

Reflexiones para considerar en una política pública de salud para las personas mayores

Pedro Paulo Marín L¹.

Health policies for older adults: Thoughts for action

The speed of growth of the population of older adults has been much faster than expected in every country. In Chile today one out of ten persons is an older adult and in the next twenty years this proportion will duplicate. Population aging is a success of development but also presents a medical and social challenge. The health issues of the National Policy addressing the needs of the older population in Chile are severely delayed in their implementation due to the lack of human resources trained in medicine of older adults and geriatric services. The consensus evidence on how to develop appropriate geriatric health services for older adults should include services coordinated in a continuum, including health promotion and disease prevention targeting older people to achieve "healthy aging" in the majority of the older population; outpatient health care services; acute care in hospitals with physicians trained in geriatrics; special services for geriatric rehabilitation and restoration of function (short term care) and a variety of settings and services offering long term care ranging from home to institutions. To be able to implement this vision of appropriate, coordinated and integrated health and social services for older people, the country needs a minimum number of geriatricians (at least 260), health care teams trained in the basics of geriatrics and continuing development of human resources to meet the increasing demand on health services by the fast growing older population (Rev Méd Chile 2007; 135: 392-8).

(Key words: Aging; Geriatrics; Health care facilities, manpower, and services)

Recibido el 23 de noviembre, 2006. Aceptado el 19 de diciembre, 2006.

¹Centro de Geriátria y Gerontología UC, Chile (Centro Colaborador O.M.S.), Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Un éxito de las sociedades es el envejecimiento de la población, que debe ser valorado positivamente y considerado como un desafío médico-social ya que en los países menos desarrollados sus habitantes envejecen más rápido, aun siendo pobres. Esta mayor expectativa de vida puede ser percibida a nivel personal y familiar como un

«problema» desde un punto de vista médico, social, económico. La salud se ve afectada en la mayoría de las personas adultas mayores (AM) de manera muy distinta a los adultos jóvenes, tanto porque las formas de presentación de las enfermedades son diferentes a las enseñadas habitualmente, como porque presentan múltiples patologías concomitantes, consumen más fármacos y su funcionalidad en el diario vivir se ve alterada, pudiendo transformarlos en dependientes de otras personas por lo que requieren servicios propios¹⁻⁸.

En Chile, actualmente uno de cada diez sujetos son adultos mayores y para el año 2025 esta relación

Correspondencia a: Dr. Pedro Paulo Marín L. Centro de Geriátria y Gerontología UC, Chile. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Casilla 114-D, Santiago de Chile. Fono: 3543030. Fax: 6339820. E mail: pppmarin@med.puc.cl

será una de cada cinco personas. Este lapso de tiempo ofrece a gestores y planificadores una ventana de años (oportunidad) para implementar políticas encaminadas a prevenir el desarrollo de dependencia funcional en el envejecido, principal fuente de sufrimiento personal y coste social asociados al envejecimiento^{2,4-11}. Es muy importante que el país internalice la necesidad de contar con una Política de Salud para AM como medio de asegurar una vejez digna y de buena calidad.

POLÍTICA PÚBLICA Y ENVEJECIMIENTO

La política pública se refiere a las filosofías y prioridades que sigue un gobierno (en forma de legislación o de programas) y representa el énfasis en la responsabilidad gubernamental. Los principales factores que influyen son el número de los afectados o los grupos de presión organizados. Hoy observamos claramente en los censos que hay menos niños y aumentan las personas mayores (cambio de la pirámide poblacional)^{2,4,5,8}. Por ello, el envejecimiento de las naciones es un imperativo importante de la política pública de este siglo, habiendo sido esto expuesto en la 1ª Asamblea Mundial del Envejecimiento, en 1982 (Viena), y reafirmado en la segunda celebrada en 2002 (Madrid)^{6,7}.

La política sanitaria para los AM debe considerar la necesidad y problemas singulares que los distinguen de los no ancianos. Pionera fue la Organización Mundial de la Salud (1959) y, posteriormente, numerosos otros organismos internacionales concuerdan en que lo más importante es mantener la funcionalidad en el diario vivir (cuantificable con la valoración geriátrica)⁸⁻¹⁵. Hay consenso en que éste es el factor más importante en los AM para predecir la posible dependencia a futuro, el uso de recursos sanitarios, recursos económicos o la muerte¹¹⁻¹³.

