



SELECCIÓN CLÁSICOS UNIVERSALES
EL LAZARILLO DE TORMES
Edición íntegra

Estamos, según la opinión de un amplio sector de la picaresca, uno de los más importantes autores de la literatura española. En *El Lazarillo de Tormes* pone una total y completa historia clásica de la picaresca, que caracterizan ya aparecen los rasgos del género de la novela picaresca del mundo del siglo XVI. El mundo ofrecían la picaresca, nos ofrece un mundo de vida social, cuyo desarrollo es un punto de vista social. Una aguda crítica social.

Mestres



Arbolito

EL LAZARILLO DE TORMES



05/

Derechos de las personas mayores y obligaciones del Estado: situación de los niveles de cuidado entregados por establecimientos de larga estadía

Derechos de las personas mayores y obligaciones del Estado: situación de los niveles de cuidado entregados por establecimientos de larga estadía

ANTECEDENTES

El 21 de julio de 2018, diversos medios de prensa dieron cuenta de una noticia sobre el femicidio y suicidio de una pareja de personas mayores. De acuerdo a los informes, ambas personas estaban afectadas por enfermedades terminales y la mujer, además, se encontraba postrada. La pareja no tenía hijos y a pesar de que contaba con escasas redes de apoyo familiares y sociales, estas personas no deseaban vivir institucionalizadas.¹

Tiempo después, el 14 de agosto de 2018, la prensa daba cuenta de un incendio que se produjo en un establecimiento de larga estadía para adultos mayores (ELEAM) en la comuna de Chiguayante, Región del Biobío. El siniestro cobró la vida de diez mujeres que vivían en el establecimiento.² Semanas más tarde, trascendió información respecto a que el ELEAM no cumplía con todas las exigencias de seguridad y que la autoridad encargada de fiscalizar, la respectiva Seremi de Salud, no había cumplido adecuadamente su obligación de fiscalizar este aspecto.³

Los casos señalados se enmarcan dentro de una realidad compleja, de la cual dan cuenta las estadísticas demo-

gráficas y sociales: el envejecimiento de la población y la necesidad de cuidados de las personas mayores que presentan diversos niveles de dependencia.

Afirmar que la población chilena está envejeciendo corresponde a una realidad conocida y analizada desde un punto de vista económico, pues implica desafíos para el Estado en aras de mantener una amplia base poblacional productiva. Sin embargo, esta no es la única temática para la cual estos índices demográficos deberían ser empleados, sino que también es relevante analizar el envejecimiento poblacional desde la perspectiva de las obligaciones de derechos humanos que el Estado ha adquirido en materia de cuidado de las personas mayores y, al mismo tiempo, de las políticas públicas existentes al respecto y que, conforme pase el tiempo, irán siendo demandadas por un mayor número de personas de 60 años y más.

En 1992 la población mayor de 60 años llegaba a 1.305.559 personas; cifra que aumentó a 1.717.478 en 2002. De acuerdo al Censo 2017, este segmento de la población alcanza a 2.850.171 personas, lo que equivale al 16,4% del total de la población nacional. En el mismo gráfico, además, puede advertirse que, en el tramo de edad analizado, las mujeres han presentado consistentemente un mayor número.

Conforme ha ido aumentando la expectativa de vida — que según el INE era de 74,3 años para el quinquenio 1990-1995 y ha sido estimada en 79,7 años para el quinquenio 2015-2020⁴— la población de 80 y más años ha aumentado considerablemente, llegando casi a las 500 mil personas según los datos del Censo 2017. Este segmento de población se encuentra en una condición de particular vulne-

1 *The Clinic*, “La historia tras la muerte de los abuelos de Conchalí”, 28 julio 2018, <http://www.theclinic.cl/2018/07/28/la-historia-tras-la-muerte-los-abuelos-conchali/>

2 *La Tercera*, “Incendio en hogar de ancianos en Chiguayante deja 10 mujeres fallecidas”, Catalina Batarse, <https://www.latercera.com/nacional/noticia/incendio-hogar-ancianos-chiguayante-deja-10-fallecidos/281103/>

3 ADN, “Incendio en Chiguayante: hogar de ancianos no contaba con permiso de funcionamiento”, <http://www.adnradio.cl/noticias/nacional/incendio-en-chiguayante-hogar-de-ancianos-no-contaba-con-permiso-de-funcionamiento/20180911/nota/3797924.aspx>

4 INE. Compendio estadístico, p. 117.



rabilidad social, pues suelen presentar mayores niveles de dependencia, por lo que necesitan servicios de apoyo y cuidado más intensos, y porque “son el colectivo de personas mayores que tiene más riesgo de sufrir abusos y maltrato” (Giró Miranda, 2014, p. 24).

Otra característica del cambio demográfico se observa en el importante número de hogares unipersonales. Según los datos del Censo 2017, en el segmento de 60 años y más, 411.715 personas viven solas, de las cuales 244.577 son mujeres y 167.138 son hombres. En palabras de Giró (2007, p. 20), este cambio demográfico, sumado a la disminución de las tasas de natalidad, rompe un equilibrio generacional que durante siglos permitió mantener una cierta solidaridad en el seno de las familias, donde los cuidados de sus miembros se traspasaban de una generación a la otra, de manera que la presencia de hogares unipersonales produce que el cuidado de las personas mayores se traslade desde las familias, especialmente las mujeres,⁵ —como ha sido tradicionalmente— hacia instituciones, ya sean públicas o privadas.

⁵ Las labores de cuidado que se ejercen dentro de los hogares son realizadas principalmente por mujeres, quienes dedican mayor cantidad de tiempo al cuidado de niños pequeños, personas con discapacidad y personas mayores. Al respecto, consultar Informe Anual sobre la Situación de los Derechos Humanos en Chile 2014, *Trabajo no remunerado en el ámbito doméstico*, pp. 93-108.

La situación del importante número de hogares unipersonales se complejiza al considerar los niveles de dependencia en personas mayores de 60 años, cuestión que se torna más crítica entre las de 80 años y más. Según datos de la CASEN 2015, el 14,4% de las personas sobre 60 años presenta algún nivel de dependencia funcional.⁶ Sin embargo, este porcentaje aumenta significativamente en el segmento de 80 años y más, donde el 39,6% de las personas mayores presenta algún grado de dependencia funcional.

Además, también resulta relevante considerar que a menor nivel de ingreso del hogar son más altos los niveles de dependencia de las personas mayores: mientras en el primer quintil el porcentaje de personas mayores en situación de dependencia llega al 29,3%, en el quinto solo alcanza el 9,6%.

⁶ De acuerdo a las definiciones de CASEN, se considera que una persona se encuentra en situación de dependencia funcional cuando: a) declara tener dificultades extremas o que presentan imposibilidad para realizar actividades básicas (por ejemplo, comer, bañarse, desplazarse dentro de su residencia, utilizar los artefactos del baño, acostarse o levantarse de la cama, vestirse) o instrumentales de la vida diaria (salir a la calle, hacer compras o ir al médico, realizar tareas del hogar, hacer o recibir llamadas); o b) que reciben ayuda con alta frecuencia (ayuda muchas veces o siempre para la realización de la actividad); o c) que presentan dificultades moderadas o severas en al menos una actividad básica de la vida diaria o dos actividades instrumentales.

Los índices demográficos y socioeconómicos son concluyentes en el sentido de que el Estado debe generar estrategias para abordar las problemáticas de las personas mayores, que son un segmento poblacional en alza, cuya esperanza de vida ha aumentado, y que en un número importante viven solos, lo que dificulta que cuenten con el apoyo de sus familias en caso de desarrollar algún grado de dependencia. En este sentido, la preocupación del Estado debe abarcar, al menos, dos aspectos: por un lado, generar políticas orientadas a que las personas mayores puedan mantener sus capacidades y vivir de modo independiente; y, por otra parte, mejorar la oferta relacionada con los cuidados que estas personas requieren.

La situación descrita se torna todavía más compleja al considerar las problemáticas que afectan al sistema de pensiones, donde “el 85% de las mujeres pensionadas recibe menos que el salario mínimo, mientras que en el caso de los hombres esta cifra es del 72%. Incluso más, el 59% de las mujeres (6 de cada 10) tiene pensiones bajo la línea de la pobreza, mientras en los hombres es el 26% (menos de 3 de cada 10)” (INDH, 2017, p. 47). Estas condiciones de ingresos de las personas mayores afectan especialmente a las mujeres, quienes deben acudir a los servicios públicos de salud y cuidados, los cuales no siempre tienen capacidad de respuesta a las demandas.

Otro antecedente relevante es la sentencia de la Corte IDH, dictada el 8 de marzo de este año, en la que declaró, por unanimidad, la responsabilidad internacional del Estado chileno por no garantizar al señor Vinicio Antonio Poblete Vilches su derecho a la salud sin discriminación, mediante servicios necesarios básicos y urgentes en atención a su situación especial de vulnerabilidad como persona mayor, lo que provocó su muerte. Algunas de las garantías de no repetición, decretadas por la Corte, son fortalecer el Instituto Nacional de Geriátrica y su incidencia en la red hospitalaria, diseñar una publicación que desarrolle los derechos de las personas mayores en materia de salud y formular una política general de protección integral a las personas mayores.⁷

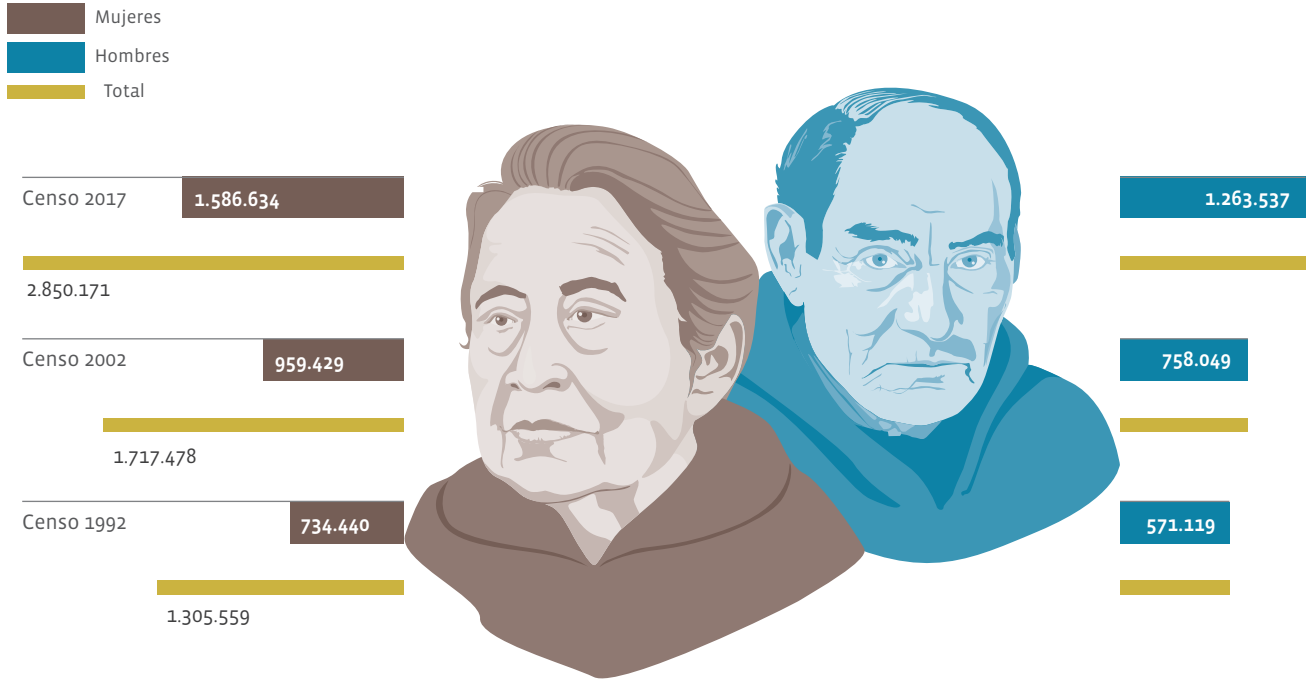
En virtud de los antecedentes mencionados, cobra particular importancia la creación, por parte del Ejecutivo, del Consejo Ciudadano de Personas Mayores, en julio de

7 Corte IDH. Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile. Sentencia de 8 de marzo de 2018. En 2001, el señor Poblete Vilches, de 76 años, acudió al Hospital Sótero del Río, en la comuna de Puente Alto, donde se le practicó una intervención cuando estaba inconsciente y sin el consentimiento de su familia. De acuerdo a la sentencia de la Corte IDH, en esa ocasión se le dio de alta de manera temprana y sin indicaciones. En un segundo ingreso al hospital, se le negó el tratamiento que requería, en parte por su edad, derivando posteriormente en su fallecimiento en el mismo hospital.

