



**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE DERECHO  
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS PENALES**

**PROTOCOLO DE MUERTES BAJO CUSTODIA DEL ESTADO CHILENO Y SU  
APLICACIÓN EN LAS RESIDENCIAS DE ADULTOS MAYORES**

Memoria para optar al grado de Licenciado en  
Ciencias Jurídicas y Sociales

**FABIOLA PAZ LEYTON CÁRDENAS**

**PROFESOR GUÍA:  
Luis Felipe Abbott Matus**

SANTIAGO, CHILE

2019

## **AGRADECIMIENTOS**

*A mi madre.*

## TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN .....	2
--------------------	---

<b>CAPÍTULO I: ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN .....</b>	<b>6</b>
---	----------

1. Concepto de envejecimiento.....	7
2. Envejecimiento de la población .....	10
3. Vulnerabilidad.....	12
3.1 Pobreza.....	13
3.2 Discriminación .....	14
3.3 Dependencia.....	16
3.4 Discapacidad.....	17
3.5 Maltrato.....	19
3.6 Soledad y aislamiento social... ..	20
3.7 Internación en residencias.....	21
4. Legislación nacional... ..	24
5. Legislación internacional... ..	26
6. Obligaciones especiales del Estado .....	28

<b>CAPÍTULO II: PROTOCOLO INTERSECTORIAL DE ALERTA TEMPRANA ANTE MUERTES BAJO CONTROL, CUSTODIA O CUIDADO DEL ESTADO.....</b>	<b>32</b>
---	-----------

1. ¿Qué es el Protocolo Intersectorial de alerta temprana ante muertes bajo control, custodia o cuidado del Estado? .....	32
2. Origen.....	33
3. Objetivos.....	35
4. Actuaciones.....	36
5. Legislación nacional... ..	39
6. Legislación internacional... ..	40
7. Principios... ..	41
8. Concepto de muertes bajo control, custodia o cuidado del Estado.....	46
9. Ámbito de aplicación .....	51

<b>CAPÍTULO III INSTITUCIONALIDAD Y APLICACIÓN DEL PROTOCOLO INTERSECTORIAL DE ALERTA TEMPRANA ANTE MUERTES BAJO CONTROL, CUSTODIA O CUIDADO DEL ESTADO EN RESIDENCIAS DE ADULTOS MAYORES.....</b>	<b>54</b>
1.    Aspectos generales.....	54
2.    Establecimientos de Larga Estadía para el Adulto Mayor... ..	56
2.1    ELEAM de SENAMA.....	58
2.2    Hogares de CONAPRAN.....	59
3.    Reglamentación .....	61
3.1    Regulación internaciones forzosas.....	65
4.    Aplicación del Protocolo ante muertes bajo custodia del Estado en ELEAM.....	69
5.    Análisis ¿Cumple el Protocolo ante muertes bajo custodia del Estado con los estándares internacionales de Derechos Humanos? .....	72
5.1    Tortura... ..	74
 <b>CONCLUSIONES.....</b>	 <b>80</b>
 <b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	 <b>84</b>

## RESUMEN

En el presente trabajo se analizará el Protocolo Intersectorial de Alerta Temprana ante Muertes bajo control, custodia o cuidado del Estado y su aplicación en las residencias de adultos mayores en Chile, a fin de ponderar si la implementación de dicho protocolo contribuye a que nuestra institucionalidad se ajuste a los estándares del Derecho Internacional de los Derechos Humanos.

Atendida la ausencia de políticas públicas en esta materia, no existía un control a nivel nacional de las muertes ocurridas en instituciones del Estado, lo que además no permitía investigaciones eficaces por parte de la Fiscalía. Esta situación se vuelve particularmente crítica en el caso de las personas mayores residencializadas, quienes presentan altos niveles de vulnerabilidad y cuyas muertes suelen pasar desapercibidas.

