

SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR
COLECCIÓN ESTUDIOS



**MALTRATO
A LAS PERSONAS MAYORES
EN CHILE:
Haciendo visible lo invisible**

MARÍA TERESA ABUSLEME L. | MÁXIMO CABALLERO A.
(Editores)



ISBN libro impreso: 978-956-8846-04-6
Registro de Propiedad Intelectual: 238563

COORDINACIÓN GENERAL DE LA PUBLICACIÓN:
Unidad de Estudios
Unidad de Comunicaciones
Servicio Nacional del Adulto Mayor
Senama

Las opiniones vertidas en este libro son de exclusiva responsabilidad de los autores de cada uno de los artículos aquí contenidos y no representan, necesariamente, el pensamiento del Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama) o del Estado de Chile.

Cómo citar esta obra:

Abusleme, M.T., Caballero, M. (Editores) (2014). Maltrato a las Personas Mayores en Chile: Haciendo visible lo invisible. Santiago: Senama, 2014. Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor.

Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor
Nueva York 52, piso 7 - Santiago de Chile
www.senama.cl
Impreso en Santiago de Chile por Impresora FE&SER Ltda.
Primera Edición: 500 ejemplares
Diciembre de 2013
Editores: María Teresa Abusleme L.
Máximo Caballero A.
Periodista: Camila Quinteros R.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	5
Rosa Kornfeld Matte	
1. El Maltrato hacia las personas mayores: realidad y desafíos del abordaje desde las políticas públicas en Chile a través del Senama.	9
María Teresa Abusleme Lama, Máximo Caballero Astudillo	
2. El maltrato de las personas mayores: conceptos, normas y experiencias de políticas en el ámbito internacional.	19
Sandra Huenchuán	
3. Buen trato al adulto mayor en el bioderecho.	35
Paulina Ramos Vergara, Ángela Arenas Massa	
4. El adulto mayor víctima de violencia intrafamiliar. Su abordaje en los tribunales de familia.	45
Jessica Arenas Paredes	
5. Reflexiones epistemológicas en la investigación del maltrato societal.	63
Marcelo Piña Morán	
6. ¿Hay un buen trato hacia los adulto mayor en el sistema de salud?	83
Gonzalo Navarrete Hernández, Constanza Briceño Ribot, Víctor Hugo Carrasco Meza	
7. Salud mental e integración social en la Tercera Edad: una visión sistémica de la exclusión social como maltrato.	105
Daniela Thumala-Dockendorff	
8. Envejecimiento, subjetividad y maltrato.	119
Susana González R.	

9. Familia y Soportes Intergeneracionales en la Aduldez Mayor: riesgos y desafíos.	127
Marisol del Pozo Sánchez	
10. El maltrato a las mujeres adultas mayores.	137
Beatriz Zegers P.	
11. Cuidadores y maltrato en la persona mayor: Estrategias para su abordaje.	155
Constanza Briceño Ribot, Gonzalo Navarrete Hernández, Víctor Hugo Carrasco Meza	
12. Formación de cuidadores: una alternativa para evitar el maltrato psicológico a personas mayores.	171
Atenea Flores-Castillo, Blanca Ansoleaga Humana, Miguel Ángel Zarco Neri	
13. Estado y personas mayores indígenas en Chile: reflexiones sobre el maltrato simbólico.	189
Marcelo Hermosilla Jaramillo	
NOTA BIOGRÁFICA DE AUTORES Y AUTORAS	201

¿HAY UN BUEN TRATO HACIA LOS ADULTOS MAYORES EN EL SISTEMA DE SALUD?

Gonzalo Navarrete Hernández
Constanza Briceño Ribot
Víctor Hugo Carrasco Meza

RESUMEN

El objetivo de este capítulo es revisar el maltrato que dice relación con aquel que ocurre en la dinámica estructural del sistema de salud. Al analizar esta temática el primer problema que surge es la dificultad de encontrar investigación empírica científicamente creíble, la cual es prácticamente inexistente (Lachs & Pillemer, 2004). El segundo es que el maltrato doméstico e institucional tienen dinámicas, causas y resultados que discurren por vías diferentes, por lo que no es posible extrapolar los conceptos anteriormente expuestos. Pese a las complejidades al abordar este tipo de maltrato, el punto de partida está comprendido en la definición de maltrato estructural del Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama), en la cual la ausencia de un sistema de salud (política pública y recursos) que permita responder a la complejidad de la atención del adulto mayor, deriva en perjuicio y limita el desarrollo de sus potencialidades. Un sistema de salud geriatrizado debe enfrentar las particularidades propias de este grupo en su modo de enfermar, que requiere de intervenciones complejas. El objetivo primordial de dicho modelo, no es necesariamente la curación, sino que la mantención de la funcionalidad y la preservación de la calidad de vida (autovalencia y autonomía). El primer paso que daremos en el análisis de este artículo es exponer el por qué es necesario un sistema de salud que aborde este grupo de forma especializada.

INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento en América Latina y especialmente en Chile es producto, entre otras causas, de las profundas mejorías experimentadas por nuestro país en su desarrollo socio económico. Además, refleja el éxito de nuestro sistema de salud en el enfrentamiento de las causas de mortalidad infantil, el control de las tasas de fecundidad y mortalidad en todas las edades. Lo anterior ha significado una transformación demográfica que tiene importantes consecuencias sanitarias, económicas y sociales para nuestra nación.

Uno de los nuevos desafíos que han surgido del proceso de envejecimiento poblacional y que ha llamado internacionalmente la atención de aquellos que proveen cuidados a los adultos mayores y público en general, es el abuso o maltrato al adulto mayor. Una primera dificultad es su conceptualización, con una amplia variedad de definiciones que incluye el intercambio indistinguible de negligencia, maltrato y abuso. La Academia Americana de Ciencias define abuso como:

- a. Acciones intencionales que causan daño o un serio riesgo de daño (sea o no este daño intencionado) a un adulto mayor vulnerable por un cuidador u otra persona que establezca una relación de confianza con el adulto mayor; o
- b. Una falla de un cuidador para satisfacer las necesidades básicas de un adulto mayor o protegerlo de un menoscabo (National Academies of Sciences, 2002).

El Senama define el maltrato al adulto mayor como “cualquier acción u omisión que produce daño a una persona mayor y que vulnera el respeto a su dignidad y el ejercicio de sus derechos como persona. El maltrato puede realizarse de manera intencionada, como también puede ocurrir por desconocimiento de manera no intencionada” (Senama, 2007).

Estas definiciones involucran dos ideas, que el adulto mayor sufre un daño, privación o peligro innecesario y que un individuo específico (o grupo de individuos, entiéndase institución u organización) es responsable por causarlo o fallar en prevenirlo (Lachs & Pillemer, 2004). Para efectos de esta revisión usaremos la palabra maltrato para referirnos a estos dos conceptos.

Se ha propuesto por algunos autores que el maltrato al adulto mayor sea considerado un síndrome geriátrico como las caídas y la incontinencia urinaria (Lachs & Pillemer, 1995), puesto que tiene causas multifactoriales, tanto personales como ambientales. Entre éstas, las que han evidenciado mayor fuerza de asociación son la presencia de deterioro cognitivo (Dyer, Connolly & McFeeley, 2002) (Homer & Gillear, 1990), aislamiento social (Lachs et al., 1994) (Grafstrom et al., 1993), dependencia (Pillemer, 2004) y por parte del cuidador padecer enfermedad mental (Compton et al., 1997) y el abuso de alcohol (Anetzberger et al., 1994), (Bristowe & Collins, 1998). Junto a su origen multi-causal, se asocia a otros síndromes geriátricos, y a un aumento de la mortalidad hasta 3,1 veces versus aquellos adultos mayores que no sufren maltrato (Lachs et al., 1998). Además, aumenta el riesgo de institucionalización, deterioro funcional y de la calidad de vida (Lachs et al., 2002).