Otro antecedente relevante es la sentencia de la Corte IDH, dictada el 8 de marzo de este año, en la que declaró, por unanimidad, la responsabilidad internacional del Estado chileno por no garantizar al señor Vinicio Antonio Poblete Vilches su derecho a la salud sin discriminación, mediante servicios necesarios básicos y urgentes en atención a su situación especial de vulnerabilidad como persona mayor, lo que provocó su muerte.

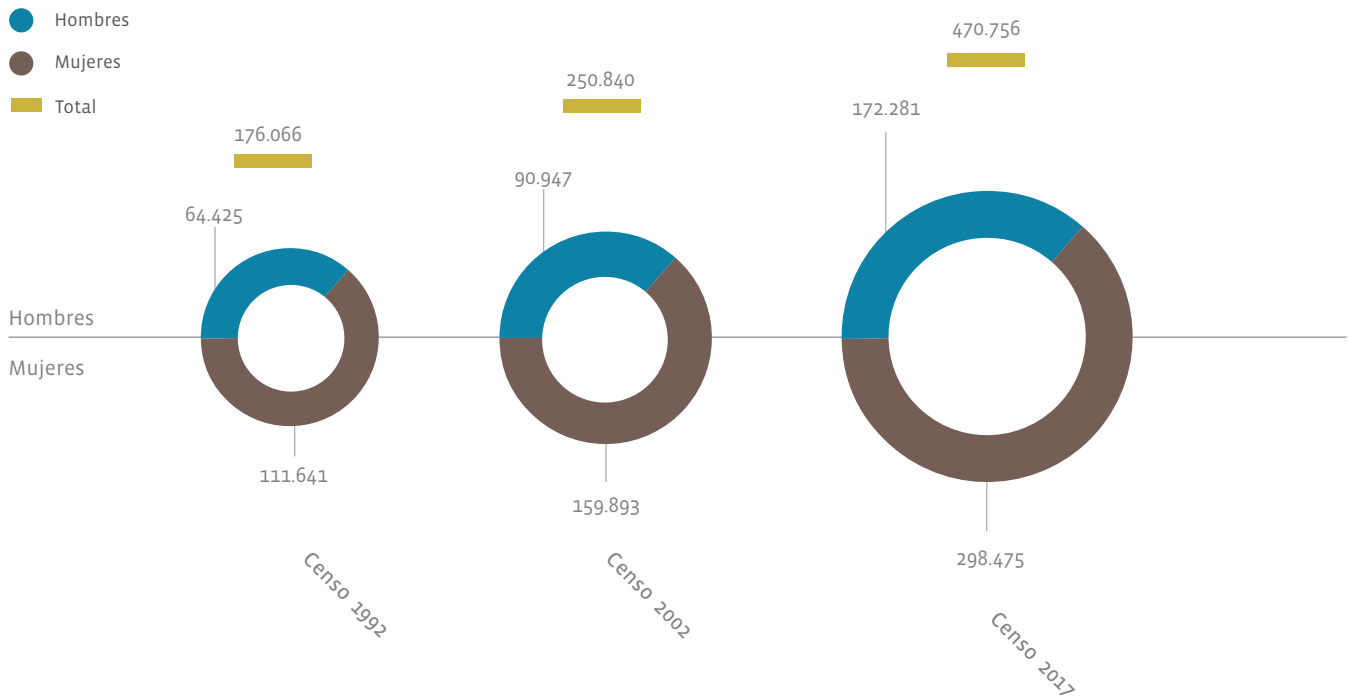
CANTIDAD DE PERSONAS EN CHILE CON 60 AÑOS Y MÁS

Elaboración propia INDH, con información de Censos 1992, 2002 y 2017.



CANTIDAD DE PERSONAS EN CHILE CON 60 AÑOS Y MÁS, SEGÚN SEXO

Elaboración propia INDH, con información de Censos 1992, 2002 y 2017.



2018, cuyo objetivo es “recoger la voz de la ciudadanía, de los actores de la sociedad civil y del mundo privado que participan y trabajan activamente en la sociedad en pos de los adultos mayores para colaborar en la implementación del plan de envejecimiento positivo que está trabajando el Gobierno”.⁸

Por otra parte, el INDH ha abordado la situación de las personas mayores en diversas ediciones del Informe Anual. El año 2011 fueron analizados múltiples aspectos de la Política Nacional de las Personas Adultas Mayores, con fuerte énfasis en la temática de los cuidados que estas reciben tanto dentro de sus hogares como en instituciones especializadas. Con mayor precisión, en el Informe Anual 2012 se consignaron algunos resultados de un primer levantamiento de información sobre la situación de las personas mayores residentes en ELEM, que se

obtuvieron a partir de la visita a catorce centros de las regiones de Coquimbo, Valparaíso, O’Higgins, del Maule, Biobío, Los Ríos y Metropolitana.

Entre los resultados obtenidos, los aspectos que generaron preocupación al INDH fueron las resistencias y dilaciones para concretar la fecha de visita en algunos centros; la insuficiente cantidad de cuidadores para atender la diversidad de necesidades de las personas mayores y la complejidad de algunas patologías presentadas por estas; la inexistencia de procedimientos claros para que las personas puedan contar con objetos propios, como ropa y otros muebles en sus lugares de residencia; así como la existencia de personas amarradas en siete de los centros visitados, hechos que solo en dos casos fueron justificados.

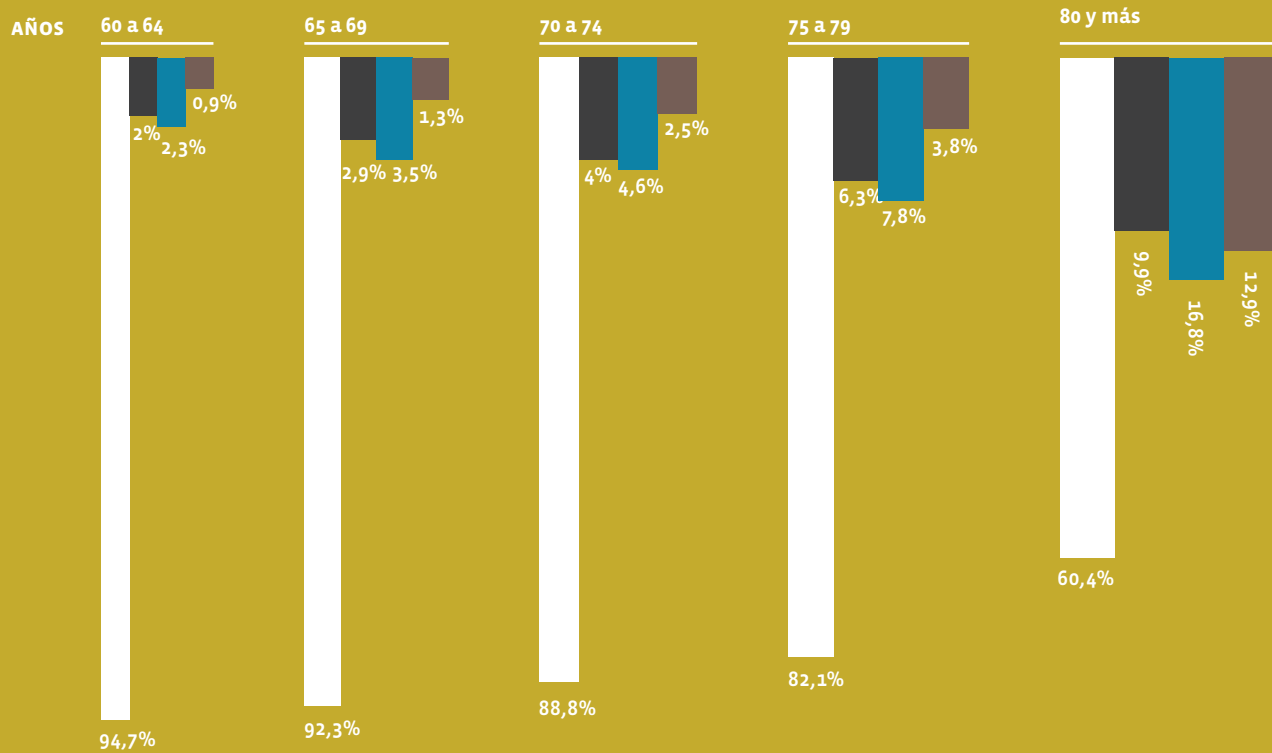
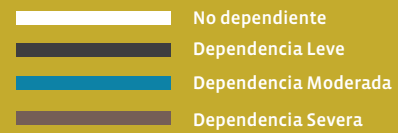
Este primer diagnóstico, en sí mismo complejo, debe ser reinterpretado y profundizado conforme a las obligaciones que el Estado ha adquirido en virtud de la ratificación en 2017 de la CIPM, instrumento que ha dotado de densidad y especificidad a los marcos normativos internacionales en relación a la protección, respeto y garantía de los derechos de este colectivo social.

8 Senama. Presidente Piñera y primera dama lanzan el Consejo Ciudadano de Personas Mayores que trabajará por mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Disponible en: <http://www.senama.gob.cl/noticias/presidente-pinera-y-primera-dama-lanzan-el-consejo-ciudadano-de-personas-mayores-que-trabajara-para> [Último acceso: 14 septiembre 2018]



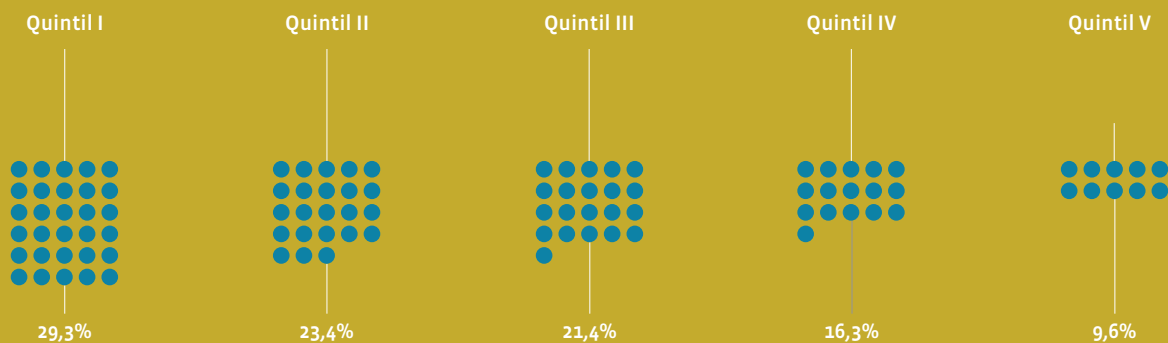
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS, SEGÚN TRAMO ETARIO

Fuente: CASEN 2015.



DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS CON DEPENDENCIA FUNCIONAL SEGÚN QUINTIL DE INGRESO AUTÓNOMO PER CÁPITA DEL HOGAR

Fuente: CASEN 2015.



LA CONVENCIÓN INTERAMERICANA SOBRE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES, UN NUEVO PARADIGMA DE PROTECCIÓN

Conforme a los principios de universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación de los derechos humanos, las personas mayores gozan de todas las prerrogativas reconocidas en los diversos instrumentos de derechos humanos, ya sean universales o regionales. Sin perjuicio de esto, ciertos aspectos que son propios de la vejez y el envejecimiento relevan la necesidad de otorgarles un abordaje específico, a fin de asegurar que en la medida que una persona envejezca pueda seguir disfrutando de una vida plena, independiente y autónoma, o bien, recibir los cuidados que requiera ya sean residenciales o en instituciones especializadas, asegurando siempre el derecho a la salud, seguridad, integración y participación en las esferas económica, social, cultural y política.

A fin de dar prioridad a la temática del envejecimiento en las políticas públicas, la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos adoptó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (en adelante CIPM), el 15 de junio de 2015. El Estado de Chile ratificó este tratado el

11 de julio de 2017, incorporándose, de tal modo, a nuestro ordenamiento jurídico.

En el preámbulo de la CIPM se reconoce que “la persona mayor tiene los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas”, tal como se ha planteado, y que “los asuntos de la vejez y el envejecimiento [deben ser abordados] desde una perspectiva de derechos humanos”. De este modo, el artículo 1° de la CIPM establece que su objeto “es promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad”.

Ciertos aspectos conceptuales relevantes establecidos por esta Convención, es que considera persona mayor a todas aquellas de 60 años o más (art. 2°) y que las personas mayores que reciben servicios de cuidado a largo plazo son las que residen temporal o permanentemente en establecimientos donde recibe asistencia socio sanitaria integral.

