



# Levantamiento de Catastro de Residencias para personas en situación de discapacidad y dependencia en el territorio nacional

	<b>SENADIS</b> Ministerio de Desarrollo Social
Gobierno de Chile	



**APCA**  
Chile



**egp**  
[www.egp.cl](http://www.egp.cl)



## **Levantamiento de Catastro de Residencias, para personas en situación de discapacidad y dependencia en el territorio nacional**

Citación: SENADIS (2018) Levantamiento de Catastro de Residencias para personas en situación de discapacidad y dependencia en el territorio nacional. Santiago.

Elaborado por las consultoras EGP Consultores Ltda. y APCA CHILE SpA. bajo el régimen de unión temporal de proveedores, bajo la dirección y colaboración del siguiente equipo principal:

Pablo García González, Economista  
Mónica Alvear Alzugaray, Socióloga  
Paulina Saavedra Sánchez, Socióloga  
Francisca Gallegos Jara, Socióloga  
Álvaro Salazar López, Economista

Publicación del Departamento de Estudios  
Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS)  
Catedral 1575, piso 1  
Santiago de Chile, septiembre de 2018  
[www.senadis.cl](http://www.senadis.cl)  
Santiago de Chile  
Agosto 2018



# ÍNDICE

<b>I. Introducción</b>	<b>1</b>
<b>II. Marco conceptual de la consultoría</b>	<b>3</b>
Chile, como miembro de organismos internacionales	4
Desde la institucionalización a la garantía de cuidado y apoyo	7
<b>III. Enfoque metodológico</b>	<b>9</b>
Objetivos del Proyecto	9
Descripción del trabajo de campo	10
Diseño de Instrumento aplicado en las Residencias	14
Residencias en comunas fuera de muestra	21
Aprendizajes del Trabajo de campo	22
<b>IV. Principales resultados</b>	<b>26</b>
4.1 Panorama general de la discapacidad institucionalizada	26
4.2 La residencia y sus características	27
4.2.1 Ubicación territorial de las residencias	28
4.2.2 Tipo de residencia y administración	31
4.3. Las instituciones y las personas que son atendidas	37
4.3.1 Tipos de régimen	37
4.3.2 Cantidad de personas	38
4.3.3 Discapacidad, condiciones permanentes y dependencia	40
<b>V. CONCLUSIONES</b>	<b>43</b>
<b>VI. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>46</b>
<b>VII. Anexos</b>	<b>47</b>
VII.1. Glosario	47
Glosario de conceptos incluidos en el manual de encuestadores:	48
VII.2. Formulario	52
VII.3. Plataforma en Gsuite	58

## I. Introducción

El presente documento corresponde al informe final de la consultoría “Levantamiento de catastro de residencias para personas en situación de discapacidad y dependencia en el territorio nacional” para el Servicio Nacional de la Discapacidad, SENADIS.

En este informe presentamos los distintos elementos que dan cuenta de la ejecución de la consultoría, los aspectos principales del trabajo de campo, los instrumentos utilizados, el proceso de sistematización de información, y los resultados alcanzados. Con satisfacción, el informe da cuenta del logro del catastro de residencias para personas en situación de discapacidad, elaborado en base a la recopilación de información secundaria, visitas presenciales a encargados comunales de programas de discapacidad y posterior etapa de levantamiento de información mediante encuestas presenciales, y demás objetivos planteados al inicio del proceso. En particular, se incluyen los siguientes productos requeridos por Senadis:

- Directorio nacional con listado de residencias para personas en situación de discapacidad en base a recopilación de información secundaria.
- Estrategia de acceso a las residencias ajustada en base al trabajo piloto y validada por la contraparte técnica.
- Base de datos validada de encuestas realizadas en las residencias catastradas a la fecha de realización del informe.

La atención creciente que nuestro país viene brindando a las problemáticas relacionadas con la discapacidad, permite pensar en un futuro de iniciativas y desarrollos cada vez más importantes para el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas en situación de discapacidad, como va ocurriendo también en otros países y sociedades del mundo, a diferentes velocidades, pero en general produciendo cada vez más y mejores soluciones en la materia. En estos procesos resulta siempre clave el rol y presencia de las políticas públicas, ámbito en el cual Senadis cumple un rol central.

Para quienes hemos participado en la ejecución de este proyecto y estudio, un equipo que incluye a dos personas con discapacidad motriz severa, ha sido una motivación constante

y un privilegio el dedicar nuestros esfuerzos a contribuir con la labor del Senadis, y a través de ello a materializar los ideales que este servicio promueve, con los que concordamos plenamente.

El estudio tuvo carácter exploratorio y permitió abordar una dimensión de la discapacidad que no había sido previamente estudiada: la presencia y características de residencias para personas con discapacidad en edad adulta, para diferentes situaciones de discapacidad y dependencia, a lo largo del territorio nacional. Los resultados obtenidos facilitarán tanto el estudio de los servicios requeridos y disponibles para la atención de necesidades de personas adultas en situación de discapacidad, así como una mejor comprensión de los fenómenos subyacentes en materia económica, social y de política pública.

Luego de esta introducción, en la sección II presentamos el marco conceptual que ha orientado la ejecución del proyecto, mientras que en la sección III desarrollamos el enfoque metodológico aplicado en cada una de sus etapas. La sección IV contiene los principales resultados logrados, y la sección V presenta nuestras conclusiones. El informe incluye finalmente una sección de bibliografía y cuatro anexos.

## II. Marco conceptual de la consultoría

El tratamiento de la discapacidad, tanto en nuestro país como en el mundo, ha ido evolucionado, transformándose en una tarea cada vez más relevante y presente en las políticas públicas.

Según la Organización Mundial de la salud: "Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive."

Aunque el número de personas con discapacidad depende de lo que definamos por tal, se estima que la prevalencia de las personas con discapacidad, en el mundo está creciendo. Esto es debido al envejecimiento de la población -las personas mayores tienen un mayor riesgo de discapacidad- y al incremento global de los problemas crónicos de salud asociados a discapacidad.

La discapacidad afecta de manera desproporcionada a las poblaciones vulnerables. Los resultados de la Encuesta Mundial de Salud indican que la prevalencia de la discapacidad es mayor en los países de ingresos bajos que en los países de ingresos más elevados. Las personas en el quintil más pobre, las mujeres y los adultos mayores también presentan una mayor prevalencia de la discapacidad. Las personas con pocos ingresos, sin trabajo o con poca formación académica tienen mayor riesgo de quedar en situación de discapacidad. Los datos de las encuestas a base de indicadores múltiples en países seleccionados ponen de manifiesto que los niños y niñas de las familias más pobres y los que pertenecen a grupos étnicos minoritarios presentan un riesgo significativamente mayor de discapacidad que los demás niños y niñas.

El primer informe mundial sobre la discapacidad, presentado por la OMS en junio de 2011, ofrece un análisis exhaustivo de la discapacidad en el mundo, haciendo uso de datos



recientes en la investigación científica acerca de este tema. Según los datos presentados, más de mil millones de personas en el mundo experimentan la discapacidad en alguna forma, lo que representa un 15% de la población mundial. De éstos, entre 110 y 190 millones de personas enfrentan una situación de dificultad severa, con obstáculos presentes en cada instante de su vida.

Las personas con discapacidad y necesidad de cuidados especiales enfrentan mayores desafíos que las personas que escapan a esta condición, sin embargo, esta condición no debiera ser un obstáculo para el desarrollo integral de las mismas.

La discapacidad de una persona, si bien se puede resignificar, o puede conducir a una adaptación a través del desarrollo de otras capacidades, requiere de atención por parte de las sociedades para el logro de los objetivos de inclusión, integración y plena participación de todos.

### Chile, como miembro de organismos internacionales

La protección de los derechos de las personas con discapacidad, están consagrados internacionalmente por la *Convención de los derechos de las personas con discapacidad*, cuyos principios fundamentales son: el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones y la independencia de las personas. La no discriminación, la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad, el respeto a la diferencia y la aceptación de personas con discapacidad, como parte de la diversidad y la condición humana, la igualdad de oportunidades, la accesibilidad, la igualdad entre el hombre y la mujer, el respeto a la evolución de las facultades de los niños y niñas con discapacidad y de su derecho de preservar su identidad.

En el año 2008 Chile ratificó la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la cual, entre otros aspectos, mandata a los Estados a “reunir información apropiada, incluyendo información estadística y de investigación, que les permita formular e implementar políticas para dar efecto a la presente Convención” (artículo 31 CDPC).

Posteriormente, en el año 2010, al alero de la Ley Nº 20.422, la cual establece normas sobre igualdad de oportunidades de inclusión social de personas con discapacidad, se crea

el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), cuya finalidad es promover la igualdad de oportunidades, inclusión social, participación y accesibilidad de las personas con discapacidad (SENADIS, 2016). Entre las funciones de SENADIS se encuentra: “realizar estudios sobre discapacidad y aquellos relativos al cumplimiento de sus fines, o bien, contratar los que estime necesarios de tal forma de contar periódicamente con un instrumento que permita la identificación y la caracterización actualizada, a nivel nacional y comunal, de la población con discapacidad, tanto en términos socioeconómicos como con respecto al grado de discapacidad que los afectan” (artículo 62, letra i; en SENADIS, 2016).

En este contexto, se generó la necesidad de contar con información actualizada con un renovado marco conceptual y metodológico, acogiendo las recomendaciones de organismos internacionales, y proyectando nuevos desafíos en el marco de una agenda pública con enfoque de derechos.

En concordancia con este mandato, el año 2015 se realizó el II Estudio Nacional de la Discapacidad, con el fin de diagnosticar la realidad social de las personas en situación de discapacidad (PeSD) en el país, para diseñar una estrategia integral para los próximos diez años en el tema de discapacidad y salud mental. Los resultados de este estudio arrojaron que el 16,7% de la población entre 2 y más años se encuentra en situación de discapacidad, es decir 2 millones 836 mil 818 personas. En tanto, el 20% de la población adulta (18 a 59 años) se encuentra en situación de discapacidad (2.606.914 personas) y el 5,8% de la población de 2 a 17 años se encuentra en situación de discapacidad, es decir 229.904 personas, mientras que el grupo de mayor prevalencia considerando la población de 2 y más años corresponde a las personas de 60 años y más con un 38,3%. En resumen, los resultados del estudio muestran que la situación de discapacidad se encuentra vinculada al envejecimiento de las personas y sus ingresos, afectando en mayor proporción a las mujeres. Estas cifras, son concordantes con la prevalencia mundial, y destaca los mismos grupos vulnerables: tercera edad, mujeres y sectores de bajos ingresos.

Estas cifras permitieron actualizar el informe presentado ante el Comité de las Naciones Unidas sobre los derechos de las Personas con Discapacidad. Sin embargo, como resultado del examen realizado a fines de marzo de 2016 en Ginebra, se levantó la necesidad de

completar los datos y estadísticas existentes, incluyendo información sobre personas con discapacidad institucionalizadas.

Por otra parte, el año 2010 Chile ingresa a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). En este contexto, a los países miembros se les insta, especialmente a aquellas naciones económicamente más avanzadas a cooperar en la asistencia a aquellos países en vías de desarrollo. Es por ello que ésta se enfoca principalmente en temas globales como economía, sociedad, desarrollo, finanzas, gobernabilidad, innovación y sostenibilidad, pobreza y desigualdad, entre otros.

La incorporación de nuestro país a esta instancia ha implicado un reconocimiento en la región y a nivel internacional como uno de los países más estables económicamente. No obstante, lo anterior, es sabido que nuestro país presenta importantes desafíos. Entre ellos se destaca la desigualdad y vulnerabilidad. Según la Casen 2015, el decil más rico concentra un 35,2% de los ingresos y 20,9% presenta niveles de pobreza multidimensional<sup>1</sup>.

Esta situación instala la necesidad de acortar las brechas en los distintos ámbitos en que se plantea el diseño de políticas públicas, dentro los cuales se destaca: Salud, Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia; Seguridad laboral y salarial de personas con discapacidad, entre otras.

El 1º de abril de 2018, entra en vigencia la ley N°21.015, que incentiva la Inclusión de personas con discapacidad al mundo laboral, constituyéndose en el último esfuerzo normativo, para el avance de la inclusión e igualdad de oportunidades en materia de discapacidad. Su principal objetivo es promover la inclusión laboral eficaz de las personas con discapacidad en el ámbito laboral público como privados. Esta ley, sumado a la ley N° 20.422, que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social, incorpora incentivos para la aplicación de la incorporación de personas con discapacidad al mundo laboral, en condiciones de igualdad salarial, seguridad laboral e inclusión activa en la actividad económica del país.

---

<sup>1</sup> Ministerio de Desarrollo Social (2017) “Informe de desarrollo social”.

## Desde la institucionalización a la garantía de cuidado y apoyo.

Históricamente, las sociedades occidentales han transitado desde una mirada asistencialista o “paternalista”, hacia una mirada inclusiva, en que el problema de la exclusión social aborda no solo desde el individuo y su entorno cercano (familia, amigos), sino también a nivel institucional (público y privado).

La discapacidad priva no solo a las personas con discapacidad sino al entorno familiar y social, de oportunidades de desarrollar sus actividades y experiencias de vida, lo que muestra otro de los aspectos sociales de esta condición. Cuando una discapacidad afecta a la persona que nace, o la adquiere durante su vida, en alguna medida el entorno cercano es siempre afectado, junto con la persona, en sus oportunidades e inclusión social. El mismo entorno, así como la sociedad, pueden reaccionar a las necesidades de las personas y generar estrategias de participación e integración. Para alcanzar esta integración puede requerirse una gran cantidad de recursos que no necesariamente están disponibles en el entorno cercano, ni convenientemente organizados a nivel social.

