



ORIGINAL BREVE

Perfil e indicadores de los establecimientos de larga estancia para adulto mayor en Chile



Josivaldo de Souza-Lima^a, Rodrigo Yáñez-Sepúlveda^b, Guillermo Cortés-Roco^c, Jorge Olivares-Arancibia^d y Sandra Mahecha-Matsudo^{e,f,*}

^a Facultad de Educación, Universidad de Granada, Granada, España

^b Facultad de Educación y Ciencias Sociales, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile

^c Escuela de Educación, Pedagogía en Educación Física, Universidad de Viña del Mar, Viña del Mar, Chile

^d Grupo AFySE, Investigación en Actividad Física y Salud Escolar, Escuela de Pedagogía en Educación Física, Facultad de Educación, Universidad de las Américas, Santiago, Chile

^e Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Mayor, Santiago, Chile

^f Unidad Académica Clínica MEDS, Chile

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 2 de febrero de 2023

Aceptado el 7 de marzo de 2023

On-line el 31 de marzo de 2023

Palabras clave:

Políticas públicas

Epidemiología

Envejecimiento

Asilo

Salud

RESUMEN

Antecedentes y objetivo: En este artículo se buscó caracterizar los establecimientos de larga estancia para adultos mayores (ELEAM) de Chile, además de presentar los servicios ofrecidos en lo público y en lo privado.

Material y métodos: Se trata de un estudio cuantitativo, transversal descriptivo, a través de fuente de información secundaria. Analizamos todos los ELEAM del país registrados en el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Hasta noviembre de 2015 un total de 724 ELEAM estaban registrados y distribuidos en 169 comunas alrededor del país, en los cuales estaban institucionalizados 16.985 adultos con edad a partir de los 60 años.

Resultados: La mayoría de los ELEAM (65,9% [n = 344/724]) son privados. Entre ellos, el 47,5% (n = 246/724) están localizados en la región metropolitana de Santiago. De la salud de los residentes, apenas el 26,5% son considerados autosuficientes funcionales, el 28,3% son deficientes físicos y el 8,8%, deficientes psíquicos. La mayoría de los establecimientos ofrecen actividades manuales, ejercicios físicos, clases de memoria, clases culturales y paseos recreativos o turísticos. Proporcionalmente, la mayoría de las actividades ofrecidas eran privadas.

Conclusiones: En Chile la mayor parte de los establecimientos son de carácter privado, ubicados en la región metropolitana, donde se encuentra un mayor déficit de oferta de este servicio, con una tasa de ocupación del 90,7%, siendo el 72,4% mujeres, y casi la mitad (47,7%) con alguna dependencia física o psíquica.

© 2023 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Profile and indicators of long-stay establishments for older adults in Chile

ABSTRACT

Keywords:

Public policies

Epidemiology

Aging

Asylum

Health

Background and objective: In this article we sought to characterize the Long Stay Establishments for the Elderly in Chile, besides presenting the services offered in the public and private.

Material and methods: It is a quantitative, cross-sectional descriptive study, with secondary information source. We analyze all establishments in the country registered with the National Service of the Elderly. As of November 2015, a total of 724 establishments were registered and distributed in 169 neighborhoods throughout the country in which 16,985 adults aged 60 and over were institutionalized.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sandra.mahecha@umayor.cl (S. Mahecha-Matsudo).

Results: Most of the establishments (65.9% [n = 246/724]) are private, 47.5% of them (n = 344/724) are located in the metropolitan region of Santiago. Of the residents' health, only 26.5% are considered functional brave, 28.3% are physically handicapped and 8.8% are mentally handicapped. Most establishments offer manual activities, physical exercises, memory classes, cultural classes and recreational or touristic tours. Proportionally of the activities offered were mostly private ones.

Conclusions: In Chile, most of the establishments are private, located in the metropolitan region where there is the largest supply deficit of this type of service, with an occupancy rate of 90.7%, with 72.4% women and almost half 47.7% with some physical or psychic dependence.

© 2023 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La reducción de la mortalidad en las primeras etapas de la vida, principalmente durante la infancia por el control de las enfermedades infecciosas, favoreció a los países en desarrollo a permitir que las personas sobreviviesen sobre los 60 años¹. Muchos países de Latinoamérica están experimentando cambios en su estructura de edades, entre ellos Chile, que viene enfrentando una disminución relativa en la proporción de niños y jóvenes y un aumento consecuentemente en la proporción de adultos y adultos mayores en todo el país^{2,3}.

Si bien la proporción de personas mayores (65 años o más) en el país era del 3,4% en 1950, esta cifra alcanzó el 12,2% en 2020. El número se duplicará en los próximos 25 años y la proporción de personas mayores superará el 30% en 2065⁴. El actual escenario apunta a que Chile estaría en una avanzada transición demográfica. Este proceso se da por una baja tasa de natalidad y la disminución de la mortalidad, hechos que fueron cambiando la composición y el volumen de personas en determinadas edades⁵. Además, el grupo que más crecerá en los próximos años será el de personas mayores de 80 años, las cuales aumentarán del 11,6% en 2020 al 30% en 2040 y al 49% en 2100⁶.

