

Centros diurnos para personas mayores, Servicio Nacional del Adulto Mayor: realidad y desafíos a tres años de su implementación

INVESTIGADORAS¹

MIRIAM RUBIO

Escuela de Enfermería

CLAUDIA MIRANDA

Instituto de Sociología

Resumen²

La proporción de personas mayores, de 60 años o más, está aumentando más que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países del mundo. Por su parte, Chile presenta un envejecimiento acelerado y avanzado, por lo que se le debe considerar como uno de los ejes de las políticas públicas de este siglo, en las cuales las PM participen activamente de su cuidado y sean capaces de ejercer sus derechos.

Una de las estrategias a nivel nacional es la creación en el año 2013 del programa de Centros de Día para el Adulto Mayor (Cediam). Este se enmarca en la Política Integral del Envejecimiento Activo, impulsada por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama), cuyo objetivo es mantener a las PM en su entorno familiar y social, fortaleciendo y promoviendo su autonomía e independencia, y realizando acciones de apoyo familiar preventivo. Ello para contribuir a retrasar la pérdida de funcionalidad, por medio del desarrollo y entrega de prestaciones biopsicosociales.

1 Las autoras agradecen a los profesionales de la Unidad de Desarrollo, Análisis y Evaluación de Programas del Servicio Nacional de Adulto Mayor (Romina Rioja y Marcela Vargas), al encargado del Centro de Día para el Adulto Mayor (Cediam) a nivel nacional (Juan Pablo Romero) y la encargada de Cediam Región Metropolitana (Paz Osses), por su excelente disposición al trabajo colaborativo con las investigadoras, actuando como facilitadores del proceso. También se agradece a los coordinadores de los Cediam que aceptaron participar de este proyecto.

2 Esta propuesta fue presentada en un seminario organizado por el Centro de Políticas Públicas UC realizado el 2 de noviembre de 2017, en el que participaron como panelistas Romy Álamo, directora de Desarrollo Comunitario de la Municipalidad de Renca; Octavio Vergara, director ejecutivo de Fundación Oportunidad Mayor; y Romina Rioja, profesional de la Unidad de Desarrollo, Análisis y Evaluación, del Servicio Nacional del Adulto Mayor.

El presente estudio tiene por objetivo analizar críticamente la implementación y funcionamiento de estos centros y proponer acciones de mejoramiento, para asegurar la calidad del servicio entregado, aumentando la funcionalidad y calidad de vida de las PM que asisten a estos. A través de diversas metodologías, fue posible establecer las fortalezas y aspectos por mejorar en la implementación de los Ceditam y plantear una propuesta estructurada, en torno a cuatro elementos: adecuación del plan de ejecución y funcionamiento de los Ceditam contenido en la Guía de Operaciones de Centros Diurnos; formación y capacitación del equipo profesional; aseguramiento del financiamiento; y el plan de mejora de la gestión y coordinación entre Senama y Ceditam. Finalmente, los Ceditam se visualizan como un excelente dispositivo para impactar en la funcionalidad y la calidad de las PM, mostrando ser programas beneficiosos. Sin embargo, a nivel nacional se debe avanzar en socializar y difundir los resultados y logros, algo muy necesario para gestionar de manera más eficiente los recursos.

Introducción

Los avances tecnológicos y las mejores condiciones sociosanitarias de los últimos cincuenta años han provocado un aumento de la esperanza de vida, incrementando de forma importante la población de personas mayores (PM) (personas con 60 años y más). Las proyecciones demográficas a nivel mundial predicen que en el año 2025 esta población habrá pasado de 542 millones, en 1995, a cerca de 1.200 millones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2002).

A nivel de Latinoamérica y del Caribe ocurre el mismo fenómeno. La región envejece rápidamente, aunque bajo condiciones distintas. Se proyecta que en 2050 uno de cada cuatro latinoamericanos y caribeños tendrá 60 años y más. A diferencia de otros continentes, este envejecimiento ocurre en un entorno de desigualdad, pobreza, vulnerabilidad, limitada protección social y sobrecarga de las familias en sus funciones de seguridad y protección (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2008).

Chile presenta un proceso de envejecimiento acelerado y avanzado, provocado por la disminución sostenida de las tasas de natalidad y mortalidad, así como también por el aumento de la esperanza de vida, siendo actualmente alrededor de 80 años para ambos sexos (Instituto Nacional de Estadísticas [INE], 2014). Este envejecimiento provoca repercusiones en la sociedad y en ámbitos específicos de las políticas públicas, como la cohesión social, los derechos humanos y el papel del Estado (CEPAL, 2008).

Ello repercute en el incremento de la cantidad de personas con mayor deterioro del organismo que conlleva la vejez, aumentando el nivel de depen-

dencia y los requerimientos de apoyo y servicios de cuidado. Esto trae una serie de desafíos, entre ellos, responder de manera adecuada a las necesidades y demandas de las PM y sus familias, a través de la disponibilidad de servicios sociales y de salud que los apoyen de manera oportuna y satisfactoria.

En el año 2013, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama) implementó el programa de Centros de Día, el cual se encuentra dirigido a las personas de 60 años o más, con dependencia leve y que pertenezcan al 60% de los hogares más vulnerables o de menores ingresos de acuerdo al Registro Social de Hogares (Senama, 2016). Su objetivo principal es mantener a las PM en su entorno familiar y social, fortaleciendo y promoviendo su autonomía e independencia y realizando acciones de apoyo familiar preventivo, para así contribuir a retrasar la pérdida de funcionalidad; por medio del desarrollo y entrega de prestaciones biopsicosociales (Senama, 2013). Actualmente existen 27 Ceditam en funcionamiento.

Considerando todo lo señalado, el objetivo general de este estudio fue analizar críticamente la implementación y funcionamiento del programa de Ceditam del Senama, a tres años desde su inicio, y proponer acciones de mejora para asegurar la calidad del servicio entregado como una forma de mejorar la funcionalidad y así impactar positivamente la calidad de vida de las personas mayores que asisten. Dentro de los objetivos específicos se encuentran: analizar la implementación y el funcionamiento de los Ceditam, basándose en los lineamientos entregados por el Senama; conocer la realidad nacional e internacional en relación con los Ceditam, con énfasis en las innovaciones que se han generado en los últimos años; establecer las debilidades, fortalezas y aspectos a mejorar desde la mirada de actores relevantes de los Ceditam (jefe de la División de Planificación, Desarrollo y Control del Senama, profesionales de la Unidad de Desarrollo, Análisis y Evaluación de Programas del Senama, encargado Ceditam nivel nacional y encargada de Ceditam Región Metropolitana); y elaborar recomendaciones de implementación y seguimiento adecuadas a la realidad local, considerando los recursos humanos y materiales.

Antecedentes y diagnóstico

El envejecimiento de la población es un fenómeno mundial. La proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo etario en casi todo el mundo (UC, 2011).

El aumento de la expectativa de vida trae aparejadas múltiples necesidades para las PM y, también, para su entorno. A nivel internacional, varias iniciativas gubernamentales han surgido para poder enfrentar estas diversas demandas, tales como los cuidados permanentes en hospitales o centros ge-

riátricos donde viven los adultos mayores con mayor grado de dependencia. También se encuentran los servicios domiciliarios, que implican que profesionales de diversas disciplinas visiten a la PM dependiente en su hogar. Por último, se encuentran los centros de día (Cediam), que permiten que aquellas PM con dependencia leve residan en su hogar, pero durante el día pueda ir a realizar múltiples actividades (Jarrott & Ogletree, 2016).

En varios países, los Cediam surgen enfocados en mejorar el bienestar físico, psíquico y social de las PM y, de manera tangencial, para mejorar la calidad de vida de los cuidadores, permitiéndoles descanso y la posibilidad de tener un trabajo remunerado. Su función es ser parte del entramado asistencial, evitando la necesidad de institucionalización de las personas, prescindiendo de alejarlos de su hogar (Jarrott & Ogletree, 2016; Anderson, Dabelko-Schoeny & Tarrant, 2012). En la mayoría de estos centros, se refuerza la idea de funcionalidad y autonomía de las PM con el propósito de prevenir su deterioro y que permanezcan el mayor tiempo posible autovalentes. Por otro lado, las actividades e interacciones sociales también impactan de manera positiva el bienestar del usuario, trayendo consigo un mejor estado anímico y psíquico.

Sin embargo, a pesar de los puntos comunes que poseen estos centros en varios países, hay algunas características diferentes, tales como las prestaciones y condiciones realizadas debido a la variedad de servicios que otorgan.

En Europa existe una diversidad de realidades respecto de las PM. Varios países del norte, tales como Suiza, Holanda, Noruega y Suecia, poseen sistemas de protección social que otorgan múltiples servicios a la tercera edad, entre ellos, los Cediam. Por otro lado, en algunos países con menos recursos como España se comenzaron a implementar estos centros diurnos en la década de 1980 y en la actualidad ya poseen dos subdivisiones entre la atención a personas que deseen fomentar su autonomía física y la para personas con Alzheimer y otras demencias (Prado González, 2013).

En América del Norte, el concepto de los centros de día difiere según el país en que se enmarca. Por ejemplo, en México, el concepto es “clubes para adultos mayores”, que se encuentran cumpliendo un rol similar a los centros de Chile, en donde los usuarios tienen actividades recreativas, de aprendizaje, activación física e interacciones sociales. Por otra parte, en Estados Unidos, existen al menos tres modalidades de centros de día: un diseño cercano al hospital de día basado en un modelo médico; un modelo médico-social, similar al centro diurno; y, por último, un centro diurno centrado en lo social, que se acerca a la idea de los clubes recreacionales para adultos mayores (Torrado Ramos et al., 2014).