Mencionada anteriormente, la Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad, ratificada por Chile en el 2008, hace explícito el derecho a la autonomía personal y vida independiente de las personas con discapacidad. En este contexto el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, insta al estado a promover una concepción de las personas con discapacidad como “sujetos de derechos humanos y no como objetos de caridad”<sup>2</sup>, así como a garantizar su inclusión en la sociedad entera, no solo en el ámbito laboral.

Desde la autonomía en la toma de decisiones, el comité, insta al estado a derogar toda disposición legal que limite parcial o totalmente la capacidad jurídica de las personas con discapacidad adultas, y adoptar medidas concretas para establecer un modelo de toma de decisiones con apoyo que respete la autonomía, voluntad y preferencias de las personas con discapacidad. En este mismo ámbito, el comité presenta su preocupación respecto al internamiento de personas en hospitales psiquiátricos u otro tipo de centros residenciales de larga estadía, por motivo de la deficiencia, por requerimiento de la familia y sin el

---

<sup>2</sup> Naciones Unidas, Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.18 de abril de 2016.  
[http://acnudh.org/wp-content/uploads/2016/04/CRPD\\_C\\_CHL\\_CO\\_1\\_23679\\_S.pdf](http://acnudh.org/wp-content/uploads/2016/04/CRPD_C_CHL_CO_1_23679_S.pdf)

consentimiento libre e informado de la persona afectada, así como prohibir la institucionalización forzada por motivo de la discapacidad.

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad presenta también sus preocupaciones respecto al derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad – artículo 19, observando pocos avances en la implementación de la ley 20.422 relativa las disposiciones para apoyar a personas con discapacidad a vivir independientemente, aludiendo a la carencia de sistemas de apoyos en la comunidad, lo cual las obliga a ingresar en instituciones o vivir en condiciones de indigencia; asimismo le preocupa la ausencia de un plan para la desinstitucionalización de personas con discapacidad y su transición hacia una vida de inclusión comunitaria. El Comité recomienda al Estado impulsar un plan para la desinstitucionalización de personas con discapacidad, particularmente personas con discapacidad intelectual o psicosocial, que incluya su transición hacia una vida independiente en la comunidad contando con los servicios y apoyos necesarios, con plazos concretos y un presupuesto suficiente

Dado estas recomendaciones, la situación actual de nuestro país sigue siendo compleja para las personas en situación de discapacidad. A pesar del aumento en los recursos y medios destinados a rehabilitación, integración e inclusión, las personas en situación de discapacidad no disponen aún –salvo excepciones– de los medios necesarios para lograr su autovalencia y participación plena en la vida económica y social.

En particular, el Comité de las Naciones Unidas ha considerado necesario profundizar en la disponibilidad de información, complementando en particular datos y estadísticas disponibles respecto de personas con discapacidad institucionalizadas.

En este contexto la presente consultoría, nos entrega la posibilidad de conocer y caracterizar las residencias existentes, en las comunas más grandes del país (mayor a 50 mil habitantes). Generando un acercamiento a las instituciones nacionales de carácter cuantitativo que permita determinar, comprensivamente, la dimensión del fenómeno de la institucionalización en nuestro país, a través del levantamiento de un catastro de residencias de personas en situación de discapacidad en el territorio nacional.

### III. Enfoque metodológico

#### Objetivos del Proyecto

**Objetivo General:** Levantar y desarrollar un catastro de residencias de personas en situación de discapacidad en territorio nacional.

**Objetivo Específicos:**

1. Definir una metodología de recolección de información mediante revisión de información secundaria y trabajo en terreno que asegure un barrido de las residencias presentes en el territorio definido.
2. Identificar y definir un listado de residencias para personas en situación de discapacidad en el territorio definido, a partir de revisión y recopilación de fuentes de información secundaria.
3. Actualizar y caracterizar información de las residencias identificadas mediante la aplicación en terreno de cuestionario o formulario con información básica sobre la institución y la población atendida.
4. Desarrollar un directorio (base de datos) de residencias para personas en situación de discapacidad que contenga su ubicación geográfica y caracterización de su población atendida.
5. Analizar y describir la información recopilada sobre las residencias para personas en situación de discapacidad identificadas en el catastro.

## Descripción del trabajo de campo

A fin de alcanzar los diversos objetivos propuestos para esta consultoría, se diseñó una metodología a ser desplegada en múltiples etapas, que se ajustó a los requerimientos específicos de los diferentes productos a alcanzar.

Es así como se pueden identificar cinco etapas en la presente consultoría:

1. Identificación, construcción y validación de un directorio de las residencias para personas en situación de discapacidad adultas (entre 18 y 59 años), en las comunas con más de 50.000 habitantes.<sup>3</sup>
2. Realización del empadronamiento y toma de encuesta en cada una de las residencias identificadas en el listado conforme a los plazos y estándares técnicos propuestos y acordados con la contraparte.
3. Establecimiento de protocolos de control para la aplicación de las encuestas y Validación de la información recopilada.
4. Realización de procesos de triangulación entre instituciones para validar el número de residencias.
5. Consolidar y procesar base de datos del directorio y residencias.

A continuación, revisamos el desarrollo de cada una de estas etapas.

### **1. Estrategia de identificación de residencias y construcción del directorio**

El primer eslabón del presente levantamiento de residencias existentes para personas en situación de discapacidad se centró en la creación de un directorio preliminar que nos permitiera un acercamiento al objeto de estudio tipo “bola de nieve”, así, por tanto, se realizó la revisión de diferentes fuentes secundarias:

Se efectuó una primera búsqueda abierta en internet mediante buscadores, con énfasis en residencias de red de instituciones.

---

<sup>3</sup>Las comunas que se consideraron en el catastro se definieron según los datos entregados por el censo 2017, resultado 87 comunas son parte del catastro.

Luego, se complementó esta búsqueda utilizando la información de patentes municipales y códigos de actividades de Servicio de Impuestos Internos, privilegiando instituciones que corresponden a servicios sociales y de salud (clínicas, servicios sociales con alojamiento, etc.).

Se estableció contacto con los municipios de interés, a través de sus respectivos departamentos o programas para personas en situación de discapacidad a fin de dar cuenta de la existencia de residencias de interés en el territorio municipal.

Se contactó a instituciones de nivel nacional, que mantienen residencias en las comunas de interés (Hogar de Cristo, Pequeño Cottolengo, Coanil, entre otros).

Se acordó en conjunto con la contraparte, establecer contacto con los servicios de salud correspondientes y los Centros de Salud Mental (COSAM), con el fin de validar la información recabada en las instancias anteriores, además de pesquisar posibles residencias que atendieran a personas con algún tipo de discapacidad mental.

En esta etapa fue crucial la ayuda de la contraparte, para lograr el acceso tanto a la información de validación de residencias existentes, a cargo de cada servicio de salud, como a las residencias en la etapa de aplicación de encuestas.

Paralelamente a los procesos antes mencionados de búsqueda de información secundaria, la contraparte del Servicio Nacional para la Discapacidad, SENADIS, conformó la red de trabajo con las direcciones regionales para actuar como contrapartes locales para este estudio.

En específico, se realizó un contacto inicial con las direcciones regionales de SENADIS a quienes se les solicitó información para acceder a un primer listado de comunas que presentaran antecedentes relacionados a la existencia de residencias. Paralelamente, se inicia un contacto con los Municipios que contaban con oficina de Discapacidad. En ambos casos el propósito fue iniciar un levantamiento preliminar de residencias.

Un tercer insumo para la conformación del directorio correspondió a la información entregada por la contraparte. De los cuales se contó con los siguientes insumos:



1. Listado de comunas donde se ejecutan EDLI (estrategia de desarrollo local inclusiva<sup>4</sup>)
2. Listado Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) SENAMA.
3. Listado Residencias hogares y residencias protegidas 2016 (SENAME).

Como resultado de esta actividad fue posible:

- Diseñar el mapa para la implementación de la estrategia de acercamiento a las residencias;
- Identificar el Universo potencial de casos a ser catastrados;
- Planificar el trabajo de campo, entendiendo el nivel de dispersión de estas en el territorio a catastrar, así como el protocolo para acceder a las mismas.

Esta actividad fue desarrollada por los profesionales a cargo de cada una de las tres zonas en las que ha sido dividido el territorio nacional (zonas norte, sur y centro).

La etapa de construcción del directorio de residencias, como se mencionó anteriormente, tuvo diferentes instancias de validación consecutivas. Cada una de dichas etapas terminaba a medida que se saturaba la información, con el objeto de cubrir las diferentes instancias de información que permitiera identificar o descartar la existencia de una institución que atienda al grupo objetivo de este estudio.

### **Estrategia de validación del Directorio.**

Una vez realizado este proceso de recolección de información, se comienza, con el contacto con el encargado(a)/director(a) de los respectivos programas o departamentos de discapacidad en las comunas a catastrar, quienes –dada su cercanía con el territorio– entregaron información actualizada y certera de la existencia de residencias a catastrar. Cada una de las 87 comunas pasaron por este proceso.

---

<sup>4</sup> <https://www.senadis.cl/pag/131/1187/introduccion>

Las siguientes etapas se iniciaron, priorizando aquellas comunas que desde la municipalidad declaraban no poseer residencias de las características buscadas.

Si bien la estrategia de acceso a la información secundaria para el armado de este directorio se ciñó a su diseño original. Contó con incorporaciones de elementos que se detectaron como relevantes, para facilitar el acercamiento a los sujetos de interés y a su entrega de información.

En esta etapa se incorporó el formulario de registro que se les envió a los programas y/o departamentos de discapacidad de las 87 comunas a catastrar.

En segundo lugar, se incluyó la información entregada y/o validada por las direcciones regionales del SENADIS,

En tercer lugar, se incorporó los servicios de salud de todo el país, con el fin de incorporar las residencias y hospitales para personas en situación de discapacidad mental, las que dependen en su mayoría de los servicios de salud y/o Centro de Salud Mental Municipal (Cosam) en los diferentes territorios a catastrar.

Y, por último, se contactó nuevamente, a todos los servicios de salud, con el fin de triangular la información de las residencias existentes en cada uno de sus territorios.

La búsqueda en fuentes secundarias se realiza de forma constante en todas las etapas del levantamiento, con el fin de validar y contrastar hallazgos.

**Figura n°1: Estrategia de levantamiento y sistematización de fuentes primarias y secundarias**



**2. Empadronamiento y toma de encuesta en cada una de las residencias identificadas en el listado conforme a los plazos y estándares técnicos propuestos y acordados con la contraparte.**

Luego de identificadas las residencias que atienden a la población objetivo de nuestro estudio, se procedió a contactarlas a fin de realizar el empadronamiento y la toma de la encuesta. Para esto se diseñó el instrumento de medición a utilizar en el catastro.

**Diseño de Instrumento aplicado en las Residencias**

El formulario aplicado en las residencias fue revisado junto a la contraparte técnica cuidando la incorporación de preguntas relevantes para medir las siguientes dimensiones:

- \* **Distribución geográfica** de las residencias: corresponde a la distribución de las residencias a lo largo del territorio nacional y el tipo de equipamiento que se pueden encontrar en el entorno de estas.
- \* **Tipo de residencia y administración:** corresponde a la distribución de las residencias según tamaño, tenencia de razón social y tipo de administración de la institución. Permite observar el grado de formalidad de la institución.
- \* **Perfil de usuarios y características demográficas:** corresponde a la distribución de los usuarios de la residencia según los tipos de régimen y según sexo y edad.
- \* **Tipo de dependencia y tipo de discapacidad:** corresponde al tipo de atención que presta la residencia según severidad de la dependencia y tipo de discapacidad.
- \* **Cobertura y capacidad de las residencias:** corresponde a la capacidad de cobertura de las residencias en función de los usuarios que atiende y los recursos para atenderlos.
- \* **Accesibilidad de las residencias a servicios básicos públicos:** corresponde a la cercanía de las residencias a instituciones educativas, plazas, medios de transporte, servicios de salud y centros urbanos.

Este instrumento fue elaborado por la contraparte técnica de SENADIS y fue ajustado por el equipo EGP - APCA Chile para la aplicación a lo largo del territorio nacional. La versión final fue definida durante el mes de enero del año 2018, como uno de los hitos más importantes del estudio.

Posteriormente, la diagramación del formulario a ser aplicado en las residencias a catastrar fue realizada en googleforms, para facilitar la aplicación en dispositivo móvil, con el fin de obtener el vaciado de los datos en tiempo real en una base de datos Excel, capaz de alimentar sin grandes periodos de desfase, el mapa a ser desarrollado en google suite.

El formulario empleado en el trabajo de campo se encuentra en los anexos de este documento (anexo 7.2).

Para efectos de una adecuada organización del trabajo se dispuso de la conformación de 3 equipos zonales encabezados por profesionales con experiencia en coordinación de trabajo de campo, diseño de instrumentos de investigación y análisis de datos.

La zonificación consideró:

1. Zona norte: regiones I a V y región XV
2. Zona Centro: Región Metropolitana y VI
3. Zona Sur: regiones VII a XII y región XIV

**Tabla 1: distribución final del equipo de trabajo de campo y las residencias catastradas**

ZONIFICACIÓN	REGIONES	EQUIPO	RESIDENCIAS CATASTRADAS		
<b>1</b>	NORTE	*Arica y Parinacota	*Atacama	*Encargada Zonal 38 residencias	
		*Tarapacá	*Coquimbo		*1 supervisor
		*Antofagasta	*Valparaíso		*7 encuestadores
<b>2</b>	CENTRO	*Región Metropolitana	*Encargada Zonal	133 residencias	
		*O'higgins	*1 supervisor		
			*10 encuestadores		
<b>3</b>	SUR	*Maule	*Los Lagos	Encargada Zonal 53 residencias	
		*Bio bío	*Aysén		*1 supervisora
		*Araucanía	*Magallanes		*7 encuestadores
		*Los Ríos			

Fuente: Elaboración propia

La estrategia de acercamiento a las residencias consideró 5 escenarios posibles, de acuerdo con la dependencia de las residencias a catastrar:

**Residencias dependientes de una Municipalidad:** la estrategia de acercamiento se realizó a nivel municipal, presentando el proyecto y sus objetivos a los encargados municipales (DIDECO, Departamento de Salud u otro), para así poder acceder a las residencias dependientes. Esta relación a nivel municipal se realizó por el jefe zonal de proyecto, con apoyo del jefe nacional de proyecto en caso de ser necesario.

