

CIRCULO COMUNITARIO DE ADULTOS MAYORES

CURSO INTERAMERICANO EN PREPARACION Y EVALUACION DE PROYECTOS

PROGRAMA DE
ADIESTRAMIENTO
EN PREPARACION
Y EVALUACION
DE PROYECTOS

santiago - chile
1990

INSTITUTO DE ECONOMIA



C977.3c
1990

MIDEPLAN



C977.3c
1990



MINISTERIO DE PLANIFICACION Y COOPERACION

PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO EN PREPARACION Y EVALUACION DE PROYECTOS

MINISTERIO DE
PLANIFICACION
Y COOPERACION
BIBLIOTECA

PROYECTO

"CIRCULO COMUNITARIO DE ADULTOS MAYORES"

Participantes: Humberto Barahona G.
Daniel Bonacic F.
Berenice Freile G.
Guillermo Gallardo A.
María Digna Miqueles L.
Luis Pacheco V.
Susana Villarroel G.

Supervisor: Fernando Araya G.

10311

SANTIAGO, Noviembre de 1990

Handwritten initials or signature

PROLOGO

El estudio que se presenta es uno de los cuatro elaborados durante la fase práctica del Duodécimo Curso Interamericano en Preparación y Evaluación de Proyectos (CIAPEP), que se desarrolló entre febrero y diciembre de 1990, auspiciado conjuntamente por el Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN) y el Instituto de Economía de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Esta fase práctica se desarrolló entre los meses de julio y diciembre, dedicándose los participantes, en forma exclusiva, a la preparación, formulación y evaluación del proyecto denominado Círculo Comunitario de Adultos Mayores (CICAM). Una versión preliminar de este trabajo fue presentada a un panel evaluador en diciembre de 1990, incluyéndose en esta versión las sugerencias de los panelistas.

El objetivo del estudio es presentar un mecanismo de acción social destinado a mejorar la calidad de vida de adultos mayores (AM) de 65 años, que vivan en estado de pobreza. El proyecto abarca las áreas de salud, alimentación y uso del tiempo libre, haciendo énfasis en la aplicación focalizada de las prestaciones a quienes más las necesitan.

La estrategia de desarrollo social en Chile, cuyo objetivo último es la erradicación de la extrema pobreza en el país, ha dedicado especial atención a los menores que viven en esta condición. La principal razón de dirigir preferentemente los recursos a los niños, radica en el enfoque económico-social que postula que la inversión en capital humano tiene una alta rentabilidad social. Un niño rescatado del círculo de la extrema pobreza, sin duda hará un aporte a la sociedad mayor que aquel que se mantenga en esa condición hasta llegar a ser adulto.

En cuanto a los AM en estado de pobreza, el enfoque de la rentabilidad de la inversión en capital humano no es claro. Se propende a ayudar a los AM en estado de pobreza, a través del Estado, las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), y en general de toda la comunidad, aunque sin la integralidad que el problema requiere. Normalmente se tiende a satisfacer sus necesidades básicas de índole material, siendo insuficiente tanto desde el punto de vista de cobertura como de las necesidades que se satisfacen. Se concluye que la comunidad está dispuesta a invertir recursos en sus

miembros de mayor edad que se encuentran en estado de pobreza, principalmente por una razón de **solidaridad** más que de rentabilidad puramente económica.

El solo hecho de ir envejeciendo, hace que los seres humanos se enfrenten a realidades ineludibles que pueden llegar a constituirse en problemas y aflicciones, dependiendo tanto de su situación psicológica como económica. Es posible separar los problemas que son propios de la vejez (debilidad ósea, deterioro de la audición, vista, movimientos) y sobre los cuales poco se puede influir, de aquellos derivados de la insatisfacción de necesidades básicas, tanto materiales como no materiales, que sí son posibles de aminorar.

Los efectos que produce la vejez se pueden clasificar, fundamentalmente, en cuatro: (i) deterioro biológico, (ii) menor capacidad para generar ingresos, (iii) imagen social "negativa" de la vejez y (iv) dificultad para adaptarse a situaciones nuevas. Si a estos efectos se añade la condición de pobreza, ellos se agudizan e incluso los AM pueden verse impedidos de satisfacer sus necesidades básicas.

El CICAM se plantea como un establecimiento para otorgar atención integral a los AM pobres y pretende satisfacer necesidades consideradas prioritarias por ellos mismos (económicas y salud). Se propone la entrega de diversos servicios: control de salud, alimentación, terapia ocupacional, ayuda directa en especies y asistencia a convalecientes, entre otros.

El CICAM está dirigido a apoyar a AM **autovalentes** (que pueden valerse por sí mismos) y **frágiles** (que requieren de alguna ayuda para desenvolverse), de escasos recursos, de un sector geográfico local, excluyéndose a los **postrados** (que casi no pueden realizar ninguna actividad por sí solos). Para la captación de los AM, denominados "socios", se propone que la administración del CICAM se contacte con organismos comunitarios.

El diseño es adaptable a la realidad económico-social y geográfica del sector. Puede considerarse como un proyecto de tipo modular, adaptable a las necesidades de su localidad y factible de desarrollar.

Se propone que funcione durante todos los días hábiles del año (de lunes a viernes). La actividad diaria se inicia con el desayuno, seguida de

sesiones de terapia ocupacional, para luego pasar al almuerzo (dividido en dos turnos). En la tarde se efectúan nuevamente actividades de terapia ocupacional y, en forma paralela, controles de salud, terminando la jornada con las once.

El AM tiene la obligación de concurrir al CICAM sólo en los horarios en que desarrollen las actividades en las cuales está inscrito, con el fin de no crear dependencia respecto al CICAM. Una vez que terminan éstas, queda en libertad de retirarse a su domicilio o permanecer en la sala de estar compartiendo con sus pares.

El diseño del proyecto se realizó sobre la base de que la solución sea de mínimo costo, el cual comprende la inversión en terreno y edificio, la alimentación, sueldos del personal y otros.

Los beneficios se diferenciaron entre **inmediatos** y **diferidos** en los primeros se cuentan: la satisfacción de necesidades básicas, donde se supuso que el beneficio es al menos igual al costo de obtenerlo; la liberación de recursos de los familiares que atienden a los AM frágiles y que con la existencia del CICAM podrán disponer de mayor tiempo; la producción de talleres, en que se valoró el beneficio al menos igual al costo de los materiales utilizados; la función de colocación laboral que permite acortar el tiempo de búsqueda de empleo y hacia posible la colocación de AM. Entre los segundos se cuentan aquellos derivados de los servicios de salud preventiva, alimentación y terapia ocupacional, debido a que (i) prolongan y mejoran la calidad de vida y (ii) ahorran costos futuros en salud curativa.

Al comparar los beneficios cuantificados con los costos, resulta un valor social anual neto negativo, pero se estima con razonable certeza que el proyecto es socialmente rentable si se toman en cuenta los recursos involucrados en relación al tamaño modular del CICAM evaluado y se adicionan los beneficios que no fue posible cuantificar.

Se propone para el CICAM un financiamiento mixto, incluyendo el aporte de los mismos socios según su capacidad económica, o objeto de que no tomen el servicio como caridad, sino como un derecho.

Finalmente, el estudio propone una serie de interesantes ideas y sugiere llevar a cabo algunas tareas, tales como llevar estadísticas en lo que se refiere a salud y nutrición del AM; establecer campañas de educación

masivas que mejoren la imagen de la vejez y facilitan el acceso a la educación formal y eventos culturales mediante rebajas de entradas.

Al terminar este prólogo, no me cabe sino agradecer en forma especial la dedicación del grupo y de su supervisor por el esfuerzo, preocupación e imaginación desplegados para lograr aportar ideas concretas y de relativo bajo costo que pueden permitir que los AM pobres de Chile mejoren su calidad de vida y, por extensión, la de toda la comunidad.

Además, quiero expresar mis agradecimientos por el apoyo técnico y profesional prestado, al Hogar de Cristo, al Consejo Nacional de Protección a la Ancianidad (CONAPRAN), a la Sra. Carmen Barros de la P. Universidad Católica de Chile, al Sr. Oscar Domínguez de la Universidad de Chile, a la Dra. Juana Silva del Hospital Geriátrico, al Dr. Pedro Paulo Marín del CEDIUC, al Sr. Francisco Covarrubias de la Fundación Miguel Kast y a todas las personas y entidades que de algún modo prestaron su desinteresada colaboración para la realización de este proyecto.

Finalmente, quisiera agradecer la magnífica labor realizada por el grupo de participantes que elaboró este estudio con gran profesionalismo, esfuerzo y responsabilidad, como asimismo a Fernando Araya, quien supervisó el estudio con una dedicación y eficiencia que aprecio.

Ernesto R. Fontiane
Director CIAPEP

Nota: Las opiniones, conclusiones y recomendaciones contenidas en el presente trabajo no coinciden necesariamente con las que pudiera tener MIDEPLAN o el Instituto de Economía de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

INDICE ANALITICO

Página

RESUMEN Y CONCLUSIONES

I. Objetivo del Estudio y Antecedentes Generales.....	1
A. Objetivo.....	1
B. Antecedentes Generales.....	2
II. Diagnóstico de la Situación del Adulto Mayor.....	4
A. Deterioro Biológico.....	6
B. Retiro Laboral.....	8
C. Imagen Social de la Vejez.....	12
III. Definición del Proyecto.....	13
A. Bases Conceptuales.....	14
B. Selección de Cocios.....	16
C. Operación del CICAM.....	16
IV. Descripción de los Servicios.....	17
A. Area de Alimentación.....	17
B. Area de Salud Preventiva.....	19
C. Area de Salud Asistencial.....	21
D. Area de Terapia Ocupacional.....	22
E. Area de Guardería y Estar.....	24
F. Area de Servicio Social.....	25
G. Asistencia al Convaleciente.....	25
H. Servicio Alojamiento.....	26
V. Diseño del CICAM.....	26
A. Planta de Personal.....	27
B. Diseño Físico.....	29
VI. Estimación de Costos del Proyecto.....	32
A. Costos de Inversión.....	32
B. Costos de Operación.....	33
C. Costos por Prestación.....	34
D. Costo Anual Equivalente.....	36
VII. Estimación de Beneficios del Proyecto.....	37
A. Beneficios Inmediatos.....	37
B. Beneficios Diferidos.....	40
VIII. Beneficio Neto y Financiamiento.....	42
A. Beneficio Neto del Proyecto.....	42
B. Financiamiento del CICAM.....	42

IX. Conclusiones y Sugerencias.....	43
A. Conclusiones.....	43
B. Sugerencias y Recomendaciones.....	45

CAPITULO 1: DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DEL ADULTO MAYOR

I. Antecedentes Generales.....	47
II. La Vejez y sus Manifestaciones.....	51
A. Deterioro Biológico.....	52
B. Retiro de la Fuerza Laboral.....	57
C. Imagen Social de la Vejez.....	60
III. Red de Ayuda.....	64
IV. Recomendaciones D.M.S.	66

CAPITULO 2: DEFINICION DEL PROYECTO

I. Definición.....	69
A. Bases Conceptuales del Proyecto	69
B. El Círculo Comunitario de Adultos Mayores.....	70
C. Grupo objetivo.....	72
D. Selección de los Socios.....	73
II. Descripción de los Servicios.....	76
A. Area de Alimentación.....	76
B. Area de Salud Preventiva.....	78
C. Area de Salud Asistencial	80
D. Area de Terapia Ocupacional.....	81
E. Area de Guardería y Estar.....	84
F. Area de Servicio Social.....	85
G. Asistencia al Convaleciente.....	86
H. Servicio de Alojamiento	88
III. Capacidad de los Servicios.....	88
A. Modelo de Atención	88
B. Potenciación de Beneficios a Bajo Costo	89
C. Casos Típicos de Socios	89

CAPITULO 3: OPERACION Y DISEÑO

I. Operación del CICAM.....	93
II. Recursos Humanos.....	96
III. Localización	97
IV. Diseño Físico	99
A. Planta física.....	99
B. Equipamiento.....	102
V. Sistema de Información.....	102
A. Ficha Integral del AM	103
B. Libro de Control de Asistencia	103
C. Listado de Actividades Recreativas	103
D. Sistema de Control de Inventarios	104
E. Sistema de Control de Existencia	104
F. Sistema de Adquisiciones	104

CAPITULO 4: IDENTIFICACION DE COSTOS Y BENEFICIOS
DEL PROYECTO

I. Costos del Proyecto.....	105
A. Costos de Inversión.....	105
B. Costos de Operación.....	109
C. Costos Social Anual Equivalente.....	114
D. Costo Privado.....	115
II. Beneficios del Proyecto.....	116
A. Beneficios Inmediatos.....	116
B. Beneficios Diferidos.....	125
C. Resumen de Beneficios	127
III. Beneficio Neto.....	128
IV. Financiamiento y Administración.....	129
A. Consideraciones Generales	129
B. Financiamiento Privado	130
V. Implantación parcial del CICAM	134
A. Resumen del Tamaño	135
B. Atención Orientada al AM Autovalente	137
C. Costos Privados de Implantación Parcial	138

ANEXOS

	Página
ANEXO Nº 1 : Descripción de Cargos	143
ANEXO Nº 2 : Plano de Planta CICAM	151
ANEXO Nº 3 : Especificaciones Técnicas de Construcción del CICAM	153
ANEXO Nº 4 : Costo de Equipamiento.....	161
ANEXO Nº 5 : Costos de Operación del CICAM	167
ANEXO Nº 6 : Costos Unitarios por Servicios y por Tipo de Beneficiario.....	183
ANEXO Nº 7 : Costos Servicios Opcionales.....	185
ANEXO Nº 8 : Cálculo Beneficios del Proyecto	189
ANEXO Nº 9 : Comentarios Panel Evaluador	195
BIBLIOGRAFIA:	205

RESUMEN Y CONCLUSIONES

I. OBJETIVO DEL ESTUDIO Y ANTECEDENTES GENERALES

A. Objetivo

En este estudio se presenta un mecanismo de **acción social** destinado a aumentar el bienestar, en términos de prolongar y mejorar la calidad de vida, a **adultos mayores** de 65 años, en adelante denominados AM, que vivan en **estado de pobreza**. Consiste en la entrega focalizada de un conjunto de bienes y servicios en las áreas de salud, alimentación y uso del tiempo libre.

El lugar donde los AM concurrirán a recibir la ayuda se denominará **Círculo Comunitario de Adultos Mayores (CICAM)**. Este otorgaría servicios a AM pobres, que vivan en familia o solos, con el **propósito de mantener su autonomía** y además, **facilitarle su permanencia en el hogar** a aquellos que viven en familia.

En este estudio se entenderá por pobres a aquellas personas cuyos ingresos son inferiores al de subsistencia¹, siendo este último el que permite alcanzar un nivel de alimentación compatible exactamente con sus requerimientos calóricos y, además, cubrir gastos mínimos en vivienda, vestuario y recreación, de acuerdo a los consumos habituales de la familia.

¹ Torche, Aristides, "Distribuir el ingreso para satisfacer las necesidades básicas", artículo incluido en Desarrollo en Democracia, Ediciones Universidad Católica, 2a. edición, 1988.

B. Antecedentes Generales

Todo AM ha llegado a una etapa natural de su vida en que ineludiblemente **enfrenta cambios** de tipo biológico, social y psicológico. Los cambios más importantes son la disminución de sus capacidades físicas, el retiro laboral, con la consiguiente reducción de sus ingresos, y una imagen social que no lo favorece y que redonda en una menor autoestima. Asimismo, aumentan sus problemas de salud, pues es mayor su propensión a contraer enfermedades y los períodos de recuperación son más largos que los de las personas de menor edad. En este sentido, los AM son más vulnerables que el resto de la población.

Si bien es cierto que satisfacer las necesidades que impone el diario vivir es una responsabilidad personal o del **grupo familiar**, aquellos AM que no han ahorrado lo suficiente durante su vida laboral activa o no son acogidos por familiares cuyos ingresos permitan darles una calidad de vida digna, se ven enfrentados al problema de que ellos, por sí mismos o su grupo familiar, no cuentan con los recursos para cubrir sus **necesidades básicas, materiales y no materiales**, en un nivel mínimo¹.

Cuando una familia vive en estado de pobreza no está en condiciones de satisfacer adecuadamente todas las necesidades básicas de quienes la

¹ Las necesidades básicas son aquellas que se consideran imprescindibles para conservar adecuadamente las diversas potencialidades del ser humano. Se distinguen dos tipos, las materiales (educación, empleo, nutrición y salud, previsión social, vivienda y trabajo) y las no materiales (seguridad, afecto, estima, pertenencia, autorrealización, participación, libertad de acción y otras). (Torche, Aristides, "Distribuir el ingreso para satisfacer las necesidades básicas", artículo incluido en Desarrollo en Democracia, ediciones Universidad Católica, 2a. edición, 1988).

Esta situación de pobreza naturalmente invita a una **acción solidaria** por parte de la **comunidad** y del **Estado** para mitigarla, en virtud de la responsabilidad que a éstos les cabe por el bienestar del prójimo.

Es el Estado, en representación de la sociedad, quien puede en mejor forma destinar recursos para ayudar solidariamente a los que no logran por sí mismos satisfacer sus necesidades básicas. Es así como en Chile se ha definido una Estrategia Nacional de Desarrollo Social (ENDS)¹, que apunta a la erradicación de la extrema pobreza. La ENDS está dirigida principalmente a los niños, sobre la base de un enfoque económico-social que postula que la inversión en capital humano tiene una alta rentabilidad social; pero no ha habido una clara política respecto del AM pobre. Sólo ahora el Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN) está elaborando una política nacional en favor del AM. Este proyecto constituye una alternativa para beneficiar al AM, que puede ser considerada por MIDEPLAN.

Además de la acción de las familias y del Estado, en favor de los AM en estado de pobreza, la comunidad otorga su ayuda voluntaria a través de Organizaciones No Gubernamentales (ONG), que orientan su acción a cubrir necesidades básicas de AM de escasos recursos, principalmente las de índole material, sin tener una orientación de carácter integral. Es un hecho, sin embargo, que toda esta ayuda es **insuficiente** y que es significativa la proporción de AM pobres que no reciben una atención adecuada.

¹ ODEPLAN, Informe Social 1986, pág. 1.

necesidades básicas de AM de escasos recursos, principalmente las de índole material, sin tener una orientación de carácter integral. Es un hecho, sin embargo, que toda esta ayuda es **insuficiente** y que es significativa la proporción de AM pobres que no reciben una atención adecuada.

Para materializar la ayuda a los AM de escasos recursos y cubrir los costos que le significa al país entregar los bienes y servicios demandados y no pagados por ellos, el Estado debe recaudar fondos a través de impuestos, lo que constituye principalmente una **redistribución de ingresos en el caso de los AM**, y no una inversión en capital humano, como es el caso de los niños. Sin embargo, esta ayuda se traduce en un beneficio tanto para quienes la reciben como para la comunidad en su conjunto. La ayuda estatal puede ser otorgada directamente, o bien a través del *financiamiento total o parcial* de alguna ONG existente o que se pudiera crear para este efecto. Es allí donde cobra vida el proyecto CICAM, constituyéndose en una alternativa para ayudar a los AM pobres y, en forma secundaria, a las familias pobres que los acogen.

II. DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DEL ADULTO MAYOR

Lamentablemente, **no existen registros de buena calidad** que contengan información detallada y completa relativa a la situación económica, nutricional y de salud de la población AM en Chile, especialmente en lo que se refiere al sector pobre de este grupo etario. Es

así como las principales fuentes de información utilizadas en este proyecto son los pocos estudios realizados por profesionales del área médica y social, basados en encuestas a grupos de AM que no necesariamente son representativos del grupo objetivo atingente a este proyecto.

La etapa que vive el AM le acarrea una **serie de problemas**, los que no afectan por igual a todas las personas de este grupo de la sociedad, pudiendo distinguirse a este efecto entre AM hombres y mujeres, pobres y no pobres, urbanos y rurales, adaptados y no adaptados, entre otras clasificaciones.

Cada AM sigue una trayectoria de vida en que, por el solo hecho de envejecer, se ve enfrentado a una serie de hechos ineludibles que pueden constituirse en problemas y aflicciones, dependiendo de su situación económica y psicológica. Estos hechos son, por una parte, consecuencia de la vejez y, por otra, fuente de los problemas que aquejan a quienes llegan a esta etapa de la vida.

Entre los efectos que produce la vejez en las personas están (i) el **deterioro biológico**, que incluso afecta la capacidad para autocuidarse, (ii) la **menor capacidad para generar ingresos**, (iii) la **dificultad para adaptarse** a situaciones nuevas, y (iv) una **imagen social "negativa"** que se tiene de la vejez. Los problemas que se generan por ellos se refieren principalmente a (i) la disminución de su capacidad para satisfacer por sí solo sus necesidades de consumo, (ii) mayores barreras para acceder a los servicios de salud, y (iii) menores opciones para emplear su tiempo libre.

Cuando el AM vive en una condición de pobreza, los problemas y efectos de la vejez se agravan; particularmente, el de satisfacer sus necesidades básicas.

Si bien todos los efectos de la vejez están relacionados entre sí, a continuación se les presenta agrupados en: i) deterioro biológico, ii) retiro laboral y iii) imagen social de la vejez.

A. Deterioro Biológico

Las manifestaciones más visibles del deterioro biológico de los AM son los cambios en la piel, pérdida o disminución de la audición y la vista, reflejos más lentos, pérdida de dientes, deterioro de los órganos vitales, de las articulaciones y un mayor riesgo de contraer enfermedades.

Como se considera normal que un AM se enferme, suele ocurrir que se descuida la atención de enfermedades que, encontrándose en sus etapas iniciales, pueden ser o llegar a ser graves. El deterioro biológico y la falta de atención a las enfermedades, unido a accidentes, **precipita la disminución o pérdida de las capacidades funcionales** del AM, llevándolo precozmente de una condición de normalidad a una de fragilidad o invalidez¹, la que se manifiesta en una mayor dificultad para desarrollar

¹ Existe un indicador denominado Índice de Actividades Diarias, que determina la capacidad del AM para desenvolverse en sus actividades diarias y cuidados de su persona. Este indicador clasifica a la población en tres grupos:

Autovalente o Normal: AM autónomo, con capacidad funcional para el normal desarrollo de sus actividades diarias, que le permite actuar con independencia en su hogar y fuera de él.

Semivalente o Frágil: AM que requiere ayuda para afrontar ciertas incapacidades en el desarrollo de actividades, como cuidado personal, prepararse sus alimentos y salir de su hogar.

normalmente sus actividades diarias y, eventualmente, requerir de la ayuda de terceros para desenvolverse.

La declinación natural de la capacidades físicas se transforma en un problema más grave para los AM pobres, dado que ellos se encuentran de por sí más deteriorados físicamente que el resto y, además, no cuentan con los recursos económicos para pagar por las atenciones de salud preventiva y curativa que requieren.

Para los AM pobres, prácticamente la única alternativa en salud es concurrir al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), donde reciben atención gratuita. El modelo de atención aplicado a los adultos por el SNSS es común a toda la población mayor de 15 años, y por ende no distingue entre el AM y el resto de los adultos. Este modelo de atención no se ajusta exactamente a las necesidades de los AM, que presentan **patologías y sintomatologías propias** y que requieren **tratamientos distintos** del resto de las personas. Las enfermedades propias de los AM son tratadas por la especialidad de geriatría.

En Chile sólo operan dos establecimientos estatales especializados en la atención del AM: el Hospital Geriátrico, en la Región Metropolitana, y el Centro Geriátrico de Limache, en la V Región, en los cuales el acceso se produce después de salvar largas listas de espera.

Inválido: AM altamente incapacitado para el desarrollo de sus actividades diarias, particularmente para comer, vestirse y usar el servicio sanitario oportunamente. (Domínguez, Oscar, "Vejez y Envejecimiento", Cuadernos Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, U. de Chile).

A pesar de la gratuidad de los servicios para los pobres, éstos **enfrentan barreras** para acceder a la salud, entre las que se cuentan el costo de su tiempo y el costo del transporte. El AM pobre enfrenta aún mayores barreras pues, siendo que los recursos del sector salud son escasos, los cupos de atención son limitados y, como consecuencia, los AM sufren las molestias que significa, entre otras, hacer largas colas (1 ó 2 horas) a primera hora de la mañana, con el riesgo de no obtener la atención en el momento oportuno. Se exceptúa de este problema la atención de los enfermos crónicos, quienes tienen un régimen especial de atención sobre la base de citas con hora.

En otro ámbito de la salud, se puede destacar que los AM pobres no siempre pueden ser **dados de alta** después de una hospitalización para completar la **convalecencia** en su domicilio. Ello se debe a que allí no cuentan con las condiciones de cuidado necesarias para este período, sea porque viven solos o porque sus familias no tienen las facilidades ni los conocimientos necesarios para hacerlo y, en el caso de ser dados de alta en estas condiciones, existe un riesgo que el AM sufra una recaída y deba ser rehospitalizado.

B. Retiro Laboral

Existen varios factores que provocan el retiro laboral de los AM, el cual significa un **cambio de escenario** e incide **negativamente en sus ingresos**. Entre los factores están el deterioro biológico, la dificultad que tienen para adaptarse a nuevas situaciones y la imagen social que no los

favorece. Se pueden dividir entre (i) los que deciden jubilar por su propia iniciativa, (ii) los que de algún modo son obligados a jubilar y (iii) los trabajadores independientes que gradualmente pierden sus posibilidades de generar ingresos.

El deterioro biológico hace que los AM sean menos capaces que personas más jóvenes para desarrollar un trabajo, siendo ello más notorio cuando se trata de labores que requieren esfuerzo físico, más característico de los AM pobres, lo cual conduce a un precoz retiro laboral y pérdida de ingresos propios.

Los efectos del retiro laboral se presentan con mayor intensidad en los trabajadores **varones de zonas urbanas**, porque es allí donde es mayor la velocidad del cambio tecnológico y, por ende, la población AM urbana es la que tiene más problemas para prolongar su vida laboral activa, como consecuencia de su menor capacidad de adaptación.

Así, los AM se ven presionados a dejar sus puestos de trabajo a los más jóvenes y, una vez que se retiran de su actividad laboral, deben enfrentar una serie de cambios que repercuten negativamente en su posición económica y social.

1) La **disminución de sus ingresos**, pues éstos quedan supeditados principalmente a lo que ahorró voluntariamente durante su vida laboral, a una jubilación del sistema de previsión social, o bien a una pensión asistencial si no cotizó lo necesario para obtener una jubilación. El menor

ingreso se traduce en que el AM se empobrece y debe bajar su nivel de consumo, comprometiendo en algunos casos la satisfacción de sus necesidades básicas materiales y no materiales.

2) Un **negativo estado emocional y psicológico**, por cuanto el retiro se percibe como una pérdida de identidad social. El AM no conserva el poder, prestigio y reconocimiento social que le otorga el rol de trabajador, y tampoco tiene un claro rol sustituto ni una función social alternativa que desempeñar. Con el retiro, el AM se desvincula de la empresa y pierde sus relaciones sociolaborales y la amistad con sus antiguos compañeros de trabajo.

A diferencia del hombre, la mujer AM generalmente no ha tenido como elemento central de su vida el trabajo fuera del hogar; por ende, y debido a que puede continuar normalmente su labor de dueña de casa hasta tanto no se deterioren sus capacidades funcionales, no resulta tan afectada por el envejecimiento.

3) **Dispone obligadamente de mayor tiempo libre**, al cual no siempre puede darle una aplicación que le satisfaga, por lo que padece de aburrimiento.

Aún cuando no existe información confiable respecto a la situación de los AM pobres, es razonable suponer que, por sus bajas cotizaciones, la mayoría de ellos percibe sólo la Pensión Mínima (actualmente de \$20.867) proveniente del antiguo sistema de previsión social, o bien la Pensión

Asistencial (actualmente de \$8.068), por no haber realizado cotizaciones completas. Dada la magnitud de estas cifras --siendo que el salario mínimo legal es de \$26.000--, puede concluirse que los AM pobres, grupo objetivo de este proyecto, se encuentran en una situación económica bastante aflictiva, la cual **afecta la prolongación y calidad de su vida** si no reciben el apoyo de su familia o de la comunidad. Ello les induce a vivir de allegados con familiares o con otras personas, quizás también pobres, pasando a depender económicamente de ellos, situación que generalmente afecta su estado psicológico y social.

Antecedentes disponibles muestran que en Chile los AM consumen en promedio 1.400 calorías por día, cifra inferior en 500 calorías a lo recomendado por la OMS-FAO para un AM de 65 kgs. que realiza actividad liviana¹. Es razonable pensar que el déficit es mayor en el caso de los AM pobres, lo cual sugiere que no logran siquiera satisfacer esta mínima necesidad básica material. La satisfacción de las necesidades básicas no materiales, normalmente cubiertas por el grupo familiar, son también más limitadas para los AM que viven en situación de pobreza.

Existen algunas ONG (CONAPRAN, Hogar de Cristo, CARITAS y otras), cuyo objetivo es paliar la difícil situación económica de los pobres en general --o de los AM en particular-- mediante la ayuda directa a través de Comedores (alimentación), Centros Abiertos (alimentación y entretención) y

¹ Soto, Delia y otros, "Condicionantes de la Alimentación en Ancianos". Revista Chilena de Nutrición, Vol. 17, pág. 141, Nº 2, agosto 1989.

Hogares (vivienda, alimentación y entretención). La ayuda de estas instituciones es **parcial** y no alcanza para todos los AM que actualmente requieren apoyo económico.

C. Imagen Social de la Vejez

A nivel social **existe una imagen negativa de la ancianidad**, la cual afecta el normal desenvolvimiento social de los AM. De acuerdo a lo expresado por la socióloga Carmen Barros¹, algunas de las razones que explican la negativa imagen que se tiene de la vejez son (i) la velocidad del cambio tecnológico, que considera obsoletas las formas de hacer y de pensar propias de los AM, (ii) el favorecimiento de la juventud y belleza, que desvaloriza lo viejo, extendiéndose esta idea a los individuos que presenten signos externos de vejez, y (iii) la valoración de la productividad, la fortaleza física y las habilidades asociadas a la producción, cualidades que normalmente no presentan los AM. Además, argumenta que existe una errada percepción acerca de cómo tratar al AM, tendiéndose a la sobreprotección y a asignarle actividades que requieren poco esfuerzo, reforzando con ello una **conducta pasiva** que, en definitiva, conduce a una extinción de capacidades por desuso y que precipita el deterioro físico y mental del AM. Por último, plantea que al AM se le atribuyen características tales como ser **incapaces, inútiles y obsoletos**, apreciaciones que los AM terminan haciendo suyas y los conduce al aislamiento, soledad e, incluso, puede

¹ Barros Lezaeta, Carmen, "Envejecer en Chile", Diciembre 1988, publicado en Estudios Sociales Nº 60, CPU.

inducirlos a **perder el interés por la vida**. En algunos casos, esta soledad los lleva a concurrir a los servicios de salud donde realizan consultas, que más que de salud, son consultas sociales.

Como un paliativo a lo expresado, algunas ONG colaboran con la organización de Clubes de Ancianos, que aportan al AM integración social y entretención.

Lo planteado por Carmen Barros afecta a la generalidad de los AM, viéndose agravada la situación para el caso de los pobres, pues durante su vida han realizado trabajos no calificados, los que han debido abandonar por haber disminuido sus capacidades físicas. Ello hace que, por no ser capaces de desarrollar sus actividades habituales, se sientan postergados y afectados en su autoestima.

III. DEFINICION DEL PROYECTO

El diagnóstico de la situación actual del AM en Chile, lleva a concluir que existe un **significativo grupo** cuyos **escasos recursos** no les permite **por sí solos** satisfacer sus **necesidades básicas**.

El Círculo Comunitario de Adultos Mayores (CICAM) se plantea como un establecimiento pionero en otorgar atención integral a los AM pobres, que pretende cubrir necesidades **consideradas prioritarias por ellos mismos** (económicas y de salud). Así, se propone entregar servicios de

alimentación, control de salud, terapia ocupacional, guardería (para los AM frágiles), ayuda directa en especies, gestiones para conseguir empleo y asistencia a convalecientes. En forma adicional, si se cuenta con los recursos económicos, el CICAM podría también otorgar alojamiento mediante "colocación en piezas".

El CICAM está dirigido a apoyar a **AM autovalentes y frágiles de escasos recursos**, de un sector geográfico local, excluyéndose a los postrados.

El diseño de un proyecto de estas características no es único, ya que depende de la realidad de cada sector donde se implante. El que aquí se presenta tiene un dimensionamiento manejable y eficiente, pudiéndosele considerar modular. Quien lo ejecute podrá adaptarlo a las necesidades de la localidad, o bien, implantarlo parcialmente y hacerlo crecer en el tiempo conforme a los recursos con que cuente.

A. Bases Conceptuales

Interesa satisfacer la mayor cantidad de **necesidades básicas, tanto materiales como no materiales**, a AM de escasos recursos no cubiertas por ellos, parcial o totalmente, **focalizando la ayuda** a objeto de reducir las filtraciones y garantizar el eficiente empleo de los recursos. Se busca que tenga un carácter de **acción integral**, donde el conjunto de servicios se complementen y se logre que los beneficios de cada uno se **potencien** al ser recibidos en forma simultánea por el AM. También se pretende **mantener la capacidad funcional** del AM y así postergar o

fragilidad y, finalmente, mantenerlos **viviendo en familia** el mayor tiempo posible, con el objeto de no desvincularlos de su grupo de relaciones afectivas.

A diferencia de la ayuda otorgada actualmente por las ONG, el CICAM plantea un modelo de atención integral, en cuanto al tipo de servicios y su modalidad de entrega, satisfaciendo tanto necesidades básicas materiales como no materiales. Respecto a la salud, los servicios son **complementarios** a los que entrega el SNSS.

En cuanto a su administración, se propone lograr que el CICAM sea identificado como una **organización comunitaria**, respaldada, asesorada y supervisada por una institución patrocinadora (municipalidad, ONG u otra). La organización propuesta es autónoma en su gestión, con financiamiento proveniente de la institución patrocinadora, de sus usuarios y de la comunidad local. Como una forma de materializar la participación comunitaria, se propone la creación de un Consejo Asesor, integrado por los mismos AM y por miembros de la comunidad, cuya función sea asesorar a la administración del CICAM. Por otra parte, el CICAM puede actuar en favor de la comunidad, ofreciéndole ayuda en labores en que los AM tengan mayores habilidades para desarrollar.

En suma, se desea incentivar (i) a los AM a participar activamente en él, (ii) a la comunidad a ayudarlos y (iii) a las empresas y particulares del sector a contribuir en su financiamiento. Ello exige que el CICAM mantenga buenas relaciones públicas con la institución patrocinadora, la comunidad,

el consultorio del SNSS del sector, el hospital que le corresponda y con las empresas de la localidad donde opere.

B. Selección de "Socios"

Para la captación de los AM que se integrarán al CICAM, se propone que la Administración se contacte con Juntas de Vecinos, Clubes de Ancianos u otras organizaciones, para que éstas deriven a los potenciales "socios".

El proceso de selección consiste en evaluar la condición socioeconómica del AM, su salud y su capacidad funcional, a fin de determinar los servicios a los cuales tendrá acceso cada beneficiario del CICAM. Se tiene previsto que todos los AM de escasos recursos del sector tengan derecho, al menos, a recibir el **servicio de control de salud**, racionándose el resto de los servicios conforme a la evaluación que se realice en el CICAM sobre sus necesidades. Los beneficiarios de los servicios de alimentación, terapia ocupacional y guardería tendrán la categoría de **"socios" del CICAM**, la cual es **permanente**.

C. Operación del CICAM

Se propone funcionar durante todo el año, con un promedio de 21 días al mes, excluidos los feriados y fines de semana. La actividad diaria del CICAM se inicia con el desayuno; luego se realizan sesiones de terapia ocupacional, para pasar a continuación a dos turnos de almuerzo. En la tarde se efectúan nuevamente actividades de terapia ocupacional, y en forma paralela, los controles de salud, para finalizar el día con las onces.

Los servicios se entregan en **forma continua** y el AM sólo tiene la obligación de concurrir al CICAM en los horarios en que se desarrollen las actividades en que está inscrito, con el fin de **no crear una dependencia** respecto al CICAM. Una vez que terminan éstas, queda en libertad para retirarse a su domicilio o permanecer en la Sala de Estar compartiendo con sus pares.

Para lograr la potenciación por otorgar servicios complementarios, se pretende incentivar al socio a que asista a todas las actividades en que se encuentra inscrito: almuerzo, terapia ocupacional y control de salud.

