del Recurso Humano

- a. Estructura administrativa de la institución, incluidas las responsabilidades y autoridad asignadas a cada cargo.
- b. La definición de calificaciones y competencias del personal de la institución.
- c. El proceso de reclutamiento e incorporación de nuevo personal, incluido el personal voluntario, de acuerdo con las responsabilidades preestablecidas y sin discriminación.
- d. La evaluación, el mantenimiento y mejora continúa de la competencia del personal de atención.
- e. La evaluación de la capacidad del personal para desempeñar las responsabilidades asignadas en su descripción de funciones.
- f. La participación en los procesos de mejoramiento de la calidad, incluida la organización.
- g. La definición del entrenamiento adecuado para cada cargo.
- h. La provisión y evaluación de la efectividad del entrenamiento.

6.2.14 Indicadores de Desatención, Falta de Atención Asistencial

Referidos al Cuidado de los residentes.

- a. Casos de hipotermia o constipaciones por falta de abrigo o temperatura ambiente inadecuada.
- b. Casos de quemaduras.
- c. Residentes con infecciones sin atender.
- d. Lesiones provocadas por puertas, elementos de cierres.
- e. Residentes sedados sin prescripción medica.
- f. Residentes que pasan dormidos más horas de las que necesitan.
- g. Residentes incontinentes con pañales sucios o romas manchadas.
- h. Existencia de residentes perdidos fuera de la residencia.
- i. Abandono y olvido en la administración de medicamentos.

Referidas al mal uso o la inadecuación de la infraestructura y de los equipamientos.

- a. Desatención en los puestos de control en la enfermería o en la unidad de cuidados especiales.
- b. Mucho tiempo para llegar a atender las llamadas de las luces de emergencia.
- c. Malos olores en cuarto, áreas de recepción, áreas comunes.
- d. Contaminación acústica, exceso de ruido.
- e. Agua sanitaria de aseo, demasiado fría o demasiado caliente.
- f. Carencia de separaciones en cuartos ocupados por dos o más personas.

Referidos a la mala atención alimentaria

- a. Cualquiera de las manifestaciones de la desnutrición por falta de alimentos.
- b. Menús uniformes, poco variadas y sin cambios a lo largo del mes.
- c. Horarios poco amplios de comidas.
- d. Platos, vajillas, vasos sucios.
- e. Temperatura inadecuada de la comida.
- f. Toma de dietas alimenticias no prescritas médicamente.
- g. No atender los gustos de los residentes.
- h. Falta de ayuda a los residentes dependientes.

6.2.15 Proceso de Muerte y Duelo

Es importante que la Institución esté capacitada para poder atender los siguientes aspectos:

- ◆ Conocimiento del proceso de muerte y de duelo
- ◆ Decisión de tipo de ayuda del residente
- ◆ Soporte y ayuda en los cuidados al residente
- ◆ Decisión de tipo de ayuda a la Familia
- ◆ Asistencia en la preparación del cuerpo
- ◆ Trámites burocráticos a seguir en caso de muerte.

7 BIBLIOGRAFÍA

- ADROBER BIOSCA. SALOMÉ. Mayores y Familia. Publicaciones de la Universidad Pontificia, Madrid, España, 200.
- BUENDÍA, J. 1997. Gerontología y salud perspectivas actuales. Madrid, España: Editorial Almagro.
- CEPAL. 1999. Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las personas de edad: Seminario Técnico. Santiago, Chile: Cepal.
- CEPAL, 2000. Panorama social para América Latina 1999-2000: Características socioeconómicas de las condiciones de vida del adulto mayor. Santiago, Chile: CEPAL.
- COSTA RICA., Ministerio de Salud, Dirección de servicios de salud. 21. Normas de Costa Rica para la habilitación de establecimientos de atención integral a las personas adultas. San José, C.R.: Ministerio de Salud.
- COSTA RICA., Leyes y Decretos. 1999. Ley Integral para la persona adulta mayor: Ley No.7935. San José, C.R.: Asamblea Legislativa, Agosto (15 de noviembre, de 1999).
- MERTENS, W. 1996. Crecimiento de la Población y Desarrollo económico. Santiago, Chile: CEPAL.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES, y otros. Las personas mayores y las Residencias. España, primera edición, 2000, Tomo 1 y 2
- MORALES M, F. 2000. Temas prácticos en geriatría y gerontología. San José. C.R: EUNED. Tomo I.

Bibliografía

Presente y futuro de las personas mayores en C.R. En: Memoria Foro Nacional. 1998. San José, CR: Oficina de la Primera Dama de la República.

Rojas, S. 000. Situación de la población de sesenta años y más en C. R: Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor.

Sesenta y más. En: Publicación del Ministerio y Asuntos Jurídicos. No.185, Setiembre 2000, España.

SOLANO, E.1998. Población adulta mayor en C.R.: Principales características socioeconómicas y su impacto en los servicios de salud. San José, C.R. (documento inédito).

Direcciones Electrónicas visitadas

www.psiwash.org

www.mercadeo.com

www.gestion.com.pe

www.col.ops-oms.org

www.habitat.aq.upm.es

www.mundolatino.org

[HTTP://WWW.EUROSUR.ORG/FUTURO/FUT50.HTM](http://WWW.EUROSUR.ORG/FUTURO/FUT50.HTM)

ANEXOS

ANEXO No. 1:
Cuestionarios

**CUESTIONARIO DE ENTREVISTA DIRIGIDO A ADMINISTRADORES DE
INSTITUCIONES DE BIENESTAR SOCIAL**

1- Datos generales del establecimiento.

Nombre del establecimiento: _____

Año de fundación: _____

Cuenta con áreas verdes espaciosas: Si No

Tiene salón multiusos área de enfermería, área de terapia física

2- Cuenta el establecimiento con la habilitación correspondiente?

Si No

3- Instituciones de las cuales recibe recursos económicos.

CONAPAM

JUNTA PROTECCION SOCIAL

OTRAS

Cuáles _____, _____, _____

4- Tipo de población que atiende:

Adultos mayores válidos

Discapacitados

Indigentes

Todos los anteriores

ANEXOS

5- Requisitos de ingreso:

- Ser mayor de 60 años
- Presentar alguna discapacidad
- No poseer enfermedades infecto-contagiosas
- Ser costarricense
- Estudio Social
- Otra _____, _____, _____

6- Costo promedio mensual de estancia por adulto mayor:

- Menos de ₡50.000,00
- De ₡50.000,00 a menos de ₡70.000,00
- De ₡70.000,00 a menos de ₡90.000,00
- De ₡90.000,00 en adelante

7- ¿Cuántos adultos mayores atiende la Institución?

- Menos de 20
- De 20 a 40
- Más de 40, pero menos de 60
- De 60 en adelante

8- Distribución de la población:

Número de hombres: _____

Número de mujeres: _____

ANEXOS

9- Razones de ingreso?

Abandono familiar

Indigentes

Familia no puede mantenerlos en sus casas

Enfermedad

Otras: _____, _____, _____

10- Tiempo promedio de permanencia del Adulto mayor en la Institución

Menos de 1 año

De 1 a 3 años

De 3 a 5 años

Más de 5 años

11- Razones por las cuales los adultos mayores abandonan la Institución

12- Cuáles son las principales causas de muerte?