**Residencias dependientes de una Fundación:** el mecanismo se enfocó en construir lazos con el organismo central, para poder acceder a las residencias particulares. Dependiendo del organigrama de cada fundación, las gestiones se realizaron a nivel nacional, a través del jefe nacional de proyectos y/o a nivel zonal/regional a través del jefe zonal de proyectos.

Es importante mencionar, el apoyo entregado por la contraparte técnica, la cual nos entregó cartas de patrocinio para solicitar autorización a estos estamentos. En el caso de “Rostros nuevos” dependiente del Hogar de Cristo, el acceso a las residencias fue apoyado de manera importante por el equipo de estudios de SENADIS.

**En el caso de residencias particulares,** las gestiones se realizaron directamente con el encargado de dicho centro, a partir de la presentación del proyecto, sus objetivos y la importancia de su realización.

**Residencias informales:** En nuestro catastro no se encontraron residencias “informales” propiamente tal (como se habían definido al inicio de esta consultoría), lo que sí se pudo encontrar son tipologías de residencias, que difieren del grueso de las residencias catastradas, según su dependencia administrativa, pero no se pueden definir como informales.

**Residencias dependientes de un Hospital y/o Servicio de Salud:** en el caso del acceso a las residencias dependientes de estos organismos, fue crucial el apoyo de la contraparte, la que efectuó gestiones con MINSAL, para obtener las autorizaciones necesarias para el acceso a las residencias.

### **3. Establecimiento de protocolos de control para la aplicación de las encuestas y validación de la información recopilada.**

#### **Protocolo de aplicación de encuestas:**

El protocolo de aplicación de encuestas contempla el detalle de pasos establecidos para la realización de una encuesta en una de las residencias catastradas:

**Coordinación de visitas del encuestador a las residencias:** La coordinación de la visita del encuestador se realizó a través de una solicitud por escrito, donde se enviaba la carta de presentación del proyecto, para luego contactarse telefónicamente, con el fin de fijar día, hora para la aplicación de la encuesta. Esta actividad era responsabilidad del supervisor de campo de cada zona. Esta actividad siempre se llevó a cabo por el supervisor de campo y nunca por el encuestador, a fin de mantener el seguimiento centralizado del trabajo de campo.

La **supervisión del trabajo de campo** fue realizada por el equipo de supervisión al 100% de las residencias encuestadas; del mismo modo se consideró la supervisión de un 30% de las encuestas aplicadas por cada encuestador, para verificar antecedentes.

Para la aplicación del cuestionario, se consideró la producción de un Manual del Encuestador, que presentará en detalle el protocolo de aplicación de la encuesta, así como un glosario, que fuese de ayuda a los encuestadores como material consultivo.

Se realizaron jornadas de capacitación, a cargo del equipo directivo del catastro, a fin de entregar un entendimiento del proyecto y entrenamiento adecuado de los encuestadores, así como detectar falencias en los mismos, a fin de reforzarlos o bien, marginarlos del estudio.

Registro fotográfico de las residencias encuestadas: al momento de la visita, el encuestador realizó un registro fotográfico de la fachada y el exterior de la residencia (siempre que no hubiese residentes en las tomas), con el objetivo de verificación de la visita, además de otorgar una caracterización del entorno de la residencia.<sup>5</sup> Como entorno

---

<sup>5</sup> Los registros fotográficos obtenidos en este levantamiento son privados y de uso interno del Servicio Nacional de la Discapacidad y no serán puestos a disposición del público, para evitar la estigmatización de las residencias y no afectar la vida cotidiana de los residentes.

de la residencia, se consideró el registro de ubicación (sector urbano/ rural), disponibilidad de transporte públicos, centros educacionales, centros de salud plazas y/o parques en las inmediaciones.

El trabajo de campo fue responsabilidad de cada una de las profesionales a cargo de las zonas del catastro.

### ***Estrategia general de actividades para aseguramiento de calidad en la etapa de producción de datos***

Al momento de contactar telefónicamente a cada una de las residencias, se hicieron preguntas para corroborar el cumplimiento con las características adecuadas para ingresar en el estudio, es decir, se le aplican preguntas “filtro” respecto a si es una residencia como tal y si posee personas en situación de discapacidad entre 18 y 59 años.

\* Si la residencia contactada no posee estas características, no pasa el filtro, se deja registro de aquello y no hay más contacto con dicha residencia.

\* Si la residencia contactada, posee las características señaladas anteriormente, pasa el filtro y entra al estado “pertenece al universo” y se procede a agendar una cita con un informante idóneo, para que luego, un encuestador realice la entrevista presencial con tal persona, o en su defecto, se consulta sobre los canales para solicitar autorización, y luego poder agendar la cita correspondiente con el informante idóneo.

Luego, con los casos en que el contacto vía telefónica o correo electrónico es infructuoso, se planificó una salida a terreno de verificación de residencias en las cuales el encuestador visita la residencia según la dirección registrada en el directorio y realizó los filtros correspondientes a la potencial residencia ubicada en tal dirección.

\* Si se verifica en terreno que la potencial residencia califica para el estudio, se realiza la encuesta inmediatamente, sujeto a las autorizaciones correspondientes.

\* Si se verifica en terreno que la potencial residencia no califica para el estudio se comunica a la oficina central y se elimina del directorio.

Por último, en casos donde no es posible el contacto directo con las residencias por alguna de las vías anteriores, ya sea por factores geográficos o de disposición de los informantes:



\* Se envía la encuesta simplificada vía correo electrónico para que sea completada a la distancia y luego es reenviada a la oficina central de equipo investigador.

La etapa de aplicación de encuestas tuvo dos subetapas de validación y control. La primera consistía en un proceso de supervisión telefónica por parte del jefe de campo al 30% de las encuestas de cada encuestador, en donde se consultaba por datos específicos de las residencias para contrastarlos con los datos reportados por el encuestador. Todas las encuestas de este proceso de supervisión fueron aprobadas por el jefe de campo.

En la segunda subetapa de validación, se revisó cada dato del 100% de las encuestas, comprobando la coherencia de la información y corrigiendo errores que los encuestadores podían haber cometido en la aplicación en terreno, ratificando la información con el mismo encuestador o en última instancia comunicándose telefónicamente con el entrevistado para corroborar el dato en cuestión.

Finalmente, con los datos validados se genera una base de datos primaria, la cual permite elaborar un directorio de residencias y una base de con los datos codificados para su análisis.

#### ***4. Realización de procesos de triangulación entre instituciones para validar el número de residencias.***

Este proceso fue crucial para validar el número final de residencias. Para este proceso, fue muy valioso contar con el apoyo de la contraparte SENADIS, así la información recabada, se trianguló con información distintas entidades gubernamentales (SENAMA, SENAME Y Servicios de salud).

Finalmente, SENADIS facilitó la creación de lazos con las diferentes instituciones dependientes de MINSAL, tanto como para facilitar el ingreso a las residencias, como para realizar una última validación de las residencias existentes en las comunas catastradas.

### ***Rendimiento final de la muestra y aprendizajes del trabajo de campo***

La población de residencias consideradas en este catastro corresponde a 221 instituciones, cuyos datos han sido validados y supervisados.

**Tabla 2: Rendimiento de la muestra**

	NORTE	CENTRO	SUR	TOTAL
RESIDENCIAS	38	133	50	221

Retrospectivamente, se puede vislumbrar que cerca de un 80% de las encuestas realizadas en el catastro fue posible con la primera estrategia de contacto mediante el contacto y agendamiento por vía telefónica o correo electrónico. En cuanto a las otras instancias de contacto con las instituciones, alrededor de un 10% se pudo concretar gracias a la verificación en terreno, mientras que el 10% restante se obtuvo por medio del envío por formulario por correo electrónico u otros casos extraordinarios.

Al momento de contactarse con las residencias, fue importante considerar su dependencia, con el fin de gestionar las debidas autorizaciones, considerando los tiempos y protocolos internos. En futuros eventos se sugiere considerar la temporalidad de estos procesos para la planificación del trabajo de campo.

#### **Residencias en comunas fuera de muestra**

Dado que en este estudio se estableció que la muestra sólo contemplaría comunas sobre 50.000 personas, no se catastrarían residencias que existieran en comunas donde la población fuera menor a 50.000 personas. Es por esta razón que, es importante señalar que se pudo constatar que sí existen residencias para personas en situación de discapacidad en comunas de baja población, pero no están contempladas en la muestra final de este estudio. En otras palabras, la población de residencias de 221 casos es un número truncado a la realidad nacional debido a las características del estudio.

En la macrozona norte, desde la región XV hasta la región IV, se constató que, en las comunas aledañas a las capitales regionales o comunas con baja población, no existen residencias para personas con discapacidad. Esto se puede aseverar, principalmente por las consultas hechas a los servicios de salud.

En la región de Valparaíso, sí existen comunas de baja población donde existen residencias para personas con discapacidad. Informantes de distintos índoles nos señalaron que en la comuna de Quintero se encuentra un hogar Pequeño Cottolengo, una importante fundación para personas con discapacidad presente en otras comunas. Sin embargo, no fue posible incluirla dentro de la muestra, porque la comuna de Quintero tiene una población aproximada de 30.000 personas. Otra comuna en donde los servicios de salud nos advierten que existen residencias para personas con discapacidad es la comuna de Putaendo, en el cual existe una residencia que alberga pacientes psiquiátricos del Servicio de Salud de Aconcagua.

En la Región Metropolitana, no se tuvo información sobre la existencia de residencias en comunas periféricas de esta región. Mientras, que en la región de O´higgins, se comprobó con los servicios de salud, que no hay más residencias dentro de la región en otras comunas.

En la zona sur, se destaca la comuna de Paillaco de la Región de los Ríos donde se recibió información de que existe en una residencia que podría cumplir los requisitos para entrar en este estudio. Por otro lado, en la región de Aysén (que posee más residencias que las esperadas), se pudo recabar información sobre residencias en comunas como Chile Chico y Puerto Cisnes, que debido al espacio reducido que tienen las residencias en Coyhaique y Aysén, se opta por residencias en estas comunas más alejadas de la capital regional.

### Aprendizajes del Trabajo de campo

Durante el periodo de desarrollo del presente estudio, se presentaron distintos momentos que plantearon ciertas dificultades, propiciando ajustes al diseño metodológico presentado originalmente en la propuesta, los que permitieron generar aprendizajes que pueden ser valiosos para posteriores estudios sobre la misma temática.

## **1. Periodo para desarrollar el trabajo de campo.**

El presente proyecto, se inició en el mes de diciembre de 2017, mes en que se comenzó a construir el directorio de residencias.

Dado el fin de año y la etapa estival, este proceso fue lento y complejo, debido a la dificultad de contactar a las entidades a consultar.

En el mes de marzo se reactivó gran parte de los organismos en consulta (municipalidades, servicios de salud y fundaciones), por lo que se avanzó de manera más fluida que lo avanzado durante los meses de enero y febrero, logrando un directorio preliminar para trabajar en la etapa de toma de encuestas a finales del mes de marzo de 2018.

Es así, como se dio inicio a la etapa de campo presencial, llevada a cabo desde el martes 27 de marzo hasta el 24 de mayo, con el objeto de catastrar el 100% de la muestra elegible.

**Aprendizaje 1: Evitar realizar trabajo de campo que amerite la solicitud de autorizaciones y la creación de una relación institucional en período de vacaciones y otras fiestas.**

## **2. Heterogeneidad del terreno según dinámicas y barreras institucionales.**

Las diferentes residencias, según su tipo de administración o dependencia, deben ser abordadas con protocolos diferentes de acercamiento. Si bien esto estaba contemplado en la propuesta original, no se consideró un período prolongado para la solicitud de autorizaciones. Este escenario es particularmente necesario de observar, para las residencias dependientes de hospitales, servicios de salud, y otras fundaciones con administración centralizada.

**Aprendizaje 2: Diferenciar la estrategia de acercamiento, considerando tiempos de gestión de autorizaciones para el encuestaje según el tipo de administración o dependencia de la residencia.**

### **3. Dificultades de trabajo de campo diferenciado por zona territoriales.**

Durante el proceso de agendamiento y recolección de la información en las residencias, nos encontramos con realidades disímiles entre las distintas zonas a catastrar.

La zona norte, cuenta con un total de 38 residencias, pertenecientes al objeto de este estudio (residencias, 18 a 59 años), las cuales, en su mayoría, dependen del servicio de salud de la zona correspondiente.

Muchas de las residencias que se incorporaron inicialmente al directorio, no pasaron el filtro del estudio, debido a que ya no funcionaban como residencias, o bien, no recibían a la población objetivo.

En la zona norte, se observa una cantidad reducida de residencias en relación con el tamaño de la población. Esta situación, se acentúa en las regiones de Atacama y Coquimbo.

En la zona sur, por su parte, también se encontró un cierto déficit de residencias, las que fueron en su mayoría dependientes de los servicios de salud de las zonas correspondientes.

