



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ
ESCUELA DE POSTGRADOS
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD

ELABORACIÓN DE UN MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LOS CENTROS DE
ATENCIÓN DE PERSONAS MAYORES ESTABLECIDOS EN LA LEY 1315 DE 2009

JUAN CAMILO RENDÓN VILLA
JUAN FELIPE MARIN RIVERA

Medellín

2014



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ

ESCUELA DE POSTGRADOS

ESPECIALIZACIÓN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD

ELABORACIÓN DE UN MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LOS CENTROS DE
ATENCIÓN DE PERSONAS MAYORES ESTABLECIDOS EN LA LEY 1315 DE 2009

JUAN CAMILO RENDÓN VILLA

JUAN FELIPE MARIN RIVERA

Trabajo de grado para optar el título de Especialistas en Gerencia en Servicios de Salud

Juan José Acosta

MD., Magister en Salud Pública

Medellín

2014

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	8
RESUMEN.....	11
PRINCIPIOS.....	12
1. FORMULACIÓN DE PROBLEMA.....	14
1.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	16
2. MARCO TEÓRICO Y LEGAL.....	17
2.1 NORMATIVIDAD.....	17
2.1.1 En lo Internacional.....	17
2.1.2 En lo Nacional.....	19
2.1.3 En lo Departamental.....	23
2.2 BUENAS PRÁCTICAS.....	24
2.3 RESIDENCIA DE TERCERA EDAD.....	30
2.3.1 Tipos de residencias de tercera edad.....	34
2.3.2 Motivos de ingreso en una residencia de tercera edad.....	38
2.4 CALIDAD DE VIDA.....	39
2.4.1 Calidad de vida relacionada con la salud en las personas mayores.....	44
3. JUSTIFICACIÓN.....	46
4. RESULTADOS O PRODUCTOS ESPERADOS.....	48
5. OBJETIVOS.....	49
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	49
5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	49
6. MATRIZ DE MARCO LOGICO.....	50
7. METODOLOGÍA.....	53
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	56
9. ANALISIS DE FACTIBILIDAD.....	59
10. ANÁLISIS DE VIABILIDAD.....	60
10.1 VIABILIDAD TÉCNICA.....	60
10.2 VIABILIDAD SOCIOECONÓMICA.....	60
10.3 VIABILIDAD LEGAL.....	60

10.4 VIABILIDAD INSTITUCIONAL.....	61
11. CARACTERIZACIÓN DE LAS INSTITUCIONES QUE PRESTAN SERVICIOS EN GERONTOLOGÍA	62
11.1 ENTIDADES REGULADORAS.....	65
12. LINEAMIENTOS TECNICOS PARA EL FUNCIONAMIENTO INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE ATENCIÓN Y PROTECCION INTEGRAL AL ADULTO MAYOR.....	67
12.1 PROCESOS ADMINISTRATIVOS.....	70
12.2 PROCESOS ARQUITECTONICOS.	72
12.3 PROCESO ASISTENCIAL.	79
12.4 PROCESOS DE ATENCION INTEGRAL.....	81
12.5 RESTRICCIONES (Art. 3, L. 1315/2009).	82
13. CRITERIOS PARA AUTOEVALUAR LA CALIDAD DE LAS RESIDENCIAS.....	83
14. CONCLUSIONES.	91
15. RECOMENDACIONES.	95
16. PRESUPUESTO.	98
17. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.	99
REFERENCIAS.	101
ANEXOS.....	104

LISTADO DE TABLAS

	Pág
Tabla 1. Definiciones y concepciones de buenas prácticas	28
Tabla 2. Proceso continuo de concepciones de manuales de buenas prácticas	30
Tabla 3. Matriz Marco lógico.....	50
Tabla 4. Aspectos sociales.....	83
Tabla 5. Aspectos Asistenciales.....	85
Tabla 6. Aspectos Administrativos.....	87
Tabla 7. Aspectos de Instalaciones y Dotación.....	89
Tabla 8. Presupuesto del proyecto	98
Tabla 9. Cronograma.....	99

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Marco lógico.....	52
Figura 2. Disminución de la calidad de vida	107
Figura 3. Aumento de la calidad de vida	108

*“Hoy sabemos que cada vez harán falta más residencias,
pero es importante analizar el momento actual para, desde
ahí, organizar su evolución más adecuada”*

Sitges (2011)

INTRODUCCIÓN

“Buenas Prácticas”, es una expresión que ha ido incorporándose, de un modo progresivo, desde el mundo empresarial, a otros foros, incluido el campo de los centros residenciales. Donde ayer se hablaba de calidad hoy se expresa la necesidad de las *buenas prácticas*.

La estrategia de “Buenas Prácticas” aparece, como nuevo concepto, con la pretensión de servir de soporte a lo que se pretende, En este trabajo se ha optado por este constructo, para referirnos a un instrumento, que facilite la relación experiencia/conocimiento, y/o teoría práctica en la institucionalización del Adulto Mayor

Son estas instituciones, también conocidas como hogares de ancianos, geriátricos, ancianitos, asilos, centro de bienestar o de protección, instituciones de larga estadía, etc., ¿un mal necesario?, ¿una muestra de desdén de la sociedad por los mayores?, ¿un destino inevitable del envejecer?, ¿un ejemplo de la falta de amor familiar?, ¿un negocio que lucra con el dolor ajeno?, ¿un destino que eligen los mayores?, ¿un recurso institucional, para quienes molestan por su declinación?. Todas las preguntas, admiten variadas y contradictorias respuestas, todas reflejan los múltiples rostros del envejecer, porque este fenómeno es universal, todos envejecemos, pero la forma, dónde y con quién, es singular.

Lo cierto es que estamos en el siglo XXI, la explosión de la vejez es un hecho incontrastable y nuevo en la historia de la humanidad, por la cantidad de mayores que existen en el mundo y porque estas cifras seguirán incrementándose en los próximos años. Situación esta que demanda respuestas socio políticas adecuadas y multiplicidad de servicios gerontológicos que respondan a las múltiples posibilidades y necesidades de este grupo etéreo, desde una perspectiva de promoción del buen envejecer

En forma paralela a la generación de políticas adecuadas, la existencia de estas instituciones amerita una adecuada intervención desde el trabajo social. Si bien el abordaje gerontológico es interdisciplinario y es frecuente encontrar equipos multidisciplinarios en estas instituciones, integrados por representantes del área psicológica, medica, rehabilitatoria, recreativa, social, etc. Consientes de esto la tesis se desarrolló mediante la utilización de técnicas documentales y cualitativas en tres fases consecutivas:

Una primera etapa se dirigió a realizar un análisis de contenido de todas aquellas obras que contenían información o estudios similares en residencias de personas mayores ya fuera en temas de buenas prácticas o calidad. La selección de estas fuentes secundarias se obtuvo de una serie de libros, documentos de naturaleza teórica, metodológica, técnica y profesional.

Segundo, el análisis de contenido bibliográfico y documental sirvió de soporte para estructurar un modelo que abarcar los siguientes aspectos: administrativos y arquitectónicos, que recogen los referidos a equipamientos, prácticas y controles que se consideran necesarios para una asistencia técnica adecuada, y aspectos sociales y asistenciales, que agrupan aquellos aspectos diferenciados según las necesidades de los residentes que sean necesarios para ofrecer una asistencia adecuada a los mismos. Para que al terminar, y ya por tercero, extraer los criterios de autoevaluación para hacer control periódicos de todas las áreas de las instituciones y dar pie a la elaboración de planes de mejora.

A la documentación de carácter jurídico y normativo se le ha dado un tratamiento diferenciado al ser analizada y sistematizada en una descripción que contiene toda la normativa nacional y departamental concerniente a las residencias de personas mayores, base de datos creada con la voluntad de actualización y permanencia.

Deseamos que este trabajo sirva para fomentar aún más el interés en la mejora de la calidad de los servicios que se prestan a las personas mayores en el ámbito residencial, enriqueciendo los instrumentos de medida que inciden positivamente en el trabajo diario de los profesionales.

RESUMEN

La presente tesis de grado se ubica en el área de la Gerencia de Servicios de Salud, relacionada con la Servicios Gerontológicos, la cual tuvo como objetivo, elaborar un manual de buenas prácticas para los centros de atención de personas mayores establecidos en la ley 1315 de 2009, considerando los cambios sociodemográficos (aumento de la esperanza de vida, familia nuclear, entre otros) y de los cuales las instituciones que prestan servicios de atención y protección a personas mayores no han sido inmunes, esta aseveración se basa fundamentalmente en el aumento del número de instituciones o centros de atención y en la mayor frecuencia de institucionalización de las personas mayores, pero el problema principal es que son espacios sin las condiciones mínimas requeridas por la ley para un óptimo funcionamiento.

La metodología fue de tipo documental porque estudió el problema mencionado desde un punto de vista teórico, basado en un diseño de carácter bibliográfico, el cual se fundamentó en una revisión sistemática de la normatividad vigente. Se concluyó que la acción de implementar buenas prácticas implica voluntad de las directivas de las instituciones, compromiso de las Entidades Reguladoras y de la academia, organizando espacios que permitan a todos los actores acciones de sensibilización, asesoría, acompañamiento, formación y actualización. Se recomienda el fortalecimiento de todos los actores y la reestructuración de algunos procesos vitales para crear antes que nada una cultura de la calidad en la prestación de un servicio gerontológico integral, lo cual permita a la institución no sólo ser eficiente sino eficaz

Palabras claves: Servicios gerontológicos, cambios sociodemográficos, instituciones o centros de atención, personas mayores, condiciones mínimas, buenas prácticas

PRINCIPIOS

El desarrollo de un marco filosófico es necesario para proporcionar un punto de referencia duradero para la planificación de servicios dedicados a personas mayores. El marco filosófico propuesto en esta tesis se basa en el respeto a la autonomía, la integridad y la independencia de las personas mayores, sea cual sea la institución donde este resida. Estos derechos inspiran los siguientes principios:

El gerontólogo está orientado por:

Respeto: se reconoce las diferentes modalidades de atención, sin definir cuál sea más apropiada, pues lo que se pretende es articular, no imponer, un modelo de atención homogéneo

Beneficencia: al implementar estas buenas prácticas, se encamina hacer siempre el bien, no solo en el usuario, en la familia, en la sociedad en general y en el ambiente.

Solidaridad: se prioriza el bien común por el propio, buscando mejorar la calidad de vida de las personas mayores con un estudio que aporte estrategias y fortalezca las habilidades de otros profesionales en gerontología y/o afines.

La prestación global de cuidados: es importante responder a las necesidades de las personas sean del origen que sean, médicas, psicológicas, psiquiátricas, emocionales, económicas o sociales. Para que esto sea así, las intervenciones deben dirigirse a las necesidades específicas, y, donde sea posible, estándares específicos y protocolos escritos deberán acompañar los servicios proyectados para garantizar la provisión global de servicios.

La formulación de estándares está orientada por:

Fiabilidad: La aplicación y verificación de cada estándar es explícita, clara y permite una evaluación objetiva y homogénea.

Esencialidad: Las condiciones son indispensables, suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan los derechos de la persona mayor.

Sencillez: La formulación de los estándares es fácil de entender, permite la autoevaluación de las instituciones y su verificación por las autoridades competentes y en general por cualquier persona que esté interesada en conocerlos.

1. FORMULACIÓN DE PROBLEMA.

Proliferación de centros de atención a personas mayores con irregularidades y/o incumplimientos de la normatividad vigente, Antioquia 2013

El envejecimiento de la población mundial es hoy una tendencia que avanza de manera cierta y acelerada. Este hecho, junto a las necesidades de respetar los nuevos derechos sociales promulgados y ajustar la oferta de servicios a los deseos de sus potenciales destinatarios, obliga a los líderes públicos, a los proveedores de servicios y al conjunto de la sociedad a reflexionar sobre la oferta que se tiene y tratar de adaptarla a las nuevas demandas.

Así mismo, la calidad de vida de las personas mayores toma un sentido más significativo, pero la inevitable pérdida de potencial social y económico que generalmente acompañan el proceso de envejecer, sumado esto a una serie de limitaciones físicas; terminan por reducir la capacidad de vivir de manera independiente, disminuyendo de esta manera tanto la calidad como la esperanza de vida. Causas últimas, determinantes para la institucionalización de una persona mayor en una residencia, como una alternativa para garantizar una adecuada atención a su situación de dependencia, pero esto desencadena en una situación más impredecible; asegurar que el nuevo domicilio reúna las condiciones de calidad de vida necesarias. En general, tanto los motivos generadores del ingreso, como la incertidumbre y desvinculación social que genera el cambio de domicilio y forma de vida, provocan un estado de fragilidad sobre el que las condiciones y nivel de calidad de vida que permita la residencia pueden influir de manera sustancial.

A posteriori la realidad denota que las instituciones actuales no se diseñaron para esta función, fueron creadas específicamente para una vivienda posteriormente son adaptadas. Actualmente la demanda de este servicio ha aumentado considerablemente volviéndose un

espacio insuficiente, impidiendo el alojamiento; creando en el portafolio de muchas instituciones servicios de “guardería” o centros días/diurnos, para que después de una serie de atenciones (no asistenciales) regresen a sus viviendas, el tratamiento de enfermedades y la rehabilitación de usuarios, dada a las inadecuadas estructuras físicas, al personal poco calificado, a la poca inversión y muchas otras factores que inciden que la razón de ser de los centros para personas mayores se desenfoca, de lo estipulado en la única ley que contiene lineamientos “*que dignifican la estadía*”.

De no ser así, se pudiera conseguir una calidad de vida adecuada en una residencia de personas mayores?; Cuales serían los elementos que determinan y garantizan unos niveles adecuados de calidad de vida en una residencia?; Dado que resulta frecuente que las personas que residen en una misma residencia compartan características sociales y de salud comparables a las que se dan en casi todos los centros del mismo tipo, son las diferencias en cuanto a la cantidad y calidad de los recursos del centro, y la capacitación, formas de organización del trabajo y preparación de sus profesionales, los aspectos que determinan diferentes niveles de calidad de vida percibida entre las residencias?, o son, por el contrario, otros determinantes menos objetivos, los responsables de establecer esta diferenciación?

Pues ahora, subjetivamente, esta determinación ha sido desplazada a las familias o acudientes de los posibles residentes, quienes por criterios muy diferentes, económicos, “que no huelan maluco”, cercanía, y entre otros, toman la decisión de ingresar a un adulto mayor, contexto al cuál, se le ha sumado las deficiencias que se encuentran en las entidades encargadas de la vigilancia y control y las pocas políticas específicas del tema, no existe un sistema de habilitación, se realiza apertura y habilita bajo actos de buena fe, los criterios de evaluación son poco claros y muchas de las recomendaciones no son las acordes a la normativa vigente.

Pero, como dice un proverbio criollo *el beneficio de la duda, cualquiera merece*; y buscando en cierta manera la neutralidad hay que agregar también, que el descontrolado aumento de centros clandestinos (bajo condiciones mínimas, sin servicios habilitados o como dicen, *sin dios y sin ley*) creados por profesionales *primero* ajenos a la gerontología y *segundo* que desconocen la normatividad requerida (incluso a algunos gerontólogos) mínimamente para su funcionamiento, hacen de este realidad inhóspita un camino sin salida, y se continuará observando en los titulares de noticias hacinamientos, maltratos, abandonos y otros entornos muy lejos del concepto de calidad de vida digna para personas mayores.

Aunque los centros de asistencia para la personas mayores han trascendido, son muy diferentes a los antiguos asilos de ancianos, basándose no solo en la atención de las necesidades de cuidados básicos, de alojamiento del residente sino a la promoción de su autonomía, dignidad y desarrollo personal, el reto que queda es orientarlos con buenas pautas de manejo, basados en los procesos y en el cliente, en la seguridad del paciente, en planes de mejora con indicadores de evaluación y seguimiento, y muchas otras herramientas generadoras de criterios óptimas para la toma de decisiones al momento de ingresar una persona mayor.

1.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

-¿Cuál es la normatividad y cuáles lineamientos son los que deben cumplirse para el funcionamiento correcto de los centros de atención para personas mayores?

-¿Cuál estrategia gerencial se requiere para articular las condiciones mínimas existentes para las instituciones antiguas y la apertura de las futuras?

2. MARCO TEÓRICO Y LEGAL.

2.1 NORMATIVIDAD

Las normas legales que benefician la satisfacción de necesidades del adulto mayor y anciano, de generación de recursos para funcionamiento de programas de atención a este grupo poblacional, son el compromiso evidente, que desde años atrás, se viene teniendo con esta población.

2.1.1 En lo Internacional

Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en Viena .1982: Recomendó medidas en sectores tales como el empleo y la seguridad económica, la salud y la nutrición, la vivienda, la educación y el bienestar social; además, consideró a las personas de edad como un grupo de población heterogéneo y activo con aptitudes diversas y necesidades especiales en algunos casos.

Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad. 1991: Estableció normas universales para los adultos mayores en cinco ámbitos principales: independencia, atención, realización personal y dignidad.

Conferencia Internacional sobre el Envejecimiento.1992: Las políticas se fundamentaron sobre cuatro dimensiones: La situación de las personas de edad, el desarrollo individual a lo largo de toda la vida, las relaciones entre generaciones y la relación entre desarrollo y envejecimiento de la población.

Declaración de Brasilia sobre el envejecimiento 1996.Los principios para la atención al Adulto Mayor fueron: Atender las necesidades de una población en proceso de envejecimiento; las acciones deben tomar en cuenta los determinantes biofísicos, sociales, psicológicos, económicos y ambientales de la salud; las políticas y las prácticas deben considerar los aspectos éticos, incluyendo la distribución equitativa de los recursos y el acceso igualitario a la atención

médica y otros servicios; las acciones deberán desarrollarse en forma coordinada o concertada entre todos los gobiernos a todos los niveles, las organizaciones no gubernamentales, las organizaciones religiosas, los movimientos sociales y el sector privado.

XXV Conferencia Sanitaria Panamericana de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) 1998. Instó a los estados miembros a que establecieran políticas, planes, programas y servicios nacionales para las personas Adultas Mayores, haciendo hincapié en los servicios de promoción de la salud y atención primaria.

Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en Madrid. 2002: Aprobación del Plan de acción Internacional con énfasis en el envejecimiento “exitoso”, en el contexto de una nueva cultura social positiva de la vejez, una ciudadanía mayor con seguridad económica, acceso a la participación laboral, social y educativa en función de vidas activas y saludables, y un entorno urbano y rural accesible y seguro, con servicios sociales de salud que permita envejecer en casa y beneficiarse del avance tecnológico, científico y general.

Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento. 2003: Determinación de estrategias como: promoción de cobertura universal de la población a los servicios de salud, incorporando el envejecimiento como componente esencial de las legislaciones y políticas nacionales de salud; la promoción de conductas personales y ambientes saludables a través de leyes, políticas, programas y acciones nacionales y comunitarios; la creación de marcos legales y mecanismos adecuados para la protección de los derechos a los servicios de cuidado a largo plazo; la formación de recursos humanos a través del diseño e implementación de un plan nacional de capacitación en Gerontología y Geriátrica en todos los niveles de atención; la elaboración y utilización de instrumentos para mejorar el conocimiento del estado de salud y monitorear sus cambios.

2.1.2 En lo Nacional.

LEY 09 DE 1979. Código Sanitario. Esta ley hace referencia a las condiciones sanitarias que deben cumplir establecimientos de toda naturaleza.

En 1903, se destaca la Ley 39, la que se ocupó de las pensiones de maestros, profesores e instructores de instrucción pública.

La Ley 29/75, creó el Fondo Nacional de la Ancianidad desprotegida.

La Ley 10 del 90, en su Artículo 12, ordena a las Direcciones Locales de Salud hacer cumplir a los Centros de Bienestar del Anciano, las normas higiénicas previstas en la Ley 9 del 79, y su Decreto Reglamentario 1298 del 1994.

En la CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA de 1991, hace referencia a los Adultos mayores en los siguientes Artículos:

Artículo 13. Hace alusión a que el Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancias de debilidad. Manifiesta y sancionará los abusos y maltratos.

Artículo 38. Estado de invalidez: Para los efectos del presente capítulo se considera inválida la persona que por cualquier causa de origen no profesional, no provocada intencionalmente, hubiere perdido el 50% o más de su capacidad.

Artículo 46. Hace referencia a la responsabilidad del Estado, la sociedad y la familia para la protección y asistencia de las personas de la tercera edad.

Artículo 42. Por el cual se adjudica la protección de la familia como función de las autoridades.

La Resolución 7020, contempla la obligación de los municipios de atender a grupos de población vulnerable en la cual se encuentra la población de Adultos Mayores.