Esta realidad se contradice con lo que sucede en Latinoamérica, en donde la tasa de envejecimiento es vertiginosa. En Argentina, por ejemplo, se encuentra el Programa Centro de Día que cubre esta necesidad, pero no existen investigaciones que respalden su efectividad (Torrado Ramos et al., 2014).

A nivel nacional, el proceso de envejecimiento es acelerado y avanzado. Según información del INE, en 2014 los mayores de 60 años sobrepasaban los dos millones de personas y representaban alrededor del 15% de la población del país. Para 2020, se espera que sean cerca de 3,2 millones de personas (20% de la población).

Este creciente aumento refleja el éxito de las políticas y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse para mejorar al máximo la capacidad funcional de las PM, así como su participación social y su seguridad (OMS, 2012). Por lo tanto, el envejecimiento debe ser uno de los ejes de las políticas públicas de este siglo, lo que hace apremiante emprender todos los esfuerzos necesarios para avanzar en la construcción de una sociedad más inclusiva y cohesionada (CEPAL, 2008), en la que las PM participen activamente de su cuidado y sean capaces de ejercer sus derechos.

Una de las estrategias para lograr lo mencionado es el desarrollo a nivel nacional del modelo de atención de Centros de Día para el Adulto Mayor (Cediam), enmarcado en la Política Integral del Envejecimiento Activo, impulsada por el Senama. Este servicio social se encuentra en el paradigma del envejecimiento activo, definido como “el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad, a fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (OMS, 2002), siendo un factor que contribuye directamente al mantenimiento de la capacidad funcional de las personas, con todas las ventajas que esto involucra, tanto a nivel personal como familiar o social.

Los Cediam son aquellos espacios físicos que cuentan con las condiciones de habitabilidad específica para el trabajo con PM, donde se entregan servicios sociosanitarios y de apoyo familiar, a través de la prevención y promoción de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (Senama, 2016). Su objetivo principal es mantener a las PM en su entorno familiar y social, fortaleciendo y promoviendo su autonomía e independencia y realizando acciones de apoyo familiar preventivo, para así contribuir a retrasar la pérdida de funcionalidad; esto por medio del desarrollo y entrega de prestaciones biopsicosociales (Senama, 2013). El proceso de intervención tiene una duración de entre seis meses y un año, donde la PM cuenta con herramientas necesarias para vincularse a otros espacios, que permitan continuar con su inclusión social.

Una investigación realizada con el objetivo de evaluar la aceptabilidad social de este servicio encontró que las PM reconocieron una serie de beneficios de asistir al Ceditam, como la mejoría en la funcionalidad, empoderamiento y mayor inserción social (Araya, Rubio & Herrera, 2016). Además, se ha descrito un impacto positivo en el bienestar subjetivo y satisfacción de los usuarios.

Los Ceditam pueden estar a cargo de instituciones públicas, incluidas las municipalidades y sus corporaciones, como también privadas sin fines de lucro que se encuentren inscritas en el Registro de Prestadores de Servicios Remunerados o No a adultos mayores, que administren uno o más centros diurnos o que acrediten experiencia en atención de personas mayores en situación de dependencia leve. Estos organismos ejecutores pueden acceder a un fondo especial entregado por el Senama destinado a financiamiento, por un monto de subvención per cápita de \$51.124, previa presentación y aceptación de un proyecto. Además, cuentan con la asesoría y orientación técnica por parte de Senama. En el año 2017, 26 de los 27 ejecutores de los Ceditam correspondían a municipalidades y solo uno es una fundación sin fines de lucro.

Para el funcionamiento de los Ceditam se cuenta con la Guía de Operaciones de Centros Diurnos del Senama, actualizada anualmente. Sin embargo, la manera de su implementación varía dependiendo del organismo ejecutor, lo cual puede generar discrepancias en la calidad del servicio entregado. Además, si bien técnicamente se debiera supervisar de manera mensual a cada organismo ejecutor, esto se ha realizado con menos frecuencia y, por lo tanto, se hace necesario poder indagar con mayor profundidad en los aspectos de implementación y funcionamiento de estos centros, identificando sus fortalezas y aspectos de mejora.

Es por esta razón que se plantea crear una propuesta actualizada en relación con la implementación, funcionamiento y evaluación de los Ceditam, de modo de abordar esta problemática desde una perspectiva holística, que asegure la entrega de un servicio de calidad para las PM. La finalidad es perfeccionar la prestación y aumentar la eficacia del programa, impactando en la funcionalidad y calidad de vida de las PM y sus familias.

Metodología

1. Revisión sistemática de la literatura: con el fin de evaluar el efecto de los centros de día tanto en las PM como en sus familiares, entre los años 2012-2017. Se analizó un total de 17 estudios que cumplieron con los criterios de inclusión, los cuales proveían información sobre 17 intervenciones o estrategias distintas. Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

Tipo de estudio. Se incluyen estudios clínicos, ensayos clínicos controlados, estudios multicentro, estudios comparativos controlados, cuasiexperimentales y cualitativos.

Población. Edad: estudios con PM de edad superior a los 60 años. De incluir pacientes de menor edad, que la edad media de la muestra supere el mismo umbral. Diagnósticos: se excluyen muestras con deterioro cognitivo o demencia, discapacidad intelectual, dependencia moderada a grave, depresión grave o cualquier trastorno psiquiátrico grave.

Intervención. Solo se incluyen intervenciones sociosanitarias que ocurran dentro de planeamiento directo de centros de día o similares.

Resultados. Efectividad y/o beneficios obtenidos de los centros de día, entendidos como cualquier efecto positivo que satisfaga una o más necesidades para la persona adulto mayor o para sus familiares o cuidador(es).

2. Revisión de la documentación existente y reuniones con actores clave: se revisaron todos los documentos existentes relacionados con el funcionamiento de los Cediam: guías de operaciones, protocolos, guías de habilitación, entre otros. Junto a esto, se realizaron reuniones de trabajo con actores relevantes del Senama:

- Jefe de la División de Planificación, Desarrollo y Control.
- Profesionales de la Unidad de Desarrollo, Análisis y Evaluación de Programas.
- Encargado del Cediam a nivel nacional.
- Encargado del Cediam de la Región Metropolitana.

Toda la información recolectada de los procesos anteriores dio los lineamientos para construir las guías de entrevistas, con un conjunto de preguntas preestablecidas (entrevistas semiestructuradas) para la realización de la investigación, utilizando una metodología cualitativa.

3. Realización de grupo focal y entrevistas a coordinadores de Cediam: se realizó un grupo focal con cinco coordinadores de los Cediam de la Región Metropolitana y nueve entrevistas semiestructuradas a los coordinadores de otras regiones del país. La información recopilada fue grabada previa autorización de los participantes y transcrita textualmente. Para el proceso de análisis, se utilizó el modelo de análisis de contenido, identificándose los principales hallazgos, agrupándolos en categorías y subcategorías.

Resultados

1. Comparación internacional

La mayor parte de los artículos seleccionados proviene de Asia (Corea del Sur, Japón, Taiwán, Malasia) y Europa (Portugal y España). Las demás áreas fueron Norteamérica (Canadá y Estados Unidos) y Medio Oriente (Israel e Irán). De las intervenciones abordadas, menos de la mitad incluyeron grupos control o de comparación ($n=7$). Cinco de los estudios consideraron dentro de su intervención actividad física o ejercicio, y uno buscó mejorar equilibrio y estabilidad. Cinco de los estudios incluyeron una intervención de tipo psicológica (estimulación cognitiva, de memoria, o que buscaba mejorar estado de ánimo) y uno se centró en la adherencia a tratamientos. Tres de los estudios implicaron la introducción del uso de tecnologías (para el centro o para los usuarios). En cuatro casos, la intervención era asistir a los centros de día, y cuatro intervenciones implicaban el despliegue de paquetes complejos de actividades recreativas, físicas y psicológicas.

Los estudios encontrados en la revisión sistemática se pueden subdividir en dos: estudios que evalúan la implementación de diversos programas en los centros de día y, en menor medida, estudios que evalúan los efectos de los servicios ya otorgados por los centros de día.

1.1 Efecto de la implementación de programas

Salud física. Hay cinco investigaciones que incluyen programas de ejercicios para adultos mayores, ya sea de manera específica o incluida dentro de un set de intervenciones. Se implementaron programas enfocados principalmente a fortalecer la musculatura física y mejorar el equilibrio de los adultos mayores los cuales tuvieron resultados positivos (Fujita et al., 2016; Lin et al., 2015; Motalebi et al., 2014; Nakano et al., 2013; Shahbazi et al., 2016).

Salud mental. Se desarrollaron programas para estimulación cognitiva y/o mejorar la salud mental de las personas. Destacan en su mayoría intervenciones enfocadas en mejorar aspectos cognitivos sin resultados significativos (Alves Apóstolo et al., 2016; Fujita et al., 2016). En cuanto a los aspectos psicológicos, el foco fue medir depresión, sentimiento de soledad, calidad de vida, satisfacción, autoconcepto y desesperanza. En este punto, la estimulación cognitiva tuvo un efecto a corto plazo en disminuir sintomatología depresiva (Alves Apóstolo et al., 2016). Asimismo, la intervención grupal de resignificación vital solo disminuyó la desesperanza, sin afectar satisfacción o calidad de vida (Avia et al., 2012). Por el contrario, el estudio relacionado con el involucramiento familiar sí tuvo resultados positivos, aumentado la salud percibida y mayor satisfacción para los cuidadores (Chang et al., 2015). Finalmente, algunos estudios que involucraron tecnología aumentaron bienestar

y calidad de vida, pero no mejoraron el autoconcepto (Ferreira et al., 2015; Fernández et al., 2017). Respecto del sentimiento de soledad medido en el estudio de Israel, no se realizó una intervención para mejorar o disminuir su presencia (Iecovich & Biderman, 2012).