Específicamente, muchas residencias (residencias protegidas o de fundaciones), se encontraban en lugares de difícil acceso, muchas veces sin acceso especial para personas con problemas de movilidad, y en sectores considerados peligrosos dentro de las comunas respectivas, por tanto, fue necesario idear una logística que asegurara la seguridad de los encuestadores.

Otra realidad, es la diferenciación por zona geográfica de los costos a cubrir por concepto de traslados y honorarios. Siendo en el norte necesario crear “bonos” al costo base de la encuesta para alcanzar pagos atractivos para asegurar la participación de encuestadores de calidad; y en el sur por su parte, dado las condiciones climáticas, se adicionó más presupuesto al concepto de traslados.

**Aprendizaje 3: Establecer estrategias particulares e incentivos diferenciados por zonas de trabajo de campo.**

#### **4. Capacitación como plan de formación continua.**

Se realizaron diversas instancias de capacitación, además de la capacitación masiva que se realizó en las dependencias de la contraparte, con el objeto de asegurar la disponibilidad de encuestadores, antes las mermas en los equipos de campo.

Esta no es una situación anormal en un estudio de esta duración, por lo que las instancias de capacitación se realizaron de manera continua.

Para reforzar las capacitaciones, la generación de un manual fue crucial, entregando este material cada vez que se hacia una nueva incorporación al equipo de encuestadores, para luego proceder a la capacitación presencial.

También se desarrolló un sistema de retroalimentación constante con el supervisor del terreno, el cual iba reforzando aquellos conceptos donde detectaba falencias y al cual los encuestadores, ante cualquier tipo de duda podían dirigirse en todo momento.

**Aprendizaje 4: Crear distintas instancias de capacitación, así como material de apoyo y seguimiento continuo a los encuestadores, con el objeto de reforzar dudas, detectar falencias y otorgar soporte ante eventualidades encontradas en campo.**

#### **5. Rotación de encuestadores.**

Cuando se realiza un trabajo de campo, que considera un largo proceso previo de agendamiento y autorizaciones para concretar una encuesta, es necesario promover estrategias para afrontar la rotación de encuestadores. Esta situación se puede solucionar a partir de dos estrategias principales: ofreciendo incentivos de retención a los encuestadores ya capacitados, que sean atractivos para mantenerse en el estudio y/o generar instancias de detección y reclutamiento de encuestadores de reemplazo.

**Aprendizaje 5: Mantener una constante renovación en los modelos de incentivos, así como un stock de reemplazo de encuestadores en caso de rotación.**

## IV. Principales resultados

### 4.1 Panorama general de la discapacidad institucionalizada

El Servicio Nacional de Discapacidad (Senadis) establece que una persona en situación de discapacidad (en adelante PeSD) es todo/a aquél/aquella que en relación con sus condiciones de salud física, psíquica, intelectual, sensorial u otras, al interactuar con diversas barreras contextuales, actitudinales y ambientales, presentan restricciones en su participación plena y activa en la sociedad (ENDISC, 2016).

Esta definición resulta de un análisis de las diferentes perspectivas y normativas sobre las cuales se ha desarrollado la reflexión en torno a la discapacidad. Asimismo, implica el desafío de incorporar en la identificación no solo condiciones de salud, sino también deficiencias, limitaciones a la actividad y restricción a la participación (SENADIS, 2018).

Con esta definición se supera la perspectiva exclusivamente biomédica y se agrega una evaluación relativa de la discapacidad. La persona es considerada como el centro tanto en términos de sus condiciones físicas, mentales, sensoriales y psíquicas, como también en relación con el desenvolvimiento esperado en determinada sociedad o cultura.

Siguiendo esta perspectiva, una persona en situación de discapacidad institucionalizada corresponde a quien, en su calidad de residente, vive habitualmente (la mayor parte del año, o sea mínimo seis meses y un día del año, o planea vivir los próximos doce meses o la mayor parte de los próximos doce meses) en una institución, específicamente en una residencia habilitada y se adhiere a los cánones políticos y administrativos de la misma.

En tanto, se entiende que las personas institucionalizadas viven su ciclo de vida en las instituciones cerradas, *“se recomienda que la institucionalización sea el último recurso a ser utilizado para la resolución de las problemáticas asociadas a una situación de discapacidad y dependencia, ya que en primer lugar esta labor recae sobre la sociedad, la comunidad o las familias, con apoyos del Estado”* (SENADIS, 2017).

Este estudio, viene a llenar un vacío en materia de información respecto de la cantidad de personas que se encuentran vinculadas a una institución establecida como residencia para personas en situación de discapacidad, a la distribución territorial y a la magnitud en Chile.

Por tanto, Senadis desarrolla un primer esfuerzo para reconocer qué tipo de servicios de cuidado y asistencia personal se ofrecen en estas instituciones.

Para el caso de este estudio la población objetivo estuvo centrada en las personas entre 18 y 59 años. De las 87 comunas de las quince regiones del país que se contactaron, se catastraron 221 residencias en 65 comunas, en las cuales se informaron un total de 2.356 personas de ese tramo de edad.

En este capítulo se presentan los primeros resultados del catastro de residencias de personas en situación de discapacidad orientados a explorar los resultados en base a tres dimensiones:

- ❖ En primer lugar, la residencia respecto de las redes institucionales con que se vincula, es decir, ¿cómo se conectan las residencias con el resto de institucionalidad pública y privada?
- ❖ En segundo lugar, la residencia respecto a sus características como institución, es decir, ¿a qué tipo de organización corresponde y qué se podría decir respecto del modelo de atención que ofrece?
- ❖ Y, por último, la residencia y las personas que están en ellas, es decir, ¿cuál es el perfil de las personas catastradas y el auto reporte de tipo de discapacidad y dependencia entregada por las residencias?

## 4.2 La residencia y sus características

Los servicios de apoyo y/o cuidado son para muchas personas en situación de discapacidad y dependencia un requisito básico para alcanzar una buena calidad de vida y plena participación en la sociedad. Si bien, no existe un modelo único de servicios de apoyo adecuado a todos los contextos y necesidades, la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad promueve que estos servicios sean prestados en la comunidad y no en ambientes segregados, preferentemente con servicios centrados en la persona promoviendo que quien recibe el servicio tenga el máximo control sobre sus vidas (OMS, 2011).



La Ley n°20.422 en su artículo no6, letra c) define los servicios de apoyo como “Toda prestación de acciones de asistencia, intermediación o cuidado, requerida por una persona con discapacidad para realizar las actividades de la vida diaria o participar en el entorno social, económico, laboral, educacional, cultural o político, superar barreras de movilidad o comunicación, todo ello, en condiciones de mayor autonomía funcional”.

De acuerdo con el informe elaborado por la OMS (2011), los servicios de apoyo y asistencia figuran como una categoría amplia que abarca una gran variedad de oferentes o proveedores y formas de financiamiento. Existe la atención o cuidado informal, ofrecida por la red social más cercana, como familiares y amigos/as, provisto de forma voluntaria y sin remuneración u organización de por medio. Del mismo modo, existen los servicios o cuidados formales, los que quedan definidos como la oferta profesional de cuidado, entregadas habitualmente por los gobiernos, ONGs y el sector comercial/privado (SENADIS 2017; OMS, 2011).

El Estado de Chile, a través del Ministerio de Salud, mantiene el programa de Residencias y Hogares Protegidos, que tiene por objetivo resolver la situación de personas con discapacidad psiquiátrica, que no cuentan con una red de apoyo social, no tienen las habilidades necesarias para vivir de forma independiente, presentan dificultades severas para acceder a servicios sociales y para participar en su entorno comunitario. Este servicio se entrega una vez gestionado un cupo para la persona en una residencia u hogar protegido, quien recibe atención de sus necesidades básicas (vivienda y alimentación) y apoyo social.

#### 4.2.1 Ubicación territorial de las residencias

Se catastraron un total de 221 residencias distribuidas en las 15 regiones del país y en 65 comunas<sup>6</sup>. Un 74% de residencias se encuentran en las regiones Metropolitana, Valparaíso y Biobío, y un 30% de las residencias se distribuye en 5 comunas, a saber, Conchalí (n=12), Recoleta (n=15), Independencia (n=10) San Miguel (n=10), Valparaíso (n=13) y Los Ángeles (n=4).

---

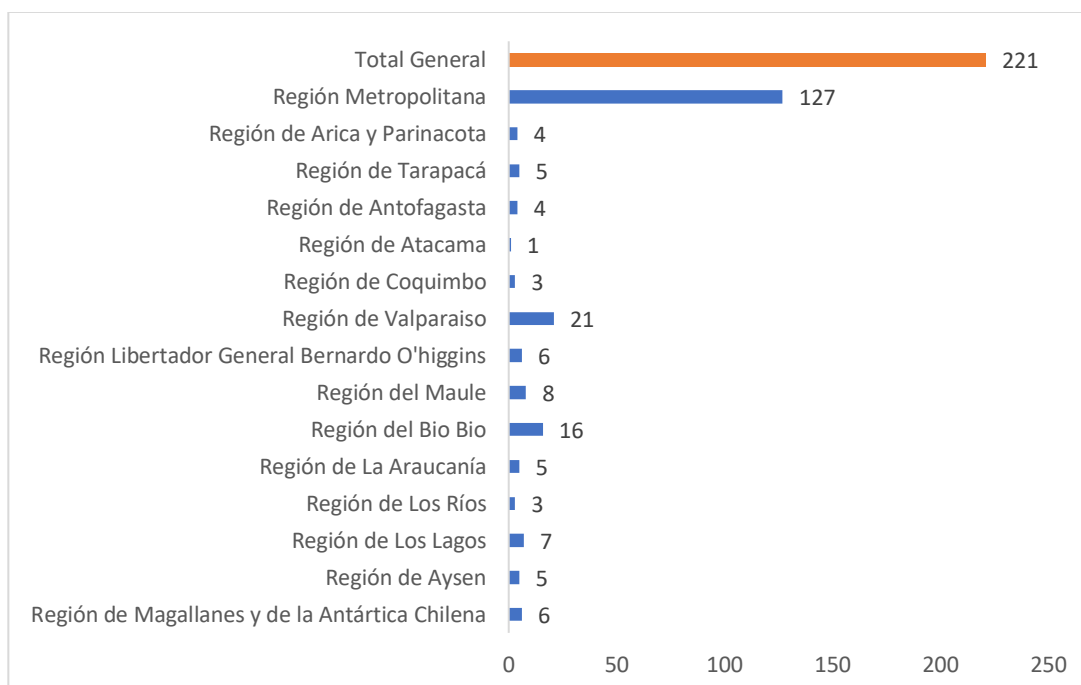
<sup>6</sup> Cabe recordar que el estudio se realizó en todas aquellas comunas que tienen 50.000 habitantes o más. El censo 2017 reportó 87 comunas con esas características. Sin embargo, en 22 de ellas no se encontraron residencias y, por tanto, no se informan en este estudio. La tabla de comunas se detalla en los anexos.

**Tabla 3: Regiones y comunas con mayor cantidad de residencias de PeSD**

Región	Comuna
Metropolitana Total de residencias: 127	Conchalí Total de residencias: 12
	Recoleta Total de residencias: 15
	Independencia Total de residencias: 10
	San Miguel Total de residencias: 10
Valparaíso Total de residencias: 21	Valparaíso Total de residencias: 13
Biobío Total de residencias: 16	Los Ángeles Total de residencias: 4

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico 1: Distribución de residencias de PeSD 2018 según región**



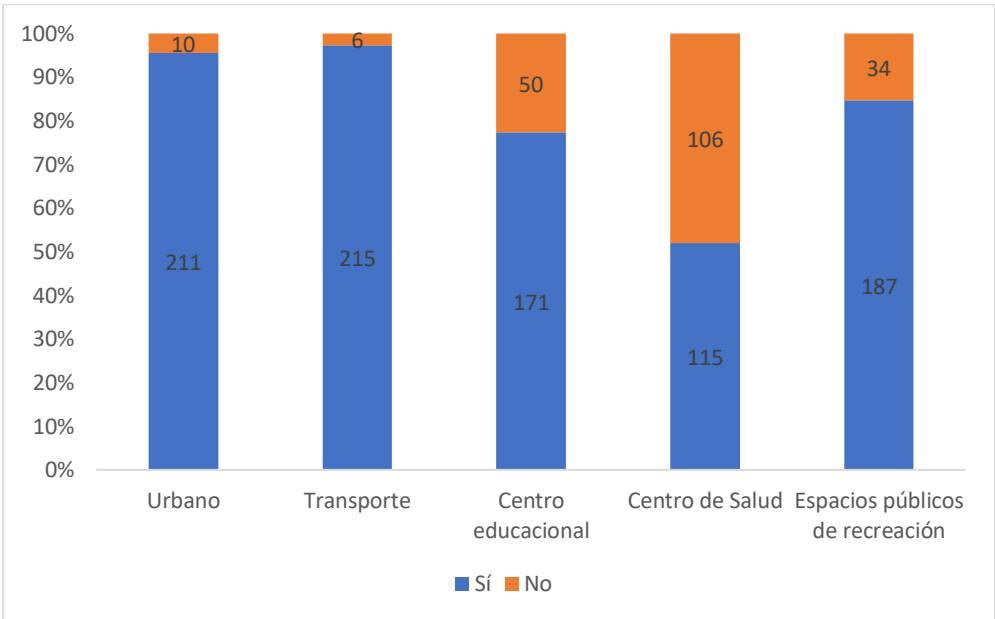
Fuente: Elaboración propia

En miras de complementar la ubicación espacial de las residencias catastradas con la conectividad a servicios básicos se agregó al cuestionario un breve reporte de la cercanía

de estas instituciones con centros educativos, servicios de salud, espacios públicos como plazas u otros lugares con equipamientos barriales y se consideró la accesibilidad a medios de transporte<sup>7</sup>.