Para abordar la aplicación de este protocolo en las residencias de adultos mayores, en primer lugar se analizarán las principales características de este grupo etario, así como el acelerado envejecimiento de la población que ha experimentado Chile y el mundo en los últimos años. En el segundo capítulo se explicará en que consiste el Protocolo Intersectorial de Alerta Temprana ante Muertes bajo control, custodia o cuidado del Estado, sus objetivos, actuaciones, principios en los cuales se basa y ámbito de aplicación. Finalmente, teniendo claridad de las características y necesidades de las personas mayores, en el tercer capítulo se analizará la institucionalidad de nuestro país en la materia, especialmente en lo referido a hogares de ancianos y la aplicación del protocolo en estudio en dichas instituciones, a fin de examinar su pertinencia y adecuación a los estándares del Derecho Internacional de los Derechos Humanos.



## INTRODUCCIÓN

La muerte de Lissette Villa, de 11 años de edad, en un centro del SENAME el día 11 de abril de 2016, conmocionó a la opinión pública. La niña había sufrido una crisis y no habría resistido los apremios ilegítimos, que según la Fiscalía, realizó contra ella una educadora del centro<sup>1</sup>. Dicha muerte generó que se conformara una Comisión investigadora en la Cámara de Diputados que recién en octubre de 2016 informó que desde el año 2005 habían fallecido 1.313 niños a cargo de programas del Servicio Nacional de Menores<sup>2</sup> (en adelante SENAME). De esas 1.313 muertes, solo se habrían realizado 23 autopsias<sup>3</sup>. Fue tal el revuelo que generaron estos datos, que junto a pronunciamientos de la Unicef y de toda la comunidad, significó el inicio de variadas reformas en el sistema de protección de niños, niñas y adolescentes, que hoy se siguen discutiendo e implementando.

La situación de los niños del SENAME, llevó a preguntarnos qué sucede con las muertes ocurridas en otros espacios donde el Estado ejerce el control, cuidado o custodia de las personas, como cárceles, servicios de hospitalización psiquiátrica o residencias de adultos mayores. Dichas muertes no parecen generar el revuelo que suscitan las muertes de niños a cargo del Estado, salvo por noticias que generan su discusión por un lapso de tiempo, para luego volver a invisibilizarse. Ya sea por la responsabilidad que nos cabe en brindar una buena vida a quienes recién la comienzan o por lo cómodo que resulta sentir compasión e indignación por los abusos cometidos contra un niño, las muertes de presos, ancianos institucionalizados y enfermos psiquiátricos, usualmente quedan al margen de la

<sup>1</sup> OJEDA, J. (03 de mayo de 2019) Lissette Villa: Fiscalía pide penas de 7 y 3 años para las cuatro imputadas acusadas como autoras de apremios ilegítimos. *La Tercera*. [en línea]

<<https://www.latercera.com/nacional/noticia/lissette-villa-fiscalia-pide-penas-7-3-anos-las-cuatro-imputadas-acusadas-autoras-apremios-ilegitimos/640298/>> [consulta: 27 de julio de 2019].

<sup>2</sup> Cámara de Diputados (2016, mayo). Informe comisión especial investigadora de la forma en que las autoridades han atendido las propuestas de la cámara de diputados, por la aprobación del informe de la comisión investigadora del SENAME en el año 2014. Comisión especial investigadora. [en línea] <<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=35387&prmTIPO=INFORMECOMISION>> [consulta: 31 de julio de 2019].

<sup>3</sup> Diputado Saffirio: “De las 1.313 muertes en el SENAME, sólo se hicieron 23 autopsias” (10 de julio de 2017) *CNN Chile*. [en línea] <[https://www.cnnchile.com/pais/diputado-saffirio-de-las-1313-muertes-en-el-sename-solo-se-hicieron-23-autopsias\\_20170710/](https://www.cnnchile.com/pais/diputado-saffirio-de-las-1313-muertes-en-el-sename-solo-se-hicieron-23-autopsias_20170710/)> [consulta: 27 de julio de 2019].

discusión.