Por lo tanto, el avanzar de la edad es un factor de riesgo para la pérdida de la independencia física, aumentando así la institucionalización de las personas mayores⁷. Este escenario impone diversos desafíos a su sistema de seguridad social, generando una presión adicional sobre las pensiones, las políticas sociales y el sistema de salud⁴.

Entre los factores de migración, de mortalidad y de fertilidad, este último parece ser el más importante para el actual camino de la estructura etaria. Hasta 1962 la fecundidad de las chilenas era superior a 5 hijos por mujer. A partir del año siguiente, hasta 1970, cayó para 2,6 y siguió cayendo, y según las medidas realizadas en 2014 este número es de 1,7, y representa el factor que más influye en los cambios de la pirámide etaria⁸. El envejecimiento de la población tendrá consecuencias no solo a nivel de gobierno, sino en la vida de las personas en general y de la comunidad⁹.

Hasta el inicio del año de 2050, en 35 años más, las estimativas muestran que el número de personas mayores 60 años traspasará la cantidad de niños de hasta 15 años de edad; o sea, dos billones de personas mayores, que representarán el 22% de la población mundial¹⁰.

En Latinoamérica y en el Caribe el envejecimiento poblacional es más rápido que en los países desarrollados, y el número de personas mayores de 60 años representará el 25% en el mismo periodo. Chile será el tercer país, con el 30,3%, siendo el primero la República Dominicana, con el 39,2%, seguido por Puerto Rico, con el 31,5%. Luego están Costa Rica, con el 29,8%, y Brasil, con el 29,0% de la población con más de 60 años de edad¹¹.

Chile actualmente ocupa el puesto de número 42 según el índice de desarrollo humano (IDH): 0,832 en el año 2014, mostrando un crecimiento lineal desde 1980, donde tenía un promedio de 0,636¹² (OMS, 2015). En Latinoamérica, Chile ocupa la segunda posición, quedando detrás de Argentina, con un IDH de 0,833, y delante de

países como Uruguay (0,793), Panamá (0,780), Cuba (0,769) y Costa Rica (0,766), respectivamente⁸.

Con este actual escenario, Chile será uno de los primeros países de Latinoamérica que tendrá cerca del 30% de personas mayores de 60 años de edad hacia el año 2050¹². Datos nacionales del último censo calculan que en el país existen aproximadamente 2.638.000 personas mayores de 60 años, superando el 15% de la población¹³. Con el fenómeno epidemiológico global, también se ha observado una mayor demanda de residencias o de establecimientos de larga estadía para el adulto mayor debido a la necesidad de un cuidado diferenciado. La institucionalización es un fenómeno global, y su impacto en la calidad de vida de los ancianos está en discusión.

Ante el panorama actual de los cambios demográficos en el país y la certeza del crecimiento acelerado de este segmento poblacional, nos preguntamos cómo los longevos de mañana enfrentarán las dificultades de su época. Y también cuáles son los compromisos con las personas de edad avanzada, probablemente vulnerables, en un futuro próximo.

Existe una falta de cuidado familiar, lo que aumenta la institucionalización de los adultos mayores y, en consecuencia, aumenta el número de personas mayores que viven en la comunidad y que se convierten en residentes de hogares de ancianos¹⁴. La edad avanzada, no tener hogar ni pareja, el bajo nivel educativo, el sedentarismo, el mal estado de salud autopercibido, el alto número de prescripciones de medicamentos y el deterioro funcional y cognitivo son los principales predictores del proceso de institucionalización¹⁵.

Según la Constitución, tienen derecho al acceso integral a los establecimientos de larga estadía los mayores de 60 años que, por motivos biológicos, psicológicos o sociales, necesiten de un medio ambiente protegido, de cuidados diferenciados para el mantenimiento de su salud y su funcionalidad¹⁶.

Históricamente esas instituciones, conocidas como «asilos» para ancianos, eran de carácter asistencialista, estaban fundamentadas en la caridad y tenían como objetivo principal atender a las personas que realmente necesitaban auxilios básicos para sobrevivir, como alimentarse, ducharse y dormir¹⁷. Sin embargo, con el aumento expresivo de personas mayores de 60 años con algún tipo de dependencia se hizo necesaria la creación de organizaciones y fundaciones privadas y religiosas, con y sin fines de lucro, para atender la actual demanda.

Con base en el crecimiento de esta población de adultos que necesita de amparo por parte de estas instituciones, se hace relevante conocer las características actuales de los establecimientos de larga estadía para adultos mayores en el país.

Por tanto, el objetivo principal de la investigación fue caracterizar el perfil de los establecimientos de larga estadía para adultos mayores (ELEAM) en Chile.

Materiales y métodos

Para el desarrollo de esta investigación utilizamos un análisis transversal descriptivo de los datos de registro de los ELEAM. El catastro de los establecimientos es realizado de forma individual,

continua y permanente. El Servicio Nacional del Adulto Mayor en Chile (SENAMA)¹⁸ organiza y recolecta el catastro de los establecimientos de forma online, vía página web de la institución. La base de catastro, que es de orden público, está disponible desde noviembre de 2015 en una planilla del programa Excel Office 2010. La fecha de la última actualización de los ELEAM está registrada en el mes de julio de 2014; así pues, los ELEAM catastrados después de esta fecha no entran en el análisis. Las informaciones pueden ser vistas en la página online <www.senama.cl>.