Los resultados muestran que un 95,5% de las residencias se ubican en zonas urbanas de las comunas y un 97% de las residencias se ubican en zonas con transporte público, principalmente, colectivos autobuses, metro o una combinación de varios medios de transporte.

**Gráfico 2: Distribución de residencias según conectividad con servicios públicos (número absoluto)**



Fuente: Elaboración propia

Un 78% de las residencias se ubican en zonas con centros educativos, principalmente, colegios.

<sup>7</sup> El cuestionario fue aplicado por el encuestador y se consideró como “cercanía” a que la residencia estuviera ubicada a 3 cuadras (320 metros) o menos de alguno de estos servicios públicos.

Un 50% de las residencias se ubican en zonas cercanas a centros de atención de salud. En específico, se destaca que se encuentran cerca de consultorios, principalmente, más que hospitales<sup>8</sup>.

Un 85% de las residencias está ubicada en zonas con plazas y equipamientos barriales como canchas de fútbol u otros tipos de zonas de juegos y entretenimiento.

**La residencia promedio se ubica en la Región Metropolitana, en la zona urbana con acceso a medios de transporte públicos, centros educativos y espacios públicos como plazas, pero no necesariamente a centros de atención de salud.**

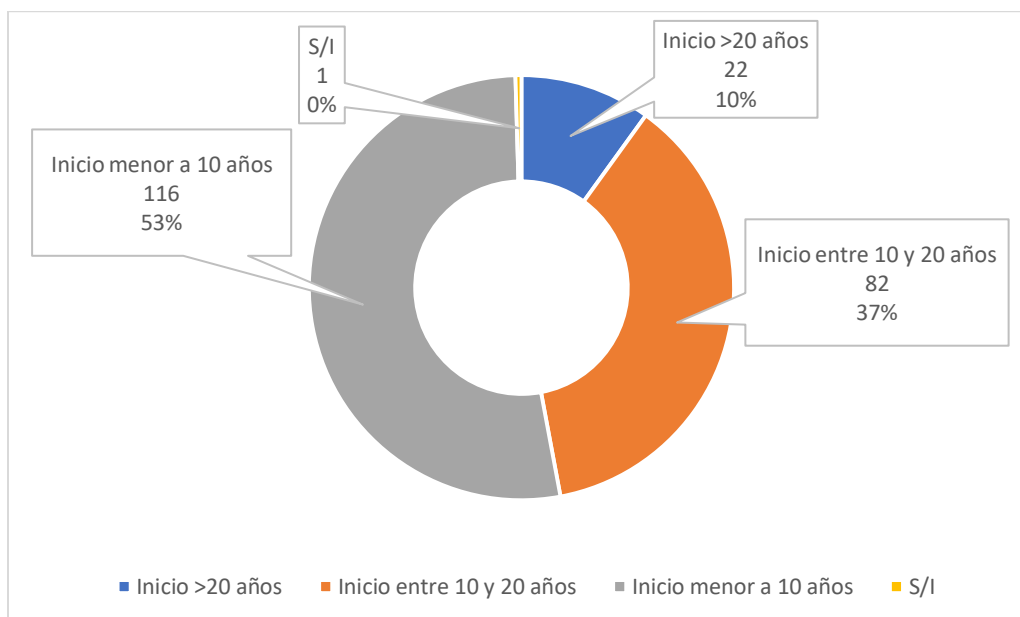
#### 4.2.2 Tipo de residencia y administración

El promedio de antigüedad de las residencias es de 12 años, la institución con más tiempo de funcionamiento tiene 65 años y la con menos tiempo se formó este año. Durante la aplicación de las encuestas no se pudo recolectar información respecto del ciclo de vida de una residencia y creemos que debería ser un indicador por estudiar en futuros estudios.

---

<sup>8</sup> Los encuestados especificaron cerca de qué tipo de centro de atención de salud y explicitaron que era de un consultorio. Solo 19 casos reportaron estar cerca de hospitales.

**Gráfico 3: Distribución de residencias según tramos de antigüedad**



Fuente: Elaboración propia

El tamaño de la residencia tiene relación con la cantidad de personas que atiende, considerando ello se clasificaron en pequeñas (menos de 9 personas), medianas (entre 9 y 12 personas) y grandes (más de 12 personas). Una residencia atiende en promedio a nueve personas y sólo cuatro instituciones atienden a más de 50 personas, observándose que la más grande atiende a 264 personas.

**Tabla 4: Distribución de residencias por tamaño**

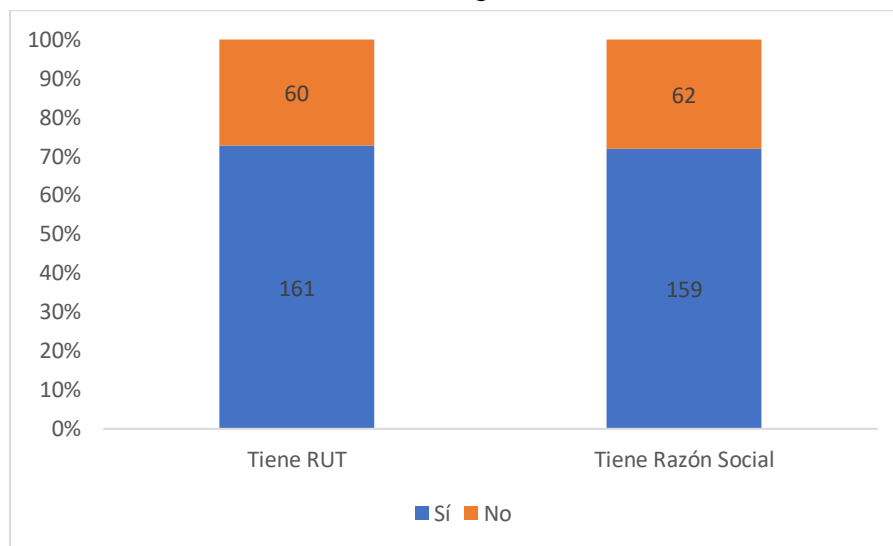
Tamaño	n	%
Pequeña (N total residentes<9)	140	63.34
Mediana (N total residentes entre 9 y 12)	50	22.62
Grande (N total residentes >12)	31	14.02
Total	221	100.00

Fuente: Elaboración propia

Luego, se observa que más de un 70% de las residencias declaran tener registro único tributario (o RUT) y señalan alguna razón social. Este resultado es interesante porque es

una buena variable proxy de formalidad de estas instituciones. Entre las instituciones que no tienen razón social se observa en sus nombres de fantasía la denominación de “Hogares” o “Residencias”, principalmente, sin alguna otra característica que las haga particular.

**Gráfico 4: Distribución de residencias según declaración de RUT o Razón social**



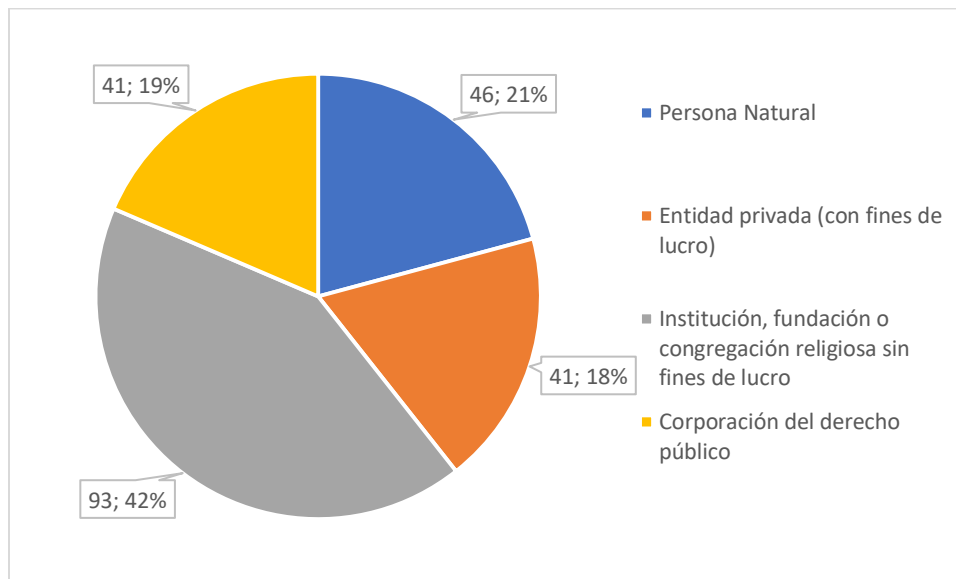
Fuente: Elaboración propia

Para caracterizar el tipo de institución se codificó la razón social y el nombre de fantasía en cuatro tipos, en miras de identificar elementos que puedan informar sobre descriptores del tipo de administración. Estas clasificaciones fueron:

- Personas naturales: todas aquellas instituciones que se denominaran con el nombre del responsable.
- Empresas privadas o con fines de lucro: hogares o residencias particulares sin vinculación directa a alguna institución pública, y tienen fines de lucro.
- Instituciones de derecho público: residencias, hogares y dispositivos forenses conocidos generalmente como hogares protegidos y residencias protegidas, que tiene vinculación directa con los servicios de salud y son administrados por ellos.
- Instituciones o fundaciones sin fines de lucro: hogares, residencias, fundaciones con la característica de ser entes privados y que no poseen fines de lucro. La vinculación con las instituciones públicas es cercana, pero no necesariamente directa.

Del total de residencias catastradas, se observa que cuatro de cada diez corresponden a instituciones o fundaciones sin fines de lucro y las otras seis se distribuyen equitativamente entre los otros tres tipos. Existen 41 residencias que corresponde a residencias u hogares protegidos y, principalmente, están anclados al Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del Ministerio de Salud (2000).

**Gráfico 5: Distribución de residencias según tipo de administración**



Fuente: Elaboración propia

Como se observa en la tabla 3 existe una relación, aunque no se constató si es estadísticamente significativa, entre tamaño de la residencia y tipo de administración. Así, se observa que mientras las residencias administradas por personas naturales se destacan por ser más pequeñas, las grandes suelen ser de instituciones sin fines de lucro.

**Tabla 5: Distribución de residencias según tamaño y tipo de administración**

Tamaño	Personas naturales	Tipo de dependencia			Total
		Empresa Privada con Fines de Lucro	Institución o Fundación sin fines de Lucro	Hogares o residencias protegidas	
Grande	1	4	25	1	31
%	2.17	9.76	26.88	2.44	14.02
Mediana	11	8	19	12	50
%	23.91	19.51	20.43	29.27	22.62
Pequeña	34	29	49	28	140
%	73.91	70.73	52.69	68.29	63.34
Total	46	41	93	41	221
%	100	100	100	100	100

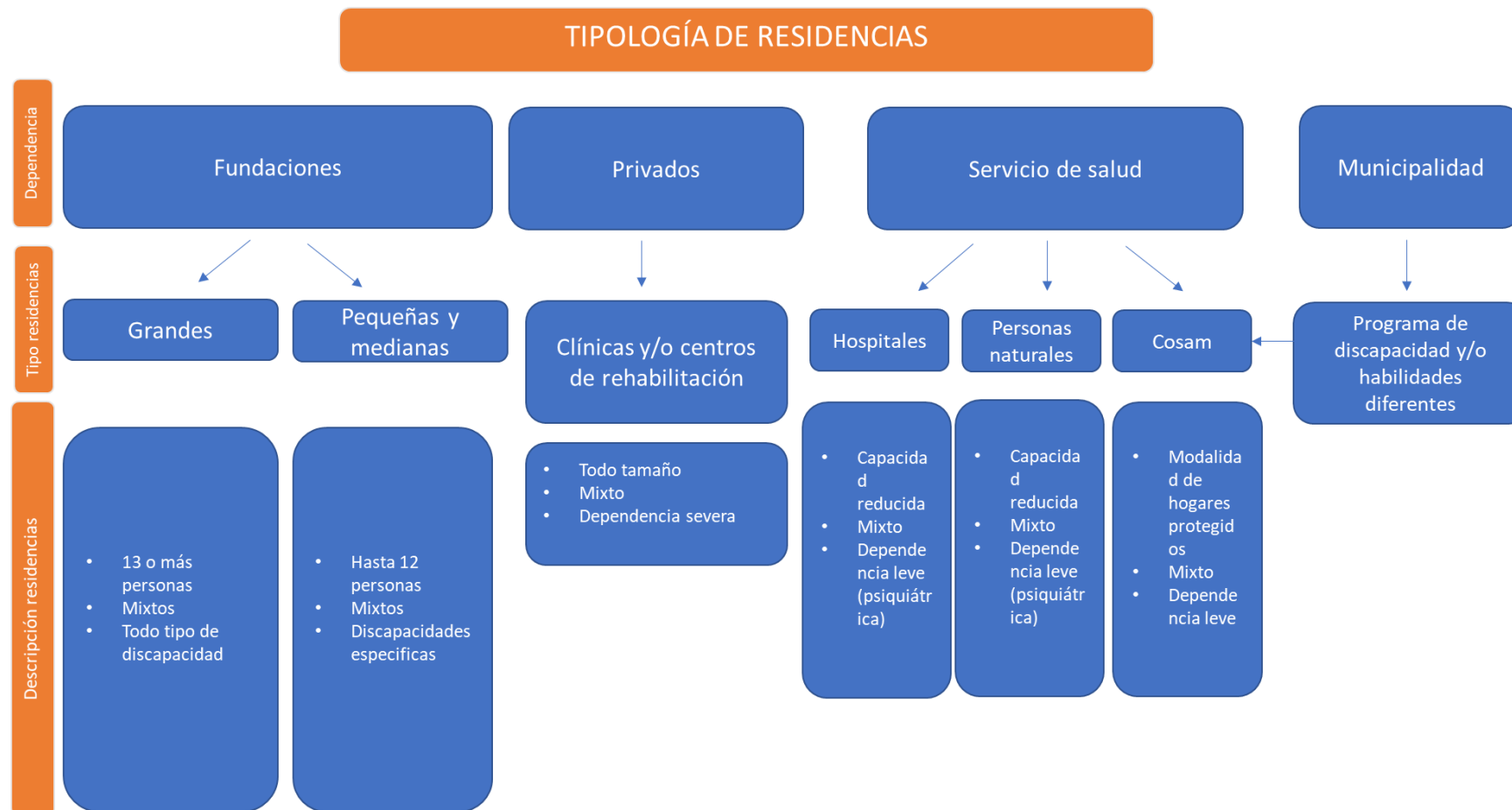
Fuente: Elaboración propia

Por último, un 74% de las residencias declaran pertenecer a una institución mayor. Cerca de un 50% de las instituciones que pertenecen a una red corresponden a instituciones sin fines de lucro o fundaciones.