IV. DESCRIPCION DE LOS SERVICIOS

Atendiendo a la trascendencia que tiene conservar la capacidad funcional del AM, mejorar su condición general de salud, cumplir con el objetivo de integralidad, no crear dependencia y despertar el deseo de vivir, el proyecto considera otorgar los servicios que se detallan a continuación.

A. Area de Alimentación

Como objetivo se plantea entregar sólo un **complemento alimentario**, que acerque el consumo calórico de los AM lo más posible a los recomendados. La alimentación presenta el beneficio inmediato que significa la comida recibida y, adicionalmente, contribuye a mejorar el estado nutricional y con ello las condiciones generales de la persona, lo que

eventualmente se traduce en una prolongación y mejor calidad de vida, junto con un ahorro futuro de recursos destinados a salud.

Se opta por otorgar sólo un complemento calórico, a través de un **almuerzo**, porque permite aumentar la cobertura, evitar filtraciones que puedan ser indeseables y, sobre todo, **incentivar la responsabilidad personal** del AM y de su familia por su alimentación.

Por otra parte, la alimentación es también un incentivo para motivar la participación del AM en las otras actividades del CICAM. En efecto, se pretende que los servicios de desayuno y de onces, incentiven la integración de otros AM a las actividades de terapia ocupacional destinadas al uso provechoso del tiempo libre.

Aquellos AM evaluados como autovalentes, según su capacidad funcional para las actividades diarias, y que presenten **condiciones deficitarias** en términos económicos y nutricionales, tendrán **prioridad** para recibir almuerzo. También se les entregará onces dependiendo del estado nutricional en que se encuentre la persona.

1. Almuerzo

Se entrega almuerzo de lunes a viernes y colaciones para consumir en su casa los días sábado y domingo, a excepción de aquellos casos en que se determine que el AM pueda alimentarse con sus propios medios o en familia los fines de semana. El objetivo es que los AM pobres alcancen a consumir al menos 1.900 calorías por día, que es la cantidad recomendada por OMS-

FAO, por lo que se propone una dieta de **800 calorías diarias** por persona. El diseño propuesto contempla 60 almuerzos diarios, en dos turnos de 30 personas, y 40 colaciones, con lo que se beneficia **un total de 60 AM** (44 autovalentes y 16 frágiles). Es así como el CICAM requiere de un comedor con capacidad para 30 personas.

2. Desayuno/Onces

Se entrega desayuno u onces a los AM autovalentes que concurren a las actividades de terapia ocupacional y a los frágiles. Se ha diseñado para otorgar 36 desayunos (20 autovalentes y 16 frágiles) tres días de la semana, y 31 desayunos (15 autovalentes y 16 frágiles) los restantes dos días, a los AM autovalentes que concurren a terapia ocupacional a primera hora de la mañana, y a todos los frágiles, atendiendo un **total de 51 AM**. El sistema de onces opera de la misma forma que el desayuno, para los que concurren a terapia ocupacional a última hora de la tarde y para todos los frágiles; pero contempla una disponibilidad adicional de 10 cupos para los AM más desnutridos, cubriendo un **total de 61 AM**. Para esta prestación se requiere un comedor con capacidad para 46 personas.

B. Area de Salud Preventiva

El proyecto considera acciones orientadas al **fomento y protección de la salud** del AM, con la finalidad de detectar problemas de salud, referirlo a quien corresponda y educarlo en su autocuidado. Dado que son acciones de tipo **preventivo**, presentan beneficios de ahorros futuros de recursos en salud.

1. Control de Salud

La finalidad de este servicio es detectar en forma **oportuna** los problemas de salud que puedan afectar al individuo, **referirlo** a quien corresponda y **educarlo** en su autocuidado para mantener y mejorar su autovalencia. Presenta beneficios de ahorro de recursos en salud, diferidos en el tiempo.

Consiste en la atención sistemática y periódica al AM pobre del sector, dos veces al año, efectuado por una enfermera en el CICAM. Comprende una anamnesis, examen físico, evaluación del estado nutricional y capacidad funcional gruesa, y educación individual en cuidados de salud.

La capacidad propuesta es de 9 controles diarios, los que alcanzan para atender alrededor de **1000 AM al año**, considerando que cada uno es objeto de dos controles. Este servicio requiere un box de atención médica y una sala de espera.

2. Educación en Salud

El objetivo que se persigue es fomentar la salud por medio del **autocuidado** del AM, lo que permite ahorros futuros en salud.

Consiste en educación grupal a los socios del CICAM, a cargo de una enfermera, donde se estimule la participación activa del AM para el aprendizaje y adopción de conductas favorables para su salud.

La capacidad prevista es de una sesión al mes, para cinco grupos de 20 personas cada uno, atendiendo un **total de 100 AM**, lo que requiere una sala con capacidad para 20 personas.

C. Area de Salud Asistencial

Los servicios agrupados en esta área pretenden **detectar** problemas de salud de los AM y **apoyarlos** en su tratamiento y rehabilitación, acciones que presentan, como beneficio, una mejor utilización de los recursos del sector salud.

1. Asistencia a Domicilio

Con este servicio se pretende **detectar** algunos problemas de salud que puedan afectar al AM y **apoyarlo** en su tratamiento, contribuyendo así a una mejor utilización de los recursos del sector salud.

Consiste en una atención dada por monitores voluntarios a socios del CICAM en el domicilio, para averiguar la causa de su ausencia a las actividades, proporcionarles asistencia y referirlos a profesionales según se requiera. Se estiman visitas para **10 AM al mes**.

2. Acciones de Coordinación

Se refiere a gestiones destinadas a **facilitar el acceso** de los socios del CICAM a los establecimientos de atención primaria del SNSS. El objetivo de estos servicios es aminorar las barreras que actualmente enfrentan los AM para acceder a la salud, permitiéndoles así recibir la atención cuando ésta se justifica.

Se contempla gestionar ante el Consultorio la reserva de dos cupos diarios para consultas de morbilidad, verificar la asistencia de los enfermos crónicos a los controles y coordinar la vacunación anual anti-influenza.

D. Area de Terapia Ocupacional

Comprende un conjunto de actividades que realiza el AM durante su tiempo libre, a cargo de un terapeuta ocupacional, para **mantener, recuperar y desarrollar** sus capacidades funcionales, sus habilidades de interacción y comunicación y su estado psicológico, con el fin de evitar una actitud pasiva y negativa que podría afectar su condición general. Junto con satisfacer una necesidad básica, estas actividades influyen en el estado anímico del AM y, por ende, en su estado general de salud. Se ofrecerán prioritariamente a los socios que reciben almuerzo, de acuerdo a sus capacidades funcionales, intereses personales y habilidades demostradas, posibilitando el acceso a otros AM cuando existan cupos disponibles.

1. Socioterapia

Consiste en sesiones durante las cuales se desarrollan **actividades sociales y recreativas**, tales como dinámica grupal, expresión corporal, dramatización, educación de grupo, gimnasia y deportes.

Se contemplan tres sesiones semanales, para cuatro grupos de 20 AM cada uno, con lo que se atendería un **total de 80 AM**. Para ello se requiere de una sala con capacidad para 20 personas en que se puedan realizar actividades con movimiento (como por ejemplo, gimnasia).

2. Ergoterapia

Consiste en sesiones en que se desarrollan **talleres de trabajo**, tales como carpintería, electricidad, costura u otros. Los participantes serán seleccionados según sus intereses y el equipamiento disponible en los talleres. Eventualmente, esta actividad les permitirá a algunos AM desarrollar habilidades que pueden utilizar para obtener ingresos propios.

Se realizarán dos sesiones semanales, para dos grupos de 15 AM cada uno, atendiendo un **total de 30 AM**. Es así como se requiere de una sala-taller con capacidad para 15 personas, equipada para realizar actividades de trabajo manual.

En los talleres de ergoterapia se elaborarán productos, algunos de los cuales pueden ser comercializados para ayudar al financiamiento del CICAM y para incorporar a algunos AM al proceso de venta.

3. Vida Diaria y Adaptación

Consiste en sesiones destinadas a proporcionar conocimientos para **enfrentar los quehaceres cotidianos**, tales como asearse, trasladarse, cocinar y otros. Está orientada a personas con déficit funcional, básicamente AM frágiles.

La capacidad será de dos sesiones semanales, para cuatro grupos de tres AM cada uno, atendiendo un **total de 12 AM**, para lo que se requiere un box de atención médica y la utilización de recintos que también forman parte de una casa habitación (cocina, baño y otros).

E. Area de Guardería y Estar

1. Guardería

Normalmente, los AM concurrirán al CICAM sólo algunas horas al día. Un caso especial lo constituyen los AM frágiles, a quienes se les entregará el servicio de guardería, los que **permanecerán todo el día** en el CICAM.

El fin de este servicio es proporcionarle **cuidados propios a su condición de frágil** y así liberar tiempo a algún miembro de la familia que actualmente lo cuide, para que lo destine a actividades alternativas más beneficiosas (trabajo). Adicionalmente, el cuidado especializado de parte de una auxiliar de enfermería, permitirá ahorrar recursos en el sector salud.

Los AM frágiles, además de participar en terapia ocupacional y hacer uso de la Sala de Estar, reciben alimentación completa (desayuno, almuerzo y onces), independientemente de su condición nutricional, pues deben permanecer en el CICAM todo el día. Se sugiere condicionar el acceso sólo a aquellos AM cuya estadía signifique permitirle a algún miembro de la familia destinar su tiempo para actividades más productivas, como es el caso de trabajadores o estudiantes que actualmente los cuidan.

El servicio sería otorgado de lunes a viernes a un **máximo de 16 AM** que presenten fragilidades leves y dificultad para autocuidarse. Como recibirán atención durante toda la jornada de operación del CICAM, se requiere un espacio amplio, dentro del Estar, donde puedan permanecer en el día.

2. Servicio de Estar

Consiste en proporcionar al AM un **recinto adecuado** y los medios para utilizar a su voluntad el tiempo libre (TV, radio, juegos, biblioteca), permitiendo la sociabilidad pura o simplemente la distracción bajo la supervisión ocasional de un terapeuta y "permanente" de una auxiliar de enfermería. El objetivo es permitir una forma alternativa del uso del tiempo libre a bajo costo. La Capacidad de la Sala de Estar se proyecta para que **unos 30 AM** la utilicen simultáneamente, incluidos los 16 frágiles.

F. Area de Servicio Social

1. Asistencia Social

Servicio prestado por una asistente social, orientado a **solucionar problemas** de los AM, tales como trámites legales y pensiones, los cuales les son difíciles de resolver por gestión personal. Además, la asistente estará encargada de obtener **donaciones** de elementos que sirvan de ayuda directa al AM, tales como ropa, lentes y otros.

2. Colocación Laboral

Consiste en **gestionar la contratación** de los AM, en empresas del sector, para desarrollar un trabajo remunerado de acuerdo a sus capacidades y condiciones. Se pretende que los AM se mantengan activos y que generen ingresos propios para cubrir sus necesidades.

G. Asistencia al Convaleciente

Con el objetivo de **disminuir** una innecesaria prolongación de la **estadía** en el hospital y ahorrar recursos de días cama, se propone otorgar

cuidados a los beneficiarios del CICAM, en el período de convalecencia posterior a una hospitalización, mediante una **colocación familiar transitoria**, tanto para los que viven solos como para aquellos en que su familia no cuente con las condiciones para el cuidado requerido. Si la familia reúne los requisitos, la enfermera la asiste y la educa para atender la convalecencia del AM en el domicilio. Se tiene previsto este servicio para **dos personas al mes**.

H. Servicio de Alojamiento (colocación en piezas)

A diferencia de los servicios antes mencionados, que se recomiendan para cualquier CICAM, se propone cubrir la necesidad básica de alojamiento mediante la **colocación en pieza** a AM que no tengan recursos económicos, ni familiares dispuestos a acogerlos en sus hogares, dependiendo de la demanda y de la disponibilidad de recursos. Este servicio pretende mantener la autonomía del AM.

V. DISEÑO DEL CICAM

En esta sección se presenta un diseño tentativo del CICAM, consecuente con los tipos y tamaños de los servicios antes descritos, teniendo presente que las necesidades específicas de cada sector donde se ubique un CICAM puede diferir de la planteada. El diseño propuesto podría interpretarse como un **caso típico**.

Con el objeto de disminuir las barreras a su acceso se propone localizarlo en un sector **urbano**, a nivel **comunal**, en un lugar **central** y de **fácil acceso**, donde exista mayor **concentración** de población AM de escasos recursos, con el propósito de focalizar la ayuda y reducir los costos de traslado al CICAM.

A. Planta de Personal

Considerando el modelo de atención propuesto, el CICAM requiere el siguiente personal:

1. Administrador (jornada completa)

Es la persona encargada de planificar, organizar, dirigir y controlar el funcionamiento del CICAM, además de seleccionar a sus "socios".

2. Asistente social (media jornada)

Su función es evaluar a los AM y buscar soluciones a los problemas socioeconómicos que afecten a los socios del CICAM.

3. Secretaria (jornada completa)

Apoya la administración del CICAM y las funciones desempeñadas por la Asistente Social.

4. Enfermera (media jornada)

Es la persona encargada de realizar el control de salud y asistir a los AM en su domicilio cuando se requiera.

5. Auxiliar de enfermería (2 personas a jornada completa)

Proporcionan atención y cuidados a los AM frágiles, apoyan las funciones realizadas por la enfermera en el servicio de control de salud y apoyan a la terapeuta en el servicio de vida diaria y adaptación.

6. Terapeuta ocupacional (jornada completa)

Su labor es planificar, organizar y desarrollar las actividades de terapia ocupacional del CICAM.

7. Nutricionista (dos horas al mes)

Cumple funciones de asesoría y supervisión para el servicio de alimentación.

8. Auxiliar de servicio (jornada completa)

Encargado de los servicios menores y estafeta.

9. Vigilante (jornada nocturna)

Brinda servicios de vigilancia nocturna durante toda la semana.

Se recomienda que, en régimen normal de operación, los cargos de Administrador y Asistente Social sean ocupados por una misma persona, de profesión Asistente Social, ya que debiera ser capaz de desarrollar ambas labores en una jornada completa una vez que el CICAM esté en plena operación.

Se considera importante destacar que, además de las labores desarrolladas por el personal del CICAM, los mismos socios colaborarán en las tareas cotidianas, de acuerdo a sus habilidades y posibilidades.

B. Diseño Físico

Considerando las capacidades de los servicios y los recursos humanos involucrados, se requiere una planta física de **unos 313 m²**, emplazada en un terreno de **unos 875 m²**, para incluir áreas de esparcimiento al aire libre, jardines y permitir futuras ampliaciones de la construcción.

La planta física debe tener una circulación clara y ordenada, sin desniveles y tener zonificadas las áreas que la componen, con el fin de que sea segura, orientadora y de fácil distribución.

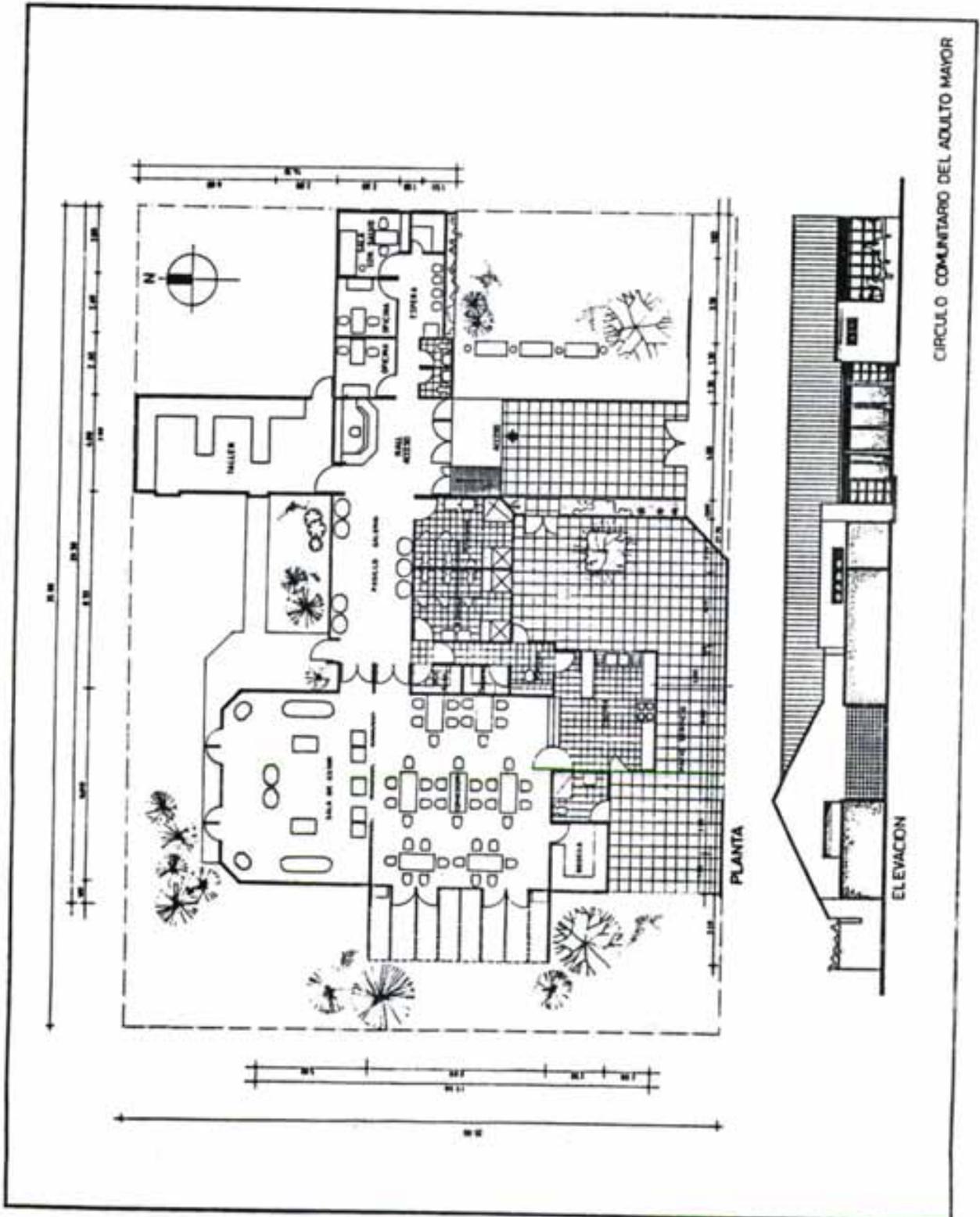
El anteproyecto del diseño arquitectónico (ver Figura N° 1) está basado en las normas de locales escolares del Ministerio de Educación y en la Ordenanza General de Construcción y Urbanismo (1987), y fue elaborado con la colaboración del Departamento de Recursos Físicos del Ministerio de Salud. El edificio considera los siguientes espacios:

1. Sala de Uso Múltiple

Recinto de **64 m²**, destinado a comedor para 46 personas, actividades de socioterapia para 20 personas, ergoterapia para 20 personas y educación en salud para 20 personas. Ocasionalmente puede ser empleada para eventos masivos, incorporando la Sala de Estar, con lo que se obtiene una capacidad conjunta para 90 personas.

Figura Nº 1

Diseño Arquitectónico del CICAM



2. Central de Alimentación

Tiene una superficie de **25 m²**; comprende cocina y bodega de alimentos, y tiene capacidad para preparar aproximadamente 80 raciones de almuerzo al día.

3. Area de Taller

Comprende un taller de **34 m²**, destinado a actividades de ergoterapia, con capacidad para 15 personas.

4. Area de Estar

Comprende la sala de estar y galería, con un total de **80 m²**, para ser ocupada en actividades sociales y de distracción para un grupo de 38 personas, incluidos los frágiles.

5. Area de Salud

Tiene una superficie de **22 m²**, donde se ubican una sala de control de salud (box de atención), sala de espera, bodega para materiales de salud y baño.

6. Area Administrativa

Totaliza **38 m²** e incluye oficina para el administrador, terapeuta, secretaría, acceso y baño.

7. Area de Servicios

Incluye servicios higiénicos diferenciados, sala de nochero, bodegas generales y áreas para el personal de servicio, totalizando **50 m²**.

Además de la planta física, el diseño considera el equipamiento requerido para otorgar cada servicio.

VI. ESTIMACION DE COSTOS DEL PROYECTO

El diseño del proyecto se ha realizado sobre la base que la **solución sea de mínimo costo, vale decir, sin ineficiencias.**

A. Costos de Inversión

Incluye la compra del terreno, la construcción de la sede, el equipamiento de la misma y la puesta en marcha.

1. Terreno

Se precio se estima en UF 1 por m², que corresponde al valor promedio de un terreno urbanizado en sectores periféricos pobres del Gran Santiago.

2. Edificio

El costo de la construcción se estima en UF 12,8 el m² (albañilería reforzada), con una vida útil económica estimada de 30 años.

3. Equipamiento

Corresponde al mobiliario y equipos necesarios para el funcionamiento del CICAM, con una vida útil estimada de 10 años.

4. Puesta en Marcha

Corresponde al gasto de operación de los tres primeros meses de funcionamiento, en los cuales se evaluarán y seleccionarán los beneficiarios y no se entregarán servicios.

B. Costos de Operación

1. Costos Generales y de Administración

Incluye aquellos costos **no asignables directamente** a los servicios que entrega el CICAM. Estos se desglosan en remuneraciones del personal de administración y de servicio, consumos básicos, mantención y reparación del edificio y equipamiento.

2. Costos Específicos de los Servicios

Son aquellos costos **asignables directamente** a cada uno de los servicios que proporciona el CICAM, correspondiendo éstos a materiales, personal directo y consumos básicos. El costo de Alimentación considera la contratación del servicio a una empresa, la que aporta las raciones y las prepara en el CICAM, el costo de la nutricionista y de los consumos básicos. Los costos de los Servicios de Salud Preventiva, Salud Asistencial, Guardería, Terapia Ocupacional, Servicio Social y Asistencia a Convalecientes, comprenden las remuneraciones del personal especializado, el costo de los materiales, de los consumos básicos y el costo de la colocación, según corresponda.

En el Cuadro Nº 1 se presentan los costos a precios privados y sociales. Los costos a precios privados fueron llevados a precios sociales conforme a los ajustes dispuestos por MIDEPLAN¹. El costo del Servicio de Estar se incluye en los costos generales y de administración.

C. Costos por Prestación

En el Cuadro Nº 2 se indican los costos unitarios por prestación. Estos corresponden a los **costos directos asociados a cada servicio**. Se puede ver que un almuerzo tiene un costo directo de \$149, y que el costo de otorgarlo mensualmente es de \$3.129 por socio (21 raciones/mes). A modo de ejemplo, el costo mensual para un AM frágil que recibe almuerzo, desayuno, onces, guardería, actividades de vida diaria y control de salud es de \$16.230; el de un AM con déficit nutricional que recibe almuerzo, desayuno u onces, colación, socioterapia, educación en salud y control de salud es de \$6.399; el de un AM que recibe Desayuno u Onces, Socioterapia, Educación en Salud y Control de Salud es de \$1.929.

¹ MIDEPLAN, Departamento de Inversiones, "Procedimientos y Formularios para Sistema de Estadísticas Básicas de Inversión, Proceso Presupuestario 1991", diciembre 1989, págs. 103-107.

Cuadro Nº 1

Costos de Inversión y Costos Anuales de Operación
(Cifras en miles de \$ de octubre 1990)

	Privado	Social
A. <u>Costos de Inversión</u>		
- Terreno	5.818	5.818
- Edificio	26.638	20.193
- Equipamiento	2.717	2.238
- Puesta en marcha	1.009	942
Total costos inversión	<u>36.182</u>	<u>29.191</u>
B. <u>Costos de Operación</u>		
- Remuneraciones	2.264	1.996
- Consumos básicos	480	407
- Mantenición y reparación	266	226
Sub-total costos generales y de administración	3.010	2.629
- Alimentación	4.702	3.987
- Salud preventiva	698	691
- Salud asistencial	145	158
- Guardería frágiles	1.250	1.226
- Servicio Social	693	687
- Terapia ocupacional	1.875	1.789
- Asistencia convalécientes	959	960
Sub-total costos específicos de los servicios	10.322	9.498
Total costos operación	<u>13.332</u>	<u>12.127</u>

Notas: Valor de la UF al 31.10.90 = \$6.649,54.
Valor del dólar al 31.10.90: 1US\$ = \$319,19.

FUENTE: Ver Capítulo 4.

Cuadro Nº 2

Costos Unitarios por Prestación
(Cifras en \$ de octubre, 1990)

	Prestaciones por socio	Costo Unitario Privado
Almuerzo	21 rac./mes	149
Colección	9 rac./mes	149
Desayuno u onces a/	21 rac./mes	97
Control de salud	2 contr./año	317
Educación de salud	1 sesión/mes	40
Guardería	1 atenc./mes	6.510
Socioterapia	12 ses./mes	56
Ergoterapia	8 ses./mes	304
Vida diaria	8 ses./mes	308
Asist. convalécientes	1 asist./mes	39.954

Fuente: Ver Capítulo 4.

a/ Para los que asisten a guardería se contemplan 21 raciones/mes, para los que asisten a socioterapia son 12 raciones/mes y para quienes asisten a ergoterapia son 8 raciones/mes.

Notas: Valor de la UF al 31.10.90 = \$6.649,54.
Valor del dólar al 31.10.90 = 1 US\$ = \$319,19.

D. Costo Social Equivalente

Con el objeto de comparar los costos sociales de inversión y operación con los beneficios sociales del proyecto, se ha calculado el **costo social**

anual equivalente, utilizando la tasa social de descuento de 12% anual, una vida útil para la construcción de 30 años y de 10 años para el equipamiento. El costo social anual equivalente **resultó ser \$15.840.000**, expresado en moneda de octubre de 1990.

En términos **privados**, el proyecto tiene un costo de operación anual de \$13.332.000, más el costo de capital de la inversión el que, llevado a anualidades con una tasa privada de descuento de 6%, resulta ser de \$2.713.000.

VII. ESTIMACION DE BENEFICIOS DEL PROYECTO

Los beneficios que genera el proyecto se han identificado en términos cualitativos y, donde ha sido posible, se los ha cuantificado. Los beneficios derivados de la operación del CICAM se pueden clasificar en (i) **beneficios inmediatos** y (ii) **beneficios diferidos**. Los primeros son aquellos que se obtienen en el momento mismo de recibir las prestaciones, mientras que los segundos se obtienen diferidos en el tiempo.

A. Beneficios Inmediatos

1. Satisfacción de Necesidades Básicas

El enfoque de las necesidades básicas considera la **disposición a pagar, por parte de la sociedad**, para que los más desvalidos cubran necesidades que la propia sociedad considera básicas. La valoración social se hace mediante una curva de demanda social, superior a la demanda

privada, de manera que el beneficio social de aumentar el consumo de aquello que es considerado una necesidad básica es mayor que el privado.

Por no contar con la información necesaria para determinar los beneficios, en este estudio se ha **supuesto que el beneficio social es igual al costo social** de entregar el servicio respectivo, lo cual seguramente subestima el excedente social del proyecto, teniendo en consideración que el costo de entregar los servicios es mínimo, o sea, que se es eficiente. Este supuesto se utilizó para los servicios de Alimentación, Salud Asistencial y Terapia Ocupacional. Respecto de la alimentación, si bien puede haber filtraciones, se supuso que toda la alimentación entregada genera un beneficio social equivalente al costo de proveer el servicio, lo cual parece razonable, dada la condición de pobreza del AM que recibe dicha alimentación.

2. Liberación de Recursos

Se produce una **liberación de tiempo** para los familiares que llevan a los AM frágiles en el servicio de Guardería, beneficio que corresponde al ingreso por trabajar menos la diferencia entre el costo por trabajar y el costo por cuidar al AM. Se supone que el costo por trabajar es igual al costo por cuidar al AM y que el beneficio de cuidarlo en el CICAM es igual al beneficio de cuidarlo en la casa, con lo cual se obtiene un **beneficio neto** igual al sueldo percibido, estimado en **\$26.000 al mes por AM** (salario mínimo).

El servicio de Asistencia al Convaleciente, desde el CICAM, proporciona una solución más económica a la liberación de camas en los hospitales, que la solución que podría adoptar el mismo hospital, la cual consiste en colocar a estos pacientes en centros de cuidados. Por este motivo, es imputable al CICAM un beneficio equivalente al **ahorro de costos para los hospitales**, cuyo costo social se ha estimado en **\$74.700 por paciente al mes**.

Adicionalmente, existe una **liberación de recursos en los consultorios**, debido a que en el CICAM se pueden filtrar las consultas inoficiosas que responden a la necesidad de los AM de ser escuchados. Se ha estimado, utilizando supuestos conservadores, que se podría evitar el 20% de las consultas de aquellos pacientes que efectúan más de 10 consultas al año.

3. Producción de Talleres

Las actividades de ergoterapia están destinadas a satisfacer una necesidad básica y, además, producen bienes que generan un beneficio adicional igual a su **valor de venta**, que se supuso igual al costo de los materiales empleados en los talleres, sin considerar el valor agregado de la mano de obra, con el fin de no sobreestimar este beneficio.

4. Colocación Laboral

El respaldo institucional del CICAM permite facilitar la colocación laboral del AM, **acortando el tiempo de búsqueda de empleo** en algunos

casos y, en otros, **haciendo posible la colocación** de AM que de otra forma no encontrarían empleo. El beneficio se ha estimado bajo el supuesto que el CICAM podría colocar un AM cada 2 meses (50% por reducción del tiempo de búsqueda y 50% por casos que no encontrarían empleo) y que ellos trabajarían por un lapso de 2 años, en promedio, percibiendo el salario mínimo.

B. Beneficios Diferidos

Los servicios de Salud Preventiva, Alimentación y Terapia Ocupacional producen beneficios debido a que (i) **prolongan y mejoran** la calidad de vida de los AM, y (ii) **ahorran costos futuros** en salud curativa. El beneficio por ahorro de costos futuros en salud debería calcularse como la diferencia entre el gasto en salud curativa que demandaría un AM que recibe la atención preventiva en comparación con otro que no la recibe. Debido a que no se tienen antecedentes al respecto, se supuso que este beneficio es, al menos, **igual al costo** de proveer el servicio de Salud Preventiva.

En el Cuadro Nº 3 se presentan los beneficios sociales anuales del proyecto.

Cuadro Nº 3

Beneficios Sociales Anuales del Proyecto
(Cifras en miles de \$ de octubre, 1990)

	Social
A. <u>Beneficios Inmediatos</u>	
- Alimentación	3.987
- Salud asistencial	158
- Terapia ocupacional	1.788
Sub-total satisfacción necesidades básicas	5.933
- Guardería frágiles	4.992
- Asistencia a convalecientes	1.793
- Ahorro consultas innecesarias	73
Sub total liberación recursos	6.858
- Producción de talleres	432
- Colocación laboral	990
Sub-total beneficios inmediatos	14.213
B. <u>Beneficios Diferidos</u>	
- Ahorros por Salud preventiva	691
Sub-total beneficios diferidos	691
Total beneficios	14.904

Nota: Valor de la UF al 31.10.90 = \$6.649,54.
Valor del dólar al 31.10.90: 1 US\$ = \$319,19.

FUENTE: Ver Capítulo 4.

VIII. BENEFICIO NETO Y FINANCIAMIENTO

A. Beneficio Neto del Proyecto

El total de **beneficios sociales** anuales mediables del proyecto se estimó en **\$14.904.000**, cifra que, comparada con el **costo social** anual equivalente de **\$15.840.000**, permite concluir que el proyecto presenta un **beneficio social neto negativo de \$936.000 anuales**.

Al respecto, es necesario señalar que **existen beneficios que no fue posible medir**, ya sea por su **carácter de intangibles** o por no contar con la información necesaria, lo que significa que se han **subestimado los beneficios** atribuibles al proyecto. En relación a los servicios de alimentación, salud asistencial y terapia ocupacional, se consideró que su beneficio es igual al costo de proveer el servicio, según el método de las necesidades básicas, pudiendo estar subvaluados. No se consideraron los beneficios por la potenciación de los beneficios de los servicios, al ser recibidos en conjunto, ni tampoco el beneficio intangible por la prolongación y mejor calidad de vida del AM.

B. Financiamiento del CICAM

Se propone para el CICAM un **financiamiento de tipo mixto**. Los recursos destinados a inversión podrán ser obtenidos a través de la postulación del proyecto a las fuentes estatales de financiamiento de proyectos sociales. El financiamiento de los costos de operación provendrá de la institución patrocinadora (Municipalidad, ONG u otra), donaciones de la

comunidad (empresas y particulares) y de la venta de productos que efectúe el CICAM. Además, se estima conveniente que los socios contribuyan al financiamiento, con lo cual se evita que el AM considere los servicios como caridad. Se propone que ellos cancelen mensualmente una determinada suma por cada servicio, de acuerdo a sus posibilidades económicas, a objeto de darles la sensación de consumidor y, con ello, el derecho a reclamar por los servicios obtenidos.

IX. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

A. Conclusiones

En Chile, **las necesidades** que presentan los AM de escasos recursos **superan con creces las soluciones** que se ofrecen en este momento, lo cual se traduce en problemas para ese sector de la población. En este sentido, prácticamente cualquier proyecto que se plantee resuelve uno o varios de dichos problemas.

Los servicios que ofrece el CICAM se han seleccionado tomando como referencia un conjunto de bases conceptuales que de algún modo garantizan que la solución escogida es **satisfactoria**, en cuanto a cubrir **necesidades básicas** de la población objetivo, sin pretender ser ni la óptima ni la única.

La solución propuesta en este estudio tiende a **resolver problemas** que a juicio de los mismos AM pobres son **prioritarios**, que son los

económicos y de salud, aprovechando los **recursos** que pueda aportar tanto **el AM, su familia y la comunidad.**

Dentro de las necesidades básicas **materiales** que se satisfacen están la nutrición, salud y, eventualmente, empleo. En cuanto a las necesidades **no materiales**, se pretende cubrir las de autoestima, pertenencia, participación, seguridad y autorrealización. Adicionalmente, se puede cubrir la necesidad básica material de vivienda (techo), dependiendo de los recursos con que se cuente.

Entre otros beneficios sociales derivados del CICAM, se destacan la liberación de recursos que produce el servicio de guardería; el ahorro de costos futuros en salud, y el prolongar y mejorar la calidad de vida del AM pobre. Las actividades de coordinación logran mejorar la atención de salud brindada por al AM el consultorio del sector .

La evaluación económica del CICAM que se presenta en este informe se puede catalogar como un estudio a **nivel de prefactibilidad**. El resultado obtenido, de la estimación de costos y beneficios sociales, muestra que el proyecto presenta un **beneficio social neto negativo**. A este respecto, se deben tener en cuenta 2 factores: (a) existen algunos **beneficios no medidos** y otros que podrían estar **subvaluados**; (b) el proyecto es **socialmente rentable en su operación**, vale decir, descontando los costos de inversión.

En definitiva, corresponderá a la autoridad tomar la decisión de ejecutar o no el proyecto, teniendo en cuenta los resultados de la

evaluación, las consideraciones adicionales y, también, la necesidad de atender a los AM, quienes han sido postergados frente a otros sectores de la población.

Aparte de los servicios definidos en este proyecto, existe una **serie de ideas** que pueden servir de complemento. Entre éstas:

1) Apoyar la **iniciativa** propia de los AM en actividades como organización de paseos, eventos culturales, charlas de interés, bingos y otros, con el objeto de que se sientan integrados.

2) Brindar en el CICAM consultas **expeditas** de salud a nivel de especialidad, entre ellas, oftalmología, odontología y otras, acercando al CICAM a los especialistas del consultorio correspondiente.

3) **Coordinar acciones** recreativas y de educación integrando a escolares del sector, con el fin de inculcarles el respeto y la responsabilidad que ellos y la comunidad tienen hacia los AM.

4) Fomentar talleres literarios, de video u otros, tendientes a **difundir las vivencias** de los AM y exponer mensajes relacionados con sus problemas, para que la comunidad los conozca y acepte.

B. Sugerencias y Recomendaciones

En primer lugar, se recomienda que se **elaboren registros y estadísticas** de información relativa a los AM, en lo que se refiere a **salud, nutrición, empleo, ingresos, etc.**, con el fin de facilitar la labor

de quienes desarrollen proyectos en este campo, a la vez que servirían para precisar mejor los beneficios de estos proyectos y hacerlos más atractivos para la autoridad.

También se sugiere **revisar la legislación vigente**, en lo que tenga relación con el AM, ya que es posible otorgarles beneficios por esta vía, mediante condiciones de excepción frente al resto de la población.