Los ELEAM son una de las formas de entregar servicios de cuidado a los adultos y están regidos por el Reglamento D.S. n.º 14 de agosto de 2010 del Ministerio de Salud (MINSAL). Estos son fiscalizados por el Servicio de Salud y deben contar con una autorización sanitaria para funcionar, la cual es concedida por la Secretaría Regional Ministerial de Salud competente de la ciudad en la que se encuentra localizada. Además de los cuidados arquitectónicos del lugar, que bien son necesarios para funcionar, el reglamento solicita que la dirección del establecimiento debe estar a cargo de un profesional de la salud que haya cursado por lo menos 4 años de la carrera, preferentemente con capacitación en gerontología o ciencias sociales y con formación de postgraduación en gerontología.

Los asilos se caracterizan por ser refugio, y normalmente son una institución filantrópica o pública que alberga a personas vulnerables; las personas acogidas en estas entidades son adultos mayores desamparados. Un ELEAM puede ser filantrópico, público o privado, y se caracteriza por facilitar programas de salud y bienestar que incluyen un plan de atención médica integral que abarca el control de enfermedades crónicas, la prevención y el tratamiento de enfermedades, así como las evaluaciones médicas periódicas.

Los establecimientos deben contar con personal idóneo en cantidad suficiente para satisfacer de forma permanente y adecuada la atención integral de los residentes, de acuerdo con el número y las condiciones de salud, física y psíquica. Se requiere la evaluación de la condición de funcionalidad del adulto que ingresa al establecimiento. Esta es evaluada a través del índice de funcionalidad en las actividades de la vida diaria creado por Sidney Katz¹⁷, que clasifica al individuo en dependiente e independiente para las actividades del día a día (bañarse, vestirse, usar el sanitario, caminar, mantener la continencia urinaria y alimentarse).

El artículo 19 del reglamento recomienda que los establecimientos cuenten con profesionales, tales como enfermera, para la gestión de los cuidados; nutricionista, para la confección de minutas y dietas; kinesiólogo (fisioterapeuta); terapeuta ocupacional, o profesor de educación física con formación en gerontología, para la rehabilitación y el mantenimiento de las funciones biológicas, psicológicas y sociales de los residentes.

Resultados

Actualmente en Chile la mayoría de los establecimientos de larga estadía para adulto mayor son privados, y esta mayoría representa casi el 66% de los 724 establecimientos registrados en el SENAMA. Datos interesantes percibidos al realizar el estudio son que históricamente estos establecimientos eran organizados por entidades religiosas, sin fines de lucro, y actualmente la situación se invierte. De los casi 17.000 adultos institucionalizados en todo el territorio chileno, el 66,2% (11.222) son mujeres, y el 54% (6.056) de ellas están en establecimientos públicos. Los hombres, también en su mayoría, con el 67,4% (3.892), están en instituciones públicas. Del total de 724 establecimientos, el 85% reciben tanto hombres como mujeres; los establecimientos privados (90,2%) reciben más público de ambos géneros que los establecimientos públicos (77,3%). Para tener acceso a los establecimientos, el 94,8% (686) de las

instituciones declaran no realizar cobranza para ocupar un sitio en el establecimiento, aunque el 100% de ellas realizan cobranzas mensuales de mantenimiento ([tabla 1](#)).

En relación con las características de salud de los residentes, el 28,3% declaran alguna deficiencia física, y de estos, la mayoría están viviendo en establecimientos públicos. Las deficiencias psíquicas relatadas por los establecimientos representan actualmente el 8,8% de la población total, y de estas, la mayoría se encuentran en establecimientos públicos.

El establecimiento, al realizar el registro en el sistema del SENAMA, es preguntado si recibe personas con demencia y/o enfermedades psiquiátricas. En este registro aparece que casi el 50% no reciben personas con alguna de esas enfermedades. De los establecimientos que respondieron que «sí», el 64,9% eran privados y apenas el 35,5%, públicos. De los establecimientos que respondieron que «no», el 67% eran privados y apenas el 33,0%, públicos ([tabla 1](#)).

Los establecimientos también declaran al sistema del SENAMA los recursos humanos que aportaban para realizar las actividades descritas en la [tabla 2](#). Los profesionales que más actúan en ELEAM son, en este orden, las nutricionistas (74,6%), los enfermeros (63,3%), los kinesiólogos (50,0%), seguidos del médico general (47,4%). Los profesionales menos contratados para ofrecer servicios en los ELEAM son psicólogos (8,1%), profesores de educación física (10,9%), profesional de prevención de riesgo y terapeuta ocupacional (15,0%), médico geriatra (32,5%) y paramédico (40,1%) ([tabla 2](#)).

Con base en estas informaciones, identificamos que una cantidad considerada de ELEAM no atiende la recomendación del MINSAL de recursos humanos disponible para prestar servicios de calidad a los moradores, como se muestra en la [tabla 3](#), donde los establecimientos no poseen enfermera (28,6% [n = 207/724]), nutricionista (24,0% [n = 174/724]), kinesiólogo (42,3% [n = 306/724]), terapeuta ocupacional (81,6% [n = 591/724]) ni profesor de educación física (88,4% [n = 640/724]).