Respecto de los tipos de maltrato reconocidos por el Senama, el maltrato estructural se define como “aquel que ocurre desde y en las estructuras de la sociedad mediante normas legales, sociales, culturales, económicas que actúan como trasfondo de todas las otras formas de maltrato existentes. Incluye la falta de políticas y recursos sociales y de salud, mal ejercicio e incumplimiento de las leyes existentes, y presencia de normas sociales, comunitarias y culturales que desvalorizan la imagen del adulto mayor, que resultan en perjuicio de su persona y no permiten la satisfacción de sus necesidades y el desarrollo de sus potencialidades. Se expresan socialmente como discriminación, marginalidad y exclusión social” (Senama, 2007).

El objetivo de este capítulo es revisar el maltrato que dice relación con

aquel que ocurre en la dinámica estructural del sistema de salud. Al analizar esta temática el primer problema que surge es la dificultad en encontrar investigación empírica científicamente creíble, la cual es prácticamente inexistente (Lachs & Pillemer, 2004). El segundo es que el maltrato doméstico e institucional tienen dinámicas, causas y resultados que discurren por vías diferentes, por lo que no es posible extrapolar los conceptos anteriormente expuestos.

Pese a las complejidades al abordar este tipo de maltrato, el punto de partida está comprendido en la definición de maltrato estructural del Senama, en la cual la ausencia de un sistema de salud (política pública y recursos) que permita responder a la complejidad de la atención del adulto mayor, deriva en perjuicio y limita el desarrollo de sus potencialidades. Un sistema de salud geriatrizado debe enfrentar las particularidades propias de este grupo en su modo de enfermar, que requiere de intervenciones complejas. El objetivo primordial de dicho modelo, no es necesariamente la curación, sino que la mantención de la funcionalidad y la preservación de la calidad de vida (autovalencia y autonomía).

El primer paso que daremos en el análisis de este artículo es exponer el por qué es necesario un sistema de salud que aborde este grupo de forma especializada.

RAZONES DEMOGRÁFICAS

La velocidad de envejecimiento en Chile ha sido impresionante, de esta forma la transición desde una sociedad joven a una envejecida nos tomará la mitad del tiempo de lo que se demoraron sociedades que ya realizaron esta transición, como Europa occidental y Norteamérica (Palloni, 2002).

Esto se refleja en las tasas de mortalidad y fecundidad, principales predictores de la conformación demográfica de un país. Así si la mortalidad era de 13,6 muertes por mil habitantes en 1950 y la tasa de fecundidad de 5,5 hijos por mujer en el quinquenio 1955-1960 (Celade-Cepal, 2007), éstas se modificaron a una tasa de mortalidad general de 5,5/1000 habitantes y de fecundidad de 1,8 hijos/mujer (bajo la tasa de reposición estimada que se considera en 2,1 hijos/mujer), ambas dentro de las más bajas de la región (OPS/Paho, 2013). Según el Censo 2002 (INE, 2002), las personas mayores de 60 años constituyen el 11,4% de la población, cifra que se elevó a 13,2% en los últimos años, con una esperanza de vida al nacer de 77,1 años para los hombres y 82,7 para las mujeres, siendo una de las más altas del Cono Sur (Paho, 2010). Si en 2010 el porcentaje de mayores de 65 años era de 9,2% de la población, se espera que para 2025 estos lleguen a 14,4% (Celade, 2009).

Se podrá afirmar entonces, que una primera razón que justifica la atención especializada para las personas mayores, es que hay y habrá muchas personas de edad avanzada en nuestro país.

RAZONES SANITARIAS

Segundo, estamos asistiendo a una transición epidemiológica, en la cual la

enfermedad ha pasado de ser un proceso agudo, a uno crónico y acumulativo, lo cual aumenta el riesgo de sufrir discapacidad y dependencia, especialmente en las personas mayores. Según la Encuesta Nacional de Salud del período 2009-2010 (Ministerio de Salud, Minsal, 2012), los adultos mayores tienen la mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles según grupo etario. Es así que los mayores de 65 años tienen una prevalencia significativamente mayor de diabetes mellitus (15%), de hipertensión arterial (78,8%) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (30%) versus el grupo de 45 a 64 años (9,4%, 53,7% y 23% respectivamente). Lo que en consecuencia los convierte en los usuarios más recurrentes del sistema de salud. A modo de ejemplo, del total de egresos hospitalarios de 2011, (1.648.687 egresos), el 19% corresponden a mayores de 65 años, los que aumentan a 51% si se consideran las enfermedades del sistema circulatorio y a 27% de los egresos por enfermedades del sistema respiratorio (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, Minsal, 2011).

Es relevante mencionar que dentro de los adultos mayores existen importantes diferencias en la carga de morbilidad según la funcionalidad. El Estudio Nacional de Dependencia del Adulto Mayor (Senama, 2009) estimó que la prevalencia de la dependencia en adultos de entre 65 y 69 años alcanza a 16% en comparación con los mayores de 85 años que llega a 65%, definida ésta, como aquellos que requieren asistencia siempre o casi siempre para realizar una actividad básica (ABVD) o dos instrumentales de la vida diaria (AIVD)¹. El reporte de 4 o más enfermedades es de 4,8% en las personas sin dependencia, 12,3% con dependencia leve y 21% en aquellos con dependencia severa.

Uno de los estereotipos más extendidos sobre los adultos mayores es el que hace referencia a los viejos como usuarios excesivos, abusivos de las prestaciones que el sistema de salud les ofrece. Contrariamente a lo anterior, utilizan el sistema sanitario más correctamente que la población adulta (Landefeld, 1995).

Sin embargo, pese a esta mayor carga de morbilidad, las guías de tratamiento chilenas de enfermedades crónicas no transmisibles, no consideran el manejo de adultos mayores frágiles con múltiples comorbilidades, lo que puede derivar en polifarmacia, sobretratamiento y metas demasiado exigentes que pueden aumentar el riesgo de eventos adversos y mortalidad (American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity, 2012).

Los adultos mayores están expuestos a infratratamiento. A modo de ejemplo, pese a la evidencia en reducción de mortalidad del tratamiento para osteoporosis, solo entre 5 y 30% recibe tratamiento farmacológico luego de una fractura osteoporótica (Oetgen et al., 2008); uno de cada tres pacientes mayores de 85 años con dolor diario por cáncer no recibe tratamiento analgésico alguno (Muravchick, 1997); 7% de los adultos mayores con depresión reciben cuidados de salud mental ambulatorios, en comparación con el 26% de los de edad media que reciben este mismo servicio. (Klap et al., 2003).

Otro aspecto a considerar es que los adultos mayores son frecuentemente excluidos de los ensayos clínicos, especialmente aquellos con múltiples enfermedades, con deterioro funcional y fragilidad. Lo que los priva de información sobre la pertinencia de determinados tratamientos, por lo que se debe tener cautela al ~~extrapolar~~ los resultados de estos estudios (Lugtenberg et al., 2011).