Todos estos grupos, coinciden en que sus derechos se han visto disminuidos o suspendidos, los presos a causa de su condena, los niños por no haberlos adquirido por completo, los enfermos psiquiátricos por no haberlos alcanzado y los adultos mayores por haberlos ido perdiendo con el paso del tiempo o a causa de la enfermedad. Se trata de personas que de una u otra forma, pasan a ser una carga para la sociedad, ya sea por constituir un peligro para la misma, en el caso de los reclusos o por no contar con quien asuma su cuidado o representación, en el caso de los niños, los enfermos psiquiátricos y los adultos mayores residencializados.

Así, cuando el Estado se hace cargo de estas personas y las mantiene bajo su “control, custodia o cuidado”, soluciona el problema que estos grupos constituyen para la sociedad, por ello, parece fácil que desaparezca de la discusión mediática la calidad de vida de estas personas y la forma en que termina su existencia.

Conforme la escasa discusión en la materia y reciente análisis a nivel institucional, la legislación de nuestro país en torno a las muertes ocurridas bajo control, custodia o cuidado del Estado, también es escasa. No existe un registro unificado de dichas muertes y cada institución lleva a cabo las diligencias que implican los fallecimientos según su propia regulación.

Esto comenzó a cambiar, cuando en abril del año 2018, el Ministerio Público realiza la primera Mesa Intersectorial por muertes bajo custodia del Estado, integrada por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, el Ministerio de Salud, el Ministerio Público, Carabineros de Chile, Policía de Investigaciones, Gendarmería, el Servicio Médico Legal, el Servicio Nacional de Menores, el Servicio Nacional del Adulto Mayor y el Instituto Nacional de Derechos Humanos<sup>4</sup>, con el objetivo de diseñar e implementar un sistema de alerta temprana ante casos de muerte de personas que se encuentren bajo control, custodia o cuidado del Estado y así favorecer las

---

<sup>4</sup> Fiscalía de Chile (19 de abril de 2018) “Ministerio Público realiza primera mesa intersectorial por muertes bajo custodia del Estado”. [en línea] <[http://www.fiscaliadechile.cl/Fiscalia/sala\\_prensa/noticias\\_det.do?noticiald=14526](http://www.fiscaliadechile.cl/Fiscalia/sala_prensa/noticias_det.do?noticiald=14526)> [consulta: 27 de julio de 2019].



investigaciones penales. Dicho trabajo tuvo como resultado que en marzo del presente año se diera a conocer el “Protocolo Intersectorial de Alerta Temprana ante Muertes Bajo Control, Custodia o Cuidado del Estado”, el cual busca cumplir en parte con las diversas obligaciones internacionales que el Estado de Chile ha asumido respecto de las personas que mantiene privadas o limitadas de su libertad en centros del SENAME, recintos penitenciarios, psiquiátricos y casas de reposo de adultos mayores.

Es respecto a estos últimos establecimientos, las casas de reposo o residencias de adultos mayores, que se analizará el cumplimiento de los objetivos buscados con el protocolo, en cuanto a su conformidad a las normas internacionales y su pertinencia en relación al grupo específico de personas al cual está dirigido.

Atendido el progresivo envejecimiento de la población a nivel mundial y de lo cual Chile no es ajeno, considerando las especiales características y condiciones de los adultos mayores en nuestro país, la ausencia de políticas públicas que aborden sus necesidades en forma integral y teniendo presente la *Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*, ratificada por Chile el 15 de agosto de 2017, se hace necesario analizar la efectiva protección de sus derechos, en particular la protección de su derecho a la vida y a la integridad física y psíquica, cuando es el Estado quien asume su cuidado.