El mapa ilustrado en la [figura 1](#) nos muestra un análisis simple realizado pensado en la región. La letra A se refiere a la distribución de la proporción de establecimientos a lo largo del país, según los números registrados en el SENAMA hasta la fecha de la recolección de datos. La letra B se refiere al número de establecimientos que deberían existir si fuese obligatoria la construcción en cada barrio o comuna. Es importante destacar que la menor región del país, la 11.^a región de Aysén, con 107.334 habitantes (12.563 mayores de 60 años), posee 10 comunas y apenas 4 establecimientos para adultos, con un déficit de 6 ELEAM ([fig. 1](#)). En la letra C calculamos la tasa de ocupación por región considerando el número de cupos ofrecidos y el número de sitios ocupados.

En cuanto a la tasa de ocupación por región, 8 establecimientos en la región metropolitana no tuvieron los cupos utilizados, con lo cual apenas podemos sumar el total de cupos ofrecidos, que fueron de 303. Esta falta de datos puede haber dado porque existen instituciones que se registraron en el sistema del SENAMA pero que no se encuentran en funcionamiento.

En la [figura 1](#) también se analiza la tasa de ocupación, y verificamos que, por región, la tasa de ocupación varía entre el 83,9% en la 14.^a región (Los Ríos) y el 93,5% en la 13.^a región (Santiago). Y cuando analizamos cada establecimiento observamos que 176 están con su capacidad 100% completa, y, además de eso, 42 establecimientos tenían más personas de lo que realmente comprobaban. Este hecho llama la atención, puesto que un establecimiento ofrecía 90 cupos y tenía 131 personas, de lo que resulta que son 41 personas más de lo que podía atender. Identificamos que 176 ELEAM están atendiendo sobre su capacidad máxima, y 108 de estos están localizados en la 13.^a región (Santiago).

Tabla 1

Características generales de los establecimientos para adulto mayor en Chile, 2016

Variables	Total		Privada		Pública	
	n	%	n	%	n	%
<i>Población actual</i>						
Hombre	5.763	33,9	1.871	32,5	3.892	67,5
Mujer	11.222	66,1	5.166	46,0	6.056	54,0
<i>Público que recibe</i>						
Hombre	15	2,1	1	0,2	14	5,7
Mujer	88	12,2	46	9,6	42	17,0
Ambos géneros	621	85,8	430	90,2	191	77,3
<i>Cobranza de ingreso</i>						
Sí	38	5,2	22	4,6	16	6,5
No	686	94,8	455	95,4	231	93,5
<i>Características de los residentes</i>						
Autosuficientes funcionales	4.494	26,5	2.171	48,3	2.323	51,7
Deficientes físicos	4.810	28,3	2.008	41,7	2.802	58,3
Deficientes psíquicos	1.499	8,8	652	43,5	847	56,5
<i>Recibe personas con diagnóstico de demencia o enfermedad psiquiátrica</i>						
Sí	373	51,5	242	64,9	131	35,5
No	351	48,5	235	67,0	116	33,0

Tabla 2

Servicios y actividades ofrecidas en los establecimientos de larga estadía para adulto mayor en Chile, 2016

Variables	Total		Privada		Pública	
	n	%	n	%	n	%
<i>Actividades manuales</i>						
Sí	488	67,4	306	62,7	182	37,3
No	236	32,6	171	72,5	65	27,5
<i>Ejercicios físicos</i>						
Sí	565	78,0	364	64,4	201	35,6
No	159	22,0	113	71,1	46	28,9
<i>Taller de memoria</i>						
Sí	364	50,3	215	59,1	149	40,9
No	360	49,7	262	72,8	98	27,2
<i>Talleres preventivos</i>						
Sí	325	44,9	172	52,9	153	47,1
No	399	55,1	305	76,4	94	23,6
<i>Talleres culturales</i>						
Sí	367	50,7	227	61,9	140	38,1
No	357	49,3	250	70,0	107	30,0
<i>Paseos recreativo-turísticos</i>						
Sí	395	54,6	214	54,2	181	45,8
No	329	45,4	263	79,9	66	20,1

Discusión

Hasta la fecha no encontramos en las bases de datos de revistas indexadas estudios que hayan investigado el perfil de los ELEAM de Chile; sin embargo, encontramos reportes realizados con población de adulto en el país y otro con datos de características de los ELEAM solo en la Región Metropolitana de Santiago¹⁹.

Los principales hallazgos que podemos destacar es que la mayoría de las instituciones son jurídicas (privadas), que representan el 65,9%. Otra información relevante es la proporción de mujeres, que son básicamente dos veces la proporción de hombres institucionalizados, lo que puede ser explicado en parte por la longevidad de las mujeres en el país, que es de 81,59 años, y la de los hombres, que es de 75,42 años, según el Index Mundi¹³.