En concordancia con lo anteriormente expuesto es esperable que este grupo etario, especialmente aquellos con algún grado de dependencia, utilicen frecuentemente los servicios sanitarios, ya que los necesitan. Por tanto, facilitarles la disponibilidad a estos servicios y el acceso a ellos, es un imperativo ético de las sociedades modernas.

RAZONES ECONÓMICAS

El envejecimiento ocurre en condiciones diferentes a los países desarrollados que primero se enriquecieron y luego envejecieron, con un fuerte gasto en salud y sistemas sanitarios preparados para absorber esta nueva etapa.

Estas transformaciones tendrán un fuerte impacto económico para nuestro país. Según la Superintendencia de Salud, el gasto en salud en adultos mayores pasará de ser de 1% en 2002 a 2,1 o 2,5% en 2020. Este gasto se incrementa en relación con la funcionalidad: en 2002 se estimó que el gasto promedio anual era de \$590.000 en adultos mayores autovalentes, \$1.234.000 en semivalentes y \$2.220.000 en postrados (Superintendencia de Salud, 2006).

El sistema público de salud es y seguirá siendo el más desafiado por estas transformaciones, debiendo exigir al máximo sus recursos económicos, humanos y materiales, por tres motivos fundamentales.

Primero, la inmensa mayoría de las personas mayores se atiende en el sistema público de salud, según la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen, Ministerio de Desarrollo Social, 2011) el 87,9 % de los mayores de 60 años está afiliado a Fonasa. Segundo, si consideramos los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (Ocde), nuestro país es el segundo que menos gasta en salud pública, sólo siendo superado por México (con una población mayor de 60 años de 9% versus 13,2% de Chile), con 3,7% del Producto Interno Bruto en 2009 (Ocde, 2009).

Tercero, existen grandes diferencias en el estado de salud de los adultos mayores que se atienden en el sistema público y aquellos que lo hacen en el privado, como lo demuestra Albala y otros investigadores, al comparar la cohorte SABE² (Salud, Bienestar y Envejecimiento) representativa del grupo Fonasa (Fondo Nacional de Salud), sistema público y la cohorte Isapre (Instituciones de Salud Previsional)³, sistema previsional de salud privado. Los adultos mayores inscritos en el sistema público tenían significativamente mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, deterioro cognitivo y limitación funcional que aquellos del sistema privado (Albala et al., 2011).

POR QUÉ UNA ATENCIÓN DIFERENCIADA

Las razones demográficas, sanitarias, biomédicas y económicas anteriormente expuestas, son el punto inicial de sustento cuantitativo y cualitativo para

comprender el por qué los adultos mayores requerirán de una estructura social que sea capaz de satisfacer sus distintas demandas. Sin embargo, sumado a lo anterior, se impone un principio ético, el “Principio de Igualdad”. Éste que es reconocido por distintas constituciones alrededor del mundo, impone que “cada persona tiene derecho al mismo reconocimiento, respeto y protección de la sociedad como el que se otorga a cualquier otra persona de la comunidad”. Este mismo es aplicable tanto a criterios arbitrarios de discriminación basados en raza, género y orientación sexual, como a la edad cronológica o expectativa de vida. De lo que se concluye que el “derecho del individuo al reconocimiento, respeto y protección de la comunidad no disminuye con la edad”. De este principio se derivan los elementos esenciales de una ética de cuidados que son:

1. preocupación del bienestar de los demás,
2. respeto a sus deseos,
3. respeto a sus propios valores y a sus vidas, y
4. respeto a sus propios intereses (Harris, 2005).

Así la raíz de un sistema de salud que “maltrata o abusa” a los adultos mayores, es aquel que considera que el valor intrínseco de la vida difiere entre jóvenes y viejos, priorizando a los primeros por sobre los segundos, entendiendo el valor intrínseco de la vida, no como ausencia de muerte, sino como el respeto al bienestar, deseos, valores e intereses de las personas mayores.

- Así los puntos éticos claves en la atención de salud de los adultos mayores son:
- » Tanto la edad cronológica como la expectativa de vida no disminuyen el derecho a los cuidados de la salud.
 - » Todas las personas tienen igual derecho a los cuidados de la salud.
 - » Cuando todas las demandas de cuidados no pueden ser atendidas, debe usarse algún método equitativo de priorización, el cual no será justo si la menor prioridad se acuerda en base a edad cronológica o la expectativa de vida.

Estos principios fueron recogidos en la Asamblea Mundial del Envejecimiento (Viena, 1982), en el cual el objetivo de la asistencia sanitaria al Adulto Mayor es: “permitir a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades. Proporcionar protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesiten asistencia.”

- Los principios generales se pueden resumir en los siguientes puntos:
- » el adulto mayor requiere una atención sanitaria especial,
 - » se debe poner un especial énfasis en la prevención,
 - » se deben aplicar criterios globales en el desarrollo y análisis de los servicios;
 - » debe haber servicios de geriatría de alto nivel que formen parte de los servicios sanitarios generales,
 - » integración y coordinación,
 - » debe haber niveles asistenciales que permitan una atención progresiva y continuada,
 - » accesibilidad,
 - » evaluación continuada.

Entender la medicina geriátrica, su concepción y diseño, es crucial para el desarrollo de un sistema de salud en armonía con los principios éticos sanitarios expuestos.

ELEMENTOS FUNDAMENTALES DE UN SISTEMA DE ATENCIÓN GERIÁTRICA

Se podría decir que la primera inquietud por el cuidado de los adultos mayores surgió en el Reino Unido, luego de que en 1533 el rey Enrique VIII rompió con la Iglesia Católica y se desmantelaron los monasterios, que funcionaban como lugar de acogida de ancianos y enfermos. Producto de lo anterior, se realiza en 1552 la primera iniciativa para evaluar la pobreza en el Reino Unido, con un censo del que resultaron 350 niños sin padre, 600 hogares pobres, 200 vagabundos y 400 ancianos, estableciéndose el St. Bartholomew's Hospital y el St. Thomas Hospital para encargarse de ellos (Ives, 1946). Posteriormente, se crearon las "workhouse", viviendas de muy precarias condiciones donde terminaban sus días los adultos mayores, y los hospitales municipales. En ellos en 1935 surge la geriatría moderna. Marjorie Warren, médica titular en el West Middlesex Hospital (Warren, 1949) asumió el cuidado de enfermos crónicos adultos mayores, etiquetados de «incurables», que permanecían de por vida en salas de crónicos. Sus estudios (Warren, 1946) describen un método que se basaba en la evaluación médica y social del paciente, y la planificación de un tratamiento médico y de rehabilitación orientado a la mejoría funcional y a la reintegración en la comunidad, con lo que consiguió dar el alta hospitalaria a "esos pacientes incurables".

De las experiencias de la Dra. Warren se desprende que la forma de enfermar de los adultos mayores es particular, en el cual los cambios físicos y conductuales (cognitivos y afectivos) propios del envejecimiento, así como factores sociales y económicos, determinan la capacidad de respuesta y la reserva funcional de los adultos mayores. Esta última puede acelerar su declinación al agregarse enfermedades agudas y crónicas, así como los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos prescritos (ejemplo: la indicación de reposo y contención física al hospitalizarse, que llevan a inmovilidad). Lo anterior conlleva una menor reserva funcional y una progresión de la "fragilidad" que puede derivar en mayor pérdida funcional, deterioro de su calidad de vida, pérdida de autovalencia, institucionalización y muerte.