Al aumentar los muy mayores (>80 años), algo que ocurre en todos los países⁴, se proyecta un incremento de la incapacidad. Esto aumentaría los «handicaps» emocionales, sociales, económicos y ambientales. La visión dominante en los planificadores y salubristas de los años 1980 a 1990 era que los ancianos serían totalmente dependientes y muy caros, pero esto se ha visto desmentido. Actualmente, en Estados Unidos de Norteamérica y otros países (incluso culturalmente cercanos, como España) se ha demostrado de manera consistente en los últimos

diez años, que la discapacidad está disminuyendo a pesar del aumento de los AM muy mayores. O sea invirtiendo en programas eficientes y con servicios geriátricos focalizados en la función es posible revertir las proyecciones¹⁻¹³. Algo similar se realizó en la lucha mundial contra la desnutrición infantil y guarda similitud con lo que actualmente se pretende contra la obesidad mórbida.

Cualquier ser humano portador de múltiples enfermedades crónicas no transmisibles y que afecten su funcionalidad, tendrá una disminución en la «calidad de vida» que afectará a la familia y requerirá de cuidados prolongados. Sabemos que el deterioro funcional es evitable, por lo que no debemos aceptar que el coste en salud del AM sea visto sólo como un gasto sino concebido como una inversión a mediano plazo⁵⁻¹³.

ENVEJECIMIENTO ACTIVO

La Organización Mundial de Salud (OMS) promueve el «envejecimiento activo» que se basa en tres pilares: participación social, seguridad económica y salud. La mayoría de los países avanzan primero en la participación social. Lo mismo ocurrió en Chile donde los municipios, iglesias y otras organizaciones lo han implementado para lograr un «envejecimiento participativo».

Lograr la seguridad económica es complejo y se está enfrentando de diversos modos para lograr un sistema de pensiones digno y sustentable en el tiempo. En Chile, se conformó una comisión *ad hoc* al respecto.

Los aspectos de salud son en general los más atrasados. Sus grandes directrices ya fueron estudiadas en otros países, por lo que disponemos del conocimiento sobre el modo correcto de hacer^{1-3,5-7,12,13}. Los sistemas eficientes de salud para AM han de respetar las siguientes tres líneas maestras:

- 1) Servicios agudos y continuados e integrados y que se desarrollen simultáneamente: prevención y promoción masiva para lograr un «envejecimiento saludable» en la mayoría de la población; atención de salud ambulatoria; atención geriátrica hospitalaria para los casos agudos; implementación de unidades de recuperación geriátrica funcional (media estancia) y del desarrollo de atención prolongada en domicilio y en instituciones.

- 2) Formación de los equipos de salud, junto con un número adecuado de geriatras. Se requieren programas académicos de formación y capacitación para todas las carreras de salud y otros profesionales.
- 3) Financiamiento adecuado, que incluya el cuidado continuo, ambulatorio e institucionalizado.

REPLANTEAMIENTO DE LA POLÍTICA SANITARIA

En las sociedades hay una preocupación común por la elevación de los costos de la atención sanitaria de los AM y por el incremento del número de ciudadanos que requieren servicios médicos-sociales continuos. Las políticas para el AM deberían formularse dentro del contexto de otros grupos de edad porque:

1. El bienestar de la población mayor se basa en las condiciones de vida de los años jóvenes. La capacidad de los ancianos para moverse con facilidad, conservar sus facultades auditivas, visuales y mentales, y cuidar de sí mismos es, en parte, resultado de un adecuado cuidado de la salud en la edad temprana. Los esfuerzos continuados para reducir las desigualdades sanitarias para todos también beneficiarán a los ancianos.
2. Los programas sanitarios implementados para los AM sirven también para los jóvenes, especialmente aquellos que sufren alguna incapacidad.