Por último, se sugiere el estudio y evaluación de otros proyectos de inversión en favor de los AM; entre ellos:

1) Establecer servicios especializados de salud para la atención del AM. Dentro de este campo, cabría la construcción de hospitales geriátricos y la incorporación de la especialidad de geriatría en los hospitales generales y consultorios.

2) Realizar una campaña permanente de educación nacional, a través de los medios de comunicación de masas, para mejorar la imagen social del AM y con ello obtener su aceptación e integración por parte de su familia y de la comunidad en general. También se podría facilitar el acceso a los AM a los medios de comunicación, con el objeto que expresen sus inquietudes.

3) Facilitar el acceso a la educación formal y a eventos culturales mediante rebaja de entradas.

CAPITULO I

DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DEL ADULTO MAYOR

I. ANTECEDENTES GENERALES

Se dice que un país "envejece" cuando el grupo constituido por sus habitantes mayores de 65 años crece a una tasa porcentualmente superior a la de la población total. El aumento progresivo de este grupo de población debe ser considerado como un hecho positivo, si se tiene en cuenta que es consecuencia del nivel de desarrollo alcanzado por el país. En el Cuadro Nº 1.1 se muestra como se ha comportado Chile en términos demográficos a partir de la década de los 40, y sus proyecciones hasta el año 2025. Dicho comportamiento lo ubica actualmente, con un 6,0% de población mayor de 65 años, en una etapa de transición hacia convertirse en un país "envejecido".¹

Las causas del envejecimiento de la población son fundamentalmente dos:

a) La **disminución de la fecundidad**, que se traduce en menos nacimientos y por lo tanto en una menor participación de los grupos de edades jóvenes en la composición de la población total.

b) La **disminución de la mortalidad**, que aumenta las expectativas de vida. En Chile, la expectativa de vida al nacer es actualmente de 72 años y para las personas que hoy tienen 60 años, es de 17 para los hombres y de 21 para las mujeres.

¹ Internacionalmente, los países se clasifican de acuerdo al porcentaje de su población mayor de 65 años en:

Jóvenes : si no supera el 3.9%.

De transición : si dicha población constituye entre el 4.0 y el 6.9%.

Envejecido : si supera el 7.0%.

Cuadro Nº 1.1

Evolución de la Población Total y Mayor de 65 años
(1940-2025)

Año	Población total	Población mayor 65 años	Total (%)
1940	5.023.539	175.858	3,5
1960	7.374.115	316.745	4,3
1970	8.884.768	446.711	5,0
1982	11.329.736	659.517	5,8
1990	13.173.347	792.913	6,0
2000	15.271.965	1.027.328	6,7
2025	19.773.694	2.194.943	11,1

FUENTE: INE-CELADE, "Proyecciones de población por sexo y grupos de edad", abril 1987.

La distribución de los AM¹ por grupos de edad indica que el 64% tiene entre 65 y 74 años, el 18% entre 75 y 80 años y el 18% tienen 80 años y más. La distribución por sexo está constituida por 43,3% de hombres y el resto de mujeres. En cuanto a su distribución geográfica, se encuentra concentrada mayoritariamente en las **áreas urbanas**, sin embargo, en las áreas rurales es mayor el porcentaje de hombres, como se desprende del Cuadro Nº 1.2.

¹ Se entiende por AM al conjunto de adultos mayores de 65 años.

Cuadro Nº 1.2

Distribución Porcentual de los AM por
sexo y ubicación geográfica

	Total %	Hombres %	Mujeres %
Urbano	83,0	34,0	49,0
Rural	17,0	9,0	8,0
Total	100,0	43,0	57,0

FUENTE INE-CELADE, "Proyecciones de población 1950-2025".

Conforme a los datos demográficos expuestos, se observa que en Chile se presenta un crecimiento sostenido de la población AM y a tasa creciente.

En cuanto a la situación socioeconómica del AM, no existe información específica ni actualizada a nivel de país, sin embargo, investigaciones realizadas en Chile indican que un 45% de las familias viven en situación de pobreza¹. Ello permite suponer que, un porcentaje similar de AM se encuentran en situación de pobreza. Se entiende por pobres a aquellas personas cuyos ingresos son inferiores al ingreso de subsistencia, siendo este último el que permite alcanzar un nivel de alimentación compatible exactamente con sus requerimientos calóricos y, además, cubrir gastos mínimos en vivienda, vestuario y recreación, de acuerdo a los consumos habituales de la familia.

¹ Torche, Aristides, Desarrollo Económico en Democracia, "Distribuir el Ingreso para Satisfacer las Necesidades Básicas", Ediciones U. Católica de Chile, 2da. edición, 1988, pág. 167.

Al encontrarse en una **situación de pobreza**, el AM o la familia a que pertenece o que lo acoge, **no alcanza a satisfacer sus necesidades básicas**. Las necesidades básicas son aquellas que se consideran imprescindibles para conservar adecuadamente las diversas potencialidades del ser humano, distinguiéndose dos tipos: las llamadas **materiales**, que corresponden a educación, empleo, nutrición y salud, previsión social, vivienda y trabajo; y las **no materiales**, que corresponden a seguridad, afecto, estima, pertenencia, autorrealización, participación, libertad de acción y otras.¹

En cuanto a la situación residencial de los AM, en el Cuadro Nº 1.3 se observa que un 91,6% de los AM viven en familia.²

Cuadro Nº 1.3

Situación Residencial del AM en Chile
(% total PAM)

	Jefe Hogar	Allegados a Familiares	Allegados a otras personas	En Instituciones	Total
Viven en familia	63,2	24,8	3,6	-	91,6
Viven solos	6,0	-	-	2,4	8,4
Total	69,2	24,8	3,6	2,4	100,0

FUENTE: Elaboración propia según datos obtenidos del Censo Poblacional, 1982, y Encuesta Nacional sobre las necesidades de la población AM, 1982.

¹ Ibid, Torche, Arístides. Pág. 2.

² "Encuesta Nacional sobre las necesidades de la población adulta mayor", 1984, OPS/Facultad de Medicina, U. de Chile, aparecido en "Vejez y envejecimiento", Cuaderno Nº 3 del Departamento de Salud Pública, División Ciencias Médicas Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, septiembre, 1988.

Atendiendo al hecho de que los AM al año 1990 ascienden a 792.913 y en base al supuesto de que un 45% de ellos se encontraría en situación de pobreza, es posible inferir que actualmente habría en el país aproximadamente 357.000 AM pobres.

Por otra parte, según la Encuesta Nacional sobre las necesidades de los AM del año 1984, los **problemas principales** que los aquejan serían los **económicos** y de **salud**, de acuerdo a sus propias declaraciones.¹

II. LA VEJEZ Y SUS MANIFESTACIONES

El envejecimiento es un proceso (o suma de procesos) **normal** que se desarrolla a lo largo de la vida; se caracteriza por ser **universal** -afecta a todos-, **irreversible** -producido un cambio este no retrocede-, **secuencial** -lo de hoy es consecuencia de ayer y será causa para el mañana-, **acumulativo** -las consecuencias se van sumando- y **progresivo** -avanza en forma previsible y regular sin sufrir detenciones. Este proceso se manifiesta en cada persona en forma diferente.

El envejecimiento comprende tres aspectos: **biológico**, **sicológico** y **social**. Estos tres aspectos interactúan entre sí durante toda la vida.

Envejecer significa, para cualquier persona, tener que enfrentarse a una serie de cambios y nuevas experiencias que condicionan no sólo la prolongación de su vida, sino también su calidad de vida.

Pese a que la vejez no distingue entre las personas, se puede esperar que las personas en situación de pobreza vean más afectado su bienestar, a consecuencia de una serie de efectos negativos atribuibles a las condiciones de vida.

¹ *Ibid*, "Encuesta Nacional sobre las necesidades.....", Pág. 3.

En la Figura Nº 1.1 se ilustra como el AM pobre se ve envuelto en un círculo vicioso donde los efectos de la vejez interactúan de tal manera que tienden a agravar las condiciones de vida del AM, reduciendo su bienestar general. Entre los principales cambios que afectan su vida interesa destacar, en forma separada, el deterioro biológico, el abandono de la fuerza laboral y la imagen social de la vejez, aún cuando estos hechos están interrelacionados entre sí.

A. Deterioro Biológico

Al avanzar la edad, se manifiestan en las personas algunos signos típicos que evidencian un cierto deterioro biológico. Las manifestaciones más visibles son los cambios en la piel, disminución de los sentidos de la audición y la vista, pérdida de los dientes, deterioro de las articulaciones, disminución de la fuerza muscular; con ello se ve afectada la agilidad y rapidez, disminución de la resistencia al esfuerzo, disminución de la estatura y el peso.

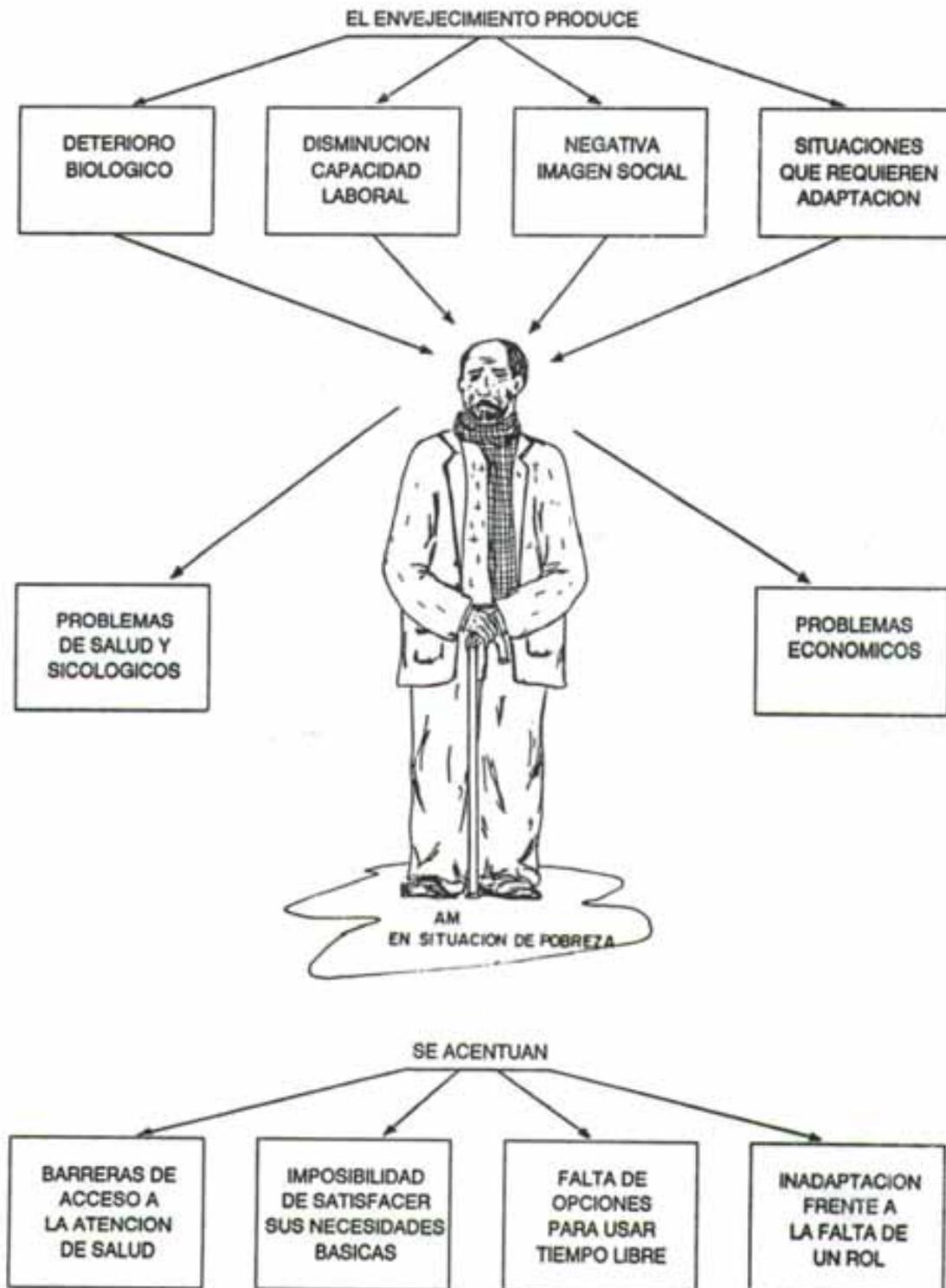
Estos cambios biológicos significan una progresiva declinación de las capacidades funcionales del AM, que se manifiestan en una mayor dificultad para desarrollar sus actividades diarias con normalidad. Esta disminución de las capacidades funcionales puede llevar, en algunos casos, a la necesidad de tener que depender de terceras personas y, en otros, a la incapacidad prácticamente total de valerse por sí mismo. Al respecto, existe un indicador denominado **Índice de Actividades Diarias**, que, como su nombre lo indica, mide la capacidad del AM para desenvolverse en diferentes áreas de la vida cotidiana, determinando o reflejando su grado de autonomía o valencia para el autocuidado de su salud y de su persona¹. Este indicador clasifica a los AM en tres grupos.

1. Autovalente o Normal

AM autónomo, con capacidad funcional suficiente para desarrollar normalmente sus actividades diarias, el cual puede actuar con independencia en su hogar y fuera de éste.

¹ Ibid, "Encuesta Nacional sobre las necesidades...", Pág. 3.

Figura Nº 1.1

Efectos del Envejecimiento en un AM Pobre

2. Semivalente o Frágil

AM que requiere ayuda para superar ciertas incapacidades en el desarrollo de actividades tales como: tareas de cuidado personal, prepararse sus alimentos y salir de su hogar.

3. Inválido

AM altamente incapacitado para el desarrollo de sus actividades diarias, particularmente para: comer sus alimentos, vestirse, peinarse y usar el servicio sanitario oportunamente, entre otros. Se incluye en esta categoría a los AM postrados o terminales.

De acuerdo a los resultados de la "Encuesta sobre necesidades de PAM"¹, el 66,7% de dicha población corresponde a la clasificación de normal o autovalente, el 30% a la categoría de frágil o semivalente y el 3,3% a postrados o terminales.

En general, los AM están expuestos a sufrir las mismas enfermedades que los jóvenes, sin embargo, ellos además están expuestos a contraer otras enfermedades que el resto de la población usualmente no padece, tales como las enfermedades crónicas, degenerativas y tumorales. Por otra parte, resulta común que se les presente más de una enfermedad en forma simultánea. A decir de los médicos, su **sintomatología es distinta y requiere tratamiento diferente** del resto de la población.

La población tiende a considerar normal que un AM se enferme, lo cual provoca un descuido en la atención de enfermedades graves que se pueden encontrar en etapas iniciales. La mayor propensión del AM a sufrir enfermedades y accidentes puede precipitar el paso a la disminución o pérdida de sus capacidades, llevándolo desde una condición de normalidad a una de fragilidad o invalidez.

La disminución de la capacidad funcional en el AM afecta a las personas cercanas, exigiéndoles mayor dedicación y apoyo. De ahí que, junto con

¹ "Vejez y envejecimiento", Cuadernos del Depto. de Salud Pública, División Ciencias Médicas Sur, Facultad de Medicina, U. de Chile, Nº 3, Sept. 1988, Pág. 14.

buscar la atención médica adecuada a las patologías que se pueden asociar al deterioro biológico, como la artritis por ejemplo, surge la necesidad de prevenir y controlar la evolución de las fragilidades, y en lo posible postergarlas, evitando así la pérdida precoz de las capacidades funcionales. Estas manifestaciones, propias de la vejez, conducen a que la salud sea uno de los principales problemas que enfrenta el AM. Para su solución, deben acudir a centros médicos, clínicas, consultorios y hospitales, según sea su situación económica o previsional.

Otro aspecto importante a considerar es el estado nutricional del AM, por cuanto este influye en la salud y en la capacidad funcional de los individuos. En Chile la información que existe corresponde a un estudio realizado en AM de situación socio-económica media o baja, que viven en hogares de Ancianos en la Región Metropolitana. El estudio indica que un 57.6% de los AM presentan mal nutrición por déficit y exceso. El déficit corresponde a un 27.6%, siendo levemente superior en los hombres, y un 30.1% presentan sobrepeso y obesidad, siendo más acentuada esta alteración en las mujeres.

En cuanto a la ingesta alimentaria traducida en calorías, los antecedentes disponibles para Chile indican que los AM consumen en sus domicilios en promedio 1.400 calorías por día¹, cifra inferior en 500 calorías a la recomendada por la OMS-FAO.

El AM en situación de pobreza sólo puede buscar solución a sus problemas de salud en los establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), donde se le proporciona atención gratuita. A pesar de la gratuidad de los servicios, el AM debe enfrentar **barreras geográficas, económicas y psicológicas** que dificultan su acceso a los servicios que prestan dichos establecimientos.

La atención de salud proporcionada por el SNSS no contempla programas específicos para el AM. Esta sigue normalmente un modelo general para la población adulta, que el Ministerio de Salud ha normado, para la atención de personas mayores de 15 años.

¹Delia Soto y otros, "Condicionantes de la Alimentación en Senescentes" Revista Chilena de Nutrición, Vol. Nº 17, Nº 2 Agosto 1989, pág. 147.

En el caso de la atención primaria, debe acudir junto al resto de la población a solicitar cupos de atención, debiendo realizar largas filas, a tempranas horas de la mañana, con la posibilidad de no alcanzar a recibir la atención requerida en el momento oportuno. Esta situación es diferente para aquellos AM que presentan alguna enfermedad crónica, puesto que existe un programa de control con atenciones programadas.

Cuando el AM enfrenta problemas de salud de mayor complejidad, debe acudir a los hospitales generales, donde **no existe la especialidad de geriatría**, que es la que se dedica específicamente a atender los problemas de salud del AM. En Chile, sólo existen dos establecimientos que están orientados a prestar este tipo de atención, que son el Hospital Geriátrico en la Región Metropolitana y el Centro Geriátrico de Limache en la V Región, cuya cobertura es muy limitada y en la práctica restringida a dichas regiones.

Cabe destacar que otras barreras de acceso importantes a los servicios de salud son las que se refieren al costo de transporte y, para aquellos que trabajan, el costo del tiempo.

Adicionalmente, un problema que se presenta en el caso del AM en situación de pobreza, es que al término de un período de hospitalización **no siempre puede ser dado de alta** cuando técnicamente corresponde. Ello se debe a que algunos AM viven solos y no pueden solventar los gastos de una atención domiciliaria. En el caso de los que viven en familia, normalmente los hogares no poseen las condiciones necesarias ni se tienen los conocimientos adecuados para proporcionarle la atención pertinente.

En cuanto a su acceso a instituciones que ayudan o protegen al AM, quien enfrenta mayores dificultades es el AM postrado o terminal, puesto que la gran mayoría de estas instituciones sólo reciben AM autovalentes, por ser la atención de menor costo que para los AM postrados. Por lo tanto, aquellos que se postran y la familia no cuenta con los recursos necesarios para atenderlos, les es difícil obtener cabida en los establecimientos que atienden a postrados por la escasez de cupos debido a que a las instituciones les significa disponer de mayores recursos, de los cuales dichas instituciones no siempre cuentan.

B. Retiro de la Fuerza Laboral

Existen varios factores que provocan el retiro laboral de los AM, el cual **incide negativamente en sus ingresos**: el deterioro biológico, la dificultad que tienen para adaptarse a nuevas situaciones y la imagen social que no los favorece.

Pese a que el retiro laboral se plantea como un derecho del trabajador y no una obligación, normalmente se percibe una presión sobre las personas de mayor edad para que dejen sus puestos de trabajo a los más jóvenes. Ello naturalmente provoca frustración en los AM, por la dificultad de prolongar su vida laboral activa y con ello conservar el poder, prestigio y reconocimiento social que otorga el rol de trabajador.

El deterioro biológico hace que los AM sean menos capaces que los más jóvenes para desarrollar un trabajo, siendo notorio cuando se trata de actividades donde se requiere esfuerzo físico.

Se puede distinguir entre los trabajadores por cuenta propia, quienes por lo general han desarrollado trabajos no calificados, desempeñándose como obreros o trabajadores independientes y que, al disminuir su capacidad productiva, consecuencia de la vejez, se les dificulta la prolongación de su vida laboral y con ello se pierde su principal fuente de ingresos; y los trabajadores dependientes, para quienes la posibilidad de mantener su trabajo se ve afectada por la capacidad de adaptación y las características de una sociedad industrializada.

Los efectos del retiro laboral se presentan con mayor intensidad en las zonas urbanas. Es allí donde fundamentalmente radica la sociedad industrial y por tanto, la población AM urbana es la mayormente afectada en las posibilidades de prolongar su vida laboral como consecuencia de la menor capacidad de adaptación del AM. En el sector rural, en cambio, la experiencia de los AM es una característica útil para el trabajo agrícola tradicional, lo que permite que los AM continúen trabajando hasta edad avanzada.

Una vez que el AM se retira de su actividad laboral, **debe enfrentar una serie de cambios**, es decir cambia el escenario donde debe

desenvolverse, lo que repercute en su posición económica y social. Los cambios más importantes son:

1. **Disminución de los ingresos.** El ingreso a percibir en su condición de pasivo queda supeditado a lo que ahorró voluntariamente durante su vida laboral o a la jubilación o pensión que le otorga el sistema de previsión social y que representa sólo una porción de la remuneración percibida en la etapa activa, o bien, si no cotizó, a una pensión asistencial. En términos económicos, ésto se traduce en que el AM disminuye su nivel de ingresos propios.

Si bien no existe información específica acerca de la situación económica de los AM, los datos disponibles correspondientes a encuestas muestran que, en general, la situación de ingresos que experimentan los AM es bastante aflictiva. La encuesta sobre necesidades de la PAM¹ ha arrojado los siguientes resultados en cuanto al monto de los ingresos.

- No tienen ingresos o reciben montos equivalentes a una pensión asistencial	23,4%
- Tienen ingresos equivalentes al rango P. Asist. y jubilados obreros	41,0%
- Disponen de mayores ingresos	29,4%
- No responde o no sabe	6,2%

Por otra parte, de la misma encuesta se desprende que la principal fuente de ingresos de los AM proviene del sistema previsional. Para el 71% de ellos, **la jubilación o pensión constituye la más importante fuente de ingresos** con que cuentan para vivir. Otra fuente de ingresos, pero de menor significación en su cobertura (19,6% de los AM) es por concepto de remuneraciones, negocios propios, intereses y rentas. La ayuda en dinero por parte de los familiares, principalmente hijos, la recibe alrededor del 20% de los AM, siendo más notable esta fuente de ingresos en la población femenina.

¹ Encuesta Nacional sobre las necesidades de la población adulta mayor, Op. cit. Pág. 3.

Es interesante destacar que para un importante segmento de AM, su situación económica se encuentra determinada por el monto de la jubilación o pensión percibida, y que en el 52,8% de los casos corresponde a una pensión asistencial de \$8.067 o una pensión mínima de \$20.867, grupo considerado objetivo en el proyecto a desarrollar.

2. El retiro laboral influye negativamente en su **estado emocional y psicológico**. En una sociedad donde el trabajo constituye un medio para ganarse el respeto de las demás personas, el retiro laboral, más que un derecho, es percibido por el AM como una pérdida de identidad social, por cuanto pierde valoración social y no tiene un rol que sustituya al de trabajador o una función social alternativa que desempeñar.

Por otra parte, el retiro laboral conduce al AM a perder sus relaciones sociolaborales, limitando la posibilidad de un contacto permanente con individuos afines y de mantener amistad con sus antiguos compañeros de trabajo.

El impacto que causa el retiro laboral afecta más intensamente a los hombres, pues difícilmente éstos encuentran una alternativa que le dé similar satisfacción a la que les proporcionaba su anterior ocupación laboral. A diferencia del hombre, la mujer normalmente no ha tenido como elemento central de su vida el trabajo fuera del hogar, y puede entonces continuar en su rol de dueña de casa y labores domésticas, hasta que sus capacidades funcionales se lo permiten.

3. El retiro laboral le significa **disponer obligadamente de mayor tiempo libre**, al cual no siempre pueden darle aplicación que les satisfaga, transformándose en un problema. Además, la sociedad no le ha asignado un rol sustituto al de trabajador, permaneciendo en el hogar donde cada día siente que declina su capacidad para desempeñarse como padre, compañero o proveedor que satisfaga las necesidades del hogar.

En cuanto al AM pobre, se puede decir que las situaciones antes descritas actúan en conjunto y se ven acentuadas principalmente por el problema económico que les significa dejar su actividad laboral.

Al empobrecer, el AM ve comprometida la satisfacción de sus necesidades básicas, tanto materiales como no materiales, pues de la disponibilidad de ingresos depende la posibilidad de alimentarse adecuadamente, pagar por los servicios de ayuda y cuidados, recreación y otros elementos que inciden en una buena calidad de vida.

Finalmente, cabe destacar que los AM más pobres llegan en condiciones precarias a la vejez, debido a que en su etapa de actividad laboral han sufrido un mayor desgaste físico, no se han alimentado adecuadamente y cuando se han enfermado no han recibido los cuidados o tratamientos requeridos.

C. Imagen Social de la Vejez

De acuerdo a lo expresado por la socióloga Carmen Barros¹, algunas razones que explican la negativa imagen que se tiene de la vejez están vinculadas a ciertos elementos del natural funcionamiento de la sociedad contemporánea occidental, que se puede resumir en:

1. **Velocidad del cambio tecnológico.** El rápido avance de la tecnología transforma en prescindibles las formas de hacer y de pensar propias de las experiencias y conocimientos del AM, en virtud de su escasa o nula utilidad. En otras palabras, sus opiniones se consideran obsoletas y pueden despreciarse.

2. **La idea central de la modernidad,** que favorece la juventud y la belleza, hace que se desvalorice lo viejo, extendiéndose esta idea a los individuos que presenten signos externos de vejez, independiente de la real vigencia de sus capacidades.

3. **La industrialización** valora por sobre todo la productividad y con ella la fortaleza física y las habilidades asociadas a la producción, cualidades que normalmente no poseen los AM.

A los factores planteados anteriormente y que explican la negativa imagen de la vejez, debe agregarse el generalizado desconocimiento de la

¹ Barros L., Carmen, "Envejecer en Chile", Estudios sociales, N° C.P.U., Dic. 1988.

sociedad con respecto a las potencialidades físicas, intelectuales y afectivas del AM. Existe también una errada percepción acerca de como tratarlo, tendiéndose a la sobreprotección y a asignarle actividades que requieren poco esfuerzo, reduciendo con ello sus posibilidades de sentirse útil. Con ésto se tiende a reforzar una conducta pasiva que en definitiva conduce a una extinción de capacidades por desuso y por tanto precipita el deterioro físico y síquico.

La negativa concepción social acerca de la vejez, que atribuye al AM características tales como ser incapaces, inútiles y obsoletos, trae como consecuencia una pérdida del status o prestigio en la posición social. Esta apreciación, que los AM terminan haciendo suya, los **conduce al aislamiento y soledad**, e incluso puede inducirlos a perder el interés por la vida.

Esta situación se agrava en el caso de los AM pobres, por la escasez de recursos y por no poder prolongar su vida laboral, debido al deterioro biológico.

Una de las manifestaciones de la soledad y del ocio en que se desenvuelve el AM, es que acude a buscar ayuda en los establecimientos de salud, aún cuando sus problemas son de índole más bien social. En otras palabras, se disfrazan consultas de orden social como consultas médicas, produciéndose así el uso inadecuado del recurso de salud. Como se observa en el Cuadro Nº 1.4, el 7,2% de los AM consulta más de 10 veces en el año, concentrando este grupo el 47,7% de las consultas médicas, lo que induce a pensar que un porcentaje de estas consultas son innecesarias desde el punto de vista clínico.

La convivencia del AM con la familia y la mantención de lazos estrechos con sus familiares le proporcionan seguridad y confianza para hacer frente a las dificultades que produce la vejez. En este sentido, la familia juega un rol fundamental como fuente de compañía, de ayuda, cuidados y apoyo emocional en virtud del afecto y comprensión que puede brindar al AM.

Cuadro Nº 1.4

Distribución Porcentual de los PAM y Consultas Médicas
según frecuencia de Consultas

Número Frecuencia Consultas	% de los AM	Consultas Médicas (%)
Ninguna	42.5	-
1 - 5	25.1	24.9
6 - 10	8.4	27.4
11 y más	7.2	47.7
Otros	16.8	-
	100.0	100.0

FUENTE: Elaboración propia.

III. RED DE AYUDA

Para los fines de este Proyecto, se define como Red de Ayuda para el AM, al conjunto de entidades constituido por la familia, el Estado y la comunidad a través de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), que prestan servicios al AM.

Al respecto, las características más destacables de cada entidad antes nombrada son:

1. **La familia** es considerada como parte integrante de la Red de Ayuda, dado a que es la unidad básica de la sociedad y que el 91% de los AM viven en familia. Constituye la principal fuente para satisfacer las

necesidades no materiales, tales como el afecto, la seguridad y el sentido de pertenencia.

2. El Estado participa en la ayuda al AM porque le cabe un rol de protección a los ciudadanos. Actúa a través del Instituto de Normalización Previsional, mediante la entrega de pensiones asistenciales y otorga atención de salud en los establecimientos del SNSS tales como Hospitales, Consultorios, y Postas de Salud Rural, según las normas y programas del Ministerio de Salud. Pese a que la atención de salud no está orientada específicamente a este grupo etáreo, frente a problemas de salud es al SNSS donde acuden principalmente los AM de escasos recursos.

3. También forman parte de la Red de Ayuda algunas ONG, que tienen como finalidad prestar ayuda voluntaria y protección a los AM de escasos recursos y en situación de abandono mediante la realización y promoción de acciones tendientes a cubrir necesidades básicas de estas personas. Es así como existen comedores, donde se cubre la necesidad de alimentación; centros abiertos, donde se entrega alimentación y esparcimiento; clubes, orientados a la distracción; y hogares de ancianos, en que se cubre todas las necesidades antes mencionadas y se agrega el alojamiento.

Entre estas ONG se encuentran CONAPRAN, Hogar de Cristo, Caritas Chile, Cruz Roja de Chile, Congregaciones religiosas, algunas parroquias y el Ejército de Salvación, de cuyas acciones en favor del anciano se da cuenta en el Cuadro Nº 1.5.

En la formulación de este Proyecto se consideran como referentes los actuales establecimientos y las prestaciones que las ONG proporcionan al AM.

De acuerdo a lo observado en terreno, las ONG privilegian básicamente la cobertura de los servicios que otorgan frente a la integralidad, es decir, cubren necesidades básicas en forma parcial, dándole prioridad a las de orden material necesarias para vivir, tales como alimentación y alojamiento.

Cuadro Nº 1.5

Servicios que proporcionan los Establecimientos
de la Red de Ayuda de las ONG

Establecimiento	Servicio típico	Nº Establecimientos	Nº Beneficiados
Club de Ancianos	Recreación (una vez por semana)	1.832	60.915
Centro Abierto	Alimentación y recreación (lunes a viernes)	22	761
Hogar de Ancianos	Alojamiento, alimentación y recreación (todos los días)	128	4.633
Colocación en familia	Alojamiento y alimentación (todos los días)	12	60
Comedores	Almuerzo (lunes a viernes)	29	829

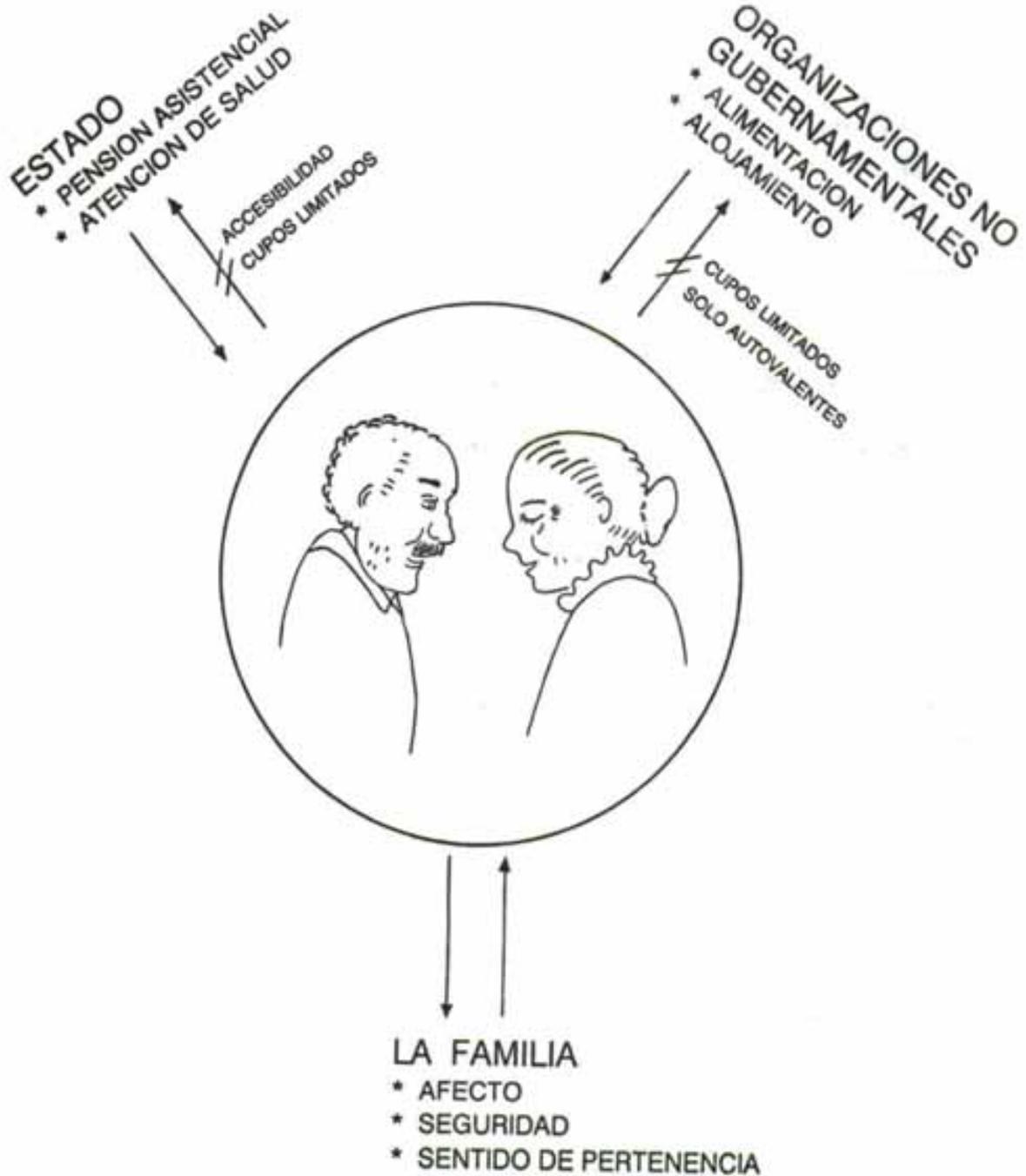
FUENTE: Elaboración propia, basada en información proporcionada por la Asociación Nacional de Instituciones Privadas al Servicio del Anciano (ANIPSA), Cruz Roja, Revista CONAPRAN 1989.

Por otra parte, no hay tendencia a una acción integral y que a la vez integre activamente al AM a la comunidad.

El AM que presenta alguna necesidad concurre a solicitar ayuda, según cual sea ésta y facilidad de acceso, a las instituciones que la brindan. Es así como el principal punto de apoyo es la familia (hijos, familiares) o amigos donde cubre sus necesidades básicas; al no contar con jubilación recurre al Estado solicitando pensión asistencial, frente a problemas de salud concurre a los establecimientos del SNSS y solicita ayuda a las ONG cuando está solo y no puede valerse por sí mismo en la satisfacción de sus necesidades. En la Figura Nº 1.2 se observa la interacción entre la red de ayuda y el AM.

Figura Nº 1.2

Interacción entre el AM y la Red de Ayuda



Pese a la magnitud de la labor que despliegan las ONG en favor del AM y aunque no se cuenta con información específica respecto de las necesidades de los AM de escasos recursos, es posible observar que la **cobertura de servicios es inferior a la necesaria**.

IV. RECOMENDACIONES DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

La Organización Mundial de la Salud, reunida en Viena en 1982 en la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, ha establecido 62 recomendaciones que deben ser consideradas por las naciones en la formulación y aplicación de políticas y en el desarrollo de acciones dirigidas al AM.

Dentro de estas recomendaciones, cabe destacar algunas de ellas, que fueron consideradas en la fundamentación de este proyecto.

1) El enfoque de atención a los AM debe abarcar la **totalidad de su bienestar**, teniendo en cuenta la interdependencia de los factores físicos, mentales, sociales y ambientales. (Recomendación Nº 2).