Ley 60 de 1993, en varios de sus Artículos habla acerca de la obligación de los municipios de atender grupos vulnerables. En el Capítulo 3, Artículo 21, Numerales 2 y 7, se

incluye la destinación que los municipios deben hacer de los ingresos corrientes de la Nación en lo referente a pago de subsidios para el acceso de la población con necesidades básicas insatisfechas. Actualmente, la vigencia está en la Ley 715/2001.

Ley 100 de 1993, en su libro cuarto, establece dos marcos de política social. El primero tiene que ver con la entrega de auxilios para los adultos mayores en situación de pobreza, que fue reglamentado por el Decreto 1135 de 1994, y se hizo operativo mediante documento CONPES Social, 22 de 1994. El segundo marco se refiere a los servicios sociales complementarios, como son la capacitación, actividades sociales, lúdico recreativas y deportivas, ocio productivo, turismo y auxilio funerario. El Artículo 261 establece que los municipios o los distritos deben garantizar la infraestructura necesaria para la atención de los ancianos indigentes y señala que se debe elaborar un plan municipal de servicios sociales complementarios para la tercera edad como parte integral del plan de desarrollo. El artículo 262 plantea que el Estado, a través de sus autoridades y entidades y con la participación de la comunidad y las ONGS, prestará servicios sociales complementarios para la tercera edad en materia de educación, cultura, recreación y turismo.

En Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, la Vicepresidencia de la República y el Departamento Nacional de Planeación elaboraron el documento Concejo Nacional de Política Económica y Social CONPES 2793 (junio 28 de 1995): Su objetivo principal es mejorar las condiciones de vida de las personas de mayor edad y elevar la calidad de vida de toda la población para que alcance una vejez saludable y satisfactoria. El desarrollo de esta política implica una responsabilidad compartida entre las organizaciones gubernamentales del orden nacional, departamental, regional y local, las ONGS, las comunidades indígenas y la sociedad civil, además que se hace énfasis en una cultura del envejecimiento y la vejez en la cual éstos “sean considerados como símbolo de experiencia, sabiduría y respeto, para eliminar así la

discriminación y la segregación por motivos de edad y contribuir al mismo tiempo al fortalecimiento de la solidaridad y al apoyo mutuo entre generaciones”.

CONPES 70 del 28 de mayo de 2003: El cual asignó los recursos de acuerdo con el número de Adultos Mayores clasificados en los Niveles 1 y dos del SISBEN del Municipio, con respecto al total de ancianos clasificados en dichos niveles en todo el país.

CONPES 78: Ajustes a los requisitos del Programa Social al Adulto Mayor Subcuenta de Subsistencia-Fondo de Solidaridad Pensional, Bogotá mayo 03 de 2004,

CONPES 86: Operación del Programa Nacional de Alimentación para el Adulto Mayor “Juan Luís Londoño de la Cuesta”, diciembre 06 de 2004,

CONPES 92: Modificaciones a los lineamientos para la operación del programa Nacional de Alimentación para el Adulto Mayor “Juan Luis Londoño de la Cuesta” y la selección y priorización de Beneficiarios, de abril 18 de 2005.

CONPES 105: del 14 de mayo de 2007, El cual modifica los lineamientos del Programa Nacional de Alimentación “Juan Luís Londoño de la Cuesta”.

Ley 575 de 2000: se refiere a la competencia a las comisarías de familia y a la fiscalía para atender la violencia intrafamiliar desde una mirada integral. Estipuladas en el código penal (Ley 599 - 2000, leyes 890 y 906 de 2004).

Ley 687 de 2001: por la cual se establece la estampilla prodotación y funcionamiento del Centro de Bienestar del Anciano.

Ley 789 de 2002: por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo, que crea el Sistema de Protección Social, el cual se constituye como un conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos. Para obtener como mínimo el derecho a: La salud, la

pensión y el Trabajo. El objeto fundamental en el área de las pensiones, es crear un sistema viable que garantice unos ingresos aceptables a los presentes y futuros pensionados. En salud, los programas están enfocados a permitir que los colombianos puedan acceder en condiciones de calidad y oportunidad a los servicios básicos. El sistema crea las condiciones para que los trabajadores, puedan asumir las nuevas formas de trabajo, organización y jornada laboral. Crea el fondo de Protección Social como una cuenta especial de la Nación, cuyo objetivo será la financiación de programas sociales.

Ley 797 de enero de 2003, de la reforma pensional, busca incrementar significativamente los recursos para la atención directa a los ancianos y se crea la subcuenta de subsistencia, reglamentada mediante el Decreto 2681 de 2003, financiada con el 50% de los recursos del 1% sobre las cotizaciones con más de cuatro salarios mínimos mensuales vigentes.

La Ley 1171 del 7 de diciembre de 2007: La cual tiene como objeto conceder a las personas mayores de 62 años beneficios para garantizar sus derechos a la educación, la recreación a la salud y propiciar un mejoramiento en sus condiciones de vida.

El Decreto 1011 del 2006, del Ministerio de Protección Social, organiza el Sistema Obligatorio de garantía de la calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, resolución 1043 de abril 3 de 2006, Ministerio de Protección Social, adopta los formularios de inscripción y de novedades para registro especial de prestadores de servicios de salud, los manuales de estándares y procedimientos, y se establecen las condiciones tecnológicas y científicas de suficiencia patrimonial financiera y administrativa del sistema clínico de habilitaciones de prestadores de servicios de salud y los definidos como tales.

Ley 1251 de 2008, contiene un conjunto de disposiciones para garantizar los derechos de las personas adultas mayores, dentro de las cuales dispone que se deba expedir la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez dándole el marco y fijando las áreas de intervención que

debe tener en cuenta. Entre dichas áreas está la relativa a la *“Protección a la salud y bienestar social (art.17, numeral 1)*, indicando que *“Los adultos mayores tienen derecho a la protección integral de la salud y el deber de participar en la promoción y defensa de la salud propia, así como la de su familia y su comunidad”*

La Ley 1276 de 2009 tiene antecedentes en la Ley 48 de 1986, y en la cual se modifican los artículos 1º, 2º, 4º y 5º de la Ley 687 de 2001, estableciendo nuevos criterios de atención al Adulto Mayor en los Centros de Vida denominados como el conjunto de proyectos, procedimientos, protocolos e infraestructura física, técnica y administrativa orientada a brindar una atención integral durante el día a los adultos mayores. También se hace énfasis en las modificaciones del artículo 6º donde se debe prestar una *“canasta mínima de servicios”*

Ley 1315 de 2009, establece las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención y fija la competencia de las Secretarías de Salud para conferir las licencias de funcionamiento y hacer seguimiento al funcionamiento de estos Centros.

2.1.3 En lo Departamental.

La ordenanza 3 de 1993 (E), por medio de la cual se establece unas tarifas y se destinan los recursos recaudados por tal concepto a los Centros de Bienestar del Anciano.

Decreto 3686 de septiembre 21 de 1973, de la Gobernación de Antioquia, reglamenta la ordenanza 3 de 1993 (E), y define programas y modalidades organizativas e institucionales.

Ordenanza 52 del 22 de diciembre de 1995, de la Asamblea Departamental de Antioquia, por medio de la cual se modifica la ordenanza 3 de mayo 31 de 1993 (E).

Ordenanza 3E del año 1993, la cual por medio de la cual se establece como van hacer captados los recursos para la población Adulta Mayor y Anciana del Departamento.

A partir del año 1994, han surgido tres (3) Resoluciones Departamentales que han establecido los requisitos para el funcionamiento para los Centros de Bienestar del Anciano: ellas son: Resolución 5369 de 1994, Resolución 10926 del 2000, derogadas actualmente la Resolución 8333 del 21 de octubre de 2004, y la Resoluciones aclaratorias 9897 de diciembre 2 de 2004 y 10717 de diciembre 14 de 2004, de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, establecen las normas para el funcionamiento de las instituciones de atención de los adultos mayores y ancianos del Departamento de Antioquia.

2.2 BUENAS PRÁCTICAS

La unidad, “Buenas Prácticas”, es una expresión que a lo largo de las últimas décadas, ha ido incorporándose, de un modo progresivo, desde el mundo empresarial, a otros foros, incluido el campo de la educación. Donde ayer se hablaba de calidad hoy, se expresa, o se manifiesta, la necesidad de las *buenas prácticas*.

“El término “calidad”, como ahora el de “buenas prácticas”, era una etiqueta necesaria para dar prestigio a cualquier empresa, organismo, actividad o producto, pero entonces, como ahora, se trataba de un término ambiguo del que podían desprenderse interpretaciones distintas”. (M.T. Cabré, 2009)

El lenguaje cotidiano es sensible al cambio, como lo es la sociedad misma que lo usa. Las *buenas prácticas* hacen alusión a sistemas de calidad que establecen las condiciones bajo las que se planifican, elaboran, controlan, registran y archivan los datos obtenidos, con el fin de asegurar la fiabilidad de los mismos. Posteriormente, seguros de su incidencia, efecto e impacto positivo, se difunden las experiencias realizadas y el conocimiento adquirido, para poder transferirlas y hacerlas replicables en otros contextos.

El uso del “término” *buenas prácticas* ha hecho fortuna y son poquísimos los organismos, instituciones o empresas que se muestran críticos” ante ellas, y menos aun los que las rechazan.

Las *buenas prácticas* se han asociado actualmente no solo “a lo que un organismo debe hacer por responsabilidad social, sino también, para ser considerado innovador y moderno”.(Cabré, 2009)

Existen, por lo tanto, distintos modos de entender esta expresión de *buenas prácticas*. Es un constructo generalmente “usado en plural y en sentido colectivo. El vocablo “prácticas” no supone problemas de interpretación. No ocurre lo mismo con el vocablo “buenas”, puesto que presenta connotaciones de cualificación positiva, lo que puede dar lugar a interpretaciones de valoración distinta, dependiendo de quién juzgue las acciones. Esta expresión, *buenas prácticas*, por un lado, hace referencia a una manera de ejecutar las acciones:

De un modo recto, con sentido moral y ético, y por lo tanto como contrapuesta a las *malas prácticas*, o *prácticas malintencionadas, engañosas* o quizás *perversas*. Como dice Cabré (2009), “...el adjetivo “buena” representa un juicio de moralidad. El adjetivo “bueno-a” presupone que hay prácticas que no lo son y ello puede ser por varios motivos. Desde esta perspectiva se interpreta como una manera de hacer honesta, acorde con principios morales propios del derecho natural. Desde esta acepción las prácticas se consideran “buenas” en su aspecto intrínseco”.

Por otro lado, este constructo se viene entendiendo como algo que transforma situaciones, presta atención a los contextos en que se producen y muestra el cambio adecuado y concreto que se pretende. Este modo de actuar debe ser reconocido, aceptado y refrendado, previamente, por el grupo profesional, o colectivo social, que la diseña. En consecuencia, el constructo *buenas prácticas*, se utiliza para hacer visible aquellas prácticas que “*pueden suponer el germen de un cambio positivo en los métodos de hacer tradicionales. Por tanto, las buenas prácticas pueden ser aprendidas y transferidas a otras organizaciones y de ahí el esfuerzo de identificarlas*” (T. González, 2007).

De acuerdo con la Comunidad Internacional, la UNESCO (2010) en el marco de su Programa MOST (Management of Social Transformations), ha especificado cuales son los rasgos que han de caracterizar a las *buenas prácticas*, que en términos generales son las siguientes:

-Fiabilidad. Se refiere a la probabilidad del buen funcionamiento de algo que ofrece seguridad, en orden a conseguir buenos resultados. Implica repetir una acción en diferentes contextos pero en situaciones semejantes.

-Innovación. Implica cambio y modificación de la situación existente. Exige introducir alguna novedad

-Efectividad. Capacidad de producir el resultado que se desea o espera, demostrando su impacto en la mejora.

-Sostenibilidad. Capacidad de mantenerse en el tiempo y producir efectos duraderos hasta que la situación haya mejorado, o sea reemplazada por otra.

-Contrastabilidad y transferibilidad. Implica ejecutar un proceso de manera óptima en otro contexto, con el fin de constatar los resultados y analizar las coincidencias y discrepancias. Para que esto sea posible, la práctica debe estar documentada para servir de referente a otras y facilitar la mejora de sus procesos. Sólo de este modo el conocimiento se puede trasladar más fácilmente para que otro grupo, usándolo como referente, pueda operativizarlo en otro contexto.

Estas características guardan una estrecha relación, de carácter circular, en la *buenas prácticas*. Su condición innovadora, ha de conducir más allá de lo nuevo para proyectarse en lo efectivo, eficaz y eficiente. Sólo así se podrá mantener en el tiempo, produciendo efectos duraderos. Todo ello, la constituye en modelo, transferible a otros contextos, facilitadora de replicabilidad o contraste de la experiencia. Una vez terminado este proceso, se está en condiciones de iniciarlo de nuevo, al amparo de la experiencia y el conocimiento adquirido. Experiencia y conocimiento constituyen así la base para identificar, reunir y difundir las buenas

prácticas y, si fuera necesario, crear “observatorios” desde donde se nos permitiera aprender unos de otros, buscar soluciones innovadoras y sostenibles en el tiempo, llegando a crear “bancos”, donde poder encontrar protocolos y guías de esta metodología. “Observatorios y bancos”, permiten, además, crear puentes entre la teoría y la práctica, la investigación y la acción, el pensar y el actuar. Estos observatorios se harían capaces de ofrecer iniciativas, orientaciones a los distintos organismos e instituciones sociales.

Antes de elaborar una definición de *buenas prácticas*, se debe tener en cuenta algunos aspectos importantes:

1.- Señalar el promotor de la buena práctica: entidad o colectivo que decide llevar a cabo dicha acción concreta

2.- Definir el contexto en el que se realiza. Hacer referencia al conjunto de factores que pueden favorecer o dificultar la actividad.

3.- Concretar el objeto sobre el que se proyectan las buenas prácticas puesto que es imposible transformar aquello que no se conoce (metodología, procesos instrumentos...).

4.- El tema o contenido sobre el que versan. Es necesario trabajar sobre algo de lo que ya se cuenta con un bagaje de conocimiento, es decir, el sujeto tiene ya interiorizado previamente ese bagaje (contenidos, vocabulario, lenguaje específico, etc.)

5.- Los destinatarios a los que se dirigen las *buenas prácticas*. Pueden estar orientadas a individuos, colectivos específicos o bien, a la sociedad en general.

6.- Tener claras el conjunto de instrucciones que dan forma a las *buenas prácticas* y que se proyectan en los diseños, protocolos o guías.

7.- El sistema de indicadores, que permitan constatar, medir y evaluar los objetivos que han de perseguir las buenas prácticas: fiabilidad, pertinencia, innovación, efectividad, sostenibilidad, replicabilidad y transferibilidad y otros.

8.- Elaborar un documento formal donde quede recogido todo el contenido necesario para que a las “prácticas”, se les pueda aplicar el adjetivo de “buenas”: normas, objetivos, metodología. Es lo que normalmente recibe el nombre de Informe Previo.

Algunas definiciones y concepciones, que podemos tomar como referencia sobre buena práctica, son las que se reflejan en el siguiente cuadro:

Tabla 1. Definiciones y concepciones de buenas prácticas.

Definiciones y Concepciones de Buenas Prácticas
Aplicación de un conjunto de estándares de calidad a la oferta de un determinado servicio. Especificaciones del proceso lo más claras posibles, científicamente fundadas y revisadas periódicamente que nos indiquen cuáles son las pautas de actuación más efectivas ante una situación (Redondo, E.; Muñoz, R.; Torres, B. 1994)
Una referencia de valores, principios y procedimientos que aseguren que las personas reciben un servicio de calidad. Prácticas o acciones profesionales que ayudan a la consecución de los resultados. (Arostegi, Martínez 1999)
La buena práctica sería aquella forma de hacer que introduce mejoras en los procesos y actividades que tienen lugar en nuestras organizaciones, mejoras orientadas a producir resultados positivos sobre la calidad de vida de las personas. (FEAPS, 2000)
Acción o conjunto de acciones que, fruto de la identificación de una necesidad, son sistemáticas, eficaces y eficientes, y están pensadas y realizadas por los miembros de una organización con el apoyo de sus órganos de dirección, y que, además de satisfacer las necesidades y expectativas de sus clientes, suponen una mejora evidente de los estándares del servicio. Se puede distinguir entre dos tipos de buenas prácticas: - Pioneras: se introducen por primera vez en un servicio, centro u organización y son innovadoras porque no se han hecho nunca antes - Excelencia: retoman buenas prácticas anteriores aprovechando los conocimientos que contienen para mejorar su eficacia y su eficiencia. (FEAPS, s.f.)
Una acción que introduce una nueva manera de hacer las cosas, rompiendo con los hábitos y referencias del pasado, y que destaca por los buenos resultados obtenidos. Sus características son: innovación, adecuación al momento, obtención de buenos resultados y capacidad de transferir la experiencia a otras realidades similares (ACTE, 2003)

Fuente: Elaboración propia

Además de los objetivos anteriores, la utilidad de un Manual de Buenas

Prácticas se concreta en:

- Mejorar el logro de objetivos (eficacia) y la eficiencia.
- Ser un referente para la evaluación.
- Enfatizar el doble polo de, por una parte, asegurar la calidad del servicio, y por otra,

introducir innovaciones. Aunque se puedan desarrollar con más intensidad algunos apartados pensamos que un Manual deber tener una visión global y recoger el conjunto de aspectos que inciden en las intervenciones y actuaciones de un centro.

Algunos de los componentes de una guía de buenas prácticas pudieran ser:

1. Definición y objetivos.
2. Principios y valores. Creencias básicas que orientan el conjunto de actuaciones del servicio.
3. Derechos.
4. Resultados, objetivos del servicio y criterios o pautas para su logro.
5. Procesos básicos y criterios o pautas para su desarrollo.
6. Otros procesos (gestión, recursos, equipamientos,...).
7. Uso y seguimiento de la guía.

Tabla 2. Proceso continuo de concepciones de manuales de buenas prácticas.

	FINALIDAD	CONTENIDO	CARACTERISTICAS
CONTINUO	o de estándar de calidad	Normas precisas que los programas o servicios deben cumplir para ser de calidad	General: aplicable como criterio a muchas situaciones
		Procedimientos adecuados o pautas aconsejables	
		Acciones o actuaciones innovadoras en las diferentes dimensiones o aspectos de los procesos de trabajo	
	Un referente de ejemplo para suscitar una dirección, sugerir o plantear mejoras	Experiencias ejemplares que muestran una forma concreta de poner en práctica o desarrollar orientaciones o principios generales	Concreto: presenta una experiencia que cada uno tiene que buscar la aplicabilidad

Fuente: Elaboración propia

2.3 RESIDENCIA DE TERCERA EDAD.

El concepto de Residencia de Tercera Edad aglutina numerosas formas de definición. El Estatuto Básico de Centros del IMSERSO, las define como “*establecimientos destinados a servir de vivienda permanente y común a personas de la tercera edad, en los que se presta una asistencia integral y continuada, a quienes no pueden satisfacer estas necesidades por otros medios*” (IMSERSO, 1985) y Rodríguez las define como un “*centro gerontológico abierto, de desarrollo personal y atención sociosanitaria interprofesional, en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia*” (Rodríguez, 1999).

Entre la gran variedad de recursos asistenciales que se destinan a la atención de las personas mayores en todo el mundo, siempre relacionados con las diferentes características socioculturales de los países donde estos se ubican, las Residencias destacan como elemento vertebrador de la asistencia a los ancianos y son, probablemente, el recurso social para la atención al envejecimiento que más se ha generalizado durante estas últimas décadas. El rapidísimo crecimiento del número de residencias públicas y privadas que acogen a los ancianos en la última

etapa de su vida, incluso desde bastante antes de mostrar síntomas definitivos de senilidad, es una de las peculiaridades definitorias de nuestras sociedades actuales, y son muchos los países que se enfrentan al problema de hacer frente a las necesidades de atención que generan las amplias bolsas de población envejecida.