Un estudio realizado por Marín et al.²⁰ destacaba un escenario diferente del actual en relación con el número de residencias para adultos mayores en el país. En esta época había 1.668 residencias

para adultos mayores, y de estas, apenas el 62,6% eran residencias formales. Del total, el 48% estaban localizadas en la Región Metropolitana. En este actual estudio encontramos una proporción semejante de residencias para adultos en la Región Metropolitana (47,5%), mientras que el estudio de Marín et al. presentaba un total de residencias numéricamente mayor que la nuestra. Creemos que el número de residencias no ha disminuido en esta proporción en el período de 2004 hasta 2015. Esta diferencia puede ser explicada por el hecho de que en nuestro estudio seleccionamos residencias registradas oficialmente en el SENAMA, y la hipótesis es que existan más instituciones que ofrezcan este servicio pero que no se encuentren en el sistema del SENAMA, ya que este procedimiento no es obligatorio, solo que el funcionamiento de la institución requiere autorización de la Secretaría Regional Ministerial de Salud.

Además, destacamos que los datos de Marín et al. sobre la proporción de hombres y mujeres concuerdan con los encontrados en este estudio. En 2004 la proporción de mujeres ya era superior al

Tabla 3

Recursos humanos disponibles en los establecimientos de larga estadía para adulto mayor en Chile, 2016

Variables	Total		Privada		Pública	
	n	%	n = 477		n	%
			n	%		
<i>Nutricionista</i>						
Sí	540	74,6	376	69,6	164	30,4
No	174	24,0	98	56,3	76	43,7
Sin información	10	1,4	3	30,0	7	70,0
<i>Kinesiólogo(a)</i>						
Sí	362	50,0	241	66,6	121	33,4
No	306	42,3	217	70,9	89	29,1
Sin información	56	7,7	19	33,9	37	66,1
<i>Enfermera(o)</i>						
Sí	458	63,3	323	66,6	135	33,4
No	207	28,6	125	60,4	82	39,6
Sin información	59	8,1	29	49,2	30	50,8
<i>Paramédico</i>						
Sí	290	40,1	217	74,8	73	25,2
No	69	9,5	31	44,9	38	55,1
Sin información	365	50,4	229	62,7	136	37,3
<i>Psicólogo(a)</i>						
Sí	59	8,1	37	62,7	22	37,3
No	661	91,3	439	66,4	222	33,6
Sin información	4	0,6	1	25,0	3	75,0
<i>Médico general</i>						
Sí	343	47,4	222	64,7	121	35,3
No	358	49,4	248	69,3	110	30,7
Sin información	23	3,2	7	30,4	16	69,4
<i>Médico(a) geriatra</i>						
Sí	235	32,5	180	76,6	55	23,4
No	477	65,9	291	61,0	186	39,0
Sin información	12	1,6	6	50,0	6	50,0
<i>Terapeuta ocupacional</i>						
Sí	113	15,6	59	52,2	54	47,8
No	591	81,6	415	70,2	176	29,8
Sin información	20	2,8	3	15,0	17	85,0
<i>Profesor(a) de educación física</i>						
Sí	79	10,9	42	53,2	37	46,8
No	640	88,4	432	67,5	208	32,5
Sin información	5	0,7	3	60,0	2	40,0
<i>Prevencionista de riesgo</i>						
Sí	110	15,2	53	48,2	57	51,8
No	605	83,6	417	68,9	188	31,1
Sin información	9	1,2	7	77,8	2	22,2

número de hombres institucionalizados: la proporción de mujeres era del 66,8%, y hoy es del 66,1%. Sugerimos en este punto que se realicen investigaciones a fin de identificar los principales motivos de institucionalización de adultos en el país, principalmente en el sexo femenino. En un estudio realizado en el sur de Brasil²¹, los principales factores relacionados con la institucionalización fueron ser del sexo femenino ($OR = 1,96$; IC 95%: 1,31–2,95), la mayor edad ($OR = 3,23$ e $OR = 9,56$), el vivir solo y la incapacidad física y funcional para realizar de forma independiente las actividades de la vida diaria. Tal vez este también sea uno de los principales motivos de institucionalización en el país, ya que los establecimientos no aceptan personas con cuadro clínico grave de enfermedades crónicas.

Las institucionalizaciones de personas con enfermedades psiquiátricas representan apenas el 8,8% del total. Nuestra hipótesis es que la incapacidad física y funcional que impide a las personas con edades avanzadas ser independientes sea uno de los principales factores de la institucionalización en el país. En este sentido, otro punto importante a considerar, ya que es uno de los objetivos de los establecimientos para adultos en el país, es llevar en

cuenta las prácticas que promuevan la independencia funcional o el mantenimiento de estas condiciones.

Un estudio realizado en el sur de Chile mostró que apenas una semana de institucionalización fue suficiente para mostrar efectos negativos en las estructuras antropométricas de adultos dependientes e independientes con edad avanzada. La falta de estímulos adecuados con ejercicios y actividades físicas fue considerada como un factor importante de manejamiento de las medidas antropométricas relacionadas con la salud de los adultos institucionalizados²².