2) Se reconoce a la **familia como unidad básica** de la sociedad y se promueve que el AM esté rodeado de ella, por ser el medio más próximo que le permite la satisfacción de gran parte de sus necesidades. Por tanto, se deberán desarrollar esfuerzos para apoyarla. (Recomendaciones Nº 4, 25 y 29).

3) Debe procurarse el **fomento de la salud**, previniendo enfermedades y manteniendo la capacidad funcional de los AM, de forma de preservar su autonomía e independencia. (Recomendaciones Nº 1, 3 y 11).

4) Se debe educar a los AM en el **cuidado de sí mismos** (Recomendación Nº 7).

5) Una **nutrición** adecuada, apropiada y suficiente es esencial para el bienestar de los AM (la nutrición se ve afectada por la pobreza y los malos hábitos alimentarios), por lo que se propone debe educarse para la

adquisición de hábitos nutricionales y alimentarios correctos. (Recomendación Nº 12).

6) Deben intensificarse los esfuerzos para **desarrollar la asistencia a domicilio**, a fin de prestar servicios de salud y social en grado necesario para que los AM puedan permanecer en sus propias comunidades y vivir en la forma más independiente posible, el mayor tiempo posible, complementado por atención institucional. (Recomendación Nº 13).

7) La salud de los AM está condicionada, básicamente por la salud anterior, por lo tanto revisten importancia los cuidados de salud durante su vida, nutrición, ejercicios físicos, evitar hábitos dañinos para la salud, factores ambientales y factores del estilo de vida que se traducen en consecuencias funcionales negativas. Por lo que son de mucha importancia las acciones que se refieren a las posibilidades de **prevenir o al menos aplazar las enfermedades** (Recomendación Nº 14).

8) Poner al alcance de los AM, fármacos, audífonos, prótesis dentales, anteojos y otras prótesis para que puedan continuar una vida activa e independiente. (Recomendación Nº 18).

9) Garantizar a todos los AM, un **nivel mínimo de recursos** y asegurar que éste permita satisfacer las necesidades esenciales de las personas de edad y garantizar su independencia. (Recomendación Nº 36).

10) Deberán tomarse las medidas encaminadas a ayudar a los AM a **encontrar o reencontrar un empleo** o un trabajo independiente, facilitando su capacitación y actualización de conocimientos. (Recomendación Nº 39).

CAPITULO 2

DEFINICION DEL PROYECTO

I. DEFINICION

A. Bases Conceptuales del Proyecto

De acuerdo al diagnóstico de la situación actual del AM en Chile, se concluye que existe un significativo grupo de ellos, cuyos escasos recursos no les permite, **por sí solos o con la ayuda de sus familias, satisfacer sus necesidades básicas.**

Se considera este proyecto como pionero en brindar soluciones integrales a los AM de escasos recursos en Chile, ya que hasta el momento han sido las ONG quienes se han preocupado de este grupo humano en el aspecto social. En este sentido, cualquier proyecto que se lleve a cabo permitirá ayudar a los AM de escasos recursos a satisfacer algunas de sus necesidades básicas.

Para el diseño del proyecto CICAM se han considerado las siguientes **bases conceptuales**, acogiendo las recomendaciones de la OMS, dadas en la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de Viena en el año 1982:

1) Satisfacer la mayor cantidad de **necesidades básicas materiales y no materiales** a los AM de escasos recursos no cubiertas por ellos, parcial o totalmente.

2) **Focalizar la ayuda**, a objeto de asegurar que el AM reciba el beneficio, reduciendo las filtraciones que se puedan producir al interior de su familia, o bien al destinar su ingreso a satisfacer otras necesidades, garantizando así un eficiente empleo de los recursos.

3) Dar un carácter de **acción integral**, teniendo en cuenta la interdependencia de los factores físicos, sociales y ambientales que intervienen en la consecución del bienestar completo del ser humano, donde

los servicios entregados en el CICAM se **complementen** y se logre que los beneficios de cada uno se **potencien** al ser recibidos en forma conjunta por el AM.

4) Mantener la **capacidad funcional** del AM y así postergar, o en algunos casos evitar, su paso a la fragilidad mediante una estrategia de acciones de carácter preventivo.

5) Mantenerlos **en familia** el mayor tiempo posible, con el objeto de no desvincularlos de su grupo de relaciones afectivas.

6) Solucionar los **problemas** que a juicio de los mismos ancianos son considerados como **prioritarios**, es decir, los económicos y de salud.

7) Reducir las **barreras de acceso** a los servicios que ofrece el Estado a los AM.

8) Buscar la solución integral cuyo **costo sea mínimo**.

B. El Círculo Comunitario de Adultos Mayores (CICAM)

El CICAM es un establecimiento diseñado para **prestar servicios a AM en situación de pobreza**, solucionando problemas económicos y de salud. Los servicios que proporciona son los de alimentación, atenciones de salud, terapia ocupacional, guardería para los frágiles, asistencia social, ayuda en especies y gestiones para conseguir trabajo. Asimismo, se puede prestar el servicio de asistencia al convaleciente, que presenta ventajas al incorporarlo desde el CICAM. Eventualmente, si se cuenta con los recursos necesarios, se podría proporcionar el servicio de alojamiento.

El CICAM, como modelo de **atención integral**, difiere de los establecimientos actuales de la red de ayuda conformada por los Organismos Estatales y Privados, en cuanto al **tipo de servicios** ofrecidos a los AM, así como en la **modalidad de entrega** de éstos. El CICAM se ha diseñado para satisfacer necesidades básicas, tanto materiales, como lo hacen las ONG, como no materiales, en forma conjunta, considerando la entrega de los servicios ofrecidos al mínimo costo posible.

Por una parte, el CICAM entrega atenciones de salud preventiva, las cuales pueden considerarse como complementarias a la salud curativa que se brinda en los servicios de salud estatales. Por otra parte, el CICAM es sustituto en relación a los servicios de alimentación y recreación ofrecidos por comedores, centros abiertos y clubes de ancianos.

Cabe destacar que este establecimiento privilegia el concepto de integralidad, a través de la entrega sistemática y periódica de los servicios.

El diseño de un proyecto de estas características no es único, ya que **depende de la realidad del sector geográfico en que se implante**, en cuanto a sus necesidades y recursos disponibles. El que aquí se presenta tiene un dimensionamiento manejable y eficiente en términos administrativos, concibiéndose como modular. Quien lo ejecute podrá adaptarlo a las necesidades del sector, o bien implantarlo parcialmente y hacerlo crecer progresivamente en el tiempo, según la demanda existente y los recursos con que se cuente.

La estrategia a adoptar en la prestación de los servicios debe respetar los deseos e intereses de los AM, ofreciéndoles una gama de servicios cuyo acceso esté restringido sólo por la condición de pobreza y la disponibilidad de cupos.

En cuanto a su administración, se propone lograr que el CICAM sea identificado como una **organización comunitaria**, respaldada, asesorada y supervisada por una **institución patrocinadora** (Municipalidad, ONG u otra). La organización propuesta se plantea como **autónoma en su gestión**, con **financiamiento de la institución patrocinadora**, que capta y canaliza recursos desde la comunidad local, así como de los usuarios para ir en ayuda de los AM del sector geográfico de cobertura

Esta forma de actuar tiene por objeto:

a) Incentivar a los **AM a participar** activamente, organizándose y teniendo sus representantes ante la administración del CICAM.

b) Incentivar a la **comunidad a ayudar** a los AM.

c) Incentivar a las empresas del sector a contribuir en el **financiamiento** de la operación del CICAM.

Para cumplir con este objetivo planteado, el CICAM debe mantener buenas relaciones públicas con la institución patrocinadora, la comunidad, el consultorio del SNSS del sector, el hospital que corresponda y con las empresas de la localidad donde opere.

Cabe destacar la importancia de la participación de los AM en la administración del CICAM. Por una parte, se ha proyectado un **Consejo Asesor** integrado por representantes de la comunidad, en que los AM tienen especial importancia, ya que asesoran la administración del CICAM organizados con sus representantes. También, se plantea la colaboración directa en las tareas a desempeñar en el establecimiento, tales como ayudar a atender a los AM que requieran mayor dedicación, realizar algunos trámites y labores cotidianas, entre otros.

C. Grupo Objetivo

Del análisis de la situación actual del AM en Chile, se han tomado los siguientes antecedentes que sirven de base para definir el grupo objetivo del presente proyecto.

Existe un significativo grupo de la población AM en estado de pobreza, que, de no ser objeto de una acción social focalizada, están expuestos a los siguientes problemas:

- a) Insatisfacción de necesidades básicas, tanto materiales como no materiales (alimentación, salud, autoestima, autorrealización y otras).
- b) Alto riesgo de pérdida precoz de sus capacidades funcionales para la vida diaria (asearse, vestirse, salir de su domicilio), las que son factibles de prevenir, postergar y en algunos casos evitar.

En virtud de lo anterior, el grupo objetivo del presente proyecto está constituido por **AM autovalentes y frágiles leves, de escasos recursos**, de un sector local urbano.

D. Selección de los Socios

En la búsqueda y captación de AM para el CICAM, se propone que la institución patrocinadora se contacte con las organizaciones existentes en la comuna, tales como Juntas de Vecinos, Clubes de Ancianos u otras, a fin de obtener su cooperación en la identificación y derivación de los potenciales **socios**.

El diseño contempla una determinada capacidad de cupos por cada servicio ofrecido. Con el propósito de **focalizar la entrega** de dichos cupos a los AM que presenten mayor necesidad o urgencia, se recomienda efectuar un proceso de selección. Este proceso se llevará a cabo durante el período de la puesta en marcha y consiste en evaluar la condición **socio-económica, de salud y capacidad funcional**, a fin de determinar los servicios a los cuales tendrá acceso cada AM beneficiario del CICAM. Estos serán otorgados como un paquete de servicios, con el objeto de obtener integralidad y potenciación de los mismos. De esta forma, se consigue focalizar la ayuda en aquellos AM que presenten mayor necesidad o urgencia de cada uno de los servicios a ofrecer.

La primera entrevista de la selección será con la Asistente Social, donde se determinará la condición socio-económica del AM, que con clasificar como pobre tiene derecho a recibir el primer control de salud. Se tiene previsto que **todos los AM de escasos recursos del sector** tengan derecho a recibir al menos el **control de salud**, racionándose el resto de los servicios según la evaluación sobre sus necesidades.

En una segunda oportunidad, el AM es **evaluado en términos de su estado nutricional y de salud en general**, mediante el Control de Salud. Junto con ésto, se evalúa su capacidad funcional para la vida diaria, utilizando el Índice de Actividad Diaria, de acuerdo al cual será clasificado como autovalente, frágil o postrado.

Aquellos AM evaluados como autovalentes y que presenten condiciones deficitarias en términos económicos y nutricionales, tendrán **prioridad para recibir almuerzo**. Entregarles, además, onces será opcional y dependerá del estado nutricional en que se encuentre el AM.

Es condición necesaria para recibir el almuerzo que el AM **participe al menos en una actividad de Terapia Ocupacional**, la que es elegida por el beneficiario de acuerdo a sus habilidades e intereses, además de la orientación dada por el personal especializado del CICAM.

Se posibilita el acceso a otros AM a las actividades de Terapia Ocupacional según sus capacidades funcionales e intereses personales, en la medida que existan cupos disponibles.

Un caso especial lo constituyen **los AM frágiles**, a quienes, además del control de salud, se les entregará el servicio de guardería. Ellos participan en terapia ocupacional, hacen uso de la sala de estar y reciben alimentación completa (desayuno, almuerzo y onces), independientemente de su condición nutricional, pues **permanecen en el CICAM todo el día**.

Se sugiere condicionar el acceso solo a AM frágiles que permitan a algún miembro de su familia **liberar el tiempo que destinan a cuidarlos**, para destinarlo a actividades más productivas (Ej.: trabajadores o estudiantes).

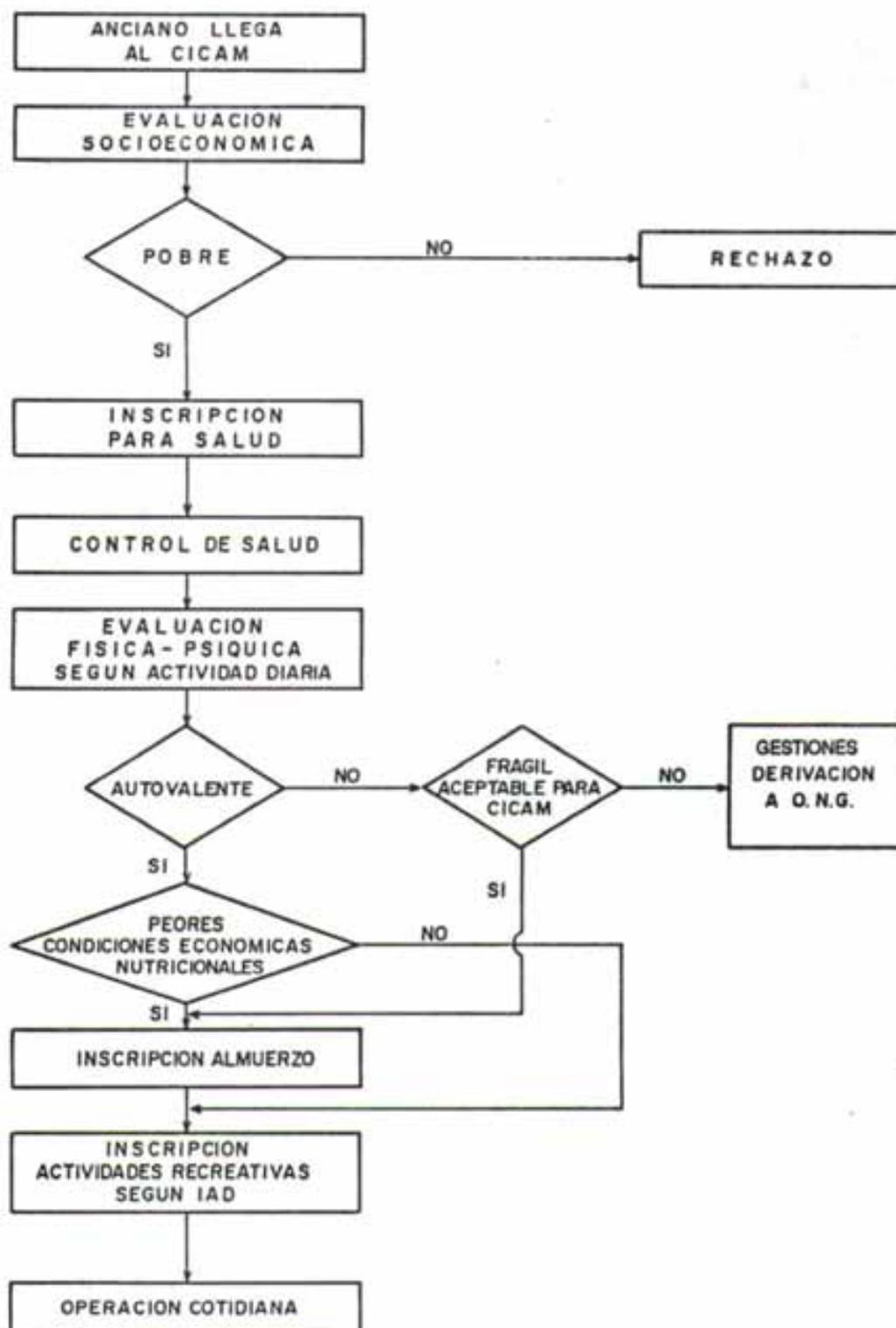
Los beneficiarios de los servicios de alimentación y/o actividades de terapia ocupacional y guardería reciben la categoría de **socios del CICAM**. Esta condición es permanente y será formalizada a través de la entrega de un carnet que los acredite como tales en el momento de la admisión y les da derecho a recibir los servicios de educación en salud, asistencia a domicilio y asistencia social.

En el caso de que concurran al proceso de selección del CICAM, AM con fragilidades graves o postrados, se gestionará su derivación a alguna ONG que los pueda acoger y que se dedique a ayudar a este grupo de personas. Idénticas gestiones se realizarán si los AM se fragilizan o se postran durante la operación del CICAM.

En la Figura Nº 2.1 se muestra el proceso de admisión de los beneficiarios.

Figura Nº 2.1

Proceso de Admisión de los Beneficiarios



II. DESCRIPCION DE LOS SERVICIOS

Atendiendo a la trascendencia que tiene **conservar la capacidad funcional** del AM y **mejorar su condición general**, para que continúe desarrollando su vida en lo que constituye su medio habitual: su hogar, su familia, su barrio, el proyecto considera otorgar servicios, que a modo de presentación, se han agrupado por áreas de necesidades que han de satisfacer.

El AM recibirá un **paquete de servicios acorde a sus necesidades e intereses**, además de adecuarse a los recursos con que cuente la institución patrocinadora.

A. Area de Alimentación

Cuando la alimentación es insuficiente, en términos de cantidad o calidad, se reducen las defensas del organismo y se generan diversas patologías. En el caso de los AM, el deterioro del organismo se produce con mayor rapidez y es más difícil de recuperar que en un adulto joven.

El objetivo es mantener a un grupo de AM nutridos, satisfaciendo así la necesidad básica de alimentación, a través de una estrategia de **entrega complementaria**. De esta forma se incentiva la responsabilidad tanto del AM, como de su familia por proveerse de la alimentación que falta para llegar al consumo deseado socialmente. Al mismo tiempo, este método de entrega focalizada reduce posibles filtraciones indeseadas, que pudieran producirse en el hogar del AM, a la vez que se puede atender a una **mayor cantidad de socios**.

La complementación alimentaria se pretende lograr proporcionando un servicio de almuerzo en el CICAM. Adicionalmente, se ofrecerían servicios de desayuno y onces, para incentivar la integración de otros AM a las actividades de Terapia Ocupacional destinadas al uso provechoso del tiempo libre.

La alimentación recibida:

- a) Presenta el beneficio inmediato, para el AM y por lo tanto para la sociedad como un todo, que significa la comida recibida.

- b) Contribuye a mejorar el estado nutricional y con ello las condiciones generales del AM, lo que eventualmente se traduce en prolongación y mejoramiento de la calidad de vida, junto con el ahorro futuro de recursos destinados a salud.

1. Servicio de Almuerzo y Colación

Se pretende mantener nutridos a los AM **entregando 800 calorías por día**, cantidad mayor al déficit observado (600 cal.), porque se presume que al entregar un almuerzo en el CICAM habrá una reducción no precisada del consumo en su domicilio.

Consiste en proporcionar almuerzo de Lunes a Viernes, en el CICAM, a aquellos casos calificados como deficitarios en términos económicos y nutricionales. Junto con ésto se entregarán colaciones para los días Sábados, Domingos y festivos, para ser consumidas en el domicilio por los AM que almuerzan y que presentan, dentro de este grupo, las condiciones de mayor desnutrición, además de tener dificultades para proveerse comida el fin de semana.

Este servicio beneficiará diariamente con almuerzo a 60 AM (44 autovalentes y 16 frágiles) en dos turnos de 30 personas cada uno; ello significa entregar 15.120 raciones de almuerzo al año. Además, beneficia cada semana con colaciones a 34 AM de los 44 AM autovalentes que almuerzan en el CICAM, lo que totaliza 1.768 raciones al año.

2. Servicio de Desayuno/Onces

Los objetivos de este servicio consisten principalmente en entregar un **complemento alimentario**, y junto con esto, **incentivar la participación** de los AM en las actividades de Terapia Ocupacional, ya sea a los AM que sólo asisten a dichas actividades, como a aquellos que almuerzan en el CICAM y que sus condiciones nutricionales son deficitarias, incorporando a los AM frágiles.

Consiste en la entrega de desayuno u onces a los AM que concurren a las actividades de Terapia Ocupacional a primera hora de la mañana o a última hora de la tarde, beneficiándose los días en que por horario les corresponde realizar ergoterapia o socioterapia, siendo éstos dos o tres días a la semana.

Se entregarán 300 calorías en cada desayuno u onces, contribuyendo así a mejorar las condiciones generales de salud del AM. Se ha diseñado para aportar 8.568 desayunos al año del siguiente modo:

- 36 desayunos para 20 autovalentes y 16 frágiles, tres días a la semana, y
- 31 desayunos para 15 autovalentes y 16 frágiles, dos días a la

Estas raciones se entregan a los AM que concurren a terapia ocupacional a primera hora de la mañana y a los frágiles, atendiendo un total de 51 AM.

El sistema de onces opera de la misma forma que el desayuno, para los que concurren a terapia ocupacional a última hora de la tarde, pero contempla una disponibilidad adicional de 10 cupos para los AM más desnutridos, cubriendo a 61 AM, con un total de 1.088 onces al año.

Para el servicio de almuerzo, así como el de desayuno/onces, se necesita contar con un comedor con capacidad para 46 personas, una cocina equipada y una bodega para guardar alimentos.

B. Area de Salud Preventiva

Se han agrupado en esta categoría aquellos servicios orientados al **fomento y protección de la salud**, que contribuyen a mejorar la condición general del AM a través de acciones de carácter preventivo; es decir, aquellas que se otorgan sin necesidad de que se presente una patología. Se incluyen aquí el Control de Salud y la Educación de Salud, que a continuación son descritas.

Como se trata de un servicio de carácter preventivo, proporciona beneficios de ahorros futuros en recursos de salud, los que se presentan diferidos en el tiempo.

1. Control de Salud

El objetivo que se persigue al entregar este servicio, es **detectar en forma oportuna** los problemas de salud que puedan afectar al individuo, tanto biológicos como psicológicos, referirlo a quien corresponda y educarlo en su autocuidado para mantener su autovalencia. Presenta beneficios de

ahorros futuros de recursos de salud, ya que se trata de una actividad de carácter preventivo.

Consiste en la atención in situ llevada a cabo por una enfermera en forma sistemática y periódica, efectuada a todo AM pobre del sector donde se localice el CICAM. Para ello, se contemplan las acciones de anamnesis (recopilación de antecedentes de la historia clínica), examen físico, control de signos vitales, evaluación del estado nutricional y la capacidad funcional gruesa, solicitud de exámenes si es necesario, educación individual, haciendo énfasis en el autocuidado, finalizando con la citación para el próximo control.

Por tratarse de AM pobres, que no estén cubriendo sus necesidades básicas en su nivel mínimo, esto incide en su condición general de salud. Con el fin de obtener los efectos deseados, se plantea efectuar 2 controles al año para este grupo etario de la población, en el cual tiene participación todo AM pobre del sector geográfico donde se localice el CICAM.

La capacidad propuesta es de 9 controles diarios, los que alcanzan para atender alrededor de 1.000 AM al año, considerando que cada uno recibe dos controles anuales.

Para entregar este servicio se requiere contar con una sala o box de atención médica con el equipamiento pertinente, una sala de espera y un baño.

2. Educación en Salud

El objetivo que se persigue al brindar este servicio es el de **fomentar el cuidado de la salud** a través del intercambio de experiencias de los AM sobre el particular. Este servicio permite ahorros de recursos en salud a futuro.

Consiste en ofrecer educación grupal a los **socios** del CICAM mediante sesiones, donde se estimule la participación activa del AM para orientar y facilitar el aprendizaje y adopción de conductas favorables para la salud. Esta actividad será desarrollada por profesionales del área de la salud: médico, enfermera, nutricionista, terapeuta ocupacional, estando a cargo de una enfermera y dictándose en el CICAM.

Se ha estimado que en el CICAM se pueden efectuar 5 sesiones al mes, con una capacidad de 20 AM por sesión; ello significa que es posible educar en salud a 100 socios simultáneamente. Se requiere para el efecto una sala con capacidad para 20 personas.

C. Area de Salud Asistencial

Los servicios agrupados bajo esta denominación corresponden a aquellos que **entregan rehabilitación o recuperación al AM**. Tienen por objetivo identificar problemas de salud, apoyar en el tratamiento médico, y junto con esto, **aminorar barreras de acceso** a los establecimientos estatales de salud. De esta forma, se obtiene el beneficio de la **mejor utilización de los recursos** del sector salud. Se incluyen en este grupo los servicios de Asistencia a Domicilio y Acciones de Coordinación, los que se definen a continuación.

1. Asistencia a Domicilio

Con este servicio se pretende **identificar en forma oportuna** problemas de salud que puedan afectar al AM y **apoyarlo** en el cumplimiento de indicaciones y tratamientos medicamentosos, contribuyendo así a una mejor utilización de los recursos del sector salud.

El servicio consiste en una **atención dada por monitores voluntarios** en el domicilio de los **socios** del CICAM, para averiguar la causa de su ausencia a las actividades, proporcionarles asistencia y referirlos a profesionales del área médica, según se requiera. La asistencia será impartida en base a cuidados, educación en higiene, alimentación, vigilancia en el cumplimiento de tratamientos médicos y educación general a la familia. Además, el CICAM ayudará a las familias de los AM con implementos de apoyo, tales como catres clínicos, sillas de ruedas, bastones ortopédicos, andadores y otros.

Para otorgar este servicio, se organizará **un curso de 24 horas de duración para la formación de monitores**, quienes serán voluntarios, mayores de 50 años, que sepan leer y escribir y que residan dentro del sector donde esté localizado el CICAM. Así, se persigue integrarlos, educarlos en autocuidado para tener un efecto multiplicador, y junto con esto, ofrecerles la posibilidad de utilizar su tiempo libre, bajo la responsabilidad de la enfermera.

Se estima que se puede brindar atención a 8 AM al mes, con 16 hrs de dedicación de los monitores, con lo cual se otorgan 2 visitas en promedio a cada AM.

2. Acciones de Coordinación

Con este servicio, se pretende **aminorar las barreras** que actualmente enfrentan los AM para acceder a la salud, permitiéndoles así recibir la atención, cuando ésta se justifica, en los establecimientos de atención primaria del SNSS.

Este servicio comprende las siguientes acciones:

- a) Gestionar ante el consultorio del sector la reserva de dos cupos de consulta de morbilidad para los beneficiarios del control de salud del CICAM, facilitándose así el acceso y atención médica oportuna.
- b) Verificar la asistencia a sus controles de los AM con enfermedades crónicas que son socios del CICAM y el cumplimiento de las indicaciones y tratamiento médico respectivo. El esquema de atención que actualmente se da a los pacientes crónicos, entre éstos los hipertensos y diabéticos, no sufre variación con este servicio, es decir, siguen asistiendo al Consultorio a recibir la prestación de salud correspondiente.
- c) Coordinar la vacunación anual anti-influenza dirigida a los AM entre el Consultorio y el CICAM, con el objeto de asegurar la cobertura de todos los pacientes que concurren al Control de Salud.
- d) Coordinar otras atenciones, como las de urgencia, de especialistas en medicina o en odontología, según sea la necesidad.

D. Area de Terapia Ocupacional

La falta de actividad en los AM va produciendo un deterioro precoz de sus capacidades físicas, como coordinación, motricidad y resistencia, entre otras, y mentales, como concentración, memoria y otras, al mismo tiempo que disminuye su autovalencia y autonomía. Producto de este deterioro, los AM disminuyen su autoestima y así se favorece la aparición de cuadros depresivos. Al ofrecer la gama de servicios del área de Terapia Ocupacional, se pretende justamente **ayudar a satisfacer necesidades**

básicas no materiales, como la autoestima y la autorrealización, entre otras.

Las actividades a desarrollar por los AM en el área de Terapia Ocupacional tienen un objetivo común, que consiste en contribuir a la mantención de las capacidades funcionales, psicológicas y a la sociabilidad, mediante sesiones de interacción y comunicación, ocupando así su tiempo libre, con el fin de evitar una actitud pasiva y negativa que podría afectar su condición general. De acuerdo a la clasificación empleada en Terapia Ocupacional, las actividades a desarrollar en el ámbito social se denominan Socioterapia; a modo de ejemplo teatro, gimnasia, dinámicas grupales. Las actividades pertenecientes al ámbito laboral o de trabajo se denominan Ergoterapia, como por ejemplo taller de carpintería o de electricidad. Por último, aquellas actividades orientadas hacia las actividades cotidianas, se denominan de Vida Diaria y Adaptación, como por ejemplo amarrarse los zapatos.

1. Socioterapia

El objetivo que se persigue es **satisfacer necesidades básicas** como la autoestima, seguridad, afecto, pertenencia, participación y otras, mediante la mantención, recuperación y desarrollo de habilidades de interacción y comunicación, **evitando así una actitud pasiva y negativa** del AM que pueda afectar su condición general de salud.

El servicio consiste en **sesiones grupales** durante las cuales se desarrollan actividades sociales y recreativas. Entre estas actividades se pueden mencionar algunas como dinámica grupal, expresión corporal, dramatización, juegos de salón, educación de grupo y deportes en general. Cabe destacar la gimnasia, ya que está directamente relacionada con la salud física y es una de las actividades que tiene mayor impacto sobre el estado de salud del AM, y la educación de grupo, ya que permite instruir en forma amena, en materias de interés para los AM.

Atendiendo a los consejos dados por expertos en el tema, las sesiones de Socioterapia serán tres semanales de 90 minutos cada una, para cuatro grupos de 20 AM cada uno, con lo que se atendería un total de 80 AM en forma permanente. Este grupo de personas estaría conformado por 32 AM que reciben almuerzo en el CICAM y 48 AM que sólo asisten a estas actividades debido a sus intereses.

Los participantes en estas actividades serán seleccionados por el terapeuta en base a los intereses, déficit y habilidad evaluada en el proceso de selección de socios.

Para efectuar las actividades de socioterapia se requiere una sala con capacidad para 20 personas en que se puedan realizar actividades físicas dinámicas y los materiales adecuados.

2. Ergoterapia

Se pretende, al igual que para el servicio de Socioterapia, **mantener, recuperar y desarrollar habilidades de interacción y comunicación**. Además, considera el desarrollo de actividades que eventualmente se puedan traducir en **generación de ingresos** para los AM que las realicen.

Consiste en sesiones en que se ejecuten talleres de trabajo, tales como carpintería, electricidad, horticultura, jardinería, lanigrafía, costura u otros.

En base al juicio de expertos, se realizarán dos sesiones a la semana, efectuadas en días consecutivos, de 3 horas cada una, para dos grupos de 15 AM cada uno, atendiendo a un total de 30 AM en forma permanente. De estas 30 personas, aproximadamente 12 reciben almuerzo en el CICAM y 18 asisten sólo a esta actividad debido a sus intereses.

Se incorporarán a esta actividad aquellos AM que hayan sido seleccionados por el terapeuta, basándose en las habilidades evaluadas de su capacidad funcional, en el interés demostrado por la persona y el equipamiento disponible en el taller.

Para efectuar las actividades de Ergoterapia se requiere de una sala-taller con capacidad para 15 personas que realicen actividades de trabajo manual.

Los asistentes a los talleres elaborarán productos, algunos de los cuales **podrán ser comercializados** con el objeto de ayudar al financiamiento del CICAM. Esto posibilita la participación de los **socios** en el proceso de venta. En todo caso, los productos elaborados que no sean vendidos pueden ser donados a organismos de beneficencia, tales como Hogares de Ancianos, Hogares de Niños u otros

3. Vida Diaria y Adaptación

Al ofrecer este servicio, se pretende **fomentar, mantener, recuperar y desarrollar la autovalencia y el autocuidado del AM**. Además, interesa influir en el estado anímico del participante al obtener logros durante el transcurso de las sesiones, mejorando de esta forma el estado general de salud del AM.

Consiste en sesiones destinadas a proporcionar conocimientos para enfrentar los quehaceres cotidianos, tales como asearse, trasladarse, cocinar y otros.

Esta actividad está orientada a personas seleccionadas por el terapeuta en base a la evaluación de su déficit funcional cotidiano, en especial a los AM frágiles, y serán atendidos en forma alternada por el terapeuta y una auxiliar de enfermería.

Los expertos han recomendado dos sesiones semanales de 1,5 hrs. cada una, para cuatro grupos de tres AM cada uno, atendiendo un total de doce AM en forma permanente.

Para la realización de esta actividad se requiere de espacios físicos, como pasillos y jardines, de un box de atención médica y de recintos que forman parte de una casa habitación, como cocina, baño y otros.

E. Area de Guardería y Estar

En esta área se han agrupado los servicios que **permiten la permanencia del AM a lo largo del día en el CICAM** y por ende la sociabilidad entre los **socios**.

1. Guardería

Entregar este servicio tiene la finalidad de **liberar tiempo a algún familiar** que cuide a un AM con fragilidad leve, el que puede destinar a otras actividades que son más productivas socialmente, como trabajar o estudiar, gracias a los cuidados que aporta el CICAM. Interesa satisfacer además, la necesidad de **cuidados especializados**, pertenencia del AM a su grupo de afecto y otras necesidades no materiales al integrar a esta **persona con sus iguales**.

Este servicio consiste en proporcionar atención, en el CICAM, en jornada diaria o parcial, a AM con fragilidades leves, tales como problemas osteomusculares, cardiopatías o alteraciones mentales leves, entre otras, y que tengan dificultad para autocuidarse.

La atención se otorgará de Lunes a Viernes a 16 AM frágiles en la que recibirán desayuno, almuerzo, onces, alguna actividad de terapia ocupacional en la que deseen participar y tengan las condiciones para ello, principalmente la de Vida Diaria y los cuidados por parte de dos auxiliares de enfermería. De acuerdo a los expertos, una auxiliar puede atender hasta ocho AM frágiles.

Se requiere una sala de estar y jardines donde los AM frágiles puedan permanecer durante la jornada laboral del CICAM, además de la atención especializada dada por las auxiliares de enfermería.

2. Servicio de Estar

El objetivo de ofrecer este servicio es cubrir **necesidades básicas no materiales** que tienen los AM, como son la participación, el sentido de pertenencia y otras, mediante la entrega de un recinto equipado para utilizar a su voluntad el tiempo libre. El recinto cuenta con televisor, radio, biblioteca y juegos, y permite de esta forma la entretención, o bien la sociabilidad entre los AM, a un bajo costo de operación.

Se proyecta que la sala de estar pueda ser utilizada por unos 38 AM en forma simultánea, incluidos los 16 frágiles.

F. Area de Servicio Social

Se han agrupado en esta área los servicios de Asistencia Social y Colocación Laboral, los que son brindados a los AM que en condiciones normales **no consiguen resultados satisfactorios por gestión personal**.

1. Asistencia Social

Es un servicio prestado por una asistente social, orientado a solucionar problemas de los **socios** del CICAM, que les son difíciles de resolver por sí mismos.

Se plantea otorgar acciones tales como las descritas a continuación:

- a) Asesoría y gestión para trámites legales, documentación personal, pensión u otros.
- b) Coordinación y gestión con instituciones para la obtención de lentes, medicamentos, prótesis y otros elementos de apoyo clínico.
- c) Establecer contactos que permitan proveer a los AM de vestuario a bajo costo.

La capacidad de este servicio dependerá de los requerimientos de los socios. En todo caso, se necesita contar con horas-asistente social a la semana.

2. Colocación Laboral

Se pretende que los AM, socios del CICAM, **se mantengan laboralmente activos y generen ingresos propios** para satisfacer sus necesidades básicas.

Consiste en gestionar la contratación de los AM, para desarrollar un trabajo remunerado de acuerdo a sus capacidades y condiciones. El AM que consiga trabajo por esta vía, **libera una vacante** que puede ocupar un nuevo AM en el CICAM.

La capacidad del servicio corresponderá al número de colocaciones efectivas en el mes, las cuales dependerán del número de empresas existentes en el sector, de la disponibilidad de contratos y de las características y capacidades de los AM postulantes, condiciones que son difíciles de predecir. En todo caso, se estima que habría una colocación exitosa cada dos meses, totalizando 6 al año.

Se requiere horas-asistente social para que realice las gestiones pertinentes al servicio ofrecido.

G. Asistencia al Convaleciente

El período de recuperación posterior a una hospitalización es más prolongado para los AM en comparación con otros adultos. Si a esto se añade el abandono en los hospitales del cual son objeto los AM por parte de su

familia, principalmente debido a su condición de pobreza, existe hoy día en nuestro país una **innecesaria prolongación** de la estadía post-operatoria en los hospitales, debido a problemas sociales y no clínicos.

Se ha creado el servicio de asistencia al convalesciente, con el objeto de **disminuir la estadía hospitalaria** de los AM, a objeto de **liberar camas** que puedan ser utilizadas por adultos activos laboralmente y por lo tanto más productivos para el país.

Para los AM pobres que viven solos, como para aquellos en que su familia no cuente con las condiciones para la atención post-operatoria requerida, el servicio consiste en **otorgar cuidados y apoyo** en el período de convalecencia posterior a una hospitalización, **mediante una colocación familiar transitoria**. En la casa donde se coloque, el AM recibe alimentación completa y cuidados dados por una enfermera y monitores de salud a objeto de que siga las indicaciones y tratamientos médicos, hasta que se pueda valer por sí mismo sin dificultad.