En general, la concepción de los centros para atención permanente de las personas de edad, ha evolucionado desde la percepción como asilo, que prestaba atención paliativa o de acogimiento a personas que por su edad o su salud estaban excluidas de la sociedad o marginadas, hasta una estructura de servicios comunitarios de las que son componentes las Residencias. Aunque en algunos centros todavía perviven formas de convivencia y circunstancias que recuerdan a modelos del pasado y que deben mejorar, la institucionalización suele tener actualmente connotaciones muy positivas, sobre todo cuando esta se plantea como una continuidad, y no como una ruptura en la vida de los ancianos. Como dicen Kaufmann y Frias (1996), las Residencias “*deben crear un ambiente lo más parecido posible al familiar en el que ésta sea identificada como su hogar*”, por lo que, a diferencia de las antiguas organizaciones de caridad y de beneficencia, estas últimas se plantean y diseñan con la voluntad de evitar la desadaptación y el desarraigo de los ancianos y tratan, como uno de sus objetivos básicos, de ofrecer al conjunto de la población mayor, los apoyos necesarios para mantener o para reorganizar las relaciones con su medio social de procedencia⁴⁰

Ciertos estudios como el de Bazo (1991), reflejan como los propios mayores institucionalizados suelen acceder a las Residencias con una imagen muy negativa de las mismas, y lo que presuponían como un asilo plagado de ancianos pobres, enfermos y marginados, tiende a cambiar al poco de permanecer allí, de manera que la valoración se torna más positiva, afirmando la mayoría encontrarse a gusto y mostrando actitudes mucho más favorables que las que se tenían previamente. Otros estudios (López, 2000), demuestran como la concepción negativa que suele

tenerse de ellas antes del ingreso, se matiza y hasta cambia por una imagen positiva, cuando las personas mayores poseen un conocimiento más directo y real de la vida de los centros, a menudo por tener algún familiar que ya ha sido institucionalizado, o porque conocen a alguien que trabaja en el mismo y le acerca una visión más real y más distanciada del peyorativo mito popular de las Residencias como antecámaras de la muerte.

Sin embargo, entre los investigadores sociales se alzan muchas voces críticas contra las Residencias. Barenys (1993) opina que las Residencias constituyen “*la formalización de la marginación cultural y social que sufre o que recae sobre la ancianidad en nuestra sociedad*”, y Puijalón y Trincaz (2000), en la línea de los ‘*Internados*’ que planteó Goffman (1970), se cuestionan si estas son centros especializados o ‘*guettos*’, pues según su opinión, “*la concentración de viejos en el seno de las instituciones, es sin ninguna duda una de las fuentes del ageísmo en nuestra sociedad*”. En esa misma línea, otro trabajo de Barenys (1993, p. 164) refiere que “*todo concurre a que los ancianos que viven reclusos en Residencias (y tanto más cuando su estado de salud intensifica su reclusión, añadimos nosotros) acaben por asumir un estatus de persona disminuida; la interiorización correspondiente se traduce en una representación de un yo degradado*”.

Es cierto que algunas residencias disponen también de Servicios de Estancias Diurnas, de Estancias Temporales y de otros programas de apoyo comunitario que, además de la prestación asistencial al mayor, tienen el objetivo de proporcionar ‘*respiro familiar*’ y ayudar a la conciliación de la vida social y laboral de aquellas familias que cuidan a sus mayores en el hogar. Estos centros, están ofertados a la comunidad y disponen de espacios y equipamientos técnicos adaptados, los profesionales necesarios y los programas y actividades que se precisan para el cumplimiento de su finalidad, lo que se garantiza mediante las diferentes normativas que sobre autorización, acreditación y funcionamiento de los centros se han habilitado, y que prácticamente

han permitido acabar con las instituciones que agrupaban a personas mayores en condiciones de hacinamiento, marginación e insalubridad.

Pero también resulta evidente que, a pesar de que la concepción de las residencias tiene la finalidad básica de fomentar la convivencia social tratando de suplir al domicilio, el evidente deterioro en la salud de la mayor parte de las personas ingresadas, y la escasez en recursos materiales y en formación en materia de gerontología (que no de geriatría) de sus profesionales, hacen que la vida diaria en los centros gire casi sistemáticamente en torno a la actividad de cuidar a las personas ancianas, lo que se convierte en un reto para los profesionales responsables de cubrir la gran diversidad de atenciones que estas personas requieren.

La atención dirigida a los mayores se profesionaliza (asistenciales, psicólogos, terapeutas, servicios generales, manipuladores de alimentos,...), se restringen y limitan toda clase de objetos y circunstancias personales en pro de la operatividad, se cuantifican y codifican las dependencias y se sacrifican los elementos afectivo-sentimentales en favor de los cuidados asistenciales. Cuidados que además, deben ir adaptándose de manera progresiva a los sucesivos cambios que van produciéndose con el incremento de la edad, lo que provoca que en muchas residencias, en las que la media de edad es cada vez más elevada, los cuidados para la atención de las personas con alto grado de dependencia acaben por convertirse en esenciales, siendo necesaria la implantación de programas de '*cuidados paliativos*', lo que limita las posibilidades de que los profesionales trabajadores puedan desempeñar otras actividades con el resto de pacientes no terminales, en detrimento de la calidad de vida de estas personas con menores niveles de dependencia física o psíquica.

Estos programas consumen una gran parte de la actividad y el esfuerzo diario de los profesionales, dificultan la creación de un entorno que permita la programación y desarrollo de actividades y programas de carácter psicosocial y transforman el entorno residencial en un

ambiente más cercano al hospital que al ‘*domicilio familiar*’, con el que se pretende comparar la vida en la residencia.

2.3.1 Tipos de residencias de tercera edad.

Como se ha dicho, las residencias para mayores son solamente uno de los eslabones en la cadena de centros y servicios organizados para atender a las personas ancianas. Por lo general, sirven de vivienda permanente al colectivo de residentes, pero también existen centros que permiten estancias temporales o de carácter ambulatorio, como parte sustancial de los llamados “*guardería*”, hasta que se habilite cualquier otro recurso que se considere pertinente.

Del mismo modo, hay residencias que solo admiten a personas que no presentan ningún tipo de dependencia, y otras, que por el contrario están destinadas de manera exclusiva a personas dependientes; por último, existen residencias, aunque pocas, cuyo acceso está limitado por razón de sexo. De entre toda esta gran variedad de recursos, resulta más esclarecedor diferenciar las residencias según los dos criterios más comúnmente utilizados por la mayoría de Administraciones de los países europeos y algunos países suramericanos, distinguiéndolas según su forma de gestión, es decir, en función de quien sea la entidad propietaria del centro: Residencias Públicas, del Tercer Sector, y Privadas o Privadas Concertadas; y según la situación o grado de dependencia de los residentes en ella ingresados: Residencias para Ancianos Independientes,

Residencias para Ancianos Dependientes y Residencias Mixtas: Otros criterios de uso común para clasificar las Residencias, se basan en el *tipo de estancia* que realizan los ancianos en las mismas, diferenciando entre Residencias para Estancia Temporal y Residencias para Estancia Permanente, así como también *tamaño de la residencia*, en función del número de residentes a los que acogen. Sin embargo, estos criterios generan cierta controversia al no permitir el

establecimiento de distinciones claras entre los diferentes centros, como posteriormente analizaremos.

Según la dependencia administrativa: Según la titularidad de la gestión, las residencias pueden ser de 3 tipos: de gestión pública, vinculadas al tercer sector y de gestión privada.

Residencias públicas. Las Residencias públicas pueden depender de diversas administraciones (locales) y sus cupos se ofertan con carácter gratuito para aquellas personas que cumplen ciertos requisitos establecidos por las leyes específicas.

Sin embargo, la obtención de un cupo en una residencia pública es bastante difícil debido a que el número de las plazas es muy inferior al volumen total de solicitudes, lo que genera criterios de inclusión muy estrictos y listas de espera muy largas. El proceso de solicitud se inicia con una valoración previa por parte de los profesionales sanitarios y sociales que atienden al solicitante, el cual incluye aspectos relacionados con su estado de salud, su nivel de economía, situación social y grado de apoyo familiar. Los residentes de estos centros, son mayoritariamente personas que poseen escasos recursos económicos, aunque tampoco resulta infrecuente encontrar a quien goza de un mejor estado financiero, pero que a su problema de salud y dependencia, asocia una situación de soledad por viudedad o soltería.

Residencias pertenecientes al tercer sector. Muchos de los centros que se engloban bajo este modelo de gestión, pertenecen a congregaciones religiosas o dependen de Fundaciones muy relacionadas con las Administraciones Públicas en los diferentes ámbitos territoriales. Por lo general, acogen a ancianos de nivel económico muy bajo, que debido a sus escasos recursos tan solo están obligados a aportar al centro una parte de su pensión o que, en caso de no disponer de recursos, ocupan un lugar sufragado por la beneficencia, aunque en ocasiones se exige como contrapartida el legado de sus pertenencias materiales al centro.

Habitualmente son centros de tamaño pequeño o mediano (no más de 100 residentes) y una de sus características más peculiares es que la normativa que los rige es, en especial la de los centros religiosos, más rigurosa que la de los públicos en cuanto a horarios, salidas, tipo de relaciones que se establecen y actividades que se programan y no es infrecuente que los centros de carácter religioso estén destinados a personas de un mismo sexo. También es un hecho frecuente la presencia habitual de personas, que dedican parte de su tiempo al trabajo voluntario en la residencia.

Residencias privadas. Estos centros privados, en los que suelen ingresar personas con un nivel económico medio alto o alto, acostumbran a ser de tamaño reducido y ocupan frecuentemente zonas del interior de la ciudad o espacios con un entorno medioambiental privilegiado. El trato a los residentes pretende ser distinguido y suele haber mayor libertad de movimiento que en los centros citados anteriormente (Fericgla, 2002).

Por lo general, poseen una buena dotación de personal que les permite ofertar una variada cartera de servicios y actividades para los residentes, lo que guarda relación con el elevado coste económico exigido por el ingreso, aunque esta relación no siempre es equilibrada ni superior en calidad a la que presentan las residencias públicas.

Según el grado de autonomía de los residentes:

Residencias para Ancianos Válidos (independientes. A pesar de que las residencias de validos se crearon inicialmente para albergar a personas independientes para las actividades de la vida diaria (AVD), existen actualmente discrepancias en cuanto a las características que deberían cumplir los residentes que habitan en estos centros.

Según Treserra (1993), las residencias de validos tienen la función de ofrecer servicios equivalentes a los del hogar a personas que pueden valerse por ellas mismas, mejorando su calidad de vida y estimulando el disfrute (ocio, cultura, creación) y participación social (política,

sindical, incluso laboral, etc.). En la mayoría de documentos referidos a las actividades desarrolladas por estos centros, se destaca la capacidad de los mismos para proporcionar una atención geriátrica integral, relacionando está a la prestación de las medidas sociosanitarios, asistenciales y rehabilitadoras necesarias en cada caso, para mantener o mejorar el estado de salud física y mental del/la residente.

Residencias Asistidas (dependientes). Las residencias asistidas (o para ancianos asistidos), están concebidas como centros geriátricos destinados a la atención integral y especializada, de mayores con graves minusvalías físicas o psíquicas (demencia, incapacidad para la locomoción, etc.), y que por tanto ya no son válidos o independientes para las actividades básicas de la vida diaria. La documentación que recoge los programas y servicios que ofertan estos centros, suele insistir en que se prestan servicios que equivalen a la forma de vida de las personas en sus domicilios, pero complementados con los cuidados gerontológicos y recursos técnicos necesarios para estas personas. Sin embargo, en la práctica, las residencias asistidas se sitúan realmente a medio camino entre el hospital especializado en el tratamiento de problemas geriátricos y las residencias para válidos, por lo que la vida en las mismas dista mucho de ser similar a la del propio domicilio (Fericgla, 2002).

Residencias Mixtas (para válidos y asistidos). Las Residencias Mixtas cuentan con los recursos y personal necesarios para atender a residentes válidos y asistidos, pero plantean numerosas dificultades en su funcionamiento, en su gestión y en su financiación (Imsero, 2000).

Las necesidades de infraestructuras, servicios y costos que requiere la atención de una población tan dispar, tanto por sus diferentes condicionantes sociales, como especialmente por sus variadas condiciones de salud física y psíquica, precisan de una planificación y un desembolso económico mucho mayor que las residencias destinadas exclusivamente a uno u otro de esos colectivos. Por otra parte, la convivencia en el centro tiende a ser comparativamente más

conflictiva, pues los problemas para coordinar las actividades, horarios, dedicación del personal y distribución de recursos entre personas con tan diferentes necesidades de cuidados y servicios, dificultan la integración y cohesión del grupo y acaban por mermar la calidad de vida en el centro.

2.3.2 Motivos de ingreso en una residencia de tercera edad.

Las investigaciones sociales apuntan que en los próximos años, la atención familiar a los ancianos dependientes se verá progresivamente dificultada por la creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo (Rodríguez, 1998; Tobio, 2002), lo que podría generar una creciente demanda social de Residencias (Casals, 1993). De hecho, los problemas con que se topa la familia para atender a las personas mayores, constituyen en otros países el principal motivo para la institucionalización, máxime cuando el anciano o anciana padece algún trastorno de índole mental (Attias-Donfut, 1992).

En general, las tres circunstancias que motivan el ingreso de un anciano en una Residencia son los problemas de salud física o psíquica (enfermedades), los problemas relacionados con la convivencia (soledad o imposibilidad de vivir solo/a) y los problemas de carácter socioeconómico (falta de recursos). Aunque la mayoría de personas mayores manifiesta que desearía vivir en su domicilio hasta el fin de sus días, o residir en el de los hijos como alternativa más deseada en segundo lugar (IMSERSO, 1998), resulta cada vez más frecuente encontrar ancianos que aceptarían la alternativa de la institucionalización como recurso de futuro, sobre todo cuando el envejecimiento va asociado a alguna enfermedad y esta provoca la pérdida de la capacidad para la realización de las actividades de la vida diaria y la imposibilidad de una vida autónoma. Sin embargo, la toma de esta decisión divide la actitud de las personas mayores. De un lado, su simple planteamiento origina un fuerte rechazo entre gran parte de ellos, que

declaran abiertamente no desear “*acabar sus días*” en una Residencia. De otro, hay quienes suavizan su opinión, admitiendo el disgusto que les supondría dicho ingreso, pero mostrando a la vez su resignación “*si las circunstancias así lo requiriesen*”. Y finalmente, también hay quienes se refieren a la institucionalización como la solución de futuro más probable, e incluso deseada, esperando recibir allí todas las atenciones que pudieran precisar cuando la vejez suponga ser ‘*una carga*’, en lugar de acudir a la familia.

Las personas ancianas que manifiestan una actitud positiva hacia la institucionalización, opinan que en la Residencia estarán más cómodos, más tranquilos y mejor atendidos que en los domicilios propios o de la familia

(Imsero, 2004), impresiones que mayoritariamente han obtenido a través del conocimiento previo de alguna residencia que han visitado, o de familiares o amigos ingresados que les han transmitido una opinión favorable de las mismas (Imsero, 2000). Por su parte, la mayoría de personas mayores que tiene una opinión desfavorable de la vida en las Residencias, relaciona los centros con la necesidad de compartir la habitación, la pérdida de intimidad en general, la poca calidad y variedad de las comidas y la imposibilidad de controlar muchos aspectos de su vida diaria, como horarios, salidas y organización del tiempo y actividades, que pasan a ser establecidos y regulados por la dinámica de la vida residencial, y que a menudo les provoca una sensación de añoranza y tristeza que consolida su actitud de rechazo (Imsero, 2004).

2.4 CALIDAD DE VIDA

Como hemos dicho, aunque el término ‘*calidad de vida*’ se ha generalizado en las ciencias sociales, su origen se vincula principalmente a la medicina. ‘*Quality of life*’ es, desde 1977, una categoría de búsqueda en las bases de datos informatizadas más utilizadas por todos los

investigadores y estudiosos de las ciencias de la salud: *Medline* para el contexto más internacional, e *Index Medicus* para el contexto hispanohablante. Desde ese momento, y con una popularidad mucho más acentuada a partir de la década de los 80 (Hollandsworth, 1988), la tendencia al crecimiento de las publicaciones sobre calidad de vida ha sido casi exponencial, en gran parte determinada por el aumento en la esperanza de vida de las personas y por el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, circunstancia que ha convertido a la calidad de vida en un objetivo primordial de la atención médica, cuando los límites biológicos de la vida hacen que ya no sea posible aumentarla, o cuando es más importante la satisfacción con la vida que el incremento de unos pocos años (Lara-Muñoz y cols., 1995).

En la actualidad, la calidad de vida se ha transformado en un auténtico marco de referencia para la vida cotidiana, rico y complejo al mismo tiempo, y cuya clarificación puede ser de gran utilidad para la comprensión sociológica del mundo actual (de Pablos, Gómez y Pascual; 1999: 57), porque cuando nos referimos a la calidad de vida, estamos haciendo referencia a una diversidad de circunstancias que incluyen tanto la satisfacción de las necesidades más básicas, percibidas por prácticamente todas las personas, y a menudo relacionadas con la sensación de salud física y psíquica, como también a la satisfacción de otras necesidades vinculadas al ámbito de nuestras relaciones sociales, al acceso a los bienes culturales o al entorno ecológico y ambiental donde vivimos. Es decir, con '*calidad de vida*', se hace referencia a un término que es el sumatorio del nivel de satisfacción con las condiciones en que se van desarrollando las diversas actividades del individuo, todas ellas sujetas a unas condiciones objetivas, que son comparables, pero que también están influenciadas por las percepciones personales subjetivas y por los valores culturales.

Organismos oficiales, como la OMS o la OCDE, proponen definiciones de calidad de vida que pretenden unificar los criterios que la componen. Así, para la OCDE (1982:14), la calidad de

vida se corresponde con diversas áreas de preocupación social que se reúnen en 8 grandes grupos y que representan la estructura del estado del bienestar en sus aspectos fundamentales: salud, educación, empleo y calidad de vida en el trabajo, tiempo y ocio, capacidad adquisitiva de bienes y servicios, medio físico, medio social y seguridad personal.

Sin embargo, cuando se pregunta de manera abierta a la gente sobre su calidad de vida, lo primero que se percibe es que esta consiste en algo diferente para cada cual: los aspectos materiales son los más relevantes para unos, mientras que para otros tiene mayor importancia estar rodeado por aquellos a quien se ama; en ocasiones se identifica calidad de vida con felicidad y otras veces con una especie de equilibrio entre las aspiraciones y los logros. Sobre este último aspecto hay bastante consenso, pues lo que falta todavía por alcanzar suele estar presente en la mente de las personas, dotando a la calidad de vida de cierta provisionalidad que trasciende el momento actual.

Por otra parte, expresiones como *bienestar*, *nivel de vida* o *vivir bien*, suelen ser empleadas como sinónimos de calidad de vida, y en cierto modo lo son, pues como afirma De Pablos (1999), solo cuando el bienestar material se ha difundido entre amplias capas de la población, ha sido posible el surgimiento del concepto de calidad de vida. Algunos autores diferencian entre el *nivel de vida*, vinculado a una estructuración vertical de la sociedad, y que haría referencia a los elementos más o menos cuantificables que ordenan a los individuos en capas o estratos, y el *estilo de vida*, determinado por la combinación de bienes que uno elige y las actividades que uno hace, todo ello procesado en una configuración más abstracta, que vendría determinada por los valores que se detentan y la ubicación sociocultural que nos distingue (Orizo, 1992: 238) y que aporta una visión social multiforme y variada, no vertical.

En síntesis, dado que la calidad de vida es un concepto eminentemente evaluador o valorativo, capaz de abarcar muchos más fenómenos de los que caben en cualquier especialidad o

rama de las ciencias, transcurridos más de 20 años desde aquella publicación de Larson en 1978, todavía no se ha llegado a establecer un consenso general sobre su definición y forma de evaluación, aunque hay algunas ideas clave que generalmente se aceptan como representativas del concepto:

-La calidad de vida es un concepto multidimensional que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos.

-Comprende un número diverso de ámbitos de la vida, aunque existen discrepancias acerca del número real y las características de tales ámbitos.

-Debe reflejar las normas culturales de bienestar objetivo.

-Dentro de la dimensión subjetiva, las personas otorgan un peso específico diferente a los distintos ámbitos de su vida, por lo que se acepta que algunos ámbitos pueden ser considerados más importantes para algunos individuos que para otros.

-Cualquier definición de calidad de vida debe ser aplicable por igual a todas las personas, cualesquiera que sean sus circunstancias vitales.

Desde estos planteamientos, el término actual de calidad de vida, se halla en estrecha relación con el concepto original de bienestar, que a su vez tiene una amplia tradición en el mundo occidental contemporáneo unido al de Estado de Bienestar. Nordenfelt (1993: 35) utiliza dos expresiones para referirse a esta realidad: *welfare* y *wellbeing*, entendiendo al primero como el bienestar externo, y al segundo como el bienestar subjetivo

1. Para Setien (1993: 137-138), calidad de vida es el “*grado en que una sociedad posibilita la satisfacción de las necesidades de los miembros que la componen, capacidad que se manifiesta a través de las condiciones objetivas en que se desenvuelve la vida social y en el sentimiento subjetivo que de la satisfacción de sus deseos, socialmente influidos, y de su existencia, poseen los miembros de una sociedad*”.