La enfermedad del adulto mayor en este paradigma, presenta características especiales en las que destaca: su presentación atípica (frecuentemente en forma de pérdida de función), el deterioro rápido si no se trata, la alta incidencia de complicaciones secundarias (tanto de la enfermedad como del tratamiento utilizado), la necesidad de rehabilitación, la tendencia a la cronicidad e incapacidad y la importancia de los factores ambientales y sociales para su recuperación (Alonso, 2004).

Este modelo resalta tres conceptos que son fundamentales a la hora de evaluar y diseñar estrategias de intervención para los adultos mayores. La fragilidad, la autovalencia y la calidad de vida.

El objetivo fundamental de la atención geriátrica es el adulto mayor frágil. La edad cronológica es un criterio insuficiente para evaluar las necesidades de un adulto mayor, ya que un porcentaje importante de ellos alcanza edades avanzadas en buen estado de salud (Rubenstein, 1987).

La fragilidad se podría definir como un estado de vulnerabilidad aumentado y una capacidad disminuida para mantener la homeostasis, relacionado con el envejecimiento y caracterizado por una declinación de la reserva funcional en múltiples sistemas fisiológicos (Fried et al., 2009). La operatividad de este concepto ha sido compleja, con varios autores que incluyen distintas combinaciones de componentes como estatus nutricional, energético, actividad física, movilidad, fuerza, resistencia y cognición, entre otros (Ferrucci et al., 2004).

Fried (Fried et al., 2009) describe las razones para considerar la fragilidad el eje central de la práctica geriátrica:

- a. Los adultos mayores frágiles son aquellos con el mayor riesgo de resultados adversos, tales como: caídas, deterioro funcional, hospitalización y muerte (Fried et al., 2001).
- b. Las enfermedades particulares, solas o en conjunto, no son suficientes para explicar el resultado funcional en adultos mayores ni la inconstancia de respuesta a sus tratamientos, sugiriendo que existe una alteración independiente de la enfermedad, relacionada con la edad, que da cuenta de la progresiva variabilidad en la salud, discapacidad y pronóstico. Por ejemplo, la velocidad de marcha disminuida se asocia a aumento en la tasa de eventos cardiovasculares futuros, luego de un infarto agudo al miocardio (Matsuzawa et al., 2013), y es un predictor independiente de mortalidad luego de cirugía cardíaca (Bagnall et al., 2013). Rockwood en el Canadian Study of Health and Ageing y en el estudio de cohorte Gothenburg H-70 demuestra que la acumulación de déficit predice mortalidad linealmente en relación al número de estos (Rockwood et al., 2006).
- c. La fragilidad discurre en un continuo desde un estado de pre-fragilidad, subclínico, hasta uno avanzado con discapacidad o dependencia, siendo en este último poco probable que responda a terapias de rehabilitación y teniendo una alta probabilidad de morir al corto plazo.
- d. La prevalencia de fragilidad es alta. Un estudio en la Ciudad de México estimó la prevalencia de fragilidad en 15,7% y de pre-fragilidad en 33,3% (Sánchez-García et al., 2013).

Finalmente y producto de las razones anteriormente expuestas, los adultos mayores frágiles son un subgrupo con una alta necesidad de cuidados de salud, soporte comunitario y servicios informales (por ejemplo, los cuidadores), así como cuidado a largo plazo. Todo lo cual los convierte en el grupo más vulnerable a maltrato estructural del sistema de salud.

Las necesidades especiales de este grupo son la base para la creación de la valoración geriátrica integral, así como el diseño de sistemas sanitarios geriátricos especializados que provean cuidado clínico óptimo, que permita disminuir los resultados adversos prevenibles en adultos mayores frágiles.

La valoración geriátrica integral (VGI), dice relación con la evaluación del estado de salud de las personas mayores que resalta componentes y resultados diferentes a la médica tradicional, reconociendo que el estado de salud de un adulto mayor es especialmente sensible a variables más allá de la biomédica, como la

mental y psicológica, social y ambiental. La prioridad es el estado funcional, como una variable a evaluar y un resultado a preservar y mantener. Este proceso de evaluación y de planificación del cuidado es por esencia interdisciplinario (incorpora médicos, terapeutas ocupacionales, kinesiólogos, asistente social, psicólogos, entre otros), dado lo complejo de cada uno de sus aspectos, que consumen no sólo tiempo, sino que recursos humanos con competencias diferentes. La atención al anciano mejora en calidad cuando sus problemas son manejados en el seno de un equipo de salud preparado, que debe actuar de forma interdisciplinaria. Es decir, deben mantener objetivos comunes e interactuar formalmente, compartiendo los puntos de vista de cada profesional. Este equipo recoge información que deriva en la elaboración de planes de cuidados integral e individualizado, con el objetivo principal de preservar la funcionalidad y la calidad de vida.

La VGI en pacientes hospitalizados ha demostrado aumentar la sobrevida y disminuir la institucionalización, luego de 12 meses de seguimiento versus el cuidado médico general (Ellis et al., 2011). Además del hospital, la VGI ha demostrado disminuir las re-hospitalizaciones y las consultas a servicios de urgencia (Legrain et al., 2011). En pacientes en domicilio disminuye la admisión a instituciones de larga estadía y el deterioro funcional (Stuck et al., 2002).

El proceso dinámico interdisciplinario de evaluación y planificación de cuidados a los adultos mayores, requiere de un sistema de salud que tenga características especiales. Un primer atributo es que los cuidados deben ser “progresivos”, el objetivo es que el paciente transite desde un estado de dependencia a uno de independencia. Las necesidades de atención, la dependencia y el grado de la misma, no son estáticas, sino claramente dinámicas. Lo que puede ser suficiente para un adulto mayor puede ser claramente insuficiente para otro, o para el mismo anciano en otro momento o en otras circunstancias. Esto se logra en la medicina geriátrica a través de niveles de atención (unidades hospitalarias especializadas para adultos mayores, unidades para pacientes que requieren recuperación funcional o cuidados sanitarios de larga duración y unidades de atención comunitaria).

Estos niveles deben actuar en red (funcionar en forma coordinada) y ser continuados, comunicándose durante la transición entre cada uno de ellos, de manera que no sea nefasto para el paciente. Lo anterior, resulta fundamental a nivel de atención hospitalaria, dada la frecuente relación con otros servicios clínicos (psiquiatría, traumatología, etc.), que aportan a la recuperación de los adultos mayores, pero en los que se corre el riesgo de entregar atención fragmentada. Una vez devuelto el paciente al ámbito ambulatorio, es indispensable una fluida interacción hospital-comunidad, y entre los equipos de atención primaria y los servicios sociales, así como el adecuado seguimiento de los pacientes, de manera que permita la integración del adulto mayor y la mantención en su medio social.

La atención geriátrica ha demostrado fundamentalmente ser eficaz y eficiente en términos de recursos económicos en salud, siendo clave para conseguir el fin de la precocidad del ingreso a los servicios geriátricos especializados (González-Montalvo et al., 1999).

Los modelos de atención geriátrica varían de país a país, y deben ser adap-

tados a las particularidades socioculturales, económicas, recursos humanos, entre otros. Cada país tiene que generar un sistema de atención adaptado a sus propias necesidades y basado en sus propios recursos (Barker, 1990). Sin embargo, como se mencionó, los atributos comunes de los modelos que funcionan son: intervención precoz, cuidados continuados y seguimiento post alta, los cuales se producen en estructuras concretas (servicios de atención geriátrico) (Alonso, 2004).