Si el AM pobre cuenta con su familia para que lo apoye, entonces el servicio consistirá en que **la enfermera la asiste y educa**, del mismo modo que lo hará con la familia donde se efectuó la colocación en pieza, además de proporcionar algunos implementos de apoyo clínico como sillas de ruedas, andadores, bastones ortopédicos y catres clínicos.

Para este servicio se estima una capacidad mensual promedio de 2 AM, para lo cual se requiere de 6 horas -enfermera mensual, repartidas en 3 visitas de 1 hora cada una, y 6 horas- monitor de salud mensual, considerando 3 visitas de 1 hora cada una.

Si bien este método para descongestionar los hospitales puede llevarlo a cabo directamente el hospital, se estima que dar el servicio desde el CICAM resulta más conveniente por las **ventajas comparativas** que tiene este establecimiento en relación al hospital. Estas ventajas son el conocimiento del sector donde vive el AM, lo que facilita el alta en el período clínicamente aconsejado, y los mecanismos de acción que puede utilizar el CICAM, los que no presentan la rigidez presupuestaria de asignación de recursos del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

H. Servicio de Alojamiento

El objetivo que persigue este servicio es cubrir la necesidad de alojamiento, manteniendo la autonomía del AM y por lo tanto está dirigido exclusivamente a autovalentes que no tengan recursos monetarios, ni familiares dispuestos a acogerlos en sus hogares.

Se ha incluido este servicio, por ser complementario al resto de los anteriormente presentados, y por lo tanto es optativa su incorporación al CICAM, siendo la variable de decisión los recursos con que se cuente.

Después de analizar varias alternativas que cubren la necesidad básica de vivienda, se ha elegido el servicio de **colocación en pieza**, debido a la factibilidad de administración desde el CICAM y a ser la alternativa de mínimo costo.

El servicio consiste en el arriendo de una pieza y considera que el AM concurrirá al CICAM a proveerse de la alimentación diaria. Se requiere horas-asistente social que gestione las colocaciones, además de un registro de las casas que ofrecen arriendo de piezas.

III. CAPACIDAD DE LOS SERVICIOS

En la determinación de la capacidad global de prestación de servicios que ofrece el CICAM han intervenido diversos factores. Entre los principales cabe destacar el **modelo de atención** y la **potenciación de beneficios a bajo costo**, los que se definen a continuación.

A. Modelo de Atención

Para definir las capacidades de los servicios de este proyecto, se han tomado como referencia algunos de los modelos de atención conocidos en el país, de los cuales se ha seleccionado aquellas actividades que se compatibilizan con los objetivos del CICAM.

B. Potenciación de Beneficios a Bajo Costo

Dado que el CICAM pretende ser más que un Comedor o un Centro Abierto, se ha considerado agregar las actividades de terapia ocupacional. Su bajo costo relativo influyó en el interés de ampliar su cobertura en forma razonable, aprovechando recursos humanos que igualmente fueran requeridos en el CICAM y que, en cuanto al tamaño del recinto, no significaran más que una pequeña extensión.

En relación al **dimensionamiento del CICAM**, éste atiende a **126 socios**, los que se componen de 80 AM que integran el grupo de Socioterapia, 30 AM que conforman el grupo de Ergoterapia y 16 frágiles, considerando como si estos últimos no participaran en dichas actividades de Terapia Ocupacional. De los 80 AM que integran el grupo de Socioterapia, aproximadamente 32 son autovalentes que reciben almuerzo en el CICAM y el resto sólo participa de la actividad terapéutica. De los 30 AM que componen el grupo de Ergoterapia, aproximadamente 12 son autovalentes que reciben almuerzo y el resto sólo participa en la actividad. De los 16 frágiles que permanecen todo el día en el establecimiento, 12 integran el grupo de Vida Diaria y el resto permanece en la Sala de Estar.

En cuanto al dimensionamiento de cada servicio en particular, se ha tomado como referencia fundamental el almuerzo, estimándose que 60 almuerzos es una cantidad apropiada, debido a que es manejable en dos turnos, además de que el dimensionamiento físico, en cuanto a costo, es consecuente con esta cantidad. A partir de esta cifra y relacionándola con los factores antes señalados y las características propias de cada servicio en cuestión, se ha llegado a determinar la lista de prestaciones a ofrecer. En el Cuadro Nº 2.1 se presenta la capacidad por servicios definidos para el CICAM.

C. Casos Típicos de Socios

Se presentan a continuación algunos casos típicos de socios del CICAM, de manera que el lector se forme una idea de los paquetes de servicios a los cuales puede optar el AM pobre de un sector donde se localice un establecimiento como el diseñado en este proyecto. Por el solo hecho de vivir en el sector y de ser pobre recibe el control de salud, además de los servicios que en adelante se reseñan.

Cuadro Nº 2.1

Capacidades de Servicios Ofrecidos por el CICAM

Area	Servicio	Capacidad
Alimentación	Almuerzo	60 raciones por 5 días a la semana
	Colación	34 raciones para festivos y fines de semana.
	Desayuno	36 raciones 3 veces a la semana 31 raciones 2 veces a la semana
	Onces	46 raciones 3 veces a la semana 41 raciones 2 veces a la semana
Salud Preventiva	Control de Salud	1.000 AM con 2 controles al año c/u
	Educación en Salud	5 sesiones al mes en grupos de 20 AM con una cobertura total de 100 AM
Salud Asistencial	Asistencia a domicilio	8 AM promedio al mes con 2 visitas para cada uno
	Acciones de coordinación	2 cupos promedio al día
Terapia Ocupacional	Socioterapia	4 grupos de 20 AM c/u con 3 sesiones a la semana
	Ergoterapia	2 grupos de 15 personas c/u con 2 sesiones a la semana en días consecutivos
	Vida Diaria	2 grupos de 3 AM c/u con 2 sesiones a la semana
Guardería y Estar	Guardería	16 personas al día
	Estar	Sala de estar para 38 personas
Social	Asistencia Social	Según demanda
	Colocación Laboral	6 colocaciones al año aproximadamente
Salud Curativa	Asistencia al Convaleciente	2 AM al mes en promedio con 3 visitas de enfermera y 3 visitas de monitores
Vivienda	Colocación en pieza	Según demanda y recursos económicos.

FUENTE: Elaboración propia en base a consulta a expertos.

1. Socio Frágil

Este AM recibe alimentación completa de lunes a viernes, consistente en desayuno, almuerzo y onces. Además, puede integrar el grupo de Vida Diaria y recibe cuidados especializados durante todo el día, mediante el servicio de Guardería.

2. Socio con Déficit Nutricional

Este AM recibe almuerzo de lunes a viernes, además de desayuno u onces al participar en la primera hora de la mañana o en la última de la tarde en alguna actividad de terapia ocupacional, ya sea ergoterapia o socioterapia. Adicionalmente, recibe colocación para los fines de semana y festivos.

3. Socio Participante en Actividades de Terapia Ocupacional

Este AM concurre al CICAM a desarrollar alguna actividad de terapia ocupacional, la que puede ser de ergoterapia o socioterapia, en la cual se incluye desayuno u onces si se realiza a primera hora de la mañana o última de la tarde.

Estos tres tipos de socios reciben adicionalmente control de salud, educación en salud, asistencia a domicilio, acciones de coordinación, asistencia social y si sus capacidades funcionales lo permiten, puede optar a una colocación laboral.

CAPITULO 3

OPERACION Y DISEÑO

En este capítulo se presenta la operación y el diseño tentativo del CICAM, teniendo presente que la realidad de cada sector puede ser distinta y recomienda introducir algunos cambios.

La operación del CICAM que se describe a continuación responde a la idea de buscar un **modo eficiente de materializar la entrega de servicios** en tipo y cantidad que han sido establecidos en el capítulo anterior. Además, se ha debido tener en cuenta que la entrega de los servicios se produce en un **lugar físico especialmente dispuesto para ello**, que se persigue alcanzar una amplia cobertura de AM pobres y con una frecuencia apropiada en la entrega para obtener los beneficios deseados.

I. OPERACION DEL CICAM

Se propone que el CICAM **opere durante todos los días hábiles del año**, con un promedio de 21 días al mes, en un horario de 7:30 a 18:30 hrs.

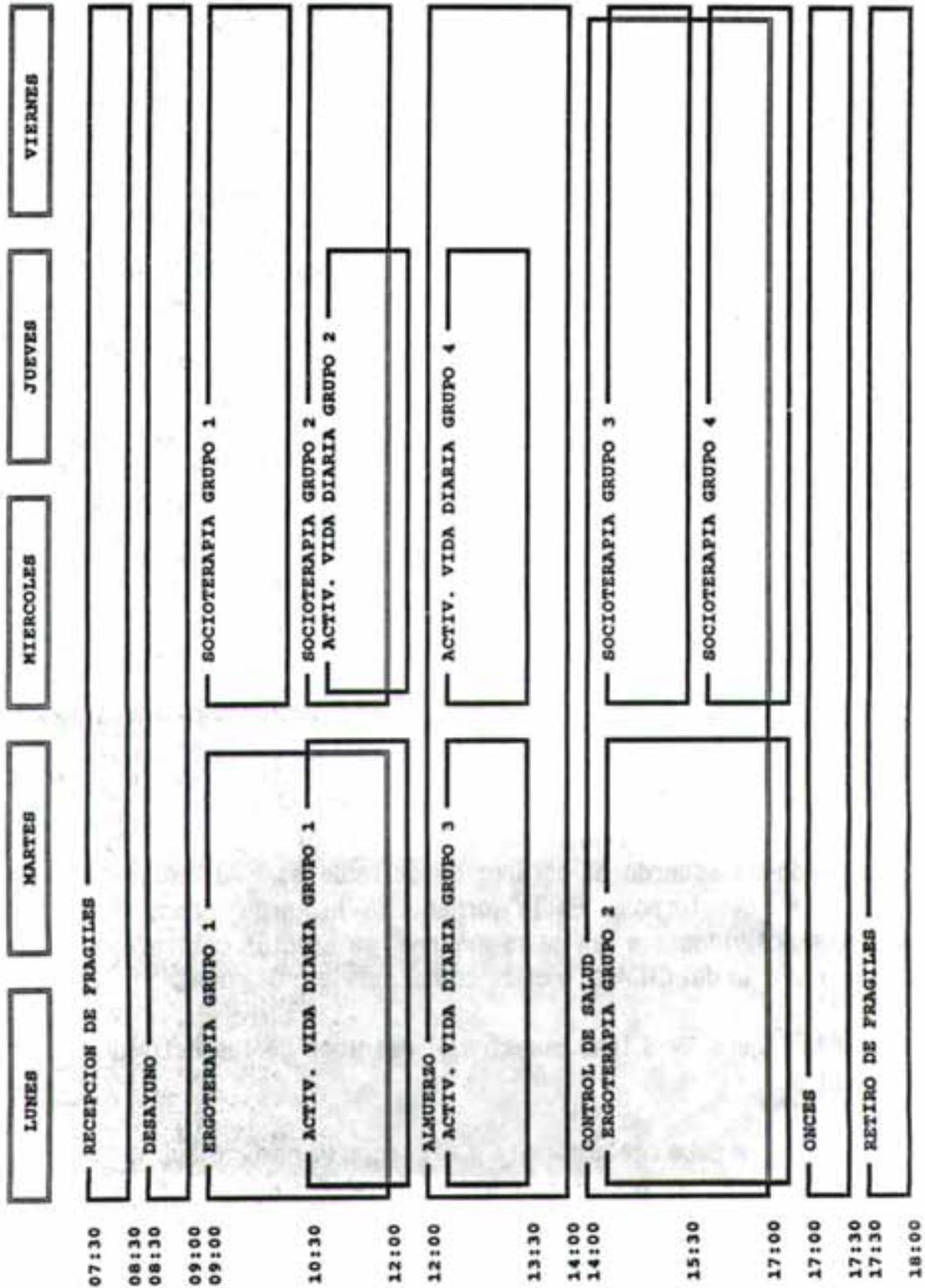
La actividad diaria del CICAM se inicia con la recepción de los AM frágiles y el servicio de desayuno. En la jornada de la mañana se contempla el desarrollo de actividades de socioterapia o ergoterapia, según corresponda de acuerdo al horario de actividades. Al mediodía se sirve almuerzo en dos turnos. En la jornada de la tarde, además de realizar similares actividades a las de la mañana, se efectúa control de salud. La actividad diaria del CICAM finaliza con el servicio de onces.

En la Figura Nº 3.1 se muestra el desglose de las actividades de una semana tipo.

Cada socio debe concurrir al CICAM según el horario que le corresponda participar en la actividad que está inscrito; finalizada ésta queda en

Figura Nº 3.1

Esquema de Actividades de una Semana Tipo del CICAM



libertad para retirarse a su domicilio, o permanecer en la sala de estar del recinto. En atención al interés de aprovechar la potenciación de otorgar servicios complementarios en el CICAM, se califica como requisito fundamental el que el AM **efectivamente asista a las actividades** en que se encuentra inscrito. Si el AM falta al CICAM dos días consecutivos, se verificará en el domicilio la causa de la ausencia, asistiéndolo en la necesidad que presente. En el evento de que el AM se enferme durante su permanencia diaria en el CICAM, se gestionará su traslado y atención en el centro de salud que corresponda.

Con el objeto de que el AM valore en mejor forma los servicios que recibe y sus respectivos beneficios, se estima conveniente **que pague una cuota mensual** al CICAM, de acuerdo a sus posibilidades económicas. Con ello también se le otorga la posibilidad de ejercer sus derechos con respecto a la calidad de los servicios obtenidos.

Al CICAM se concurre según horario y los socios deben acatar y mantener ciertas normas de comportamiento general en lo que se refiere a la puntualidad en la llegada, responsabilidad en la asistencia, actitud de respeto frente a sus pares y demás personas que laboren en el CICAM, además de colaborar en las actividades diarias que se ejecuten en el Círculo.

La estrategia definida para el CICAM en cuanto a la administración y captación de recursos hace necesario que la Administración de este establecimiento mantenga buenas relaciones con los siguientes organismos:

a) Institución Patrocinadora: Con el fin de definir y coordinar la operación del CICAM, informar sobre su funcionamiento y el cumplimiento de los objetivos.

b) Establecimientos del SNSS: Para gestionar atención de los socios del CICAM, facilitándoles así el acceso.

c) Empresas del sector: Con el objetivo de obtener recursos económicos para contribuir a la operación del CICAM, coordinar acciones conjuntas en favor de los socios, gestionar contratación de servicios y de empleos para los AM.

d) Comunidad: Es importante establecer contacto con los organismos representativos de la comunidad como juntas de vecinos, centros de madres, clubes deportivos e iglesias del sector para lograr su participación en la operación y financiamiento del CICAM.

e) Y otros necesarios para obtener servicios que faciliten el funcionamiento del CICAM.

II. RECURSOS HUMANOS

Para el desarrollo normal de las actividades del CICAM, conforme a la capacidad de servicios definidos, se estima necesario dotarlo de la siguiente planta de personal:

- 1 Administrador en jornada completa
- 1 Asistente social en media jornada
- 1 Enfermera en media jornada
- 1 Terapeuta ocupacional en jornada completa
- 1 Nutricionista dos horas al mes
- 1 Secretaria en jornada completa
- 2 Auxiliares de enfermería en jornada completa
- 1 Auxiliar de servicio en jornada completa
- 1 Vigilante durante toda la semana
- Monitores

Entre el personal de dotación del CICAM, cabe destacar la **importancia del Administrador**, quien, además de las funciones administrativas, tiene la tarea de conducir al conjunto humano que se forma con el personal contratado, el personal voluntario (Monitores) y los AM socios, además de llevar a cabo las relaciones públicas del CICAM. Dada las características y complejidad de esta tarea, se estima conveniente que el cargo lo ocupe un profesional del área social, específicamente, una asistente social.

Se recomienda que en régimen, los cargos de administrador y asistente social sean ocupados por una misma persona, de profesión asistente social, ya que debiera ser capaz de desarrollar ambas labores en una jornada completa una vez que el CICAM este en plena operación.

Se plantea como requisito fundamental el que se mantenga un buen trato con los AM en todo aspecto y de sobremanera en la parte afectiva, con el fin de que se cree un ambiente familiar que incentive la participación de los AM en los quehaceres del CICAM.

Se proponen las siguientes actividades que pueden ser desarrolladas por los AM: aseo, mantención y reparaciones menores, jardinería, vigilancia del recinto, venta de productos, monitores de salud, gestión de cupos con los consultorios y servir los alimentos, entre otros.

A fin de establecer las relaciones formales entre el personal del CICAM se sugiere el siguiente organigrama descrito en la Figura 3.2.

La descripción de las funciones a cumplir por el personal se encuentra en el Anexo Nº 1.

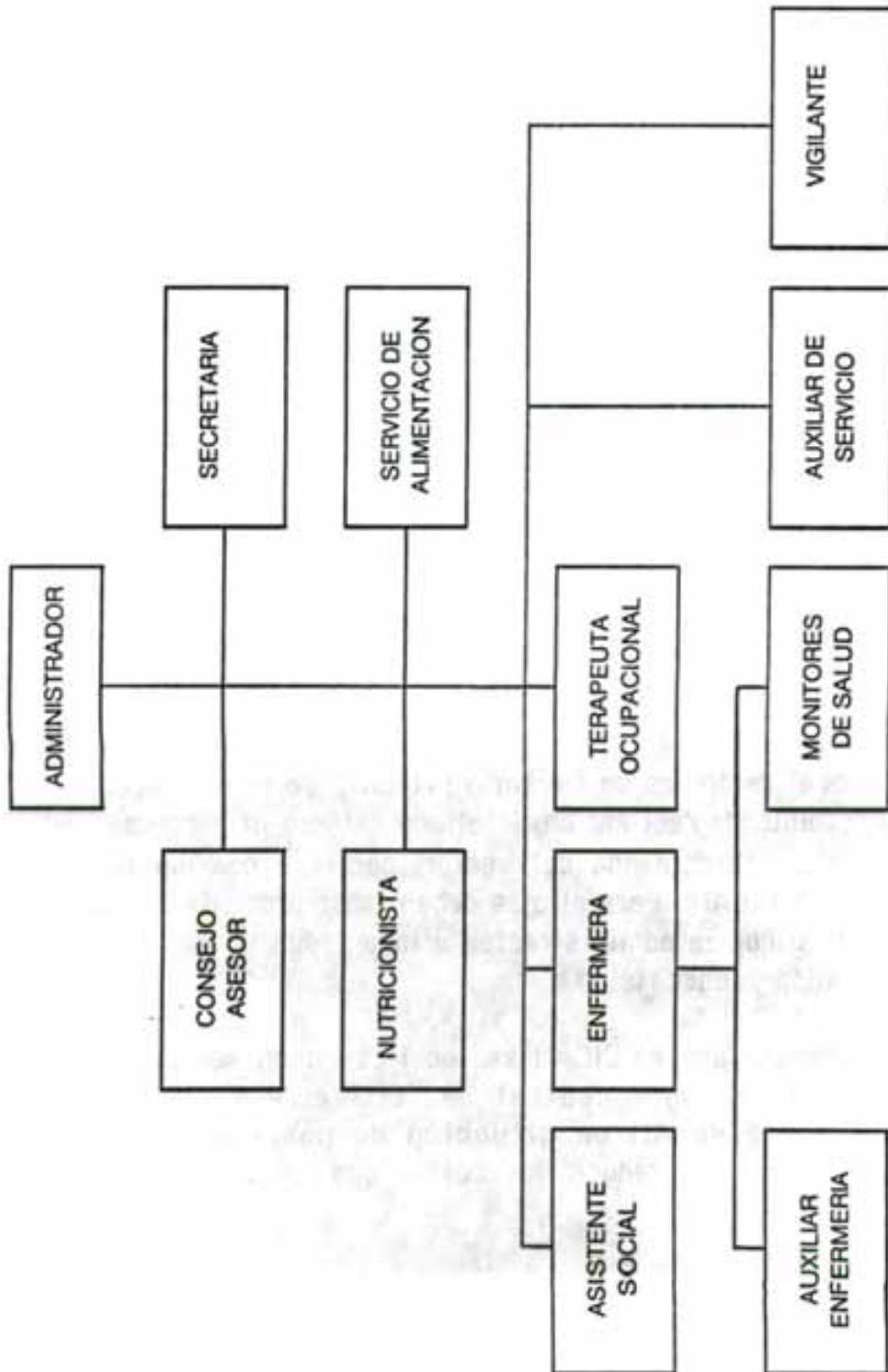
III. LOCALIZACION

La localización es un **factor crítico** para el éxito del CICAM, por lo que se recomienda realizar un detallado estudio al respecto, determinando en lo posible la demanda del sector, barrio o comuna donde se piense implantar un CICAM. Para ello se deben tener presente los recursos de que se dispone y que la administración y la entrega de los servicios se haga desde un mismo lugar físico.

Se propone que el CICAM se localice en un sector **urbano**, a nivel **comunal**, en un lugar **central** de fácil acceso, donde exista **mayor concentración de AM en situación de pobreza**, con el propósito de focalizar la ayuda y reducir los costos que les signifique trasladarse al CICAM.

Figura Nº 3.2

Organigrama del CICAM



IV. DISEÑO FISICO

A. Planta Física

Para desarrollar en forma adecuada la entrega de los distintos servicios, se propone una infraestructura física que contemple a lo menos los siguientes recintos:

- Central de alimentación
- Sala de uso múltiple
- Recinto de taller
- Sala de espera
- Sala de estar
- Sala control de salud (Box de atención)
- Oficina de terapeuta
- Oficina de administración
- Secretaría
- Sala de estar nochero
- Bodega general
- Servicios higiénicos diferenciados.

Con la finalidad de dar un mejor aprovechamiento a los recintos, se ha previsto que algunos de ellos sean utilizados para desarrollar más de una función, como se observa en el Cuadro Nº 3.2.

Es importante dejar establecido que, dada las características de los socios del CICAM, la planta física debe tener una circulación clara, ordenada y sin desniveles, zonificando las áreas que la componen, con el fin de que sea segura orientadora y de fácil distribución.

Cuadro Nº 3.2

Descripción de Funciones por Area

Area	Funciones	Recinto
Salud	<ul style="list-style-type: none"> - Control de salud - Educación en salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Sala control salud-Sala de espera y baño - Sala de estar o sala de uso múltiple
Terapia	<ul style="list-style-type: none"> - Socioterapia - Ergoterapia - Evaluación funcional - Vida diaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Sala de uso múltiple - Talleres - Oficina terapeuta - Sala control salud-Oficina terapeuta; Sala de baño-Cocina
Recreación	<ul style="list-style-type: none"> - Recreativa - Eventos 	<ul style="list-style-type: none"> - Sala de estar - Sala de uso múltiple
Administración	<ul style="list-style-type: none"> - Dirección - Secretaría - Vigilante 	<ul style="list-style-type: none"> - Oficina de dirección - Sala de secretaria - Sala de vigilante
	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentación - Higiene - Bodegaje 	<ul style="list-style-type: none"> - Sala uso múltiple - Central alimentación - Sala de baño - Bodega general

FUENTE: Elaboración propia.

Se ha realizado el diseño arquitectónico, a nivel de anteproyecto, basado en las normas de locales escolares del Ministerio de Educación y la Ordenanza General de Construcción y Urbanismo (1987), contando con la asesoría del Departamento de Recursos Físicos del Ministerio de Salud. Considerando los servicios a entregar, sus capacidades y los recursos humanos involucrados, se requiere como mínimo **una planta física de 313 m²** emplazada en un **terreno de aproximadamente 875 m²**, el que incluye áreas verdes y jardines para permitir el esparcimiento y

actividades al aire libre. La distribución por áreas de la planta física se muestra en el Cuadro Nº 3.3.

Cuadro Nº 3.3

Distribución de Superficies por Recintos

Recinto	Superficie (m ²)	Incluye
Sala uso múltiple	64	Sala uso múltiple
Central alimentación	25	Cocina y bodega de alimentos
Taller terapia	34	Taller
Sala estar	80	Sala estar y pasillo galería.
Control salud	22	Box atención; bodega materiales médicos, sala espera y baño
Administración	38	Ofic. Administrador, Secretaría, Ofic. Terapeuta, Hall acceso y baño
Otras dependencias	50	Servicios higiénicos, sala de nochero, Bodega Materiales aseo, bod. General
TOTAL	313	

FUENTE: Elaboración propia.

Debido a la naturaleza de algunas de las actividades que se realizarán en la sala de uso múltiple (gimnasia), este recinto debe abrirse hacia el exterior, incorporando si es necesario el área al aire libre para ampliar la capacidad y, a la vez, para facilitar la renovación de aire.

Dado que al CICAM concurren AM frágiles, se debe considerar que los diversos recintos tengan accesos expeditos y se alhacen con los elementos adecuados para facilitar sus movimientos y circulación por ellos.

Se propone que el edificio sea emplazado en el terreno de tal manera que el área destinada a sala de estar reciba la mayor cantidad de horas-sol durante la época invernal, a fin de ahorrar recursos en calefacción.

También se han considerado posibles ampliaciones de la capacidad física, en la eventualidad de que existan recursos para aumentar los servicios a ofrecer.

Como sistema constructivo, se usará **albañilería de ladrillo reforzado**, dado que tiene menor costo anual equivalente por su mayor vida útil, es incombustible, requiere una menor mantención y otorga a los usuarios una mayor sensación de seguridad por ser una construcción sólida si se compara con un sistema constructivo de madera.

El plano de la planta propuesta se presenta en la el Anexo Nº 2, y las especificaciones técnicas en el Anexo Nº 3.

B. Equipamiento

Para cada recinto del CICAM se ha definido el equipamiento requerido que permita el normal desarrollo de las actividades. Su detalle se encuentra en el Anexo Nº 4.

V. SISTEMA DE INFORMACION

Con el fin de mantener información actualizada del CICAM, se hace necesario que la Institución Patrocinadora, junto a la Administración, establezcan el **sistema de registros** que consideren pertinente. Además de un sistema contable adecuado, a modo de sugerencia se proponen:

A. Ficha Integral del AM

Esta ficha es de uso permanente y se actualiza cada vez que se efectúe el control de salud al beneficiario; contiene al menos la siguiente información:

- a) Antecedentes personales
- b) Aspectos socio-económicos
 - Situación residencial
 - Situación económica
- c) Condiciones de salud
 - Antecedentes históricos: personales y familiares
 - Condiciones nutricionales
 - Capacidad funcional
- d) Actividades en que participa
 - Nombre de la actividad
 - Duración
 - Horario

B. Libro de Control de Asistencia

Se propone el uso de dos libros, uno para los usuarios del CICAM y otro para el personal. Se ubica en la sala de uso múltiple y será controlado por el Administrador o quien él designe.

C. Listado de Actividades Recreativas

Es confeccionado por el Terapeuta Ocupacional del CICAM, cada vez que se renueven las actividades ofrecidas. Se incluye el número de cupos, horario y quienes realizan cada una de estas actividades, registro que se mantiene permanentemente actualizado.

D. Sistema de Control de Inventarios

En cada recinto existe una nómina visible de los bienes muebles, para ser controlada en forma esporádica; es actualizada una vez al año por el Administrador del CICAM.

E. Sistema de Control de Existencia

Se lleva un registro para cada uno de los productos existentes en bodega, el que incluye los ingresos, egresos y saldos, según la ocurrencia de cada ítem, el que es actualizado una vez al mes.

F. Sistema de Adquisiciones

El sistema debe ser transparente y caucionar los intereses de los distintos agentes que participan en el financiamiento del CICAM.

CAPITULO 4

IDENTIFICACION DE COSTOS Y BENEFICIOS DEL PROYECTO

I. COSTOS DEL PROYECTO

Los costos que intervienen en el funcionamiento del CICAM se clasifican en **costos de inversión** y **costos de operación**, para los cuales se ha determinado el mínimo costo en que se puede incurrir.

Los costos de inversión incluyen los costos de terreno, edificio, equipamiento y puesta en marcha. Los costos de operación, estimados para un año normal de funcionamiento, han sido divididos en costos generales y de administración, y por otra parte, se han determinado los costos específicos por servicio, considerando la prestación de los servicios del CICAM.

A. Costos de Inversión

1. Terreno

El terreno requerido para la construcción del CICAM es de **875 m²**, que incluye una superficie suficiente para la edificación y áreas libres.

El precio del terreno se estima en 1 UF el m², correspondiente al de terrenos urbanizados de sectores periféricos pobres del Gran Santiago¹. El costo total del terreno asciende a 875 UF, equivalente a \$5.818.348 (valor UF= \$6.649,54 al 31.10.90).

Por ser el terreno un bien no transable internacionalmente, y al no existir impuesto de transferencias en el mercado de bienes raíces, se considera que el valor de mercado del terreno refleja su valor social.

¹ Información proporcionada por el Servicio de Impuestos Internos, Depto. de Avaluciones.

2. Edificio

De acuerdo al diseño arquitectónico propuesto para el CICAM, la superficie a construir es de 313 m². El tipo de construcción considerada es de albañilería de ladrillo reforzada, con una vida útil económica estimada de 30 años.

El costo de construcción asciende a 12,8 UF el m², cuyo valor se determinó tomando como base la información de la Memoria Año 1989, publicada por el Ministerio de Vivienda y Urbanismo. Así, el costo total de la edificación asciende a 4.006 UF, equivalente a \$26.638.057.

El costo social de la edificación, corresponde al valor privado sin IVA y distribuido por los componentes de costos de materiales y mano de obra, con sus respectivos ajustes por valoración social. El detalle de cálculo del costo social se muestra en Cuadro N° 4.1.

Cuadro N° 4.1

Costo Social de Edificación según Componentes de Costo
(\$ de octubre de 1990)

Componente costo	% participación	Costo privado sin IVA según componente (\$)	Factor ajuste	Costo social (\$)
Materiales no transables	36%	8.126.865	1,00	8.126.865
Materiales transables <u>a/</u>	24%	5.417.909	1,10	5.959.700
Mano de obra calif. <u>b/</u>	5%	1.128.731	1,00	1.128.731
Mano de obra Semi-cal. <u>b/</u>	20%	4.514.925	0,66	2.979.850
Mano de obra No-calif. <u>b/</u>	15%	3.386.194	0,59	1.997.854
Total	100%	22.574.624		20.193.000

FUENTE: Elaboración propia, basado en la distribución de costos para una construcción de albañilería tipo.

- a/ Se supone que el componente de materiales transables corresponde a bienes exportables y su factor de ajuste considera el costo social de la divisa.
- b/ Factor de ajuste para mano de obra según calificación, recomendado por MIDEPLAN.

3. Equipamiento

El costo de equipamiento considera el **mobiliario y equipos necesarios para la operación del CICAM**, cuya vida útil estimada es de 10 años.

Para la estimación del costo social del equipamiento se considera su costo privado sin IVA, y se ha supuesto que el 70% del equipamiento corresponde a bienes importables y el 30% restante son no transables.

El factor de ajuste para bienes importables incluye el costo social de la divisa y la corrección por tarifa arancelaria.

$$\frac{\text{Factor ajuste divisa}}{1+\text{tasa arancelaria}} = \frac{1.1}{1+0.15} = 0.96$$

Con estas consideraciones, el costo social del equipamiento resulta:

$$\frac{\text{Costo privado}}{1+\text{IVA}} \times 0.70 \times \text{Factor ajuste} + \frac{\text{Costo privado}}{1+\text{IVA}} \times 0.3$$

$$\frac{2.716.700}{1.18} \times 0.70 \times 0.96 + \frac{1.716.700}{1.18} \times 0.3 = \$2.237.824$$

El detalle del equipamiento con sus ítems y costos se muestra en el Anexo N° 4.

4. Puesta en Marcha

Se considera un **período de 3 meses**, desde el momento en que se concluye la construcción del CICAM hasta el inicio de la operación normal. En este período se desarrollará la evaluación y selección de los socios.

Los costos asociados a la puesta en marcha del proyecto, incluyen los gastos de sueldos del equipo profesional que iniciará el trabajo de selección de los AM y el consumo de servicios básicos durante ese período.

Los requerimientos para esta etapa con sus respectivos costos privados y sociales, se muestran en el Cuadro Nº4.2.

Cuadro Nº 4.2

Requerimientos de Personal y otros para Período de Puesta en Marcha
(\$ de octubre de 1990)

Requerimientos	Costo privado mes (\$)	Costo privado puesta en marcha (\$)	Costo social puesta en marcha (\$)
Personal			
- Asist.Social <u>a/</u>	150.000	450.000	450.000
- Enfermera <u>b/</u>	49.500	148.500	148.500
- Aux.enfer. <u>b/</u>	27.500	82.500	82.500
- Terapeuta <u>b/</u>	49.500	148.500	148.500
- Aux.serv. <u>b/</u>	26.000	78.000	46.020
- Vigilante	26.000	78.000	46.020
Consumos Básicos <u>c/</u>	7.852	23.556	19.963
TOTAL	336.352	1.009.056	941.503

FUENTE: Elaboración propia.

- a/ Se supone un requerimiento de una asistente social en jornada completa quien realizará las labores de asistencia social y de administración del CICAM.
- b/ Considera el requerimiento de este personal en media jornada.
- c/ Se estima un consumo de servicios básicos, equivalente al 10% del costo de un mes normal de operación.

B. Costos de Operación

1. Costos Generales y de Administración

Estos costos corresponden a todos aquellos costos **no asignables directamente a los servicios** del CICAM. Incluye remuneraciones del personal administrativo y de servicio, consumos básicos y costos de mantención y reparaciones.

a) Remuneraciones: Como remuneración del personal administrativo y de servicio, se considera el **sueldo bruto** más el costo de la **alimentación que recibe** en el establecimiento el personal de jornada completa.

El costo social de las remuneraciones considera por una parte la valoración social de la mano de obra, que es de 100% para el personal calificado y de 59% para el no calificado (auxiliar servicio, vigilante) y por otra, el valor sin IVA del costo de la alimentación.

En Anexo Nº 5, Cuadro Nº A.5.1, se muestra el detalle de cálculo de los costos privados y sociales por concepto de remuneraciones del personal.

b) Consumos Básicos: En este rubro se incluyen los costos de **electricidad, agua potable, gas y teléfono**, en aquella proporción no asignada directamente a los servicios.

La memoria de cálculo para la estimación del consumo de estos servicios básicos se presenta en los puntos A, B, C y D del Anexo Nº 5 y un resumen de ellos en el Cuadro A.5.4 del mismo anexo.

El costo social de los consumos básicos está determinado por su precio privado sin IVA.

c) Mantención y Reparaciones: Este ítem contempla los costos relativos a la mantención y reparaciones del inmueble, tales como de los servicios sanitarios, sistema eléctrico, recubrimientos y pavimentos.

Se estima un gasto promedio anual equivalente al 1% del costo de edificación. Su costo social está dado por su valor privado sin impuesto.

2. Costos Específicos de los Servicios

Estos costos corresponden a todos aquellos costos **asignables a cada uno de los servicios** que proporciona el CICAM, correspondiendo éstos, principalmente a materiales, personal directo y consumos básicos.

a) Servicio de Alimentación: Los costos directos asociados a este servicio corresponden al costo de las **raciones de almuerzo, colación, desayuno y onces**. Estas raciones se proporcionarán durante 252 días/año, con excepción de las colaciones, cuya entrega se efectúa exclusivamente los días sábados, domingos y festivos, con un total de 113 días al año.

El costo unitario con IVA incluido de cada ración es de \$140, para almuerzo y colación, y de \$94 para desayuno y onces. Estos valores corresponden a la entrega de raciones a través de un sistema de concesionarios.

El costo social del servicio de alimentación corresponde al costo de las raciones entregadas, valoradas a su precio privado sin impuestos.

El detalle de cálculo de estos costos se muestra en el Anexo Nº 5, Cuadro Nº A.5.6.

Se incluye además como costo asociado al servicio, el gasto por nutricionista y por consumos básicos.

b) Servicios de Salud Preventiva, Salud Asistencial, Guardería, Terapia Ocupacional, Servicio Social y Asistencia a Convalecientes: El principal componente de costo directo asociado a estos servicios se refiere a las **remuneraciones del personal** especializado requerido para cada servicio, el que incluye además el costo de la alimentación a recibir en el establecimiento.

El costo de remuneración de cada profesional se ha distribuido proporcionalmente de acuerdo a las horas de trabajo dedicadas a los distintos servicios.

El costo social de las remuneraciones tiene un valor igual a su costo privado, dado que se trata de mano de obra calificada y el componente de alimentación, cuando corresponda, se valora a su precio privado sin impuesto.