Infarto

Cáncer

Neumonía

Paros Respiratorios

Deterioro (por avanzado estado de edad)

Diabetes

ANEXOS

13- Cuáles tiempos de comida realizan los Adultos Mayores

___ Desayuno

___ Merienda

___ Almuerzo

___ Café

___ Cena

Otros: _____, _____, _____

14- A cuáles de los siguientes profesionales tiene acceso el establecimiento y con qué frecuencia?

PROFESIONAL	TODOS LOS DIAS	1 VEZ A LA SEMANA	1 VEZ CADA 15 DÍAS	1 VEZ AL MES	CUANDO SE NECESITA
Médico Geriatra					
Médico General					
Enfermera					
Auxiliar de enfermería					
Fisioterapeuta					
Trabajador Social					
Nutricionista					
Psicólogo					

15- Cuenta el establecimiento con servicio de voluntariado?

___ Si

___ No,

Porqué? _____

16- Cuáles son las principales funciones que desempeña el voluntariado y con que frecuencia visita la Institución?

ANEXOS

17- A cuales de los siguientes servicios tiene acceso el beneficiario (a) por medio de la institución?

- Actividades educativas
- Actividades culturales
- Nutrición
- Lavandería
- Actividades recreativas
- Actividades espirituales
- Actividades ocupacionales
- Odontología
- Otros

18- Cuáles actividades ocupacionales realizan los Adultos Mayores durante el día?

19- Qué tipo de actividades recreativas realiza la institución, con que frecuencia las realiza y cuáles adultos mayores participan en ella?

20-Cuál es el comportamiento típico de los adultos mayores de este centro?

- Pasan alegres durante el día
- Se deprimen con frecuencia
- Se quejan constantemente

Otras: _____, _____, _____

21- A través de una metáfora establezca la relación entre calidad de vida y adultos mayores?

ANEXOS

22- Considera usted que esta Institución ofrece calidad de vida a sus usuarios?

___ Si,
¿Porqué? _____

___ No,
¿Porqué? _____

**ENTREVISTA ESTRUCTURADA DIRIGIDA A LOS ADULTOS MAYORES
INSTITUCIONALIZADOS**

1- Sexo

Masculino

Femenino

2- ¿Cuánto tiempo tiene de vivir aquí?

Menos de 1 año

De 1 a menos de 3 años

De 3 a menos de 5 años

5 ó más años

3- ¿Quién lo trajo aquí?

Algún familiar

Algún conocido

Hizo las gestiones por sus propios medios

Otros

4- ¿Tiene familiares?

Si

No

5- ¿Lo visitan sus familiares? Con qué frecuencia?

Si

No

6- Padece de alguna enfermedad?

Si Cuál? _____

No

7- Recibe atención médica inmediata cuando lo requiere?

Si

No

ANEXOS

8- Cómo considera la atención que le brinda el personal de la Institución?

___ Excelente

___ Muy Buena

___ Buena

___ Mala

___ Regular

9- ¿Participa usted en las actividades recreativas que realiza esta Institución?

___ Si

___ No Porqué? _____

10- ¿Cuál es su comida favorita, cuando fue la última vez que la comió, le gusta la alimentación que le dan en el hogar?

11- ¿Comparte y tiene usted amistad con el resto de los compañeros?

___ Si

___ No Porqué? _____

12- ¿Cuáles actividades le gusta realizar, las lleva a cabo en la Institución?

13- ¿Cómo se siente usted aquí?

14- ¿Qué debería ofrecerle la Institución para que usted se sienta verdaderamente feliz?

15- Si no estuviera aquí, ¿dónde le gustaría estar?

ENTREVISTA ESTRUCTURADA FUNCIONARIO, MINISTERIO DE SALUD

1- A partir de qué fecha inició el Ministerio de Salud a evaluar los establecimientos de Bienestar Social?

2- En cuántas regiones se divide el Ministerio de Salud para la atención de los establecimientos que atienden Adultos mayores?

3- Cuántos establecimientos con y sin fines de lucro existentes en el país, según región?

4- A la fecha cuántos de ellos cuentan con la habilitación correspondiente?

5-Cuál es el nivel de cumplimiento que ha alcanzado cada una de las regiones?

6- Considerando que el transitorio único del decreto No....., establece el 17 de agosto como fecha límite para que los establecimientos cumplan con el 100% de la norma, cuáles medidas va a tomar el Ministerio de Salud con aquellos que ha esta fecha no hayan podido cumplir?

ANEXOS

7- Cuál ha sido la reacción de los Administradores y miembros de Junta de Junta Directiva de las Instituciones, ante las exigencias solicitadas por dicha norma?

8- Cuál es la principal razón que lleva al Ministerio a exigir el cumplimiento de esta norma a los establecimientos?

9- Dentro de qué plazo ustedes esperarían que todos los establecimientos hayan cumplido con la norma?

10- Considera usted que el 100% de la norma garantiza calidad de vida a los adultos mayores institucionalizados? Porqué?

**ENTREVISTA ESTRUCTURADA FUNCIONARIO, INSTITUTO MIXTO DE
AYUDA SOCIAL**

1- Qué se entiende por Bienestar Social?

2- Cuáles son los requisitos que una institución debe cumplir para que se le otorgue el carácter de Bienestar Social?

3-Cuál es el papel principal que desempeña el IMAS ante las Instituciones de bienestar social?

4- Cómo define usted el concepto de calidad de vida?

5- Cuáles son los factores que el IMAS evalúa para establecer si una Institución de Bienestar Social ofrece calidad de vida a sus usuarios?

6- Qué porcentaje de las Instituciones de Bienestar Social cumple con los factores anteriormente mencionados?

7- ¿Con qué frecuencia realizan ustedes inspecciones a las Instituciones de Bienestar Social, con el fin de medir el cumplimiento de estos factores?

ANEXOS

8- ¿Consideran ustedes que estos factores son suficientes? Porqué?

Si Pasa pregunta No.9

No Pasa pregunta No.8

9- ¿Cuáles otros factores deberían entonces considerarse?

10- Considera usted que el cumplimiento por parte de las Instituciones de Bienestar Social de las normas de Habilitación establecidas por el Ministerio de Salud, garantiza a los Adultos Mayores Institucionalizados Calidad de Vida?

Si

No ¿Porqué? _____

11- Si se le solicitara elaborar una propuesta de indicadores que permitan garantizar o mejorar la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados, ¿que aspectos en orden de importancia consideraría?

ENTREVISTA ESTRUCTURADA, FUNCIONARIO JUNTA DE PROTECCION SOCIAL

1- ¿Cuáles son los requisitos que una Institución de Bienestar Social debe cumplir para ser beneficiaria de los recursos de la Junta de Protección Social?

2- ¿Cómo define usted el concepto de calidad de vida?

3- ¿Cuáles son los factores que la Junta de Protección Social evalúa para establecer si una Institución de Bienestar Social ofrece calidad de vida a sus usuarios?

4- En promedio, ¿qué porcentaje de las Instituciones de Bienestar Social cumple con los factores anteriormente mencionados?