NIVELES DE ATENCIÓN EN GERIATRÍA

A continuación se plantearán las principales respuestas de la medicina geriátrica para cada nivel de atención, si bien existen muchos otros, los expuestos aquí son los con mayor nivel de evidencia. En éstos se realiza la VGI como herramienta central que permite planificar y coordinar los cuidados. Además, se incluye los establecimientos de larga estadía, ya que son de uso masivo en Chile, producto de la falta de otras respuestas de distintos eslabones socio-sanitarios.

Nivel Hospitalario

Los adultos mayores hospitalizados tienen más probabilidades de sufrir complicaciones iatrogénicas derivados de ésta, lo que provoca estadías más prolongadas, y hospitalizaciones más complejas. Por ejemplo, hay mayor prevalencia de infecciones asociadas a catéteres y sondas, eventos tromboembólicos, caídas, delirium y eventos adversos a fármacos, entre otros. Explicaremos tres riesgos comunes para graficar la magnitud del problema. Es relevante durante la hospitalización de adultos mayores el delirium, que se caracteriza por un cuadro confusional agudo de origen multifactorial y que se asocia a aumento en los días de hospitalización, costos en salud y mortalidad. En Chile su prevalencia en adultos mayores de 65 años puede llegar hasta 53% y en mayores de 75 años hasta 66% (Carrasco et al., 2005). Incluso en pacientes afectados durante su estadía en el hospital, se observa un riesgo significativo de institucionalización y mayor mortalidad versus aquellos que no lo presentan, medido a un año post egreso (McAvay Gail et al., 2006).

Otro caso relevante son la infecciones intrahospitalarias, especialmente la infección urinaria, que aumenta significativamente su riesgo con el uso de sondas vesicales, de las cuales 21% se utilizan sin una clara indicación y permanecen injustificadamente cerca de un tercio del tiempo de hospitalización (Saint et al., 2002).

Un tercer riesgo en la seguridad de los adultos mayores en el hospital, son las reacciones adversas a medicamentos, 61% de los pacientes pueden presentar a lo menos un evento adverso. Además, se asocian significativamente con el número de patologías concurrentes, el número de medicamentos y el uso de fármacos inapropiados para adultos mayores (Passarelli et al., 2005).

Considerando los riesgos expuestos, no es sorprendente que la hospitalización, especialmente para el grupo de adultos mayores frágiles, se relacione directamente con un aumento en el desarrollo de dependencia en actividades de la vida diaria posterior a ésta. La cual se estimó en una cohorte de mujeres adultas mayores frágiles en 56% versus 20% aquellas no frágiles, previamente

independientes (Boyd et al., 2005). Otro estudio mostró que a 12 meses del alta hospitalaria, aquellos que egresaban con una nueva o adicional discapacidad en actividades de la vida diaria, 30% volvía a su función basal, 28,6% estaban vivos pero no recuperaban su nivel basal y 41,3% fallecía (Boyd et al., 2008).

Unidades Geriátricas de Agudos (UGA). Son las unidades geriátricas de mayor complejidad. El objetivo es prestar atención especializada a adultos mayores hospitalizados que cumplen criterios de fragilidad, con enfermedades agudas o reagudizaciones de enfermedades crónicas. Permitiendo, además, el manejo de síndromes geriátricos, prevención de la discapacidad que genera la enfermedad y hospitalización, preparación de alta y reintegración armoniosa con la comunidad.

La intervención consiste en un modelo de atención centrado en el paciente cuyo énfasis es la independencia y rehabilitación desde el ingreso al hospital y un equipo interdisciplinario altamente capacitado, que proveen un cuidado coordinado dentro de una unidad hospitalaria, liderado por médicos altamente especializados en geriatría.

Existe evidencia de primer nivel que demuestra que las Unidades Geriátricas de Agudos (UGA) en comparación a otros servicios médicos, se asocian significativamente a menor riesgo de caídas, delirium, estadía hospitalaria, menor mortalidad y una menor tasa de reingresos. Así como a una mejoría funcional post alta y disminución de los costos hospitalarios (Fox et al., 2012; Baztán et al., 2009).

Pese a la evidencia expuesta, en Chile solo existen dos UGA, que cuentan en total con 18 camas.

Por otro lado, según los registros de la Superintendencia de Salud en noviembre de 2013, en Chile hay 68 geriatras reconocidos por esta entidad. El número de adultos mayores de 60 años estimados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) para 2010 es de 2.213.436, luego al dividirlo por el número de geriatras registrados, nos da que en nuestro país hay un geriatra cada 32.551 adultos mayores. Lo que refleja la enorme brecha entre los médicos especialistas en geriatría existentes y el mínimo recomendado internacionalmente, que es de un geriatra por cada 5.000 personas mayores de 60 años (Marín, 2007).

Cuidados Sub Agudos. Tiene como objetivo principal atender a pacientes que presentan un deterioro funcional potencialmente reversible y una vez superada la fase aguda de la enfermedad, requieren de cuidados médicos, enfermería o rehabilitación funcional, que no pueden ser entregados a nivel primario, en domicilio o en una residencia, pero que no requieren la complejidad de una unidad geriátrica de agudos. El objetivo es mantener a la persona mayor en la comunidad evitando la institucionalización y a la vez permitir un egreso hospitalario precoz, evitando su reingreso.

En experiencias extranjeras, como la española, éstas se han denominado Unidades de Estancia Media (UME) o Recuperación Funcional, en las que esencialmente se realiza esto mismo. Estas unidades tienen un alto nivel de evidencia que la avala, similar al de las UGA (Bachmann et al., 2010).

Actualmente hay tres centros de recuperación funcional especializados en

la atención de adultos mayores en Chile (centro de la Caja de Previsión de la Defensa Nacional, Capredena), Instituto Nacional de Geriátría y el Hospital de la Paz de Limache). Es clara la necesidad de nuevos centros que establezcan un eslabón intermedio entre el hospital y la comunidad, previniendo el deterioro funcional, institucionalización y rehospitización.

Hospital de Día Geriátrico. Se define como un centro diurno interdisciplinario, parte de la cadena sanitaria de atención geriátrica, integrado en un hospital, al que acuden adultos mayores viviendo en la comunidad, con el objetivo principal de posibilitar que continúen viviendo en su domicilio. Poniendo especial énfasis en la recuperación funcional, sin olvidar el seguimiento de los problemas médicos, de enfermería y sociales, y actuando de puente entre el hospital y la comunidad (Brocklehurst, 1973; Role of day hospital care. *BMJ* 4:223-5). También existe una considerable evidencia que los avala (Forster et al., 2008).

En nuestro país existen experiencias de Hospitales de Día, actualmente el único que funciona es el adosado al Instituto Nacional de Geriátría.

Nivel Comunitario

Atención Geriátrica a domicilio

Incluye una serie de programas con diversos objetivos de atención al paciente. Son realizados por un equipo hospitalario especializado que valora y proporciona cuidados de salud integrales domiciliarios a personas mayores frágiles y que habitualmente presentan algún grado de compromiso funcional. Permite apoyar a la red de atención primaria, a través de una coordinación del plan de cuidados. Por otro lado, permite aliviar a los cuidadores. Estos programas incluyen visitas domiciliarias preventivas, hospitalización domiciliaria, cuidados tras el alta hospitalaria, cuidados crónicos paliativos y rehabilitación domiciliaria.

Actualmente, en Chile no hay programas de este tipo dirigido a adultos mayores que funcionen en forma regular y sostenida.

NIVEL PRIMARIO DE SALUD

A nivel primario se han realizado algunas iniciativas destinadas a aplicar herramientas de diagnóstico de situación de salud de los adultos mayores y algunas destinadas a intervenciones.