En los Cuadros Nos. A.5.7, A.5.8, A.5.9 y A.5.10 del Anexo Nº 5 se muestra el detalle de cálculo de los costos por concepto de remuneraciones de los distintos profesionales que participan en los servicios de salud, servicio social, terapia ocupacional, guardería y asistencia a convalecientes.

Como costo asociado a los distintos servicios, se ha considerado también el costo de los consumos básicos (luz, agua, gas y teléfono), distribuido de acuerdo al criterio de asignación que se muestra en Cuadro Nº A.5.5 del Anexo Nº 5.

Otro componente de costo de los servicios del área salud y terapia ocupacional, corresponde a los materiales requeridos para las actividades educativas y de asistencia y aquellos materiales destinados a talleres de ergoterapia. Su costo social está dado por el valor de mercado sin impuestos. Las colocaciones del servicio de convalecencia son también un importante componente de costo para los servicios del área salud; su costo social se considera igual al privado.

Se ha imputado, además, el costo de formación de los monitores voluntarios y el costo social de su tiempo, a quienes por ser personas sin calificación, se les atribuye una remuneración equivalente al salario mínimo, corregido por el factor de ajuste social correspondiente a mano de obra no calificada, el cual es de 0,59. En el Cuadro Nº A.5.11 del Anexo Nº 5, se detalla el cálculo de costo por este concepto.

Los costos de inversión y de operación totales, tanto privados como sociales se muestran en Cuadro Nº 4.3.

Si se consideran los costos específicos de cada servicio, la capacidad de ellos y el número de prestaciones programadas por beneficiario, es posible obtener un costo unitario de cada prestación, así como el costo

Cuadro Nº 4.3

Costos Privados y Sociales del Proyecto
(\$ de octubre de 1990)

	Costo a Precio Privado		Costo a Precio Social
A. Inversión			
*Terreno (875 m ²)	5.818.348		5.818.348
*Edificio (313 m ²)	26.638.057		20.193.000
*Equipamiento	2.716.700		2.237.824
*Puesta en marcha	1.009.056		941.503
Total Costo Inversión	36.182.161		29.190.675
	Costo a Precio Privado		Costo a Precio Social
B. Operación	Mensual	Anual	Anual
1. Costos Generales y de Adm.			
* Remuneraciones			
-Administrador (1/2 jorn)	76.330	915.960	913.524
-Secretaria Tecn. Soc.	57.660	691.920	687.048
-Auxiliar de serv.	28.660	343.920	211.128
-Yigilante nocturno	26.000	312.000	184.080
	188.650	2.263.800	1.995.780
* Consumos Básicos	25.585	307.019	260.186
* Materiales escrit. y aseo	9.450	113.400	96.102
* Gastos menores	5.000	60.000	50.847
* Mantenc. y reparac.	22.198	266.380	225.746
Total Costos Grales. y Adm.	250.883	3.010.599	2.628.661
2. Costos Específicos por Servicio			
* Alimentación			
-Almuerzo	176.400	2.116.800	1.793.898
-Colación	44.823	537.880	455.830
-Desayuno	67.116	805.392	682.536
-Onces	86.856	1.042.272	883.281
-Nutricionista	1.126	13.512	13.512
-Consumos Básicos	15.526	186.305	157.886
	391.847	4.702.161	3.986.943

Continuación Cuadro Nº 4.3

	Costo a Precio Privado		Costo a Precio Social
	Mensual	Anual	Anual
* Salud Preventiva			
-Control de Salud	51.964	623.568	622.980
-Educación en Salud	2.815	33.780	33.780
-Material enseñanza	1.000	12.000	10.169
-Consumos Básicos	2.381	28.569	24.211
	58.160	697.917	691.140
* Salud Asistencial			
-Asistencia Domicilio	8.234	98.804	115.025
-Coordinación Consultas	2.306	27.672	27.480
-Consumos Básicos	1.533	18.396	15.590
	12.073	144.872	158.095
* Guardería Frágiles			
-Cuidados	95.716	1.148.592	1.140.504
-Consumos Básicos	8.445	101.338	85.879
	104.161	1.249.930	1.226.383
* Servicio Social			
-Asistencia Social	51.904	622.848	621.192
-Colocación Laboral	3.817	45.804	45.684
-Consumos Básicos	2.033	24.038	20.371
	57.724	692.690	687.247
* Terapia Ocupacional			
-Socio-terapia	48.797	585.564	583.224
-Ergo-terapia	34.564	414.768	413.112
-Yida Diaria	28.678	344.136	342.384
-Materiales	36.000	432.000	366.102
-Consumos Básicos	8.218	98.620	83.576
	156.257	1.875.088	1.788.398

Continuación Cuadro Nº 4.3

	Costo a Precio Privado		Costo a Precio Social
	Mensual	Anual	Anual
* Asistencia Convalecientes			
-Colocación	60.000	720.000	720.000
-Medicamentos	2.000	24.000	20.339
-Asist. Social	13.739	164.868	164.424
-Enfermera	3.465	41.580	41.580
-Monitores	321	3.856	10.021
-Consumos Básicos	383	4.598	3.897
	79.908	958.902	960.261
Total Costos Específicos por Servicio	860.130	10.321.560	9.498.467
TOTAL COSTOS OPERACION	1.111.013	13.332.159	12.127.128

FUENTE: Elaboración Propia.

Notas: Valor UF al 31-10-90 = \$6.649,54.

Valor Dólar al 31-10-90 = \$ 319,19.

mensual asociado a determinados tipos de beneficiarios. En el Anexo Nº 6, se muestran en detalle estos costos.

El costo asociado al servicio de alojamiento, considerado opcional en la implantación del CICAM, se presenta en el Anexo Nº 7.

C. Costo Social Anual Equivalente

Identificados los costos de inversión y operación del proyecto, resulta necesario conocer su **equivalencia anual**, a objeto de **compararlo** con los **beneficios anuales** derivados del proyecto.

Para estos efectos, se determinó el costo social anual equivalente total, considerando la tasa social de descuento del año 1990, estimada por MIDEPLAN, de un 12% y la vida útil de cada componente de la inversión.

$$\begin{aligned} \text{Costo social anual equivalente} &= CT \times fr + CC \times fr + CE \times fr + CPM \times fr + CO \\ &= 5.818.348 \times 0,12 + 20.193.000 \times 0,1241 + 2.237.824 \times 0,1769 + 941.503 \times \\ &\quad 0,12 + 12.127.128 \\ &= \$15.840.132 \end{aligned}$$

donde:

CT = costo de terreno con una vida útil infinita.

CC = costo de construcción con vida útil estimada de 30 años.

CE = costo de equipamiento con vida útil estimada de 10 años.

CPM = costo de puesta en marcha.

CO = Costo de operación para un año normal de funcionamiento.

fr = Factor de recuperación $\frac{1}{1 - \frac{1}{(1+i)^n}}$

D. Costo Privado

El costo privado involucrado en el proyecto comprende el **costo de operación anual** que asciende a \$13.332.159, más el **costo de capital** que significa la inversión, equivalente a \$2.712.495, lo que totaliza un costo privado equivalente anual de \$16.044.654.

Para la determinación del componente costo de capital de la inversión se consideró una tasa de descuento de 6% real anual y la vida útil pertinente a cada ítem de inversión.

II. BENEFICIOS DEL PROYECTO

Los beneficios que se obtendrían con la operación del CICAM, se han clasificado en **inmediatos**, que son aquellos que se producen en cuanto los AM reciben las prestaciones y, beneficios **diferidos**, que son aquellos que se obtienen en períodos futuros.

A. Beneficios Inmediatos

1. Satisfacción de Necesidades Básicas

El análisis tradicional de costo-beneficio es neutral con respecto a cualquier transferencia de ingresos entre un grupo y otro de la sociedad, es decir un peso en manos de un grupo es igual a un peso en manos de otro. Este análisis no permite explicar la existencia de instituciones de beneficencia cuya función es precisamente apoyar a los sectores más necesitados.

Como en la práctica estas instituciones de ayuda existen, se revela una **disposición a pagar, por parte de la sociedad, para mejorar el bienestar de cierto grupo que se considera necesitado** de apoyo. Se supone que la disposición a pagar es mayor en la medida que los recursos se destinen a cubrir necesidades consideradas como básicas por la sociedad en un determinado momento.

Necesidades básicas se definen como aquellas que de no ser satisfechas parcial o totalmente, limitan el desarrollo de las potencialidades físicas y mentales de las personas y, en caso extremo, les pueden privar de la vida. Se clasifican en necesidades "materiales" (de subsistencia) y "no materiales".

Las necesidades materiales son aquellas que condicionan la supervivencia del individuo (alimentación, salud, vivienda) y otras que sin ser imprescindibles para la supervivencia, afectan el desarrollo físico e intelectual de la persona (educación, seguridad, empleo, justicia). Las necesidades básicas "no materiales" son afecto, autoestima y acceso a la cultura, entre otras. Es necesario tener presente que el umbral de

satisfacción de las necesidades básicas no es fijo y depende del país y del momento.¹

Bajo el **enfoque teórico de las necesidades básicas**, se han diseñado las actividades y prestaciones del CICAM, de modo de satisfacer diversas necesidades, más allá de las estrictamente de subsistencia. Todas estas prestaciones han sido diseñadas a un costo mínimo para hacerlas compatibles con las restricciones de recursos de un país en desarrollo.

a) Alimentación: La ingesta de calorías recomendada por la OMS-FAO es de 1.900 cal/día, para un AM de 65 kg de peso que realice actividad ligera. Las investigaciones realizadas en Chile demuestran que el consumo promedio de un AM es de 1.400 cal/día, con una desviación estándar de alrededor de 500 cal/día.

Si suponemos una distribución normal del consumo de calorías de los AM, los que cumplen totalmente la ingesta de calorías recomendada son el 16% del total, como se puede apreciar en la Figura Nº 4.1.

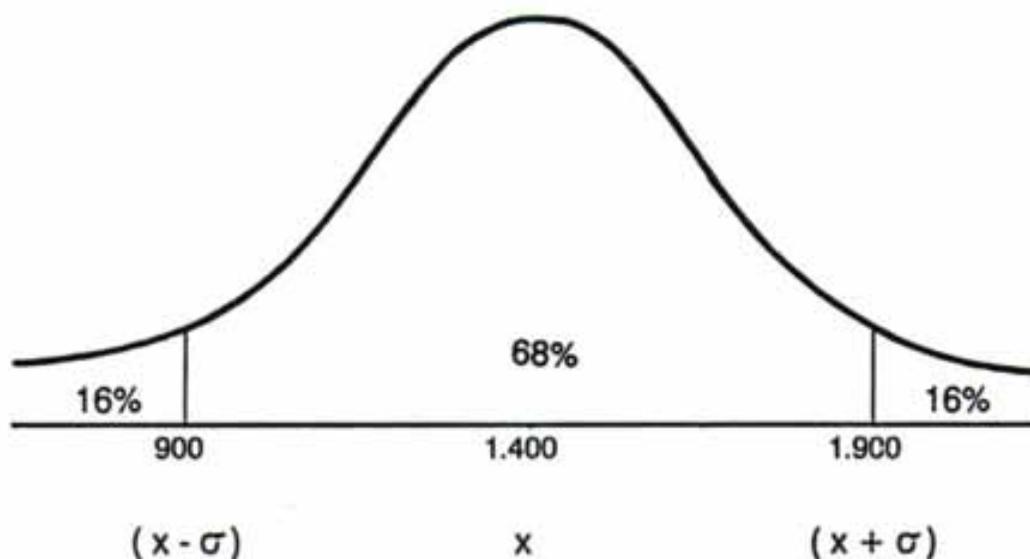
Si se denomina CA el consumo del grupo de AM con déficit nutricional y CB el consumo del grupo AM sin déficit, el promedio de calorías del segmento de AM que se encuentran con déficit (CA) se puede estimar aproximadamente como sigue:

$$\begin{aligned} CA \times 0,84 + CB \times 0,16 &= \bar{C} \\ CA \times 0,84 + 1.900 \times 0,16 &= 1.400 \\ CA &= 1.305 \end{aligned}$$

En consecuencia, la alimentación de los AM con déficit (que se supone coincide con los AM pobres) debe suplementarse **en promedio con 600 calorías** diarias. Sin embargo, la experiencia en programas de alimentación escolar, muestra que cuando se entrega comida fuera del hogar, disminuye el consumo dentro de éste y para atenuar este problema, se propone entregar un total de 800 calorías diarias.

¹ Extraído de estudio "Centro de desarrollo integral de la comunidad", Programa de Adiestramiento en Preparación y Evaluación de Proyectos, Instituto de Economía, Universidad Católica, 1987.

Figura Nº 4.1

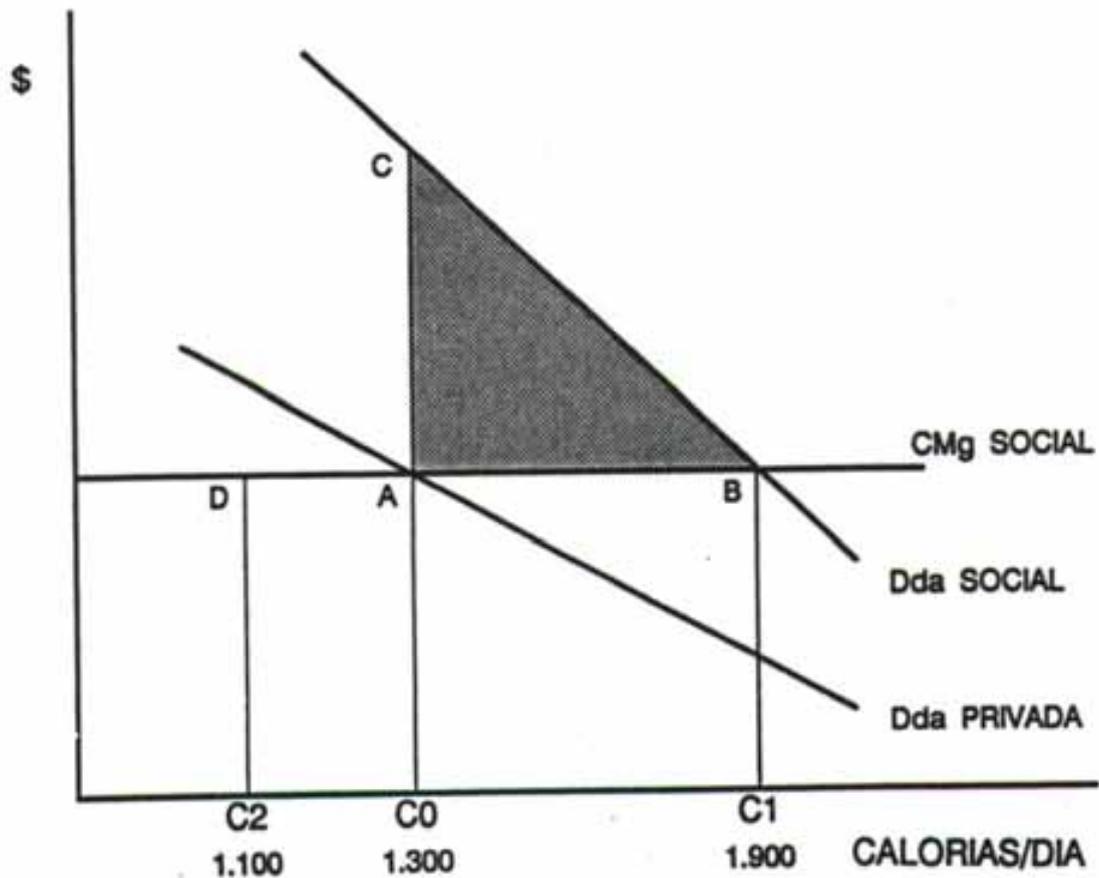
Consumo de Calorías de los AM en Chile

Se espera que las 200 calorías en exceso permitan cubrir otras necesidades básicas de los AM o sus familias y no constituya filtraciones no deseadas a otros grupos porque, a diferencia de los niños, los adultos mayores deciden en la mayor parte de los casos su consumo, ya que el 69% de ellos son jefes de hogar o viven solos y sólo el 28% vive de allegado con familiares o amigos. La alimentación entregada es **sólo un suplemento**, porque se desea evitar que el AM pase a depender totalmente del CICAM y pueda perder su habilidad para sobrevivir autónomamente. Además se desean conservar los vínculos y el apoyo que recibe el AM de su familia y de la comunidad en que vive.

En la Figura Nº 4.2 se muestra la situación sin proyecto y los efectos de éste para un AM pobre promedio.

Figura Nº 4.2

Beneficio Social de suplementar la Alimentación
de un AM pobre



Como se muestra en la figura el servicio de Alimentación permite pasar del consumo actual (C_0), que es inferior a lo deseado socialmente, hasta el óptimo social que se encuentra en C_1 y que está determinado por la intersección entre el costo marginal social y la demanda social. Con ello se obtiene el beneficio bruto por mayor consumo, el cual se mide bajo la curva de demanda social entre C_0 y C_1 (Área $C_0 - C - B - C_1$).

En la Figura Nº 4.2 también se muestra la disminución de consumo de alimentos de los AM en su domicilio (Área $C_2 - D - A - C_0$) y que se denomina

"filtraciones". Se supone que estas filtraciones tendrán como beneficio satisfacer otras necesidades básicas de los AM o de personas de su grupo familiar, lo cual es razonable considerando su situación económica de pobreza.

El costo social de las calorías entregadas corresponde al área $C_0 - A - B - C_1$ más el área $C_2 - D - A - C_0$, ambas medidas bajo la curva de costo marginal social.

En consecuencia, se obtendrá un beneficio neto representado por el área achurada $A - C - B$. Sin embargo, como esta área no se pudo medir, no se contabilizó dentro de los beneficios, por lo que en definitiva **el beneficio de entregar alimentación se computó como igual al costo** (considerando que el costo es mínimo), cuyo valor se calcula en la sección correspondiente dentro del mismo capítulo. De esta manera se obtiene una estimación subvaluada de los beneficios por concepto de alimentación.

b) Salud Asistencial

i) Coordinación de consultas de morbilidad: Los beneficios de asistir a una consulta son diferentes según la urgencia que tenga el paciente, así como los costos también difieren para cada persona, dependiendo de la distancia al consultorio, de la condición general del AM, del costo alternativo de su tiempo y de su capacidad de soportar la espera en el consultorio.

De esta forma, las consultas de los pacientes frágiles, por ejemplo, tenderán a ser menos frecuentes aunque sean más necesarias para algunos de ellos. Del mismo modo, un AM normal que sufra de incontinencia urinaria, por ejemplo, tendrá un mayor costo de obtener su consulta.

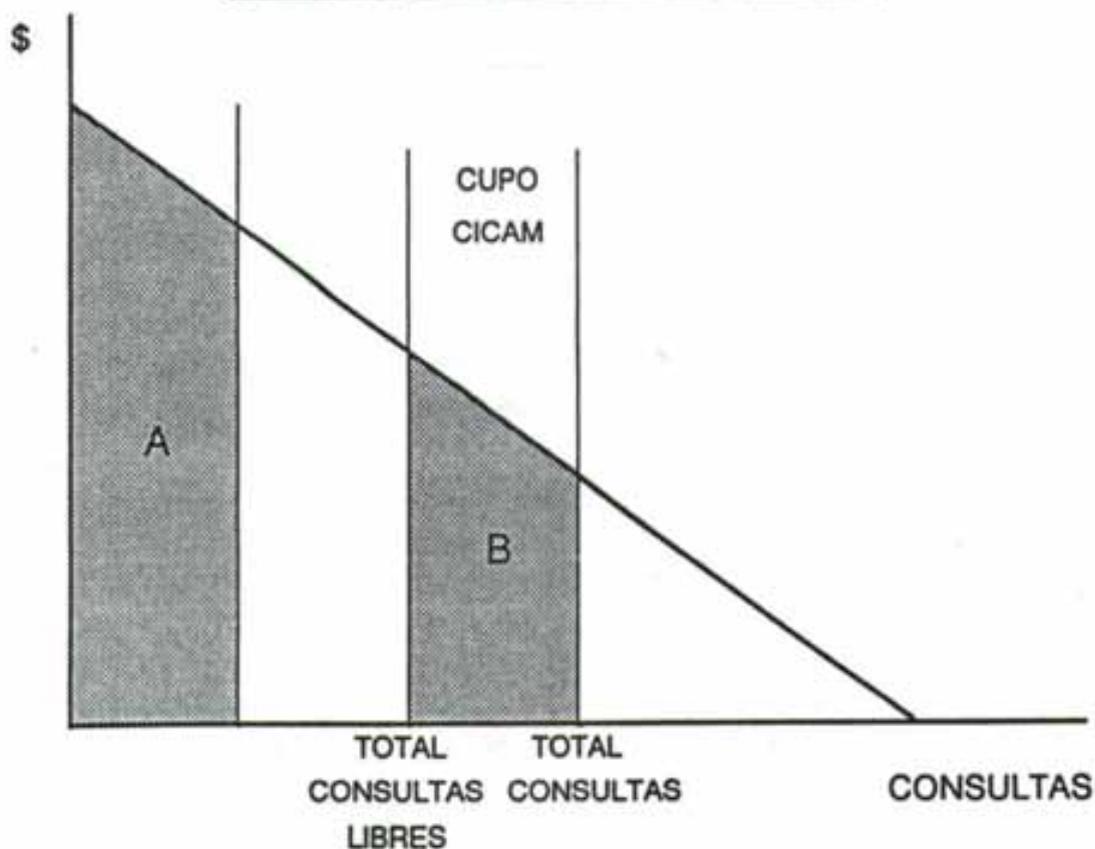
Un AM puede valorar su consulta en un monto elevado, sin embargo, las dificultades para obtenerla hacen que el costo sea mayor a la valoración, en consecuencia decide no asistir al consultorio, siendo su lugar ocupado por una persona que valora la consulta menos que el AM.

El sistema de reserva de cupos permite **distribuir parte de las consultas según la valoración de cada individuo**, que supondremos depende de la urgencia y será determinada por un profesional del CICAM. Al

tener un cupo garantizado a una hora pre-definida, el costo de obtener la consulta se reduce y ésta es aprovechada por el paciente que la valora más, provocando una disminución en el número de consultas disponibles para los demás, como se muestra en la Figura Nº 4.3.

Figura Nº 4.3

Beneficio de la Redistribución de Consultas



Como se aprecia en la figura, las personas que ahora no pueden alcanzar alguno de los cupos libres, pierden el área B, pero los AM que reciben los cupos garantizados del CICAM ganan el área A y dado que su valoración de la consulta es mayor, se obtiene un beneficio social neto de $A-B$, el que, por no disponer de la información adecuada, no pudo ser cuantificado.

ii) Asistencia a Domicilio: El beneficio de esta prestación es permitir detectar a tiempo los problemas que motivan la ausencia del AM al CICAM,

de modo de poder **ayudarlo oportunamente ante dificultades** de orden social, psicológico o de salud.

c) Necesidad de Recreación y uso del tiempo libre: La recreación es una **necesidad básica no material** y se considera como tal, porque es imprescindible para mantener la salud mental. En este caso no se conoce con precisión el consumo óptimo ni el consumo actual del servicio, pero siguiendo un razonamiento similar a las necesidades de alimentación, se supone que el **beneficio obtenido** es, a lo menos, **igual al mínimo costo** de producir el servicio que, en el caso del CICAM se denomina Terapia Ocupacional y que se detalla en la sección correspondiente dentro de este mismo capítulo.

2. Liberación de Recursos

a) Liberación de Tiempo: Los AM frágiles que viven en sus casas **requieren ser cuidados** por un miembro de la familia, ya que no pueden realizar solos todas las actividades de la vida diaria. En algunos casos este cuidado **impide** que una persona se incorpore a la fuerza laboral o que estudie.

Para asegurar que el servicio de guardería obtenga el beneficio esperado, sus vacantes se reservarán para aquellos casos en que la persona a cargo del AM se emplee dentro de un plazo predeterminado, o que se trate de un estudiante.

Cuando la persona que anteriormente cuidaba al AM comienza a trabajar, obtiene un beneficio de al menos \$26.000 (salario mínimo) con un costo por trabajar de \$15.000, que corresponde al costo social de la mano de obra no calificada en Chile; al mismo tiempo, recibe el beneficio de liberarse del trabajo de cuidar al AM, que supondremos, se valora también en \$15.000 igual que el costo por trabajar. En consecuencia, el **beneficio social neto** de cuidar un AM frágil en el CICAM es de **\$26.000/AM**.

Para el razonamiento anterior, debe suponerse también que la calidad del cuidado en el CICAM, es a lo menos igual que en el hogar, lo cual es razonable, dadas las posibilidades de alimentación y actividad que se abren para el AM. El detalle del cálculo de este beneficio se indica en el punto A del Anexo Nº 8.

b) Reducción de Costos por Asistencia a Convalecientes: En los servicios de hospitalización, es frecuente encontrar AM que permanecen internados por un **plazo superior a lo requerido técnicamente**. Esto se debe a que no tienen hogar, o bien en caso de tenerlo, las condiciones de higiene, o el hecho de vivir solos, no permite una convalecencia aceptable, debiendo cumplir íntegramente este período en el hospital. Para evitar ésto se propone el servicio de convalecencia en domicilio.

El beneficio de este servicio se puede medir por el **ahorro de costos de hospitalización**, que es de \$12.000/día en un hospital general¹, sin embargo no se consideró todo este beneficio como imputable al CICAM porque este ahorro se puede lograr igualmente en otro establecimiento. En consecuencia, el beneficio que se atribuyó al CICAM es el **ahorro de costo de una solución alternativa**, que ya es empleado por algunos hospitales y que consiste en la colocación del AM en una clínica para su convalecencia.

Estimando que con la prestación del CICAM se mantendrán 2 cupos ocupados durante todo el año, el beneficio (costo de un hospital) es:

- Clínica	1.440.000
- Asistencia Social (2 x CICAM)	328.848
- Medicamentos	20.339
- Consumos Básicos (teléfono)	3.897
	<hr/>
Total	1.793.084

c) Ahorro de Consultas Innecesarias: La experiencia de los profesionales que trabajan en consultorios indica que del total de consultas de AM, **hay un porcentaje importante que no corresponde a razones de salud** y que se genera porque el AM necesita hacer vida social, dar a conocer sus problemas y buscar orientación para sus dificultades de orden socioeconómico.

¹ Información del Hospital San Juan de Dios, perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

Las necesidades de compartir con otras personas y encontrar orientación son satisfechas en el CICAM, mediante el contacto con otros AM, con la enfermera y con una asistente social que los podrá escuchar y ayudar a encontrar solución a algunos problemas. De este modo se obtendrá el beneficio de descongestionar la atención en consultorios para niños, adultos jóvenes y AM efectivamente enfermos que requieren atención de salud.

No existen registros en los consultorios que muestren el porcentaje de consultas innecesarias que se producen actualmente, por lo cual se ha realizado una estimación muy preliminar, que utilizando supuestos conservadores, indica como ahorro 290 consultas por año. El detalle de este cálculo se indica en el punto B del Anexo Nº 8.

3. Producción de los Talleres

Dentro de las actividades del CICAM se encuentra la de Ergoterapia, que opera a través de talleres de trabajo. El objetivo de esta actividad es ocupar el tiempo libre y mantener y recuperar las capacidades de los AM, con lo cual ya se justifica la entrega del servicio. Junto con esto, parte de los asistentes a estas actividades, tendrán la capacidad de fabricar **productos de calidad** suficiente para obtener un beneficio adicional con la **venta de estos productos**. Para efectos de no sobrestimar este beneficio, se supuso que el precio de venta de los productos es igual al costo de los materiales usados en ellos. Este costo se describe en la sección correspondiente dentro de este capítulo.

4. Colocación Laboral

Existen empleos que no requieren mayor calificación o fuerza física sino que las características necesarias son honradez, paciencia y responsabilidad, por ejemplo los empleos de ascensorista, mensajero, algunos servicios de limpieza y custodia. En estas ocupaciones la condición de AM puede transformarse en una **ventaja** si es que éste dispone de buena salud y el respaldo de una institución que garantice ante el eventual empleador que el AM reúne las condiciones requeridas.

El beneficio de este servicio es, en algunos casos, **acortar el tiempo de búsqueda del empleo** y en otros **hacer posible el ingreso al trabajo** de AM que de otra forma no encontrarían empleo.

Los supuestos ocupados para estimar el beneficio son los siguientes: el CICAM podrá colocar un AM cada dos meses, el 50% de las colocaciones corresponden a reducción del período de búsqueda, el 50% restante corresponde a empleos que de otra forma no se obtendrían y, en ambos casos, los AM permanecerían en sus empleos durante dos años. Bajo estos supuestos, en régimen, se **mantendrían 7,5 AM empleados**, con un beneficio neto por trabajar de \$11.000/AM (Ver Anexo Nº 8, punto C).

B. Beneficios Diferidos

En la medida que las condiciones de vida de una población sean mejores, **existirá un menor porcentaje de personas que perderán su autovalencia**. Ello se hace particularmente notorio en la vejez, donde el organismo no tiene la capacidad de antes para soportar malas condiciones de alimentación y abrigo; esta característica de los AM hace que en los AM pobres se produzca una mayor separación entre los porcentajes de sobrevivencia y autovalencia, como se muestra en la Figura Nº 4.4.

Las prestaciones del CICAM, tratan de mejorar las condiciones de vida de los AM pobres, para lograr que la curva de autovalencia **pueda acercarse a la de sobrevivencia y lograr que un mayor porcentaje de AM pueda mantenerse autovalente durante toda su vida.**

El beneficio futuro que se logra con todas las prestaciones es la diferencia entre la calidad de vida de los AM que asisten al CICAM versus la de aquellos que no lo hacen. Este beneficio debería medirse por la diferencia en gastos de salud y cuidado entre un AM socio del CICAM y otro que no lo es, durante el período que media entre los 60 años (inicio de la vejez) y los 80 años (expectativa de vida en Chile de un AM de 60 años), como se muestra en la Figura Nº 4.5.

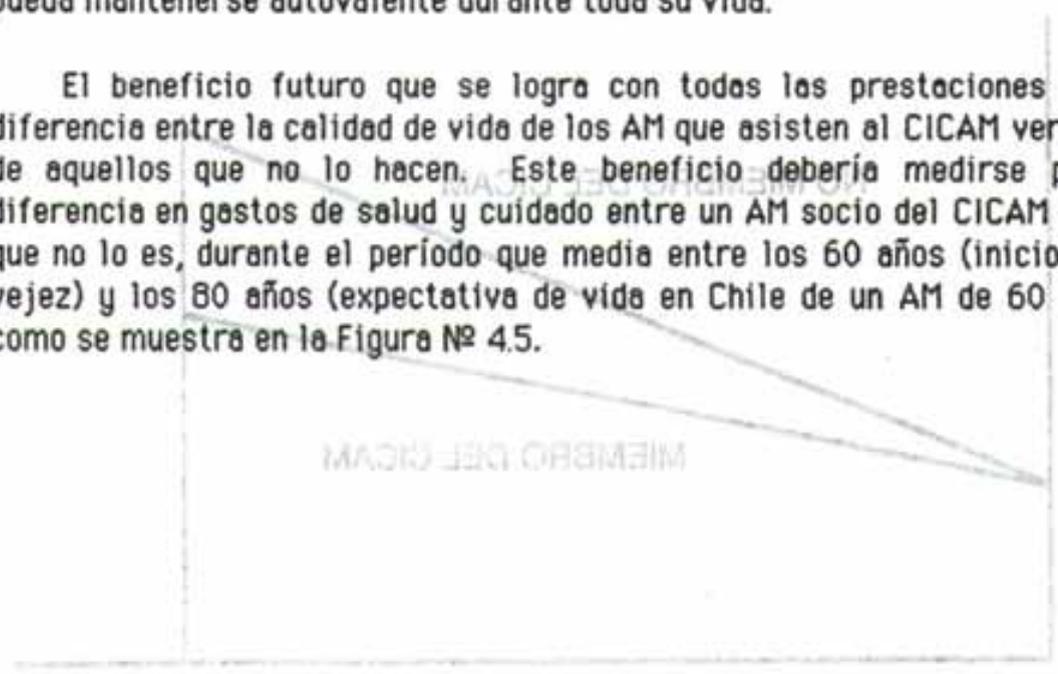


Figura Nº 4.4

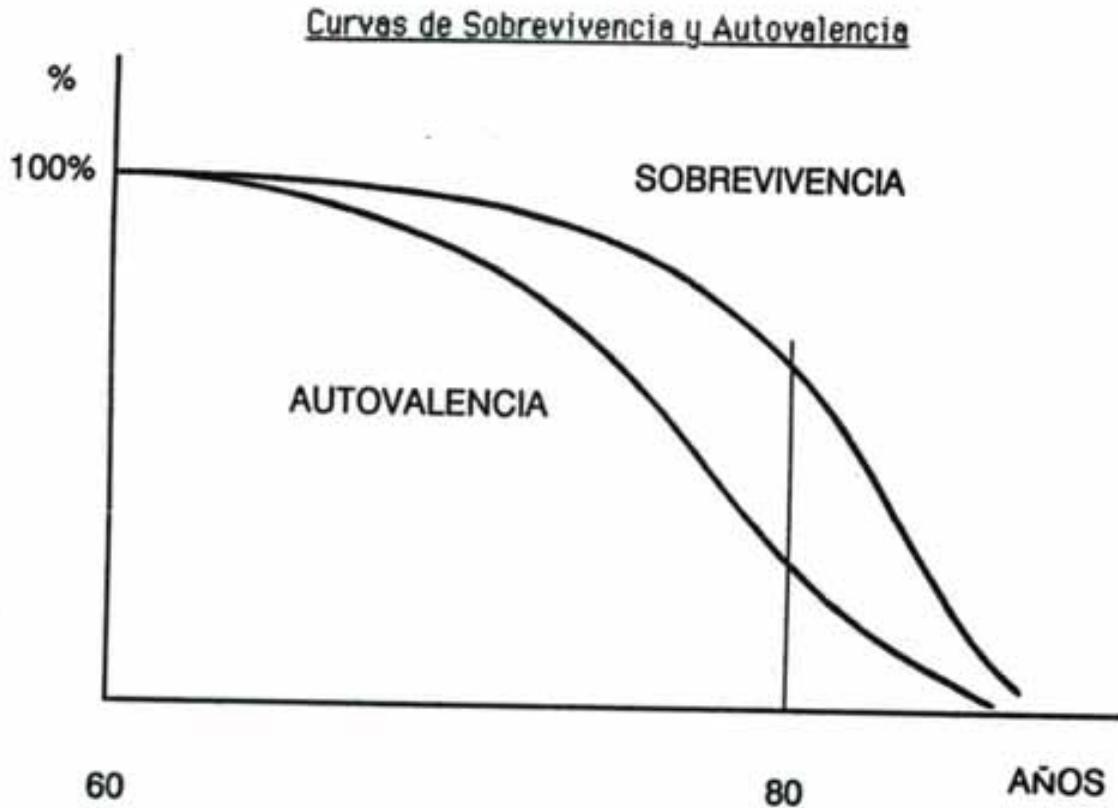
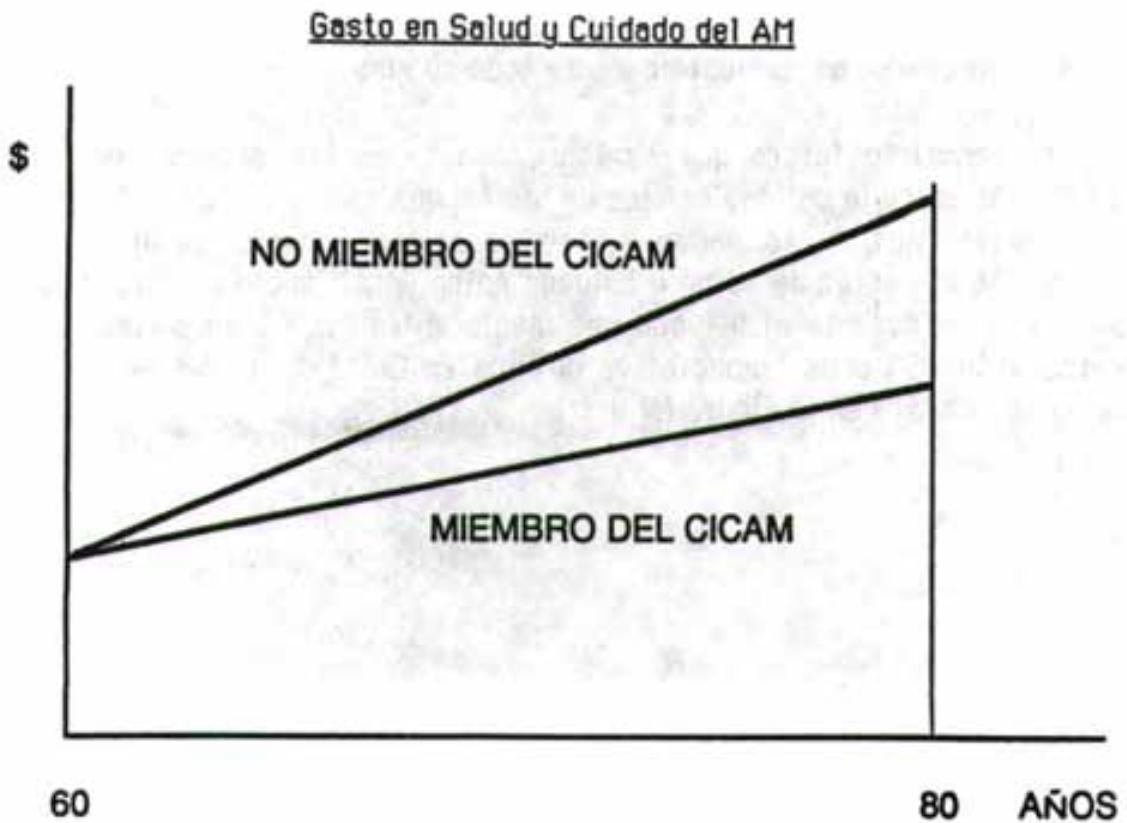


Figura Nº 4.5



C. Resumen de Beneficios

En el Cuadro Nº 4.4 se presenta un resumen de los beneficios del proyecto, tanto de aquellos que se han medido, como de los que sólo han sido identificados en la evaluación del proyecto.