Para ello, en el Capítulo I se abordará el proceso de envejecimiento de la población, la situación demográfica de nuestro país y las características de su población adulta mayor, que derivan en una especial situación de vulnerabilidad. Luego, en el Capítulo II, se revisará el Protocolo Intersectorial de Alerta Temprana ante Muertes Bajo Control, Custodia o Cuidado del Estado, en cuanto a sus principios, objetivos, legislación y ámbito de aplicación. Finalmente en el Capítulo III, se analizará si la institucionalidad de nuestro país resguarda adecuadamente los derechos de las personas mayores residencializadas, especialmente su derecho a un trato digno y a no ser privados arbitrariamente de la vida. En este aspecto, se revisará la aplicación del Protocolo en estudio en las residencias de adultos mayores y su adecuación a los estándares del Derecho Internacional de los Derechos Humanos.



## CAPÍTULO I: ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

### 1. Concepto de envejecimiento

El fenómeno de la vejez es un hecho social que va más allá de la categorización por edad que se realice. A lo largo de la historia, las sociedades han dado un tratamiento distinto a la vejez, acorde a sus circunstancias y a la valoración social de las personas mayores. Así, a diferencia de lo que ocurre hoy en día, la ancianidad fue objeto de continua veneración en la antigüedad, pudiendo afirmarse que las culturas primitivas constituyeron el “periodo de gloria” de los ancianos<sup>5</sup>.

El Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua define vejez o ancianidad, como el “*último período de la vida ordinaria del hombre*” y senectud, como el “*período de la vida humana que sigue a la madurez*”.

Por otra parte, se ha señalado que el término “anciano” viene de la lengua romance “anzi”, que significa “antes”. Así, la ancianidad denotaría un concepto que plantea la relación del ser humano con el tiempo: la persona anciana es la que cuenta con un “antes”<sup>6</sup>.

Desde la perspectiva *científica* envejecer supone una transformación física y biológica irreversible del organismo, en que las funciones del cuerpo acusan el paso del tiempo. Mientras, que desde una perspectiva *sociológica y cultural*, envejecer supone situarse en un estrato social concreto y desempeñar una serie de funciones y roles dentro de la dinámica social, determinados en su mayoría por las costumbres y creencias<sup>7</sup> de una sociedad determinada.

Un concepto asociado a la edad cronológica es el de “adulto mayor”, que comprende a las personas de 60 años y más. Dicho concepto fue adoptado por las Naciones

<sup>5</sup> TREJO, C. 2001: “El viejo en la historia”. En: LATHROP, F. (2009b). Protección Jurídica de los Adultos Mayores en Chile. Revista Chilena de Derecho, vol 36(Nº 1), p. 78.

<sup>6</sup> DABOVE, M. (2005): Los derechos de los ancianos. En: LATHROP, F. (2009b). *Ibíd.* p. 82.

<sup>7</sup> DUQUE, J. y MATEO, A. (2008). La participación social de las Personas Mayores (1ª ed.). Madrid, España: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). p. 22.

Unidas<sup>8</sup> y es el mismo recogido por nuestro ordenamiento en la Ley 19.828 que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor (en adelante SENAMA), al establecer que un adulto mayor es toda persona mayor de 60 años sin distinción de género.

Por otra parte, la Convención sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, recientemente ratificada por Chile en agosto de 2017, define en su artículo 2° a la persona mayor como *“Aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor”*

Asimismo, dicha Convención define al envejecimiento como el *“Proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psico-sociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio”*.

## **2. Envejecimiento de la población**

El envejecimiento de la población se refleja en el aumento del porcentaje de personas mayores y la disminución del porcentaje de niños. Este fenómeno se viene dando en forma progresiva y acelerada en todo el mundo y conforme lo señalado por la Organización de las Naciones Unidas, significará que para mediados de siglo los porcentajes de la población mundial correspondientes a viejos y jóvenes sean iguales. Según se prevé, el porcentaje de las personas de 60 y más años en todo el mundo se duplicará entre el año 2000 y 2050 y pasará del 10% al 21%<sup>9</sup>.