2. La OMS (1994), concibe calidad de vida como *“la percepción por el individuo de su posición de vida en el contexto de cultura y sistema de valores en los cuales vive en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones”*.

3. Para Felce y Perry (1995), la calidad de vida se puede definir en base a 4 conceptualizaciones: 1) la calidad de las condiciones de vida de una persona, 2) la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, 3) la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que esta experimenta y, 4) la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal, ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

4. Hornquist (1989) la define como la *“percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones clave, con especial énfasis en el bienestar del individuo”*.

A pesar de su sencillez, o quizás por ello, nos gusta especialmente esta última definición (Hornquist), porque permite incluir en forma de variables especificadas para cada caso, las diferentes causas externas al individuo que pueden llegar a modificar su bienestar (incluyendo su salud, vinculada directamente con el concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud).

En cualquier caso, resulta imposible hablar de una concepción única de calidad de vida sin tener en cuenta la idea, valoración o juicio que merece el nivel de bienestar para la persona que diseña y realiza la investigación (De Pablos: 1999), pues toda forma de concepción y medida de la calidad de vida dependerá de: 1) sobre quien recaiga la responsabilidad de emitir esa valoración; 2) sobre los criterios y variables que se sigan a la hora de medirla; y 3) sobre el enfoque que se pretenda dar a esa medición, tanto desde el punto de vista del diseño de los aspectos a valorar, como de los intereses y finalidades con que se haga esa valoración. Así, los enfoques teóricos que se establezcan sobre el concepto de calidad de vida, los aspectos sobre los que los investigadores pongan el acento a la hora de establecer las formas de valoración,

permitirán analizar unos parámetros u otros, de entre los diferentes determinantes que influyen en la misma, lo que a la vez, establecerá el tipo de definición que el actor de la medición haga del constructo, como las posibles intervenciones que ese enfoque permita llevar a cabo para mejorar la calidad de vida de las personas evaluadas.

2.4.1 Calidad de vida relacionada con la salud en las personas mayores

Si en líneas generales la investigación sobre Calidad de Vida es importante, porque el concepto está emergiendo como principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de la sociedad postindustrial, sometida esta a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas (Schallock: 1997), su utilidad se hace mucho más significativa en todos aquellos servicios relacionados con la satisfacción de las necesidades de las personas. En ese sentido, la aplicación de herramientas para la valoración de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en las Personas Mayores, en especial de aquellos que habitan en recintos residenciales, se hace aún mucho más necesaria, pues su medición puede ser utilizada tanto para la evaluación de sus necesidades personales (nivel de salud, atención a la dependencia, etc.), como para el conocimiento de los niveles de satisfacción con los servicios del centro (personal, recursos y actividades de la residencia), e incluso podría utilizarse para analizar su relación con la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población mayor (programas asistenciales, recursos sociales, presupuestos económicos...).

Los principales problemas para el análisis de la calidad de vida en las personas mayores, siguen siendo la falta de unanimidad en los aspectos a medir, pues la ausencia de consenso y de criterios universales sobre las dimensiones que la componen, hacen que cada investigador analice el constructo desde la perspectiva que juzgue más relevante, y en general, condicionada a la existencia de herramientas de medición que consideren útiles para su forma de análisis (Quintero,

1996; Pukrop, Moller y Steinmeyer, 2000). Un problema añadido entre las personas mayores, es la propia polisemia del término calidad de vida, que los ancianos relacionan con ‘*una buena vida*’, y que expresan con muy diferentes términos del lenguaje cotidiano para referirse a una vida satisfactoria, bienestar subjetivo, bienestar psicológico, y desarrollo personal, por lo que en la práctica, el enfoque más común a la hora de medir localidad de vida en este grupo poblacional, ha sido utilizar diferentes tipos de indicadores de bienestar o vida satisfactoria (Neugarten y col., 1961).

3. JUSTIFICACIÓN.

La problemática del envejecimiento es una situación que debe preocupar a todos, pues se está encontrando en muchas ciudades y municipios, no existen la cantidad suficiente de instituciones encargadas de velar por el bienestar de las personas mayores, aunado a ello se suma el sinnúmero de entornos que están acompañando a las personas mayores de hoy (dependencia, enfermedades psicosociales y otras), lo que trae como consecuencia muchas personas mayores en condiciones muy mínimas y alejadas de un concepto de calidad de vida digna.

Esta realidad es triste y alarmante debido a que cada año va en aumento la cifra de personas mayores institucionalizados en el país y en el departamento, lo cual repercute en la calidad de vida de quienes realmente necesitan un bienestar.

Dicha situación justifica el desarrollo de esta tesis, que como dicta el Código Deontológico del Gerontólogo, compromete al profesional en el “*Diseño e implementación de estrategias de atención e intervención gerontológica... en escenarios individuales, familiares, institucionales y estatales, que respondan a las reales necesidades y expectativas de la población*” (Art. 5), con el fin de que protejan los derechos básicos y libertades fundamentales de las personas adultas mayores, en especial aquellas en situación de vulnerabilidad, enfermedades o discapacidades.

Asimismo, se priman por dos enfoques con un valor gerencial: enfoque de negocios, dirigir la residencia de personas mayores con un énfasis en la calidad, con el objeto de crear estados de bienestar y un enfoque moral, brindando a las personas mayores espacios cómodos y placenteros en donde puedan disfrutar la etapa final de la vida.

Se tratará, por tanto, de analizar la existencia, sugerida por la literatura, de una relación entre la normatividad vigente y las distintas iniciativas impulsadas por otras instituciones o profesionales que atienden a las personas mayores, ya que sobre dichos pilares se centrará el trabajo empírico de la misma.

Para la realización de este trabajo ha resultado muy importante la participación de los especialistas en diversas agremiaciones, Asociación Nacional del Gerontología y grupo de egresados de las diferentes instituciones, Corporación Universitaria Remington, Tecnológico de Antioquia y la Universidad Católica de Oriente, proyectos de formación continua a directores, administradores y gerontológicos de los Centros de Protección Municipales y privados, diferentes semilleros de investigación, estrechamente relacionados con el ámbito de estudio de este proyecto, los cuales servirán como referentes y apoyo metodológico.

Es de saber también que mediante este proyecto, se puede aportar un grano de arena, desde el ámbito universitario, para mejorar la situación del sector analizado, no solo por el progreso del conocimiento en relación al grado de utilización de las herramientas de gestión de la calidad sino, además, porque del trabajo se pretende obtener una serie de recomendaciones y propuestas innovadoras concretas y de aplicación práctica, que resultarán, confiando, de su utilidad para la gestión de estas organizaciones. Se entiende, asimismo, que la difusión de estas recomendaciones y propuestas redundará en una mejor calidad de vida de los usuarios de los servicios residenciales y de sus familias. Es, desde luego, nuestro objetivo último.

El ámbito académico también puede beneficiarse de este trabajo gracias a la generación de conocimiento aplicado que se derivaría de la realización del mismo. Se trataría de un conocimiento que sería interesante difundir, además de a la comunidad académica especializada, al alumnado universitario y, en especial, al alumnado de los programa de pregrado y postgrado de Gerontología y Gerencias de Servicios Gerontológicos respectivamente.

4. RESULTADOS O PRODUCTOS ESPERADOS

Las instituciones que prestan servicios de atención a personas mayores implementen en su gestión las buenas prácticas a nivel físico, social, legal, técnico y ambiental, para dar cumplimiento así a lo establecido en la Ley 1315 de 2009 y otras disposiciones, mitigando de esta manera factores tendientes (maltrato, mal nutrición, hacinamiento, morbimortalidad, y otros) a disminuir la calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas. Pero también, empezar a crear una cultura de la *calidad del servicio* en estas instituciones, con herramientas gerenciales –análisis de control interno, palanes de mejora, otros- que ayuden a la toma de decisiones, a la aprobación de recursos en fin, al logro de los procesos misionales de cada institución.

Las entidades encargadas de la vigilancia y control implementen un mecanismo único de habilitación y evaluación, para garantizar el cumplimiento de unas condiciones mínimas, de forma homogénea y sistemática, pero a su vez fortalezcan las funciones de asesoría y acompañamiento, concibiéndose como el mayor referente del uso de las buenas prácticas.

Sin falta alguna, fortalecer las competencias de los profesionales de gerontología, para que con este mecanismo se conviertan en los mayores veedores de los espacios favorables y óptimos de una vejez digna.

5. OBJETIVOS.

5.1 OBJETIVO GENERAL.

Elaborar un manual de buenas prácticas para los centros de atención de personas mayores establecidos en la ley 1315 de 2009

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Realizar una revisión documental de la información existente sobre la normativa vigente y la calidad, en los servicios de gerontología

Obtener información necesaria y suficiente de fuente primaria que permita complementar la caracterización de los lineamientos para los centros de atención de personas mayores

Establecer los criterios físicos, sociales, legales, técnicos y ambientales a tener en cuenta en los centros de atención para personas mayores.

6. MATRIZ DE MARCO LOGICO.

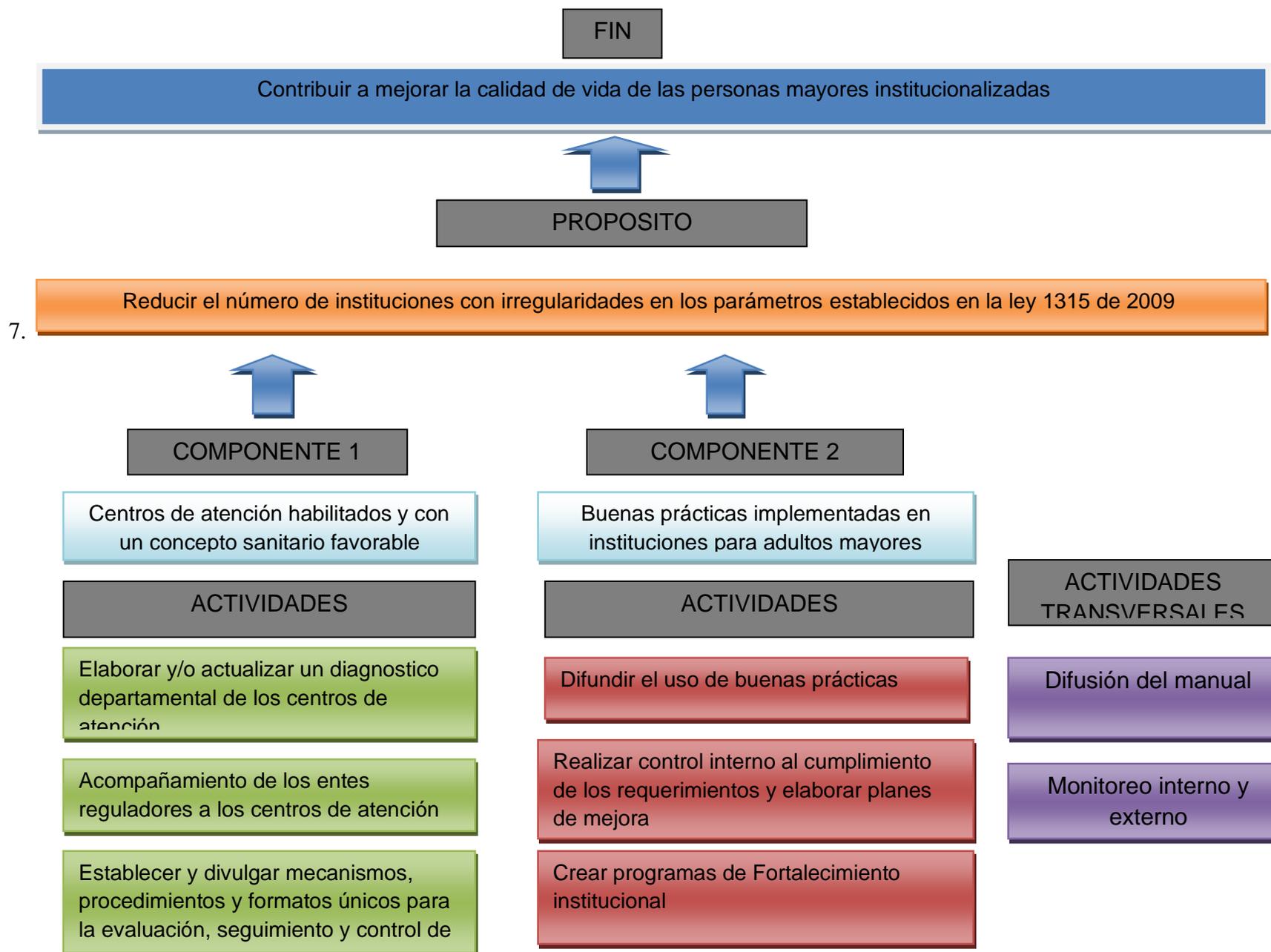
Tabla 3. Matriz Marco lógico

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES VERIFICABLES OBJETIVAMENTE	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
FIN Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores institucionalizados	% de incremento en la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados	Encuestas de satisfacción Encuesta de Calidad de Vida	El DANE continuará realizando las encuestas que apoyará la toma de decisiones de los entes reguladores
PROPOSITO Reducir el número de instituciones con irregularidades en los parámetros establecidos en la ley 1315 de 2009	% de instituciones que cumplen con los lineamientos técnicos establecido por la ley para su funcionamiento	Estudio de calidad de las residencias Registros de las Direcciones Locales Registros de autoevaluación de cada institución	Las instituciones entregarán a las Direcciones Locales sus análisis de control interno, quienes en el momento de la visita evaluarán las acciones de mejora de las debilidades encontradas
COMPONENTES			
C1. Centros de atención habilitados y con un concepto sanitario favorable	Numero de instituciones que aún no han sido visitados y sin servicios habilitados	Estudio de calidad de las residencias Registros de las Direcciones Locales	Las Direcciones Locales realizarán la visita a las instituciones previo a su apertura para aprobar su funcionamiento y en cuanto a las que ya prestan servicio evaluará el cumplimiento de las recomendaciones en los periodos de tiempo acordados.
C2. Buenas prácticas implementadas por instituciones de atención a personas mayores	Adherencias de las buenas prácticas en los centros de atención a personas mayores	Informes de gestión Registros de Autoevaluación	Los centros de atención implementan las buenas prácticas generando un impacto positivo en la atención integral de las personas mayores

ACTIVIDADES (TAREAS)			
1.1 Elaborar y/o actualizar un diagnóstico departamental de los centros de atención	Numero de instituciones que son reportan apertura o novedad a las Direcciones Locales cada mes	Registros de las Direcciones Locales	La plataforma de la Dirección Local se actualiza permanentemente
1.2 Acompañamiento de los entes reguladores a los centros de atención	Numero de instituciones que participan en los programas de asistencia técnica	Actas de asistencia Registros de las Direcciones Locales	Las Direcciones Locales y las instituciones universitarias, cuentan con la capacidad de convocatoria necesaria para liderar procesos de formación y actualización, con la participación activa de los directivos (o encargados) de la gestión en los centros de atención de personas mayores
1.3 Establecer y divulgar mecanismos, procedimientos y formatos únicos para la evaluación, seguimiento y control de las instituciones	Protocolo para la evaluación de apertura, mejoramiento y seguimiento/control	Página web de las Direcciones Locales	Los gobiernos departamentales y municipales tiene la voluntad política necesaria para aprobar recursos importantes a la mejora de las instituciones de atención para personas mayores
2.1 Difundir el uso de buenas prácticas	Numero de instituciones que implementan buenas prácticas en la atención integral de personas mayores	Informes de gestión de las Instituciones que prestan servicios de atención y protección a personas mayores	Los directivos de los centros de atención dispondrán de los recursos para realizar la acciones de mejora contempladas previas a la visita de los entes reguladores y para los planes de gestión
2.2 Realizar control interno al cumplimiento de los requerimientos y elaborar planes de mejora	Numero de reportes a las Direcciones Locales con la solicitud de informes de autoevaluación de los centros de atención		
2.3 Crear programas de Fortalecimiento institucional	Numero de instituciones que participan en los programas académicos	Actas de participación Registros académicos de las instituciones u organizaciones que realizan estos programas	

Fuente: Elaboración propia

Figura 1. Marco lógico.



7. METODOLOGÍA

El proceso de trabajo se desarrolló en tres métodos:

Se realizó un análisis de contenido de todas aquellas obras que contenían información o referencias sobre las formas de valoración de la Calidad de Vida en las Residencias de Tercera Edad. La selección de estas fuentes secundarias se obtuvo de la revisión de libros, documentos de naturaleza teórica, metodológica, técnica y profesional. Este análisis de contenido bibliográfico y documental, sirvió de soporte para extraer algunos criterios de evaluación en los que basar el autocontrol de las residencias.

Según la bibliografía consultada, la Calidad de Vida Percibida por los ancianos en las Residencias tiene una relación directa con el estado de salud y con los elementos materiales y estructurales del centro (acceso a determinados servicios, habitación individual o compartida, recursos en la zona...).

La bibliografía existente en relación a la gestión de la calidad en salud es muy extensa. Sin embargo, al estudiar su aplicación en el sector de los Servicios Sociales y, más concretamente, al centrarnos en el caso de los centros residenciales para personas mayores se encontró con un número de referencias bibliográficas mucho menor.

En este aspecto, la revisión bibliográfica se ve facilitada por la utilización de las nuevas tecnologías de la información, a través del acceso por medio de Internet a diferentes bases de datos documentales. En concreto, cabe destacar las búsquedas realizadas en las bases la Universidad Católica de Oriente y otras universidades donde se trabaja el área de gerontología, donde se incluyen, artículos de revistas nacionales e internacionales, tesis de grado y otras referencias.

Igualmente la búsqueda bibliográfica especializada se completó gracias a la colaboración otorgada en todo momento por los docentes del curso IMPLEMENTACION DE ENTORNOS FAVORABLES por parte del SENA

También se estudiaron algunas normas técnicas (NORMAS UNE) de certificación y acreditación, en algunas Autonomías de España que se asimilan con la propuesta de este proyecto.

Normas UNE relativas a los servicios para la promoción de la autonomía personal. Estas normas regulan los servicios establecidos en la Ley de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia de 2006, es decir, la teleasistencia, la ayuda a domicilio, los centros de día y noche y los centros residenciales, correspondiendo una norma para cada uno de los servicios mencionados. Las normas son las siguientes:

- UNE 158101:2008, gestión de los centros residenciales.
- UNE 158201:2007, gestión de los centros de día y de noche.
- UNE 158301:2007, gestión del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD).
- UNE 158401:2007, gestión del servicio de teleasistencia.

Estas normas establecen unos requisitos a cumplir por las entidades prestadoras de servicios en cuanto a su propia gestión (liderazgo, plan de calidad, recursos humanos, etcétera) y en cuanto al servicio que presta (recursos materiales, requisitos a cumplir en la propia prestación del servicio, métodos de medición de los procesos, métodos de medición de la satisfacción del cliente, evaluación de la calidad de la atención, etcétera).

Concretamente, la norma UNE 158101, aprobada el 7/4/2008, establece los requisitos mínimos que debe cumplir todo centro residencial de personas mayores y personas en situación de dependencia, independientemente de su titularidad pública o privada, con el fin de garantizar la calidad de la prestación del servicio. El contenido de esta norma y su nivel de implantación

-Consulta a base de datos del DANE. Resultados del Censo General 2005 Colombia y Antioquia

-Lineamientos internacionales en materia de envejecimiento y vejez.

Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento. Madrid 2002.

Estrategia Regional para América Latina y el Caribe. 2004

-Lineamientos nacionales. Instrumento para la Ejecución, seguimiento y evaluación del:

Plan de Desarrollo Municipal.

Planeación Nacional. 2004

Ley 9 del 1979

Ley 361 de 1997

Ley 1315 de 2009

Lineamientos técnicos para los Centros de Bienestar del Anciano

Lineamientos a nivel local. Resolución 8333 de 200

La segunda fase de la tesis comprende la construcción del modelo de evaluación, en la identificación de las instituciones que existente en el país y la descripción de la ley 1315 de 2009 y otras normas complementarias que se especificaron a la medida que resultaron.

Este modelo sirvió para diseñar una herramienta metodológica para evaluar los centros residenciales y se organizaron en cuatro tipos de aspectos articulándolos con los requerimientos en la normativa: los referidos el equipamiento físico y administrativo, los vinculados a la atención/asistencial que reciben los residentes en razón de los servicios ofertado en los diferentes tipos de instituciones existentes.