Por ejemplo, el “Examen de Medicina Preventivo del Adulto Mayor (Empam)” (Minsal, 2008). Este instrumento, principal indicador de salud en los adultos mayores, provee información valiosa acerca del estado de salud de las personas mayores, que sin embargo, no se ha traducido en protocolos de atención estandarizada para los problemas potencialmente identificados, ni en la confección de un modelo de atención continuada, progresiva y especializada de dicho grupo de mayores.

La estrategia de gestión de casos consiste en una dupla socio sanitaria entre una enfermera y asistente social, para planificar e implementar las acciones para

cada caso en particular, articulando las redes necesarias, de tal forma de adecuar las respuestas para cada persona mayor desde su propia individualidad y proceso de envejecimiento. Este derivó en la publicación de un manual en 2009 (Minsal, 2009), pero su implementación ha sido escasa y heterogénea, y hasta ahora inviable por la ausencia de recursos para gestionar.

Claramente la ausencia de las estrategias domiciliarias enunciadas deriva en una sobrecarga para el sistema primario de salud, así como para los cuidadores de adultos mayores, especialmente aquellos con algún grado de dependencia, que deben desplazarse a los consultorios para resolver sus patologías en un sistema que no está adaptado a sus necesidades y complejidad.

Obviamente es útil identificar pacientes de riesgo (ancianos frágiles), sin embargo, la detección es la primera etapa de una estrategia planificada y programada para asistir las necesidades develadas y cuyos eslabones son rudimentarios o francamente inexistentes.

RESIDENCIAS DE ADULTOS MAYORES **(Establecimientos de larga estadía, Eleam)**

La Sociedad Extremeña de Geriatría y Gerontología describe que “la institucionalización de una persona mayor, tiene consecuencias tanto para el individuo (necesidad de adaptación a un nuevo sistema de vida, limitaciones en su autonomía y complicaciones asociadas a la institucionalización) como para la sociedad (incremento de los costes). Debe considerarse el último recurso de la cadena de los cuidados continuados. Si se considera el derecho a la autonomía (las personas mayores tienen derecho a ser cuidadas tanto como sea posible donde deseen y la mayoría, al igual que en cualquier otra edad, prefieren su domicilio). La institucionalización debe entenderse como un fracaso de los sistemas tanto de salud como sociales en el soporte del paciente” (Alonso, 2004).

Los cuidados de salud en las residencias son con frecuencia de mala calidad, como por ejemplo, personal de apoyo no preparado, mal uso de psicofármacos y contenciones físicas, infradiagnóstico, uso inadecuada de los servicios de urgencia y hospitalizaciones innecesarias (Jaramillo, 2001).

En Chile, según un estudio de Marín y otros (2004), existen cerca de 1.668 residencias y alrededor de 37% serían de carácter “informal” (Marín et al., 2004). En un catastro a 726 establecimientos (Senama, 2013), se observa que 26,4% de las personas mayores institucionalizadas son autovalentes y que por lo tanto podrían asistir a otros servicios ambulatorios, como centros de día, con la finalidad de evitar su institucionalización. Lo anterior está en línea con estudios internacionales que reportan una alta tasa de institucionalización inadecuada en adultos mayores, que va desde 25 a 75% (Newham et al., 1996; Hutchinson et al., 1998).

CONCLUSIONES

Con base en lo anterior, el sistema de salud chileno debería responder por razones demográficas, sanitarias, biomédicas, económicas y finalmente éticas a este grupo que presenta mayor vulnerabilidad. Sin embargo, existen severas deficiencias en la estructura sanitaria nacional que hacen patente estas inequidades en la provisión de sistemas geriátricos de atención, los cuales han demostrado ser efectivos en optimizar el pronóstico, calidad de vida y funcionalidad en los adultos mayores vulnerables.

Un sistema que no contempla los dispositivos asistenciales, que tienen probada evidencia científica para las personas mayores, constituye una severa omisión al principio de igualdad y se enmarca en categórico maltrato estructural.

En consecuencia, se requiere una reingeniería en el actual modelo de salud chileno, puesto que la atención que se brinda a los adultos mayores es desintegrada entre los distintos niveles de salud y está diseñado para el diagnóstico de enfermedad y dar respuesta a eventos únicos, esencialmente para personas mayores en estado de enfermedad aguda. Incluye reembolsos e incentivos económicos por parte de los fondos de previsión de salud público y privado, para el cuidado fundamentalmente de categorías diagnósticas específicas (por ejemplo, programa de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, entre otros). Este enfoque no permite satisfacer las necesidades de cuidados complejos en contexto de enfermedades crónicas múltiples, especialmente cuando estas ocurren en un entorno de fragilidad.

Por otro lado, la relación con los profesionales que los atienden es fragmentada por patologías, sin énfasis en la autonomía y funcionalidad, los cuales son los objetivos primordiales de la atención geriátrica. El personal de salud frecuentemente esta sobrecargado e insuficientemente preparado para atender la complejidad y los desafíos propios de este grupo. Esto deriva en problemas de infraestructura, cuidado y tratamiento o por el contrario de medidas terapéuticas desproporcionadas que no están centrados en las preferencias del paciente, vulnerando la autonomía de las personas mayores.

Los adultos mayores, especialmente aquellos vulnerables, requieren frecuentemente de cuidados a nivel hospitalario, sin embargo, su ingreso a este nivel los expone a potenciales riesgos, que pueden devenir en un deterioro de su calidad de vida y paradójicamente de su nivel de salud. Esto se explica porque no existen especialistas, dispositivos asistenciales y condiciones adecuadas para su manejo, por lo que es necesario una aproximación sistemática especializada para su evaluación e intervención, así como cambios estructurales específicamente diseñados para requerimientos altamente complejos.

Dentro de las iniciativas nacionales a nivel hospitalario, destacan dos características: su escasas (solo 2 UGA en Chile) y falta de continuidad cuando se han implementado (UGA Hospital Metropolitano). Lo anterior ha ocurrido pese a que existe abundante literatura que recomienda las unidades geriátricas a este nivel, producto de que logran un alto impacto en los principales objetivos buscados, calidad de vida y funcionalidad, a la vez que son costo efectivos.

El tránsito de los adultos mayores desde el hospital a la comunidad, y viceversa, en el sistema de salud actual, en el cual existe una pobre comunicación entre ambos niveles, supone discontinuidades en el cuidado de los pacientes, donde información relevante se puede perder y los planes de cuidado se fragmentan. Por lo que no es de extrañar que el período de mayor riesgo de reingreso al hospital sea inmediatamente después del alta. Los programas de salud actuales no consideran una adecuada monitorización del paciente que egresa del hospital a la comunidad, tampoco existen incentivos económicos para su implementación. Una transferencia adecuada y estructurada es una responsabilidad en el cuidado de los pacientes y requiere de una estructura sanitaria que permita un diálogo fluido y continuo entre los distintos componentes en la cadena de cuidados.

A nivel primario los programas en curso actúan en forma descoordinada y no siempre ha sido acompañados de una correcta capacitación del personal de salud que las cristalizará. Adicionalmente, es decepcionante la ausencia de evaluaciones que permita medir el impacto real de éstas, con el objetivo de realizar las correcciones y ajustes necesarios.