Se requiere una reevaluación del método por el cual se concibe, organiza y ofrece la atención sanitaria para ellos. Está probado sobradamente que el modelo clásico de atención médica, útil en población adulta joven, fracasa cuando se aplica de manera automática a los AM^{12,13}. Un simil sería el de la salud infantil y sobre todo en aquellos que nacen con bajo peso. Pudiera pues considerarse hoy día «discriminatorio» brindar las atenciones apropiadas de salud sólo por el hecho de ser «viejo» o en lugares no apropiados para ellos, sobre todo si además el personal no está capacitado y no hay especialistas geriatras para atender a los casos más complejos.

El principal objetivo de una política sanitaria nacional para AM debería ser mantenerlos física y mentalmente independientes por el mayor tiempo posible. Esto requerirá un sistema efectivo de atención sanitaria y adecuados medios económicos^{12,13}. La población mayor es diferente y requiere servicios

propios. Actualmente reciben los mismos servicios que los más jóvenes. Hoy nadie discute que para obtener una buena calidad de atención de las poblaciones de niños o mujeres embarazadas hubo que hacer cambios e inversiones. Además, se logró con el tiempo disminuir los costos y mejorar la calidad de vida. Hoy es incorrecto no tener los equipos de salud capacitados, ni los servicios geriátricos necesarios^{2,9,12,13}. Esta es una responsabilidad de todos los gobiernos que han firmado los acuerdos de la 2ª Asamblea Mundial del Envejecimiento en 2002, en Madrid⁶.

ATENCIÓN GERIÁTRICA

Los AM necesitan de servicios sanitarios básicos y ayudas económicas-sociales similares al resto de la población, si bien adaptadas a sus concretas, peculiares y específicas necesidades. Si nos dirigimos hacia una sociedad más envejecida, debemos enfatizar el desarrollo de la medicina geriátrica. El servicio geriátrico (hospitalario y su red comunitaria) en Europa y otros países, es la piedra angular de la provisión de asistencia sanitaria para pacientes AM y ha probado ser costo-efectiva⁴⁻¹². Los hospitales de Estados Unidos de Norteamérica han rehuido este papel, en parte debido al énfasis hacia la medicina curativa de alta tecnología, pero hoy ven que los ancianos son el grupo mayoritario de pacientes hospitalizados y han empezado a enfatizar la asistencia geriátrica continua.

Los hospitales suelen actuar como un importante punto de enfoque para la recepción de servicios médicos-sociales para la población anciana enferma. Consecuentemente, el desarrollo de una orientación más humana con énfasis en la recuperación funcional, menos tecnificada hacia sus pacientes internos, con tratamiento por un equipo geriátrico multiprofesional es una innovación bien recibida. El Servicio o Unidad de Geriatria hace el papel central tanto en la provisión como en la coordinación de los requerimientos de asistencia continuos en una estrecha relación con los equipos de atención primaria. Es obvio que esto dependerá, en gran medida, de cómo se capacite (pregrado y posgrado) a los médicos y equipos de salud en las bases de la geriatría. Ésta es la línea de desarrollo actual de la Comunidad Europea y otros países⁴⁻¹³.

El enfoque de la geriatría en el cuidado, antes que en la curación, puede ayudar a rejuvenecer la práctica

médica en general. Logra una mejor comunicación médico-paciente y mayor compromiso de los miembros de la familia en las pautas de tratamiento¹⁻⁸.

Mantener la salud y crear los servicios de geriatría para cubrir las necesidades de asistencia médica continuada, constituye uno de los hechos más importantes de política pública con que se enfrentan las naciones de todo el mundo. Si pretendemos elevar al máximo el nivel de funcionamiento físico y mental de los AM, debemos abordar el desafío en su totalidad y considerar simultáneamente el financiamiento de la organización y prestación de servicios sanitarios continuados^{6,7}.

En la Tabla 1 se enumeran los principales puntos que justifican una política nacional de salud para las personas mayores. Se requiere de una visión multi-profesional y no sólo médica para abordar este complejo tema, donde queda claro que se envejece según como se ha vivido y que, por otro lado, los AM responden a las indicaciones de salud (promoción y prevención), que siempre es posible hacer algo útil por esta población y que requieren servicios geriátricos continuados y médicos especialistas geriatras para atenderlos cuando corresponda⁸⁻¹⁷.

FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN GERIATRÍA

En Chile todas las personas mayores de 60 años tienen atención gratuita en los hospitales públicos. Pero no existe una oferta de especialistas en geriatría capaces de satisfacer la demanda de atención en los hospitales. Además, tanto en atención comunitaria (primaria) como en la intrahospitalaria no hay suficiente personal del equipo de salud capacitado para su atención apropiada y moderna.

En el Reino Unido, España, Costa Rica y otros países, se recomienda un geriatra por cada 5.000 personas mayores de 60 años o uno cada 10.000 adultos mayores de 65 años o uno cada 4.000 mayores de 75 años. En Chile, contamos con escasos médicos especialistas en geriatría (menos de 20) y hay sólo dos hospitales estatales para la recuperación funcional geriátrica.

En 2004, la Comisión Nacional de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM) reconoció a la geriatría como una subespecialidad de la medicina interna, similar a cardiología, gastroenterología, etc. La Universidad de Chile y la Pontificia Universidad Católica tienen programas de geriatría aprobados por

la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH), ninguno de sus graduados está trabajando en servicios estatales. La gran minoría de las 24 Facultades de Medicina, han incorporado los conceptos básicos de geriatría y gerontología en el pregrado de las carreras afines.

Estimo que es fundamental el programa de Formación de Recursos Humanos contemplado en el plan de gobierno para el período 2006-2010¹⁸. Sin embargo y a pesar de los esfuerzos enunciados, falta aún bastante para poder dar respuesta satisfactoria a los objetivos específicos, relacionados a la salud de los AM y definidos como prioritarios en la Política Nacional para el Adulto Mayor (PNAM), esto es la formación de recursos humanos con especialistas en geriatría. Sólo en 2007, el Ministerio de Salud, ofreció con financiamiento central, cuatro becas para formar especialistas en geriatría poscertificación en medicina interna, a las cuales se debe postular. Los diplomados no dan el estándar de especialista (son teóricos y por corto tiempo); sabemos que un médico puede tomar un diplomado en diabetes o cardiología y no ser especialista clínico acreditado.

La visión especializada en geriatría para la adecuada atención médica de los AM, es vital a la hora de efectuar un diagnóstico y tratamiento, ya que al igual que los niños, este grupo etario también presenta manifestaciones y particularidades médicas, tanto en las formas específicas de presentar los síntomas y evolución o complicaciones de las patologías, como en los tratamientos. Adicionalmente, la falta de capacitación puede llevar a incurrir en errores de tratamiento¹⁻³.

Hoy se estima que la variable «salud» es lo fundamental para la calidad de vida de las personas mayores, siendo la capacidad funcional el principal indicador de bienestar, de recursos humanos y económicos, valor predictivo de discapacidad y de muerte prematura. Los estudios actuales demuestran que los AM tienen muy buena capacidad de respuesta a los tratamientos médicos apropiados para mantener la capacidad funcional. Este aspecto es también muy importante para la sociedad, ya que para el país resulta más barato tener mayor número de AM autovalentes que postrados o discapacitados¹¹⁻¹³.

En los consultorios el AM es atendido por el médico general, quién decide si requiere de la atención o derivación hacia un especialista (no geriatra). Muchos son atendidos por múltiples subespecialistas dificultando el tratamiento e in-

Tabla 1. Puntos que justifican una política nacional de salud para las personas mayores