Para efectos de este capítulo, la CIPM establece importantes obligaciones del Estado que pueden ser revisadas con mayor detalle en siguiente esquema.

...ciertos aspectos que son propios de la vejez y el envejecimiento relevan la necesidad de otorgarles un abordaje específico, a fin de asegurar que en la medida que una persona envejezca pueda seguir disfrutando de una vida plena, independiente y autónoma, o bien, recibir los cuidados que requiera ya sean residenciales o en instituciones especializadas, asegurando siempre el derecho a la salud, seguridad, integración y participación en las esferas económica, social, cultural y política.

PRINCIPALES OBLIGACIONES Y ESTÁNDARES ESTABLECIDOS EN LA CIPM



Art. 2

PERSONA MAYOR
Aquella de 60 años o más.



Art. 2

PERSONA MAYOR QUE RECIBE SERVICIOS DE CUIDADO A LARGO PLAZO

Aquella que reside temporal o permanentemente en un establecimiento regulado sea público, privado o mixto, en el que recibe servicios socio-sanitarios integrales de calidad, incluidas las residencias de larga estada, que brindan estos servicios de atención por tiempo prolongado a la persona mayor, con dependencia moderada o severa que no pueda recibir cuidados en su domicilio.



Art. 6

DERECHO A LA VIDA Y A LA DIGNIDAD EN LA VEJEZ

El Estado debe garantizar a las personas mayores el goce efectivo del derecho a la vida y el derecho a vivir con dignidad en la vejez.

Del mismo modo, el Estado debe adoptar las medidas para que las instituciones públicas y privadas ofrezcan a las personas mayores acceso a servicios de cuidado integrales.



Art. 7

DERECHO A LA INDEPENDENCIA Y A LA AUTONOMÍA

El Estado debe reconocer el derecho de las personas mayores a tomar decisiones, a definir su plan de vida, a desarrollar una vida autónoma e independiente.



Art. 8

DERECHO A LA PARTICIPACIÓN E INTEGRACIÓN COMUNITARIA

Las personas mayores tienen derecho a la participación activa, productiva, plena y efectiva dentro de la familia, la comunidad y la sociedad.



Art. 9

DERECHO A LA SEGURIDAD Y A UNA VIDA SIN NINGÚN TIPO DE VIOLENCIA

Las personas mayores tienen derecho a la seguridad y a una vida libre de violencia.

La violencia contra las personas mayores es cualquier acción o conducta que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como privado.



Art. 10

DERECHO A NO SER SOMETIDO A TORTURA NI A PENAS O TRATOS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES

El Estado tomará todas las medidas de carácter legislativo, administrativo o de otra índole para prevenir, investigar, sancionar y erradicar todo tipo de tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes hacia las personas mayores.



Art. 12

DERECHOS DE LA PERSONA MAYOR QUE RECIBE SERVICIOS DE CUIDADO A LARGO PLAZO

Las personas mayores tienen derecho a un sistema integral de cuidados que provea protección y promoción de la salud, servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario, vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía.

Normativa nacional sobre protección de los derechos de las personas mayores

En el ámbito interno, existe una institucionalidad específica encargada de velar por los derechos de las personas mayores. Se trata del Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama), creado por la Ley 19.828 (D.O. 27.09.2002), cuyo objeto principal es, de acuerdo al artículo 1° de esta normativa, promover “la plena integración del adulto mayor a la sociedad, su protección ante el abandono e indigencia, y el ejercicio de los derechos que la Constitución de la República y las leyes le reconocen”.

Según el artículo 3° de la Ley 19.828, algunas de las funciones del Senama son:

- ~ Estudiar y proponer al Presidente de la República las políticas, planes y programas que deban efectuarse para diagnosticar y contribuir a la solución de los problemas del adulto mayor, velar por su cumplimiento y evaluar su ejecución.
- ~ Proponer, impulsar, coordinar, hacer seguimientos y evaluar programas específicos para el adulto mayor que se realicen a través de la Administración del Estado.
- ~ Incentivar la participación del sector privado en la atención de aquellas necesidades y solución de los problemas derivados del proceso de envejecimiento.
- ~ Fomentar la integración del adulto mayor en el seno de su familia y de la comunidad y promover la inserción social de los adultos mayores de forma que se mantengan activos en beneficio propio y en el de la comunidad.
- ~ Prestar asistencia técnica y supervisar a organismos privados con o sin fines de lucro que brinden acogida y atención integral al adulto mayor que facilite su inserción en la sociedad.
- ~ Desarrollar y mantener un sistema voluntario de información de carácter público relativo a los servicios que se presten al adulto mayor.
- ~ Incentivar la descentralización de las políticas sociales en favor del adulto mayor, a través de la participación activa en la gestión y aplicación de dichas políticas por los gobiernos regionales, provinciales y comunales.
- ~ Fomentar y promover la inserción del adulto mayor en el mundo del trabajo.

Además de la institucionalidad mencionada, el desarrollo legislativo en torno a los derechos de las personas mayores guarda relación principalmente con la prohibición y sanción de la violencia que se ejerce en su contra. La Ley 20.066 sobre violencia intrafamiliar establece, entre otros aspectos, que “el Estado adoptará políticas orientadas a prevenir la violencia intrafamiliar, en especial contra la mujer, los adultos mayores y los niños, y a prestar asistencia a las víctimas” (art. 3°). Esta normativa, en su artículo 5°, inciso segundo, establece que violencia intrafamiliar es todo maltrato que afecte la vida o la integridad física o psíquica de una persona mayor que se encuentre bajo el cuidado o dependencia de cualquiera de los integrantes del grupo familiar.

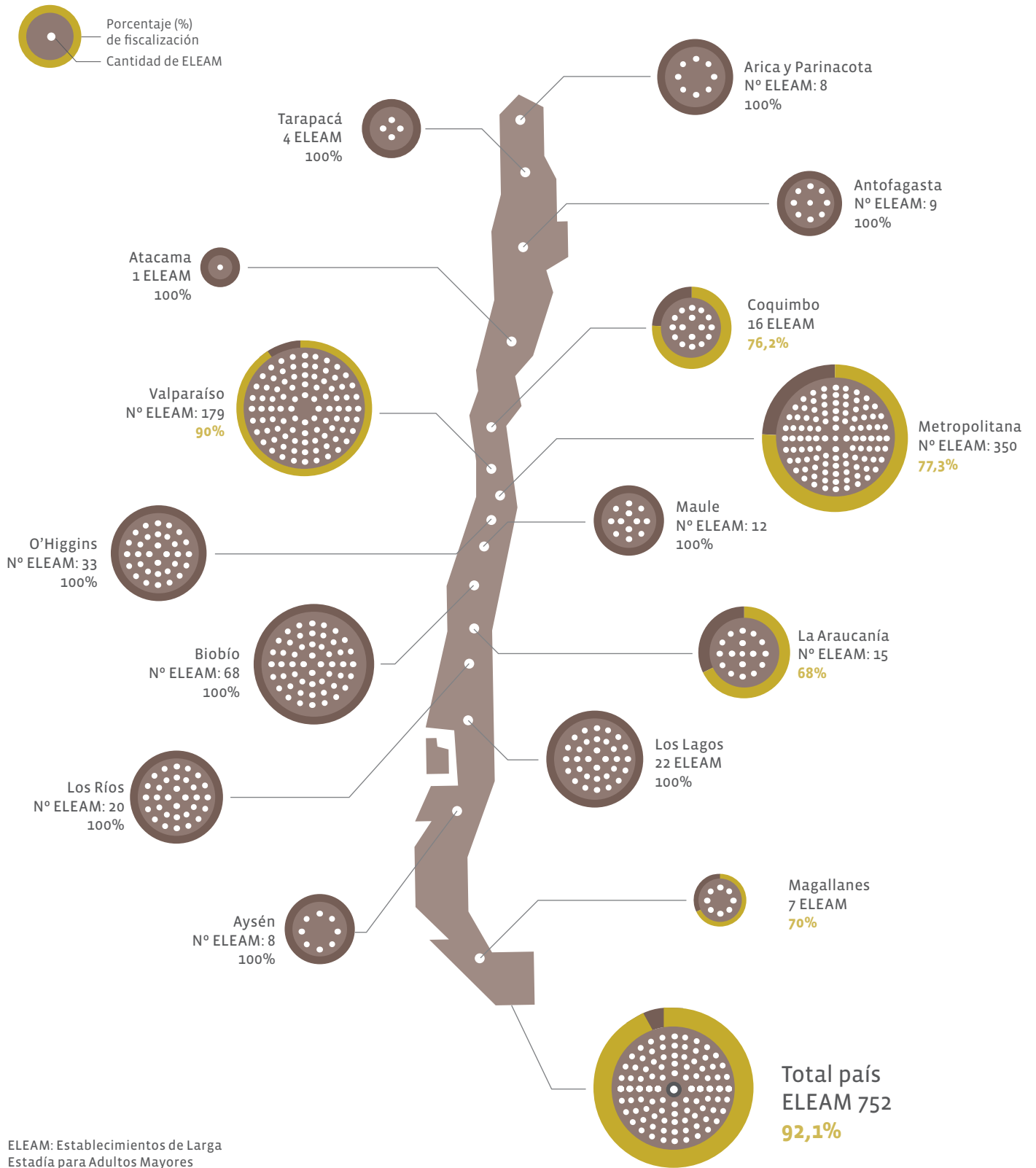
En el artículo 7° de la Ley 20.066 se dispone que “cuando exista una situación de riesgo inminente para una o más personas de sufrir un maltrato constitutivo de violencia intrafamiliar, aun cuando éste no se haya llevado a cabo, el tribunal, con el solo mérito de la denuncia, deberá adoptar las medidas de protección o cautelares que correspondan”. Se considerará especialmente como situación de riesgo inminente el hecho de que “un adulto mayor, dueño o poseedor, a cualquier título, de un inmueble que ocupa para residir, sea expulsado de él, relegado a sectores secundarios o se le restrinja o limite su desplazamiento al interior de ese bien raíz”.

Recientemente, mediante la Ley 20.968 (D.O. 22.11.2016) se tipificó los delitos de tortura y tratos crueles, inhumanos y degradantes. Para efectos de este capítulo, lo relevante es que la descripción de la tortura del artículo 150-A del Código Penal indica que es “todo acto por el cual se inflija intencionalmente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos, sexuales o psíquicos, con el fin de obtener de ella o de un tercero información, declaración o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se le impute haber cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona”; además, la descripción de la conducta admite que puede ser ejecutada en razón de consideraciones discriminatorias fundada en diversos motivos, entre los que se encuentra la edad.

A fin de resguardar la vida, integridad y seguridad de las personas mayores, entre otras, fuera de los contextos domésticos y, además, cuando el ofensor no reviste la calidad de funcionario público o no se trata de un particular que cumpla funciones públicas, mediante la Ley 21.013 (6.06.2017), se tipificó un nuevo delito de maltrato.

NÚMERO Y PORCENTAJE DE ELEM FISCALIZADOS POR EL MINSAL EN 2018 (TOTAL Y POR REGIÓN)

Fuente: Departamento de Políticas Farmacéuticas, Prestadores de Salud y Medicinas Complementarias, Minsal.



ELEM: Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores

El sistema de provisión de servicios básicos de subsistencia, que persistiera durante muchas décadas en los modelos de operación y gestión de los llamados ‘hogares de ancianos’, abordó principalmente situaciones de indigencia y abandono, prestando servicios de alimentación, abrigo y techo. Una vez superada en gran parte la pobreza extrema, se comenzaron a manifestar necesidades sanitarias.

DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE CUIDADOS DE LARGA ESTADÍA PARA PERSONAS MAYORES

La preocupación del Estado y de la sociedad misma respecto a la situación de las personas mayores ha progresado a través del tiempo, lo que podría ser explicado por la evolución demográfica descrita al comienzo de este capítulo. Pueden identificarse diversas etapas al respecto: un primer momento, entre 1970 y 1980, ha sido denominado de la “organización del voluntariado”, pues no hay intervenciones en el campo de las políticas públicas hacia las personas mayores y todas las acciones pertinentes hacia tal grupo etario son ejecutadas por privados, especialmente iglesias y organizaciones benéficas (UAHC, 2007, p. 6).

Un primer hito relevante se produce en 1980 cuando se crea la Política de Salud para el Adulto Mayor, cuyo objetivo fue mejorar y mantener las condiciones de autovalencia (UAHC, 2007, p. 6). Más tarde, en 1990, se crea el Programa del Adulto Mayor, dependiente del antiguo Ministerio de Planificación, cuya función primordial fue coordinar todas las iniciativas privadas y comunitarias.