**La residencia promedio tiene 12 años de antigüedad, atiende a 9 personas o menos, es una institución formal con razón social que corresponde a una Fundación sin fines de lucro y, muy posiblemente, pertenece a una institución mayor.**



Figura n°2: Tipos de residencias según dependencia y tipo.



Fuente: Elaboración propia

### 4.3. Las instituciones y las personas que son atendidas

El artículo número 1 de la Ley N°20.422 establece como objeto *“la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, con el fin de obtener su plena inclusión social, asegurando el disfrute de sus derechos y eliminando cualquier forma de discriminación fundada en la discapacidad”*.

Este objeto viene acompañado de cuatro principios referidos a la vida independiente, accesibilidad universal, diseño universal, intersectorialidad y participación y diálogo social. Se entiende en dicha normativa a la vida independiente como *“el estado que permite a una persona tomar decisiones, ejercer actos de manera autónoma y participar activamente en la comunidad, en ejercicio del derecho al libre desarrollo de la personalidad”* (Art. N°3, numero B, Ley, 20.422).

La vida independiente, en tanto principio de la inclusión social de las PeSD, debe realizarse sea que estas personas habiten en hogares particulares o colectivos. Desde esta perspectiva, este catastro es un primer y significativo esfuerzo para conocer los servicios de cuidado y asistencia que se ofrecen a este grupo de población y explorar en qué medida la oferta se orienta a la realización de este principio.

En este apartado se observarán resultados exploratorios respecto del tipo de dependencia y discapacidad que es atendida en las residencias, aspectos preliminares para instalar las bases de futuros estudios sobre la materia.

#### 4.3.1 Tipos de régimen

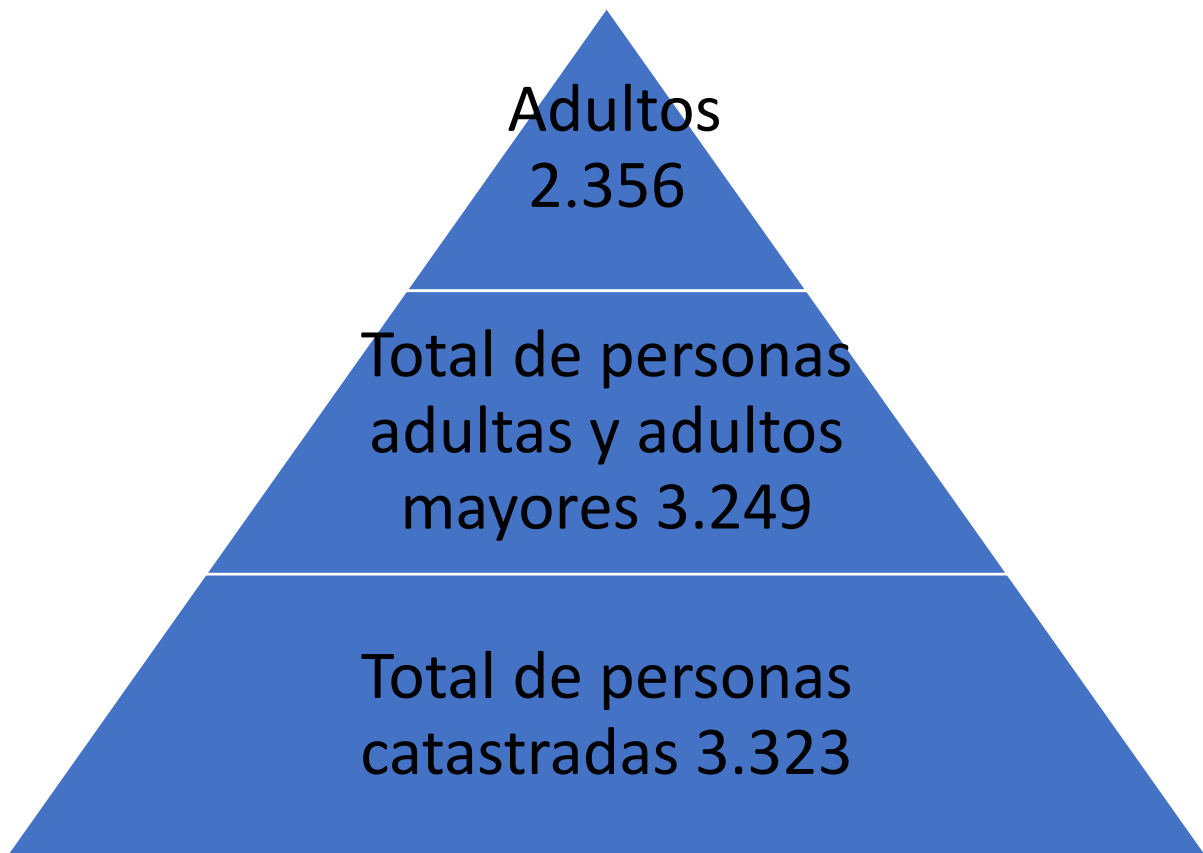
Para comprender la caracterización de los usuarios de las residencias es necesario explicar los tipos de régimen posibles en una residencia. El tipo de régimen corresponde a la disponibilidad horaria y de infraestructura en el cual la residencia presta servicios a sus usuarios. Se identifican 3 tipos de regímenes:

- Diurno: personas que reciben cuidado y asistencia sólo durante el día.
- Diurno residencia: personas que reciben cuidado y asistencia durante el día y la noche.
- Sólo residencia: personas que reciben cuidado y asistencia solo de noche.

#### 4.3.2 Cantidad de personas

En las 221 residencias catastradas se atienden en total a 3.323 personas, de las cuales 2.356 corresponden a la población objetivo y están en régimen de residencia a lo largo del territorio nacional, 998 son mujeres y 1.358 son hombres.

**Gráfico 6: Distribución de personas que habitan en régimen de residencias\* en instituciones catastradas según tramos de edad**



Fuente: Elaboración propia (\*) Diurno/residencias y residencias

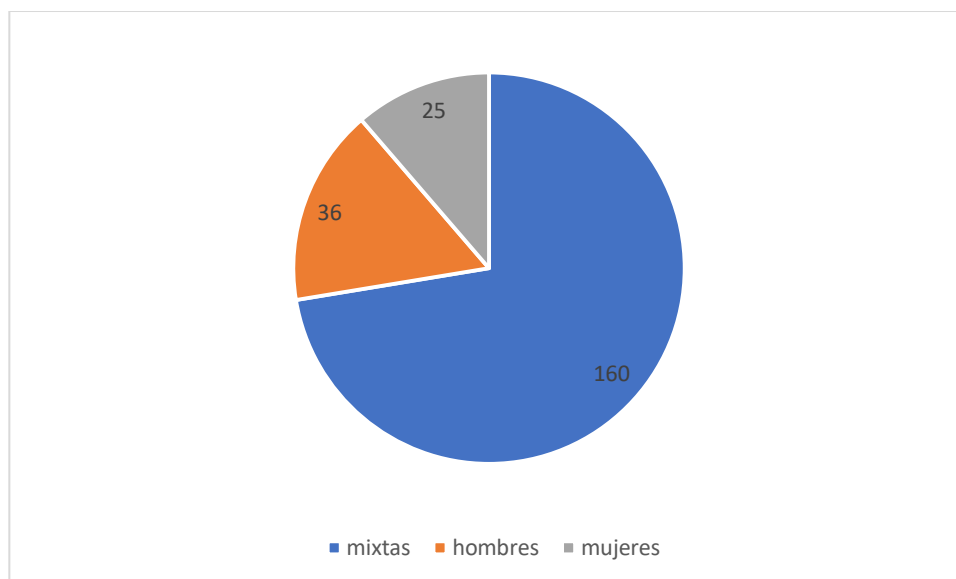
**Tabla 6: Cantidad de usuarios según sexo, edad y tipo de régimen**

	Diurno			Diurno/Residencias			Residencia			Total
	Hasta 17 años	18 a 59	60 años y más	Hasta 17 años	18 a 59	60 años y más	Hasta 17 años	18 a 59	60 años y más	
<b>Mujeres</b>	0	14	4	67	974	398	2	24	6	1489
<b>Hombres</b>	0	17	7	90	1331	357	0	27	5	1834
<b>Total</b>	0	31	11	157	2305	755	2	51	11	3323

Fuente: Elaboración propia

Considerando la población de todas las edades, un 72,3% de las residencias son mixtas (n=160), 16% atienden solo a hombres (n=36) y 11% atienden a solo mujeres (n=25). Sin embargo, cabe señalar que existen 14 residencias que, pese a ofrecer un servicio mixto (pues atiende a hombres y mujeres adultos mayores), sólo atiende hombres adultos. Si estos hombres adultos se mantuvieran en el tiempo en la institución se transformaría en una residencia sólo de hombres. Exploratoriamente, se observa que existiría una mayor demanda de residencias por parte de hombres adultos en situación de discapacidad que de mujeres adultas.

**Gráfico 7: Distribución de personas adultas según tipo de institución en la que son atendidas**



Fuente: Elaboración propia

**La residencia promedio es una institución que atiende a adultos y adultos mayores hombres, en régimen completo (diurno y nocturno). Es una institución con 9 personas o menos.**

#### 4.3.3 Discapacidad, condiciones permanentes y dependencia

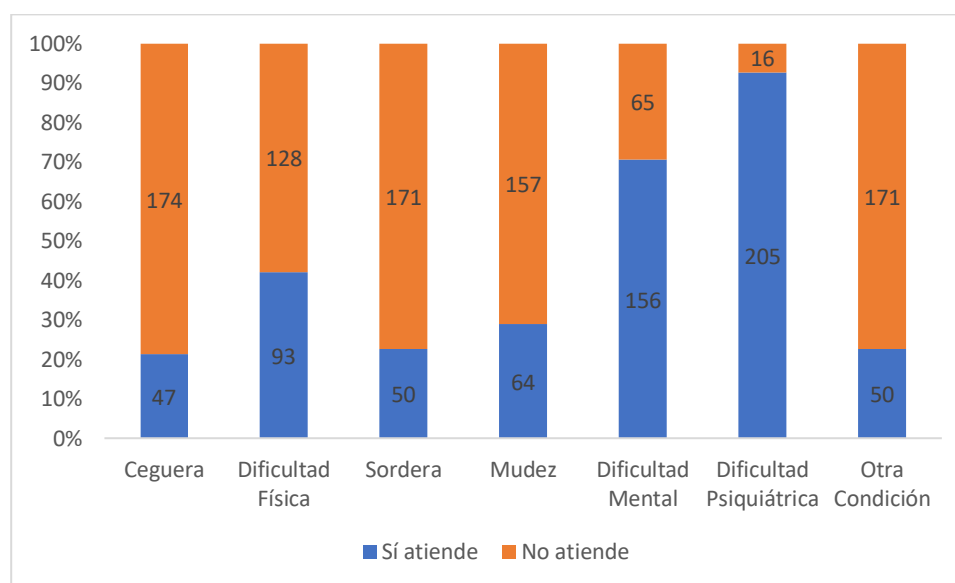
La discapacidad es un fenómeno complejo que se genera en la interacción entre la condición de salud de una persona y sus factores contextuales, considerando dentro de estos los factores ambientales y personales, por lo que no puede reducirse solamente a los déficits y condiciones de salud. Es por esto que, para medir su prevalencia en la población es necesaria la aplicación de un instrumento específico, el que fue utilizado en el II Estudio Nacional de la Discapacidad.

Sin embargo, la extensión y complejidad de dicho instrumento no se ajustaba a los objetivos y a la unidad de observación del levantamiento de información para el catastro, que tuvo como propósito recolectar información sobre residencias y no sobre personas.

Por este motivo se decidió consultar a los informantes de las instituciones sobre las condiciones de salud permanentes o de larga duración de las personas que son atendidas en cada residencia, como acercamiento a uno de los elementos que definirían la situación de discapacidad de los residentes. El detalle del cuestionario puede ser revisado en el anexo.

Un 65% de las residencias declara atender 3 o más condiciones permanentes y de larga duración. Como se observa en el gráfico 8, la condición permanente o de larga duración que es más atendida por estas instituciones es la dificultad mental y dificultad psiquiátrica, seguida de la dificultad física.