Una revisión sistemática¹⁵, con un total de 16 estudios –de los que 15 se realizaron en países en desarrollo, y, de estos, 7 en Brasil–, concluye que si bien la institucionalización influye negativamente en la calidad de vida de los ancianos, se necesitan más estudios bien diseñados para confirmar esta evidencia. Un estudio reciente²³ tuvo como objetivo comparar los niveles de aptitud física de 118 adultos mayores de 65 a 85 años residentes en una residencia o en la comunidad. La resistencia aeróbica, el equilibrio y la agilidad fueron mayores en los residentes en hogares de ancianos que en los adultos mayores que vivían en la comunidad. La fuerza, la flexibilidad y el IMC no difirieron entre los grupos. Estos resultados pueden

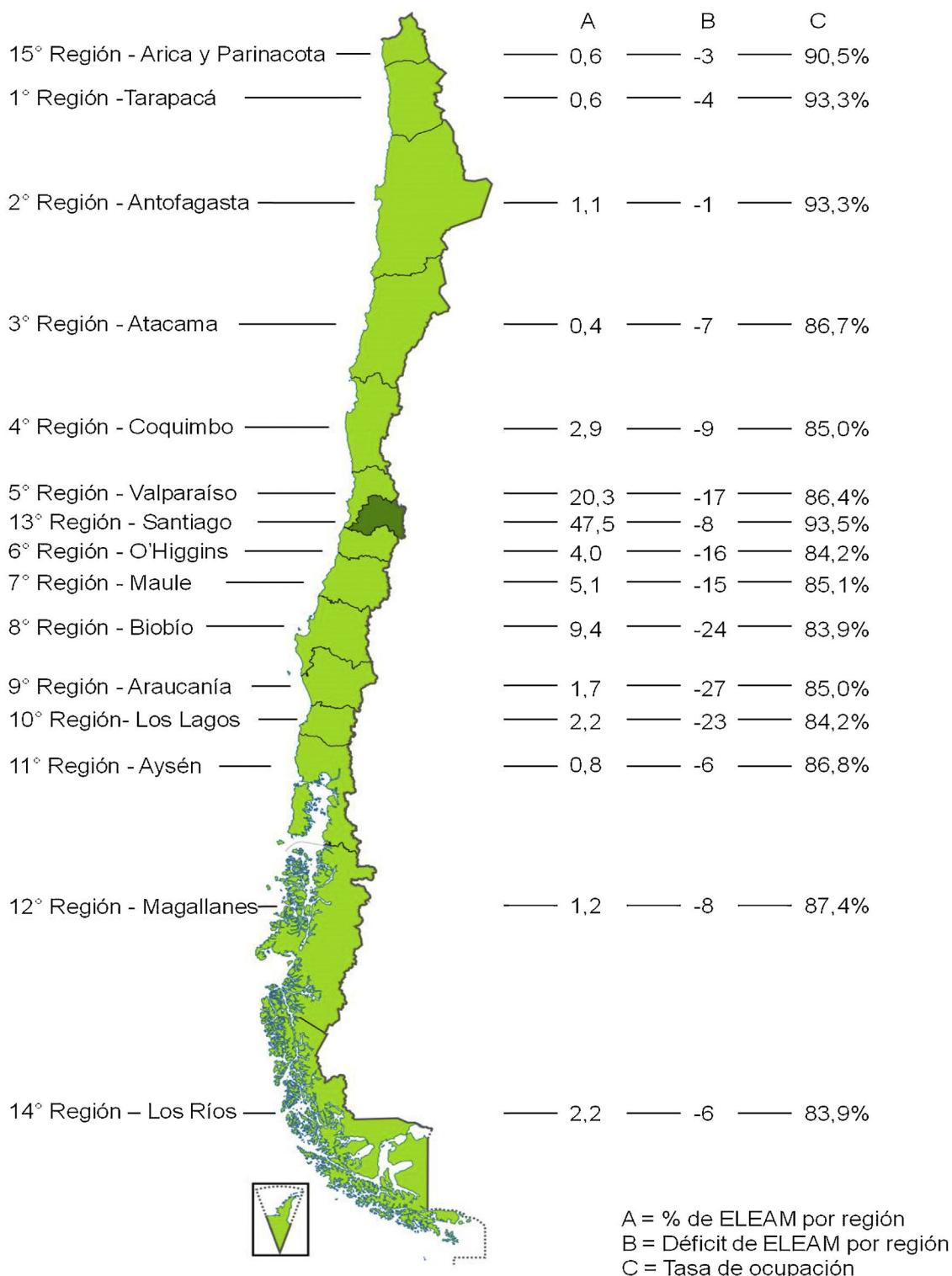


Figura 1. Porcentaje, déficit y tasa de establecimientos de larga estadía para adulto mayor por región en Chile, 2016.

explicarse porque en los hogares de ancianos el entorno de vida es más grande que el de los hogares de particulares. Los residentes pueden caminar más distancias para ir a la sala de estar, el comedor y las áreas al aire libre, lo que no ocurre en los domicilios, por ejemplo. Sin embargo, al ser un estudio transversal, estos resultados no dan cuenta de causa y efecto; por lo tanto, que vivir en una comunidad conduzca a una disminución de la resistencia aeróbica, del equilibrio y de la agilidad. Un estudio realizado en el sureste de

Brasil mostró que el simple acto de caminar es un factor importante para mantener la fuerza muscular, principalmente en la movilidad, que está directamente relacionada con el equilibrio²⁴.