En enero de 1995, en virtud del Decreto 27 del Ministerio de Planificación, se creó la Comisión Nacional para el Adulto Mayor como órgano asesor del Presidente de la República en la formulación de políticas, planes y programas para las personas mayores. Esta Comisión se mantuvo hasta noviembre de 1995, cuando se creó el Comité para el Adulto Mayor, en virtud del Decreto 203 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia.

El Senama, creado en 2002, asumió el ejercicio de las funciones que desarrollaba el Comité para el Adulto Mayor, pues legalmente fue designado como su continuador y sucesor.

Conforme a información aportada por Senama, “el sistema de provisión de servicios básicos de subsistencia, que persistiera durante muchas décadas en los modelos de operación y gestión de los llamados ‘hogares de ancianos’, abordó principalmente situaciones de indigencia y abandono, prestando servicios de alimentación, abrigo y techo”. Agrega que “una vez superada en gran parte la pobreza extrema, se comenzaron a manifestar necesidades sanitarias cada vez más complejas, asociadas a la dependencia y la discapacidad y al requerimiento de cuidados tanto sociales como sanitarios”.

Como medio de regular los servicios prestados, casi todos ellos vinculados a la provisión de ayuda en la realización de actividades básicas, cuidados sanitarios, cuidados paliativos e higiene personal, es que en 1983 se “comenzó a reglamentar las intervenciones a partir de decretos emanados desde el Ministerio de Salud, erigiéndose, así como ente fiscalizador, realizándose a su vez avances tendientes a la integración socio-familiar, estimulación y recreación” de las personas mayores institucionalizadas.

El Estado de Chile, precisa Senama, “comienza a considerar la necesidad de garantizar derechos para las personas que residen en instituciones, orientándose no solo a proveer cuidados y servicios sanitarios, sino que se comienza a considerar a la persona en tanto sujeto de

derechos, tomando en cuenta el respeto a su dignidad y sus preferencias”. De esta manera, señala el oficio, “en años recientes, se ha generado un modelo de ELEM que operacionaliza el enfoque de derechos y la Atención Centrada en la Persona (ACP) y que en la actualidad se está comenzando a implementar en los establecimientos dependientes del Estado”.

Dado lo anterior, el artículo 2° del Decreto Supremo 14, del Ministerio de Salud (D.O. 25.08.2010), que aprueba el Reglamento de establecimientos de larga estadía para adultos mayores, dispone que estos dispositivos de atención son aquellos donde “residen personas de 60 años o más que, por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados que allí reciben. Dichos cuidados tienen por objeto la prevención y mantención de su salud, la mantención y estimulación de su funcionalidad y el reforzamiento de sus capacidades remanentes”. Agrega el inciso segundo del artículo previamente citado que “para su funcionamiento, [los ELEM] deberán contar con autorización otorgada por la Secretaría Regional Ministerial de Salud competente del lugar en que se encuentra ubicado”.

Según los datos del Catastro Nacional de ELEM, ejecutado por Senama el año 2012, a esa fecha existían 721 establecimientos. De acuerdo a datos aportados por el Ministerio de Salud, “a marzo de 2018 existían 903 establecimientos autorizados a nivel país, de los cuales

solo 12 son administrados por Senama, el resto son administrados por entidades privadas”⁹. A este hecho debe sumarse que muchos centros se mantienen en funcionamiento sin contar con las autorizaciones sanitarias que otorga la Seremi de Salud respectiva.

La mayoría de los ELEM que existen en nuestro país son de carácter privado. Sin embargo, tal como ya se adelantó, existen solo doce establecimientos a la fecha que son financiados por Senama, aunque operados por municipalidades o personas jurídicas sin fines de lucro. Estos ELEM se rigen por un marco regulatorio compuesto por varios decretos que, además de regular su funcionamiento, establecen la forma y las condiciones en que Senama asigna los recursos a las entidades operadoras:

- ~ Decreto Supremo 62 (D.O. 2.06.1984), del Ministerio de Vivienda y Urbanismo, que reglamenta el Sistema de postulación, asignación y venta de viviendas destinadas a atender situaciones de marginalidad habitacional. En el título VIII de este instrumento se establece y regula el Programa Habitacional para el Adulto Mayor, lo que permite financiar la construcción de viviendas o establecimientos de larga estadía para personas mayores del primer y segundo quintil de vulnerabilidad social.

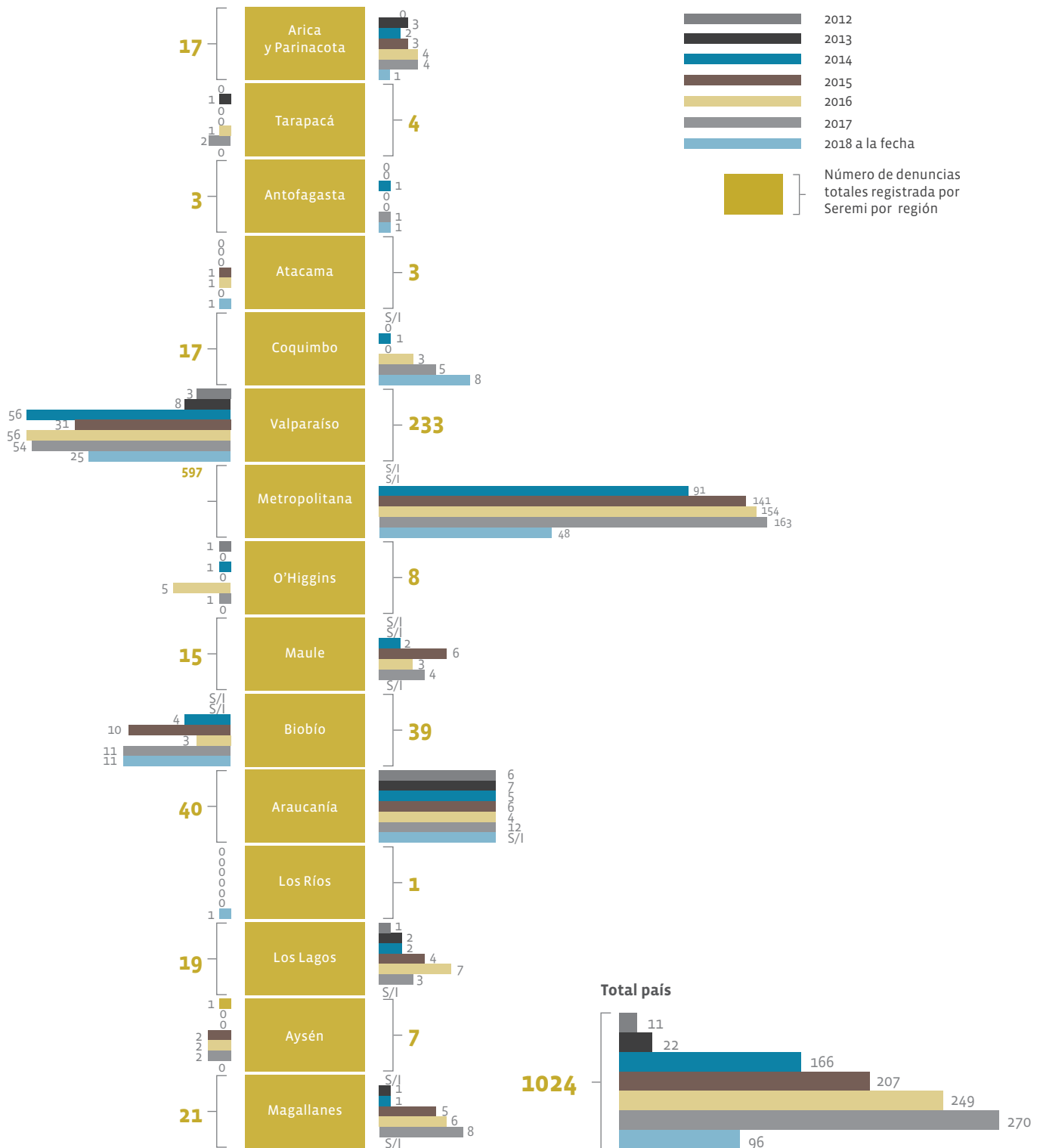
⁹ Oficio B35/N°3444 de fecha 8 de agosto de 2018, del Minsal a INDH.

La mayoría de los ELEM que existen en nuestro país son de carácter privado. Sin embargo, tal como ya se adelantó, existen solo doce establecimientos a la fecha que son financiados por Senama, aunque operados por municipalidades o personas jurídicas sin fines de lucro. Estos ELEM se rigen por un marco regulatorio compuesto por varios decretos que, además de regular su funcionamiento, establecen la forma y las condiciones en que Senama asigna los recursos a las entidades operadoras.



NÚMERO DE DENUNCIAS REGISTRADAS EN LAS SEREMI DE SALUD RELACIONADAS CON ELEM

Fuente: Departamento de Políticas Farmacéuticas, Prestadores de Salud y Medicinas Complementarias, Minsal.



CARACTERÍSTICAS DE DENUNCIAS EN ALGUNAS REGIONES DEL PAÍS Y NÚMERO DE ELEM SIN AUTORIZACIÓN SANITARIA DETECTADOS EN EL PERIODO

Fuente: Departamento de Políticas Farmacéuticas, Prestadores de Salud y Medicinas Complementarias, Minsal.



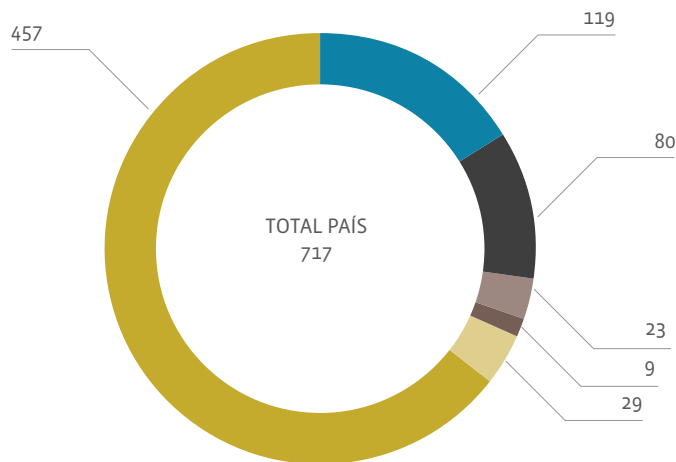
DE LAS 119 DENUNCIAS POR MALTRATO

99

SE REALIZARON EN LA REGIÓN DE VALPARAÍSO

Las denuncias por déficit de condiciones sanitarias se concentran en

LAS REGIONES BIOBÍO Y LA ARAUCANÍA

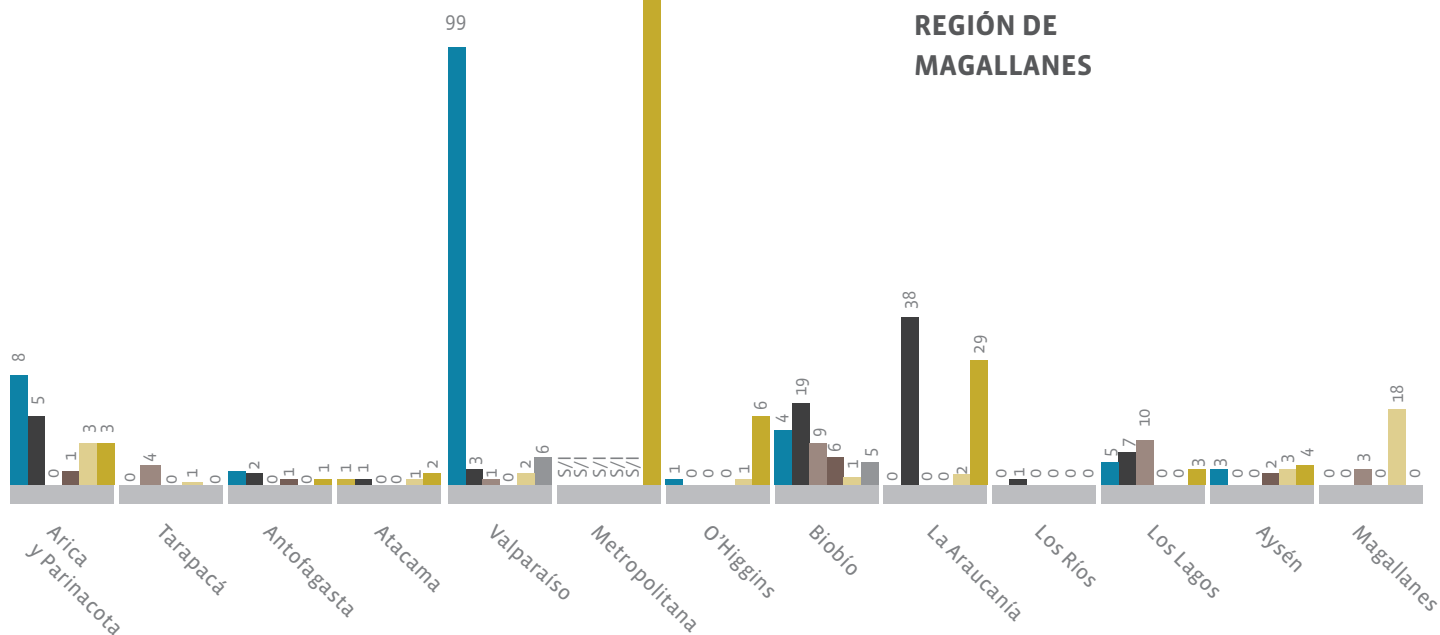


DE LOS 457 ELEM CLANDESTINOS DETECTADOS

403

SE CONCENTRAN EN LA REGIÓN METROPOLITANA

Las denuncias por déficit de infraestructura se concentran en la **REGIÓN DE MAGALLANES**



A pesar del desarrollo de normativa para regular el funcionamiento de los ELEAM, existe una importante proporción de estos dispositivos que funcionan sin las autorizaciones sanitarias pertinentes, lo que dificulta que la Autoridad Sanitaria pueda fiscalizarlos y velar por el resguardo de los derechos de las personas mayores que residen en ellos. De acuerdo a estimaciones del 2004, en Chile existían 624 ELEAM informales.