Uso de nuevas tecnologías. Se utilizaron nuevas tecnologías de diversas maneras, ya sea para la evaluación del funcionamiento de centros de día como para la medición de ciertas características psicológicas tales como desesperanza, calidad de vida y satisfacción. No hubo resultados significativos, excepto levemente para la sensación de desesperanza, que disminuyó tras el uso de esta tecnología (Jarrott & Ogletree, 2016; Ferreira et al., 2015). En un caso, se usaron tecnologías de visualización y comunicación para mejorar la interacción social entre adultos mayores con sus pares y familiares, con buenos resultados, aumentando el bienestar y la sociabilidad (Fernández et al., 2017).

1.2 Efecto de los centros de día como servicios

Destacan las investigaciones que consideran el funcionamiento de manera global y sus implicancias, tales como el estudio cuasiexperimental canadiense que investiga la relación entre la frecuencia de uso de los centros de día y la prolongación del tiempo que demora un adulto mayor en ser internado para recibir cuidados permanentes en residenciales. Allí se encontró que, a mayor frecuencia de uso de los centros de día, más tiempo demora un adulto mayor en ser internado para recibir cuidados permanentes en residenciales (Kelly, Puurveen & Gill, 2016). Sin embargo, se debe analizar el ámbito desarrollado en estos centros de día, ya que los estudios realizados en Israel no presentan resultados positivos acerca de la sensación de soledad o aumentar las consultas médicas de los adultos mayores (Iecovich & Biderman, 2012). También resalta el estudio que busca implementar tecnología para generar datos y analizar la situación de los centros de día respecto de las áreas de mejor desarrollo, además de incorporar a los cuidadores y familiares de manera más activa durante la permanencia de los adultos mayores en los centros de día (Jarrott & Ogletree, 2016). Finalmente, destaca el estudio realizado en Irán sobre la implementación de un paquete de servicios (cognitivos, físicos, educativos y recreacionales) con resultados significativos al disminuir discapacidad o dependencia (Shahbazi et al., 2016).

2. Origen y condiciones de implementación de los Cediam

A continuación, se muestra la situación actual de los Cediam, entregando el contexto desde donde surge este servicio sociosanitario. Luego, se presenta una síntesis de la información recopilada a través de la revisión de la documentación existente para su implementación y funcionamiento (guías de operaciones, protocolos, guías de habilitación, entre otros) y entrevistas con actores relevantes del Senama.

A nivel internacional, en el año 2002, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la “Declaración Política” y el “Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento”. Ambos documentos reconocen tres prioridades para la acción: las PM y el desarrollo, el fomento de la salud y el bienestar en la vejez, y la creación de un entorno propicio y favorable para las PM (OMS, 2015). Además, ese mismo año la OMS dio a conocer el documento “Envejecimiento activo: un marco político”, el cual hace énfasis en la necesidad de actuar en múltiples sectores, con el objetivo de asegurar que las PM sigan siendo un recurso para sus familias, comunidades y economías. Propone cuatro lineamientos, dos de las cuales se relacionan con los Cediam: desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud que sean asequibles, accesibles, de gran calidad y respetuosos con la edad, y que tengan en cuenta las necesidades y los derechos de las personas a medida que envejecen; y, proporcionar formación y educación a los cuidadores (OMS, 2002).

En Chile se generó en el año 2012 la Política Pública Integral para Personas Mayores, cuyo propósito es lograr que las PM permanezcan autovalentes el mayor tiempo posible, vivan con sus familias y que el menor número posible necesite ingresar a un Establecimiento de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM). Se desarrolló a partir de un trabajo colaborativo de un comité interministerial, con participación del Ministerio de Desarrollo Social, el Comité Técnico Interministerial, la Comisión Especial del Adulto Mayor de la Cámara de Diputados, el Comité Consultivo y el Comité Ejecutivo de Senama, 1.530 dirigentes PM, 100 colaboradores directos en mesas de trabajo y 11 organizaciones no gubernamentales que prestan servicios a 31.960 PM.

En este marco se encuentra la creación de los Cediam el año 2013, como un proyecto piloto con enfoque preventivo y con subvención per cápita de \$51.124 para la atención de 1.200 PM. Ese mismo año iniciaron su funcionamiento seis Cediam, cinco de ellos en la Región Metropolitana. Actualmente, existen 27 Cediam en funcionamiento (ver Anexo), de los cuales 11 se encuentran en la Región Metropolitana. Cabe mencionar que no existen Cediam en regiones al norte del país (Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta y Atacama).

Para la implementación de un Cediam que reciba subvención del Senama, se debe presentar un proyecto que considere una serie de aspectos; una vez aprobado por la contraparte técnica de este organismo, se firma un convenio de operación que considera aspectos como: resultados esperados, mecanismos que el Senama empleará para evaluar su cumplimiento, contraparte técnica, forma de la entrega de los recursos financieros, rendición de cuentas, informes técnicos relacionados con la ejecución del proyecto, entre otros. Es así como en la implementación y funcionamiento, el Senama realiza tanto un acompañamiento técnico como también un rol supervisor. El objetivo de

la supervisión es el monitoreo del avance de los procesos, actividades y productos logrados durante la ejecución del proyecto, a fin de mejorar la gestión, calidad y resultados, tanto técnicos como financieros (Senama, 2016).

Todos los aspectos mencionados anteriormente se encuentran contenidos en la Guía de Operaciones, la cual es actualizada anualmente, donde además se detallan las prestaciones, antecedentes y variables.

A continuación, se mencionan algunos elementos en relación con la implementación y funcionamiento de estos centros organizados en dos tópicos: ciclo del Ceditam y recursos.

2.1 Ciclo del Ceditam

Los criterios para ingresar a un Ceditam (perfil de ingreso) son:

- Edad: 60 años o más.
- Grado de funcionalidad: dependencia leve, medido a través del índice de Barthel. Este evalúa las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) que hacen referencia a aquellas que permiten al sujeto ser independiente en su domicilio: bañarse, vestirse, usar el W.C., transferirse, controlar esfínter y alimentarse. La aplicación de dicho instrumento es realizada por alguno de los profesionales que trabajan en el Ceditam.
- Nivel socioeconómico: pertenecer a los quintiles I, II y III, según Ficha de Protección Social.

Una vez que el usuario ingresa se le realiza una evaluación inicial multidimensional que incluye las siguientes áreas: ABVD e instrumentales, equilibrio y marcha, cognitiva, afectiva y redes. Luego de esto se plantea que se debe elaborar un plan de atención individual, incorporando las áreas que la PM le interese trabajar (Guía de Operaciones 2017, Senama).

Existen talleres que son obligatorios, los cuales deben ser realizados en todos los Ceditam: Habilidades personales: estimulación cognitiva, actividad física y prevención de caídas, y taller de “historia de vida”; habilidades sociales: resolución de conflicto, habilidades de autonomía y autogestión comunitaria, y habilidades comunitarias (PM y cuidador): participación comunitaria, cuidado del cuidador y buen trato. Además, se encuentran talleres sugeridos como: Habilidades Sociales, Derribando Mitos, Manejo de Trastornos Conductuales y de Prestaciones Sociales. Los talleres se encuentran detallados en un anexo contenido en la Guía de Operaciones, con la finalidad de unificar su forma de realización.

Una vez que la PM ha concluido el proceso de intervención (de seis meses a un año), debe egresar del Ceditam. Este momento de la desvinculación resulta crítico tanto desde el punto de vista de los profesionales como de las PM. El egreso se transforma entonces en una fuente de ansiedad y temor para las

PM, quienes mencionan que no existe oferta de participación para ellos fuera de las actividades del Centro de Día. De esta manera, una vez que termina la participación en el Ceditam, las personas no tienen actividades en la misma dinámica que las ofrecidas por el Centro a las que puedan integrarse, lo que eventualmente podría llevar al olvido de las habilidades conseguidas (Araya, Rubio & Herrera, 2016). Para ayudar a que este proceso sea más favorable se realizaba un taller de desvinculación; sin embargo, el solo nombre provocaba en las PM una visión negativa por lo que en el año 2017 se modificó a taller “Autoestima, autonomía y autogestión comunitaria”.

2.2 Recursos

Cada Ceditam debe contar con un equipo multidisciplinario: coordinador (profesional área sociosanitaria), trabajador social, kinesiólogo, terapeuta ocupacional y psicólogo, quienes son los encargados de realizar los diagnósticos, los planes de atención, los talleres y las evaluaciones. El organismo ejecutor además puede contratar algún otro profesional que considere necesario. Si bien no existen requisitos de formación o capacitación formal para ingresar a trabajar a los Ceditam, sí se describen ciertas competencias generales para facilitar el trabajo en equipo y la atención de los usuarios³.

El proceso de entrega de recursos económicos por el Senama, hasta el año 2016, era en la modalidad de tres cuotas, supeditada a la entrega de informes, lo cual dificultaba el pago de servicios y honorarios. Actualmente, es en una sola cuota a los municipios o universidades (100% del total de recursos) y para organismos privados (corporaciones, fundaciones) en dos cuotas de 80% y 20%. Para conseguir este financiamiento se requiere de postulación de forma anual, el cual se realiza a inicio de cada año.