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

De acuerdo con los principios establecidos por las Naciones Unidas para las personas de edad, 1991 y en la Resolución 008430 del 4 de Octubre de 1993 y en cumplimiento con las disposiciones establecidas en el Artículo 81 de los Estatutos de la Asamblea Nacional de Gerontología, este estudio se desarrollará conforme a los siguientes criterios:

Teniendo presente las normas que ya se han fijado en el Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento, en los convenios, recomendaciones y resoluciones de la OIT, OMS y otras entidades de las Naciones Unidas, alienta con las Resolución 46/91 a los gobiernos que introduzcan en sus programas nacionales los principios de la Independencia, Participación, **Cuidados**, Autorrealización y Dignidad

*“...Las personas de edad deberán tener acceso a servicios de atención de salud, que los ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional...
...Las personas de edad deberán tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano seguro...
...Las personas de edad deberán poder disfrutar de sus derechos humano y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se le brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su ciudad y sobre la calidad de su vida”
(ONU, 1991)*

Conscientes de que en el país es cada vez el mayor el número de personas que alcanzan un a edad avanzada y en aceptables condiciones de salud de lo que venía sucediendo hasta ahora, se decide aportar un grano de arena realizando un estudio, de Acuerdo al Artículo 11 de la Resolución 008430, *sin riesgo*, ya que se emplearon técnicas documentales las cuales concluyeron en una serie de recomendaciones y herramientas gerenciales a disposición de las personas involucradas en los centros de atención de personas mayores.

Así mismo, se tuvo en cuenta las disposiciones del Capítulo IX de los estatutos de la Asociación Nacional de Gerontología, para la estructuración del contenido desarrollado en este trabajo.

“...El Gerontólogo que dirija, participe o evalúe investigaciones científicas con participantes humanos o no humanos, debe guardar los principios éticos del respeto a la dignidad...”

...evitar la presentación de datos sesgados, información contradictoria...que pueda generar interpretaciones erróneas.”

...respetar las fuentes y autorías tomadas para su investigación, dando el debido reconocimiento a los autores y colaboradores...” (ONU, 1991)

En este orden, se atiende al llamado de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007-2009, “*crear condiciones para el envejecimiento de la población*”, la misma que desencadena una serie de normas garantes del hacer, los nuevos retos del gerontólogo, Decreto 3039 de 2007 Política Nacional de Salud Pública “*enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica*”, la ley 1171 de 2007 (*beneficios*), ley 1251 de 2008 (*protección, promoción y defensa derechos de los mayores*) ley 1315 de 2009 (*condiciones mínimas que dignifican la estadía..*), acciones últimas motivadoras de la realización de esta tesis.

Para terminar, es de aclarar, aunque ya se ha mencionado, que este trabajo no vinculó a personas mayores institucionalizadas, ni sus directivos o mucho menos pretendió calificar los modelos gerenciales aplicados en los centros de personas mayores existentes, por el contrario, se pretendió fue realizar primero una caracterización de las instituciones, para quienes se encuentren ajenos a este sector identifiquen los tipos de instituciones que se encuentran en la oferta de servicios, segundo fue elaborar un manual de buenas prácticas para implementar la normas vigentes que permitan el óptimo funcionamiento de estas instituciones y por último se diseñó una herramienta de evaluación interna para hacer seguimiento de los estándares y un control de

acciones de mejora, las cuales como fin solo tienen dignificar la calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas y mejorar los servicios de las residencias, pero se entiende que esto es solo un pequeño paso, hoy se necesitan acciones políticas de los tomadores de decisiones que gestionen el cambio siempre en pro de las personas mayores.

9. ANALISIS DE FACTIBILIDAD

Para establecer la factibilidad del proyecto propuesto, se siguieron los parámetros determinados así:

Factibilidad operacional: la aplicación de este modelo de buenas prácticas y de las otras herramientas gerenciales pueden ser algo complejas para los centros de atención de personas mayores, instituciones que se han fomentado más desde el concepto de la prestación de un servicio asistencial y mas no es aspectos administrativos, por eso se consideraría la presencia de resistencia por parte de muchas directivas e incluso hasta del mismo capital humano, por eso es importante fortalecer los Entes reguladores para que hagan ese acompañamiento y esa asesoría para generar el empoderamiento de la cultura de la calidad y las buenas prácticas.

Factibilidad técnica: las instituciones ya cuentan con el talento humano, las instalaciones físicas y otros, las cuales solo requieren ser estandarizados a unas condiciones mínimas necesarias, no queriendo decir que se sellarán o se sancionarán, sino que se acordarán uno periodos de tiempo para realizar las adecuaciones más relevantes y a largo plazo aquellas que no se consideren un riesgo, en cuento a las instituciones futuras tendrán la ventaja de estructurarse bajo los parámetros requeridos y se le facilitarán un poco más procesos de habilitación, evaluación, seguimiento y control.

Factibilidad Económica: la implementación de las buenas prácticas no necesita grandes inversiones, primero que todo; la voluntad de hacer cosas bien para el beneficio de aquellos que allí residen, segundo dependerá de los resultados en la autoevaluación para realizar las adecuaciones necesarias de los factores más predisponentes a disminuir la calidad de vida de los residentes.

10. ANÁLISIS DE VIABILIDAD.

Para el estudio de viabilidad se tuvo en cuenta las siguientes consideraciones:

10.1 VIABILIDAD TÉCNICA

permite adecuar las especificaciones para las áreas (físicas, sociales, legales, asistenciales) pertinentes, implementando la normativa vigente como gran referente articulado en todos los servicios de los centros de atención.

10.2 VIABILIDAD SOCIOECONÓMICA

El acelerado incremento de la población adulta mayor y anciana, el aumento de enfermedades asociadas o no al envejecimiento, los cambios en las estructuras familiares, el incremento de personas mayores que no alcanzan una pensión, y entre otros son cambios a los que sanitariamente hoy no se está preparado, por eso es importante atender también el incremento de centros de atención a personas mayores, para que lo hagan garantizando unas condiciones mínimas legales, para que ofrezcan un servicio con calidad a los futuros viejos y con su intervención se incremente la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados.

10.3 VIABILIDAD LEGAL

La Constitución de la República de Colombia respalda la asistencia y la protección de las personas *de la tercera edad*, Art. 46; y lo ratifica en la Ley 1251/ 2008, “*Corresponde al Estado a través de sus entidades del orden Nacional, Departamental, Distrital y Municipal...f) Evaluación permanente a la calidad de los servicios en los centros de cuidados prolongados para los adultos mayores...*” Art. 17, esto como medio único, para el fin esperado de esta tesis.

10.4 VIABILIDAD INSTITUCIONAL

Por su parte los Entes Reguladores darán cumplimiento a sus funciones establecidas por la ley la cuales se rigen en asesoría, vigilancia y control por mencionar algunas, esto simplemente será una herramienta de apoyo.

En cuanto a las instituciones, generará un impacto positivo si se realiza una debida sensibilización y acompañamiento, pues al encausar todas las áreas de las instituciones a unas condiciones mínimas que garanticen las buenas prácticas, una atención centrada en el usuario, una estrategias gerenciales, una cultura de la calidad del servicios, entre otras; es un proceso complejo que necesita de la voluntad de las directivas y el compromiso de las entidades de vigilancia y control

Por último, los profesionales de gerontología y/o quienes se desempeñan en cargos administrativos y/o coordinadores participen activamente en los programas de formación continua, actualización en la difusión de las buenas prácticas promoviendo así una cultura de la calidad.

11. CARACTERIZACIÓN DE LAS INSTITUCIONES QUE PRESTAN SERVICIOS EN GERONTOLOGÍA

La reglamentación realizada por el Congreso de la República sobre el ejercicio de la profesión de gerontología, dicta disposiciones en relación a la adopción de los campos de trabajo de esta área así: Clínicas y hospitales; unidades gerontológicas hospitalarias, centros y consultas gerontológicas; centros geronto-geriátricos; centros día, empresas promotoras de salud, instituciones prestadoras de salud; organizaciones no gubernamentales, fundaciones, asociaciones de adultos mayores, Cajas de Compensación Familiar y demás entes gubernamentales y privados. En la actualidad, en Colombia, el mayor ofrecimiento de servicios se encuentra en el área de alojamiento y alimentación, a través de los Centros de Atención al Adulto Mayor, Programas de Promoción y Prevención de la Salud y cursos de capacitación, específicamente formación de cuidadores.

El Estado ha estipulado programas y servicios que contribuyen a beneficiar y a erradicar la situación de marginalidad y las condiciones de vulnerabilidad que se evidencia en este grupo de edad, como se puede comprobar comparando del total de la población mayor de 60 años (3.232.594 personas), 2.617.240 se encuentran en instituciones que prestan servicios a este grupo poblacional. Sin embargo, 1.160,660 personas habitan en sus hogares, lo que evidencia que no todos participan activamente de servicios adecuados diseñados para este grupo poblacional.

De acuerdo, al Censo (Dane 2005) general del 2005 El 6,31% de la población colombiana en el 2005 tiene 65 y más años, de los cuales el 2,86% son hombres y el restante 3,45% (para completar el 6,31%) mujeres. Del total de las personas de 65 años y más, el 98.8% se encuentra en hogares particulares y el 1.2% restante reside en LEAS (Lugares Especiales de Alojamiento-Centros Geriátricos).

Muchos son los servicios que se ofrecen en estas instituciones. En el caso de las instituciones privadas, atienden a población adulta de estrato socioeconómico alto, brindándoles unos servicios integrales ya que cuentan con equipo profesional interdisciplinario; caso contrario ocurre con las entidades públicas que ofrecen servicios a personas de estrato socioeconómico bajo, en estas instituciones los servicios se enfocan en brindar alimentación, vestuario y estadía, y para ello cuentan con cuidadores y auxiliares de enfermería.

Es de anotar que el aumento de la población de adulto mayor hace suponer que crecerá el número de entidades que atiende la demanda de servicios de esta población, situación que se refleja en los resultados de la encuesta así: actualmente las entidades se encuentran en proceso de expansión (45.5%) y ajuste estructural (43.2%), lo que implica que las instituciones están en búsqueda de alianzas estratégicas y adaptación, con el fin de brindar mayor cobertura, excelentes servicios y posicionarse frente a otras organizaciones y mejorar su nivel de competitividad en el mercado.

En el contexto de se tienen en cuenta las siguientes modalidades de centros de atención:

-Centros de protección también llamados de bienestar o centros residenciales para la persona mayor. Son centros destinados a la vivienda permanente o temporal de las personas mayores, donde se les brindan servicios de hospedaje, alimentación, recreación, actividades lúdicas, productivas, culturales y de cuidado integral, especialmente cuando presentan un alto índice de dependencia.

-Centro Gerontológico: instituciones que ofrecen servicios gerontológicos en forma diurna y abierta para adultos mayores y ancianos que no requieren atención de sus necesidades fundamentales, atención continua a sus necesidades por conservar su autonomía e independencia. La permanencia en esta institución puede ser parte del día o todo el día.

-Centro Geriátrico: son instituciones prestadoras de salud (con objeto social diferente) en forma temporal o permanente a la población adulta mayor y anciana con enfermedad aguda o crónica, con dependencia biopsicosociales y que requieren atención a sus necesidades de tipo biológico, psicológico y/o social

-Centro Gerontogerriátrico: las instituciones que combinan la modalidad de atención geriátrica y gerontológica para la prestación de servicios de salud y sociales. (Vanegas s.f)

-Guarderías para Adultos Mayores: Ofrecer a los adultos mayores un espacio seguro y agradable, en el que reciban orientación y realicen actividades ocupacionales, preventivas y de autocuidado mientras sus familias trabajan, con la finalidad de incrementar su autoestima y favorecer su socialización, encaminándolos a una vejez exitosa.

-Centros día o vida para persona mayor. Esta modalidad de Centro prevista en la ley 1276 de 2009, es la misma denominada Centro Día citada por la ley 1251 de 2008, en su artículo 3° al precisar que “*son instituciones destinadas al cuidado, bienestar integral y asistencia social de los adultos mayores que prestan sus servicios en horas diurnas*”; y que la ley 1276 de 2006 define como “*conjunto de proyectos, procedimientos, protocolos e infraestructura física, técnica y administrativa orientada a brindar una atención integral, durante el día, a los Adultos Mayores, haciendo una contribución que impacta en su calidad de vida y bienestar*”

En los centros vida se realizan las actividades o programas dirigidos a las personas mayores, generalmente ocho (8) horas diarias, durante cinco o seis días a la semana, orientando al cuidado y bienestar de la persona mayor y se proveen espacios favorables para la socialización, recreación, capacitación, la lúdica, productividad y desarrollo de sus proyectos de vida.

11.1 ENTIDADES REGULADORAS.

Es frecuente observar la difícil situación que vive gran parte de los adultos mayores vinculados a instituciones que les brindan diversos servicios, las cuales no cumplen con los requisitos básicos y permiten que a su interior se desarrollen conductas que atentan contra los derechos humanos de esta población, por lo tanto hay entidades que tienen asignadas las funciones de vigilar y controlar toda la operatividad, para que las inversiones de recursos y su funcionamiento cumplan con la finalidad de la Protección integral. Dentro de estas entidades están: a. Congreso de Colombia. Proyecto de ley estatutaria 006 de 2007. b. Cámara. Mediante el cual se crea el Estatuto del Adulto Mayor y se dictan disposiciones sobre su defensa y protección. Esta labor se llevará a cabo por medio de las siguientes entidades:

-*Municipios y distritos.* Los gobiernos municipales y distritales deben promover y desarrollar programas y proyectos de promoción, prevención, educación, recreación de apoyo y protección a la población adulta mayor. Adicionalmente, tienen la potestad para crear los servicios de defensoría del adulto mayor, que serán conformados por un equipo multidisciplinario, cuya función es la de velar por la vigencia y protección de los derechos de los adultos mayores, brindándole una atención integral.

-*Comités y defensorías del adulto mayor.* Los gobiernos municipales y distritales conformarán los Comités del Adulto Mayor, en el plazo de dos años, desde la promulgación de la presente ley, cuyo objetivo es de proponer y coordinar el cumplimiento de políticas, normas y acciones que beneficien a los adultos mayores y sean incorporadas en los planes de desarrollo municipal y distrital y en los programas operativos anual.

- *Ministerio de Salud:* Encargada de la formulación, adopción, dirección, coordinación, ejecución, control y seguimiento del Sistema de la Protección Social.

-*Superintendencia de Salud*: Inspección, vigilancia y control de todo lo relacionado con la salud.

12. LINEAMIENTOS TECNICOS PARA EL FUNCIONAMIENTO INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE ATENCIÓN Y PROTECCION INTEGRAL AL ADULTO MAYOR.

A continuación se determinan las condiciones mínimas de personal, infraestructura física, dotación, procedimientos administrativos, registro para el sistema de información, y transporte y comunicaciones y auditoria de servicios que deben cumplir todas las instituciones que atienden a adultos mayores y ancianos en De conformidad con lo establecido en la legislación sanitaria vigente, especialmente la Ley 1315 de 2009 y su reglamentación, en particular: Ley 1251 de 2008, Ley 09 de 1979, Resolución 8333 de para el funcionamiento y así garantiza que la atención a los usuarios sea prestada en condiciones de accesibilidad, oportunidad, seguridad y racionalidad técnica y científica.

Para el funcionamiento, las instituciones que prestan servicios de atención al adulto mayor deberán acreditar:

Requisitos esenciales (Art. 4 L. 1315/2009):

- a) Nombre, dirección, teléfonos y correo electrónico del establecimiento;
- b) Individualización, (C. C., RUT, NIT), y domicilio del titular y representante legal, en su caso;
- c) Documentos que acrediten el dominio del inmueble o de los derechos para ser utilizados por parte del establecimiento a través de su representante legal;
- d) Plano o croquis a escala de todas las dependencias, indicando distribución de las camas y dormitorios;

e) Acreditar que cumple con los requisitos de prevención y protección contra incendios, y condiciones sanitarias y ambientales básicas que establecen la Ley 9ª de 1979 y demás disposiciones relacionadas con la materia:

Instalaciones físicas:

El establecimiento está ubicado en sitio seco, inundable y en terreno de fácil drenaje (Art. 160).

El establecimiento está alejado de botadero de basura, pantanos, criaderos de insectos y roedores (Art.162).

La construcción está diseñada a prueba de roedores e insectos (Art. 168).

Tiene programa de control integral de plagas (Art. 168).

La construcción cuenta con servicios públicos domiciliarios y complementarios adecuados para el suministro de agua (Dotación suficiente y garantiza agua apta para el consumo) (Art. 165, 175, 176).

Las paredes (resistentes para limpieza, desinfección y pintura), pisos (impermeables y pulidos) y techos son de material sanitario y se encuentran limpios y en buen estado (Art.193, 194 y 195).

Las instalaciones eléctricas están debidamente aisladas y protegidas

El establecimiento cuenta con buena iluminación en cantidad e intensidad (natural y artificial) y ventilación en los espacios y los servicios sanitarios tienen sistemas de ventilación adecuados (Art. 196 y 197).

Condiciones de saneamiento:

El establecimiento está dotado de un sistema de almacenamiento de basuras, adecuados, bien ubicados e identificados y con mantenimiento que impida el acceso y proliferación de insectos y roedores (Art. 198).

El establecimiento cuenta con sistemas adecuados para la evacuación de residuos (Art. 36, 166 y 177).

El tanque de almacenamiento de agua está protegido y es de capacidad suficiente para 48 horas de suministro, y se limpia y desinfecta periódicamente (Art. 175).

Unidades sanitarias:

Los servicios sanitarios están separados por sexo, bien dotados (jabón, toallas, papel higiénico), en perfecto estado de funcionamiento y separados del área de preparación de alimentos (Art. 185, 186, 187 y 188).

Salud ocupacional:

Está dotado el establecimiento de elementos necesarios para controlar y combatir accidentes por fuego. Extintores apropiados, cargados y debidamente señalizados (Art.205).

f) Certificación de las condiciones eléctricas y de gas, emitida por un instalador autorizado;

g) Identificación del director técnico responsable con copia de su certificado de título, carta de aceptación del cargo y horario en que se encontrará en el establecimiento;

h) Planta del personal con que funcionará el establecimiento, con su respetivo sistema de turnos, información que deberá actualizarse al momento en que se produzcan cambios en este aspecto. Una vez que entre en funciones, deberá enviar a la Secretaría de Salud competente, la nómina del personal que labora ahí;

i) Reglamento interno del establecimiento, que deberá incluir un formulario de los contratos que celebrará el establecimiento con los residentes o sus representantes, en el que se estipulen los derechos y deberes de ambas partes y las causales de exclusión del residente;

j) Plan de evacuación ante emergencias;

k) Libro foliado de uso de los residentes o sus familiares, para sugerencias o reclamos que será timbrado por la autoridad sanitaria

12.1 PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Definir la Dirección técnica de la institución y un área para la administración: Toda institución para la atención al adulto mayor y anciano estará a cargo de personal de la salud y/o áreas de ciencias sociales (nivel tecnológico o profesional), de preferencia con capacitación en gerontología, psicología, trabajo social, fisioterapia, fonoaudiología; quien desarrollará las funciones definidas en el reglamento interno del establecimiento y según la normatividad técnica que para el efecto determine el Ministerio de la Protección Social. (Art. 6 L. 1315/2009)

Al menos una oficina/sala de recepción, que permita mantener entrevistas en forma privada con los residentes y sus familiares

Contar con un reglamento interno que provea obligaciones y prohibiciones de los empleados y usuarios (Título III Art. 20 #a L. 1251/2008). Dicho documento que debe definir la razón social, representante legal, objetivos, estructura de la organización, portafolio de servicios, deberes y derechos de los usuarios y de su grupo familiar, de la sociedad y las normas de seguridad y convivencia

Disponer de un recurso humano acorde con la modalidad y complejidad de la atención. El establecimiento deberá contar con personal idóneo, en cantidad suficiente para satisfacer en forma permanente y adecuada la atención integral de los residentes, de acuerdo con el número y condiciones físicas y psíquicas. Las cuales serán determinadas por el Ministerio de la Protección Social conforme al alcance del (centro de protección, día o atención). (Art. 7 L. 1315/2009)

-Cualquiera que sea el número de residentes o su condición de dependencia, en horario nocturno el establecimiento no podrá quedar a cargo de una sola persona (Art. 8 L. 1315/2009)

-El personal auxiliar de enfermería y los cuidadores, desarrollan las funciones asignadas por el director técnico y además de las que determine el Ministerio de la Protección Social de conformidad con las patologías y condiciones de los residentes (Art. 9 L. 1315/2009)

-Manipuladores de alimentos capacitados, en número adecuado para preparar el alimento de los residentes;

-Auxiliares de servicio, encargados de aseo, lavandería y ropería en número adecuado de acuerdo con el número y condición de los residentes;

-Personal encargado de la nutrición, terapeuta ocupacional o profesor de educación física, para el mantenimiento de las funciones biopsicosociales mediante acompañamiento psicológico (Art. 10 L. 1315/2009)

El personal indicado en los artículos anteriores deberá ser incrementado proporcionalmente en relación con el número de camas y el grado de dependencia de los residentes. (Art. 13 L. 1315/2009)

-Deben contar con un médico general y una enfermera profesional por cada 25 ancianos enfermos. Igualmente con auxiliar de enfermería por turno por cada 8 horas dependientes y por cada 12 autónomos médico general. (Parágrafo 1 Art. 25 Res. 8333/2004)

Contar con un Plan de Atención de Emergencias Médicas que tenga en cuenta el tamaño, modalidad y otras características (Título III Art. 20 #e L. 1251/2008). Con el fin de establecer el procedimiento adecuado que garantice la atención inmediata de los beneficiarios en caso de presentar una urgencia en salud, causada por accidentes o enfermedades

12.2 PROCESOS ARQUITECTONICOS.

Tener especificaciones que permitan el desplazamiento fácil y seguro de los adultos mayores y en particular la movilización de los que se encuentran en condición de dependencia (Título III Art. 20 #c L. 1251/2008)

Humanización Espacial (Art. 5 L. 1315/2009 #a). Generar espacios confortables, con tratamiento y uso del color y la iluminación, señalización y orientación del paciente entre los que se contará con: En los establecimientos de más de un piso deberán contar con un sistema seguro de traslado de los residentes entre un piso y otro (circulación vertical) que permita la cabida de una silla de ruedas o de una camilla.