Según un informe del año 2015 de la Organización Mundial de la Salud, en ese entonces solo Japón tenía una proporción de adultos mayores superior al 30%. Sin embargo, se estima que en la segunda mitad del siglo, muchos países tendrán una

<sup>8</sup> Instituto para la atención de los adultos mayores de la ciudad de México. (s.f.). ¿Quién es la persona mayor? [en línea] <<http://www.adultomayor.cdmx.gob.mx/index.php/quien-es-el-adulto-mayor>> [consulta: 27 de julio de 2019].

<sup>9</sup> Naciones Unidas. (2002). Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (A/CONF.197/9). p.1. [en línea]<<https://undocs.org/es/A/CONF.197/9>> [consulta: 27 de julio de 2019].

proporción similar. Se trata de países de Europa y América del Norte, pero también de Chile, China, la Federación de Rusia, la República de Corea, Irán, Tailandia y Vietnam<sup>10</sup>.

En América Latina se estima que el número de personas de 60 años o más superará por primera vez el de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años cerca del año 2036 y seguirá creciendo hasta el año 2080<sup>11</sup>.

En Chile el cambio demográfico se evidencia al considerar que hasta el año 1970, las personas mayores de 60 años representaban un 8% de la población, en el Censo de 2002 aumentaron a un 11,4%, y ya en el año 2015 constituían un 15% de la misma<sup>12</sup>. De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda de 2017, los adultos mayores equivalen a un 16,2% de la población total del país<sup>13</sup>.

En los resultados del Censo 2017 se indica que en términos de pirámides poblacionales, Chile está avanzando desde una de tipo estacionaria hacia una de tipo regresiva, que se caracteriza por tener una tasa de natalidad y mortalidad baja y una esperanza de vida alta, con una población avejentada. Visualmente, este tipo de pirámides son angostas en su base y más anchas en su centro.

Este cambio demográfico es consecuencia de los procesos de desarrollo propios de las sociedades modernas y se explica entre otros factores, por el aumento de la esperanza de vida al nacer y la disminución de la natalidad.

a) Aumento de la esperanza de vida al nacer: El informe “Salud en las Américas

<sup>10</sup> Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. p. 45. [en línea] <<https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>> [consulta: 27 de julio de 2019].

<sup>11</sup> Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Panorama Social de América Latina, 2017 (LC/PUB.2018/1-P), Santiago, 2018. p. 24.

<sup>12</sup> SENAMA Gobierno de Chile. (2009). “Las Personas Mayores en Chile. Situación, avances y desafíos del envejecimiento”. p. 6.

<sup>13</sup> Instituto Nacional de Estadísticas. (2017). Resultados definitivos Censo 2017. [en línea] <[http://www.censo2017.cl/wp-content/uploads/2017/12/Presentacion\\_Resultados\\_Definitivos\\_Censo2017.pdf](http://www.censo2017.cl/wp-content/uploads/2017/12/Presentacion_Resultados_Definitivos_Censo2017.pdf)> [consulta: 27 de julio de 2019].

+2017” de la Organización Panamericana de la Salud<sup>14</sup>, señala que en Chile la esperanza de vida al nacer es de 80 años para los hombres y 85 años para las mujeres, situándose como el país con mayor esperanza de vida en América Latina, que promedia 75 años de vida para los habitantes del continente. El mismo informe indica que la población de Sudamérica ha ganado 16 años de vida como promedio en los últimos 45 años.

Así las cosas, una persona considerada adulta mayor a los 60 años, en Chile tiene en promedio 20 años más de vida.

Un aspecto a considerar, es que la esperanza de vida al nacer es mayor para las mujeres que para los hombres. Este fenómeno, denominado *feminización en la vejez*, se produce cuando los índices de feminización de la población se incrementan a mayor rango etario<sup>15</sup>. Un ejemplo de esto, se observa en los resultados del Censo 2017, en el cual, de la población de 60 años o más, el 44,3% corresponde a hombres y el 55,7% a mujeres.