El ingreso per cápita es de \$51.124, el cual no ha sido modificado en los tres años de ejecución. Anualmente es discutido el presupuesto de los Ceditam. Además, de este monto cada ejecutor puede aportar los recursos financieros que considere conveniente, por lo que existen diferencias en los presupuestos con los que opera cada Ceditam.

El año 2013 ingresó a la Cámara de Diputados un proyecto de ley que crea un fondo concursable de apoyo al adulto mayor (Boletín N° 9156-32), que permitiría el financiamiento de servicios de apoyo para los centros diurnos. Sin embargo, esta iniciativa se encuentra actualmente en segundo trámite constitucional en el Senado, sin actividad desde octubre de 2015.

3 En 2013, se realizó una evaluación piloto por la Comisión Permanente de la Red Intergubernamental Iberoamericana de Cooperación Técnica que mostró una gran preocupación en la Dirección del Senama por la formación de los profesionales que trabajan en los Ceditam. Por dicho motivo los expertos entregaron toda la información existente en España sobre cualificaciones profesionales, títulos de formación profesional y certificados de acreditación, relativos a las distintas áreas de intervención social y sociosanitaria.

3. Evaluación crítica de los Ceditam desde la mirada de los coordinadores: fortalezas, dificultades y sugerencias de mejora

Este apartado muestra una síntesis del análisis cualitativo de las entrevistas realizadas a los coordinadores de los Ceditam a nivel nacional.

3.1 Fortalezas percibidas en los Ceditam

3.1.1 Resultados y logros

Percepción de un impacto positivo de los Ceditam en el bienestar de las PM. Estaría sustentada en la mejora de los indicadores de bienestar de la población atendida, a partir del apoyo y ayuda brindada en los centros. Esta mejora, vinculada a la estadía de los PM en estos Centros Diurnos, se observaría en tres niveles:

- Bienestar físico y salud: se observan mejoras o mantención en los niveles de funcionalidad de los PM y en otros ámbitos de su salud (tales como incrementos en indicadores de salud cardiovascular, reducción de “polifarmacia”, entre otros).
- Bienestar psicológico y emocional: mejora en el bienestar subjetivo, con avances en ámbitos más anímicos y de calidad de vida.
- Bienestar social: se evidencia en los usuarios mejoras en el ámbito de la inclusión y adaptación social, mostrándose los PM más dispuestos a interactuar en contextos sociales y a participar de la oferta programática de las diversas instancias comunales (no solo en los talleres de los Ceditam); superando en muchos casos experiencias de aislamiento social y empobrecimiento de redes.

Reconocimiento de una alta calidad en el servicio entregado a las PM.

Se enfatiza en torno a la percepción de la entrega de un servicio de calidad, una imagen bastante positiva de sí mismos como equipos intervinientes, reconociendo un nivel de compromiso y dedicación al trabajo con PM, que estaría influyendo en la “alta” calidad del servicio entregado. Aparece en algunos un importante compromiso ético y vínculo emocional con la población de PM que atiende, lo que se manifiesta en preocupación por su bienestar, en la búsqueda activa para favorecer su integración a redes de apoyo comunal, en actividades de seguimiento y capacitación, entre otras.

Favorable recepción y evaluación desde las PM hacia los Ceditam. Se expresa una alta valoración de los mismos. La positiva demanda, participación y deseo de dar continuidad a su estadía en los Ceditam, por parte de sus usuarios, también sería un indicador de los buenos resultados alcanzados por estos programas.

3.1.2 Trabajo en red. Visibilidad y reconocimiento de los Ceditam a nivel comunal

Adicionalmente, se destaca como una fortaleza en el funcionamiento e implementación de los Ceditam el contacto y articulación que han ido generando en sus trayectorias con otras instancias y servicios comunales. Esta estrategia activa por parte de los coordinadores y equipos profesionales, se visualiza como clave para aumentar, mejorar e incorporar nuevos recursos (humanos y materiales) en la atención con las PM. Esto se hace clave en la medida que los consultados reconocen importantes limitaciones financieras en los presupuestos para el funcionamiento de los centros.

Se identifican tres variables que han ido contribuyendo a que los Ceditam se vayan instalando como un actor y referente en la red comunal de atención a la PM: (i) la pertenencia o estrecha relación a la red de salud comunal y a otros servicios de atención municipal en cada comuna donde están los Ceditam, (ii) la ubicación estratégica que en general tienen los Ceditam en sus comunas, generalmente cercanos o “adosados” a otros servicios comunales relevantes (centro “cívico” comunal: municipalidad, Cesfam, CCR, hospitales, carabineros, etc., y (iii) la apertura y trabajo a nivel comunitario de los Ceditam, prestando servicios de apoyo y capacitación en temáticas relacionadas con PM, ayudando a reforzar su presencia y valoración a nivel de redes comunales.

3.1.3 Recursos humanos: dotación y perfil

Si bien no es un ámbito que emerge espontáneamente como fortaleza, al indagar en esta dimensión evaluativa, la mayoría de los entrevistados dan cuenta de una mirada favorable, destacando dos ámbitos en relación a los recursos humanos que trabajan en los Ceditam:

Dotación o cantidad adecuada de profesionales. De modo de atender las necesidades de los usuarios, considerando para ello la existencia de un equipo “base” (mínimo), desde lo exigido por Senama. Tras esta percepción, hay que tener en cuenta que la evaluación de estos consultados se basa en una mirada con “criterio de realidad” en cuanto a las posibilidades presupuestarias con las que se cuenta para la contratación de profesionales: con los recursos financieros que se tienen, se logra articular un equipo “suficiente” para atender a las PM. Se suma a ello, el hecho de que algunos coordinadores también señalan que la dotación actual de profesionales es mayor a lo que se puede financiar desde los fondos Senama, pero que logran sumar esas horas profesionales a partir del apoyo financiero y de recursos humanos que brindan a sus centros otras instancias de la red comunal (facilitado muchas veces por su codependencia institucional).

Perfil de equipos profesionales adecuados a las necesidades de salud y psicosociales de las PM. Se destaca una formación profesional-universitaria en la mayoría del personal, adecuada a las necesidades de la población que se atiende. En algunos casos, se destaca un entrenamiento adicional en temáticas particulares vinculadas a la etapa de la adultez mayor (atención gerontológica, gerontología social) y/o experiencia previa de trabajo con este grupo. En este contexto, en la mayoría de los coordinadores consultados, se reconocen instancias de capacitación al recurso profesional que trabaja en los Ceditam, siendo principalmente “autogestionadas” desde los mismos centros. Por último, en cuanto a actividades de autocuidado, no aparecen como una fortaleza en el funcionamiento de los equipos actuales.

3.1.4 Infraestructura y equipamiento

Si bien no es un ámbito que surja espontáneamente como una fortaleza, al consultar por esta dimensión, se levanta una evaluación favorable, reconociendo un nivel de equipamiento físico y capacidad espacial adecuados para atender los requerimientos de las PM en sus centros. Básicamente, se destacan: espacios de buen tamaño y con cantidad suficiente de salones para prestar todos los servicios y realizar los talleres, equipamiento confortable, atractivo, y espacios acondicionados al perfil de las PM que se atiende.

3.1.5 Diversidad de enfoques de trabajo en los Ceditam

Como un aspecto más puntual dentro de las fortalezas observadas en el funcionamiento e implementación de los Ceditam, los profesionales destacan particularmente dos enfoques de trabajo. Por una parte el enfoque clínico, donde todas las acciones y actividades dirigidas a las PM buscan documentar los resultados clínicos para demostrar, a nivel central (Senama), los cambios y mejoras experimentados, dando cuenta también con ello que, desde esta estrategia de trabajo en su equipo, los Ceditam pueden incluso disminuir los costos a la red de salud que significan las múltiples atenciones dirigidas a esta población. Por su parte, el enfoque comunitario señala la relevancia de la vinculación afectiva entre el centro y sus usuarios, transformándose en un espacio de encuentro entre PM, en un ambiente de acogida desde los profesionales que allí trabajan. Es así como se visualiza al centro no solo como una oferta de talleres, sino también como un lugar de socialización.

3.2 Dificultades percibidas en los Ceditam

Desde el análisis, se identifica un gran ámbito de cuestionamiento transversal relativo al actual vínculo y coordinación entre los Ceditam y Senama, lo que redundaría en dos ámbitos de dificultades relevantes para el funcionamiento e implementación:

3.2.1 Falta de continuidad y estabilidad en el funcionamiento de los Cediam

Este fenómeno se genera producto del modelo de financiamiento desde Senama (vía postulación por periodos acotados y firma de convenios periódica). Esto surge como una de las barreras más relevantes para la continuidad de los equipos profesionales y de los procesos de atención. Se cuestionan principalmente tres aspectos en torno a esta categoría:

El modelo de financiamiento. La vía de postulación y renovación periódica de convenios obliga a la repostulación permanente.

La inestabilidad de los equipos de trabajo y otras condiciones laborales. La ausencia de contratos a mediano o largo plazo (renovación de convenios) genera situaciones de discontinuidad en el funcionamiento de los centros, como periodos en que deben dejar de funcionar en espera de la aprobación de los recursos. Esto conlleva en ocasiones a la desvinculación de profesionales, o bien instala climas profesionales de alta desmotivación (trabajar sin recibir ingresos, solo motivados por el compromiso personal con sus centros), lo que repercute en la partida de los mismos.

La inestabilidad en los procesos de atención e intervención. Dada la falta de continuidad en el funcionamiento de los centros en espera de la renovación de los convenios con Senama. Se reconoce aquí, transversalmente, un impacto desfavorable para los usuarios, dado que ya han construido un vínculo y cierto grado de dependencia o “demanda” con el Cediam, lo cual, en ocasiones, es abruptamente interrumpido.