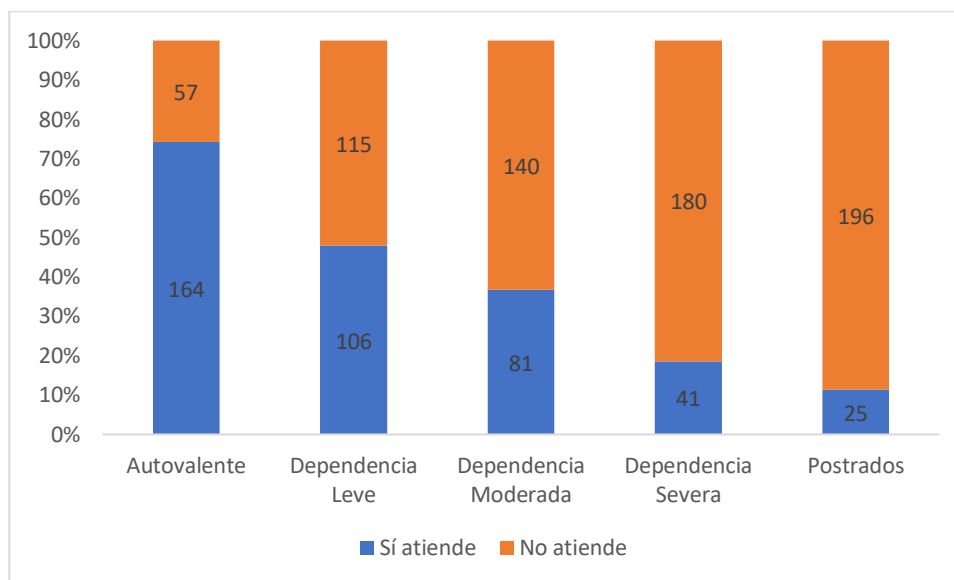
**Gráfico 8: Distribución de tipo de discapacidad que atienden las residencias catastradas**



Fuente: Elaboración propia

Las residencias atienden, principalmente, a personas autovalentes o con dependencia leve. Solo un 10% de los informantes declaran atender a postrados y un 18% a personas con dependencia severa. Es interesante este dato pues permite instalar un conjunto de preguntas: cuáles fueron las circunstancias en que la institucionalización fue el camino para atender la discapacidad y por qué la atención en el hogar o en la familia no se logró y en qué medida el modelo de atención de estas instituciones permite avanzar en la autonomía y autodeterminación de las personas.

**Gráfico 9: Distribución de residencias por tipo de dependencia de las personas que atiende**



Fuente: Elaboración propia

**La residencia promedio atiende preferentemente a personas autovalentes, con algún grado de patologías psiquiátrica y otras condiciones de salud. Asimismo, los informantes conocen el grado de dependencia que tienen los usuarios de la residencia.**

## V. CONCLUSIONES

En consideración a los hallazgos y aprendizajes establecidos presentamos una serie de conclusiones y recomendaciones:

1. Este estudio es carácter exploratorio y permite abordar una dimensión de la discapacidad que había sido invisibilizada anteriormente. A través de esta experiencia se sienta un precedente para conocer y caracterizar la oferta y demanda de residencias, para diferentes situaciones de discapacidad y dependencia, a lo largo del territorio nacional.
2. En este sentido los resultados no sólo informan la cantidad de residencias y personas que viven en ellas, también permiten levantar importantes aprendizajes para una conceptualización de este fenómeno y, además, de consideraciones para el acercamiento a estas instituciones.
3. Uno de los primeros hallazgos fue el acercamiento a las redes institucionales que operan para ofrecer este servicio. Se destaca la gran provisión pública dependiente de los servicios de salud y una oferta entregada por las grandes fundaciones, como el Hogar de Cristo, los que se han hecho cargo de esta problemática.
4. En este sentido la residencia está inserta en un conjunto de redes institucionales diversas con distintas administraciones y vocaciones, sin que exista una oferta y un modelo único para las personas en situación de discapacidad.
5. Otro hallazgo fue el tamaño de las residencias. Para este estudio se consideró aquellas instituciones en que, al menos, una persona resida sin tener lazos familiares con las otras personas.
6. Los datos nos mostraron que la mayoría de las residencias tienen menos de 9 personas y adquieren el tamaño de hogar protegido, siguiendo las pautas entregadas por el Ministerio de Salud.
7. El estudio solo incluyó comunas con más de 50.000 habitantes, en total 87 comunas, según el CENSO 2017. Los resultados mostraron que sólo en 64 comunas existen residencias del tipo buscado.



8. Las residencias catastradas tienen una buena conectividad con servicios públicos, con excepción de los servicios de salud. Este aspecto es relevante de ser observado con mayor profundidad con la información geoespacial entregada en los datos de este estudio.

9. Se destaca que la principal condición de salud permanente y/o de larga duración atendida en esta oferta es dificultades mentales y dificultades psiquiátricas, y no problemas de movilidad física.

10. Llama la atención la alta concentración de usuarios hombres que son albergados en este tipo de instituciones, lo cual abre grandes preguntas a ser problematizadas en estudios a futuro. Si bien la discapacidad es una situación que a nivel poblacional se presenta mayoritariamente en mujeres, la proporción de hombres adultos respecto de mujeres adultas, en situación de discapacidad, que habitan en residencias, es mayor.

11. En términos de hipótesis también se instala la vinculación entre los hombres adultos con discapacidad que están en residencias y los hombres en situación de calle. En el estudio del Ministerio de Desarrollo Social del año 2017, se pesquisó 10.610 personas en situación de calle, de las cuales 85% correspondía a hombres (9.015) y 15% a mujeres (1.595), y en particular, se identificaron 2.167 personas en situación de calle que presentan dificultades severas en la capacidad, las que se asimilarían a las personas identificadas como en situación de dependencias en el segundo estudio nacional de la discapacidad.

12. Dado que, mayoritariamente, las residencias catastradas trabajan con el modelo de hogares/residencias protegidas y los residentes son, en su mayoría, autovalentes o tienen dependencia leve, se abre la pregunta por la cobertura por las personas con otros niveles mayores de dependencia.

13. Según el catastro realizado, es posible establecer que las personas en esta situación se encuentran en residencias particulares o privadas. Esto deja abierta otra línea de investigación, acerca de la oferta para esta situación de discapacidad.

14. En las residencias catastradas se ofrece un régimen de atención semi abierto, en el que muchas veces, los residentes permanecen sin cuidadores durante el día y los asisten en las noches o en momentos de otorgarles sus medicaciones.

15. El apoyo de la contraparte del Servicio Nacional de la Discapacidad fue fundamental para el éxito del trabajo de campo. Este es un aprendizaje para futuros estudios, ya que el respaldo institucional es fundamental para generar las confianzas con las residencias.

16. La información que se reporta en este documento es de carácter general y exploratoria. Sin embargo, la base de datos puede ser aprovechada para ir definiendo un conjunto de indicadores relevantes que permitan evaluar el tipo de residencias que dispone nuestro país y, sobre todo, cómo ésta aporta en el objetivo de incluir en la comunidad a las personas en situación de discapacidad.

17. Asimismo, se debe considerar el aporte de la información georreferenciada, la cual permite de manera fácil y accesible ubicar territorialmente las residencias. Es importante porque, además, permite a las personas que buscan residencias acceder a información actualizada.

18. Uno de los grandes desafíos que reporta este catastro es la generación de una oferta para las regiones que tienen un déficit de cobertura en residencias. Caso emblemático es la Región de Aysén, en la cual se pudo pesquisar una necesidad importante reportada como información cualitativa por los informantes al momento de realizar la encuesta.

19. Una recomendación que surge de este catastro es la generación de un estudio sobre los modelos de residencia y el tipo de servicio que ofrecen. La pregunta sería evaluar en qué medida las residencias ofrecen un servicio que propicie el principio de vida independiente y se garantice la calidad de los servicios de apoyo y cuidado.

20. Otra recomendación corresponde a la actualización de este catastro. Se sugiere realizar una actualización periódica de la información del directorio e, idealmente, considerar un nuevo proceso de catastro en los próximos 5 años.

21. Por último, se sugiere analizar esta información de manera complementaria con otras ofertas de residencias para poblaciones vulnerables. El cruce con residencias de personas en situación de calle, adultos mayores y niños, niñas y adolescentes podrá dar una visión más integral del fenómeno.

## VI. BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de desarrollo Social (2017). Informe de Desarrollo Social. Gobierno de Chile.
- Organización Mundial de la Salud (2011). "Informe mundial sobre la discapacidad". Versión digital: <http://www.ciudadaccesible.cl/wp-content/uploads/2011/08/Resumen-Informe-Mundial-sobre-la-Discapacidad-OMS-2011.pdf>

Última visita: 20 de mayo 2018

- Servicio Nacional para la Discapacidad (2015). II Estudio nacional de la discapacidad. Disponible en:  
[https://www.senadis.gob.cl/pag/355/1197/ii\\_estudio\\_nacional\\_de\\_discapacidad](https://www.senadis.gob.cl/pag/355/1197/ii_estudio_nacional_de_discapacidad)  
<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1010903>

Última visita: 20 de mayo 2018

- Servicio Nacional para la Discapacidad (2010). Manual sobre la ley N° 20.422

## VII. Anexos

### VII.1. Glosario

A continuación, se presentan algunos de los conceptos considerados en el presente estudio:

Estos conceptos se refieren a aquellos definidos por la ley N°20.422

- **Persona con discapacidad:**

Aquella que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensorial, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

- **Ayudas técnicas:**

Los elementos o implementos requeridos por una persona con discapacidad para prevenir la progresión de esta misma, mejorar o recuperar su funcionalidad, o desarrollar una vida independiente.

- **Discriminación:**

Toda distinción, exclusión, segregación o restricción arbitraria fundada en la discapacidad, y cuyo fin o efecto sea la privación, perturbación o amenaza en el goce o ejercicio de los derechos establecidos en el ordenamiento jurídico.

- **Entorno:**

El medio ambiente, social, natural y artificial, en el que las personas desarrollan su participación social, económica, política y cultural, a lo largo de todo su ciclo vital.

- **Cuidador:**

Toda persona que proporciona asistencia permanente, gratuita o remunerada, para la realización de actividades de la vida diaria, en el entorno del hogar, a personas con discapacidad, estén o no unidas por vínculos de parentesco.

- **Servicios de apoyo:**

Toda prestación de acciones de asistencia, intermediación o cuidado, requerida por una persona con discapacidad para realizar las actividades de la vida diaria o participar en el entorno social, económico, laboral, educacional, cultural o político, superar barreras de movilidad o comunicación, todo ello, en condiciones de mayor autonomía funcional.

- **Ajustes necesarios:**

Son las medidas de adecuación del ambiente físico, social y de actitud a las carencias específicas de las personas con discapacidad que, de forma eficaz y práctica y sin que suponga una carga desproporcionada, faciliten la accesibilidad o participación de una persona con discapacidad en igualdad de condiciones que el resto de los ciudadanos.

- **Igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad:**

La ausencia de discriminación por razón de discapacidad, así como la adopción de medidas de acción positiva orientadas a evitar o compensar las desventajas de una persona con discapacidad para participar plenamente en la vida política, educacional, laboral, económica, cultural y social.

**Glosario de conceptos incluidos en el manual de encuestadores:**

Nombre de Fantasía de la Institución	Corresponde a nombre con el cual la institución es conocida, puede o no coincidir con el nombre legal.
Razón social	Denominación por la cual se conoce colectivamente a una empresa. Es el nombre oficial y legal que aparece en la documentación que permitió constituir a la persona jurídica en cuestión.
<b>¿A cuántas personas atiende este establecimiento en régimen de atención residencial por sexo del usuario?</b>	Se entiende como personas institucionalizada o <b>Residente</b> a la persona que vive habitualmente (la mayor parte del año, o sea mínimo seis meses y 1 día del año, o planea vivir los próximos 12 meses o la mayor parte de los próximos 12 meses) en una institución.
Diurno	Personas que reciben cuidado y asistencia solo durante el día

Diurno residencia	Personas que reciben cuidado y asistencia durante el día y la noche
Solo residencia	Personas que reciben cuidado y asistencia solo de noche (llegan a dormir)
<b>Condiciones permanentes</b>	
Ceguera o dificultad para ver aun usando lentes	<b>1. Ceguera o dificultad para ver aun usando lentes:</b> Personas ciegas totales, que han perdido totalmente la visión de un ojo, o que tienen dificultades severas para ver, aun haciendo uso de lentes ópticos. Por ejemplo, personas que tienen problemas graves para distinguir las imágenes del televisor, leer el periódico, coser, ver la hora en un reloj de pulsera normal y/o caminar en forma autónoma. Excluya a las personas que pueden ver sin dificultad o corregir la condición deficitaria para ver mediante el uso de lentes ópticos.
Sordera o dificultad para oír aun usando audífonos	<b>2. Sordera o dificultad para oír aun usando audífonos:</b> Personas que son sordos totales, que han perdido la audición de un oído o bien presentan problemas de audición y, que, a pesar de usar audífonos, no pueden escuchar bien. Por ejemplo, personas que tienen dificultades graves para oír alarmas, sirenas, etc. o bien que por la pérdida o disminución de la capacidad auditiva no logran entender una conversación a tono normal. Excluya a las personas que pueden oír sin dificultad o corregir la condición deficitaria para oír mediante el uso de audífonos.
Mudez o dificultad del habla	<b>3. Mudez o dificultad del habla:</b> Personas mudas o con dificultades para hablar en forma comprensible. Por ejemplo, personas que han perdido o nunca han tenido la capacidad de hablar o tienen dificultades para hacerlo a consecuencia de traumatismos, operaciones (laringe), o asociado a otra condición de salud.
Dificultad física y/o de movilidad	<b>4. Dificultad física y/o de movilidad:</b> Personas que presentan dificultad para hacer uso o que les falta una parte del cuerpo, independiente de su