Otro punto que debemos analizar es la prioridad de servicio ofrecido por el establecimiento para los moradores. Por ejemplo, por qué la institución pública ofrece menos servicios profesionales y recursos humanos que la institución privada, siendo apenas prevencionista de riesgo la misma proporción para ambas

instituciones. Las actuales prioridades de servicios ofrecidos de cierto modo no atienden las actuales necesidades del hogar. Cuando analizamos la [tabla 2](#), la demanda de moradores con deficiencias físicas en las instituciones públicas y privadas, que representan casi el 50% de los moradores, notamos que la cantidad de profesionales que podrían ofrecer promoción de salud a través de ejercicios y actividades físicas, como kinesiólogos y profesionales de educación física, representan apenas el 10% de las instituciones con estos profesionales. Así pues, las demás instituciones ¿cómo promueven salud para sus moradores? Estudios internacionales muestran la importancia de tener profesionales capacitados con distintas formaciones para lograr atender con calidad a los adultos mayores que son heterogéneos física y funcionalmente, a fin de promover el acondicionamiento físico, así como minimizar el deterioro funcional, que son igualmente importantes como problemas psiquiátricos y sociales²⁵.

En el análisis de los establecimientos en relación con el régimen jurídico identificamos en el país tres tipos: la minoría denominada *corporación de derecho público*, que apenas supone el 2,5%; la *fundación o congregación religiosa sin fines lucrativos*, que representa el 31,6%, y la mayoría, con el 65,9%, denominada *institución privada o persona natural con fines lucrativos*. En otros países, como en Brasil, la proporción de establecimientos para adultos mayores considerados *filantrópicos sin fines lucrativos* son la mayoría, con el 65,2%, seguida de los *privados*, con el 28,2%, y los *públicos*, con el 6,6%²⁶.

El mantenimiento de las capacidades físicas y funcionales es fundamental durante el proceso de envejecimiento para mantener la independencia funcional. Con las funciones físicas y funcionales eficientes el adulto mayor institucionalizado tendrá autonomía suficiente para tener autocuidados mínimos que hoy son ejecutados por profesionales, como por ejemplo enfermeros. El autocuidado no solo evitaría más inversiones y demandas financieras para la institución, sino que también preservaría la dignidad del adulto mayor frente a sus cuidados fisiológicos e higiénicos, teniendo su intimidad resguardada. Una de las estrategias entendidas para promover la salud y evitar el declive funcional es promoviendo actividades físicas y funcionales por un profesional competente y con formación en el área.

Un área que identificamos y que debe ser abordada e investigada es saber en qué momento de la historia del país esta situación se invirtió, cuándo los establecimientos privados pasaron a ser mayoría en el país. De hecho, ese fenómeno parece haber ocurrido por la ineficiencia de los tomadores de decisiones políticas en atender la demanda sobre la necesidad; además, el cuidar del adulto mayor parece haberse convertido en un nicho de mercado, teniendo en consideración la proporción de entidades privadas que funcionan en el país. Es cierto que la población envejece a un ritmo acelerado, y por este motivo más adultos mayores necesitarán de este tipo de apoyo, pero parece que la velocidad del aumento de la necesidad es mayor que la de demanda por parte del gobierno.

Limitaciones

La metodología de colecta de datos del sitio web de SENAMA podría no estar 100% actualizada hasta la última fecha de acceso, pudiendo esta muestra no representar la totalidad de ELEAM en Chile. Es posible que durante el envío de informaciones por parte de los ELEAM para el sistema en línea de SENAMA puedan haberse generado errores sobre los que ni el SENAMA ni los investigadores tengan control sobre ellos.

Conclusión

En el país, la oferta del servicio de asilo o ELEAM para personas sobre los 60 años de edad es en su mayoría ofrecida por institucio-

nes privadas, mientras que la mayor proporción de personas sobre los 60 años aún se encuentran en ELEAM públicos. Además, más de la mitad son mujeres sobre los 60 años. Para tener acceso a un cupo no era necesario realizar un pago en la mayoría de los ELEAM, aunque todas declararon cobrar mensualidad.

La población que padece enfermedades psíquicas representa una baja proporción, y poco más que la mitad de las instituciones ofrecen actividades de estímulos físicos y cognitivos para la población total. Además, la mayoría de los profesionales contratados por ELEAM son nutricionistas, seguidos de profesionales de enfermería; los profesionales menos contratados son de psicología, seguidos de profesionales de educación física.

El conocimiento del perfil actual de los ELEAM se hace relevante para los que toman decisiones en políticas públicas, a fin de planear mejores acciones para beneficiar a las personas adultas que en un determinado momento irán a necesitar de ese apoyo.

Financiación

Ninguna.

Participación de los autores

Los autores declaran haber participado en la concepción y la realización del trabajo que ha dado como resultado el artículo en cuestión, en la redacción del texto y en sus posibles revisiones, y todos aprobaron esta versión final para publicación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al Servicio Nacional de Adulto Mayor (SENAMA).