3.2.2 Gestión y coordinación desde nivel central de Senama

Al respecto, se muestra una mirada bastante crítica hacia la vinculación y dependencia con este organismo en tres niveles:

A nivel de coordinación y vínculo entre Senama y equipos profesionales de los Cediam. Aquí emerge una crítica, de alto contenido emocional en el discurso, referida a la percepción actual de que Senama plantea una exigencia percibida como unilateral de cumplimiento de formalidades y compromisos desde los Cediam. Ello, además, en un contexto de percepción de trato poco amable hacia los equipos de los Cediam.

A nivel de manejo de información. Los profesionales dan cuenta de barreras en la “bajada” de información desde el nivel central hacia los Cediam, y en la “subida” de retroalimentación desde estos hacia el nivel central. Por ejemplo, se señala desconocer, como equipos profesionales, la utilidad o uso posterior de los informes solicitados y enviados a Senama, las sugerencias técnicas que se plantean en instancias de encuentro regional o nacional, y el no poder acceder a la información global, por ejemplo, sobre los indicadores de resultados de la red de Cediam, entre otros.

A nivel de definiciones conceptuales o criterios. Se percibe una diferencia de criterios entre el nivel central versus el local. Básicamente, aparecen cuestionamientos a ciertas definiciones y lineamientos conceptuales en cuanto a los criterios de ingreso, egreso y puntualmente de tiempo de permanencia en los Cediam.

En cuanto a los criterios de ingreso de adultos mayores, se plantean inadecuaciones a dos niveles, entre criterios Senama y experiencia local, respecto de la evaluación del grado de dependencia de la PM, aspecto determinante para decidir su ingreso o no como usuaria:

- Se considera una dependencia netamente funcional o física versus contemplar otros aspectos referidos al grado de dependencia o estado emocional de las PM.
- Algunos agregan también la ausencia actual de un criterio más preventivo en la definición de ingreso, incorporando como potencial usuaria a un perfil de PM en estado previo a la dependencia leve (“autovalente con riesgo de...”).
- También dan cuenta de cierta inadecuación percibida entre los resultados de las escalas o pruebas (de origen o acuerdo internacional) aplicadas para determinar el grado de dependencia de la PM versus otros criterios de evaluación de orden psicosocial, que consideran factores contextuales más locales.
- Adicionalmente a esta percepción de inadecuación entre criterios Senama y de Cediam, algunos coordinadores plantean la dificultad para lograr captar a PM con este perfil de dependencia leve, dada su ubicación más lejana de los centros cívicos de sus zonas o su menor antigüedad de funcionamiento, tendiendo a captar una mayor demanda de PM autovalentes. Para poder lograrlo surge la necesidad de activar redes comunales (red de salud).

Por su parte, se cuestionan los criterios de egreso de los Cediam, protocolizados también desde el nivel central, pues no se perciben acorde con las características vitales ni del desarrollo del segmento de PM. Algunos profesionales consultados declaran trabajar con un segmento de la población que presenta características del desarrollo que no hacen claramente definible el concepto de “egreso”, dadas dos consideraciones de esta etapa de la vida:

- En general, las PM que ya presentan niveles de dependencia leve se vinculan a rangos etarios donde el deterioro comienza a ser progresivo (“sin vuelta atrás”), requiriendo una atención desde los Cediam permanente en el tiempo, una vez que ya ingresaron.
- Para estos consultados, eventualmente la PM puede superar o mejorar su dependencia leve inicial, pero han ido construyendo un vínculo con los Cediam que los harían personas emocionalmente más sensibles a la dependencia de este tipo de oferta y contexto programáticos.

Finalmente algunos coordinadores ponen foco en el criterio actual de permanencia de seis meses en los Ceditam, percibido como un lapso temporal muy breve para la intervención y mejora que se busca en esta población. Durante ese período de tiempo de atención, no sería posible entonces lograr evidenciar y/o cuantificar resultados.

3.2.3 Infraestructura y equipamiento

No surge como un ámbito de dificultad relevante, a diferencia de los dos ejes anteriores. Sin embargo, frente a la consulta por esta dimensión de la implementación y funcionamiento de los Ceditam, aluden a dos problemas: diferencias en la calidad y tamaño de las dependencias de los Ceditam; y escasez de transporte vehicular para usuarios, sobre todo en ámbitos rurales.

3.3 Sugerencias de mejora desde la mirada de los coordinadores de los Ceditam

3.3.1 Sobre los equipos profesionales de los Ceditam (RR.HH.)

Formación y capacitación. Se releva la necesidad de generar instancias y recursos para capacitar a los equipos en temáticas claves, con el fin de comprender e intervenir con la población de PM (por ejemplo, Gerontología). Si bien se reconocen buenos resultados en el trabajo con PM desde los Ceditam, se plantea como una mejora y optimización del recurso profesional el poder formarse específicamente en aspectos importantes para trabajar con PM, con más conocimientos y herramientas, formando equipos con una mirada socio-sanitaria y ampliando la oferta de intervenciones.

Gestión del autocuidado. Si bien es un ámbito que no surge como necesidad espontánea entre los consultados, al indagar sí se reconoce la importancia de incorporar espacios u horas programáticas para acciones de autocuidado de los equipos en cada centro. Esto cobra especial interés a juicio de algunos profesionales, dado el vínculo emocional y afectivo que tiende a construirse con los usuarios, y el enfrentamiento constante de procesos de pérdida y duelo por el fallecimiento de los mismos. Al respecto, se sugieren iniciativas de capacitación e instancias de trabajo en equipo, como ejemplos de actividades de autocuidado que podrían implementarse.

Incorporar o aumentar horas de algunas especialidades profesionales. Sugerencia referida por algunos coordinadores que expresan la necesidad actual en sus equipos de contar con más horas de profesionales de áreas relevantes para el quehacer y atención integral en los centros. Se menciona el incorporar o aumentar horas de psicólogo, enfermeros, fonoaudiólogo y terapeuta ocupacional, los que van más allá de los equipos “base”.

3.3.2 Visibilización de los Ceditam, sus logros y resultados

Algunos profesionales proponen como un rol del Senama visibilizar a nivel nacional el trabajo, aporte y resultados de los Ceditam.

4. Síntesis de resultados

Se puede observar que el perfil de ingreso, principalmente, se encuentra enfocado en la funcionalidad física y no considera una visión más integral, dado que no incluye aspectos afectivos, cognitivos, sociales (relaciones sociales y participación) ni de bienestar subjetivo o calidad de vida. En una reunión sostenida con los profesionales del Senama, una dificultad mencionada es que han pesquisado una falta parcial de cumplimiento del perfil de ingreso, principalmente en el criterio de la dependencia, es decir, los beneficiarios son autovalentes en las ABVD. Al indagar sobre este tema en las entrevistas realizadas a los coordinadores de los Ceditam, señalan inadecuada la consideración de una dependencia netamente funcional o física versus otros aspectos referidos al grado de dependencia o estado emocional de los adultos mayores. Agregaron, también, la ausencia de un criterio más preventivo en la definición de ingreso.

Del mismo modo, la mayor parte de los talleres tanto obligatorios como sugeridos tienen un enfoque más bien psicosocial; solo en uno su foco es la funcionalidad física (actividad física y prevención de caídas). Por lo tanto, se puede decir que el perfil de ingreso se encuentra en discordancia con los talleres que se realizan. Esto podría explicar el impacto positivo que han tenido los Ceditam en las PM en cuanto a su bienestar subjetivo, empoderamiento y mayor inserción social, referido por los profesionales que trabajan en este programa tanto a nivel del Senama como ejecutores, y por la única investigación realizada en un centro de día en Chile (Araya, Rubio & Herrera, 2016). Además, en este mismo estudio no se encontró ningún cambio en el grado de funcionalidad al egreso, medido a través del índice de Barthel.

Otro punto crítico manifestado por los profesionales del Senama es que, a pesar de contar con algunos lineamientos en relación con el enfoque de trabajo, no todos los Ceditam presentan el mismo. Sin embargo, esta diferencia es referida por los coordinadores, como una fortaleza, mencionando dos enfoques de trabajo: enfoque clínico, donde todas las acciones y actividades dirigidas a las PM tienen por objetivo mostrar cambios y mejoras en los usuarios, documentando esta información a nivel central (Senama); y enfoque comunitario, con una mirada más relacional, donde el centro se transforma en un espacio de encuentro entre PM, no solo como una oferta de talleres sino también como un lugar de socialización.

En las entrevistas realizadas a los coordinadores, surgió la preocupación por la permanencia de seis meses, ya que lo consideraron como un tiempo muy breve para la intervención y, por ende, insuficiente para evidenciar el impacto en la PM. A lo anterior, se agrega que algunos profesionales cuestionaron los criterios actuales de egreso de los Ceditam, pues se perciben no acordes con las características vitales y del desarrollo del segmento de PM. Es así, como el egreso es un momento crítico, tanto desde el punto de vista de los profesionales como de las PM, potenciado por la inexistencia de un trabajo en red de derivación de ingreso ni de egreso con los servicios de salud, servicios comunales u otros ofrecidos.