Proveer espacios suficientemente amplios que permitan total accesibilidad y movilidad. Zonas de circulación con pasillos que permitan el paso de una camilla, bien iluminados, sin desniveles o con rampas, si los hay, y pasamanos al menos en uno de sus lados. Si tiene escaleras, estas no podrán ser de tipo caracol no tener peldaños en abanico y deberán tener un ancho que permita el paso de dos (2) personas al mismo tiempo, con pasamanos en ambos lados y peldaños evidenciados.

PISOS. Deben ser sólidos, resistentes, de fácil limpieza, antideslizantes, impermeables, y con superficie uniforme. Debe tener nivelación adecuada para facilitar si drenaje y la unión con paredes y mutros llevara guarda escobas a madia caña en aquellos sitios donde se requiera limpieza profunda como es caso de: Cuartos de aseo, unidades sanitarias y cocinas, lavanderías, área procedimiento.

PUERTAS. Deben abrir hacia fuera, no cerrar herméticamente con amplitud suficiente para sillas de ruedas, camillas y caminadores. (1.20 metros de ancho).

TECHOS, CIELO RASOS Y PAREDES. Deben ser impermeables, sólidos y resistentes a factores ambientales.

ESCALERAS. En caso de que existan, deben ser máximo (10) por tramo con superficie plana, altura vencida por tramo 1.75 metros de profundidad, altura libre mínima de 2.20 metros, altura contra huella entre 0.14 y 0.18 metros, profundidad de huella 0.30 y 0.35 metros, ancho mínimo de 1.20 metros. Piso antideslizante y protección lateral hacia espacios libres. Los bordes deben ser resaltados.

RAMPAS. En las instituciones que tengan dos o más pisos deben existir rampas, en las cuales el tramo mínimo sin descanso es de 20 metros y este debe tener 1.40 metros de profundidad. La altura libre mínimo de 1.20 metros y la pendiente no mayor del 8%. El piso debe ser de material antideslizante

PASA MANOS. Deben ser, en caso de las escaleras a ambos lados de esta, a 0.90 metros de altura del piso, extendidos a 0.60 metros antes del primer escalón y después del último. Ojalá en material antideslizante. En el caso de las rampas, los pasamanos deben ser a dos niveles: uno a 0.76 metro y otro a 0.90 metros para los ancianos en sillas de ruedas

De ser posible en corredores y pasadizos, también deben existir los pasamanos con iguales características. (Art. 10, 11, 12, 13, 14, 15 Res. 8333/2004)

Así mismo la planta física, cumplirá a lo menos con los requisitos establecidos en el Título IV de la Ley 361 de 1997 y las normas que lo desarrollen.

-Las puertas principales deberán abrir hacia el exterior o en ambos sentidos (Art. 48)

-Para edificaciones con varios niveles sin ascensor, existirán rampas con las especificaciones técnicas.

-Adecuada señalización en caso de que haya algún peligro para las personas con limitación (Art. 54)

Disponer de espacios para reunión o para recibir vistas, al margen de la propia habitación.

Zonas exteriores para recreación: patio, terraza o jardín.

Instalar en las áreas físicas con afluencia de público, salones sociales, habitaciones y otros, unidades sanitarias y lavamanos discriminadas por sexo

Los servicios higiénicos deben estar cercanos a los dormitorios, ser de fácil acceso y estar iluminados y debidamente señalizados.

-Las duchas deben permitir la entrada de silla de ruedas, deberán tener un inodoro y un lavamanos. Además habrá un lavamanos en los dormitorios de pacientes postrados.

-Los pisos de estos serán antideslizantes o con aplicaciones antideslizantes, contarán con agua caliente y fría, agarraderas de apoyo, duchas que permitan el baño auxiliado y entrada de elementos de apoyo y timbre de tipo continuo.

Las características generales de las unidades sanitarias en las instituciones que atienden adultos mayores en el departamento de Antioquia son:

-Numero: debe existir una por cada cinco residentes, y en las habitaciones individuales

-Puerta: debe tener 1.20 metros de ancho, abrir hacia fuera o ser corrediza, no tener cerradura hermética en su interior y abrir fácilmente desde su interior

Inodoro: debe estar de 10-15 cm. de alto sobre el piso y tener apoyo laterales de 30cm de longitud en forma de pasamanos, los cuales se deben ubicar a 0.75 ó 0.85 metros del piso

El lavamanos: debe tener apoyo perimetral a 0.83 metros de altura del piso y el fondo no debe estar a mas de 0.65 ó 0.75 metros del piso para ser usado por personas en silla de ruedas (Art. 16 Res. 8333/2004)

Proveer una zona de recepción de materias primas, almacenamiento, preparación y manipulación para el buen funcionamiento de servicio de cocina. La cocina deberá cumplir con las condiciones higiénicas y sanitarias que aseguren una adecuada recepción, almacenamiento,

preparación y manipulación de los alimentos. Su equipamiento, incluida la vajilla, estará de acuerdo con el número de raciones a preparar.

El piso y las paredes serán lavables; estará bien ventilada, ya sea directamente al exterior o a través de campana o extractor

SERVICIOS DE ALIMENTACIÓN. Si este es presentado directamente por la institución debe contar con área de almacenamiento de víveres secos, zona de refrigeración de alimentos perecederos, área para preparación de vegetales, tubérculos y carnes, sector para jugos y postres, área de cocción de alimentos con sistema de extractor de humos y vapores, sector de lavado de ollas, utensilios y vajillas, sector de vestuario de personal y unidad sanitaria. (Art. 18 Res. 8333/2004)

La localización de la cocina debe ser en lugares de cualquier foco de insalubridad que represente riesgos potenciales para la contaminación del alimento.

La edificación debe estar diseñada y construida de manera que proteja los ambientes de producción, e impida la entrada de polvo, lluvia, suciedades u otros contaminantes, así como del ingreso y refugio de plagas y animales domésticos.

El agua que se utilice debe ser de calidad

Se dispondrá de un sistema sanitario adecuado para la disposición de residuos sólidos y líquidos

Los pisos deben estar contruidos con materiales que no generen sustancias o contaminantes y permitir el drenaje

Las paredes deben ser de materiales resistentes, impermeables, no absorbentes y de fácil limpieza y desinfección.

Los techos deben estar diseñados y contruidos de manera que se evite la acumulación de suciedad, la condensación, la formación de mohos y hongos

Las puertas deben tener superficie lisa, no absorbente, deben ser resistentes y de suficiente amplitud;

Los establecimientos tendrán una adecuada y suficiente iluminación natural y/o artificial, la cual se obtendrá por medio de ventanas, claraboyas, y lámparas convenientemente distribuidas.

Las lámparas y accesorios ubicados por encima de las líneas de elaboración y envasado de los alimentos expuestos

Las áreas de elaboración poseerán sistemas de ventilación directa o indirecta,

Los equipos y utensilios utilizados en el procesamiento, fabricación, preparación, de alimentos dependen del tipo del alimento, materia prima o insumo, de la tecnología a emplear y de la máxima capacidad de producción prevista. Todos ellos deben estar diseñados, construidos, instalados y mantenidos de manera que se evite la contaminación del alimento, facilite la limpieza y desinfección de sus superficies y permitan desempeñar adecuadamente el uso previsto. (Art. 8, 9, 10 Decreto 3075/1997)

Flexibilidad Espacial (Art. 5 L. 1315/2009 #b)

Disponer espacios de comunes amplios, iluminación y ventilación suficientes. Sala o salas de estar o de usos múltiples que en conjunto, tengan capacidad para contener a todos los residentes en forma simultánea. Estas deberán tener iluminación natural, medios de comunicación con el mundo exterior y elementos de recreación para los residentes, tales como música, juegos, revistas, libros, etc.

SALA DE TERAPIAS (Art. 22 Res. 8333/2004). Deben contar con salón (es) amplio (s) para actividades sociales, culturales y educativas, además de laborterapia y mantenimiento físico. Deben contar con los equipos requeridos para estas actividades

Comedor o comedores suficientes para el cincuenta por ciento (50%) de los residentes simultáneamente.

Proporcionar espacios adecuados y la dotación necesaria, correspondientes a la tipología de habitaciones. Dormitorios con iluminación y ventilación natural, guardarropa con espacio para cada uno de los residentes y un nochero por cama, considerando espacio para un adecuado desplazamiento de las personas según su autonomía. Contará con un timbre tipo continuo por habitación y en el caso de residentes postrados, uno por cama. Contar con un número de camillas clínicas o similares para el ciento por ciento (100%) de los adultos mayores y/o discapacitados que necesiten protección física o clínica.

Las habitaciones para adultos mayores y ancianos que requieran aislamiento biológico deben ser individuales, con ventilación adecuada, baño privado con ducha. (Parágrafo 1 Art. 9 Res. 8333/2004)

Las habitaciones para anciano con problemas psiquiátricos, deben ser mínimo para dos personas, con baño privado y poseer el las ventanas y en los focos de iluminación, mayas protectoras (Parágrafo 2 Art. 9 Res. 8333/2004)

Disponer de áreas separadas para el almacenamiento de insumos médicos y otros. Lugar cerrado para mantener equipamiento e insumos médicos y de enfermería mínimos, tales como esfigmomanómetro, fonendoscopio, termómetros, medicamentos, elementos e insumos de primeros auxilios y archivo de fichas clínicas.

Disponer de un sitio adecuado para el almacenamiento de insumos de aseo. Lugar cerrado y ventilado destinado a guardar los útiles de aseo en uso. Una poceta para el lavado de útiles de aseo, lavadero, con un lugar de recepción y almacenamiento para la ropa sucia, lavadora adecuada al número de residentes e implementación para el secado y planchado de la ropa, además de un lugar para clasificar y guardar la ropa limpia.

Si cuenta con el servicio de lavandería debe condicionar el espacio adecuado, claramente diferenciado y propicio para el correcto de manejo de la ropa. Si existe servicio externo de lavado, se asignarán espacios para clasificar y guardar ropa sucia y limpia.

Sustentabilidad (Art. 5 L. 1315/2009 #c)

Implementar estrategias para la concientización del uso desmedido de energía no renovable y recursos naturales. Implica el ahorro energético reduciendo los consumos de climatización e iluminación, uso racional del agua, ambientes saludables con la utilización de materiales no contaminantes, ventilación e iluminación natural, visual y espacios verdes, reducción de la generación de residuos.

1. En relación al personal, el establecimiento deberá cumplir con las disposiciones sanitarias contenidas en la Ley 9ª de 1979 y demás normas concordantes.

2. Dispositivo hermético de almacenamiento transitorio de basura.

Todas las dependencias deberán mantenerse en buenas condiciones higiénicas.

UBICACIÓN. Deben estar ubicadas en áreas sin riesgo de inundación, erosión, y otros riesgos naturales, con fácil acceso peatonal y vehicular en general en zonas que ofrezcan seguridad para la población objeto de atención. No deben existir focos cercanos de contaminación ambiental (basureros, mataderos, zona industrial) aeropuertos, vías férreas, tránsito de aguas negras, criadero de roedores, cementerio. Etc.

CONSTRUCCIÓN. Debe ser como mínimo, de 10 m² de superficie cubierta por residente. Deben ser preferiblemente de una sola planta máximo 2 y en este caso debe tener rampa de acceso al segundo piso. Cuando la planta física posee más de 2 pisos, debe tener ascensor, el cual debe medir 1.50 metros de profundidad, 1.20 metros de ancho, 2.20 de metro de altura y espacio libre delante la cabina 2 metros.

APROBACIÓN PLANEACIÓN. Deben contar con la aprobación de proyectos arquitectónicos y estudios técnicos para construcción, ampliación y remodelación, realizados por profesionales certificados. Debe tener licencia de construcción.

SANEAMINETO . Deben tener los servicios públicos básicos: agua, sistema de comunicaciones, manejo y evacuación de residuos sólidos y líquidos, energía eléctrica.(Art. 5, 6, 7, 8 Res. 8333/2004)

12.3 PROCESO ASISTENCIAL.

Estandarizar los procedimientos de atención. La ley 1315/2009 no especifica el tipo de procedimientos autorizados para ser realizados en ningún tipo de institución, sin embargo la resolución 8333/2004 válida para el Departamento de Antioquia, estipula:

Disponer de un área de procedimientos básicos de enfermería (Parágrafo 2 Art. 21 Res. 8333/2004). En la cual debe existir un área para curaciones y procedimientos menores, preparación y administración de medicamentos, área de lavado instrumental y equipo, unidad sanitaria y área para controles y entrevistas.

Como también se le puede dar uso múltiple para la atención individual por otros profesionales: Gerontólogo, psicólogo, nutricionista fisioterapeuta, fonoaudiólogo, entre otros.

De acuerdo con el perfil de la institución, dado el caso que el adulto mayor requiera un cuidado de enfermería de baja complejidad, siempre por el personal profesional o auxiliar de enfermería. Se autoriza a los centros gerontológicos la realización de los siguientes cuidados de enfermería.

- Administración de medicamentos con preinscripción medica
- Control de signos vitales
- Administración de dietas específicas

- Realización de curaciones y cuidados de la pies
- Valoración de actividades básicas cotidianas (ABC)
- Valoración de las actividades de la vida diaria (AVD)
- Aplicación de Oxigenoterapia con prescripción medica
- Vigilancia a pacientes con caracterismo vesical
- Prestación de primeros auxilios
- Detección de signos y síntomas de enfermedades prevalentes: infarto agudo de miocardio, enfermedad cerebrovascular, diabetes, crisis hipertensiva
- Rehabilitación física con ejercicios pasivos.
- Hacer terapia respiratoria que facilite la higiene bronquial
- Prevención de úlceras por decúbito
- Terapia endovenosa
- Mantenimiento de posición funcional
- Vigilancia de ingesta y eliminación
- Aspiración de secreciones
- Aplicación de calor húmedo
- Vigilancia de interacciones medicamentosas
- Acciones de promoción de la salud
- Acciones de prevención la enfermedad
- Toma de recolección de muestras de laboratorio
- Asistencia al anciano durante el baño
- Cuidado de prótesis dental de anciano
- Alimentación por sonda nasogástrica

Todos estos procedimientos y actividades deben quedar registrados en la historia individual de cada usuario

La institución debe dotar los insumos mínimos el área de enfermería para realizar estos procedimientos y actividades (Parágrafo 3 Art. 21 Res. 8333/2004). Siempre en cumplimiento de la norma y de acuerdo al perfil de la institución se recomienda:

Camilla y/o cama hospitalaria con barandas, escalerilla, bala oxígeno con equipo indispensable para oxigenoterapia, fonendoscopio, tensiómetro, termómetro, escritorio, estanterías para medicamentos e insumos médico quirúrgicas para los procedimientos realizados, atril, porta sueros, elementos de bioseguridad como guardián porta agujas, canecas para desechos de residuos contaminados, bolsas de colores las demás requeridas para los procedimientos que allí se realicen.

12.4 PROCESOS DE ATENCION INTEGRAL.

Implementar dentro de su plan gerontológico, cronogramas de actividades el Área Ocupacional. (Título III Art. 20 #f L. 1251/2008). Implementación de diversas actividades de productividad y sostenibilidad social y/o económica que busquen mantener, recuperar y/o habilitar la funcionalidad física y mental, así como el reconocimiento individual de los adultos mayores como miembros activos de la sociedad, con base en las capacidades, habilidades, intereses y condiciones de cada uno de ellos.

Garantizar la provisión de servicios y programas integrales de atención, promoción y prevención en salud mental (Título III Art. 20 #g L. 1251/2008). Actividades que respondan a las necesidades de los adultos mayores e involucren a su grupo familiar.

Garantizar el adecuado nivel nutricional a cada una de los adultos mayores (Título III Art. 20 #b L. 1251/2008). Mediante la definición de una minuta patrón individual bimensual y previa

valoración médica, teniendo en cuenta los parámetros técnicos y jurídicos del Ministerio de la Protección Social, el ICBF o la entidad pública competente en el respectivo ente territorial.

Integración psicosocial familiar (Título III Art. 21 L. 1251/2008). Las instituciones que prestan servicios de atención al adulto mayor, promoverán e impulsarán la vinculación y participación de su grupo familiar y de la sociedad en el cuidado y desarrollo integral de este grupo poblacional, así como en la defensa y garantía de sus Derechos Humanos.

12.5 RESTRICCIONES (Art. 3, L. 1315/2009).

No podrán ingresar a los centros de protección social y centros de día, aquellas personas que presenten alteraciones agudas de gravedad u otras patologías que requieran asistencia médica continua o permanente.

Se exceptúan, aquellas instituciones de atención que han sido habilitadas para la prestación de servicios de salud o cuando a criterio del médico tratante, se disponga de los recursos humanos, equipamiento clínico y terapéutico necesario y no represente riesgo para la persona ni para las demás personas que son atendidas en la institución.

13. CRITERIOS PARA AUTOEVALUAR LA CALIDAD DE LAS RESIDENCIAS.

Tabla 4. Aspectos sociales.

Grado de cumplimiento expresado en %		NA/ NC	50%	70%	80%	100%
1	Cuidados y atención residencial	Protocolos de atención al ABC cotidiano, promoviendo la autonomía, física y psíquica				
		Implantación de protocolos de atención y cuidados				
		Cuidados de higiene y vestido				
		Movilización y transferencia				
		Programas para promocionar las capacidades funcionales				
Comentarios						
Grado de cumplimiento expresado en %		NA/ NC	50%	70%	80%	100%
2	Atención Psicosocial	Protocolos de intervención del psicólogo o trabajador social				
		Intervención individual				
		Participación del residente en las actividades de la residencia				
		Participación en las psicoterapias				
		Grado de integración y participación del residente en la institución				
Comentarios						
Grado de cumplimiento expresado en %		NA/ NC	50%	70%	80%	100%
3	Derechos del residente	Respeto por su intimidad y confidencialidad				
		Respeto a la ideología política y religiosa del residente				
		Cuidados y atención para una muerte digna				
		Manual de convivencia para residentes				
		Protocolos intervención por maltrato al residente				
Comentarios						

Grado de cumplimiento expresado en %		NA/ NC	50%	70%	80%	100%
4	Animación sociocultural, ocio y tiempo libre	Programas de actividades lúdico-recreativas				
		Programas de motivación y actividades socioculturales				
		Actividades culturales: internas y externas del centro				
		Programas de ocio y voluntariado				
		Atención afectiva, espiritual y social				
Comentarios						

Grado de cumplimiento expresado en %		NA/ NC	50%	70%	80%	100%
5	Trato, vida y grado de satisfacción de los residentes	Protocolos de acogida, ingreso y adaptación a la institución				
		Se dispone de procedimientos y registros para atender QSR				
		Se ofrece una atención individualizada en las diferentes situaciones				
		Privacidad y flexibilidad de horarios y visitas				
		Valoración y encuestas de satisfacción				
Comentarios						

Grado de cumplimiento expresado en %		NA/ NC	50%	70%	80%	100%
6	Atención a familiares	Relaciones y actividades con la familia y amigos del adulto mayor institucionalizado				
		Atención en el duelo a familiares				
		Intervención a familiares en situaciones complejas				
		Mecanismos de información a las familias				
		Programas educativos con las familias y personas referentes				
Comentarios						

Tabla 5. Aspectos Asistenciales.