- ~ Decreto Supremo 93 (26.11.2003), del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que aprueba el Reglamento del registro de prestadores de servicios remunerados o no a adultos mayores. Este aspecto es particularmente relevante, pues la operación de los ELEAM, como fue mencionado, no es ejecutada directamente por Senama, sino por terceros, ya sean municipalidades o particulares.
- ~ Decreto Supremo 14 (25.08.2010), del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento de establecimientos de larga estadía para adultos mayores, ya mencionado con anterioridad.
- ~ Decreto Supremo 49 (23.06.2011), del Ministerio de Planificación, que establece el Reglamento que regula el Programa de viviendas protegidas para adultos mayores, que contempla tres líneas: stock de viviendas, condominios de viviendas tuteladas y establecimientos de larga estadía.

A pesar del desarrollo de normativa para regular el funcionamiento de los ELEAM, existe una importante proporción de estos dispositivos que funcionan sin las autorizaciones sanitarias pertinentes, lo que dificulta que la Autoridad Sanitaria pueda fiscalizarlos y velar por el resguardo de los derechos de las personas mayores que residen en ellos. De acuerdo a estimaciones del 2004, en Chile existían 624 ELEAM informales (Marín, Guzmán, y Araya, 2004, pp. 833-834). No existe información actualizada sobre el número de establecimientos que funcionan clandestinamente, pero de acuerdo a medios de prensa,

la proporción de ELEAM informales sería equivalente al número de aquellos que funcionan regularmente.¹⁰ Según las estadísticas aportadas por el Ministerio de Salud, entre el año 2012 y julio de 2018 se han detectado 457 ELEAM clandestinos a nivel país. “La forma en como son detectados estos establecimientos clandestinos es a través de denuncias; la Autoridad Sanitaria insta a las instituciones a regularizar su situación, y aplica la medida sanitaria correspondiente”.

De acuerdo al mencionado oficio del Ministerio de Salud, “actualmente se gestionan recursos para incorporar dentro de las Seremi de Salud un ente coordinador del intersector para dar apoyo a los establecimientos que funcionan ilegalmente, a fin de orientarlos para regularizarse; aunque no cuenta con los recursos, ni las atribuciones suficientes para respaldar dichas acciones, se busca poder contar con representantes territoriales que colaboren en dar solución a los casos graves detectados”.

Por su parte, Senama manifestó que “no cuenta con las facultades legales ni administrativas para fiscalizar, sin embargo, es de conocimiento público la existencia de instituciones que operan desde la informalidad. Atendiendo a esta realidad, Senama ha generado una serie de iniciativas orientadas a incentivar que aquellas instituciones no regularizadas normalicen su situación”, tales son:

¹⁰ *El Mercurio*, “Radiografía de la vejez en Chile: listas de espera, residencias informales y debate por rol del estado”, 15 julio 2018, <http://www.economiaynegocios.cl/noticias/noticias.asp?id=487451>

Estándares de calidad para ELEM, donde se establecen medidas a nivel operativo para mejorar la atención y gestión en instituciones.

- ~ Guía ciudadana sobre derechos en establecimientos de larga estadía para adultos mayores, titulada Soy residente, tengo derechos, en la que se difunde a la ciudadanía aquellos derechos protegidos por la CIPM.
- ~ Programa Fondo de Subsidio ELEM, mediante el cual se transfiere recursos a entidades sin fines de lucro regularizadas. De esta manera, el Fondo se transforma en un incentivo para aquellos ELEM irregulares, los que operan muchas veces en condiciones precarias.

Conforme al artículo 29 del Decreto 14, “corresponderá a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud en sus respectivos territorios de competencia supervisar el funcionamiento de los establecimientos ubicados en éste y fiscalizar el cumplimiento del presente Reglamento”. Según la información otorgada por el Ministerio de Salud, “los ELEM están considerados como establecimientos críticos para los fiscalizadores, por lo que se programa fiscalizar un porcentaje considerable de ellos. En aquellas regiones en que el número de establecimientos es escaso, se da total cobertura de fiscalización una vez al año, y en el resto de las regiones el porcentaje representa más de un 75% de los ELEM presentes en la región respectiva, excepto en La Araucanía (que programó una cobertura menor este año); además, se fiscaliza cada vez que existe una denuncia de por medio y se realiza seguimiento del establecimiento dependiendo de la medida sanitaria adoptada”.

Respecto al registro de denuncias en contra de los ELEM, el Ministerio de Salud admite, en su oficio, que es “difícil contar con los datos totales de denuncia [pues] la información de las distintas Seremi del país no se encuentra totalmente informatizada; [además] no existe caracterización estándar de las denuncias”. Por estas razones, “actualmente se trabaja en la informatización de los procesos de la Autoridad Sanitaria con el fin de contar con información centralizada y oportuna de los establecimientos”.

Las regiones que presentan el más alto número de denuncias son las que concentran mayor cantidad de ELEM; tales son Valparaíso y Metropolitana. En aquellas regiones en que se logró levantar información respecto a los motivos de denuncia, cuenta principalmente las asociadas a maltrato y a déficits en condiciones sanitarias e infraestructura.

ESTUDIO SOBRE LAS CONDICIONES DE VIDA Y CUIDADO EN ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADÍA PARA ADULTOS MAYORES

Con el propósito de determinar los niveles de vida y cuidado que los ELEM entregan a las personas mayores y determinar si el Estado cumple adecuadamente con sus obligaciones de derechos humanos, las funcionarias y funcionarios del INDH practicaron visitas a 26 establecimientos a lo largo del país, a los 12 ELEM financiados por Senama y 14 privados.¹¹ En estas visitas se aplicaron cuatro instrumentos,¹² especialmente diseñados por el INDH, considerando diversos estándares de la CIPM.^{13 14}

11 No se visitaron establecimientos en las regiones de O'Higgins, Ñuble y Aysén. Las direcciones de ciertos establecimientos se negaron a recibir a los equipos del INDH: 1. En la Región de Tarapacá, no se logró ingresar al Hogar de Ancianos Nuestra Señora de la Candelaria, ya que la religiosa a cargo consideró necesario obtener primero autorización de los apoderados de las personas mayores residentes. 2. Hogar Sagrado Corazón de Jesús en la comuna de Maullín, Región de Los Lagos, dependiente de la Fundación San Vicente de Paul; la dirección negó el acceso por desconocer la existencia del INDH, por considerar que la visita debía ser anunciada con días de antelación y porque era necesario obtener el consentimiento de los tutores o apoderados de las personas mayores. 3. En la Región de Los Ríos no se permitió el acceso al ELEM Elisita, porque la dirección administrativa no se encontraba disponible. 4. En la Región Metropolitana no fue posible ingresar al Hogar Génesis, ya que la dirección desconocía la existencia y mandato del INDH.

12 Tanto estos instrumentos como las bases de datos de este estudio se encuentran disponibles en www.indh.cl.

13 Los instrumentos fueron: a) Pauta de entrevista para direcciones administrativas, b) Encuesta autoaplicada para cuidadoras y cuidadores de trato directo, c) Pauta de entrevista para personas mayores y d) Pauta de observación. Los instrumentos fueron validados por Macarena Rojas, directora del Programa Adulto Mayor de la Pontificia Universidad Católica de Chile, y Cedin Maldonado, enfermero geriátrico, con amplia experiencia en ELEM. Los instrumentos fueron piloteados en una residencia dependiente del Hogar de Cristo ubicada en la comuna de Recoleta.

14 Las visitas a los ELEM se practicaron entre el lunes 13 y el miércoles 29 de agosto de 2018. En dos de los ELEM visitados no fue posible aplicar la pauta de observación. Se trata de los centros Nuestra Señora del Carmen, de Antofagasta, cuya directora administrativa, religiosa de la Congregación Hermanitas de los ancianos desamparados, suspendió la visita del equipo regional del INDH. En el otro establecimiento, La mia familia de la comuna de Ñuñoa (Santiago), se argumentó que no había suficiente personal al momento de la visita, lo que impedía acompañar al equipo del INDH para recorrer las instalaciones.

Caracterización de los ELEM visitados

Al momento de las visitas, había 930 personas mayores en los establecimientos; 510 en los establecimientos con financiamiento público y 420 en los privados. De estas, el 47,7% corresponde a hombres y el 52,3% a mujeres. Las distribuciones porcentuales varían en conformidad al tipo de establecimiento, pues en aquellos que son financiados por Senama la proporción de población masculina sube al 53,3%, mientras la femenina baja al 46,7%. En los centros de carácter privado, el porcentaje de hombres corresponde al 41% y el de mujeres, al 59%.

De acuerdo a la información proporcionada por las direcciones administrativas, en 7 de los 12 centros financiados por Senama, efectivamente hay una mayor prevalencia de ingreso de varones. Entre las causas que explican esta situación fueron mencionadas las siguientes: “Mayor cantidad de hombres se encuentran en situación de calle y son derivados al ELEM por el tribunal de familia”; entre los motivos también se considera la trayectoria de vida de los hombres que ingresan a los ELEM financiados por Senama, “ya que son más abandonados y emigran más, entonces pierden redes de apoyo. Además, muchos hombres están en situación de calle, alcohol y drogas; en estos casos cuesta mucho trabajar con la familia, porque no quieren hacerse cargo del cuidado de sus padres o abuelos por dicha historia”.

En relación a las edades de las personas mayores que residen en los ELEM visitados, el 9,9% tiene entre 60 y 69 años; el 28% está en el tramo entre 70 y 79 años; y el 40,4% tiene 80 años y más.¹⁵ Tanto en los establecimientos con financiamiento público como en los privados, el grupo de 80 años y más es el prevalente con 37,6 y 43,8%, respectivamente; además, en este último grupo son las mujeres quienes tienen una mayor presencia, tanto en los establecimientos con financiamiento público (84 hombres y 108 mujeres) como en los privados (64 hombres y 120 mujeres).

En relación a los niveles de dependencia, el 7,4% de las personas mayores residentes en los ELEM visitados es autovalente; el 19,9% presenta dependencia leve; 17,3% presenta dependencia moderada; el 35% corresponde a personas con dependencia severa; y el 20,1% son personas postradas.

El 100% de los establecimientos que cuentan con financiamiento estatal, ofrecen a sus residentes actividades recreativas, culturales, de vinculación con la comunidad y espirituales; el porcentaje baja al 91,7% en relación a actividades de vinculación con los familiares. En los centros privados, las cifras presentan mayor dispersión: el 85,7% ofrece actividades recreativas; el 57,1% desarrolla actividades culturales; el 71,4% realiza actividades para vincu-

15 Respecto del 21,7% restante no se obtuvo información de las edades.

Al momento de las visitas, había 930 personas mayores en los establecimientos; 510 en los establecimientos con financiamiento público y 420 en los privados. De estas, el 47,7% corresponde a hombres y el 52,3% a mujeres. Las distribuciones porcentuales varían en conformidad al tipo de establecimiento, pues en aquellos que son financiados por Senama la proporción de población masculina sube al 53,3%, mientras la femenina baja al 46,7%. En los centros de carácter privado, el porcentaje de hombres corresponde al 41% y el de mujeres, al 59%.

larse con la comunidad donde está inserto el centro; el 78,6% permite la realización de actividades espirituales; y solo el 64,3% desarrolla actividades de vinculación con los familiares de las personas mayores residentes.