5- ¿Con qué frecuencia realizan ustedes inspecciones a las Instituciones de Bienestar Social, con el fin de medir el cumplimiento de estos factores?

6- ¿Consideran ustedes que estos factores son suficientes? ¿Porqué?

___ Si Pasa pregunta No.8

___ No Pasa pregunta No.7

ANEXO No.2
Listado de Instituciones de Bienestar Social

ANEXOS**LISTADO DE INSTITUCIONES DE BIENESTAR SOCIAL
AREA: ADULTO MAYOR**

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	PROVINCIA
Asoc. Hogar de Ancianos de Bijagua	Hogar	Alajuela
Asoc. Hogar de Ancianos de Valverde Vega	Hogar	Alajuela
Asoc. Hogar Nacional de Ancianos Santiago Crespo Calvo	Hogar	Alajuela
Asoc. Hogar de Ancianos de Alfaro Ruiz	Hogar	Alajuela
Asoc. Benéfica Hogar de Ancianos Hortensia Rodríguez Sandoval de B.	Hogar	Alajuela
Asoc. Hogar para Ancianos Pbro Jafeth Jiménez Morales de Grecia	Hogar	Alajuela
Asoc. Hogar de Ancianos de Guatuso Julia Bolaños Valverde	Hogar	Alajuela
Asoc. Benéfica Hogar de Ancianos José del Olmo	Hogar	Alajuela
Asoc. Hogar para Ancianos de Orotina Pbro Jesús M° Vargas Vásquez	Hogar	Alajuela
Asoc. de Protección al Anciano y Enfermo Crónico de Palmares	Hogar	Alajuela
Asoc. Hogar de Ancianos San Vicente de Paul de San Carlos	Hogar	Alajuela
Asoc. Hogar para Ancianos de San Ramón	Hogar	Alajuela
Asoc. Hogar de Ancianos Patriarca San José	Hogar	Cartago
Asoc. Asilo de la Vejez Monseñor Claudio M° Volio Jiménez	Hogar	Cartago
Asoc. Hogar Manos de Jesús	Hogar	Cartago
Asoc. Hogar de Ancianos San Buenaventura	Hogar	Cartago
Asoc. Amigos del Anciano de Cañas	Albergue	Guanacaste
Asoc. Hogar de Ancianos San Jorge y Obras Parroquiales de Abangares	Hogar	Guanacaste
Asoc. De San Vicente de Paúl de Liberia	Hogar	Guanacaste
Asoc. Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús de Nandayure	Hogar	Guanacaste
Asoc. Nicoyana de Atención al Anciano	Hogar	Guanacaste
Asoc. Hogar de Ancianos Nuestra Señora del Rosario	Hogar	Guanacaste
Asoc. Hogar para Ancianos de Tilarán	Hogar	Guanacaste
Fundación María	Albergue	Heredia
Fundación Hogar Para Ancianos (Alfredo y Delia González Flores)	Hogar	Heredia
Asoc. Católica Pro Ayuda al Enfermo de Hansen y Ancianos Desamp.	Hogar	Heredia
Asoc. Casa de Hogar para Ancianos Albernia	Hogar	Heredia
Asoc. Centro para Ancianos San Agustín	Hogar	Heredia

ANEXOS

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	PROVINCIA
Asoc. Atención Integral para los Ancianos de Guácimo	Albergue	Limón
Asoc. Amigos de la Tercera Edad	Albergue	Limón
Asoc. Hogar de Ancianos Victor Manuel Casco Torres	Hogar	Limón
Asoc. Hogar para Ancianos Pococí - Guápiles	Hogar	Limón
Fundación Santa Luisa para el Hogar de Ancianos	Hogar	Limón
Asoc. Albergue para Ancianos de Golfito	Albergue	Puntarenas
Asoc. De la Tercera Edad de Palmar	Albergue	Puntarenas
Asoc. Atención en la Tercera Edad Ciudad Cortés	Centro Diurno y Albergue	Puntarenas
Asoc. Pro Bienestar del Anciano San Francisco de Asis	Hogar	Puntarenas
Asoc. Casa de Ancianos de Ciudad Neilly	Hogar	Puntarenas
Asoc. Hogar de Ancianos de Coto Brus	Hogar	Puntarenas
Asoc. Hogar de Ancianos de Esparza	Hogar	Puntarenas
Asoc. Hogar de Ancianos Fray Casiano de Madrid de Miramar	Hogar	Puntarenas
Asoc. Pro Centro Diurno de Ancianos de Parrita	Hogar	Puntarenas
Asoc. Desarrollo Específico Pro Construcción Hogar de Anc. De Punt.	Hogar	Puntarenas
Asoc. Jicaraleña para el Bienestar del Anciano	Hogar	Puntarenas
Asoc. Hogar de Ancianos de Buenos Aires	Hogar	Puntarenas
Asoc. De Ancianos Albergue Mixto San Francisco de Asis de Aserri	Albergue	San José
Asoc. Pro Desarrollo Integral y Protección al Anciano de Desamparados	Albergue	San José
Asoc. Albergue para el Anciano Feliz	Albergue	San José
Asoc. Para Ancianos Jesús de la Buena Esperanza	Albergue	San José
Asoc. de Anc. Jesús de Nazareth	Albergue	San José
Asoc. Gerontológica de Curridabat	Centro Diurno y Albergue	San José
Asoc. Esperanza Cristiana para el Anciano	Centro Diurno y Albergue	San José
Asoc. San Vicente de Paul Pro Casa de Anciano de Ciudad Colón	Centro Diurno y Albergue	San José
Asoc. Acosteña	Hogar	San José
Asoc. Hogar de Ancianos Ofelia Carvajal de Naranjo	Hogar	San José
Asoc. Hogar de Ancianos El Buen Samaritano	Hogar	San José
Asoc. Doteña de Protección al Anciano	Hogar	San José
Asoc. Vicentina de Escazú	Hogar	San José
Asoc. Hijos de Nuestra Señora de los Desamparados, Hogares Magdala	Hogar	San José
Asoc. Hogar Carlos M° Ulloa	Hogar	San José

ANEXOS

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	PROVINCIA
Asoc. Hogar de Ancianos de Montes de Oca	Hogar	San José
Asoc. Moraviana	Hogar	San José
Asoc. Casa del Anciano de Pérez Zeledón	Hogar	San José
Asoc. San Vicente de Paúl de Puriscal	Hogar	San José
Asoc. Hermanas de los Pobres San Pedro Claver	Hogar	San José
Asoc. Hogar de Ancianos San Francisco de Asís	Hogar	San José
Fundación Hogar de Ancianos de Piedades de Santa Ana	Hogar	San José
Asoc. Del Asilo de Ancianos de los Santos	Hogar	San José
Asoc. Misionera de la Madre Teresa de Calcuta	Hogar	San José
Asoc. Hogar Ancianos San Miguel	Hogar	San José
Asoc. Pro Bienestar de la Anciana Religiosa del Buen Pastor	Hogar	San José
Asoc. De Atención Integral del Anciano de San Cayetano	Hogar, Albergue Centro Diurno	San José
Total	69	

MUESTRA DE LAS INSTITUCIONES ENCUESTADAS:

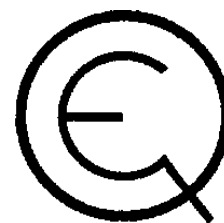
Nombre de la Institución	Provincia
Fundación Maria	Heredia
Casa de Hogar para Ancianos Albernia	Heredia
Fundación Alfredo y Delia González Flores	Heredia
Asilo de la Vejez de Cartago	Cartago
Asociación Hogar San Buenaventura de Turrialba	Cartago
Asociación Hortensia Rodríguez Sandoval	Alajuela
Hogar San Vicente de Paúl, San Carlos	Alajuela
Hogar de Ancianos Santiago Crespo Calvo	Alajuela
Asociación Hogar de Ancianos San Ramón	Alajuela
Asociación Julia Bolaños Valverde, Guatuso	Alajuela
Asociación Ofelia Carvajal de Naranjo	Alajuela
Asociación Carlos María Ulloa	San José
Asociación Hogar de Ancianos de Montes de Oca	San José
Fundación Hogar de Ancianos de Piedades de Santa Ana	San José
Asociación Acosteña de Protección al Anciano	San José
Asociación Gerontológico de Curridabat	San José
Asociación Hermanas de los Pobres San Pedro Claver	San José

ANEXO No.3

Norma de Costa Rica para la Habilitación de

Establecimientos de Atención Integral a las

Personas Adultas Mayores



REPUBLICA DE COSTA RICA

MINISTERIO DE SALUD

**DIRECCION DE SERVICIOS DE SALUD UNIDAD DE
HABILITACION**

Norma de Costa Rica para la Habilitación de
Establecimientos de Atención Integral
a las Personas Adultas Mayores

Mayo del 2001

0. Introducción

La necesidad de mejorar la calidad de la atención en los Servicios de Salud y la redefinición de las funciones del Ministerio de Salud como Ente Rector ha generado acciones para normalizar las condiciones de operación de aquellos entes que -directa o indirectamente - afectan la salud de la población, de acuerdo a la Ley General de Salud, Ley Orgánica del Ministerio de Salud (Poder Ejecutivo), ya los Decretos No.27569 (Gaceta No.7, del 12 de enero de 1999) y No.288288 del 17 de Agosto del 2000. Esta norma establece los estándares básicos de Habilitación para el funcionamiento de los Establecimientos (Centros Diurnos, Hogares y Albergues) de Atención Integral a las personas adultas mayores.

1. Ámbito de aplicación y objetivo

La presente norma rige las condiciones y requisitos mínimos, que deben cumplir los establecimientos encargados para la Atención Integral a las personas adultas mayores, con el objetivo de garantizar un servicio de calidad de vida.

Las especificaciones establecidas en esta norma, deben ser cumplidas por los establecimientos del país, con el fin de poder ser Habilitados por el Ministerio de Salud.

2. Definiciones generales

albergue de ancianos u hogar de ancianos: establecimientos donde se brinda atención integral a las y los adultos mayores de forma permanente, incluyendo los servicios de dormitorio.

anciano o anciana, adulto o adulta mayor, persona mayor: persona, sin distinción de género, de 65 años y más.

área de consumo de alimentos: espacio físico destinado al consumo de alimentos servidos en el propio local.

área de proceso de alimentos: espacio físico destinado al almacenamiento, mantenimiento y elaboración de materia prima y productos terminados.

área de servicios: incluye los servicios sanitarios del personal y público, la bodega de materiales de limpieza, desinfección, el espacio físico correspondiente a vestidores, guardarropa y otros servicios.

abuso por negligencia, inobservancia e impericia: incluye las acciones u omisiones de prestatarios y prestatarias de servicios relacionados con la salud, o cuidadores y cuidadoras de establecimientos de atención integral a las personas adultas mayores. Ocurre cuando la persona o personas que tienen a su cargo la atención o el cuidado de una persona usuaria no satisfacen sus necesidades básicas teniendo la posibilidad de hacerlo. Este abuso priva a las personas usuarias de condiciones de protección, seguridad, adecuada alimentación, cuidados higiénicos, vestimenta, educación, atención médica y supervisión.

abuso emocional: es toda acción u omisión cometida contra una persona usuaria de servicios relacionados con la salud o de centros de atención integral a personas adultas mayores, que daña su integridad emocional, la concepción y el valor de sí misma o la posibilidad de desarrollar todo su potencial como ser humano y que es causada por alguien con quien se mantiene una relación de confianza, cuidado y de prestación de un servicio de salud.

abuso físico: ocurre cuando un usuario, usuaria o una persona con la que se mantiene una relación de confianza, cuidado y de prestación de un servicio de salud, se le inflinge daño físico provocándole lesiones físicas internas, externas o ambas.

abuso sexual: es todo acto en el que una persona prestadora de un servicio relacionado con la salud o cuidadora de centros de atención integral a personas adultas mayores, con la que se ha creado un vínculo de confianza, involucra a una persona beneficiaria en una actividad o actividades de contenido sexual, que propicia su victimización y de la que el ofensor obtiene gratificación. Es toda imposición de actos de orden sexual contra la voluntad de la persona. Incluye: abusos deshonestos, exhibicionismo, exposición a pornografía, tocamiento, sexo oral, penetración genital o anal y violación.

actividad física: toda aquella actividad que requiere de algún grado de esfuerzo físico.

actividad recreativa: labor cuyo fin es ocupar el tiempo libre del adulto mayor mediante múltiples actividades físicas y de ocupación humana, tales como paseos, excursiones, campamentos, visitas culturales.

atención integral: actividad que tiene como fin buscar la satisfacción de las necesidades físicas, biológicas, psicológicas, sociales, emocionales, materiales y espirituales, considerando sus hábitos y capacidades con el fin de facilitarles una vejez plena y sana.

barreras arquitectónicas: todo aquella limitante al acceso físico entendiéndose por esto como gradas, desniveles en el piso, alfombras sin pegar, puertas giratorias, puertas de menos de 80 c.m. y elementos que obstaculicen el desplazamiento,

centro diurno: establecimiento de atención diurna para personas adultas mayores, con un nivel físico funcional acorde con su edad. Ofrecen servicios de alimentación, actividades recreativas, ocupacionales y de estimulación mental y física.

derechos humanos: son derechos propios de toda persona por el sólo hecho de haber nacido. Estos derechos tienen como fin último asegurar el bienestar de toda persona humana y de la humanidad en su conjunto, de mujeres y hombres sin distinción.

desecho: cualquier producto deficiente, inservible o inutilizado que su poseedor destina al abandono o del que desea desprenderse.

desechos sólidos: generalmente son llamados basura, sean estos desechos o residuos que producimos, de sustancias orgánicas e inorgánicas.

desechos orgánicos: son de origen vegetal, como cáscaras, semillas y otros componentes de las plantas y de origen animal como huesos, partes de animales.

ejercicio físico: toda aquella práctica regular y sistemática de actividad física que da como resultado el mejoramiento de la aptitud física y motor .

gestión: área de administración relativa a la consecución de documentos y permisos emitidos por diferentes instituciones públicas.

habilitación: trámite de acatamiento obligatorio realizado por el Estado para autorizar a establecimientos de salud y afines tanto públicos, privados y mixtos, por el cual se garantiza a los y las usuarios (as), que estos cumplen con los requisitos mínimos estructurales para dar la atención que explícitamente dicen ofrecer .