Referente al equipo profesional, cada Ceditam debe contar con un equipo multidisciplinario. En general, se desprende desde la información recolectada con los profesionales del Senama y los coordinadores, esta formación de equipo es adecuada para atender las necesidades de las PM, teniendo en consideración la limitación en los recursos para incluir otros profesionales, como enfermera o fonoaudiólogo. Junto con ello, algunos expresaron la necesidad de contar con más horas de algunos profesionales, por ejemplo, el psicólogo. Respecto de la formación de los profesionales, no existen requisitos de formación o capacitación formal para ingresar a trabajar a los Ceditam. Así también, una vez que forman parte del equipo interdisciplinario, los coordinadores entrevistados señalaron que no existen capacitaciones ni actualizaciones como requisito para el trabajo con las PM. Sin embargo, Senama organiza Jornadas de Buenas Prácticas como instancia de capacitación, aunque estas no son visualizadas de ese modo por los profesionales. Por último, en cuanto a actividades de autocuidado, en las entrevistas no aparecieron con fuerza como una fortaleza en el funcionamiento de los equipos actuales. Además, se mencionó que no se dispone de presupuesto para este aspecto.

El financiamiento de los Ceditam, considerando el proceso de asignación y entrega de recursos por el Senama, es un tema muy importante y recurrente en las entrevistas realizadas a los coordinadores de los centros. Surge como una dificultad para la continuidad de los equipos profesionales y los procesos de intervención con los usuarios, generando inestabilidad laboral, meses sin pago de sueldos mientras se espera la aprobación de los recursos, lo que provoca en ocasiones la renuncia de los profesionales, generando debilitamiento de los equipos y consecuentemente inestabilidad en los procesos de intervención con las PM.

Propuestas e implicancias de política pública

Propuesta 1: Adecuación del plan de ejecución y funcionamiento de los Ceditam contenido en la Guía de Operaciones de Centros Diurnos

A pesar de que el término funcionalidad se utiliza más comúnmente dentro

de la esfera física, restringido a identificar el grado de independencia o autonomía en la realización de las actividades de la vida diaria (AVBD), es necesario tener presente que la capacidad funcional no solo está influenciada por esta esfera, sino también por su capacidad cognitiva y afectiva, y su entorno social. Por ejemplo, para que la PM pueda realizar una tarea sencilla, va a requerir un mínimo de capacidad física, cognitiva y afectiva o emotiva, además de un entorno que lo permita. Si cualquiera de estos componentes falla, la realización de la tarea será más difícil, alterándose la capacidad funcional. Como ya se mencionó en apartados anteriores, actualmente los Cediam consideran un perfil de ingreso principalmente basado en la funcionalidad desde la esfera física. Sin embargo, se observa que la naturaleza actual de la oferta programática de los talleres impartidos en los centros tiene una orientación más bien psicosocial. Por lo tanto, resulta necesario reformular los criterios de ingreso, con el fin de avanzar a una visión multidimensional (biopsicosocial) de los participantes que no excluya a PM que podrían beneficiarse de su asistencia al Cediam. Para el logro de esto, se plantea la modificación del perfil de ingreso.

Se sugiere que el ingreso de estas al Cediam provenga o sea derivado desde la Atención Primaria de Salud (APS), específicamente, por lo pesquisado en el Examen Médico Preventivo del Adulto Mayor (EMPAM), desde dos condiciones:

1. Diagnóstico Funcional del Adulto Mayor (EFAM): es un elemento predictor de la pérdida de funcionalidad de la PM, permitiendo detectar de forma integral los factores de riesgo de la PM que vive en la comunidad. Serían prioritarias de ingreso al Cediam, las PM categorizadas como “en riesgo de dependencia” y, en segunda opción, “autovalentes con riesgo”. La incorporación de este segundo grupo agrega un enfoque preventivo a este servicio sociosanitario, lo que podría idealmente detener el proceso de deterioro funcional, disminuyendo el número de PM con dependencia leve, dado que serían abordados en los Cediam en etapas anteriores.
2. En caso de personas que puedan presentar una discapacidad, por ejemplo, usuarios de sillas de rueda con secuelas de un accidente cerebro vascular o personas ciegas, se debe aplicar el índice de Barthel. Se derivarán al Cediam las PM con dependencia leve. Sin embargo, es necesario considerar la evaluación del estado cognitivo, ya que un criterio de exclusión para el ingreso es obtener un puntaje compatible con signos sugerentes de demencia o un deterioro cognitivo.

En su implementación, esto no generaría mayores recursos económicos, pero requiere de la incorporación de un trabajo articulado y en red entre los Centros de Salud Familiar (Cesfam) y los Cediam, lo cual es factible de realizar, debido a que gran parte de sus ejecutores son municipalidades. Por

lo tanto, solo se requeriría una coordinación a nivel local. Además, es importante sensibilizar a los profesionales de salud de los Centros de Salud Familiar (Cesfam) sobre la existencia de los Ceditam, cuál es su objetivo y quiénes pertenecen a la población beneficiaria de este dispositivo, a través de la difusión a nivel local.

Así también, en la línea de los talleres incluidos, se considera que presentan una orientación adecuada. Sin embargo, sería importante incorporar uno a dos talleres referidos a la esfera física de la funcionalidad, nuevamente para tener una visión más integral de esta, considerando los factores que la impactan. A continuación, se mencionan dos posibles talleres o temáticas:

1. Estilos de vida saludable y automanejo de las condiciones crónicas de salud: si se quiere impactar en la funcionalidad de las PM, es importante considerar que existen factores que influyen en esta, descritos en múltiples investigaciones, como la presencia de enfermedades crónicas, la polifarmacia y la autopercepción del estado de salud. Consecuentemente, es necesario incluir al menos un taller que aborde estas temáticas, que apoyen y potencien el trabajo realizado en la APS con personas con patologías crónicas, provocando una sinergia positiva.
2. Fortalecimiento en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVB): estas actividades le permiten a la PM más independencia y autonomía, participando activamente en la sociedad. Se debe potenciar la capacidad para hacer compras y el manejo del dinero, preparar la comida, usar los medios de transporte, el teléfono o celular y la responsabilidad respecto a su medicación.

Un aspecto positivo de los talleres actuales y que es necesario mantener se refiere a los lineamientos para la ejecución en cada Ceditam, que incluyen para cada taller los siguientes aspectos: objetivo, población objetivo, ejecutor, rendimiento y frecuencia, periodo, número de participantes y contenidos y prestaciones generales. Se sugiere trabajar fuertemente en la estandarización de la forma en que se llevan a cabo, considerando dos aspectos esenciales: la experiencia de los equipos que los realizan y la evidencia científica disponible respecto del tema.

Las modificaciones a los talleres no requieren de recursos económicos extras. Los profesionales del Senama tendrían la tarea de crear los lineamientos para los nuevos talleres y los equipos de los Ceditam –en conjunto con el Senama– podrían trabajar en la estandarización de la mejor forma operativa de realizarlos.

Referente a la diferencia de enfoques del trabajo en los Ceditam que surgió de la información entregada por los coordinadores de los centros, ambos

tienen que conjugarse para mantener su propósito y objetivo, siguiendo la misma visión planteada en esta propuesta: avanzar hacia una mirada más integral de las PM.

En relación con el tiempo de intervención con las PM en los Ceditam, la literatura describe que para que una intervención sociosanitaria tenga algún impacto debe ser de al menos seis meses, lo cual en este caso se cumple. Sin embargo, es necesario considerar las particularidades de las PM que asisten, por ejemplo, aquellas de zonas rurales solo asisten una vez a la semana, en contraparte con las de zonas urbanas que lo hacen tres veces a la semana. Por lo tanto, el periodo disponible para participar de las distintas actividades del centro no es el mismo y el efecto o impacto, tampoco. Además, es importante considerar que, durante este tiempo, la PM podría presentar episodios de enfermedad o incluso hospitalización. Es así como se debe seguir considerando un periodo no menor a seis meses e, idealmente, un año.

Finalmente, el egreso emergió como un momento crítico en los Ceditam. Es preciso contar con un programa de desvinculación asistida, que entregue herramientas que permitan a las PM integrarse a la comunidad y que favorezca la articulación con otros servicios, con la finalidad de potenciar o mantener lo desarrollado durante el periodo de intervención. Esto se encuentra sustentado en evidencia científica, ya que se ha descrito que la participación social se asocia con una mejor funcionalidad y calidad de vida. Se plantea desarrollar algunos elementos que podrían favorecer este proceso de egreso:

1. Creación de un protocolo de egreso con etapas definidas, que vaya preparando a la PM para su egreso. Es importante que este también considere aspectos psicológicos de la desvinculación de los profesionales hacia las PM.
2. Continuar el taller “Autoestima, autonomía y autogestión comunitaria”, incorporado desde este año, que prepara a la PM para su egreso y para conectarla con la comunidad. Además, realizar una evaluación a corto plazo que permita identificar si se produce algún cambio en la forma de enfrentar el egreso por parte de las PM.
3. Conocer los servicios disponibles para las PM a nivel local, incluyendo una lista de estos con sus respectivos encargados, que les permita saber cuál es la oferta y cómo pueden acceder a ella.

Es muy importante mencionar que algunas de estas modificaciones han sido consideradas para el funcionamiento actual y futuro de los Ceditam, ya que el inicio de este proyecto coincidió con una etapa de autoevaluación desde el Senama.

Propuesta 2: Formación y capacitación del equipo profesional

Una de las fortalezas actuales de los Ceditam radica en la interdisciplinariedad de los profesionales que conforman el equipo de trabajo. Esto permite una mirada de las PM desde un enfoque biopsicosocial, entregando a la vez un servicio que integra distintas áreas para responder a las necesidades de los usuarios.

En este sentido, sería prudente evaluar la posibilidad de incorporar otros profesionales como enfermeros o fonoaudiólogos; esto apoyado en la experiencia internacional⁴ y en lo recabado en las entrevistas a los coordinadores.