Las menores cifras respecto al desarrollo de actividades en los ELEM privados, podrían importar afectaciones a los artículos 7° y 8° de la CIPM, ya que las personas mayores tienen derecho a desarrollar sus tradiciones y creencias, y a participar integralmente en la comunidad.

Mediante la pauta de observación, se constató una serie de aspectos relacionados con infraestructura y equipamiento de los ELEM.

En los 24 establecimientos donde fue posible aplicar la pauta de observación, existen salas multiuso. En ellas, las personas mayores realizan diversas actividades: ven televisión, escuchan radio, participan en talleres (pintura, manualidades), realizan presentaciones culturales, entre otras.

Respecto a la situación de los comedores, el 87,5% de los establecimientos cuenta con espacios suficientes para que las personas mayores puedan tomar sus alimentos;

en el 75% hay calefacción en estos espacios; y el 54,2% de los casos cuenta con implementos de seguridad para evitar accidentes y caídas de las personas mayores.

Conforme a la observación de los baños, en la totalidad de los casos hay suficiente iluminación; el 91,7% cuenta con sistemas o mecanismos de ventilación; el 87,5% estaba limpio y sin malos olores; en el 95,8% los lavamanos y duchas contaban con agua caliente; en el 87,5% de los casos disponían de utensilios de aseo e higiene para la cantidad de personas mayores residentes; y el 87,5% cuenta con implementos de seguridad para evitar accidentes y caídas de las personas mayores.

En relación a los dormitorios de las y los residentes, se observó que en el 95,8% de los casos cuentan con iluminación natural; la totalidad tienen iluminación eléctrica; el 95,8% dispone de un sistema o mecanismo de ventilación; en el 83,3% hay calefacción operativa; en el 66,7% de los casos existen implementos de seguridad; en el 91,7% de los casos hay espacios individuales suficientes para que las personas mayores guarden sus pertenencias; y en el 4,2% (n=1) el número de personas excede la cantidad de camas disponibles (caso que se presentó en un ELEM privado).

REGIÓN	CANTIDAD DE CENTROS VISITADOS		DIRECTORES	PERSONAS MAYORES	CUIDADORES DE TRATO DIRECTO	PAUTA DE OBSERVACIÓN
	PÚBLICOS	PRIVADOS				
Arica y Parinacota	1	1	2	10	8	2
Tarapacá	0	2	2	3	14	2
Antofagasta	0	2	2	3	3	1
Atacama	0	1	1	2	1	1
Coquimbo	0	2	2	10	10	2
Valparaíso	0	2	2	7	4	2
Metropolitana	1	1	2	10	13	1
O'Higgins	0	0	0	0	0	0
Maule	3	0	3	12	16	3
BioBío	2	0	2	10	8	2
La Araucanía	3	0	3	16	14	3
Los Ríos	0	2	2	12	9	2
Los Lagos	1	0	1	5	13	1
Aysén	0	0	0	0	0	0
Magallanes	1	1	2	9	8	2
Total	12	14	26	109	121	24

Respecto a sistemas de emergencia, en el 75% de los ELEAM visitados las puertas y/o salidas de emergencia funcionan; en el 91% los extintores tienen certificados de carga vigentes; y en el 83,3% las luces de emergencia se encuentran operativas. Al consultar a las direcciones administrativas si era posible que los equipos aplicaran los protocolos de seguridad ante situaciones de incendios, sismos y anegamientos, el 88,4% respondió que “sí, cabalmente” o “sí, parcialmente”; en cambio, el 11,5% respondió que “no se tiene certeza” o “no es posible”. Que estos elementos de emergencia se encuentren operativos es fundamental para el resguardo de la vida, integridad y seguridad de las personas mayores institucionalizadas.¹⁶

En uno de los establecimientos privados que se visitaron, las condiciones de infraestructura eran deficientes. De acuerdo al reporte del equipo del INDH:

El centro no cumple con condiciones mínimas de salubridad, ni de resguardo de la privacidad. Se observan elementos de riesgo (cerámicas rotas, fisuras de cemento) y obstáculos al tránsito de los residentes por los diferentes espacios del ELEAM. Malas condiciones de higiene, sin ventilación adecuada, malos olores. Techo de material ligero. Hay un acopio de chatarra en el gimnasio. El gimnasio no está habilitado. No hay ventanas en las habitaciones. Todas estas condiciones se configuran en factores de riesgo a la salud e integridad física de las personas, exponiéndolas a accidentes, enfermedades, deterioro psíquico y emocional, vulnerando la dignidad de las personas mayores que allí residen.

La dueña y directora de este establecimiento, al ser consultada por las características de las personas mayores, manifestó desconocer esa información. Tampoco manejaba datos sobre las personas que trabajan en el centro. Además, no todos los cuidadores de trato directo poseen capacitación o formación específica para ejercer estas labores.

16 Estas condiciones de seguridad son particularmente relevantes. El 14 de agosto de 2018, diez mujeres mayores murieron quemadas en el ELEAM Santa Marta, Chiguayante. De acuerdo a información de prensa, la Seremi de Salud del Biobío no habría exigido el cumplimiento y acreditación de ciertas medidas de seguridad, desde el 2010 hasta esta época, a 41 establecimientos, entre los que estaba el ELEAM Santa Marta. La Tercera. Hogar de ancianos donde murieron 10 mujeres funcionaba sin cumplir normativa. Disponible en: <https://www.latercera.com/nacional/noticia/hogar-ancianos-donde-murieron-10-mujeres-funcionaba-sin-cumplir-normativa/316688/> [Último acceso: 20 septiembre 2018]

Durante esta visita se observó a dos mujeres amarradas a sus sillas de ruedas. Las personas mayores entrevistadas confirmaron haber sufrido malos tratos; uno de ellos relató haber sido amarrado con bolsas de nylon. El equipo del INDH encontró en el ELEAM correas y cuerdas de tela con las cuales se realizan los amarres de contención. El equipo también pudo constatar que las personas mayores de este establecimiento comparten la ropa.

Ante la gravedad de los hechos advertidos en este ELEAM, el INDH envió oficios a la Seremi de Salud y coordinación regional del Senama, a fin de que tomaran las medidas que sus respectivas regulaciones permiten, y presentó, además, una denuncia ante el Ministerio Público.

En otro de los establecimientos, a pesar de que la dirección administrativa no autorizó el ingreso del equipo del INDH, fue posible observar a una mujer mayor que se encontraba mal aseada, con olor a orina y excremento. En virtud de esta situación, se interpuso una denuncia ante el 11 Juzgado de Garantía de Santiago.

Principales hallazgos sobre condiciones de vida, cuidado y trato

Los instrumentos aplicados en las visitas se orientaron a identificar las prácticas relativas a la provisión de apoyos y cuidados para la vida diaria a las personas mayores, el trato que reciben y los hechos de violencia y maltrato que pudieran afectarlas.

Asistencia y apoyo

Se consultó a las personas mayores si los cuidadores los ayudan cuando solicitan asistencia para ir al baño, vestirse, comer o a causa de una dolencia física.¹⁷ El 72,6% manifestó que “siempre” o “casi siempre” recibía tal ayuda. Si estas respuestas se desagregan en consideración a la naturaleza del centro, el reporte sube al 76,3% en los establecimientos que son financiados por Senama y baja al 68,1% en los centros de carácter privado.

El 67,9% de las personas mayores entrevistadas manifestó que “nunca” o “casi nunca” debe esperar más tiempo del que le parece necesario para recibir ayuda o asisten-

17 Se entrevistó a 109 personas mayores que, de acuerdo a la información brindada por los equipos de los ELEAM, cuentan con suficientes niveles de concentración y atención para dar respuesta a una pauta. Las entrevistas se practicaron en contextos de confidencialidad y sin la presencia de personal del ELEAM.

cia para realizar actividades como las mencionados en el párrafo anterior; el 23,9% respondió que “algunas veces” debe esperar más del tiempo necesario; y el 8,3% de las personas entrevistadas manifestó que la espera excesiva se produce “frecuentemente” o “siempre”. Si este último aspecto se analiza en relación a la naturaleza del ELEAM, el 9,8% de las personas mayores entrevistadas en los centros financiados por Senama manifestó que la espera se produce “frecuentemente” o “siempre”, frente a un 6,3% en los establecimientos privados.

Por su parte, el 93,2% de los 121 miembros del personal de trato directo entrevistado en las visitas manifestó que “nunca” ha negado ayuda a una persona mayor del ELEAM cuando la ha solicitado; 2,6% manifestó haber negado ayuda en “pocas ocasiones” y el 3,4% manifestó hacerlo “siempre”. El reporte de la opción “siempre” llega al 4,4% en los ELEAM financiados por Senama y baja al 2% en los de carácter privado.

Ante la pregunta “¿considera que hay personal suficiente para cubrir las necesidades del ELEAM?”, el 78,6% de las direcciones administrativas de los establecimientos privados contestó afirmativamente. Este reporte positivo baja considerablemente en los ELEAM financiados por Senama, llegando solo al 16,7%.

El artículo 12 de la CIPM establece que “para garantizar a la persona mayor el goce efectivo de sus derechos humanos en los servicios de cuidado a largo plazo, los Estados Parte se comprometen a: b) promover que dichos servicios cuenten con personal especializado que pueda ofrecer una atención adecuada e integral y prevenir acciones o prácticas que puedan producir daño o agravar la condición existente”. De manera que los mayores tiempos de espera reportados por las personas mayores que residen en los establecimientos financiados por Senama y que las direcciones administrativas de estos mismos establecimientos consideren prevalentemente que no cuentan con el personal suficiente para atender las necesidades de las personas mayores, son aspectos preocupantes que el Estado debe resolver.

Alimentación y abrigo

Mantener adecuados niveles nutricionales durante la vejez es particularmente relevante, pues la desnutrición podría traer consecuencias severas que no se producirían en otras etapas de la vida. Las consecuencias de la desnutrición en una edad avanzada se relacionan con

alteraciones en el sistema inmunitario con una elevada tasa de infecciones; fragilidad o menor capacidad de reserva orgánica, lo que produce inmovilismo, incontinencia de esfínteres y estados confusionales agudos; menor respuesta a la medicación; y mayor necesidad de hospitalización (Capo Pallas, 2002, p. 22). Además, el artículo 12 de la CIPM establece que el derecho a un sistema integral de cuidados incluye la seguridad alimentaria y nutricional. Por este motivo, en el instrumento de personas mayores fue incluida una serie de preguntas relacionadas con la alimentación.

Frente a la pregunta de si las porciones de comida que le son entregadas en el establecimiento son suficientes, el 92,5% de las personas mayores entrevistadas contestó positivamente, frente a un 6,5% que contestó de modo negativo (el 0,9% de los consultados no contestó la pregunta). El reporte afirmativo baja al 89,1% en ellos establecimientos privados y en los financiados por Senama sube al 95,1%.

También se consultó a las personas mayores si era frecuente que quedara con hambre después de cada comida. El 90,7% de las personas mayores entrevistadas manifestó que no y el 7,4% contestó afirmativamente (el 1,9% de las personas mayores no contestó la pregunta). Las respuestas a esta pregunta también varían en torno al tipo de centro de que se trate: mientras en los que son administrados por Senama el reporte afirmativo desciende al 4,9%, en los establecimientos privados sube al 10,6%.

Se consultó a las personas mayores de los establecimientos visitados cómo eran tratados a la hora de comer. El 94,4% de las personas mayores manifestó ser tratados adecuadamente, frente a un 5,6% que respondió ser tratados de un modo regular. No se presentan diferencias significativas al desagregar las respuestas según el tipo de centro.

Según la información proporcionada por las direcciones administrativas, en el 96,2% de los establecimientos visitados existen planes nutricionales especializados para personas que padecen determinadas enfermedades. Solo una de las direcciones administrativas de un centro privado no entregó información sobre la consulta. En la totalidad de los casos, el plan nutricional es formulado por nutricionistas.

En los establecimientos donde fue posible aplicar la pauta de observación (n=24), se constató que la totalidad de las personas mayores vestían ropa limpia, en buen estado y adecuada para la temperatura ambiental o estación del año; elemento que también es considerado por el artículo 12 de la CIPM.