manipulador de alimentos: toda persona que aplique su trabajo manual, directamente o por medio de instrumentos a la preparación, conservación, envase, distribución, suministro o expendio de alimentos.

manual: documento que contiene de manera abreviada las nociones principales referentes a la prevención de las enfermedades infectocontagiosas (Hepatitis S, Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, Tuberculosis, etc.), así como también del adecuado manejo y preparación de los alimentos, entre otros.

mapa de riesgos: estudio de la localización, valoración y análisis de los riesgos en un área de trabajo, así como del conocimiento de la exposición a la que están sometidos los distintos grupos de personas afectadas, para finalmente establecer el diseño y puesta en práctica de una adecuada política preventiva.

material estéril: material que va ser utilizado directamente en el paciente y ha sido sometido a un proceso de desinfección y esterilización.

menú: listado de preparaciones y alimentos que se ofrecen en un día al usuario/a

ocupación humana: comprende el desempeño del individuo en las competencias ocupacionales del auto cuidado, juego, utilización del tiempo libre y trabajo, las cuales determinan la subsistencia, independencia, satisfacción, autonomía, transformación y realización personal.

predio: área total del terreno donde está ubicado el establecimiento.

protocolo: documento que contiene una serie de pasos claramente definidos y especificados, que se deben llevar a cabo para cumplir con una tarea o un procedimiento determinado.

ración: porción definida de alimento.

refractario: material que resiste sin fundirse a una temperatura elevada.

residuos peligrosos: todos los residuos producidos en instalaciones de salud que pueden de una forma u otra afectar la salud humana, animal o el medio ambiente .

terapia física: es la aplicación terapéutica de los agentes físicos, técnicas manuales, métodos y modalidades, con la finalidad de restablecer las disfunciones o lesiones que temporal o definitivamente, afectan al individuo. Participa en la prevención, curación, rehabilitación, ayuda en las deficiencias y discapacidades.

terapia ocupacional: es parte integral del proceso de rehabilitación, se fundamenta en la importancia que tiene la ocupación humana comprendiendo el desempeño del individuo en las áreas de autocuidado, trabajo, juego o esparcimiento para mejorar la calidad de vida, el bienestar físico y mental de la persona dentro de su contexto personal, familiar y social.

usuario: adulto o adulta mayor que utiliza los servicios que se brindan en los centros, albergues y asilos.

violencia doméstica: acción u omisión, directa o indirecta, ejercida contra un pariente por consanguinidad, afinidad o adopción hasta el tercer grado inclusive, por vínculo jurídico o de hecho o por la relación de guarda, tutela o curatela y que produzca como consecuencia, el menoscabo de su integridad física, sexual, psicológica o patrimonial.

violencia institucional: acción u omisión, directa o indirecta, ejercida contra un o una persona adulta mayor que produzca como consecuencia, el menoscabo de su integridad física, sexual, psicológica o patrimonial y es cometida por alguien con quién se mantiene una relación de confianza, de cuidado y de prestación de un servicio de salud.

voluntario: aquella persona (sin distinción de género), que ofrece de manera gratuita un servicio a las personas en condición de indigencia.

zona cercana: aquella distancia entre el establecimiento y el centro de atención de salud, que permita la atención de emergencia en menos de 30 minutos.

3. Clasificación y designación

La norma divide los establecimientos de Atención Integral a las personas adultas mayores en dos tipos:

- a) Centros Diurnos
- b) Albergues y Hogares

ANEXOS

La norma establece las siguientes áreas a evaluar en Centros Diurnos:

- a) Estructura y mobiliario
- b) Seguridad e higiene laboral c) Dirección
- d) Administración e) Nutrición
- f) Actividades de terapia ocupacional
- g) Prevención y atención de la violencia

Para Albergues y Hogares establece las áreas siguientes:

- a) Estructura y mobiliario
- b) Seguridad e higiene laboral
- c) Dirección
- d) Administración
- e) Nutrición
- f) Actividades de terapia ocupacional
- g) Prevención y atención de la violencia
- h) Atención en salud
- i) Trabajo social
- j) Terapia física
- k) Lavandería

Dentro de cada área se evalúan aspectos relacionados con:

- a) Recurso humano
- b) Planta física
- c) Recurso material
- d) Documentación
- e) Gestión

Para obtener la Habilitación es necesario que el establecimiento cumpla con todos los estándares de la presente norma.

4. Especificaciones

4.1 Centros Diurnos, Albergues y Hogares

4.1.1 Estructura y Mobiliario

4.1.1.1. Planta Física

4.1.1.1.1 La edificación donde funcione el centro debe cumplir con las características descritas en el Apéndice A.

4.1.1.1.2 Tener al menos acceso a un 30% de zonas verdes.

4.1.1.1.3 El establecimiento debe contar con agua potable apta para el consumo humano.

4.1.1.1.4 El establecimiento debe contar con un sistema de disposición de aguas negras.

4.1.1.1.5 El establecimiento debe contar con un sistema de evacuación de aguas pluviales.

4.1.1.1.6 El establecimiento debe contar con un área específica y privada para realizar el ingreso del adulto mayor .

4.1.1.1.7 El establecimiento debe contar para dormitorios, con un área mínima de 7.5 metros cuadrados para dos camas o un área mínima de 3.5 metros cuadrados por cama, para salones grandes.

4.1.1.2 Recurso Material

4.1.1.2. 1 Los sillones que utilicen las y los usuarios, deben tener una altura máxima sobre el suelo de 43 cm, el ancho mínimo de 50 cm y profundidad máxima de 40 cm. La altura del respaldo debe ser de al menos 60 cm y contar con apoyo lateral (brazos) que se prolongue fuera del borde del asiento, acordes según la variedad de tallas y pesos de los mismos.

4.1.1.2.2 Las mesas deben tener una altura del sobre al suelo entre 75 cm y 85 cm, con sus bordes redondeados.

4.1.1.2.3 Las sillas deben ser estables, resistentes, con brazos para facilitar el ponerse de pie. El respaldo y el asiento deben ser acolchados. Entre el asiento y la tabla de la mesa debe quedar un espacio de 20 cm, los soportes de las sillas deben tener material antideslizante, según tallas y pesos de los usuarios.

4.1.1.2.4 Las camas deben de tener al menos una altura entre 50 cm y 60

cm, sobre el suelo y con una distancia entre cama y cama de 0.90 metros como mínimo.

4.1.1.3 Gestión

4.1.1.3.1 El establecimiento debe contar con el visto bueno de ubicación del Ministerio de Salud y el visto bueno del uso del suelo de la Municipalidad del lugar.

4.1.1.3.2 Los planos deben contar con los sellos, timbres y firmas, así como los documentos anexos donde se otorgue la aprobación de área mínima de predio y edificación otorgados por el Ministerio de Salud, Colegio Federado de Ingenieros y Arquitectos, Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo y la Municipalidad respectiva.

4.1.1.3.3 Tanto los planos originales como las modificaciones hechas en el establecimiento deben contar con la aprobación de todas las instituciones involucradas, Ministerio de Salud, Colegio Federado de Ingenieros y Arquitectos de Costa Rica y la Municipalidad local.