Es relevante mencionar que las acciones de promoción de la salud no radican solamente en los consultorios, sino que son otorgados por los llamados servicios "socio sanitarios", en el que están involucrados además del nivel primario de salud organismos como municipalidades, juntas de vecinos, centros de día, entre otros. Actualmente la interacción con éstos es fragmentada, constituyéndose por unidades que no dialogan entre sí, lo que produce acciones redundantes o ausencia de algunas que son necesarias.

La estructura sanitaria que se espera para la óptima provisión de cuidados, especializados y complejos, debe identificar a los pacientes frágiles y prevenir o disminuir el deterioro funcional y la dependencia, con el fin de implementar acciones que impidan su progresión, la aparición de complicaciones y evitar la institucionalización.

Un sistema de salud que se haga cargo de estas necesidades debe tener respuestas sanitarias que acompañen a los adultos mayores en las distintas etapas de su enfermedad, y que se articulan en función de los cuidados requeridos, con el objetivo de devolverlo a la comunidad lo más pronto posible. Es el medio el que tiene que modificarse y adaptarse a este nuevo tipo de usuarios y no los adultos mayores quienes deben acomodarse a un sistema sanitario caduco.

Una vez más recalcamos que la medicina geriátrica, a través de equipos especializados en la atención de adultos mayores, que trabajan coordinadamente y en distintos niveles de atención, ha sido exitosa en la experiencia internacional en mejorar la calidad de vida, preservar la funcionalidad, disminuir el uso de recursos y los costos asociados en salud.

Solo superaremos el maltrato en salud cuando cumplamos el deber ético con aquellos que envejecen, es decir, responder a la necesidad de aumentar calidad de vida a los años ya conquistados.

NOTAS AL CAPÍTULO 5

1. Dentro de las actividades básicas de la vida diaria o ABVD están levantarse y acostarse, desplazarse en el hogar, asearse solo, control de necesidades, vestirse, comer y beber, cambio en las posiciones del cuerpo. Las actividades de tipo instrumental o AIVD están referidas a deambular sin medio de transporte, usar el teléfono, realizar compras, preparar comida, preocuparse del bienestar de la familia, mantenimiento de la casa, entre otros.
2. Encuesta sobre salud, bienestar y envejecimiento.
3. Instituciones de salud previsional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- » Albala, C., Sánchez, H., Lera, L., Angel, B. & Cea, X. (2011). Socioeconomic inequalities in active life expectancy and disability related to obesity among older people. *Rev Med Chil.* 139(10):1276-85
- » Alonso, T., Alonso-Ruiz, M.T., Arana, A., Gallego, R., Gálvez, N., Lozano, G., Herrero, J.L., Jaramillo, E., Martín, J. & Saiz, F. (2004). Informe de la Sociedad Extremeña de Geriatria y Gerontología (Soggex). Necesidad del desarrollo de servicios especializados de atención al anciano frágil (II) *Rev Esp Geriatr Gerontol* 39 (2): 122-38; 193-205.
- » American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. (2012). Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians. *J Am Geriatr Soc* 60:E1
- » Anetzberger, GJ., Korbin, JE. & Austin, C. (1994). Alcoholism and elder abuse. *J Interpers Viol* 9: 184-93. 25
- » Asamblea Mundial del Envejecimiento. (1982). *Rev Esp Geriatr Gerontol* 17 (Suppl):279-314
- » Bachmann, S., Finger, C., Huss, A., Egger, M., Stuck, AE. & Clough-Gorr, KM. (2010). Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ.* 20;340:c1718.
- » Bagnall, NM., Faiz, O., Darzi, A. & Athanasiou, T. (2013). What is the utility of preoperative frailty assessment for risk stratification in cardiac surgery?. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* Aug;17(2):398-402
- » Barker, RA. (1990). The role of geriatric medicine. En: Kane RL, Evans JG, MacFadyen D, editors. *Improving the health of older people: a world view.* Oxford: Oxford University Press, p. 440-51
- » Baztán, JJ., Suárez-García, FM., López-Arrieta, J., Rodríguez-Mañas, L. & Rodríguez-Artalejo, F. (2009). Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ.* 22;338:b50

- » Boyd, CM., Landefeld, CS., Counsell, SR., Palmer, RM., Fortinsky, RH., Kresevic, D., Barrant, C. & Covinsky, KE. (2008). Recovery of activities of daily living in older adults after hospitalization for acute medical illness. *J Am Geriatr Soc.* 56(12):2171-9
- » Boyd, CM., Xue, QL., Simpson, CF., Guralnik, JM. & Fried, LP. (2005). Frailty, hospitalization, and progression of disability in a cohort of disabled older women. *Am J Med.* 118(11):1225-31
- » Bristowe, E. & Collins, J. (1998). Family mediated abuse of noninstitutionalized frail elderly men and women in British Columbia. *J Elder Abuse Neglect* 1: 45-64.
- » Brocklehurst, JC. (1973). Role of day hospital care. *BMJ* 4:223-5
- » Celade. (2009). Observatorio Demográfico N°7: Proyección de Población Celade - División de Población de la Cepal
- » Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía Celade-Cepal. (2007). Protección y Participación en la Vejez: Escenarios futuros y políticas de públicas para enfrentar el envejecimiento en Chile.
- » Compton, SA., Flanagan, P. & Gregg, W. (1997). Elder abuse in people with dementia in Northern Ireland: prevalence and predictors in cases referred to a psychiatry of old age service. *Int J Geriatr Psychiatry*, 12: 632-35.
- » Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (2011). Informe Estadístico de Egreso Hospitalario.
- » Dyer, C., Connolly, M. & McFeeley, P. (2002). The clinical and medical forensics of elder abuse and neglect. En: Bonnie R, Wallace R, eds. *Elder Abuse: abuse, neglect, and exploitation in an aging America*. Washington DC: National Academy Press.
- » Ellis, G., Whitehead, MA., O'Neill, D., Langhorne, P. & Robinson, D. (2011). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev.* (7):CD006211
- » Ferrucci, L., Guralnik, JM., Studenski, S., et al. (2004). Designing Randomized, Controlled Trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older person: a consensus report. *J Am Ger So.* 52:625-634
- » Forster, A., Young, J., Lambley, R. & Langhorne, P. (2008). Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care *Cochrane Database Syst Rev.* 8;(4):CD001730
- » Fox, MT., Persaud, M., Maimets, I., O'Brien, K., Brooks, D., Tregunno, D. & Schraa, E. (2012). Effectiveness of acute geriatric unit care using acute care for elders components: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc.* 60(12):2237-45.