Ahora bien, dada las características particulares del grupo etario con el cual se trabaja, la interdisciplina, si bien es necesaria, no es suficiente. Al respecto, se requiere que todos los profesionales que trabajan en un Ceditam tengan una visión y formación especializada en aspectos gerontológicos, con la finalidad de asegurar cuidados de alto estándar a las PM y sus cuidadores. La falta de capacitación puede llevar a incurrir en errores en las intervenciones o cuidados entregados. Como mecanismo compensatorio a esta capacitación formal para ingresar a trabajar en un Ceditam, se debe solicitar al menos un año de experiencia con PM y considerar el periodo de formación durante en los primeros 12 meses de trabajo. Para financiar esta capacitación, lo ideal sería contar con un apoyo económico para el profesional, ya sea desde Senama —a través de la postulación a un fondo que aporte un porcentaje de subvención (por ejemplo, un 20 %)— o desde el mismo organismo ejecutor. De esta manera, además se lograría asemejar, en este punto, la dotación de profesionales que entregan atención a las PM en los Ceditam.

Otro aspecto importante que surge desde los hallazgos de la investigación cualitativa realizada es la necesidad de crear instancias de capacitación para el autocuidado del equipo profesional. Estas pueden ser variadas, tales como:

1. Jornadas sobre estrategias generales de autocuidado: manejo del estrés, relaciones sociales y conflictos, recreación y manejo del tiempo libre, ejercicio y alimentación saludable, entre otros. Estas debieran tener una duración de al menos medio día.
2. Instancias para conversar y reflexionar, dentro del equipo, en un ambiente protegido, sobre las vivencias y emociones que genera trabajar con PM, ya que, el contacto a diario con dicho grupo etario, inevitablemente moviliza la concepción y proyección del propio envejecimiento.

⁴ La Sociedad Americana de Geriátrica apoya el cuidado interdisciplinario de las PM por las siguientes razones: la complejidad de cuidados de las PM, ya que presentan necesidades médicas, sociales, psicológicas y funcionales diferentes a los adultos jóvenes y medios; la mejora del proceso de salud y los resultados en los síndromes geriátricos, que pueden observarse en los distintos servicios sociosanitarios; y la disminución de la utilización de servicios y, con ello, el costo sanitario.

3. Aumentar el número de encuentros nacionales de los profesionales que trabajan en los Ceditam, con el fin de compartir experiencias, dificultades, desafíos y recursos que han resultado exitosos.

Esta propuesta de capacitación cobra mayor sentido —y tiene más probabilidades de ser fructífera— si se ofrece en un contexto donde el financiamiento de los Ceditam esté garantizado por un período más prolongado, que procure una disminución de la rotación del recurso humano.

Propuesta 3: Asegurar el financiamiento

Un tema transcendental para que este programa de Ceditam siga funcionando de forma exitosa es resurgir el proyecto de ley que crea un fondo concursable de apoyo directo al adulto mayor (Boletín N° 9156-32), que asegure los recursos financieros para un adecuado funcionamiento. Sin embargo, es necesario remirar los montos solicitados en este fondo, debido al tiempo transcurrido y considerando la experiencia de estos años de trabajo de los Ceditam. Contar con este recurso financiero de manera permanente facilitaría dar mayor continuidad a la ejecución de los proyectos, al estar apoyados por una estructura administrativa y financiera mayor, asumiendo con ello una mayor disponibilidad y distribución de recursos a nivel nacional.

Un estudio realizado por la consultora Zagreb en el año 2016, encargado por el Ministerio de Desarrollo Social, mostró que el mayor gasto para funcionamiento de los Ceditam es el recurso humano, asignándose un 68,6% del gasto total. Los otros costos informados son gastos recurrentes (17,1%), infraestructura (11,5%) y equipamiento (2,8%). Además, el costo promedio por usuario fue de \$283.410 por mes.

Es importante no perder de vista que desde sus inicios los Ceditam fueron pensados a través de una subvención y resulta imposible —por el gran gasto que significaría— subvencionar la totalidad. Por lo tanto, se plantea como un mecanismo de asegurar la calidad del servicio entregado, que la subvención del Senama asegure el recurso financiero para la contratación de los profesionales. Esta iniciativa es una idea que surgió en las reuniones con el encargado de los Ceditam a nivel nacional, quien menciona que se está evaluando la posibilidad de crear un fondo concursable para este aporte financiero. En esta figura, el organismo ejecutor asumiría los otros costos asociados al funcionamiento.

Así también, las autoras de este proyecto plantean que esta asignación de recursos tenga una duración de al menos dos años, obviamente con evaluaciones periódicas del funcionamiento, tal como se solicita actualmente. Esto

permitiría la continuidad del proyecto, mayor estabilidad laboral, contar con los profesionales capacitados para atender a las PM y, finalmente, asegurar la calidad del servicio, ya que es lo mínimo necesario.

Un último punto a mencionar, si bien se conoce que los recursos son limitados, si se desea que toda la población mayor que podría participar de los Ceditam, pueda hacerlo, es necesario considerar la implementación de un aporte diferenciado para las zonas rurales que asegure que las PM de estas zonas con difícil acceso a los CEDIAM se beneficien de este dispositivo.

Propuesta 4: Plan de mejora de la gestión y coordinación: Senama y Ceditam

Los resultados muestran dificultades percibidas a nivel de gestión o administración, coordinación o relación, e información y lineamientos conceptuales. En toda organización, el clima organizacional tiene directa relación con la motivación, satisfacción y, finalmente, con el desempeño de los trabajadores. De allí la importancia de que exista una política explícita para mejorar este aspecto. Al respecto, se sugiere lo siguiente:

1. Mejorar la comunicación desde nivel central hacia los Ceditam y viceversa. Para ello, se propone, por ejemplo, implementar reuniones cortas, regulares y semanales dentro de cada Ceditam, para discutir, en un ambiente de acogida, aspectos como: objetivos de la semana, revisar los de la semana previa, proyectos, desafíos, problemas y soluciones. Los aspectos centrales que resulten de estas reuniones debieran ser comunicados por los coordinadores a las autoridades de nivel central, directamente en reuniones planificadas (al menos cada dos meses), en las que se construyan soluciones colaborativas y consensuadas. Esas instancias permitirían, por una parte, que los trabajadores comprendan el propósito de los cambios a implementar y por otra, que se sientan considerados e incluidos en las decisiones que involucran el desarrollo de los Ceditam.

Así también, continuar manteniendo una reunión nacional de Ceditam al menos una vez al año, donde el Senama presente los resultados cuantitativos, objetivados a través de la aplicación de instrumentos de VGI que se les solicita al ingreso y egreso de las PM, y donde los profesionales tengan un espacio de retroalimentación de resultados y aprendizaje de buenas prácticas.

2. Mejorar la claridad de los aspectos administrativos. Ello implica comunicar de manera clara y oportuna los tiempos de espera de resoluciones administrativas, las dificultades que se presentan en los procesos de gestión, etc. Además, se deben establecer reglas claras respecto de temas que influyen en la carga de trabajo, por ejemplo, el número máximo de PM por profesio-

nales existentes en los Ceditam o la cantidad de documentación requerida. Finalmente, aspectos más simples deben ser regulados, como el tiempo de aviso para coordinar reuniones o asistir a eventos, solicitudes por e-mail durante los fines de semana, entre otros.

3. Mejorar el sistema de apoyo y acompañamiento a los profesionales de los Ceditam. Además de la formación de los profesionales, es necesario que, en las reuniones periódicas de Senama y coordinadores, se explicita la existencia limitada de recursos y se exploren en conjunto formas de optimizar los existentes o buscar adicionales en las redes locales, y se reconozcan las contribuciones y experticias individuales de los profesionales y de cada Ceditam (como grupo) dentro del objetivo común de mejorar la calidad de vida de las PM (por ejemplo, a través de diplomas, ceremonias).

Esta propuesta solo puede concretarse en la medida que se implemente en conjunto con una política que permita una mayor estabilidad en las contrataciones de los profesionales de los Ceditam.

Conclusiones y proyecciones

En este estudio se evaluó de manera crítica la implementación y funcionamiento del programa de Ceditam del Senama a tres años desde su inicio, identificando fortalezas y aspectos por mejorar. Asimismo, se propusieron acciones de mejora que a futuro permitirían asegurar el estándar del servicio entregado, como una forma de aumentar la funcionalidad y, así, impactar positivamente en la calidad de vida de las personas mayores que asisten.

La revisión de los documentos existentes sobre el funcionamiento de los Ceditam permitió dar cuenta de la discrepancia entre el perfil de ingreso (que apunta a la evaluación de la dependencia física) y los talleres obligatorios realizados (enfocados mayoritariamente en aspectos psicosociales). También fue posible mirar otros ámbitos como, por ejemplo, el egreso de las PM, la conformación de los equipos profesionales y el financiamiento.

De la revisión de la experiencia internacional, se destaca el efecto positivo que se ha encontrado en la salud física de las personas mayores de los programas de ejercicios ofrecidos en los centros de día, existiendo resultados disímiles en cuanto a variables como desempeño cognitivo, calidad de vida e institucionalización.

La utilización de una metodología cualitativa permitió develar las fortalezas y debilidades desde la perspectiva de los coordinadores de los Ceditam. Las fortalezas radican principalmente en el impacto positivo observado en las PM, el reconocimiento de la entrega de un servicio de calidad, el posicionamiento como parte de la red comunal de atención a este grupo etario,

la infraestructura y la dotación de profesionales apropiadas e idóneas, y la existencia de diversidad en los enfoques de trabajo (clínico y comunitario). En cuanto a las debilidades, se señalan la falta de continuidad y estabilidad en el funcionamiento de los Ceditam (producto del modelo de financiamiento que los regula) y la falta de coordinación entre el Senama y los Ceditam, en los criterios conceptuales y gestión, propiamente tal.