Bibliografía

- Pew Research Center. Attitudes about Aging: A Global Perspective, H. Quality, Editor 2015, R: Washington, DC, pp. 69.
- Alkema L, Raftery AE, Gerland P, Clark SJ, Pelletier F, Buettner T, et al. Probabilistic projections of the total fertility rate for all countries. Demography. 2011;48:815–39. <http://dx.doi.org/10.1007/s13524-011-0040-5>
- Raftery AE, Chunn JL, Gerland P, Sevčíková H. Bayesian probabilistic projections of life expectancy for all countries. Demography. 2013;50:777. <http://dx.doi.org/10.1007/s13524-012-0193-x>.
- Villalobos P. Health systems, aging, and inequity: An example from Chile. Int J Environ Res Public Health. 2020;17:6546. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17186546>.
- OMS - Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Ginebra, Suiza, 2015 [consultado Dic 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es>.
- United Nations World Population Prospects, 2019 [consultado Jun 2020]. Disponible en: <https://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery>.
- Ayuso-Gutiérrez M, Pozo-Rubio R, Escrivano-Sotos F. Socio-demographic and health factors associated with the institutionalization of dependent people. Rev Esp Salud Pública. 2010;84:789–98. <http://dx.doi.org/10.1590/s1135-5727201000060009>.
- PNUD - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre el desarrollo humano, 2015 [consultado Dic 2016]. Disponible en: <http://hdr.undp.org/en/2015report>.
- Becker G, Murphy K, Tamura R. *Human Capital, Fertility, and Economic Growth in Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis with Special Reference to Education*. 3rd edition The University of Chicago Press; 1994. p. 323–50.
- UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas. Envelhecimento no século XXI: Celebração e desafio (Resumo Executivo). Nova York, 2012 [consultado Dic 2016]. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf.
- The Wold Bank. Countries and Economies, 2015 [consultado Sep 2016]. Disponible en: <http://data.worldbank.org/country/chile>.
- WHO - World Health Organization. World report on ageing and health, 2015 [consultado Dic 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en>.

13. Index Mundi, Chile, Expectativa de vida no nascimento, 2012 [consultado Dic 2016]. Disponible en: [http://www.indexmundi.com/pt/chile/expectativa_de_vida_no_nascimento.html/](http://www.indexmundi.com/pt/chile/expectativa_de_vida_no_nascimento.html).
14. Luppa M, Luck T, Weyerer S, König H, Brähler E, Riedel-Heller SG. Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age Ageing*. 2010;39:31–8, <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afp202>.
15. De Medeiros MMD, Carletti TM, Magno MB, Maia LC, Cavalcanti YW, Rodrigues-Garcia RCM. Does the institutionalization influence elderly's quality of life? A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr*. 2020;44:1–25, <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-020-1452-0>.
16. Lathrop F. Protección jurídica de los adultos mayores en Chile. *Revista Chilena de Derecho*. 2009;36:77–113 [consultado Sep 2022].
17. Katz J, Wright E, Baron J, Losina E. Development and validation of an index of musculoskeletal functional limitations. *BMC Musculoskelet Disord*. 2009;10:1–9, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2474-10-62>.
18. SENAMA - Servicio Nacional del Adulto Mayor. Estudio de actualización del catastro de establecimientos de larga estadía (ELEAM) de la región metropolitana y configuración de procesos estandarizados, M.d.D. Social, Editor 2011, SENAMA: Chile, pp. 163.
19. SENAMA - Servicio Nacional del Adulto Mayor. Chile y sus mayores: Resultado Tercera Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez, S.N.d.A. Mayor, Editor 2013: Chile, pp. 105.
20. Marín P, Guzmán J, Araya A. Adultos mayores institucionalizados en Chile: ¿cómo saber cuántos son? *Rev Med Chil*. 2004;132:832–8, <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000700007>.
21. Del Duca GF, Silva SG, Thumé E, Santos IS, Hallal PC. Predictive factors for institutionalization of the elderly: A case-control study. *Rev Saude Publica*. 2012;46:147–53, <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102012000100018>.
22. Yáñez-Vallejos C, León-Cornejo P, Medina-González P. Efecto del tiempo e institucionalización en variables antropométricas apendiculares, en un grupo de adultos mayores independientes y dependientes. *Fisioterapia*. 2016;38:60–70, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ft.2015.05.001>.
23. Muhammed K, Zeliha Y. Comparison of the physical fitness levels in nursing home residents and community-dwelling older adults. *Arch Gerontol Geriatr*. 2020;89:1–5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2020.104106>.
24. Lima J, Matsudo S, Araujo T. El efecto de la inactividad física en la aptitud física y funcional en personas mayores institucionalizadas de São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil. *Revista Ciencias de la Actividad Física UCM*. 2014;15:63–72 [consultado Dic 2016]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=525652729007>.
25. Collet J, de Vugt M, Verhey F, Engelen N, Schols JMGA. Characteristics of double care demanding patients in a mental health care setting and a nursing home setting: Results from the SpeCIMeN study. *Aging Ment Health*. 2018;22:33–9, <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2016.1202891>.
26. IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Condições de funcionamento e infraestrutura das instituições de longa permanência para idosos no Brasil, 2011 [consultado Dic 2016]. Disponible en: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=8574.