- » Fried, LP, Tangen, CM., Walston, J., Newman, AB., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, WJ., Burke, G. & McBurnie, MA. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol Med Sci* 56:M146-M156
- » Fried, LP., Walston, J., & Ferrucci L. (2009). Frailty. En W. R. Hazzard (Ed). *Hazzard's geriatric medicine and gerontology* (pp. 631-645). Sixth edition. Mc Graw Hill Medical
- » Grafstrom, M., Nordberg, A. & Winblad, B. (1993). Abuse is in the eye of the beholder. *Scand J Soc Med* 21: 247-55
- » González-Montalvo, JI., Alarcón, T., Del Río, M., Gotor, P. & Aceituno, V. (1999). Resultados asistenciales de un equipo consultor geriátrico en un hospital general. Cuatro años de actividad. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 34:336-45).
- » Harris, J. (2005). Cuestiones éticas en geriatría. En Tallis R, Fillit H (Ed) *Geriatría*. Brocklehurst´s. (pp). Sexta Edición. Marbán Libros. Madrid. España.
- » Homer, AC., Gilleard, C. (1990). Abuse of elderly people by their careers. *BMJ* 301: 1359-62.
- » Hutchinson, G., Tarrant, J. & Severs, M. (1998). An impatient bed for acute nursing home admissions. *Age Ageing* 27:95-8
- » Instituto Nacional de Estadísticas, INE. Gobierno de Chile. (2002). Síntesis censo.
- » Instituto Nacional de Estadísticas, INE. Gobierno de Chile. (2005). Proyecciones y Estimaciones de Población. Total País: 1990-2050
- » Ives, AGL. (1946). Responsibility for the chronic sick: the historical perspective. *Lancet* ii: 915-916.
- » Jaramillo, E. (2001). Atención sanitaria al anciano con incapacidad crónica no reversible. En: Rodríguez L, Solano JJ, coordinadores. *Bases de la atención sanitaria al anciano*. SEMEG 183-206
- » Klap, R., Unroe, KT. & Unutzer, J. (2003). Caring for mental illness in the United States: a focus on older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 11:517-24.
- » Lachs, M. S., Berkman, L., Fulmer, T. & Horwitz, RI. (1994). A prospective community-based pilot study of risk factors for the investigation of Elder abuse. *J Am Ger Soc* 42:169-73
- » Lachs, MS. & Pillemer, K. (1995). Abuse and neglect of elderly persons. *N Engl J Med* 16;332(7):437-43
- » Lachs, MS., Williams, CS., O'Brien, S., Pillemer, KA. & Charlson, ME. (1998). The mortality of elder abuse. *JAMA* 280: 428-43

- » Lachs, M. & Pillemer, K. (2004). Elder Abuse. *Lancet* 364: 1263-72.
- » Lachs, MS., Williams, CS., O'Brien, S. & Pillemer, KA. (2002). Adult protective service home use and nursing home placement. *Gerontologist* 42: 734-39.
- » Landefeld, CS. A (1995). Randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *N Engl J Med* 332:1338-44
- » Legrain, S., Tubach, F. & Bonnet-Zamponi, D. (2011). A new multimodal geriatric discharge-planning intervention to prevent emergency visits and rehospitalizations of older adults: the optimization of medication in AGEd multicenter randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc.* 59(11):2017-28.
- » Lugtenberg, M., Burgers, JS., Clancy, C. et al. (2011). Current guidelines have limited applicability to patients with comorbid conditions: A systematic analysis.
- » Carrasco, M., Hoyl, T., Marín, PP., Hidalgo, J., Lagos, C., Longton, C., Chávez, P., Valenzuela, E. & Arriagada, D. (2005). Subdiagnóstico de delirium en adultos mayores hospitalizados. *Rev Méd Chile* 133: 1449-1454.
- » Marín, P. et al. (2004). Adultos mayores institucionalizados en Chile: Como saber cuántos son?. *Rev. med Chile*: 132: 832-838.
- » Marín, P. (2007). Reflexiones para considerar en una política pública de salud para las personas mayores. 135: 392-398.
- » Matsuzawa, Y., Konishi, M., Akiyama, E. & Suzuki, H. (2013). Association between gait speed as a measure of frailty and risk of cardiovascular events after myocardial infarction. *Am Coll Cardiol.* 14;61(19):1964-72
- » McAvay, J., Van Ness, P., Bogardus, Jr., Zhang Y., Leslie, D., Leo-Summers, L. & Inouye, S. (2006). Older Adults Discharged from the Hospital with Delirium: 1-Year Outcomes. *J AmGeriatr Soc* 54:1245-1250
- » Ministerio de Desarrollo Social. Gobierno de Chile. (2011). Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional.
- » Ministerio de Salud (Minsal). Gobierno de Chile. (2008). Manual de aplicación del examen de medicina preventiva del adulto mayor.
- » Ministerio de Salud (Minsal) Gobierno de Chile. (2009). Manual de gestor de caso del adulto mayor en riesgo de dependencia.
- » Ministerio de Salud (Minsal) Gobierno de Chile. (2011). Encuesta Nacional de Salud ENS Chile. 2009-2011. Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile, y Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria.

- » Muravchick, S. (1997). *Geroanesthesia. Principles for management of the elderly patient.* Harcourt Brace.
- » National Academies of Sciences. (2002). *Elder abuse: abuse, neglect, and exploitation in an aging America.* Bonnie R, Wallace R, eds. Washington DC: National Academy Press
- » Newham, DM., Berrington, A., Primore, WR. & Seymour, DG. (1996). Selffunding and community care admissions to nursing homes in Aberdeen. *Health Bull* 54:301-6.
- » Oetgen, ME. & Kirk, J. et al. (2008). Orthopaedic management improves the rate of early osteoporosis treatment after hip fracture. *J Bone Joint Surg Am* 2008;90: 2346-53.
- » OPS/PAHO. (2013). *Situación de salud de las Américas: Indicadores Básicos de Salud.*
- » PAHO. (2010). *Pan American Health Organization, Health Information and Analysis Project. Regional Core Health Data Initiative.* Washington DC
- » Palloni, A. (2002). Demographic and health conditions of ageing in Latin America and the Caribbean. *Int J Epidemiol.* 31:762-71
- » Passarelli, MC., Jacob-Filho, W. & Figueras, A. (2005). Adverse drug reactions in an elderly hospitalised population: inappropriate prescription is a leading cause. *Drugs Aging.* 22(9):767-77
- » Pillemer, K. (2004). Elder abuse is caused by the deviance and dependence of abusive caregivers. En: Loseke D, Gelles R, Cavanaugh M, eds. *Current Controversies on Family Violence.* Newbury Park, CA: Sage
- » Rockwood, K., Mitnitski, A., Song, X., Steen, B. & Skoog, I. (2006). Long-term risks of death and institutionalization of elderly people in relation to deficit accumulation at age 70. *J Am Geriatr Soc.* 54(6):975-979.
- » Rubenstein, LZ. (1987). Geriatric assessment: on overview of its impact. *Clin Geriatr Med* 3:1-15.
- » Saint, S., Lipsky, BA. & Goold, SD. (2002). Indwelling urinary catheters: a one-point restraint?. *Ann Intern Med.* 137:125-127.
- » Sánchez-García, S., Sánchez-Arenas, R. & García-Peña, C. (2013). Frailty among community-dwelling elderly Mexican people: Prevalence and association with sociodemographic characteristics, health state and the use of health services. *Geriatr Gerontol Int.* doi: 10.1111/ggi.12114.
- » Senama. Gobierno de Chile. (2013). *Estudio de Actualización del catastro Establecimientos de Larga Estadia. Informe Final.*

- » Senama. Gobierno de Chile. (2009). Estudio Nacional de la Dependencia en Personas Mayores.
- » Servicio Nacional del Adulto Mayor. Senama. (2007). Guía de Prevención del Maltrato en Personas Mayores.
- » Social expenditure: Aggregated data, OECD Social Expenditure Statistics (database) <http://www.oecd.org/statistics/>. DOI :10.1787/els-socx-data-en
- » Superintendencia de Salud. Gobierno de Chile. (2006). Impacto del Envejecimiento en el gasto en salud: Chile 2002 - 2020. Departamento de Estudios y Desarrollo.
- » Superintendencia de Salud. Gobierno de Chile. (2013). Registro de prestadores individuales).
- » Warren, MV. (1946). Care of the chronic aged sick. *Lancet* ii: 841-843.
- » Warren, MV. (1949). The role of a geriatric unit in a general hospital *Ulster Med J* (May 3-12).