4.1.1.4 Documentación

4.1.1.4.1 El establecimiento debe contar con un juego de planos de la edificación que incluya las láminas del diseño de las instalaciones hidráulicas, sanitarias, pluviales, eléctricas, mecánicas, estructurales y arquitectónicas.

4.1.1.4.2 En caso de que el edificio no sea nuevo y no exista la posibilidad de conseguir los planos constructivos aprobados, se debe contar con una certificación estructural y eléctrica del establecimiento, realizadas por profesionales en el campo, que garanticen la idoneidad y seguridad del inmueble para funcionar como tal.

4.1.1.4.3 En caso que el establecimiento cuente con tanque de captación de agua potable, se debe indicar en los planos su ubicación, dimensión y especificaciones.

4.1.1.4.4 En los planos debe indicarse el diseño y la posible solución de las barreras arquitectónicas, cumpliendo con las condiciones mínimas establecidas por el Departamento de Ingeniería Sanitaria y de Arquitectura del Ministerio de Salud.

4.1.1.4.5 El establecimiento debe tener las recomendaciones del Benemérito Cuerpo de Bomberos de Costa Rica Ingeniería en Prevención del Instituto Nacional de Seguros.

4.1.2 Seguridad e Higiene Laboral

4.1.2.1 Recurso Humano

4.1.2.1.1 El establecimiento debe contar con asesoría de un técnico y/o profesional en Seguridad e Higiene Laboral en la planeación, dirección y ejecución de las acciones tendientes al mejoramiento de las condiciones y medio ambiente del trabajo.

4.1.2.2 Planta Física

4.1.2.2.1 En el establecimiento debe existir señalización de seguridad para indicar las salidas de emergencia, rutas de evacuación, zonas de seguridad, área de fumado (según Ley No.7501), áreas riesgosas de trabajo, equipo contra incendio, lámparas, luces de emergencia y detectores de humo.

4.1.2.3 Recurso Material

4.1.2.3.1 El establecimiento debe contar con el equipo necesario para el control de incendios, que incluya un dispositivo de alarma audiovisual y automático.

4.1.2.3.2 El establecimiento debe contar con recipientes que tengan tapa y bolsas plásticas para los desechos sólidos de origen vegetal (como cáscaras, semillas, componentes de plantas) y sólidos de origen animal (como huesos y partes de animales).

4.1.2.3.3 El establecimiento debe contar con un sistema para la disposición final de residuos peligrosos producidos en el mismo, con bolsas plásticas rotuladas para la (cristalería, aplicadores, gasas, guantes con secreciones etc.)

4.1.2.4 Documentación

4.1.2.4.1 El establecimiento debe tener un manual de normas de seguridad e higiene del trabajo.

4.1.2.4.2 El establecimiento debe tener un mapa de riesgos actualizado y estar disponible para todo el personal.

4.1.2.4.3 El establecimiento debe tener un manual de protocolos de seguridad para la prevención de las enfermedades infectocontagiosas (Hepatitis B, SIDA, etc.)

4.1.3 Dirección

4.1.3.1 Recurso Humano

4.1.3.1.1 El establecimiento debe contar con el Presidente de Junta Directiva o representante que sea el responsable principal del funcionamiento del establecimiento.

4.1.3.1.2 El Presidente de la Junta Directiva o representante del establecimiento debe tener capacitación en el manejo del adulto y adulta mayor, conocimientos básicos y experiencia en administración y gestión.

4.1.4 Administración

4.1.4.1 Recurso Humano

4.1.4.1. 1 El establecimiento debe contar con un funcionario o funcionaria responsable de la sección administrativa.

4.1.4.1.2 El establecimiento debe contar con una o un funcionario responsable de la sección administrativa con capacitación en el manejo del adulto y adulta mayor conocimientos básicos y experiencia en administración y gestión.

4.1.4.2 Planta Física

4.1.4.2.1 El establecimiento debe contar con un espacio físico para labores administrativas, incluyendo un área para el almacenaje de insumos y equipo.

4.1.4.2.2 El establecimiento debe contar con un área específica para la conservación de los expedientes que garantice su protección, confidencialidad y control.

4.1.4.3 Recurso Material

4.1.4.3.1 Debe contar con el equipo necesario para el desempeño de las labores administrativas.

4.1.5 Nutrición

4.1.5.1 Recurso Humano

4.1.5.1.1 El servicio de nutrición debe contar con acceso a un o una profesional en nutrición.

4.1.5.1.2 El servicio de nutrición debe contar con un o una cocinera para la preparación de 50 raciones y un auxiliar de cocina por cada 100 raciones producidas.

4.1.5.2 Planta Física

4.1.5.2. 1 La ubicación del servicio debe permitir el fácil acceso para el almacenamiento de alimentos y otros materiales.

4.1.5.2.2 En caso de que el establecimiento utilice Gas LPG para cocinar, para secadoras, tanques para calentamiento de agua, etc., debe contar con un área para los cilindros, donde exista:

- a. Libre circulación de aire para la ubicación de los cilindros. Deben estar protegidos de las inclemencias del tiempo (techados), anclados, señalizados y resguardados en un recinto con malla tipo ciclón.
- b. La tubería debe ser de cobre, bronce o hierro galvanizado, bien soportada y protegida de daños físicos.
- c. Deberán contar con válvulas de cierre rápido a una distancia aproximada de 2 metros de los quemadores, accesible en forma manual por los operadores y otra cercana a los cilindros.

4.1.5.2.3 El servicio debe estar alejado de lugares insalubres o con riesgo de contaminación.

4.1.5.2.4 El servicio debe contar con el espacio físico y áreas identificadas para el cumplimiento de cada una de sus actividades: (recepción, almacenamiento, preparación (cocina), distribución (comedor) y área de limpieza (fuera de la cocina).

4.1.5.2.5 El área de cocina debe ajustarse a las características físicas que se anotan en el Apéndice B.

4.1.5.3 Recurso Material

4.1.5.3.1 El servicio debe contar con el equipo y utensilios especificados en el Apéndice C. Estos deben estar en buen estado de funcionamiento.

4.1.5.4 Documentación

4.1.5.4.1 El servicio de nutrición debe tener un manual de instrucción en alimentación y nutrición para la capacitación del personal de los centros de atención del adulto mayor del Ministerio de Salud.

4.1.5.4.2 El servicio debe tener un ciclo de menús que cubra al menos 20 días

4.1.6 Actividades de Terapia Ocupacional

4.1.6.1 Recurso Humano

4.1.6.1.1 El establecimiento debe tener acceso a un o una terapeuta ocupacional.

4.1.6.1.1.1 El establecimiento debe tener a una o un voluntario, capacitado en las actividades de terapia ocupacional.

4.1.6.2 Planta Física

4.1.6.2.1 El establecimiento debe tener acceso a un salón multiuso donde llevar a cabo actividades de terapia ocupacional de los usuarios y usuarias como las manualidades, juegos de mesa, teatro, baile, lectura, oratoria y hidroponía.

4.1.6.3 Recurso Material

4.1.6.3.1 El establecimiento debe contar con el equipo específico para realizar las actividades de terapia ocupacional según el Apéndice o.