Todo este proceso de recolección de información entregó una mirada completa y exhaustiva del actual funcionamiento de los Ceditam, lo cual permitió formular la propuesta para su ejecución y seguimiento, adecuada a la realidad local, considerando los recursos humanos y materiales.

Finalmente, se puede concluir que, tal como se muestra a nivel internacional y a nivel nacional, los Ceditam se visualizan como un excelente dispositivo para impactar en la funcionalidad y la calidad de las PM, mostrando ser programas beneficiosos desde la perspectiva de los profesionales y de las PM que asisten a ellos. A nivel nacional, se debe avanzar en sociabilizar y difundir los resultados y logros desde el inicio hasta hoy (cuatro años), lo que es muy necesario para gestionar de manera más eficiente los fondos y presupuestos, y evitar altos costos.

La inversión en este dispositivo y otros se justifica, principalmente, por el carácter de necesidad, dado el aumento progresivo de la población de PM en Chile, y por la conveniencia económica que podría tener para el Sistema de Salud, bajando los costos asociados a las atenciones en las PM, debido al enfoque preventivo de los Ceditam.

Si bien los Ceditam son una excelente estrategia, no se debe olvidar que solo está dirigida a un grupo restringido de PM, por lo tanto, se debe avanzar hacia la creación de una nueva política pública que plantee la instalación progresiva de un Modelo de Cuidado Integral para las PM, considerando todas las necesidades de estas personas y sus cuidadores, y que, además, asegure el acceso universal a las prestaciones requeridas. Este modelo, a partir de los grados de dependencia, derivaría a la PM a la prestación más adecuada:

- Personas autovalentes sin riesgo: trabajo directo en los Centros de Salud de Atención Primaria a través de la inclusión al programa “Más Adultos Mayores Autovalentes”. Valoración constante a través del EMPAM y manejo de sus patologías crónicas de base.
- Personas autovalentes sin riesgo, en riesgo de dependencia o dependencia leve: derivación a los Ceditam. Valoración constante a través del EMPAM y manejo de sus patologías crónicas de base en su Centros de Salud de Atención Primaria.

- Personas con dependencia moderada: centros de día referenciales del Senama, derivación a programa de atención domiciliaria de los Centros de Salud de Atención Primaria, entre otros.
- Personas con dependencia severa: derivación a programa de atención domiciliaria de los Centros de Salud de Atención Primaria, cuidados domiciliarios del Senama o ELEAM, en caso necesario.
- Personas con demencia: prestaciones entregadas por el plan de demencia impulsado por el Ministerio de Salud desde junio de 2017.

La creación de dicha política pública debiese ser un trabajo colaborativo de los organismos involucrados en el cuidado de las PM, como Senama, Ministerio de Desarrollo Social y Ministerio de Salud.

Este modelo permitiría entregar un cuidado integral, de acuerdo a los grados de dependencia y el deterioro cognitivo con su correcta derivación, con intervenciones que potencien la mantención de la autonomía, moderen el avance de la pérdida de la capacidad funcional y mejoren la calidad de vida, tanto de las PM como de sus familias.

Referencias

- Anderson, K.A., Dabelko-Schoeny, H.I. & Tarrant, S.D.,** 2012. A constellation of concerns: Exploring the present and the future challenges for adult day services. *Home Health Care Management & Practice*, 24, pp. 132-139.
- Alves Apóstolo, J., Cardoso, D., Paul, C., Rodrigues, M.A. & Macedo, M.S.,** 2016. Effect of cognitive stimulation in elderly community. *Enfermería clínica*, 26, pp. 111-120.
- Araya, A., Rubio, M., Herrera, M.S.,** 2016. Resultados investigación FONIS Centros de atención diurna para PM frágiles: Evaluación de la funcionalidad, bienestar subjetivo y aceptabilidad social de las personas mayores y sus cuidadores. (documento no publicado).
- Avia, M.D., Martínez-Martí, M.L., Rey-Abad, M., Ruiz, M.A. & Carrasco, I.,** 2012. Evaluation of a positive life review programme in two samples of elderly people. *Revista De Psicología Social*, 27, pp. 141-156.
- Chang, A.K., Park, Y.H., Fritschi, C. & Kim, M.J.,** 2015. A Family Involvement and Patient-Tailored Health Management Program in Elderly Korean Stroke Patients' Day Care Centers. *Rehabilitation Nursing*, 40, pp. 179-187.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL),** 2008. *Envejecimiento y Desarrollo en América Latina y el Caribe*.
- Fernández, M.D., Hernández, J.D., Gutiérrez, J.M., Escuela, M.R. & Fino, E.R.,** 2017. Using communication and visualization technologies with senior citizens to facilitate cultural access and self-improvement. *Computers in Human Behavior*, 66, pp. 329-344.

- Ferreira, S., Torres, A., Mealha, O., & Veloso, A.**, 2015. Training effects on older adults in information and communication technologies considering psychosocial variables. *Educational Gerontology*, 41(7), pp. 482-493.
- Fujita, T., Ito, A., Kikuchi, N., Kakinuma, T. & Sato, Y.**, 2016. Effects of compound music program on cognitive function and QOL in community-dwelling elderly. *Journal of physical therapy science*, 28, pp. 3.209-3.212.
- Iecovich, E. & Biderman, A.**, 2012. Attendance in adult day care centers and its relation to loneliness among frail older adults. *International psychogeriatrics*, 24, pp. 439-448.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE)**, 2014. *Actualización de Proyecciones de Población 2002-2020*.
- Jarrott, S. & Ogletree, A.M.**, 2016. Adult Day Services Outcomes: Delphi Review of an Integrated Participant Assessment System. *Journal of Applied Gerontology*.
- Kelly, R., Puurveen, G. & Gill, R.**, 2016. The effect of adult day services on delay to institutional placement. *Journal of Applied Gerontology*, 35, pp. 814-835.
- Lin, S.F., Sung, H.C., Li, T.L., Hsieh, T.C., Lan, H.C., Perng, S.J. & Smith, G.D.**, 2015. The effects of tai-chi in conjunction with thera-band resistance exercise on functional fitness and muscle strength among community-based older people. *Journal of clinical nursing*, 24, pp. 1.357-1.366.
- Matus-López, M.**, 2015. Pensando en políticas de cuidados de larga duración para América Latina. *Salud colectiva*, 11, pp. 485-496.
- Motalebi, S.A. & Loke, S.C.**, 2014. Efficacy of progressive resistance tube training in community dwelling older adults: a pilot study. *International Journal of Gerontology*, 8, pp. 213-218.
- Nakano, H., Nozaki, M., Ueta, K., Osumi, M., Kawami, S. & Morioka, S.**, 2013. Effect of a plantar perceptual learning task on walking stability in the elderly: a randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation*, 27, pp. 608-615.
- Organización Mundial de la Salud (OMS)**, 2002. Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española Geriatria y Gerontología*, 32, pp. 74-105.
- Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC)**, 2011. *Chile y sus mayores: resultados Segunda Encuesta Nacional Calidad de Vida en la Vejez*.
- Prado González, S.**, 2013. *Introducción teórica general a los centros de día*.
- Sánchez-Ponce, G.** (s.f.) *El equipo interdisciplinar*.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama)**, 2013. *Programa Centros de Día*. (documento no publicado).
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama)**, 2015. *Guía de Operaciones Centros Diurnos*.

Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama), 2016. *Guía de Operaciones Centros Diurnos*.

Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama), 2017. *Guía de Operaciones Centros Diurnos*.

Shahbazi, M., Foroughan, M., Rahgozar, M. & Roghani, R.S., 2016. Effects of adult day care services on disability in older persons: Evaluation of a designed service package in Iran. *Journal of rehabilitation medicine*, 48, pp. 719-724.

Torrado, A.M., Sánchez, L., Somonte, R., Cabrera, A.M., Henríquez, P.C. & Lorenzo, O., 2014. Envejecimiento poblacional: una mirada desde los programas y políticas públicas de América Latina, Europa y Asia. *Revista Novedades en Población*, 10, pp. 18-29.

W Creswell, J., 2009. *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. SAGE Publications, Incorporated.

Anexo

TABLA 1. **Cediam en funcionamiento al año 2017**

Región	Comuna	Cupos (usuarios/centros)	Estado
Coquimbo	La Serena	60	Desde 2014
Valparaíso	El Quisco	50	Desde 2015
	San Felipe	50	Desde 2014
O'Higgins	Quinta de Tilcoco	45	Desde 2015
	Peumo	40	Desde 2015
Maule	San Clemente	90	Desde 2014
Bío Bío	Tucapel	50	Desde 2013
Araucanía	Curarrehue	50	Desde 2014
	Padre las Casas	90	Desde 2014
	Victoria	26	Desde 2014
	Loncoche	60	Desde 2016
Los Ríos	La Unión	50	Desde 2014
Los Lagos	Hualaihué	50	Desde 2015
	Los Muermos	63	Desde 2014
	Frutillar	80	Desde 2014

Región	Comuna	Cupos (usuarios/centros)	Estado
Magallanes	Punta Arenas	63	Desde 2015
Metropolitana	Quinta Normal	50	Desde 2014
	San Miguel	66	Desde 2014
	Recoleta	63	Desde 2015
	La Reina	100	Desde 2013
	Renca	72	Desde 2014
	Puente Alto	90	Desde 2013
	Independencia	90	Desde 2014
	Melipilla	90	Desde 2014
	Cerro Navia	90	Desde 2014
	Huechuraba	63	Desde 2014
	La Granja	90	Desde 2014

Fuente: elaboración propia.