Cuidados médicos y de salud

En relación a las condiciones de vida dentro de los ELEAM, también es relevante constatar ciertos aspectos relacionados con prestaciones médicas y de salud. El 76,1% de las personas mayores entrevistadas reportó que un médico las atiende en el mismo establecimiento; el 18,3% respondió lo contrario. El reporte positivo a la misma pregunta sube al 88,5% en los ELEAM financiados por Senama y baja al 60,4% en los centros privados.

Respecto de las personas que responden que no, ¿se sabe si tienen problemas de salud que necesita atención médica?

La disponibilidad de servicios médicos, estaciones de enfermería, y otros asociados se podría conocer sin necesariamente consulta a las personas atendidas.

También se preguntó a las personas mayores si salían del ELEAM para asistir al médico. El 64% de las personas mayores entrevistadas contestó que sí y el 33,3% respondió negativamente. De nuevo se producen diferencias considerables al desagregar las respuestas según el tipo de centros: mientras las respuestas positivas se elevan al 72,2% en los ELEAM financiados por Senama, en los establecimientos privados baja al 56,4%.

De acuerdo a las direcciones administrativas de los establecimientos con financiamiento público visitados, la totalidad logra mantener los controles médicos al día de las personas mayores residentes. Este reporte baja al 85,7% en los ELEAM privados.

Respecto a las prestaciones médicas y cuidados de salud que ofrece el ELEAM, ya sea que se provean en el mismo centro o que las personas mayores sean atendidas en un dispositivo de salud externo, en el 100% de los establecimientos con financiamiento público tienen acceso a atención médica general, frente a un 92,9% de los establecimientos privados. El 91,7% de los ELEAM financiados por Senama ofrecen rehabilitación física kinesiológica, cifra que decae al 71,4% en los establecimientos privados. El 100% de los ELEAM que reciben financiamiento estatal ofrecen estimulación cognitiva y terapia ocupacional, porcentajes que también son menores en los centros privados, llegando al 71,4% (estimulación cognitiva) y 28,6% (terapia ocupacional). La atención médica geriátrica es deficiente sin distinguir por tipo de centro, llegando al 16,7% en los ELEAM financiados por Senama y 14,3% en los establecimientos privados.



Según la información proporcionada por las direcciones administrativas, en el 96,2% de los establecimientos visitados existen planes nutricionales especializados para personas que padecen determinadas enfermedades. Solo una de las direcciones administrativas de un centro privado no entregó información sobre la consulta. En la totalidad de los casos, el plan nutricional es formulado por nutricionistas.

Los anteriores indicadores negativos de los establecimientos privados constituyen un elemento de preocupación, pues podría configurar una afectación a lo dispuesto en el artículo 12, inciso primero, de la CIPM en el sentido de que “la persona mayor tiene derecho a un sistema integral de cuidados que provea [entre otros aspectos] la protección y promoción de la salud”. En tal sentido, el Estado, considerando sus obligaciones de debida diligencia, debe desarrollar las medidas e instrumentos necesarios para permitir que las personas mayores accedan a las prestaciones médicas y de salud que requieran.

Condiciones de trato y vida libre de violencia

Ante la afirmación de que en el establecimiento los residentes son tratados con faltas de respeto (por ejemplo, si son tratados como niños, con gritos o reciben llamados de atención severos), el 14% de las personas mayores entrevistadas reportó que tales hechos se producen “frecuentemente” o “siempre”. De acuerdo al tipo de centro, el reporte sube al 17,1% en los privados y baja al 11,5% en los financiados por Senama.

Según las respuestas de los cuidadores de trato directo entrevistados, el 89,9% de ellos “nunca” ha gritado a una persona mayor y un 9,2% manifestó haberlo hecho “pocas veces”. Sobre esta conducta puede establecerse ciertas diferencias según el tipo de centro, ya que en los privados el reporte de “nunca” haber gritado a las personas mayores baja al 81,3%, mientras que la respuesta

de haberlo hecho “pocas veces” llega al 16,7%; en cambio, en los establecimientos financiados por Senama la prevalencia de la opción “nunca” se eleva al 95,8% y la opción “pocas veces” baja al 4,2%. Las y los cuidadores de trato directo fueron consultados si han presenciado hechos de maltrato hacia una persona mayor en el establecimiento donde se desempeñan. El 80% del personal entrevistado contestó que “nunca” ha presenciado tales hechos, el 15,7% respondió “pocas veces”, el 1,7% “muchas veces” y el 0,9% “siempre”.

En relación a conductas graves, tales como si las personas mayores entrevistadas son amarradas a sus sillas o camas, el 90,4% respondió que “nunca” o “casi nunca”; el 3,8% reportó que tales hechos se producen “algunas veces”; y el 5,8% reportó una alta repetición de estas conductas, produciéndose “frecuentemente” o “siempre”. No se aprecian diferencias significativas en los reportes según el tipo de establecimiento.

El 96,3% de las personas mayores entrevistadas reportó que “nunca” lo han golpeado o agredido en el establecimiento; el 2,8% manifestó que “algunas veces” ha sido golpeado; y un 0,9% reportó que “siempre” o “casi siempre” se producen tales hechos. En este caso tampoco se evidencian diferencias significativas en consideración a la naturaleza del centro. Estas cifras concuerdan con lo reportado por los cuidadores de trato directo, ya que el 96,6% manifestó que “nunca” o “pocas veces” ha presenciado que una compañera o compañero de trabajo maltrate a una persona mayor del ELEAM.

De acuerdo a la información reportada por las direcciones administrativas de los establecimientos, en el 19,2% se han producido, durante el último año, casos de violencia de los cuidadores hacia las personas mayores. También en el 19,2% de los establecimientos se han aplicado sanciones administrativas a los funcionarios por haber maltratado a alguna persona mayor residente; y en el 15,4% de los establecimientos estos casos se han denunciado a Carabineros, PDI o Ministerio Público.

El artículo 9° de la CIPM establece que “la persona mayor tiene derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia, a recibir un trato digno y a ser respetada y valorada [...]”. Por su parte, el artículo 12, letra d), dispone que el Estado, en relación a los cuidados de larga estadía, debe “establecer la legislación necesaria, conforme a los mecanismos nacionales, para que los responsables y el personal de servicios de cuidado a largo plazo respondan administrativa, civil y/o penalmente por los actos que practiquen en detrimento de la persona mayor, según corresponda”. Tal como fue comentado más arriba, el Estado ha avanzado con decisión en tipificar diversas hipótesis de violencia que podrían afectar a las personas mayores; sin embargo, las cifras advertidas en este apartado ponen de manifiesto una brecha entre los establecimientos con financiamiento público y los privados, siendo relativamente más deficiente la situación en estos últimos.

Aplicación de contenciones

Las personas mayores también fueron consultadas sobre diversos aspectos relacionados con la aplicación de contenciones ante episodios de agitación psicomotora.¹⁸ En primer término, se les consultó si durante su estadía en el ELEM se habían sentido agitadas o con miedo. El 15,1% de las personas mayores entrevistadas respondió que sí y el 82,1% contestó lo contrario. Respecto de estas respuestas, nuevamente se producen diferencias considerables de acuerdo a la naturaleza de los estable-

cimientos, pues mientras en aquellos financiados por Senama las respuestas positivas disminuyen al 9,8%, en los establecimientos privados el reporte se eleva al 22,2%. En ambos tipos de centro, las mujeres reportaron más episodios de esta naturaleza, con un 66,7% en los establecimientos financiados por Senama (frente al 33,3% en el caso de los hombres) y 60% en los privados (respecto a un 40% de los varones).

Los episodios de agitación psicomotora pueden gatillarse por diversos motivos, sobre todo cuando las personas mayores recién han ingresado a los establecimientos de larga estadía, ya que es necesario que se adapten a nuevas condiciones. De acuerdo a los protocolos vigentes, ante irrupciones conductuales es fundamental que primero se apliquen en la persona estrategias de contención emocional y ambiental. Se consultó a las personas mayores de los ELEM visitados si el personal, ante situaciones críticas, les había hablado serenamente para mantenerlas tranquilas: el 35,5% de las personas mayores contestó positivamente a esta pregunta; mientras que el 36,5% respondió que no (el 28% de las personas mayores consultadas no contestó a la consulta). El análisis por tipo de centros arroja ciertas diferencias: el 43,6% de las personas mayores entrevistadas en establecimientos privados contestó que el personal sí aplicaba estrategias de contención emocional ante episodios de agitación, frente a un 29,6% en los ELEM financiados por Senama.

Cuando las personas mayores fueron consultadas sobre si el personal del ELEM les había suministrado algún medicamento para que no estuviera agitada o agitado, el 26,8% respondió que sí y el 57,7% contestó negativamente. La proporción de respuestas afirmativas sube ligeramente en los ELEM privados, llegando al 29,5% de las personas entrevistadas, y en los financiados por Senama baja al 24,5%. Por otra parte, el 95,8% del personal de trato directo manifestó que “nunca” había administrado medicamentos a las personas mayores del ELEM para mantenerlos tranquilos, mientras que un 0,8% manifestó haberlo hecho “pocas veces” y el mismo porcentaje manifestó hacerlo “siempre”.

Respecto a la aplicación de contenciones físicas, el 3,9% de las personas mayores entrevistadas reportó que alguna vez se le había amarrado y el 93,1% contestó negativamente a la pregunta. No existen diferencias significativas según el tipo de establecimiento.

Según la información requerida a las direcciones administrativas de los ELEM financiados por Senama, en

18 La agitación psicomotora o psicomotriz es un “cuadro psicopatológico que se caracteriza por una actividad motora intensa y sin finalidad productiva (moverse nerviosamente con incapacidad para mantenerse sentado, caminar velozmente o en círculos, frotarse las manos y la ropa, gritar y quejarse en voz alta, etc.). Normalmente se acompaña de ansiedad, irritabilidad y dificultad para reaccionar ante estímulos del exterior”. Diccionario Médico, Universidad de Navarra. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/agitacion-psicomotriz>

ninguno de ellos las personas mayores con episodios de agitación psicomotora son encerradas o aisladas; en el 7,7% de los centros privados no se reportó información al respecto. En el 42,3% de los establecimientos se aplican contenciones físicas o mecánicas a las personas mayores; la distribución de esta cifra es similar tanto en los ELEM financiados por Senama como en los privados, con 41,7% y 42,9%, respectivamente. En el 38,5% de los establecimientos se aplica contención farmacológica a las personas mayores agitadas, siendo mayor el reporte en los ELEM que cuentan con financiamiento público, con el 50%, y llegando al 28,6% en los privados, de acuerdo a lo informado por las direcciones administrativas.

La Corte IDH ha considerado que el uso indiscriminado y sin los resguardos necesarios en las contenciones físicas y farmacológicas, se constituyen en un riesgo de ocasionarle daño a la persona o incluso su muerte; por tal motivo deben ser empleadas como medida de último

recurso y con la única finalidad de proteger a la persona inmovilizada.¹⁹

Conforme a las cifras reportadas, es necesario que el Estado siga desarrollando las estrategias necesarias para

19 Corte IDH. Caso Ximenes Lopes vs. Brasil. Sentencia de 4 de julio de 2016, párr. 134: "El Tribunal considera que la sujeción es una de las medidas más agresivas a que puede ser sometido un paciente en tratamiento psiquiátrico. Para que esté en conformidad con el respeto a la integridad psíquica, física y moral de la persona, según los parámetros exigidos por el artículo 5 de la Convención Americana, debe ser empleada como medida de último recurso y únicamente con la finalidad de proteger al paciente, o bien al personal médico y a terceros, cuando el comportamiento de la persona en cuestión sea tal que ésta represente una amenaza a la seguridad de aquéllos. La sujeción no puede tener otro motivo sino éste, y sólo debe ser llevada a cabo por personal calificado y no por los pacientes". Este razonamiento, efectuado a propósito de un caso de una persona con discapacidad psicosocial, sigue siendo válido para los casos de personas mayores internadas, respecto de la aplicación de diverso tipo de contenciones.



instalar al interior de los ELEM una cultura de la no sujeción, donde la aplicación de estrategias de contención emocional y ambiental sean prevalentes, obligatorias y se otorgue a los equipos, especialmente a los de trato directo, las herramientas necesarias para manejar situaciones de crisis sin necesidad de recurrir a mecanismos de contención potencialmente lesivos.

Principales hallazgos sobre la situación de las y los cuidadores de trato directo

La situación de las y los cuidadores de trato directo es particularmente relevante, pues constituyen el personal que ejecuta las labores más complejas dentro de los ELEM: brindan asistencia a las personas mayores para ejecutar actividades de la vida diaria, las acompañan a controles médicos fuera del establecimiento, les brindan apoyo o contención emocional, entre otras delicadas acciones.