4.1.7 Prevención y Atención de la Violencia

4.1.7.1 Documentación

4.1 .7. 1.1 El reglamento interno de trabajo o de (sanciones disciplinarias) del establecimiento, debe contener las siguientes especificaciones referidas a la prevención y atención de la violencia institucional.

- a) Prohibición de ejercer cualquier tipo de violencia sea esta física, psicológica, sexual o patrimonial, hacia los adultos y adultas mayores del establecimiento.
- b) Sanciones para el personal que incumpla las prohibiciones del punto anterior, según lo estipulado en el artículo 2 de la Ley 7586 y en los artículos 57 a 62 de la Ley 7935.

4.1 .7. 1 .2 El establecimiento debe contar con un Directorio Nacional de Servicios y Programas en Violencia Intra familiar.

4.1.7.1.3 El establecimiento debe contar con ejemplares de la Ley Contra la Violencia Doméstica No.7586, la Ley Integral para la persona adulta mayor No.7935, Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad No.7600 y la Declaración Universal de Derechos Humanos.

4.1.7. 1.4 El establecimiento debe tener en un lugar visible los derechos del adulto y adulta mayor.

4.2 Albergues y Hogares

4.2.1 Atención en Salud

4.2.1.1 Recurso Humano

4.2.1.1.1. El establecimiento debe tener acceso a un profesional en medicina según el número de usuarios /as.

4.2.1.1.2 El establecimiento debe contar con un profesional en enfermería, al menos en jornada de medio tiempo de menos de 50 usuarios(as).

4.2.1.1 .3 El establecimiento debe contar al menos con un auxiliar de enfermería por turno, de menos de 50 usuarios(as).

4.2.1.1.4 El establecimiento debe contar al menos con un asistente de atención en salud por turno, de menos de 50 usuarios(as)

4.2.1.2 Planta Física

4.2.1.2.1 El establecimiento debe contar con un área (compartida), específica, exclusiva y privada para la consulta médica y de enfermería.

4.2.1.3 Recurso Material

4.2.1.3.1 El establecimiento debe contar con el material y equipo para la atención en salud especificados en el Apéndice E.

4.2.2 Trabajo Social

4.2.2.1 Recurso Humano

4.2.2.1 .1 El establecimiento debe contar con una o un profesional en trabajo social, al menos con una jornada de un cuarto de tiempo según cantidad de usuarios(as).

4.2.2.2 Planta Física

4.2.2.2.1 El establecimiento debe tener el espacio necesario para las actividades técnicas y administrativas de trabajo social.

4.2.2.2.2 El servicio debe contar con un espacio privado para la atención de los usuarios y /as.

4.2.2.3 Recurso Material

4.2.2.3.1 El establecimiento debe contar con el soporte administrativo en equipo y mobiliario para el desempeño de las funciones: escritorio con silla, dos sillas adicionales, archivo, máquina de escribir o equipo de cómputo, teléfono o extensión telefónica basurero y papelería.

4.2.3 Terapia Física

4.2.3.1 Recurso Humano

4.2.3.1.1 El establecimiento debe tener acceso a un o una profesional en terapia física.

4.2.3.1.2 El establecimiento debe tener a una o un voluntario, capacitado en las actividades de terapia física.

4.2.3.2 Planta Física

4.2.3.2.1 El establecimiento debe contar con acceso a un espacio o salón multiuso, donde se puedan llevar a cabo actividades de terapia física de los usuarios(as) (actividad física, ejercicio físico)

4.2.3.3 Recurso Material

4.2.3.3.1 El establecimiento debe contar con el equipo necesario especificado en el Apéndice F

4.2.4 Lavandería y ropería

4.2.4.1 Recurso Humano

4.2.4.1.1 Debe existir una o un funcionario responsable del servicio de lavandería o ropería.

4.2.4.2 Planta Física

4.2.4.2.1. El servicio debe tener un área específica y exclusiva para su funcionamiento, con espacios dedicados a cada etapa del proceso: recepción, clasificación, lavado, secado, planchado y almacenamiento.

4.2.4.2.2 El servicio de lavandería propio o externo, debe contar con suministro suficiente, constante de agua y electricidad

4.2.4.3 Recurso Material

4.2.4.3.1 El servicio de lavandería debe tener equipo exclusivo y rotulado para el transporte de ropa limpia y sucia

Apéndice A
Características de estructura para Establecimientos
de Atención a Personas Adultas Mayores

1. El establecimiento debe estar ubicado en zonas cercanas a centros de atención de salud.
2. Deben estar alejados de zonas industriales o con riesgo de contaminación y de zonas de desastre o *con* riesgo de desastres naturales.
3. El establecimiento debe ser de una sola planta, en caso contrario deben contar con ascensor o rampas.
4. No deben existir barreras arquitectónicas como gradas, muros, alcantarillas abiertas, desagües sin tapa, desniveles en el piso, alfombras sin pegar ni elementos que obstaculicen el desplazamiento.
5. Las rampas, deben estar acorde a lo dispuesto en la Ley 7600 lo que implica que las pendientes longitudinales deben ser, 10% hasta 12% tramos menores a 3 metros; 8 hasta 10% tramos de 3 hasta 10 metros; 6 a 8% tramos mayores a 10 metros, tener una superficie de suelo duro y antideslizante, y con una anchura mínima de 85 cm para una sola silla. No deben colocarse rampas con distancias de más de 15 m.
6. Las escaleras y áreas de tránsito de los usuarios deben cumplir con las especificaciones según la Ley 7600.
7. Los pasamanos deben colocarse en todas las áreas de tránsito de los usuarios, a ambos lados de los pasillos y escaleras. Deben ser de material resistente a la humedad y que no sea conductor de la electricidad.
8. Las puertas deben tener al menos un ancho mínimo de 90 cm, con los herrajes instalados a 90 cm del piso, que puedan ser abiertas con una sola mano y además de fácil manejo.
9. La puerta de emergencia debe tener un ancho mínimo de 120 cm y 210 cm de alto, esta puerta debe abrir hacia fuera.

ANEXOS

10. Las ventanas deben tener una altura al menos de 90 cm del piso y de fácil apertura. El área mínima para ventanas debe ser la siguiente:

- a. Piezas habitables y cocina 15%
- b. Cuartos de baño 10%
- c. Escaleras y corredores 15%

Esta área es con relación al área total de piso de cada zona, y al menos un 50% del total de área de ventanas deberá abrirse para ventilación

11. La ventilación debe ser directa, a través de ventanas o tragaluces abiertos.

12. La iluminación diurna debe ser directa a través de ventanas.

13. Los pisos deben ser antideslizantes, lisos y nivelados, que no impida el desplazamiento. La altura del piso al cielo raso debe ser al menos de 2,40 metros. No deben colocarse alfombras, felpudas ni esterillas sueltas.

14. Las paredes, deben ser de material refractario, contra el fuego, sin hoyos, grietas o filos cortantes. La textura debe ser lisa y con bordes redondeados, de fácil lavado y pintadas con colores claros (sin brillo y plomo).

15. Los techos deben ser de material durable, resistente e impermeable y sin goteras. Debe considerarse para su diseño el clima donde se construye para prever calentamiento excesivo u otro tipo de problemas.