Grado de cumplimiento expresado en %		NA/ NC	50%	70%	80%	100%
7	Atención médica	Atención médica permanente				
		Atención de enfermería permanente				
		Valoración trimestral del grado de dependencia y capacidad funcional				
		Cumplimiento de protocolos administración de medicamentos				
		Atención de enfermedades crónicas y discapacitantes				
Comentarios						

Grado de cumplimiento expresado en %		NA/ NC	50%	70%	80%	100%
8	Servicio de atención especializada	Atención de la salud mental				
		Atención del nivel nutricional				
		Atención y cuidados paliativos				
		Atención de geriatría				
		Atención integral odontológica, oftalmológica y auditiva				
Comentarios						

Grado de cumplimiento expresado en %		NA/ NC	50%	70%	80%	100%
9	Rehabilitación funcional	Programa de atención fisioterapéutica				
		Programas y actividades ocupacionales				
		Atención por fonoaudiología				
		Atención por terapeuta respiratorio				
		Atención por educación física				
Comentarios						

Grado de cumplimiento expresado en %		NA/ NC	50%	70%	80%	100%
10	Prevención y promoción de la salud	Programas de educación para una vida saludable				
		Plan de prevención de accidentes y caídas				
		Plan de vacunación				
		Plan de prevención de la diabetes e hipertensión				
		Plan prevención de incontinencias y úlceras por presión				
Comentarios						

Grado de cumplimiento expresado en %		NA/ NC	50%	70%	80%	100%
11	Nutrición	Minuta personalizada de nutrición				
		Cumplimiento de plan de Saneamiento Básico				
		Planificación de dietas y menús				
		Programa de Análisis de Alimentos y manipuladores de alimentos				
		Control nutricional a residentes: peso, talla, IMC				
Comentarios						

Grado de cumplimiento expresado en %		NA/ NC	50%	70%	80%	100%
12	Atención gerontológica	Plan Gerontológico Institucional				
		Programas de intervención individual y grupal				
		Programas de estimulación cognitiva				
		Programas de fortalecimiento en ABVD y AIVD				
		Evaluación periódica de funciones mentales, físicas, redes sociales y otros.				
Comentarios						

Fuente: elaboración propia

Tabla 6. Aspectos Administrativos

Grado de cumplimiento expresado en %		NA/ NC	50%	70%	80%	100%
13	Direccionamiento estratégico	Organigrama institucional				
		Reglamento interno de trabajo				
		Mapa de procesos				
		Programa de Salud ocupacional				
		Plataforma estratégica				
Comentarios						

Grado de cumplimiento expresado en %		NA/ NC	50%	70%	80%	100%
14	Dirección y Organización Residencial	Implementación de plan de mejoras en la residencia				
		Existen estrategias de Marketing institucional				
		Valoración de satisfacción de residentes, familiares y empleados				
		Los servicios y la entidad se encuentran habilitados				
		El director técnico se encuentra registrado en D.S.S. y cumple con el perfil				
Comentarios						

Grado de cumplimiento expresado en %		NA/ NC	50%	70%	80%	100%
15	Gestión de sistemas de calidad	Implantación de la ISO 9001 u otra certificación				
		Está adherido a la Ley 1315 de 2009, la Ley 1251 de 2008 y la Resolución 8334 de 2004				
		Está adherido a la ley 9 de 1979				
		Está adherido al decreto 3075 de 1997				
		Se tienen disponibles las fichas gerontológicas de los residentes completas				
Comentarios						

Grado de cumplimiento expresado en %			NA/ NC	50%	70%	80%	100%
16	Talento humano	En el establecimiento se encuentran las hojas de vida los empleados con afiliación a EPS, ARL, fondo de pensiones, contrato de trabajo, además cuenta con documentos que certifiquen su capacitación y formación					
		Existe un manual de funciones					
		Se cuenta 1 con un médico y 1 enfermera profesional por 25 enfermos					
		Hay una auxiliar de enfermería por cada 8 adultos dependientes y 1 por cada 12 autónomos					
		Hay personal de servicios generales y manipuladores de alimentos de acuerdo al número de residentes					
Comentarios							

Grado de cumplimientos expresado en %			NA/ NC	50%	70%	80%	100%
17	Formación continua y responsabilidad social	Tiene un plan de formación					
		Cuenta con programas de formación continua					
		Cuenta con programas de prácticas para profesionales					
		Cuenta con gestión de la responsabilidad social					
		Evaluación de las necesidades de formación					
Comentarios							

Fuente: elaboración propia

Tabla 7. Aspectos de Instalaciones y Dotación

Grado de cumplimiento expresado en %		NA/ NC	50%	70%	80%	100%
18	Diseño arquitectónico y de interiores	El establecimiento cuenta con áreas de alojamiento, zonas de descanso y recreación, área de atención médica o enfermería, comedor y servicios generales.				
		Las áreas se encuentran debidamente señalizadas				
		La edificación es de dos pisos o más y cuenta con rampas de acceso y sus pendientes son igual o menor a 8% y de materia antideslizante				
		Si tiene escaleras, estas son de piso antideslizantes, con protección lateral y los bordes son resaltados				
		Todas las puertas abren hacia afuera, no cierran herméticamente y su amplitud es suficiente para el paso de una silla de ruedas, caminadores y camillas (1,2m)				
Comentarios						

Grado de cumplimiento expresado en %		NA/ NC	50%	70%	80%	100%
19	Áreas de la residencia	Implantación de una zona de tratamiento y eliminación de residuos				
		Sala o salones de terapia, reuniones y otras con la dotación necesaria				
		Zona de visitas				
		Zona de ocio: música, TV y juegos				
		Existe la dotación necesaria en cada área				
Comentarios						

Grado de cumplimiento expresado en %			NA/ NC	50%	70%	80%	100%
20	Instalaciones y seguridad laboral	Cuenta con extintores debidamente señalizados					
		Cuenta con el Reglamento de Higiene y Seguridad industrial					
		Cuenta con guía de evacuación					
		Cuenta con un plan de emergencias					
		Programas de seguridad y salud en el trabajo					
Comentarios							

Grado de cumplimiento expresado en %			NA/ NC	50%	70%	80%	100%
21	Sistema de información y vigilancia	Servicio de internet para zonas comunes y residenciales					
		Timbres de llamada y alarmas en dormitorios					
		Sistema cerrado de televisión en zonas comunes					
		Control de entradas y salidas					
		Software para procesos internos de gestión					
Comentarios							

Fuente: elaboración propia

14. CONCLUSIONES.

Los conceptos sobre el “deber ser”, de los centros residenciales en concepciones, que ubican al ser envejeciente, como sujeto y protagonista activo de su vida. Más que una respuesta uniforme a lo que deben ser estas instituciones, se propone la uniformidad en la búsqueda de caminos conducentes a estas respuestas. Motorizar este movimiento, es superar las contradicciones entre necesidades y satisfactores, entre lo universal y singular del envejecimiento, entre el adentro y el afuera institucional, entre lo local y lo global, entre la salud y la enfermedad, entre las alegrías y tristezas, entre la diversidad y la uniformidad.

En primer lugar, se expondrán las conclusiones que sintetizan esta tesis. Estas conclusiones tratan de responder a los objetivos y a los interrogantes planteados en la parte introductoria de este trabajo, se ha planteado.

Los responsables de los centros de atención para personas mayores no otorgan mucha importancia a las actividades de calidad en la gestión de la organización

En este sector las residencias de personas mayores se están introduciendo lentamente en una cultura de gestión que hasta hace pocos años no existía. Este cambio se traduce en la aplicación de herramientas de gestión novedosas para el sector, que hasta ahora solo se habían utilizado en otros ámbitos de actividad. Sin embargo, a pesar de estos cambios, el día a día muestra que determinadas actividades funcionales básicas de la organización, como la calidad, siguen siendo infrecuentes en el sector

En efecto en el ámbito de los servicios residenciales se puede afirmar que la gestión de la calidad, el mejoramiento continuo y otros procesos, no tienen demasiada presencia, quizás porque se considere que éstos tienen poca relación con la actividad asistencial, y quizás también por se asocie a una perspectiva empresarial, un tanto ajena a la cultura del sector y de los profesionales

en gerontología. Además, muchos centros pueden no ver clara la necesidad de implementar estas herramientas y mucho menos de guiarse de un manual, en un entorno donde las instituciones como tal son muy antiguas y las adecuaciones no son viables y las nuevas

Sin embargo, más importante que la aplicación de una guía resulta, en nuestra opinión, la implementación de la normativa vigente por parte de las instituciones. La implementación es lo que implica el compromiso con la calidad del servicio, de esta manera, el valor central de la institución consiste en prestar al residente y las familias el mejor servicio posible, siendo tratado, en todo proceso de prestación del servicio, con el respeto, la amabilidad y la eficacia inherentes a una organización centrada en la persona.

Las inspecciones que periódicamente realizan las entidades reguladoras tratando de garantizar el buen funcionamiento de los centros residenciales para personas mayores, no inciden de manera sustancial en la verificación del nivel de la calidad asistencial y de la calidad de vida del residente.

En efecto, estas inspecciones que efectúa los entes de vigilancia y control, consciente de la importancia que tiene este sector para la sociedad, inciden, sobre todo, en la verificación del cumplimiento de las normativas en lo referente a algunos aspectos esenciales del funcionamiento de la residencia como, entre otros, los requisitos técnicos de infraestructura, los ratios de personal, la organización del personal o el control de los registros.

Consideramos de interés diseñar instrumentos de inspección de carácter cualitativo capaces, más allá de las verificaciones técnicas, de ayudar a los inspectores a determinar si las pautas asistenciales son las adecuadas para garantizar la calidad de la atención y el respeto de los derechos de las personas usuarias.

Un modelo de gestión dirigido a un centro residencial para personas mayores debe integrar, por un lado, una dimensión centrada en los procesos y en su mejora, es decir, en la

calidad de la gestión, y, por otro lado, una dimensión centrada en la satisfacción percibida por los usuarios como consecuencia de la atención recibida, es decir, en la calidad de vida del residente.

Esta dimensión de la calidad centrada en la atención y en calidad de vida de los residentes, sustantiva en nuestra opinión, se aborda, en ocasiones, de manera nominal sin valorar en su medida el efecto que la mejora continua tiene en la calidad de vida experimentada por los usuarios. En este sentido, como ha sido señalado durante la realización de este trabajo, la literatura especializada incide en que el concepto de calidad asistencial va mucho más allá que el de un sistema de calidad estandarizado y que pueda ser certificado. Así, la calidez de los ambientes, las relaciones sociales y afectivas, los procesos de comunicación entre personas, el derecho a la intimidad y otros factores de esta naturaleza son aspectos cualitativos que tienen gran importancia al definir la calidad asistencial.

En el diseño presentado en el desarrollo de esta tesis, se ha incluido algunas características de las instituciones de atención para personas mayores, desde el centro diurno hasta la estancia, precisando el mismo, a un solo servicio que es el de la larga estancia

Por otro lado, en la normatividad se articularon algunos lineamientos técnicos aplicables al tipo de servicios y describiendo la metodología para la prestación de los mismos.

Como tercera parte del contenido, destacamos una serie de herramientas que permiten realizar el seguimiento y medición de los resultados obtenidos y que posibilitan la mejora continua. De esta forma, las instituciones deberán establecer un procedimiento que permita medir la satisfacción de los residentes, de sus familiares y del personal; realizar una evaluación interna o externa; crear equipos de mejora.

Por tanto, en el diseño se ha incluido aquellos elementos, acciones o herramientas que, en nuestra opinión, pueden contribuir a mejorar el nivel de calidad asistencial y a elevar el grado de

satisfacción de los residentes y de sus familiares y que, por tanto, constituyen los pilares sobre los que debe diseñarse, un modelo de gestión de la calidad dirigido a los centros residenciales para personas mayores.

Este modelo deberá adaptarse a los residentes y a las características de la residencia, y ser un instrumento válido para garantizar y mejorar la calidad asistencial. Por ello, será la residencia la que, en función de su dimensión y recursos, desarrolle con mayor o menor profundidad los elementos propuestos en el modelo.

15. RECOMENDACIONES.

Lograr transformar un centro de personas mayores, no es cuestión de grandes inversiones financieras, incorporación de tecnologías de última generación ni cambios sustantivos de personal, es básicamente concordar en la reflexión sobre nuevos paradigmas a partir de los cuales, organizar los cambios adecuados.

Cada una de las áreas o sectores de la institución debe involucrarse en un compromiso activo y participativo en la misma, los residentes no deben ser beneficiarios pasivos de la actividad institucional, su participación debe darse en todos los niveles y deben poder tener representación en las decisiones que los afectan en forma directa, no es solo ser parte de una institución, sino también tener parte y formar parte.

La participación no es solo una relación o un contacto con otros, es también una relación de mutua transformación. El participante construye y modifica al objeto o hecho en el cual participa, y por el hecho de hacerlo es también transformado.

La participación es un derecho a través del cual se puede lograr la autorrealización, es una condición para la libertad, pues permite decidir y es un cambio de relación, ya que el poder y las fuerzas institucionales tienden al equilibrio.

Quizás sería necesario desarrollar modelos alternativos a los sistemas generales de la garantía de la calidad, que pudieran ser más idóneos y más rentables para las organizaciones, sobre todo para las de menor dimensión, evitando un exceso de papeles y normas descriptivas, para concentrar las energía en una mejora efectiva de la calidad asistencial.

Así, a la espera del desarrollo de nuevos modelos, se recomienda que, independientemente de la consecución de diferentes certificaciones, se adopten o sirvan de guía los modelos de gestión específicos del sector, de manera que todas las actuaciones vayan

enfocadas a la mejora de la calidad asistencial y a la satisfacción del usuario. La implementación total o parcial de estos modelos, así como la utilización de herramientas de mejora como el direccionamiento estratégico, los cuestionarios de satisfacción dirigidos a usuarios y empleados, la identificación de procesos clave, protocolos o guías de actuación y los manuales de buenas prácticas, la formación del personal, entre otras. Permitirá a los centros residenciales solicitar auditorías a los entes reguladores, detectar no conformidad, propone mejoras y nuevos ejes de actuación, y sobre todo mejorar la vida residencial, prestando de esta manera, los servicios que una sociedad cada vez más exigente solicita.

De esta forma, estas organizaciones podrían acercarse progresivamente a la cultura de la calidad, desarrollando algunos procedimientos y utilizando unas herramientas básicas que preparen la posible adopción futura de sistemas de calidad.

En cualquier caso, el centro residencial debe hacer todo lo necesario para medir la satisfacción de los residentes y de sus familias. Para ello, se recomienda establecer por escrito una metodología que detalle, además de los instrumentos a utilizar para determinar el nivel de satisfacción de los residentes, quiénes son los responsables, la periodicidad, el análisis de los datos y las propuestas de mejora. Así, una vez evaluado el grado de satisfacción de los residentes y familiares con la residencia, se realizará un informe que será la base para emprender acciones que permitan avanzar en una mejor calidad asistencial

La residencia debe apostar por la mejora continua de la calidad asistencial, por lo que recomendamos que se adopte algún modelo que asegure que la misión, visión y valores de la misma se desarrollan garantizando el cumplimiento normativo, velando por el cumplimiento de los derechos y obligaciones de los residentes, prestando una asistencia integral en función de las necesidades personales y buscando la satisfacción de todos los intervinientes: usuarios, familiares, profesionales, entes reguladores y sociedad en general

Para finalizar, en nuestra opinión, los entes reguladores deberían dar un nuevo impulso que permitiera generalizar en el sector la adopción de modelos de calidad y, preferentemente, la implantación de los modelos de gestión específicos del sector que han ido surgiendo en la última década o nuevos modelos de gestión que puedan desarrollarse en el futuro.

También pensamos que la inspección de los centros residenciales para personas mayores por parte de los entes territoriales sigue siendo una asignatura pendiente, a pesar de la importancia que ésta tiene. Consideramos que la inspección debería incluir instrumentos de control de carácter cualitativo, capaces, más allá de las verificaciones materiales y de ratios profesionales, de ayudar a los inspectores a determinar si las pautas asistenciales son las adecuadas para garantizar la calidad de la atención y el respeto de los derechos de las personas usuarias.

16. PRESUPUESTO.

Tabla 8. Presupuesto del proyecto.

OBJETIVO 1. Realizar una revisión documental de la información existente sobre la normativa vigente y la calidad en/para las instituciones de adultos mayores	
CONCEPTO	TOTAL
1. Recurso humano (40.000 Hora)	
Profesional 1 (9 horas)	360.000
Profesional 2 (6 horas)	240.000
2. Material y equipo	
Computador	659.000
Impresora	120.000
3. Insumos	
Servicio de internet	9.000
4. Logística	
	27.950
5. Otros	
	30.000
Subtotal	1.445.950
OBJETIVO 2. Obtener información necesaria y suficiente de fuente primaria que permita complementar la caracterización de los lineamientos para los centros de personas mayores	
1. Recurso humano (60.000 Hora)	
Profesional 1 (8 horas)	320.000
Profesional 2 (8 horas)	320.000
2. Material y equipo	
	0
3. Insumos	
Servicio de internet	9.000
4. Logística	
	5.550
5. Otros	
	14.000
Subtotal	668.550
OBJETIVO 3. Establecer los criterios físicos, sociales, legales, técnicos y ambientales a tener en cuenta en los centros de atención para personas mayores	
1. Recurso Humano (60.000 Hora)	
Profesional 1 (8 horas)	320.000
Profesional 2 (8 horas)	320.000
2. Material y equipo	
	0
3. Insumos	
Servicio de internet	6.000
4. Logística	
	5.550
5. Otros	
	14.000
Subtotal	665.550
Elaborar un manual de buenas prácticas para los centros de atención de personas mayores establecidos en la ley 1315 de 2009	
1. Recurso humano (60.000 Hora)	
Profesional 1 (12 horas)	480.000
Profesional 2 (12 horas)	480.000
2. Material y equipo	
Papelería	5.000
3. Insumos	
Servicio de internet	6.000
Servicio de argollado	12.000
Servicio de digitación	60.000
4. Logística	
	7.600
5. Otros	
	2.000
Subtotal	1.040.600
TOTAL	3.820.650

Fuente: elaboración propia

17. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Tabla 9. Cronograma

Actividades/ Semana	Materiales	Responsables	OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL		
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
Árbol del problema		Estudiantes																											
Formulación del problema		Estudiantes																											
Asesoría técnica		Docente																											
Objetivo específico1: Realizar una revisión documental de la información existente sobre la normativa vigente y la calidad, en los servicios de gerontología																													
Actividades																													
1.1. Revisión bibliográfica sobre estudios de buenas prácticas, normas y otros	Laptop	Estudiantes																											
1.2. Elaboración del marco teórico-legal	Laptop	Estudiantes																											
1.3 Asesoría técnica		Docente																											
Objetivo específico2: Obtener información necesaria y suficiente de fuente primaria que permita complementar la caracterización de los lineamientos para los centros de atención de personas mayores																													
Actividades																													
2.1 Revisión bibliográfica para la caracterización de las instituciones	Laptop	Estudiantes																											
2.2 Sistematización de la información	Laptop	Estudiantes																											
2.3 Asesoría técnica		Docente																											
Objetivo específico3: Establecer los criterios físicos, sociales, legales, técnicos y ambientales a tener en cuenta en los centros de atención de personas mayores																													

REFERENCIAS.

Congreso de Colombia.

Cuadernos De pensamiento social (2013). El desarrollo de un mundo que envejece. No. 18. Medellín: Pregón Ltda. 34 p.

De la Cuesta Benjumea C. (2009). El cuidado familiar: una revisión crítica. Invest Educ Enferm. 27(1):96-102.

_____ (2007). El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. Invest Educ Enferm.; (25)1: 106-112

Fernández G., Julio J. (2009). Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba. Valencia. Tesis doctoral. Universidad de Valencia, España.