Cuadro Nº 4.4

Beneficios Sociales Anuales del Proyecto
(\$ de octubre de 1990)

Item	Beneficio Social
A. <u>Beneficios Inmediatos</u>	
1. Satisfacción de Necesidades Básicas	
- Alimentación <u>a/</u>	3.986.943
- Salud Asistencial <u>b/</u>	158.095
- Terapia Ocupacional <u>c/</u>	1.788.398
2. Liberación de Recursos	
- Liberación de tiempo <u>d/</u>	4.992.000
- Asistencia a Convaleciente <u>e/</u>	1.793.084
- Ahorro de consultas innecesarias <u>f/</u>	72.500
3. Producción de Talleres <u>g/</u>	432.000
4. Colocación Laboral <u>h/</u>	990.000
B. <u>Beneficios Diferidos</u>	
- Ahorro salud curativa <u>i/</u>	691.140
- Mejor calidad vida <u>j/</u>	No cuantificado
Total	14.904.160

FUENTE: Elaboración propia.

a/: Se consideró como beneficio, el costo de las raciones de almuerzo, colación desayuno u onces que se dan en el CICAM.

b/: Corresponde al costo de los servicios de coordinación de consultas y visita domiciliaria.

c/: Se valora al costo de las actividades de socioterapia, ergoterapia y vida diaria.

d/: Corresponde al ingreso que se obtiene en el tiempo que el CICAM libera a familiares del cuidado del AM frágil.

e/: Ahorro de días cama en una clínica contratada por un hospital para estos fines.

f/: Como se detalla en el Anexo Nº 8, bajo supuestos conservadores, se ahorran 290 consultas por año, que se valoran a \$250 cada una.

g/: Se considera (como hipótesis conservadora) que los AM no agregan valor a los materiales entregados en los talleres.

h/: Ver Anexo Nº 8.

i/: Se valoró al costo de la salud preventiva.

j/: No cuantificado

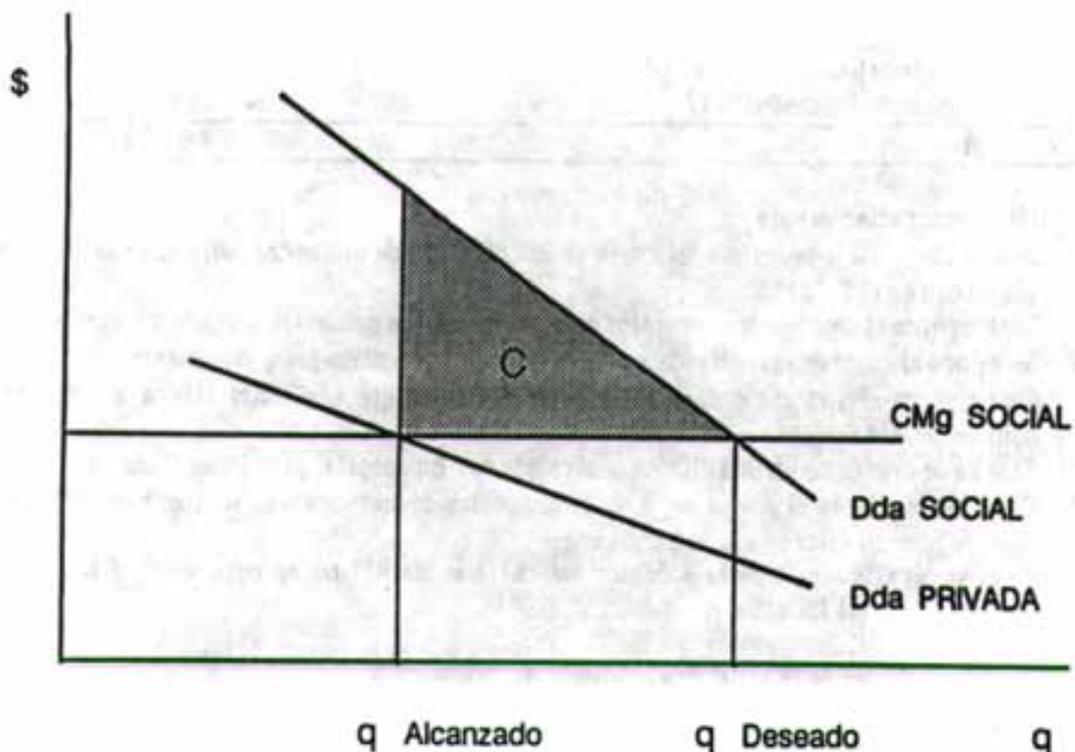
III. BENEFICIO NETO

La diferencia entre los beneficios y costos sociales del proyecto CICAM muestra un **Beneficio Social Neto Negativo de M\$936**, si se considera sólo la parte cuantificable del beneficio. Como además hay beneficios identificados pero no cuantificados, es claro que el beneficio neto del proyecto aparece **subestimado**.

Entre los beneficios no medidos, se tiene el beneficio social neto que, al adoptar el enfoque de necesidades básicas, se produce por el incremento de consumo del grupo objetivo hasta el nivel definido como **óptimo social**, el cual no fue considerado, ya que como se recordará, los beneficios atribuibles a los servicios de alimentación, salud y terapia ocupacional fueron valorizados únicamente al costo de proveerlos. El beneficio neto no medido corresponde al área C de la Figura Nº 4.6, dado por el mayor consumo de la cantidad alcanzada a la cantidad deseada.

Figura Nº 4.6

Beneficio Social Neto por Mayor Consumo



A los beneficios no medidos ya indicados, debe agregarse el **beneficio intangible de la prolongación y mejor calidad de vida** que se pretende alcanzar para los AM beneficiarios del proyecto durante la etapa que va desde los 65 hasta alrededor de los 80 años. Una aproximación para medir los efectos que tiene el proyecto CICAM en su conjunto sobre la calidad de vida de sus beneficiarios, estaría representado por el Índice de Actividades Diarias de los AM que asisten al CICAM en comparación con el de aquellos que no lo hacen. Desde un punto de vista estrictamente económico, este beneficio se traduciría en la diferencia de costos de salud y cuidados que presentarían estos mismos AM.

IV. FINANCIAMIENTO Y REGIMEN DE ADMINISTRACION

A. Consideraciones Generales

Atendiendo a las características del CICAM, de ser un organismo autónomo, patrocinado por una institución, se han delineado diversas alternativas para su financiamiento y régimen de administración.

En cuanto al **financiamiento de la inversión** requerida para implantar un CICAM, éste puede provenir de **fuentes estatales o privadas**, o bien adoptar un financiamiento de tipo mixto. Si el financiamiento total o parcial es de carácter público, los recursos pueden obtenerse a través de las fuentes tradicionales que el Estado dispone para financiar proyectos sociales. En tanto, si es de carácter privado se considera la posibilidad de que corporaciones, fundaciones de derecho privado u otras ONG de carácter benéfico se interesen en financiar total o parcialmente la inversión requerida por el CICAM.

En lo que respecta al **financiamiento de la operación**, si bien las **fuentes posibles son las mismas consideradas para la inversión**, su grado de participación puede ser totalmente diferente. A modo de ejemplo, el Estado puede contribuir en el financiamiento a través de una

subvención mensual por AM atendido, similar al sistema de subvenciones utilizado en la educación escolar.

Adicionalmente, y teniendo presente el interés de evitar la imagen de caridad de los servicios otorgados, se **recomienda la participación de los propios socios en el financiamiento operacional del CICAM**. Un aporte mensual del AM, de acuerdo a sus posibilidades económicas, permite al mismo tiempo respaldar su derecho a exigir por la calidad de los servicios obtenidos.

Por otra parte, dado el carácter comunitario que se desea obtener del CICAM, también resulta de gran importancia promover **la participación de la comunidad en su financiamiento**, a través del aporte de empresas o de particulares del sector donde se encuentre localizado. También, algunos recursos derivados de **la venta de los productos elaborados** en el CICAM pueden considerarse como fuente complementaria de financiamiento.

Finalmente, la operación y administración se recomienda esté bajo la tutela de una institución patrocinadora, sea ésta de carácter público o privado, procurando en todo caso, el máximo de autonomía y descentralización, en el sentido de la responsabilidad que le cabe por la eficiencia y sobrevivencia del CICAM.

A modo de resumen, en el Cuadro Nº 4.5 se muestran las diversas alternativas contempladas para el financiamiento y régimen de administración del CICAM y que se estiman como más probables y recomendables por su mayor grado de coherencia con la filosofía de operación del CICAM.

B. Financiamiento Privado

La finalidad de este análisis es presentar una estimación de los ingresos y egresos efectivos del CICAM, con el fin que la institución patrocinadora sepa cual será el aporte que se requerirá de su parte para mantener la operación.

Cuadro Nº 4.5

Alternativas de Financiamiento y Administración
para un CICAM

Alternativa	Financiamiento				Administración	
	Inversión		Operación		Pública	Privada
	Pública	Privada	Pública	Privada		
A	X	X	X	X		X
B	X		X	X		X
C		X		X		X

FUENTE: Elaboración propia.

Las partidas que generan ingresos para el CICAM son el aporte de los propios AM o de sus familias y la producción de los talleres de ergoterapia.

Las partidas que generan costos son las presentadas en el Capítulo 4, bajo el nombre de costos privados.

1. Ingresos de Operación

a) Cuota de los Socios: El sistema de cobro para los servicios tiene como objetivo que el AM no perciba al CICAM como una mera institución de caridad, sino que también se sienta partícipe de su mantención y al mismo tiempo, se considere con los derechos suficientes para hacer presente sus quejas o sugerencias, que deberán ser atendidas dentro de las posibilidades económicas del CICAM.

En la definición de las tarifas se ha considerado fundamentalmente la **situación económica de los AM** reflejada en la encuesta "vejez y

envejecimiento", de modo que para distintas categorías de ingreso, los porcentajes de cobro sobre los ingresos totales del AM sean diferentes y al interior de cada categoría el valor absoluto de la tarifa también sea diferenciado.

El diseño de tarifas para cada categoría es el que se describe a continuación.

A.M. tipo 1: son aquellos AM frágiles atendidos en el CICAM para permitir a algún miembro de su familia, que lo cuidaba en el hogar, realizar una actividad productiva. Las prestaciones que recibe son: desayuno, almuerzo, onces, guardería, actividades de vida diaria y control de salud. Considerando que la familia comenzará a tener un ingreso adicional de \$26.000/mes y que ahorrará toda la alimentación del AM, se ha considerado una tarifa equivalente al 15% del salario mínimo. Para efectos de estimar el ingreso total por este concepto, se supuso que el 90% de los casos estaba afecto a cobro y que el 10% restante quedaba exento, porque se liberaba el tiempo de un estudiante.

A.M. tipo 2: Son aquellos AM que por tener déficit nutricional, requerirán desayuno, almuerzo todos los días, colación para el fin de semana, además de actividades de terapia ocupacional, educación en salud y control de salud. Dado su estado nutricional, se estima que estas personas corresponden a aquellas que en la encuesta "vejez y envejecimiento" tienen ingresos menores o iguales a la pensión asistencial. Para estos AM se propone una tarifa equivalente al 10% del ingreso estimado para este segmento, con lo que cobraría, en promedio, aproximadamente \$600 mensuales por persona.

A.M. tipo 3: Son aquellos AM que reciben desayuno (u onces) junto con actividades de terapia ocupacional, educación y control de salud. Corresponderían a aquellos AM que en la encuesta "vejez y envejecimiento" reciben hasta el monto de una jubilación obrera (\$20.800). Para ellos se propone una tarifa promedio de \$340/mes que corresponde al 3% del ingreso mensual promedio estimado para estos usuarios.

Finalmente es necesario hacer presente que estas tarifas pueden ser ajustadas hacia arriba o hacia abajo, según la localización del CICAM, y diferenciar los cobros al interior de cada categoría.

En el Cuadro Nº 4.6 se muestra un resumen de los ingresos posibles de obtener mediante el aporte de los socios.

Cuadro Nº 4.6

Tarifas por Tipo de Beneficiario
(\$ de octubre de 1990)

	Tarifa Promedio Propuesta (\$)	Nº de AM Atendidos	Ingreso Anual Estimado (\$)
AM Tipo 1	3.510	16	673.920
AM Tipo 2	600	60	316.800
AM Tipo 3	340	50	204.000
Total			1.194.720

FUENTE: Elaboración propia.

b) Venta de productos: Tal como se indicó en el Capítulo 2, en el servicio de ergoterapia participan 30 AM, cuyo trabajo permite obtener **productos de suficiente calidad para ser comercializados**, por ejemplo dentro de área de carpintería y costura. Como una estimación pesimista de los ingresos a obtener, no se considera el valor agregado por los AM valor a los materiales, con lo cual el ingreso anual será de M\$ 432.

c) Total ingresos operación

Considerando los ingresos por cuota de los socios y venta de productos, los **ingresos operacionales totalizan \$ 1.627.000** más lo que se recaude por aportes de la comunidad, los cuales no pueden ser cuantificados.

2. Egresos de OperaciónCostos Generales

Remuneraciones	2.264
Cons. básicos y gastos menores	480
Mantenimiento y reparación	266

Costos Específicos

Alimentación	4.702
Salud preventiva	698
Salud asistencial	145
Terapia ocupacional	1.875
Guardería frágiles	1.250
Servicio social	693
A Convalescientes	959

Total egresos operación M\$ 13.332

V. IMPLANTACION PARCIAL DEL CICAM

A continuación se presentan alternativas para **implantar parcialmente el modelo de atención CICAM**, aprovechando la ventaja de su **modularidad**, lo que permite una implantación parcial y un futuro crecimiento en el tiempo. La necesidad de aprovechar esta potencialidad podría radicar en una restricción presupuestaria inicial, o bien, en que la orientación de la institución patrocinadora sea hacia una determinada población objetivo.

Se presentan y analizan dos casos: el primero consiste en una **reducción de tamaño**, en cuanto a la cantidad de AM atendidos, y el segundo se refiere a una **atención dedicada exclusivamente a AM autovalentes**. No se considera la atención sólo a los frágiles, debido a que si se tratara de esta prestación, el proyecto cambiaría sustancialmente, ya que no tiene sentido que estas personas concurren a un lugar en particular; más bien, convendría atenderlos en sus domicilios.

En los dos casos que se analizan, **los servicios ofrecidos no varían respecto al proyecto original**, dado que el modelo de atención propuesto **tiene un carácter de integral**, donde los beneficios de cada uno de los servicios se potencian al ser recibidos en forma conjunta.

A. Reducción del Tamaño

Consiste en **atender a la misma población objetivo** (AM autovalentes y frágiles), pero **disminuyendo la cantidad** de beneficiarios. La capacidad que se presenta corresponde a la mitad de la original.

La cantidad de almuerzos se reduce a 30, en dos turnos de 15 personas cada uno, correspondiendo 22 almuerzos para AM autovalentes y el resto (8), para AM frágiles. Las colaciones disminuyen a 17, destinados a los AM autovalentes que presenten mayor déficit nutricional e imposibilidad de proveerse su alimentación los fines de semana y días festivos.

La nueva cantidad de desayunos es de 17 en promedio, que se proporcionan a quienes participan en terapia ocupacional a primera hora de la mañana y a los 8 AM frágiles. Se ofrece dos días a la semana desayuno a 8 AM que participan en ergoterapia y tres días desayuno a 10 AM que participan en socioterapia, además del desayuno diario a los 8 frágiles que asisten al CICAM.

La cantidad de onces es en promedio de 22, que se reparten a aquellos AM que participan de las actividades de terapia ocupacional a última hora de la tarde -en forma idéntica a la señalada para los desayunos-, a los 8 AM frágiles, y se adicionan 5 cupos para otros AM que presentan un mayor grado de desnutrición.

Para proporcionar a los AM la alimentación antes detallada, se requiere reducir la superficie del comedor a 32 m^2 y de la central de alimentación a 18 m^2 .

Las actividades de ergoterapia se reducen a la atención de un total de 15 socios, en dos grupos, uno de 8 personas y el otro de 7, para lo que se necesita un taller de 17 m^2 , la mitad de la incluida en el modelo original. Las actividades de socioterapia se componen de 4 grupos de 10 personas cada uno, con lo que se atiende un total de 40 socios. Las actividades de vida diaria disminuyen a 2 grupos de 3 personas cada uno, atendiendo un total de seis AM.

De esta forma, el CICAM atiende a 63 socios en total, descompuestos en 40 que realizan socioterapia, 15 que participan de ergoterapia y 8 frágiles. La sala de estar se dimensiona para que permanezcan 19 AM simultáneamente, incluyendo a los frágiles, por lo que se requieren 40 m^2 .

Los controles de salud mantienen la cantidad anteriormente definida, es decir, para 1.000 AM aproximadamente, los que reciben dos controles al año. Las sesiones de educación en salud se reducen a 5 grupos de 10 AM cada uno, totalizando 50 personas. La formación de monitores considera la misma cantidad prevista para el proyecto original, permitiendo duplicar las horas de atención, en asistencia a domicilio, a cada AM. En consecuencia, los espacios destinados a salud no sufren alteraciones.

Como la cantidad de frágiles que concurren al CICAM baja a 8, sólo se requiere una auxiliar de enfermería. Tampoco se necesita el recurso de secretaria, debido a la menor cantidad de socios del CICAM, disminuyendo la infraestructura para el área de administración a 35 m^2 . Con estas modificaciones el área de servicios requerida es de 40 m^2 .

El espacio físico, en consecuencia, considera 204 m^2 construidos, para lo cual requiere un terreno de 600 m^2 de superficie.

B. Atención orientada al AM autovalente

Consiste en la atención a **un grupo objetivo constituido exclusivamente por AM autovalentes.**

Bajo esta condición, se ofrecen 60 almuerzos y se distribuyen 46 colaciones a los **socios** del CICAM que presentan mayor desnutrición, así como problemas para proveerse su alimentación los fines de semana y festivos. Los desayunos disminuyen a 18 en promedio, debido a que se ofrecen dos días de la semana a 15 AM que participan en ergoterapia y los restantes tres días a 20 AM que concurren a socioterapia. Las onces disminuyen a 28, ya que se ofrece la misma cantidad que desayunos, con la misma finalidad, y se adicionan 10 raciones extras para los casos de AM que presenten mayor desnutrición.

Las sesiones de ergoterapia, socioterapia y educación en salud se mantienen con la misma capacidad diseñada para el proyecto original, es decir:

- * 80 AM en socioterapia (4 grupos de 20 personas).
- * 30 AM en ergoterapia (2 grupos de 15 personas).
- * 100 AM en educación en salud (5 grupos de 20 personas).

En relación a la actividad de vida diaria, se ofrecerá a aquellos AM que presenten síntomas de fragilidad, que pueda agravarse en un corto plazo, disponiendo para ello de 6 vacantes, separadas en dos grupos de 3 personas cada uno.

Según este esquema, los socios del CICAM totalizan 116, correspondientes a 80 que participan en socioterapia, 30 que concurren a ergoterapia y 6 que realizan vida diaria.

Como no está dentro del objetivo el atender a frágiles, no se considera dentro de los requerimientos de recursos humanos a las dos auxiliares de enfermería necesarias en el modelo de atención original. Esta medida afecta al número de beneficiarios del control de salud, ya que una de las auxiliares colaboraba con la enfermera en dicho servicio, labor que ahora asumirá esta profesional, con lo cual puede atender a 800 AM, considerando dos controles al año.

El resto de los servicios, como asistencia a domicilio y asistencia social, se continúan prestando al total de los socios del CICAM.

La única modificación del espacio físico necesario corresponde a la sala de estar, que disminuye a 64 m², con lo cual la superficie del CICAM totaliza 297 m² construidos, emplazados en un terreno de 875 m².

C. Costos Privados de Implantación Parcial

En el Cuadro Nº 4.7 se muestra una estructura resumida de los costos privados anuales asociados a cada una de las alternativas de atención propuestas para la implantación parcial del CICAM.

Cuadro Nº 4.7

Costos Privados Anuales para Implantación Parcial
(miles de \$ de octubre de 1990)

	Reducción de Tamaño	Atención Orientada a Autovalentes	Proyecto Original
A. <u>Costos de Inversión</u>			
Terreno	3.990	5.818	5.818
Edificio	17.361	25.276	26.638
Equipamiento	2.234	2.714	2.717
Puesta en Marcha	673	942	1.009
Total Costos Inversión	<u>24.258</u>	<u>34.750</u>	<u>36.182</u>
B. <u>Costos de Operación</u>			
1. <u>Generales y de Administración</u>			
Remuneraciones	1.572	2.264	2.264
Consumos Básicos	384	480	480
Mantenimiento y Reparaciones	174	253	266
	<u>2.130</u>	<u>2.997</u>	<u>3.010</u>
2. <u>Específicos por Servicio</u>			
Alimentación	2.358	4.134	4.702
Salud Preventiva	678	561	698
Salud Asistencial	145	171	145
Guardería Frágiles	632	-	1.250
Terapia Ocupacional	1.485	1.751	1.875
Asistencia Convalecientes	959	959	693
	<u>6.950</u>	<u>8.269</u>	<u>10.322</u>
Total Costos Operación	<u>9.080</u> =====	<u>11.266</u> =====	<u>13.332</u> =====

Nota: Valor UF al 31-10-90 \$6.649,54.
Valor dólar observado al 31-10-90 \$319,19.

FUENTE: Elaboración propia.

ANEXO Nº 1

DESCRIPCION DE CARGOS

DESCRIPCION DE CARGOS

A continuación se describen las funciones más importantes a ser desarrolladas por el personal del CICAM.

A. Administrador

Es la persona responsable de planificar, organizar, administrar y controlar el funcionamiento del Círculo Comunitario de Adultos Mayores, y tiene entre otras, las siguientes funciones específicas:

- 1) Recibir instrucciones, ejecutarlas y dar cuenta de su gestión periódicamente a la institución patrocinante.
- 2) Supervisar las actividades del CICAM.
- 3) Recaudar los ingresos.
- 4) Administrar y custodiar los fondos del CICAM.
- 5) Administrar el personal.
- 6) Coordinar acciones con instituciones públicas y privadas que se relacionen con el quehacer del CICAM.
- 7) Asignar los cupos ofrecidos por el CICAM.
- 8) Manejar los bienes muebles e inmuebles del establecimiento.
- 9) Responsable de las adquisiciones del CICAM.
- 10) Reunirse periódicamente con el personal a objeto de coordinar futuras acciones.

B. Asistente Social

Cumple las siguientes funciones específicas:

- 1) Evaluar periódicamente la condición socio-económica de los AM.
- 2) Solucionar problemas sociales de los AM que concurren al CICAM.
- 3) Coordinar con ONG para derivación en el caso que el CICAM no pueda cubrir la necesidad presentada.

Se requiere un profesional Asistencia Social con experiencia en clasificación socio-económica, siendo deseable experiencia con AM.

Los cargos de Administrador y Asistencia Social pueden ser ocupados por una misma persona, recomendándose la contratación de una Asistente Social.

C. Enfermera

Realiza las siguientes funciones:

- 1) Control de salud: examen general, evaluación nutricional, pesquisa de enfermedades crónicas.
- 2) Educación en salud para el autocuidado.
- 3) Formación de monitores en salud.
- 4) Manejo de los servicio de asistencia a domicilio y convalecencia.

Se requiere un profesional Enfermero (a) Universitario.

Esta función puede ejecutarse por una enfermera perteneciente al consultorio que corresponde al sector. Sin embargo, se aconseja contratar este recurso por el CICAM, con el objeto de ofrecer mayor cobertura en acciones de salud preventiva a los AM del sector.

D. Terapeuta Ocupacional

Desempeña las siguientes funciones:

- 1) Evaluar en forma periódica la capacidad funcional de los AM.
- 2) Orientar y derivar a los AM hacia las actividades que puedan realizar de acuerdo a las habilidades e intereses de cada uno.
- 3) Planificar, organizar y desarrollar las actividades recreativas del CICAM.

Se requiere un profesional Terapeuta Ocupacional con experiencia mínima de 2 años en trabajo grupal, siendo deseable experiencia con AM.

E. Nutricionista

Cumple funciones de asesoría y supervisión en la entrega del servicio de alimentación. Este cargo puede ser desempeñado por una profesional Nutricionista perteneciente al Establecimiento de salud del sector.

F. Secretaria

Cumple funciones de apoyo a la Administración del CICAM, y a las funciones desempeñadas por la Asistente Social. Junto con esto, está encargada de la relación diaria con el establecimiento de salud del área para derivación de consultas de morbilidad y control de crónicos, etc.

Se requiere una secretaria con experiencia, siendo deseable Técnico Social.

G. Auxiliar de Enfermería

Cumple con las siguientes funciones específicas:

1) Atención y cuidados a los AM frágiles según necesidades, siendo responsable por ellos.

2) Manejo de tarjetero de control de salud: archivar, clasificar, y revisar tarjetas.

Se requiere una Auxiliar de Enfermería con experiencia en atención de AM.

H. Auxiliar de Servicio

Desempeña las siguientes funciones:

1) Encargado de los servicios generales para el CICAM.

2) Adquisición de materiales de oficina, materiales para talleres, útiles de aseo.

3) Estafeta del CICAM.

Se requiere una persona con enseñanza básica aprobada.

I. Vigilante

Su labor consiste en vigilar el CICAM todas las noches.

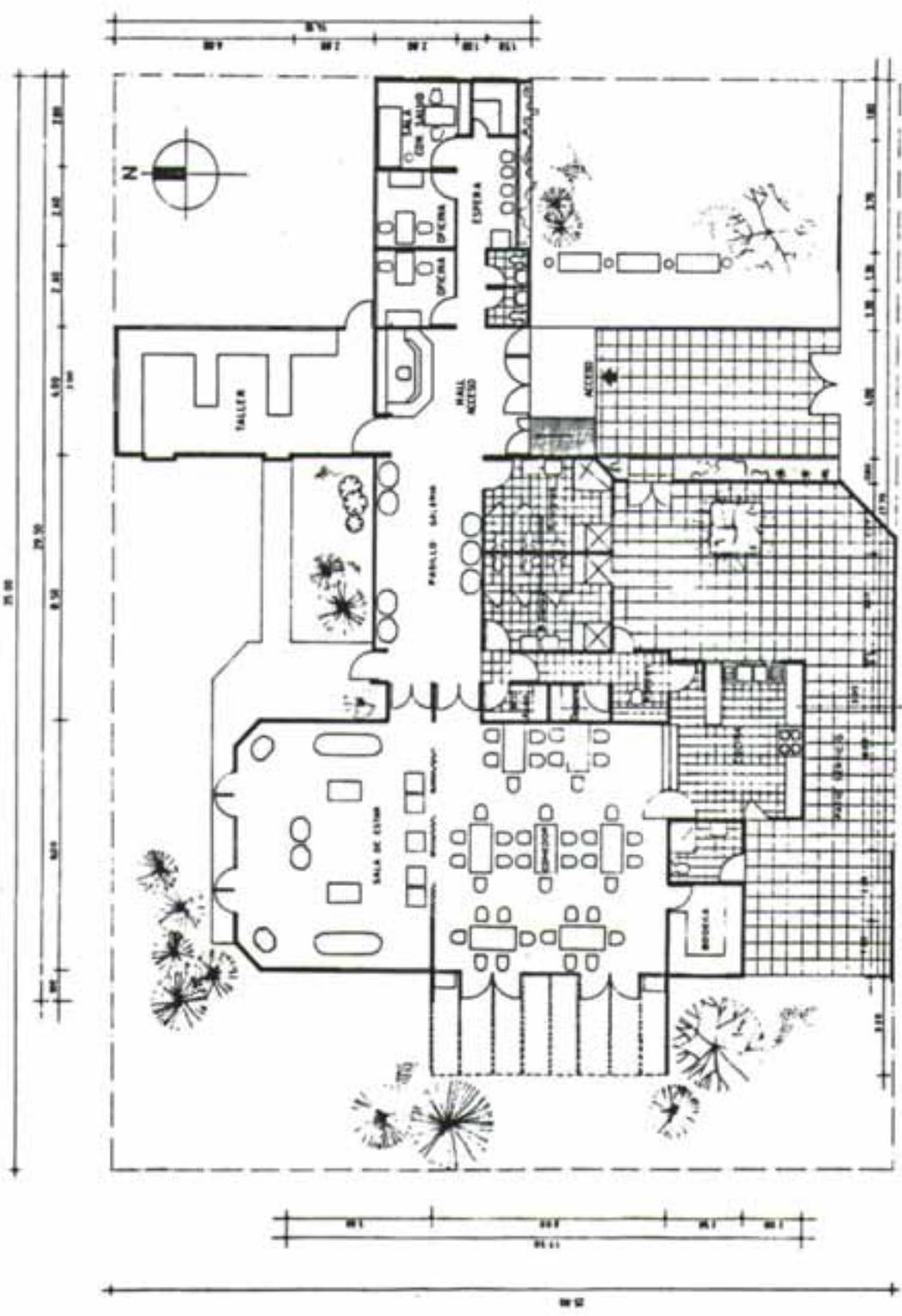
Se plantea que esta función puede ser desempeñada por un AM del sector.

J. Monitores

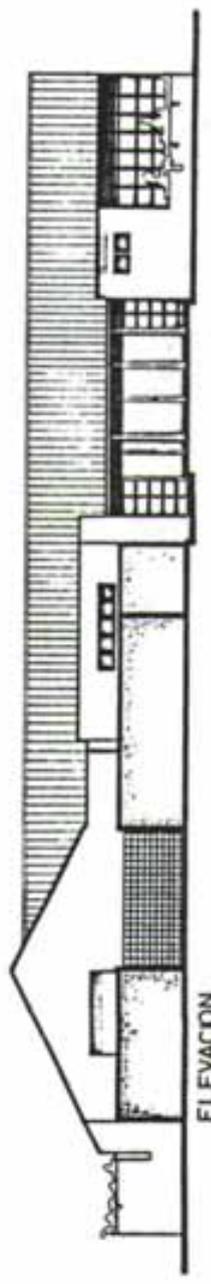
Voluntarios del sector que apoyan las actividades del área de salud.

ANEXO Nº 2

PLANO DE PLANTA CICAM



PLANTA



ELEVACION

ANEXO Nº 3

ESPECIFICACIONES TECNICAS DE CONSTRUCCION DEL CICAM

ESPECIFICACIONES TECNICAS DE CONSTRUCCION DEL CICAM

A. Trazados y niveles

Se materializarán los niveles mediante cruzetas de madera, el trazado se ejecutará conforme a las especificaciones señaladas en plano de fundaciones.

B. Excavaciones

Serán de cortes rectos y fondo horizontal, su profundidad, será de 50 cm y al menos deberá penetrar 30 cm en terreno firme.

D. Cimientos

Se consulta hormigón en masa con una dosificación de 170 kg/c/m^3 , con un 30% de bolón desplazador.

E. Sobrecimiento

Estos tendrán una altura mínima de 30 cm sobre el nivel del terreno en el lado más desfavorable; su ancho será de 20 cm. Se consulta hormigón con dosificación de 212 kg/c/m^3 .

F. Pilares

Se consulta hormigón armada dosificación 255 kg/c/m^3 con fierros resistentes de diámetro 12 mm y estribos de diámetro 6 mm cada 20 cm. Estos elementos estructurales serán de 20 x 20 cm.

G. Cadenas

Serán de hormigón armado dosificación 255 kg/c/m^3 con fierros resistentes de 12 mm de diámetro y estribos de 6 mm de diámetro cada 20 cm. Su altura puede ser variable conforme al diseño arquitectónico.

H. Radier

Se consulta hormigón en masa, dosificación 255 kg/c/m^3 y de espesor 8 cm el cual se dispondrá sobre una cama de ripo compactado manual o mecánicamente.

I. Muros

Se consulta albañilería de ladrillo de 15 cm de espesor, dispuesto de soga.

J. Tabiques

Se consultan divisiones interiores, conformadas por tabiques de madera, afianzados a una estructura en base a pie derechos y canes con escuadría de $2 \times 3"$ en madera impregnada como protección a la humedad.

K. Estructra techumbre

Se consulta planchas de asbesto cemento tipo pizarreño gran onda, las cuales se fijarán mediante tornillos a las costaneras que se dispondrán para tal efecto.

L. Cielos

Para los recintos húmedos (cocina, baño), se propone instalar planchas de Internit; en los otros recintos se instalarán planchas de madera aglomerada y prensada.

LL. Aislación térmica

Se consulta aislar en colchoneta o aislapol en planchas de 50 mm de espesor.

M. Hojaletaría

Todos los forros, canales y bajadas de agua se consultan en fierro galvanizado de 0.6 mm de espesor.

N. Pavimentos

Para los recintos húmedos se consulta poner baldosas lisas, en las otras áreas se propone pavimento vinílico (tipo flexit). Para el caso del taller, se propone como pavimento la madera.

Ñ. Revestimientos exteriores

Se propone estuco y pintura.

O. Revestimientos interiores

Se propone estuco y pintura oleo en todos los recintos húmedos, en las otras áreas se propone látex.

P. Puertas y ventanas

Puertas con hojas de madera terciada y atablerada, ventanas metálicas. Los marcos de puertas y ventanas se proponen metálicos.

Q. Vidrios

Según normas.

R. Pinturas y barnices

Oleo en recintos húmedos y esmalte en metales, látex en recintos secos sobre estuco exterior, además se consulta barniz en todos los elementos de terminaciones que son de madera.

S. Instalaciones

Según lo establecido en normas.

T. Cierro perimetral

Cierro en base a placas y pilares prefabricados en hormigón.

U. Reja antejardín

En base a tubos metálicos de 20 x 20 mm y pilares metálicos de 50 x 50 mm que se dispondrá sobre muro de albañilería de ladrillo de 50 cm de altura. Se consulta puerta de acceso y portón para entrada de vehículos.

V. Patio

Se propone construir en el contorno del edificio vereda en base a hormigón. Para el resto del patio y en áreas donde no se dispondrá jardín, se propone emparejar con maicillo compactado.

X. Acceso

En el acceso al hall de distribución se construirá una rampa de 1 m de ancho y a su costado el desnivel se superará con gradas.

Y. Barandas

Por tratarse de un recinto en el cual participarán ancianos, se consulta la instalación de pasamanos en el acceso, áreas de circulación y en los baños y principalmente en recinto de los WC. Su ubicación en cuanto a la altura se propone 90 cm sobre el nivel de piso terminado.

Z. Protecciones

Se consulta la instalación de protecciones metálicas en las ventanas.