Las y los cuidadores de trato directo constituyen el grupo de personal más numeroso en los ELEM visitados. De acuerdo a la información recabada a través del instrumento para directivos administrativos, 423 personas desempeñan estas labores en turnos rotativos de ocho horas, lo que permite una cobertura diaria completa, incluyendo fines de semana y festivos.

La provisión de cuidados de trato directo es una actividad eminentemente femenina: 402 mujeres frente a 21 hombres. Respecto a la cantidad de cuidadores de trato directo que fueron encuestados (n=121), solo el 6,6% de las personas encuestadas eran de sexo masculino.

Tal como ha sido mencionado, en el instrumento se incluían algunas preguntas cuyo propósito era detectar malestar laboral, el cual genera condiciones que podrían repercutir en el trato brindado a las personas mayores. En este sentido, el 28% del personal de trato directo entrevistado respondió que “nunca” se siente emocionalmente agotado por su trabajo; el 52,5% escogió la opción “pocas veces”; y el 18,6% respondió que “muchas veces” o “siempre” se siente agotado por sus labores. Las cifras varían en conformidad al tipo de centro, pues el reporte de “nunca sentirse emocionalmente agotado por su trabajo” desciende al 22,1% en los ELEM financiados por Senama y asciende al 36% en aquellos privados.

Ante la afirmación “cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo, me siento fatigado” también se aprecian diferencias significativas en la distribución de las respuestas según el tipo de centro. Mientras el reporte de la opción “nunca” llega al 63,3%

en los establecimientos privados, tal opción decae hasta el 36,2% en los ELEM financiados por el Estado. La opción “pocas veces” registró una prevalencia de 32,7% en los privados y 50,7% en los financiados por Senama. Las opciones “muchas veces” y “siempre” en los privados solo llega al 4%, frente a la situación de los ELEM con financiamiento público donde tal reporte asciende al 13%.

El 21,4% del personal de trato directo reportó que “siempre” o “muchas veces” siente que su trabajo es desgastador. Este mismo reporte baja al 18,4% en los establecimientos privados y sube al 23,5% en los centros que cuentan con financiamiento público. Por otra parte, el 10,4% del personal reportó que “siempre” o “muchas veces” siente preocupación por pensar que su trabajo lo está endureciendo emocionalmente; este reporte también es más alto en los ELEM financiados por Senama, llegando al 11,5% frente al 8,5% de las menciones en los establecimientos privados.

Ante la afirmación “me siento frustrado en mi trabajo”, el 75,5% del personal de los centros privados eligió la opción “nunca” y en los financiados por Senama tal reporte fue de 48,6%. La opción “pocas veces” también presenta diferencias según el tipo de centro, siendo también más bajas en los establecimientos privados, con el 17%, y considerablemente más alta en los establecimientos con financiamiento público, llegando al 47,1%.

Como puede apreciarse, las cifras indicarían que el descontento laboral es más prevalente entre el personal que se desempeña en los establecimientos con financiamiento público que en aquellos de carácter enteramente privado. Una posible causa de esta situación podría estar relacionada con las condiciones contractuales según las que el personal desempeña sus funciones en los diversos tipos de centro. Como se ha explicado con detalle, en la actualidad los ELEM financiados por Senama son 12, de los cuales 7 son operados por organismos públicos (6 municipalidades y un servicio de salud) y los 5 restantes son administrados por personas jurídicas sin fines de lucro. De acuerdo a la información registrada en las visitas a los ELEM, en aquellos que cuentan con financiamiento de Senama y que además son operados por un organismo público (n=7), el personal se desempeña bajo convenios de honorarios, lo que limita el acceso a los beneficios y garantías que proporciona la seguridad social; particularmente, en el caso de las y los cuidadores de trato directo, los honorarios percibidos son bajos (no superando el sueldo mínimo legalmente establecido). En cambio, en los ELEM privados el personal es contratado de acuerdo a las normas del Código del Trabajo, lo

Los indicadores demográficos señalan que el proceso de envejecimiento y la vejez son situaciones cada vez más relevantes, por la celeridad que ha tomado, la extensión de los años de vida y la realidad de un extenso segmento de personas mayores —particularmente mujeres— con muy bajas pensiones. En tal sentido, debería ser prioritario para el Estado desarrollar estrategias sustantivas de envejecimiento positivo, que les permitan a las personas mayores mantener su independencia y autonomía, apoyar a las familias con subsidios y asesorías técnicas para su cuidado, y aumentar la cobertura del programa de Cuidados Domiciliarios.

que les permite acceder a las garantías del sistema de seguridad social.

Por otra parte, en los ELEM financiados por Senama hay menos personas autovalentes que en los privados (6,8% frente a 8,4%, respectivamente) y más personas postradas (23,4% frente a 14,9%, respectivamente), situación que demanda mayores esfuerzos de los equipos de trato directo.

Además, ya que el número de cuidadoras de trato directo es ampliamente superior al de cuidadores (según se ha visto), se reproducen ciertas problemáticas que el INDH (2014, pp. 102-103) ya ha detallado en su Informe Anual: en todos los grupos socioeconómicos, las mujeres —trabajen o no de manera remunerada— destinan al trabajo doméstico no remunerado mayor tiempo que los hombres, y este tiempo aumenta entre las mujeres de menor nivel socioeconómico. Esto es relevante de considerar al momento de implementar las políticas de bienestar laboral.

CONCLUSIONES

Los indicadores demográficos señalan que el proceso de envejecimiento y la vejez son situaciones cada vez más relevantes, por la celeridad que ha tomado, la extensión de los años de vida y la realidad de un extenso segmento de personas mayores —particularmente mujeres— con muy bajas pensiones. En tal sentido, debería ser prioritario para el Estado desarrollar estrategias sustantivas de envejecimiento positivo, que les permitan a las personas mayores mantener su independencia y autonomía, apoyar a las familias con subsidios y asesorías técnicas para su cuidado, y aumentar la cobertura del programa de Cuidados Domiciliarios. Además, dado que las personas de 80 años y más son un segmento de la población al alza, así como aquellas que viven solas, las que están expuestas a desarrollar fragilidad y dependencia, y que este último elemento es más prevalente entre los segmentos de menores ingresos, también es necesario que el Estado extienda la oferta de establecimientos de cuidado de largo plazo.



Los dos pilares enunciados —estrategias para mantener la autonomía de las personas mayores y extensión de los ELEAM— debería enmarcarse dentro de la implementación de una política general de protección de las personas mayores, según lo decretado por la Corte IDH en su sentencia del caso Poblete Vilches y otros vs. Chile, considerando, además, las obligaciones y estándares consagrados en la CIPM, en tanto nuevo paradigma de protección de los derechos de las personas mayores. De este modo, el Estado avanzaría de manera importante respecto de la protección de este colectivo, que, hasta el momento, se ha circunscrito al desarrollo de marcos legales para sancionar la violencia y la tortura.

Según lo expuesto en este capítulo, existe abundante regulación administrativa respecto al funcionamiento de los ELEAM, cuya fiscalización es responsabilidad de la Seremi de Salud que corresponda. Senama, por otra parte, ha desarrollado estrategias que permiten financiar establecimientos para las personas mayores más vulnerables, estándares de calidad tanto para los centros que financia directamente como para los de carácter enteramente

privado y fondos concursables para financiar proyectos de mejora de estos establecimientos.

Sin perjuicio de lo anterior, existe una importante proporción de establecimientos que funcionan sin las autorizaciones sanitarias exigibles, cuestión que perjudica su registro y ulterior fiscalización. Detectar y clausurar estos ELEAM clandestinos podría ser una reacción del Estado; pero lo cierto es que, ante eventuales prohibiciones de funcionamiento, las personas mayores que residen en centros ilegales deberían ser trasladadas a otros, cuestión imposible, dado que no existen suficientes plazas para tales efectos ni en los establecimientos financiados por Senama ni en los privados. Por este motivo es fundamental que el Ministerio de Salud junto a Senama desarrollen una estrategia sustantiva para detectar los establecimientos clandestinos y ofrecer el acompañamiento necesario para que puedan regularizar su situación; y en caso de que estas irregularidades se mantengan, sancionarlos de acuerdo a la legalidad vigente.

En relación a las visitas a los ELEAM, resulta preocupante que ciertas direcciones administrativas negaran el

acceso de los equipos regionales a los recintos, argumentando, entre otras razones, desconocer la existencia y mandato del INDH.

Finalmente, y más relevante, los resultados de las visitas consignados en este capítulo permiten concluir que en los ELEAM que cuentan con financiamiento estatal las personas mayores están mejor cuidadas que en los establecimientos privados; pero, por otra parte, el descontento laboral de las y los cuidadores de trato directo es menor en los centros privados que en los financiados por Senama. En tanto, es prioritario que el Estado desarrolle una estrategia para mejorar las condiciones laborales de las y los cuidadores de trato directo, como asegurar su acceso a la seguridad social, y promover entre los establecimientos privados mejoras de las condiciones en que se encuentran las personas mayores en aquellos ámbitos donde fueron halladas brechas respecto a los ELEAM que cuentan con financiamiento público.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al Estado, a través del Servicio Nacional del Adulto Mayor, que amplíe la cobertura de establecimientos de larga estadía de carácter público, manteniendo la calidad, con especial énfasis para las personas mayores de 80 años y aquellas que presentan mayores niveles de dependencia y no cuentan con redes familiares.
2. Se recomienda al Estado que, mediante el Servicio Nacional de Adulto Mayor, aumente la cobertura con calidad del programa Cuidados Domiciliarios, a fin de promover que las personas mayores permanezcan el mayor tiempo posible en sus hogares, junto a sus familias y redes.
3. Se recomienda al Estado, particularmente al Ministerio de Salud y sus Secretarías Regionales Ministeriales, en colaboración con el Servicio Nacional del Adulto Mayor y los municipios, elaborar un urgente plan que permita detectar establecimientos de larga estadía ilegales, sancionar las potenciales vulneraciones de derechos de las personas que allí se encuentran y favorecer su regularización en la medida que logren cumplir con estándares de calidad y respeto a los derechos de las personas mayores, conforme a lo dispuesto en el artículo 12 de la CIPM.
4. Se recomienda al Estado que, mediante las Seremi de Salud y el Servicio Nacional del Adulto Mayor, adop-

te las medidas necesarias para reducir las brechas relacionadas con las condiciones de vida y trato que existen entre los establecimientos de larga estadía que cuentan con financiamiento público y aquellos de carácter enteramente privado, a fin de asegurar que todas las personas mayores, sin distinción, gocen de los derechos reconocidos en la CIPM.

5. Ante el rápido proceso de envejecimiento de la población y la creciente demanda de cuidados de larga estadía, se recomienda al Estado formular un plan integral de seguimiento y supervisión de los ELEAM, que abarque aspectos de infraestructura, implementos de seguridad, calidad de las prestaciones y derechos de las personas mayores.
6. Se recomienda al Estado, a través de las Seremi de Salud, el Servicio Nacional del Adulto Mayor, las Inspecciones del Trabajo o la CGR, según corresponda, que fiscalice y mejore las condiciones de trabajo de los y las funcionarias que se desempeñan en los ELEAM, a fin de que cuenten con la seguridad necesaria, remuneraciones adecuadas y condiciones para el mejor cuidado posible a las personas mayores institucionalizadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Capo Pallas, M. (2002). *Importancia de la nutrición en la personas de edad avanzada*. Barcelona: Novartis.
- Giró Miranda, J. (2007). Los derechos de las personas de edad en el ejercicio de la ciudadanía. En J. Giró (Coord.), *Envejecimiento, autonomía y seguridad* (pp. 17-45). Logroño: Universidad de La Rioja.
- Giró Miranda, J. (2014). La violencia hacia las personas mayores. *Trabajo social hoy*, 4(72), 23-38.
- INDH (2014). Trabajo no remunerado en el ámbito doméstico. *Informe Anual sobre la situación de los Derechos Humanos en Chile 2014* (92-108). Santiago: INDH.
- INDH (2017). Informe Anual 2017. Situación de los Derechos Humanos en Chile. Santiago: INDH.
- Marín, P., Guzmán, J. M., y Araya, A. (2004). Adultos mayores institucionalizados en Chile: ¿cómo saber cuántos son? *Revista Médica de Chile*, 132, 832-838.
- UAHC (2007). *Diagnóstico de la situación de los adultos mayores residentes en establecimientos de larga estadía en regiones*. Santiago.