Martín Zuriemendi, E.; Marín León, A. (2013). Manual de buenas prácticas para residencias de ancianos. [Online] [Citado el Noviembre 2013] Disponible en:

Martínez, José William, Anderson Acosta, Harold, Dussan, Julio César, Álvarez Bolívar, Jhon Alejandro, Bedoya, William Fernando, Carvajal Ramírez, Jesús Alberto, López Giraldo, Fernando. Calidad de vida en ancianos institucionalizados de Pereira Revista Colombiana de Psiquiatría [en línea] 2011, 40 (Diciembre-Sin mes): [Fecha de consulta: 17 de marzo de 2014] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80622345007>> ISSN 0034-7450

Martinez, Natxo. (2003). Manual de buenas prácticas en los centros de incorporación social [online] Bilbao, Junio de 2003 [Citado el Noviembre 2013] Disponible en:

Molina Sena, C.; Meléndez Moral, J.C., Navarro Pardo, E. Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. Anales de psicología 2008, vol. 24, nº 2 (diciembre), 312-319

Molina Sena, C.; Meléndez Moral, J.C., Navarro Pardo, E. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. Anales de psicología, vol. 24, Nº 2 , 312-319

Pérez Serrano, Gloria. (s.f). Buenas prácticas en las universidades de adulto mayores. [en línea] [Fecha de consulta: 17 de marzo de 2014] Disponible en: http://portal.uned.es/pls/portal/docs/PAGE/UNED_MAIN/OFERTA/UNED_SENIOR/METODOLOGIA_SENIOR/GU%C3%8DA%20DE%20BUENAS%20PR%C3%81CTICAS.PDF

Pino Juste, M.R.; Crespo Comesaña, J.M.; Portela Carreiro, J. (2010). Descripción de los elementos espaciales en residencias de ancianos. Estudio en el noreste de España. Revista de Investigación en Educación, Nº 7. ISSN: 1697-5200

Retana, Rafael (s.f).. La gestión de la calidad en centros de servicios sociales [online] Grupo CONCEPTO. [Citado el Enero 2014] Disponible en:

Romero Cabrera AJ. (2008). Perspectivas actuales en la asistencia sanitaria al adulto mayor. Rev Panam Salud Pública. 24(4):288–94.

San Miguel O, Eduardo (2011). Gestión de la calidad y marketing en los centros residenciales para personas mayores. Donostia. Tesis doctoral. Universidad del País Vasco. Departamento de Economía Financiera II (Economía de la empresa y comercialización)

Servicio Nacional de Aprendizaje SENA Dirección del Sistema Nacional de Formación para el Trabajo (2008). Caracterización de la gerontología en Colombia una mirada desde las competencias laborales.

Vázquez Honorato, L.A.; Salazar Martínez, B.L. (s.f). Arquitectura, Vejez y Calidad de Vida.
Satisfacción residencial y bienestar social. Journal of Behavior, Health & Social Issues
vol 2 num

Vergara R., S. (2008). Residencias para adultos mayores: criterios básicos para su adecuada
selección. Hospital Clínico Universidad de Chile.

Zolotow, David. (2011). Hogares de ancianos, transformaciones posibles para un buen envejecer.
En: Revista Debate Público: reflexión de trabajo social.

ANEXOS.

Anexo A. El árbol de problemas.

Formulación de causas y efectos

Efectos:

-Crecimiento acelerado de centros clandestinos en condiciones mínimas de funcionamiento – maltrato, hacinamiento, bajos niveles de calidad de vida-

-Falta de compromiso o incumplimiento de los tratados internacionales y las políticas nacionales y locales que protegen a las personas mayores –aumento de la morbilidad-

-Aumento/Disminución de los costos de las pensiones en centros residenciales de calidad –limitado el acceso a los centros de calidad, aumento de habitante de calle e indigencia

-Disminución de la calidad de vida

-Problema de salud pública por la atención de personas mayores

-Violencia intrafamiliar

-Aumento de los servicios de centros diurnos

-Deficiencia en las instalaciones y en la calidad de la atención en los centros de los municipios.

Causas:

-Aumento de la demanda de atención a adultos mayores dependientes

-Incremento de la población adulta mayor y anciana – los cambios en la estructura familiar, aumento de la esperanza de vida, disminución de la tasa de natalidad-

-Pocos profesionales capacitados – la apertura de estas entidades son ajenas a la gerontología, escasos procesos de formación y actualización, poco interés en los profesionales en especializar en gerencias de servicios gerontológicos, normativas y/o afines.

-Indiferencia de las autoridades y de la sociedad en general – desconocimiento de la normatividad vigente por parte de las familias o acudientes e incluso de los mismos profesionales, escasa ejecución de las políticas que estandarizan los lineamientos de los centros-

-Falta de control y vigilancia de la norma – incumplimiento de las funciones delegadas a los empleados públicos encargos del proceso, escasa e incongruencias en la normatividad para los centros de atención a personas mayores, deficiencia en los procesos evaluativos, no hay claridad en la razón social IPS con objeto social diferente

-Mal uso del rubro del adulto mayor destinado a la dotación y funcionamiento de los centros de protección de adultos mayores en los municipios.

Figura 2. Disminución de la calidad de vida.

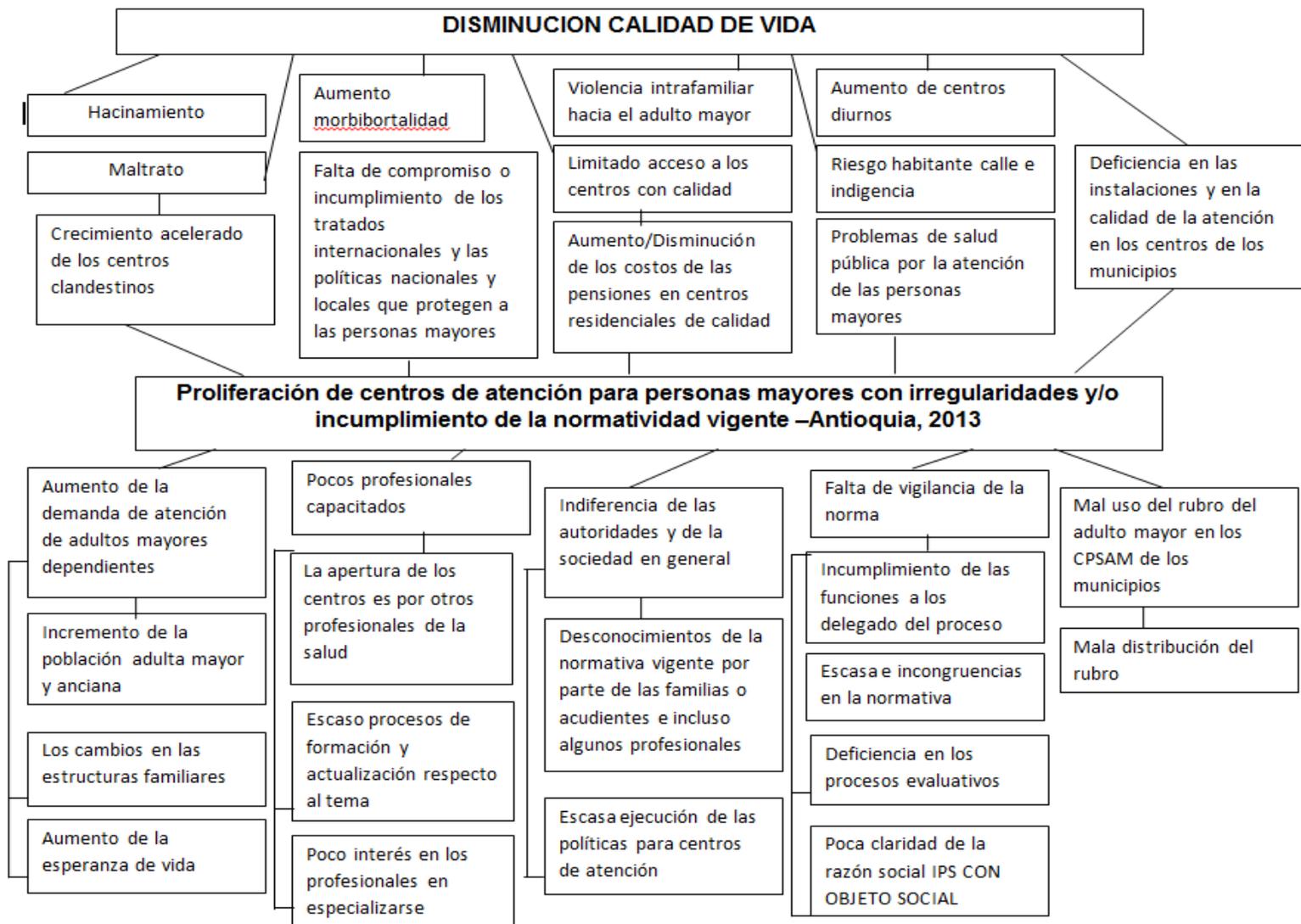
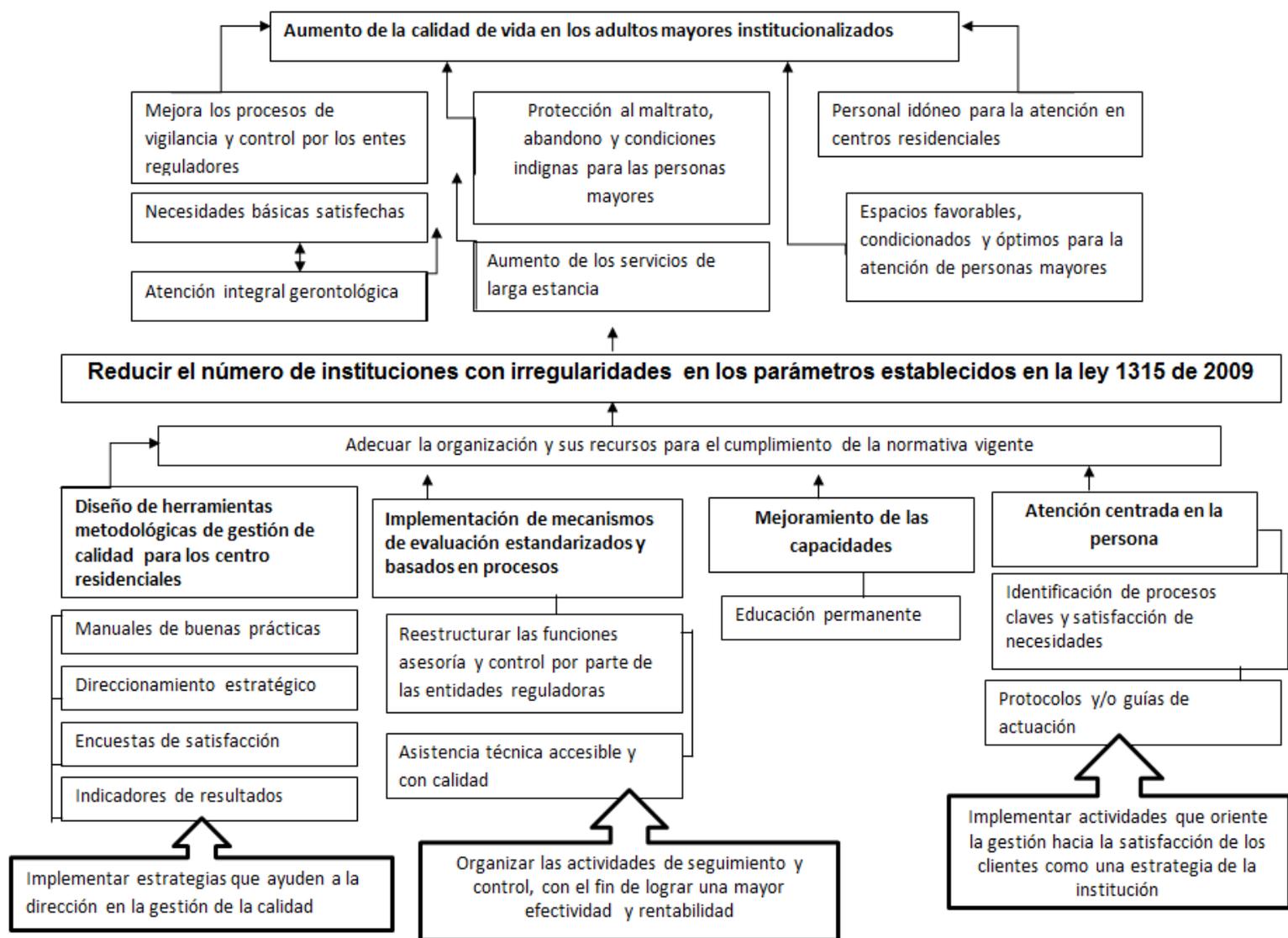


Figura 3. Aumento de la calidad de vida.



Anexo B Condiciones Establecidas en la Ley 1315 De 2009 y Resolución 8333 De 2004.

REQUERIMIENTO	PARÁMETROS			ESPECIFICACIONES LEGALES	FUENTE
	TAMAÑO	DISEÑO, DISTRIBUCIÓN	EQUIPAMIENTO		
Piso		Circulación vertical			LEY 1315/2009
		- Nivelación Adecuada	- Sólidos -Resistentes -De fácil limpieza -Antideslizantes – Impermeables -Superficie uniforme		RESOLUCIÓN 8333/2004
Puertas	120 cm de ancho -Amplitud suficiente para sillas de ruedas, camillas y caminadores	-No cerrar herméticamente			RESOLUCIÓN 8333/2004
Zonas de circulación	-Anchura mínima de 120 cm	Sin desniveles o con rampas	-Buena iluminación -Pasamanos a 90 cm del suelo		LEY 1315/2009
Escaleras	-Amplitud suficiente para el paso de dos personas	-Excluir las escaleras de caracol -Directriz recta	-Pasamanos en ambos lados	No podrán ser tipo caracol, no tener peldaños en abanico	LEY 1315/2009
	-Altura vencida por tramo 1.75 metros de profundidad, altura libre mínima de 2.20 metros, altura contra huella entre 0.14 y 0.18 metros, profundidad de huella 0.30 y 0.35 metros, ancho mínimo de 1.20 metros	caso de que existan, deben ser máximo (10) por tramo con superficie plana	Piso antideslizante y protección lateral hacia espacios libres. Los bordes deben ser resaltados. Pasamanos ambos lados de esta, a 0.90 metros de altura del piso, extendidos a 0.60 metros antes del primer escalón y después del último		RESOLUCIÓN 8333/2004

REQUERIMIENTO	PARÁMETROS			ESPECIFICACIONES LEGALES	FUENTE
	TAMAÑO	DISEÑO, DISTRIBUCIÓN	EQUIPAMIENTO		
Rampas	-El tramo mínimo sin descanso es de 20 metros y este debe tener 1.40 metros de profundidad. La altura libre mínimo de 1.20 metros y la pendiente no mayor del 8%.	Las instituciones que tienen dos o mas pisos deben existir rampas	-Material antideslizante		RESOLUCIÓN 8333/2004
Zonas de exteriores					LEY 1315/2009
Servicios sanitarios		-Espacio libre para maniobrar con silla de ruedas	-Buena iluminación -Señalización -Con ducha adaptada -Lavamanos -Inodoro --Piso antideslizante -Apoyo perimetrales -Timbre de aviso -Servicio de agua caliente y fría	Cercanos a los dormitorios y de fácil acceso	LEY 1315/2009
	- Debe existir una por cada cinco residentes, y en las habitaciones individuales	puerta: debe tener 1.20 metros de ancho, abrir hacia fuera o ser corrediza, no tener cerradura hermética en su interior y abrir fácilmente desde su interior	inodoro: debe estar de 10-15 cm. de alto sobre el piso y tener apoyo laterales de 30cm de longitud en forma de pasamanos, los cuales se deben ubicar a 0.75 ó 0.85 metros del piso -el lavamanos: debe tener apoyo perimetral a 0.83 metros de altura del piso y el fondo no debe estar a mas de 0.65 ó 0.75 metros del piso para ser usado por personas en silla de ruedas	-Jabonera -Toallero -Dispensador de papel -Buena iluminación y ventilación -Silla auxiliar de ducha	RESOLUCIÓN 8333/2004

REQUERIMIENTO	PARÁMETROS			ESPECIFICACIONES LEGALES	FUENTE
	TAMAÑO	DISEÑO, DISTRIBUCIÓN	EQUIPAMIENTO		
Cocina		En distintas zonas: -Recepción -Almacenamiento -Preparación -Manipulación	-Vajilla -Pisos y paredes fácilmente limpiables -Bien ventilada -Campana o extractor	Cumplir con las condiciones mínimas Ley 9 de/79	LEY 1315/2009
Administración (Oficina/sala de estar)	-Suficiente para recibir visitas				
Sala de usos múltiples		Para las siguientes funciones: -Ocio -Actividades culturales y recreativas	En su caso para: -Sala de juegos -De lectura -De TV -Equipo de música -Mesa y sillas		LEY 1315/2009
Comedor	-Suficiente para el 50% de los residentes simultáneamente				LEY 1315/2009
	contar con una superficie adecuada (se recomienda 2 m/2 por residente)				RESOLUCIÓN 8333/2004
Dormitorios	Espacio para un adecuado desplazamiento de las personas según su autonomía	-Numero de camillas clínicas para el 100% de adultos mayores y/o discapacitados que requieren protección física o clínica	-Iluminación y ventilación natural -Guardarropa -Cama -1 nochero por cama -Timbre de aviso	En caso de los residentes encamados 1 timbre de aviso por cama	LEY 1315/2009

REQUERIMIENTO	PARÁMETROS			ESPECIFICACIONES LEGALES	FUENTE
	TAMAÑO	DISEÑO, DISTRIBUCIÓN	EQUIPAMIENTO		
	Puede ser individuales o colectivas y ambos casos el área por residente debe ser de 5-6 m ² .		-Timbre de aviso -Bien ventilada	Adultos con: -problemas psiquiátricos, deben ser mínimo para dos personas, con baño privado y poseer el las ventanas y en los focos de iluminación, mayas protectoras. -requieran aislamiento biológico deben ser individuales, con ventilación adecuada, baño privado con ducha.	RESOLUCIÓN 8333/2004
Insumos médicos		-Lugar cerrado	-Fonendoscopio -Termómetro -Medicamentos -Botequín de primeros auxilios -Archivo de fichas clínicas		LEY 1315/2009
Tratamiento de residuos sólidos		Lugar exclusivo	Dispositivo hermético de almacenamiento		LEY 1315/2009
Lavandería		-Zona de lavado -De secado -De planchado -Zona de almacenamiento -Vestir	Unidad sanitaria	Puede existir zona de costura	RESOLUCIÓN 8333/2004

REQUERIMIENTO	PARÁMETROS			ESPECIFICACIONES LEGALES	FUENTE
	TAMAÑO	DISEÑO, DISTRIBUCIÓN	EQUIPAMIENTO		
Sala de terapias		Salón amplio para actividades sociales, culturales y educativas.			RESOLUCIÓN 8333/2004
Área de enfermería		Debe existir área para: -Curaciones -Procedimientos menores -Preparación -Administración de medicamentos -Lavado instrumental y equipo -Unidad sanitaria -Controles y entrevistas	Dotación mínima: -Camilla y/o cama hospitalaria con barandas -Escalerilla -Bala de oxígeno con equipo indispensable de oxigenoterapia -Fonendoscopio -Tensiómetro -Termómetro -Escritorio -Estantería para medicamentos e insumos médicos -Atril -Porta sueros -Elementos de bioseguridad: guardián, canecas de residuos hospitalarios, bolsas de colores		RESOLUCIÓN 8333/2004
Área administrativa		Debe tener zonas de : -Recepción y secretaría -Depósito -Archivo	Unidad sanitaria		RESOLUCIÓN 8333/2004

Fuente: Elaboración propia

	CANTIDAD	PERFIL	REQUERIMIENTOS	OTRAS CONDICIONES	
Recurso humano	Suficiente para satisfacer la atención integral de los residentes, de acuerdo con el número y condiciones físicas y psíquicas	Las cuales serán determinadas por el Ministerio de la Protección Social conforme al alcance del centro (de protección, día o atención).	a) Manipuladores de alimentos b) Auxiliares de servicio, encargados de aseo, lavandería y ropería; c) Personal encargado de la nutrición, terapeuta ocupacional o profesor de educación física,	El personal auxiliar de enfermería y los cuidadores, desarrollan las funciones asignadas por el director técnico y además de las que determine el Ministerio de la Protección Social de conformidad con las patologías y condiciones de los residentes	LEY 1315/2009
	Deben contar con un medico general y una enfermera profesional por cada 25 ancianos enfermos. Igualmente con auxiliar de enfermería por turno por cada 8 horas dependientes y por cada 12 autónomos medico general.	deben acreditar titulo de formación universitaria por una universidad reconocida por el estado y el número de registro profesional	24 horas deben tener posibilidad de recurso humano las 24 horas del día y en ningún momento los ancianos deben permanecer solos. El numero de ser igual a aun funcionario por cada 123 ancianos autónomos por turno	Deben tener sus funciones claramente definidas en el manual de funciones de la institución, expedido por la resolución del director o junta directiva de la institución.	RESOLUCIÓN 8333/2004
Dirección técnica		A cargo de personal de la salud y/o área de las ciencia sociales		De preferencia con capacitación en gerontología, psicología, trabajo social, fisioterapia, fonoaudiología.	LEY 1315/2009

Fuente: Elaboración propia