<ul style="list-style-type: none">* Nunca antes en la historia de la humanidad hubo tanto adultos mayores (AM).* El envejecimiento poblacional es un éxito del desarrollo del país.* El envejecimiento debe ser considerado como un desafío médico-social.* En nuestros países el aumento de los AM ocurrirá más rápido que en los europeos (en vez de 150 años se demoran cerca de 50 años en duplicar el porcentaje de AM).* Nos envejeceremos como país, aun siendo poco desarrollados económicamente.* El envejecimiento es heterogéneo y marcadamente femenino.* Los AM actuales están en general en mejores condiciones que los de hace 30 años.* En Chile, una persona a los 65 años tiene en promedio de 17 años más de vida y una de 80 años cerca de 8 años más.* El segmento que más aumenta son los muy mayores (>80 años) que aglutina a los más frágiles o dependientes y que requerirán de ayuda en la vida diaria.* Muchos AM presentan una gran carga de enfermedades crónicas no transmisibles y alteraciones cognitivas o de ánimo, que los hacen más frágiles.* En Estados Unidos de Norteamérica y otros países se demostró que disminuyó la discapacidad en los últimos diez años, a pesar de haber un mayor porcentaje de AM.* Los AM responden a la educación en el autocuidado, a los programas de prevención y promoción de la salud.* Las personas mayores son diferentes desde el punto vista de salud que las poblaciones más jóvenes, ya que se presentan clínicamente distintos, consumen más fármacos y sino se manejan adecuadamente al estar enfermos se transforman en más frágiles y dependientes (físico-mental-social).* Lo más importante para la calidad de vida de los AM, no sólo son la edad o número de enfermedades y otros marcadores tradicionales de salud sino que es su funcionalidad.* La recuperación funcional es más lenta que en los jóvenes.* Para mantener su funcionalidad por muchos años, los AM necesitan un continuo de abanico de servicios geriátricos (médicos-sociales) integrados y coordinados.* Los AM requieren más frecuentemente que los jóvenes de cuidados prolongados, en sus propios hogares o en instituciones.* Es recomendable homologar los servicios o cuidados prestados en institución de largo plazo y diseñar un sistema de financiación adecuado.* Las familias siguen siendo el mayor soporte de los AM frágiles.* Lo más caro es sólo observar el proceso del envejecimiento poblacional y no intervenir siguiendo las recomendaciones modernas de la geriatría.* La geriatría, nació en el Reino Unido en 1940 y actualmente es muy valorada, siendo aceptada como una especialidad médica y sus principios aplicados en la mayoría de los países.* Los servicios geriátricos han demostrado ser costo eficientes.* En Chile, desde 2004 la geriatría es aceptada por CONACEM como una subespecialidad de la Medicina Interna y ASOFAMECH tiene acreditados dos programas de postítulo.* En Reino Unido, España y otros países, se recomienda un médico geriatra por cada 5.000 mayores de 60 años o uno por 10.000 mayores de 65 años o uno por 4.000 mayores de 75 años. En Chile se estima necesario tener 260 geriatras.* Hoy hay una vergonzosa escasez de geriatras en Chile (no más de 20) y en los hospitales públicos. Falta el impulso por el MINSAL al respecto.* Los AM son discriminados cuando no se les ofrecen los servicios médicos geriátricos necesarios, no hay geriatras suficientes y el personal del equipo de salud no está capacitado para atenderlos.
--

crementando los costos¹¹. Muchas veces, frente a una queja de algún dolor o dolencia en un centro médico a una persona mayor de 70 años, se le responde: «pero con su edad qué más quiere!». Esto indica la falta de conocimiento de las perso-

nas que deben entregar las prestaciones de salud tanto en los consultorios, tomas de muestras, servicios de especialidades y hospitales. Se demuestra que carecen de personal con la adecuada capacitación en gerontología, conocimientos que

resultan importantes si se quiere lograr los objetivos planteados por la PNAM, como son: a) lograr un cambio cultural de la población respecto a la valoración y trato hacia los AM, por parte del resto de la población; b) cambiar la percepción existente sobre el envejecimiento, tanto por parte de los mismos adultos mayores como por la sociedad en general y c) mejorar la calidad de vida de los AM.

PENSAMIENTO FINAL

Estimo que existe una deuda con la implementación de la política nacional de adulto mayor, respecto a su dimensión sanitaria. Chile se enfrenta en la actualidad no sólo con el desafío de lograr estos objetivos para un número creciente de su población, sino que con un plazo de años más comprimido (unos 25 años) que el que tuvieron los países más desarrollados (100 años) para dar respuesta a estos desafíos⁴⁻⁶.