- b) Baja natalidad: En Chile, según el Anuario de Estadísticas Vitales de 2016, publicado por el Instituto Nacional de Estadísticas, la tasa global de fecundidad o número promedio de hijos por mujer, descendió de 1,8 a 1,7 a nivel nacional, cifra por debajo de la tasa de reemplazo (2,1 hijos promedio por mujer), que es el valor que permite asegurar el recambio generacional<sup>16</sup>.

El promedio de hijos que las mujeres han tenido a lo largo de su vida fértil (15 a 49 años) se ha reducido en el tiempo. En el Censo del año 2002, el valor era

---

<sup>14</sup> Organización Panamericana de la Salud. (s.f). Nuevo informe Salud en las Américas +2017 de la OPS. [en línea].

<[https://www.paho.org/chi/index.php?option=com\\_content&view=article&id=956:nuevo-informe-salud-en-las-americas-2017-de-la-ops-en-chile-la-esperanza-de-vida-al-nacer-es-de-80-anos-para-los-hombres-y-85-anos-para-las-mujeres&Itemid=1005](https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=956:nuevo-informe-salud-en-las-americas-2017-de-la-ops-en-chile-la-esperanza-de-vida-al-nacer-es-de-80-anos-para-los-hombres-y-85-anos-para-las-mujeres&Itemid=1005)> [consulta: 15 de mayo 2019].

<sup>15</sup> CANNOBBIO L. y JERI T. (2008). Estadísticas sobre las personas adultas mayores: un análisis de género. Santiago. p.21.

<sup>16</sup> Instituto Nacional de Estadísticas. (2018). Número de nacimientos en Chile descendió 5,6% entre 2015-y-2016. [en línea] <<https://www.ine.cl/prensa/2018/08/31/n%C3%BAmero-de-nacimientos-en-chile-descendi%C3%B3-5-6-entre-2015-y-2016>> [consulta: 30 de julio de 2019].

de 1,6 hijos por mujer, mientras que en el Censo 2017 se redujo a 1,3<sup>17</sup>.

### **3. Vulnerabilidad**

A nivel biológico, el envejecimiento se caracteriza por la acumulación gradual, durante toda la vida, de daños moleculares y celulares, lo que produce un deterioro generalizado y progresivo de muchas funciones del cuerpo, mayor vulnerabilidad a factores del entorno y mayor riesgo de enfermedad y muerte<sup>18</sup>.

La vulnerabilidad hace referencia a la incapacidad o dificultad para movilizar los recursos necesarios para lograr la adaptación exitosa ante cambios en el entorno y ante las contingencias y desafíos que representan las condiciones y etapas de la vida<sup>19</sup>.

En general, los adultos mayores comienzan a experimentar el deterioro de diversas funciones físicas y biológicas, entre las cuales se pueden mencionar:

- a) Funciones de movimiento: La masa muscular tiende a disminuir con la edad, lo que se asocia al deterioro de la fuerza y de la función musculoesquelética
- b) Funciones sensoriales: El envejecimiento está asociado a la disminución de la visión y la audición, aunque hay notorias diferencias en cómo este deterioro se vive a nivel individual, ya que depende de cada perfil genético y de la influencia del entorno.
- c) Función inmunitaria: En la vejez disminuye la capacidad del organismo para combatir infecciones nuevas, asimismo, se reduce la eficacia de las vacunas.
- d) Funciones cognitivas: Si bien las funciones cognitivas varían mucho entre una persona y otra y se relacionan estrechamente con los años de educación, con el envejecimiento es común que falle un poco la memoria y disminuya la

<sup>17</sup> Instituto Nacional de Estadísticas. (2017). Resultados definitivos Censo 2017. Op. Cit.