16. Los cielos rasos deben ser de material durable, resistente y no combustible.

17. El ancho mínimo de los pasillos debe ser al menos de 180 cm, los pasillos deben tener unas dimensiones que permitan el movimiento seguro y cómodo de los usuarios.

18. Los interruptores y timbres (dentro de los dormitorios), deben estar a una altura del piso entre 80 cm y 100 cm, que sean accesibles, visibles, de fácil manejo y que permitan encenderlos evitando caminar a oscuras.

ANEXOS

19. Los tomacorrientes deben estar situados a no menos de 40 a 50 cm del suelo. En los casos en que se ofrezca servicio de dormitorio, debe contarse con luces a 60 cm sobre el piso, que indiquen el trayecto al baño.
20. Deben tener protectores en los bordes de los pasillos, muros, puertas, esquinas, tanto en el interior como en el exterior, con una altura de sesenta centímetros del suelo y un ancho de no menos 10 cm.
21. Los servicios sanitarios deben contar como mínimo con las siguientes piezas sanitarias:
- a) Una ducha por cada quince usuarios según sexo.
 - b) Lavamanos: dos por cada quince usuarios según sexo.
 - c) Inodoros: dos por cada quince usuarios según sexo.
 - d) Servicio sanitario para funcionarios y funcionarias.
 - e) Servicio sanitario para visitantes.
22. Deben contar con una área de baño y de inodoro con una dimensión de al menos 1.5 m x 2.1 m por unidad, para que permita la movilización de sillas de ruedas. Las duchas deben tener piso antideslizante, un asiento o silla de baño y barras para sujetarse, no deben tener escalones (gradas, muros).
23. El inodoro debe tener una altura de 60 cm y con barras laterales en ambos lados para sujetarse.(según talla de los(as) usuarios(as)).
24. Los lavamanos deben tener una altura de 85 cm, según Ley 7600.

Apéndice B

Características de la planta física del Servicio de Nutrición

1. Pisos de acabado liso, no poroso, antideslizante y de fácil lavado.
2. Paredes, acabado liso, lujado y no poroso.
3. Cielo raso, liso, de fácil lavado y de color claro.
4. Uniones, entre pared y pared, pared y piso deben ser cóncavas y de material lavable.
5. Puertas, deben abrir hacia afuera, fácil manejo y tener contrapuerta de cedazo.
6. Ventanas, deben llevar malla desmontable para facilitar el aseo. Si se utiliza cualquier otro tipo de abertura al exterior, por ejemplo, ladrillo ornamental, es necesario que sea protegido con cedazo.
7. Pintura, debe ser resistente a la humedad ya vapores, con colores claros, sin plomo.
8. Ventilación natural o artificial (ventilador) que garantice una temperatura ambiental agradable para los funcionarios y usuarios.
9. El extractor de grasa, calor, vapor y otros deben estar contruidos en acero inoxidable, para permitir su fácil limpieza y recubierta de material aislante para evitar el recalentamiento de las áreas adjuntas.
10. Iluminación que permita la realización de las tareas, preferiblemente luz natural (durante el día).
11. Las lámparas ubicadas en el área de preparación (cocina) y distribución (comedor) de alimentos deben contar con protecciones para evitar la caída de vidrios en caso de rompimiento accidental del bombillo u fluorescente.
12. Debe contar con suministro de agua caliente en el área de lavado de utensilios según el Manual de Instrucción en Alimentación y Nutrición para la Capacitación del personal de los Centros de Atención del Adulto mayor. Febrero 2.000.

Apéndice C
Equipo mínimo del Servicio de Nutrición

1. Área de Almacenamiento

1. Tarimas para alimentos en sacos.
2. Estantes.
3. Recipientes con tapa ajustada.
4. Refrigeradora con congelador (recomendable de dos puertas).

2. Área de preparación (cocina)

1. Balanza para pesar alimentos
2. Refrigeradora
3. Licuadora
4. Cocina: eléctrica o de gas
5. Base de soporte para cilindros de gas {en caso de utilizar este combustible }
6. Batidora
7. Ollas y sartenes de diferentes tamaños
8. Pelador de vegetales
9. Abrelatas
10. Horno
11. Extractor de grasa
12. Pilas de material no poroso, superficie lisa ,resistente al frío y calor { acero inoxidable}
13. Pileta para el lavado de artículos de aseo
14. Basureros con tapa y bolsa plástica, según tipo de desecho {vidrio, plástico, papel, cartón y orgánico).
15. Área de distribución (Comedor)
16. Percolador
17. Mesas y sillas
18. Bandejas, platos, vasos, cubiertos, cucharas y otros {de material resistente }
19. Lavamanos, dispensador de jabón, secador de manos o toallas desechables

ANEXOS

20. Basurero con bolsa plástica y tapa
21. Área de limpieza
22. Escoba
23. Escurridor y palo de piso.
24. Pala de basura {plástica o acero inoxidable)
25. Pileta para lavado de utensilios de limpieza (**fuera del área del servicio**)

Apéndice D
Equipo mínimo de actividades de Terapia Ocupacional

1. Mesas, sillas
2. Pizarra acrílica
3. Marcadores para pizarra acrílica
4. Borrador de pizarra acrílica
5. Papelería {hojas blancas, hojas de papel periódico, papel de construcción, Cuadernos de rayas, cuadernos de caligrafía)
6. Libros de lectura recreativa
7. Lápices de colores y marcadores para dibujo
8. Tijeras, reglas, goma
9. Tela
10. Agujas de coser
11. Hilos de colores
12. Lanas
13. Juegos de entretenimiento, coordinación y estimulación cognitiva (lotería de figuras geométricas, scrabble, rompecabezas, bingo, memorias, etc)
14. Televisión, equipo de sonido o grabadora
15. Plasticina
16. Cubos de madera
17. Bolas de diferentes tamaños

Apéndice E
Equipo básico para el cubículo de atención médica y de enfermería

1. Lavamanos, dispensador de jabón, desinfectante, toallas desechables
2. Servicio sanitario
3. Camilla con grada
4. Esfigmo manómetro, termómetros, estetoscopio
5. Equipo de diagnóstico
6. Balanza de plataforma
7. Foco con baterías
8. Guantes, vendas, gasa
9. Baja lenguas, algodón, jeringas con aguja
10. Alcohol, yodo, equipo de curaciones
11. Carro de curaciones
12. Azafates, riñones
13. Tarjetas de medicamentos
14. Papelería :ordenes médicas, hojas de notas de enfermería y de otros profesionales de la norma, hoja de medicamentos, estado nutricional, laboratorio, rayos x, ordenes de traslado, etc.
- 15 Azafates, riñones,
16. basureros con tapa y bolsa plástica
17. Biombo
18. Bolsas para material contaminado (residuos peligrosos)
19. Tener acceso a un sistema de esterilización para material y equipo. Ejemplo: equipo de curaciones, conos del equipo . diagnóstico, etc. Este sistema puede ser utilizando medios químicos, autoclave, gas y otros.

Apéndice F
Equipo básico de terapia física

1. Barras paralelas
2. Poleas
3. Espejo de cuerpo entero pegado pared
4. Juego de pesas (sacos con arena)