ANEXO Nº 4

COSTO DE EQUIPAMIENTO

COSTO DE EQUIPAMIENTO

Cuadro Nº A.4.1

Costo equipamiento del CICAM por área
(\$ de octubre de 1990)

	ITEMS	COSTOS
A	<u>Area de salud</u>	
	1 camilla	23.800
	1 escabel	5.800
	1 balanza clínica de piso	8.800
	1 cartabón	17.500
	1 baunanómetro	10.700
	1 estetoscopio	3.600
	1 otoscopio	32.200
	2 riñones de acero inoxidable	6.700
	1 botiquín	8.000
	6 unidades termómetros	1.400
	toallas, sábanillas	11.000
	1 estufa a gas	40.000
	TOTAL AREA SALUD	169.500
B	<u>Area de Alimentación</u>	
	1 cocina semi-industrial	62.000
	1 refrigerador	115.000
	60 bandejas plásticas	30.000
	vajilla completa para 60 personas	93.000
	1 extractor de aire	17.000
	2 cilindros de gas de 45 Kg.	26.000
1 mesón metálico con cubierta de formalita	26.000	

Continuación Cuadro Nº A.4.1

	ITEMS	COSTOS
	1 mueble colgante con llave	15.000
	utensilios de concina (sartenes, ollas, etc.)	55.000
	12 mesas madera capacidad 4 personas c/u	120.000
	50 sillas de madera	200.000
	TOTAL AREA ALIMENTACION	759.000
C.	<u>Area de terapia</u>	
	cubre pisos para sala de uso múltiple (50m ²)	95.000
	3 máquinas de coser	100.000
	5 tijeras	4.500
	5 huinchas de medir tipo sastre	2.000
	2 serruchos	6.800
	2 martillos	2.000
	4 formones	3.000
	1 juego destornilladores (6 unidades)	3.000
	1 juego llaves punta y corona (6 unidades)	3.000
	1 tornillo mecánico chico	6.000
	2 cepillos carpintero	7.000
	2 escofinas	1.600
	2 limas	1.000
	2 alicates	2.000
	1 taladro eléctrico 3/8"	25.000
	1 mesón carpintero	20.000
	2 huinchas de medir	1.500
	1 mesón para costura	25.000
	2 prensas metálicas	3.000
	2 estufas a gas	80.000
	TOTAL AREA TERAPIA OCUPACIONAL	391.400

Continuación Cuadro Nº A.4.1

	ITEMS	COSTOS
D	<u>Area Administración, sala de estar y espera</u>	
	4 escritorios (con 3 cajones)	60.000
	3 Kardex	60.000
	8 sillas	80.000
	1 teléfono	120.000
	3 papeleros	3.000
	1 máquina de escribir	100.000
	1 mesa de máquina de escribir	7.000
	1 mesa de teléfono	6.000
	3 mesas de centro	18.000
	2 juegos de living	70.000
	1 mueble para biblioteca	30.000
	1 TV color	100.000
	1 equipo musical	40.000
	2 estufas a gas	80.000
	TOTAL AREA ADMINISTRACION, ESTAR Y ESPERA	774.000
E.	<u>Area de servicios generales</u>	
	1 mueble para artículos de aseo	20.000
	1 calefón 15 lt.	80.000
	1 velador	6.000
	1 cama de 1 plaza (completa)	45.000
	cortinas	100.000
	2 catres clínicos	166.000
	2 sillas de rueda	157.700
	2 andadores	20.000
	6 bastones ortopédicos	28.100
	TOTAL AREA SERVICIOS GENERALES	622.800
TOTAL EQUIPAMIENTO CICAM		\$ 2.716.700

FUENTE: Elaboración propia.
Valores con IVA incluido.

ANEXO Nº 5

COSTOS DE OPERACION DEL CICAM

I. COSTOS DE OPERACION

Cuadro Nº A.5.1

Costos Privado y Social Remuneraciones Personal
Directivo, Administrativo y de Servicio
 (\$ de octubre de 1990)

PERSONAL	COSTO PRIVADO		COSTO SOCIAL			
	REMUNERAC. BRUTO-MES	REMUNER. MES CON ALIMENTOS	VALOR SOCIAL REMUN. BRUTA	COSTO SOCIAL ALIMENTAC. b/	TOTAL MES	TOTAL AÑO
Administrad. ^{a/}	75.000	76.330	75.000	1.127	76.127	913.524
Secret. Tec.						
Social	55.000	57.660	55.000	2.254	57.254	687.048
Auxiliar Serv.	26.000	28.660	15.340	2.254	17.594	211.128
Vigilante	26.000	26.000	15.340	-	15.340	184.080
TOTAL	182.000	188.650	160.680	5.635	166.315	1.995.780

FUENTE: Elaboración propia.

a/: El recurso administrador contempla media jornada de trabajo para labores de Administración.

b/: El costo social de la alimentación consideró el valor privado de \$2.660 persona/mes descontado el impuesto IVA.

II. COSTOS POR SERVICIOS BASICOS

A. Determinación de Costos de Electricidad

Cuadro Nº A.5.2

Consumo total de Electricidad según centros de consumo

Centros de consumo	Funcionamiento Hrs/día	Consumo Kwh/mes
33 Luminarias a/	18,4	457
1 TV color	6	19
1 Equipo musical	3	6
1 Refrigerador	24	30
TOTAL		512

FUENTE: Elaboración propia en base a información entregada por el Departamento de Planificación de Chilectra Metropolitana.

a/: Las 18,42 hrs/día, corresponde al funcionamiento de 33 equipos de 2 x 40 W durante 5,42 hrs/día en jornada diurna y 5 equipos de 2 x 40 W en horario nocturno durante 13 hrs/día.

Para el consumo de 512 Kwh/mes, se requiere un medidor de 2,5 Kw¹, el cual se ajusta a una tarifa tipo BT1. El costo variable para esta tarifa es de \$31,072 Kw/h y el cargo fijo es de \$329,84 mensuales. Ambos valores con IVA incluidos y vigentes al 31 de octubre de 1990.

¹ Información entregada en el Departamento de Planificación Chilectra Metropolitana.

El valor total mensual es:

$$\begin{aligned} &= 512 \text{ Kw/hr/mes} \times 31,072 \text{ \$/Kw/h} + \$329,84. \\ &= \$16.239 \text{ mensuales} \end{aligned}$$

Su costo social mensual corresponde al valor privado sin impuesto: \$13.762.

B. Determinación de Costos de Agua Potable

Para el cálculo en el consumo de agua potable, se tomaron como referencia los estándares señalados en la normativa general de instalaciones sanitarias y pavimentación y la Ley General de Contrucción y Urbanismo 1987. Asimilando los valores de consumos señalados para los establecimientos educacionales 100 litros/persona/día y estimando en 126 personas que asistirán diariamente al CICAM, se tiene un consumo anual de:

$$\begin{aligned} &= 0,1 \text{ m}^3/\text{por/día} \times 126 \text{ personas} \times 252 \text{ días/año} = \\ &= 3.175 \text{ m}^3/\text{anual} \end{aligned}$$

Ello implica un consumo mensual de 265 m³, para lo cual se requiere un arranque domiciliario de 20 mm., lo que representa los siguientes costos.

Cuadro Nº A.5.3

Costos por Consumo de Agua Potable y Alcantarillado
(\$ de octubre de 1990)

	Costos	
	Cargo fijo	Cargo variable
Agua	167,91	47,45
Alcantarillado	112,60	15,62
TOTAL	280,51	63,17

FUENTE: Departamento Informaciones de E.M.O.S.

NOTA: Valores s/Iva.

Luego, el costo mensual por este concepto es de :

$$265 \text{ m}^3/\text{mes} \times (\$ 47,45 + 15,62) + \$280,51 = \$16.994.$$

Valor con IVA: \$ 20.053.

C. Determinación de Costos por consumo de Gas

1. Calefacción

Para este ítem se estima que un cilindro de 15 Kg. tiene una duración de 2 semanas con las dos quemadores encendidos en una jornada de 10 horas¹. Por tanto el consumo de gas sería de 30 Kg. al mes por estufa. Así determinado, el costo por este concepto asciende a 30 Kg. x 5 estufas x 4 meses/año x \$213,33 Kg² gas = \$128.000 IVA incluido y \$108.475 sin IVA.

¹ La estimación de consumo fue tomado del estudio de BORDOLI Y. Hugo y otros: Centros de Atención Diurna. P. Universidad Católica de Chile. CIAPEP, 1980, pág. A.6.9

² Valores entregados por Depto. Técnico de GASCO.

2. Agua caliente

El consumo de gas para agua caliente se estima en 45 Kg. mensuales, por 12 meses en el año. En consecuencia el costo asciende a: 45 Kg. x \$210 Kg. x 12 meses/año = \$113.400 IVA incluido y \$96.102 sin IVA.

D. Determinación de Costos por concepto de Teléfono

Para este tipo de establecimientos y de acuerdo a información entregada por Cía. de Teléfonos de Chile S.A., se requiere instalar una línea telefónica categoría básica, lo que representa los siguientes costos: Cargo fijo mensual \$ 4.405 y costo variable de \$ 3,56 y \$ 6,788 por minuto de llamada en horario de baja y normal respectivamente.

Se ha estimado un total de 210 llamadas mensuales, con un promedio de duración de 3 minutos cada una sin discriminar horario, por lo que se supone 50% horario de tarifa normal y 50% horario de tarifa baja.

Luego el costo total mensual es:

Horario normal:	105 Llamadas x 3 minutos x 6,788 \$/min =	2.138,22
Horario baja:	105 Llamadas x 3 minutos x 3,560 \$/min =	1.121,4
Cargo Fijo:		4.405,00
Costo mensual con IVA =	\$ 7.664,6	7.664,6
Costo mensual sin IVA =	\$ 6.495,4	

Cuadro Nº A.5.4

Resumen de Costos Privado y Social de Consumos Básicos
(\$ de octubre de 1990)

Consumos Básicos	Costo Privado		Costo Social
	Mensual	Anual	Anual
Electricidad	16.239	194.868	165.142
Agua	20.053	240.636	203.928
Gas Calefacción	10.667	128.000	108.475
Gas Agua Caliente	9.450	113.400	96.102
Teléfono	7.665	91.980	77.949
Total	64.074	68.884	651.596

FUENTE: Elaboración propia.

Cuadro Nº A.5.5

Asignación de Costo Privado Anual de Consumos Básicos por Servicio
 (\$ de octubre de 1990)

	Electricidad a/	Agua b/	Gas p. Calefacc. a/	Gas Agua Cal. b/	Teléfono c/	Total
Alimentación	37.508	87.109	11.440	41.051	9.198	186.306
Salud Preventiva	7.653	7.220	10.294	3.402	-	28.569
Salud Asistencial	-	-	-	-	18.396	18.396
Guardería	31.893	38.501	12.800	18.144	-	101.338
Servicio Social	1.043	-	-	-	22.995	24.038
Terapia Ocupacional	31.830	30.800	21.475	14.515	-	98.620
Asist. Convalecient.	-	-	-	-	4.598	4.598
Generales y Admin.	84.941	77.006	71.991	36.288	36.793	307.019
TOTAL	194.868	240.636	128.000	113.400	91.980	768.884

FUENTE: Elaboración propia.

- a/: La asignación de costos de electricidad y gas para calefacción se determinó considerando la participación de cada servicio, en términos de los m² de superficie utilizada, las horas de atención por jornada y el número de días de atención al año.
- b/: Los costos de agua y de gas para agua caliente se distribuyó proporcionalmente entre los distintos servicios, según el número de personas atendidas por jornada, horas de atención por jornada y número de días de atención al año.
- c/: El costo de consumo de teléfono se asignó a cada servicio, basado en el número estimado de llamadas al día a efectuar por concepto de las distintas actividades.

III. COSTOS DE LOS SERVICIOS

Cuadro Nº A.5.6

Costo Privado y Social del Servicio de Alimentación
 (\$ de octubre de 1990)

Tipo Ración	Cantidad raciones x día	Días/Año servicio	Costo Ración a/	Costo a Precio Privado		Costo a Precio Social anual b/
				Mensual	Anual	
Almuerzo	60	252	140	176.400	2.116.800	1.793.898
Colación	34	113	140	44.823	537.880	455.830
Desayuno	34	252	94	67.116	805.392	682.536
Once	44	252	94	86.856	1.042.272	883.281
TOTAL				375.195	4.502.344	3.815.545

FUENTE: Elaboración propia.

a/: Costo de raciones corresponde a 800 calorías para almuerzo y colaciones y a 300 calorías para desayuno y once a valor de mercado. Valores cotizados por la Empresa Consecionaria de Alimentos DISTAL Ltda.

b/: Costo a precio social considera el costo privado anual sin IVA.

Cuadro Nº A.5.7

Costo Privado y Social de Recurso Enfermera por servicio
(\$ de octubre de 1990)

Servicio	Horas/sem. asignadas	% de hrs/sem.	Costo privado mensual <u>a/</u>	Costo social anual <u>b/</u>
Control salud	20	91	45.045	540.540
Formación Monitores	0,25	1	495	5.940
Asist. Convalecientes	1,5	7	3.465	41.580
Asist. Domicilio	0,25	1	495	5.940
TOTAL	22	100	49.500	594.000

FUENTE: Elaboración propia.

a/: Costo privado mensual, considera exclusivamente el costo por concepto de remuneración bruta; no incluye alimentación por tratarse de contrato a media jornada.

b/: Costo social anual considera valoración 100% del costo de remuneración mensual por un período de 12 meses.

Cuadro Nº A.5.8

Costo Privado y Social de recurso Auxiliar Enfermería, por servicio
(\$ de octubre de 1990)

Servicio	Hrs./sem. dedicación	%/hrs./sem.	Costo Remunerac. a/	Costo a/ Aliment.	Costo privado Total/mes	Costo Social Alim./mes	Costo Social Total anual b/
Control Salud	5	6	6.600	319	6.919	270	82.440
Guardería	73	83	91.300	4.416	95.716	3.742	1.140.504
Coordinac. Activ. Vida Diaria	2	2	2.200	106	2.306	90	27.480
	8	9	9.900	479	10.379	406	123.672
TOTAL	88 c/	100	110.000	5.320	115.320	4.508	1.374.096

FUENTE: Elaboración propia.

- a/: Costo de remuneración y alimentación por servicio, corresponde a proporción de costo mensual distribuido según hrs./sem. de dedicación a cada servicio.
- b/: Incluye valoración 100% de costo privado de remuneración bruta y costo sin impuesto de alimentación por un período de 12 meses.
- c/: El requerimiento de 88 hrs./sem. para los distintos servicios es cubierto por dos Auxiliares de Enfermería, con una jornada de 44 hrs. cada una.

Cuadro Nº A.5.9

Costo Privado y Social de recurso Terapeuta, según servicio
(\$ de octubre de 1990)

Servicio	Hrs/sem. asignación	%/hrs/sem.	Costo a/ Remunerac.	Costo a/ Aliment.	Costo privado Total/mes	Costo Social Alimentac.	Costo Social anual b/
Socioterapia	21	48	47.520	1.277	48.797	1.082	583.224
Ergoterapia	15	34	33.660	904	34.564	766	413.112
Vida Diaria	8	18	17.820	479	18.299	406	218.712
TOTAL	44	100	99.000	2.660	101.660	2.254	1.215.048

FUENTE: Elaboración propia.

a/: Costo de remuneración y alimentación corresponde a la proporción de su respectivo costo mensual, distribuido según horas/semana asignadas a cada actividad.

b/: Considera valoración social igual al valor privado del costo de remuneración bruta y costo sin impuesto de la alimentación, por un período de 12 meses.

El Servicio de Ergoterapia requiere, además disponer de materiales para la realización de los talleres. Los requerimientos mensuales de materiales estimados para actividades tales como: costura, tejido, policromía, lanigrafía y carpintería, son:

10 mts.	géneros	\$10.000
9	ovillos lana	1.350
15	figuras yeso p. pintar	2.800
3cj.	temperas	1.500
1lt.	pintura látex	1.000
2	planchas madera aglomerada	8.700
1	plancha cholguán	2.000
1 gl.	barniz	1.500
	otros materiales	<u>7.150</u>
		\$36.000

Cuadro Nº A.5.10

Costo Privado y Social de recurso Asistente Social, por servicio
 (\$ de octubre de 1990)

Servicio	Hrs./sem. Asignadas	% Hrs/sem.	Costo Remuner. a/	Costo Alimentac. a/	Costo Privado Total mes	Costo Alimentac.	Costo Social Anual b/
Asist. Social	15	68	51.000	904	51.904	766	621.192
Coloc. Laboral	1	5	3.750	67	3.817	57	45.684
Asist. Domicilio	2	9	6.750	120	6.870	102	82.224
Asist. Convalecientes	4	18	13.500	239	13.739	202	164.424
TOTAL	22	100	75.000	1.330	76.330	1.127	913.524

FUENTE: Elaboración propia.

- a/: El costo de remuneración y alimentación mensual corresponde a media jornada de trabajo como asistente social de la administradora, distribuido proporcionalmente según horas/sem., asignadas a cada servicio.
- b/: Considera valoración de 100% de remuneración bruta y costo sin impuesto de alimentación por un período de 12 meses.

Cuadro Nº A.5.11

Costo Privado y Social del Recurso Monitores Voluntarios,
según servicio
 (\$ de octubre de 1990)

Servicio	Hrs./mes dedicación	%	Costo social	Costo de Formación		Costo Total Social Año
				Anual Tiempo	Privado	
Asist. Domicilio	16	73	16.704	10.424	10.157	26.861
Asit. Convalec.	6	27	6.264	3.856	3.757	10.021
TOTAL	22	100	22.968	14.280	13.914	36.882

FUENTE: Elaboración propia.

a/: El costo social de los monitores voluntarios, por concepto del tiempo dedicado a cada servicio, se ha determinado considerando el costo social de la hora/mes trabajada por una persona no calificada, por un período de 12 meses.

$$\begin{aligned} \text{Costo Social} &= \text{Salario mínimo } \$26.000 \times \text{Factor } 0.59 = 15.340/176 \text{ n}^{\circ} \text{Hrs./mes} \\ \text{Hora/mes} & \quad \text{Mensual} \quad \quad \quad \text{Ajuste} \\ &= \mathbf{87 \text{ Hrs/mes}} \end{aligned}$$

Por tratarse de monitores voluntarios, no se considera costo privado por este concepto.

b/: El costo de formación, distribuido también por servicio, corresponde a un curso de 24 hrs. de duración, impartido anualmente a los monitores. El curso incluye los siguientes ítems de costo privado y social.

		<u>Costo Privado</u>	<u>Costo Social</u>
Enfermera	12 hrs.	5.940	5.940
Otros Profes. de Salud	12 hrs.	5.940	5.940
Materiales		<u>2.400</u>	<u>2.034</u>
		14.280	13.914

ANEXO Nº 6

COSTOS UNITARIOS POR SERVICIO Y
POR TIPO DE BENEFICIARIO

Cuadro Nº A.6.1

Costos Unitarios por Servicio y Costo Mensual por Tipo de Beneficiario
(\$ a octubre 1990)

Servicio	Nº prestaciones por beneficiario	Costo Unit. /Benef. Privado	Costo por beneficiario		
			Tipo 1 <u>a</u> /	Tipo 2 <u>b</u> /	Tipo 3 <u>c</u> /
Alimentación:					
Almuerzo	21 raciones/mes	149	3.129	3.129	--
Colación	9 raciones /mes	149	--	1.341	--
Desayuno u onces					
Frágiles	42 raciones/mes	97	4.074	--	--
Socio	12 raciones/mes	97	--	1.164	--
Ergo	8 raciones/mes	97	--	--	776
Salud:					
Control	2 controles/año	317	53	53	53
Educación	1 sesión/mes	40		40	--
Guardería:	Atención/mes	6.510	6.510	--	--
Terapia Ocupac.:					
Socio Terapia	12 sesiones/mes	56	--	672	--
Ergo Terapia	8 sesiones/mes	304	--	--	2.432
Vida diaria	8 sesiones/mes	308	2.464	--	--
COSTO TOTAL MENSUAL. / BENEFICIARIO TIPO			16.230	6.399	1.921

FUENTE: Elaboración propia, basada en Cuadro Nº 4.3, Capítulo 4.

- a/ Beneficiario Tipo 1, corresponde a Adulto Mayor, frágil, quien permanece todo el día en el CICAM. Se le otorgan 3 comidas diarias, sesiones de vida diaria, el servicio de guardería y control de salud.
- b/ Beneficiario Tipo 2, corresponde a Adulto Mayor autovalente con deficit nutricional. Se le otorga almuerzo, colación de fin de semana, desayuno u onces, actividades de socio-terapia, control de salud y educación de salud. (Adicionalmente, por su condición nutricional puede recibir onces en el resto de los días del mes).
- c/ Beneficiario Tipo 3, corresponde a Adulto Mayor autovalente que participa en actividades de socio terapia, con su respectivo desayuno u onces según horario, recibe control de salud y educación de salud.

Cualquiera de estos beneficiarios tipo, adicionalmente puede requerir los servicios de asistencia a domicilio, asistencia para convaliente, coordinación de consulta morbilidad, asistencia social o colocación laboral, en cuyo caso se debe agregar el costo respectivo.

ANEXO Nº 7

COSTOS SERVICIOS OPCIONALES

COSTOS SERVICIOS OPCIONALES

A. Servicio alojamiento

Este servicio se presenta como complementario al resto de los servicios que otorgará el CICAM y su incorporación dependerá de la disponibilidad de recursos y de la existencia de A.M. con necesidad de alojamiento.

Los costos privados involucrados a este servicio son:

Asistencia social 2 hrs/mes	=	\$ 1.126
Tarifa colocación mes/A.M.	=	\$ 6.000
Total por AM al mes	=	\$ 7.126

ANEXO Nº 8

CALCULO DE BENEFICIOS DEL PROYECTO

CALCULO DE BENEFICIOS DEL PROYECTO

A. Liberación de Tiempo

1. Costo mensual por trabajar: Se empleó el costo social de la mano de obra no calificada en Chile, determinado por MIDEPLAN, que es aproximadamente \$15.000

2. Beneficio mensual por trabajar: Se usó el valor del salario mínimo en Chile, que es de \$26.000.

3. Beneficio por liberarse del trabajo de cuidar al AM: Se supuso igual a \$15.000 (costo por trabajar).

4. Vacantes ofrecidas por el CICAM: 16 AM.

5. Beneficio anual neto (de trabajar) por servicio de guardería del CICAM. $(26.000 - 15.000 + 15.000) \times 16 \text{ A.M.} \times 12 \text{ meses} = \$4.992.000$

Se supuso que la calidad del cuidado de un AM frágil en el CICAM es, a lo menos, igual a la calidad del cuidado en el hogar.

B. Ahorro de Consultas Innecesarias1. Frecuencia de consultas médicas del A.M.

Frecuencia de consultas por año	Total consultas por año	Porcentaje del Total total de consultas	Número de A.M
Ninguna	-	-	175.154
1-5	247.690	24,9	103.445
6-10	272.424	27,4	34.620
11 y más	473.964	47,7	29.672
Total	994.078	100,0	342.891

FUENTE: Elaboración propia.

2. Estimación de la proporción de consultas evitadas

Se estima que el 20% del segmento de 11 y más consultas, es evitable:

$473.964 \times 0.2 = 94.793$, esto equivale aproximadamente al 10% de las consultas totales de los AM.

3. Estimación del total de consultas evitadas a través del CICAM

Promedio de consultas/A.M	:	$994.078/342.891=2,9$ Cons/año/AM
Población atendida en CICAM	:	1.000 AM/año
Consultas estimadas población CICAM	:	$1.000 \times 2,9 = 2.900$ /año
Ahorro estimado consultas por CICAM	:	$2.900 \times 0,1 = 290$ /año
Ahorro de Costos Estimados	:	$290 \times \$250^1 = 72.500$

C. Colocación Laboral

1. Beneficio por ingreso de AM al trabajo

Nº de AM que reingresan al trabajar	:	3 AM/año
Tiempo adicional trabajando producto del proyecto	:	2 años
Nº de AM trabajando en régimen	:	$3 \times 2 = 6$.AM/año

2. Beneficio por reducción del período de búsqueda

Nº de A.M. a quienes se les reduce el período de búsqueda	:	3 AM/año
Período de búsqueda reducida producto del proyecto	:	6 meses
Nº de A.M. trabajando en régimen	:	$3 \times 0.5 = 1.5$ AM.

¹ Corresponde al costo estimado de una consulta médica en el S.N.S.S.

3. Beneficio neto por el trabajo de 1 AM durante un año

Ingreso por Trabajar - Costo por Trabajar

$(26.000 - 15.000) \times 12 \text{ meses} = \132.000 anual.

Por lo tanto, los AM/año trabajando en régimen son 7,5 y, considerando el beneficio neto por cada uno, se tiene un beneficio total anual de \$990.000.

A N E X O N º 9

COMENTARIOS DEL PANEL EVALUADOR

COMENTARIOS DEL PANEL EVALUADOR

SR. ARISTIDES TORCHE

Felicita al grupo el trabajo desarrollado y comenta lo siguiente:

1. Focalización

Recomienda focalizar el proyecto a quienes va dirigido. Atendiendo al carácter más social que de salud que presenta este proyecto, los posibles inversionistas podrían ser el Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN), el Banco Interamericano de Desarrollo, o alguna ONG. No cree que el Ministerio de Salud pudiera adoptarlo.

En cuanto a los posibles beneficiarios, el elemento básico para la focalización debiera ser la carencia de recursos de la familia; la vejez sólo debiera ser considerada como un adjetivo.

Se entiende que las necesidades básicas no materiales del AM debieran ser satisfechas en su hogar. Cuando ello no sucede así, se conduce a una deformación en cuanto a las necesidades básicas materiales. Por ello, se recomienda concentrarse en ambos tipos de necesidades por igual.

2. Función de Socialización

Recomienda resaltar la función de socialización y de uso del tiempo libre que lleva a cabo el proyecto, además de indicar que hacer y proponer como hacerlo.

3. Servicio de Convalecencia

Señala que debiera enfatizarse la contribución del proyecto en el descongestionamiento de los hospitales del país. Asimismo, precisar más los tipos de servicio a prestar, como se pagarían los subsidios, qué requisitos deberían cumplir quienes proporcionararan este tipo de servicio, y el posible autofinanciamiento.

4. Evaluación Privada y Social

Es conveniente distinguir la evaluación privada de la social, separando claramente cuanto le costaría al financista la ejecución del proyecto.

5. Replanteo del Programa

Recomienda replantear el programa en términos de agrupar los servicios que recibe cada socio del CICAM. En otras palabras, indicar los tipos de servicios que reciben cada "tipo" de usuario (autovalente altamente desnutrido, id. no desnutrido, frágil, etc.) junto a sus respectivos beneficios y costos.

6. Radio de Acción

Se recomienda plantear un menú de opciones de CICAM de una forma tal que se destaque la MODULARIDAD del proyecto, dejando claramente establecido que se prefiere reducir la población objetivo en vez de afectar la integralidad por medio de reducir los servicios que se prestarían. Es conveniente indicar el radio de acción recomendado y sus respectivos costos.

SR. OSCAR DOMINGUEZ

Felicita al grupo por la forma en que aborda el problema de los AM, destacando el buen manejo gerontológico mostrado. Pasa a comentar lo siguiente:

1. Destaca que la vejez es un estado de pobreza, en que se puede distinguir la miseria (incapacidad para vivir solo o sobrevivir) y la pobreza propiamente tal, que corresponde a un concepto relativo relacionado con la desigualdad. En la miseria se encuentran AM indigentes y enfermos cuyas necesidades de cuidados exceden la capacidad de proveer cuidados por parte de la familia. Ambos grupos son crecientes en número a nivel de país.

La pobreza se manifiesta por la reducción en los ingresos.

2. En el caso del AM, salud es autonomía; de allí la importancia de fomentarla. El CICAM debiera encontrarse entre el hogar y el hospital, como una alternativa más de las que ya existen (centros diurnos, hospital de día, sanatorios).

3. Hay fuerzas latentes en la comunidad que permitirían despertar en el AM el deseo de vivir; también, servirían para despertar la ternura por los mayores. También debiera considerarse el aspecto religioso.

. Se advierte la omisión del aspecto legal, en cuanto a una legislación que facilite la vida de los ancianos, que tienda a eliminar los "cuellos de botella", los cuales podrían servir para financiar este proyecto.

5. Se recomienda diseñar sistemas de apoyo para los AM del sector, que operen desde el CICAM.

SRA. CECILIA MILEVCIC (Hogar de Cristo)

Felicita al grupo porque considera que es un proyecto oportuno y porque ha demostrado estar bien elaborado. Sus comentarios son los siguientes:

1. Respaldo Institucional

Identifica este proyecto a nivel de Ministerio de Interior y Municipalidades, destacando la importancia de dicho respaldo institucional para los CICAM, con el objeto de asegurar su permanencia en el tiempo. Recomienda aclarar cómo participa el AM en las decisiones del CICAM.

2. Relación entre la Organización y el Socio del CICAM

Identifica como factor clave de éxito de la labor del CICAM, el sentido de permanencia y acogida que le brinde al adulto mayor. Incluso esto tiene mayor importancia que la alimentación. Recomienda aclarar cómo participa el AM en las decisiones del CICAM.

3. La Participación Comunitaria

Recomienda destacar la participación de la comunidad en los diversos aspectos del CICAM, por ejemplo como se relaciona con la Junta de Vecinos.

4. Biblioteca

Sostiene que debiera estar considerada una biblioteca, dada su importancia como apoyo espiritual y cultural.

5. Celebraciones

Sugiere dar importancia a las actividades sociales como las fiestas religiosas u otras, a ser incluidas en un programa de actividades anuales.

6. Aporte del Socio

Destaca la importancia del aporte del AM con lo que le permite rescatar su dignidad como persona.

7. Alimentación Externa

Sostiene que pese a que la alimentación externa puede ser muy eficiente como alternativa económica, el hecho de que el anciano participe es muy positivo pues la alimentación constituye un foco de atención entre las personas en extrema pobreza.

SR. DOMINGO DIAZ TERRADO

Felicitaciones para el grupo. Sus comentarios son los siguientes:

1. Título del Proyecto

Sugiere corregir, el título del proyecto, señalando en forma explícita que el proyecto está directamente orientado a los Adultos Mayores "en estado de pobreza".

2. Enfasis en Integralidad y Obligación de Pagar

Recomienda destacar y enfatizar dos ideas positivas propias del proyecto: el enfoque integral del proyecto y la obligatoriedad de pagar por parte de los usuarios.

3. Tipo de Cambio

Recomienda que en el texto se especifique el tipo de cambio, para fines de que sirva para entenderlo mejor a nivel latinoamericano.

4. Proyecto Separable

Destaca que el servicio de convalecencia corresponde a un proyecto separable. Recomendamos incluir un análisis de sensibilidad que incluya los dos proyectos CICAM: con asistencia al conveleciente y sin ella.

SRA. MARCELA JIMENEZ

Felicita por esta iniciativa a profesores y alumnos y estimula a seguir perfeccionándola. Los comentarios son los siguientes:

1. Destaca como meritorio tanto el tratamiento interdisciplinario del tema, así como el esfuerzo de integralidad reflejado en el informe, en el sentido de considerar como necesaria la satisfacción de las necesidades básicas tanto materiales como no-materiales de los AM.

2. Considera un progreso la posibilidad contemplada de que un CICAM pueda ser administrado indistintamente por una Municipalidad o por una ONG.

3. Junto a los indudables méritos antes señalados, surgen las siguientes sugerencias:

a) No aparecen claramente señaladas las ventajas de esta iniciativa, en relación a las tradicionales ya existentes.

b) Para focalizar la población objetivo, se podrían emplear los recursos técnicos de los Municipios y consultorios, evitando el

desgaste innecesario del personal del CICAM. La ficha integral del AM (presentada en el Capítulo 3) no es operacionalizada y de difícil manejo.

- c) Habría sido interesante completar el ejercicio insertando el CICAM en una localidad concreta, para observar con mayor nitidez la factibilidad del proyecto.

SRA. ANA MARIA AGUAD

Felicitaciones para el grupo. Los comentarios que le merece el proyecto son los siguientes:

1. Cercanía a los Hogares de Menores

Sugiere que el CICAM se localice de preferencia en la cercanía de un hogar de menores, para obtener de esa manera ciertas ventajas relacionadas con la capacidad de ayuda social que puede prestar el AM.

2. Capacitación Laboral

Sugiere que se aproveche el CICAM para dar capacitación a los adultos jóvenes del sector, en los oficios que los adultos mayores puedan ofrecer sus conocimientos y experiencia, como por ejemplo, de albañil o de gáster. Esta actividad se podría realizar después de las 18:00 horas.

3. Otras Sugerencias de Aplicación

Sugiere que se explote la capacidad de aporte de los AM, especialmente de aquellos cuyas edades fluctúen entre 65 y 75 años de edad, para proporcionar compañía en los hospitales o en los colegios.

4. Cualidades del Monitor

Destaca que el monitor debiera reunir ciertos requisitos especiales, dado que representa una ayuda para envejecer en una forma apropiada.

GRUPO AGUA POTABLE Y ALCANTARILLADO

Felicitaciones para el grupo. Las observaciones que les merece el proyecto CICAM son las siguientes:

1. Fundamentos en la Frecuencia de Actividades

Faltaría aclarar los fundamentos que soportan la definición planteada en términos de la frecuencia de las actividades o servicios que ofrece el CICAM. Ello serviría para aplicar el proyecto en distintos lugares.

2. Beneficios de Salud Preventiva

Estima conveniente realizar un esfuerzo para discernir cuáles enfermedades se evitan con una buena educación para la salud y cuales son inevitables, en base a criterios universalmente aceptados en medicina.

3. Estadísticas de Salud

Se deben introducir recomendaciones para que a futuro y en ciudades no muy grandes se puedan elaborar las estadísticas de salud que llevan los centros de salud a los efectos de estimar precisamente los beneficios por liberación de tiempo y salud curativa y preventiva.

BIBLIOGRAFIA

- ABARZUA L., E y otros, Centro Desarrollo Integral de la Comunidad, CIAPEP 87, P. Universidad Católica de Chile, Instituto de Economía, Santiago de Chile, 1987.
- ARAYA G., Fernando y otros, Asistencia legal para personas de escasos recurso, CIAPEP 88, PUC, Instituto de Economía, Santiago de Chile, 1988.
- ARRIAGADA PEDRO, TORCHE ARISTIDES Y OTROS: Desarrollo Económico en Democracia. Ediciones Universidad Católica de Chile 2ª Edición, 1988.
- BARROS L., Carmen y otros, La vejez marginada. Situación del anciano en Chile. PUC, Instituto de Sociología, 1974.
- BARROS L., Carmen, "Envejecer en Chile" Documento publicado en Estudios Sociales Nº 60, CPU, 1989, P. Universidad Católica de Chile.
- BORDOLI V., Hugo y otros, Centro de Atención Diurna , CIAPEP 80, PUC, Instituto de Economía, Santiago de Chile, 1980.
- BOTSELLE D., Verónica, Otro rostro de la vejez. Tesis para optar al grado de Magister en Salud Pública, Santiago de Chile, 1982.
- CIAPEP, Tópicos Especiales. Tomo VIII A. Instituto de Economía, Universidad Católica de Chile - ODEPLAN, 1990.
- COLEGIO MEDICO EN CHILE (AG), Cuadernos Médicos Sociales, Departamento de Salud Pública, Santiago de Chile, Vol. XXV Nº 2, Junio 1984, "Características Socio-bio-demográficas de senescentes que residen en hogares de autovalentes".

- CONSEJO NACIONAL DE PROTECCION A LA ANCIANIDAD, Revista Anual CONAPRAN 89, Santiago de Chile, 1989.
- DOMINGUEZ C., Oscar, La vejez nueva edad social, ed. Andrés Bello, Santiago de Chile, 1982.
- FONTAINE ERNESTO R., Evaluación Social de Proyectos Ediciones Universidad Católica de Chile 6ª Edición 1989.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS, Departamento Análisis Demográfico. "Chile: Adultos Mayores. Población de 65 años y más, 1982-1990", Santiago de Chile, mayo 1990.
- MINISTERIO DE SALUD-FACULTAD DE MEDICINA UC-OPS, Documento con las conclusiones de las Comisiones de Trabajo del "Encuentro Nacional sobre el Adulto Mayor: Creciendo hacia la vejez", mayo 1990.
- OFICINA DE PLANIFICACION NACIONAL, Departamento de Inversiones . "Procedimientos y formularios para el Sistema de Estadísticas Básicas de Inversión", diciembre 1989.
- OLIVARES SONIA Y OTROS, Nutrición Prevención de Riesgo y Tratamiento Dietético. Edición CONFELANYD, 1ª Edición 1987.
- OMS, "Asamblea Mundial sobre Envejecimiento" (Viena, 1982). Documento con Recomendaciones.
- OMS-OPS, Hacia el bienestar de los Ancianos, Publicación científica Nº 492.
- QUESNEY L., Francisco, Disfrute plenamente su vejez, 1a. edición, ed. La Puerta Abierta.
- UNIVERSIDAD DE CHILE, FACULTAD DE MEDICINA, Departamento de Salud Pública, División Ciencias Médicas Sur, Cuaderno Nº 3, septiembre 1988.