	<p>origen (nacimiento, enfermedad o accidente). Por ejemplo, presentan dificultad para levantarse de la cama, acostarse y permanecer de pie, caminar distancias largas (un kilómetro o más), ponerse de pie cuando está sentado en una silla y moverse dentro de la casa. Estas dificultades pueden requerir el uso de aparatos, tales como muletas o bastones, silla de ruedas, aparatos ortopédicos de brazos o piernas y/o prótesis.</p>
<p>Dificultad mental o intelectual (deterioro cognitivo)</p>	<p><b>5. Dificultad mental o intelectual:</b> Personas con un funcionamiento mental o intelectual que les genera dificultad para: reconocer personas u objetos, comprender situaciones cotidianas, estudiar y trabajar, evitar riesgos que pongan en peligro su vida. También presentan dificultad en habilidades de adaptación tales como la capacidad de comunicación con otros, el autocuidado, la vida familiar, la relación social, la vida comunitaria, la autonomía, la salud y seguridad. Por ejemplo, personas con Síndrome de Down, Trastorno del Espectro Autista, parálisis cerebral, Alzheimer, entre otros. Cabe señalar que la epilepsia es una enfermedad neurológica y no mental, por lo que excluya estos casos.</p>
<p>Dificultad psiquiátrica</p>	<p><b>6. Dificultad psiquiátrica:</b> Personas que presentan graves alteraciones en su comportamiento, tales como agresividad, aislamiento, ideas irracionales, manifiestan tener visiones y/o escuchar voces, usan palabras extrañas, o desarrollan conductas extrañas. Su condición se manifiesta en que tienen dificultades muchas veces para estudiar y trabajar, mantener relaciones familiares y/o tener amigos. Por ejemplo, personas diagnosticadas con esquizofrenia, psicosis, paranoia o trastorno afectivo bipolar (conocido como depresión bipolar).</p>

Nivel de dependencia	
Autovalente	No requiere ayuda de terceros para realizar las actividades básicas de la vida diaria ABVD (comer, bañarse, desplazarse dentro de la residencia, utilizar el WC, acostarse y levantarse de la cama, vestirse) y las actividades instrumentales de la vida diaria AIVD (Salir a la calle, hacer compras o ir al médico, realizar las tareas hogareñas, hacer llamadas telefónicas, manejar dinero, manejar sus propios medicamentos).
Dependencia leve	Necesita <b>ayuda de terceros</b> siempre para realizar 2 AIVD, o 1 ABVD, o no puede realizar de ninguna forma alguna AIVD.
Dependencia moderada	Necesita <u>ayuda de terceros</u> siempre para realizar 2 ABVD, o 3 AIVD, o tiene incapacidad para bañarse (incluso con ayuda de terceros).
Dependencia severa	La persona presenta incapacidad para realizar 1 ABVD (excepto bañarse) incluso con ayuda de terceros, o incapacidad para realizar 2 AIVD.
Postrados/as	No realiza ninguna de las actividades de manera autónoma y se encuentra postrado



## VII.2. Formulario

### FORMULARIO CATASTRO RESIDENCIAS

**ENCUESTADOR RECUERDE QUE EN ESTE CATASTRO SOLO PARTICIPAN RESIDENCIAS, ES DECIR, INSTITUCIONES EN QUE EL REGIMEN SEA DIURNO Y RESIDENCIAL O SOLO RESIDENCIAL.**

**LA PERSONA CONTACTADA DEBE SER UN INFORMANTE CALIFICADO PARA DAR INFORMACIÓN SOBRE LA RESIDENCIA**

**ESTE INFORMANTE DEBE SER CONTACTADO PREVIAMENTE A ESTA ENTREVISTA.**

ETIQUETA	IDENTIFICACIÓN ENCUESTA	CÓDIGO
FO	Folio:	
NE	Encuestador/a:	
CE	Código establecimiento:	
FECHA	Fecha realización encuesta: (día/mes/año)	
HI	<b>Hora de Inicio (hh:mm)</b>	
HT	<b>Hora de Término (hh:mm)</b>	

IDENTIFICACIÓN BÁSICA DEL ENCUESTADO	
<b>L1. NOMBRE DEL INFORMANTE DURANTE EL PROCESO DE SUPERVISION</b>	
<b>L.2</b> ¿Cuál es la función que Ud. ¿Actualmente desempeña en este establecimiento?  [Refiérase a su función principal en el caso de realizar más de una función]	1. Director(a) técnico(a) (profesional de la salud) 2. Director (a) administrativo (a)/Dueño (No profesional de la salud) 3. Administrador(a)/Encargado(a)/Gerente 4. Otro[a] cargo.
L2.e En caso de contestar 4 en L2 preguntar por el nombre del responsable del establecimiento y el cargo	l2e1. Nombre del responsable del establecimiento
	l21e. Cargo del responsable del establecimiento

L3. E-Mail de Contacto de informante	
L4.1 Teléfono(s) 1 del informante (56+cod. Área+8 dígitos)	
L4.2 Teléfono(s) 2 del informante (56+cod. Área+8 dígitos)	
<b>IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN</b>	
Nombre de Fantasía de la Institución	
Razón social (si no tiene anote NO TIENE)	
RUT (si no tiene anote NO TIENE)	
¿A qué categoría de institución corresponde?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persona Natural</li> <li>2. Entidad Privada (con fines de lucro)</li> <li>3. Institución, fundación o congregación religiosa sin fines de lucro</li> <li>4. Corporación de Derecho Público</li> <li>5. Otra. <span style="float: right;">Especifique:</span> -----</li> </ol>
Dirección:	
Referencia a la localidad en zonas rurales	
Indique el año desde que este Establecimiento está en funcionamiento en este lugar y en la modalidad actual (como residencia)	
Marcar punto de georreferenciación INSTRUCCIÓN PARA EL ENCUESTADOR	
Comuna	
Región	
Teléfono(s) INSTITUCIONAL 1 (56+cod. Área+8 dígitos)	
Teléfono(s) INSTITUCIONAL 2 (56+cod. Área+8 dígitos)	
E-Mail de Contacto 1 INSTITUCIONAL	
E-Mail de Contacto 2 DIRECTOR	
Dirección Virtual (Sitio Web)	

¿Este establecimiento es sucursal de una institución mayor o tiene una institución alero?	<p style="text-align: center;">1. Si <span style="margin-left: 150px;">2. No</span></p> <p>En caso de responder 1 (Sí), escriba el nombre de la institución de la cual depende el establecimiento (use letra legible):_____</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**COBERTURA PRESTACIONES**

Ahora conversaremos sobre el régimen de atención y las coberturas del establecimiento. Si es necesario podemos incorporar al profesional que maneje esta información. Para las respuestas tome como referencia los últimos 3 meses.

**II.1 ¿A cuántas personas atiende este establecimiento en régimen de atención residencial por sexo del usuario?**

**II.2 Según la edad, indique el número de personas que residen actualmente en este establecimiento.**

Edad	Diurno		Diurno residencia		Solo residencia	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
17 años o menos						
18 a 59 años						
60 años y más						
Total Parcial						
TOTAL						

**II.3 ENCUESTADOR, considerando la tabla anterior anote el total de personas institucionalizadas (considere que una persona institucionalizada residente corresponde a aquellas personas que son atendidas en la residencia).**

**De aquí en adelante, solo se recogerá información de las personas residentes (personas que pernoctan en la residencia).**

-----

**II.4 ¿Cuáles son las condiciones permanentes que presentan sus residentes?**

Discapacidad/Régimen	Si presentan	No presentan
Ceguera o dificultad para ver aun usando lentes	1	2
Sordera o dificultad para oír aun usando audífonos	1	2
Mudez o dificultad del habla	1	2
Dificultad física y/o de movilidad	1	2
Dificultad mental o intelectual (deterioro cognitivo)	1	2
Dificultad psiquiátrica	1	2
Otra condición no definida	1	2

**II.5 Por favor indique si este establecimiento atiende a personas institucionalizadas, según el siguiente grado de dependencia del usuario con las siguientes a cuantas personas institucionalizadas atiende este establecimiento, ¿según el siguiente grado de dependencia del usuario?**

Dependencia/Régimen	Si atiende	No atiende	NUMERO DE PERSONAS
Autovalente	1	2	
Dependencia leve	1	2	
Dependencia moderada	1	2	
Dependencia severa	1	2	
Postrados/as	1	2	
Total			

Encuestador, este número debe ser coherente con el declarado en la pregunta II.1/II.2 Para el rango 18 a 59 años e institucionalizado.

**II.6 ¿Cuántos cuidadores/as de atención directa operan **SIMULTANEAMENTE** en el turno de día o noche?**

Número total de cuidadores/as	Turnos	Número cuidadores/as semana	Número cuidadores/as fin de semana
	De Día		
	De noche		

**II.7 Capacidad**

	NUMERO DE CUPOS
7.1 ¿Cuál es la capacidad máxima de atención [cupos/atención/comidas] de este establecimiento en régimen diurno?:	
7.2 ¿Cuál es la capacidad máxima de atención [cupos/camas] de este establecimiento, en régimen residencial?:	

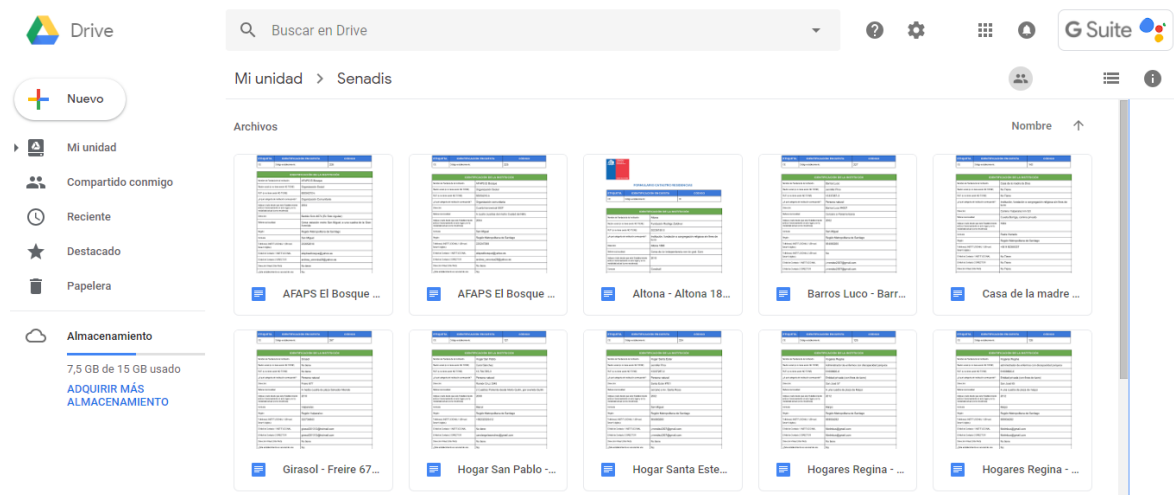
<b>OBSERVACIONES DE TERRENO</b> (Uso exclusivo de encuestadores/as y supervisores/as)	
PREGUNTA O SECCIÓN	OBSERVACIONES
	Registro de campo
	Registro de entorno: plazas, servicios públicos, conectividad.

<b>ACCESIBILIDAD DE LA EDIFICACIÓN</b>	
<b>Caracterización de equipamiento urbano</b>	
O.1 El establecimiento, ¿Está ubicado en sector urbano y además cuenta con veredas pavimentadas?	1. Sí 2. No
O.2 ¿Hay disponibilidad de transporte público a un máximo de 3 cuadras del establecimiento? (320 mt aprox)	1. Sí (indicar tipo de transporte: Metro, autobús, colectivos, etc._____) (de haber más de uno, listar) 2. No
O.3 ¿Hay disponibilidad de un establecimiento educacional público a un máximo de 3 cuadras del establecimiento? (320 mt aprox)	1. Sí (indicar tipo de establecimiento: Jardín, colegio, liceo, instituto, universidad, etc._____) (de haber más de uno, listar) 2. No
O.4 ¿Hay disponibilidad de un establecimiento de salud público a un máximo de 3 cuadras del establecimiento? (320 mt aprox)	1. Sí (indicar tipo de establecimiento: Policlínico, consultorio, centro médico, hospital, clínica, etc._____) (de haber más de uno, listar) 2. No
O.5 ¿Hay disponibilidad de una plaza, parque, playa u otro espacio de esparcimiento público a un máximo de 3 cuadras del establecimiento? (320 mt aprox)	1. Sí (indicar tipo: Plaza, parque, playa, paseo urbano público, etc._____) (de haber más de uno, listar) 2. No

### VII.3. Plataforma en Gsuite

Para facilitar tanto el uso como la posible actualización en el tiempo de la información levantada, hemos puesto a disposición de Senadis una plataforma alojada en GSuite. En ella se han alojado los datos provenientes de los centros encuestados. El acceso a esta plataforma será restringido y administrado por el Departamento de Estudios.

La información de cada centro se ha dispuesto en una ficha separada, las que pueden modificarse si en el futuro se detectan cambios en la información. Asimismo, podrán crearse nuevas fichas si se detectan nuevos centros. La totalidad de las fichas se aloja en una carpeta de Gsuite drive, como se ejemplifica en la siguiente figura.



#### Plataforma de uso

Hemos puesto a disposición de Senadis una plataforma de uso en línea, que incluye un motor de búsqueda que permite rápidamente encontrar los centros que reúnan los datos que pueda requerirse, dentro de la base de datos creada. Por ejemplo, que permita listar todos los centros de una comuna, o cuyas fichas contengan una determinada palabra.

A la plataforma se accede a través de un link (uso interno y restringido):

#### VII.4. Lista de anexos digitales

1. Base de datos
2. Diccionario de variables
3. Directorio
4. Diccionario de variables de directorio
5. Sitio web y plataforma de información en Gsuite
6. Videos demostración para visualización y actualización de base de datos

Archivos 1 a 4 entregados en formato digital, planilla Excel.





**SENADIS**  
Ministerio de  
Desarrollo Social

Gobierno de Chile



**APCA**  
Chile

**egp**   
[www.egp.cl](http://www.egp.cl)