La dimensión «social» de la PNAM ha presentado más logros, desde el punto de vista del número de programas, organizaciones sociales desarrolladas y otros. Estos programas han logrado cambiar en

buena medida la percepción hacia los AM. Sin embargo, la «calidad de vida» de las personas mayores está directamente relacionada con el bienestar físico-mental y por lo tanto con indicadores de salud. Hemos comunicado, que, al preguntar a los AM que viajan en los programas de tercera edad de SERNATUR cuáles son los temores del envejecimiento, respondieron en este orden de importancia: perder la salud (sobre todo ser dependientes en su cuidado), la pobreza y la soledad¹⁷.

Así, desde el punto de vista de lograr un cambio cultural de la población respecto al trato adecuado en la atención de salud (hospitales públicos, consultorios, etc.) necesitamos un adecuado número de especialistas en geriatría junto con una mayor formación de profesionales de atención primaria y capacitación de personal de apoyo. Hace ya años que a nadie se le ocurriría desarrollar una política de salud para los niños sin un número suficiente de especialistas en pediatría ni los servicios pediátricos adecuados. Esto es similarmente necesario para los adultos mayores.

Sobre las medidas implementadas a diez años de formulada la PNAM, podemos decir que de las tres áreas prioritarias, como son la biológica (médica), psicológica y social definidas como interactuantes¹⁸

Tabla 2. Propuesta general para una política de salud para el adulto mayor

1. Chile tiene actualmente una oportunidad de algunos años para poder actuar sobre el tema del envejecimiento poblacional y así cumplir con los acuerdos de la 2ª Asamblea Mundial del Envejecimiento, 2002.
2. Es el momento de concretar el pilar de «salud» del concepto de envejecimiento activo impulsado por la Organización Mundial de Salud-OMS con las siguientes líneas de acción: Formación del Recurso Humano - Servicios Geriátricos y Financiación. Para ello se debe implementar:
 - a) Tener a todo el personal de los equipos de salud de atención primaria capacitados en las bases de la geriatría y gerontología.
 - b) Declarar a la geriatría una especialidad en falencia y dar más fondos-becas por el MINSAL para formar geriatras en las universidades que cumplan con lo estipulado por ASOFAMECH y CONACEM al respecto.
 - c) Definir las competencias mínimas y las mallas curriculares gerontológicas para las carreras del área de la salud y afines.
 - d) En hospitales generales, impulsar y desarrollar los servicios de geriatría para atender a los nuevos y frecuentes usuarios que son los AM.
 - e) Impulsar los cuidados continuados del AM, que incluye el abanico de servicios comunitarios, agudos hospitalarios y de aquellos institucionalizados.
 - f) Lograr en los AM, con capacitación y difusión, una mejor adherencia a los tratamientos farmacológicos e indicaciones del equipo de salud.
 - g) Diseñar un adecuado y estable sistema de financiamiento (público y privado) que incluya los cuidados continuos en los domicilios o en instituciones.
3. Estas líneas de acción deberán ser uno de los ejes principales en la nueva política nacional de salud para el adulto mayor enunciada por el gobierno de Chile a ser realizada por el SENAMA en conjunto con el MINSAL.

y por lo tanto, en las acciones y medidas a realizar, la biológica ha tenido un ritmo de ejecución más lento que las otras dos. Tomando sólo en consideración los aspectos médicos, podemos afirmar que uno de los más relegados ha sido la formación de recursos humanos especializados o sea geriatras y servicios, a pesar que éstos se encuentran entre los objetivos específicos de la misma. En la Tabla 2 se describe una propuesta a considerar como base para una política de salud para los AM.

Seguramente, a futuro seremos juzgados por «cómo tratamos hoy a nuestros AM». No olvidemos

que como país tenemos una deuda con los AM, ya ellos fueron los encargados de lograr el desarrollo actual. El peor escenario es sólo observar el proceso y no aprovechar la ventana de años que tenemos para actuar. Las recomendaciones internacionales estiman un médico geriatra por cada 5.000 personas mayores de sesenta años, o sea deberíamos tener por lo menos 260 geriatras en Chile. Los servicios geriátricos integrales, y la atención continuada son imprescindibles si queremos no discriminar a los AM y mejorar su calidad de vida.

REFERENCIAS

1. *Geriatría y Gerontología* -tercera edición ampliada. Editor: Pedro Paulo Marín, Editores adjuntos: H. Gac, M Carrasco. Ediciones Universidad Católica. Santiago: 2006.
2. *Los desafíos actuales del adulto mayor: cambiando la visión negativa de la tercera edad*. Editado por Facultad de Medicina UC, CIEDES y Colmena Golden Cross. Santiago: 2005.
3. *Geriatría: desde el principio*. Editores: JJ Macias, F Guillen, JM Ribera. Editorial Glosa. Madrid: 2001.
4. *The state on ageing and health in the America's 2004*. MIAH - Merck Institute on Ageing and Health. Washington, USA.
5. MARÍN PP. La situación del adulto mayor en Chile- Artículo Especial. *Rev Méd Chile* 1997; 125: 1207-12.
6. *Estrategia Regional de la implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. CEPAL-CELADE. Santiago: 2003.
7. *Hacia un consenso internacional sobre la política de atención de salud a largo plazo en el envejecimiento*. OMS y Milbank Memorial Fund. Geneva: 2000.
8. MARÍN PP, WALLACE SP. Health care for elderly in Chile: a country in transition. *Aging Clinical Exp Res* 2002; 14: 271-8.
9. MARÍN PP, VILLALOBOS A, CARRASCO M, KALACHE A. Resultados generales del Proyecto INTRA-OMS en Chile. *Rev Méd Chile* 2005; 133: 331-7.
10. *Perfil del adulto mayor en Chile: desarrollando respuestas integradas de sistemas de cuidado de salud para una población de rápido envejecimiento*. Estudio INTRA-OMS, realizado por Centro de Geriatría y Gerontología UC y MINSAL, Chile. Santiago: 2003.
11. *Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores*. Organización Panamericana de Salud OPS-OMS. Washington: 2002.
12. *Informe sobre las necesidades de unidades geriátricas como parte de los recursos especializados para personas mayores*. Editores Juan J Baztán, F Suárez, FJ García. Editado por Sociedad Medicina Geriátrica-SEMEG. Madrid: 2004.
13. *Bases de la atención sanitaria al anciano*. Editores: J Rodríguez, JJ Solano. Editado Sociedad Medicina Geriátrica -SEMEG. Madrid: 2005.
14. *Marín PP, Cubillos AM*. Evaluación del estado nutricional, perfil de morbilidad y situación económica de una población ambulatoria de mayores de 65 años. *Rev Chil Nutr* 1991; 19: 63-9.
15. MARÍN PP, VALENZUELA E, CASTRO S, RODRÍGUEZ F, MOLINA O, CUBILLOS AM ET AL. Resultados al aplicar el sistema de clasificación de pacientes RUG-T18 en ancianos hospitalizados. *Rev Méd Chile* 1998; 126: 761-8.
16. ALMA-ACADEMIA DE PROFESORES DE GERIATRÍA. Propuestas de contenidos mínimos para los programas docentes de pregrado en Medicina Geriátrica en América Latina. *Revista Panamericana Salud Pública* 2005; 17: 429-36.
17. MARÍN PP, CARRASCO M, CABEZAS M, GAC H, DUERY P, PETERSEN K ET AL. Impacto biomédico de los viajes en adultos mayores chilenos. *Rev Méd Chile* 2004; 132: 573-8.
18. «Situación de la Administración del Estado, Anexo del Mensaje Presidencial Gobierno de Chile, 21 de Mayo 2006.» División de Coordinación Interministerial Ministerio Secretaría General de la Presidencia y Secretaría de Comunicaciones Ministerio Secretaría General de Gobierno, Mayo 2006.

Agradecimientos

Martha Peláez, Leocadio Rodríguez, José Miguel Gutiérrez, Carlos Cano, Enrique Vega, José Francisco Parodi y Clemente Zúñiga, miembros del Comité Ejecutivo de ALMA-Academia Latinoamericana de Medicina para los Adultos Mayores, por la revisión crítica del manuscrito.