<sup>18</sup> Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial. Op. Cit. p. 54.

<sup>19</sup> SENAMA Gobierno de Chile. (2009). Op. Cit. p. 17.

velocidad para procesar la información. Sin embargo, no parece que disminuya la capacidad para mantener la concentración o evitar la distracción, asimismo, las funciones asociadas con el lenguaje, como la comprensión, la capacidad de leer y el vocabulario en particular, se mantienen estables durante toda la vida.

De las formas de deterioro señaladas, aquella que en mayor medida aumenta la indefensión y vulnerabilidad en el adulto mayor, es el deterioro cognitivo, que además muestra una alta prevalencia en este grupo etario.

Así, según el “*Plan Nacional de Salud Mental 2017 – 2025*” del Ministerio de Salud, el 7,1% de las personas de 60 años y más presentan deterioro cognitivo, cifra que a partir de los 75 años muestra un aumento exponencial, alcanzando el 13% en personas entre 75 y 79 años y 36,2% en los mayores de 85 años.

En relación a esto, la Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010, evidencia una importante progresión del deterioro cognitivo a mayor edad y una prevalencia que es casi 6 veces mayor en personas con bajo nivel educacional comparadas con aquellas con nivel de educación alto y medio<sup>20</sup>.

Es muy importante tener en cuenta que los cambios sutiles y heterogéneos en el funcionamiento cognitivo que se observan en las personas mayores sanas, son muy distintos de los cambios provocados por la demencia<sup>21</sup>.

Estos cambios físicos y biológicos pueden significar para las personas mayores una limitación en el desempeño de sus actividades y una restricción para mantenerse integrados en la sociedad, lo cual sumado a diversos factores culturales y económicos, pueden configurar un escenario particularmente vulnerable.

<sup>20</sup> Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. p. 12.

<sup>21</sup> Organización Mundial de la Salud. (2015). Op. Cit. p. 59.



Entendiendo que no todas las personas por ser mayores de 60 años son vulnerables, es importante identificar los factores que determinan dicha vulnerabilidad, a fin de prevenir sus consecuencias. Dentro de estos factores podemos encontrar los siguientes:

### 3.1 Pobreza

En el aspecto económico y material, encontramos una gran cantidad de adultos mayores en situación de pobreza y precariedad de vida, lo cual sólo logran suplir mediante el apoyo otorgado por el Estado<sup>22</sup>.

Los adultos mayores, al verse paulatinamente excluidos del mercado laboral, pasan a depender de las pensiones de vejez, las cuales, como es conocido en nuestro país, en su gran mayoría no alcanzan a cubrir sus necesidades básicas. Según datos del Informe Anual 2017 del Instituto Nacional de Derechos Humanos, *“el 85% de las mujeres pensionadas recibe menos que el salario mínimo, mientras que en el caso de los hombres esta cifra es del 72%. Incluso más, el 59% de las mujeres (6 de cada 10) tiene pensiones bajo la línea de la pobreza, mientras en los hombres esta cifra alcanza el 26%”*<sup>23</sup>.

Para tener una referencia, la Pensión Básica Solidaria en Chile, desde julio de 2018 es de \$107.304<sup>24</sup>, muy por debajo del Ingreso Mínimo Mensual Remuneracional, el cual, desde de marzo de 2019 asciende a \$301.000<sup>25</sup>.

Lo anterior tiene directa relación con la situación de vulnerabilidad de los ancianos, ya que como muestra el Informe de Desarrollo Social del año 2018 elaborado por

<sup>22</sup> CCI Ingeniería Económica. (2007). Informe final “Estudio de Situación de los AM dependientes con pensión asistencial y sus cuidadores domiciliarios SENAMA” 10 de mayo de 2007. Santiago, Chile. p 154.

<sup>23</sup> Instituto Nacional de Derechos Humanos. (2017). “Informe Anual 2017. Situación de los Derechos Humanos en Chile”. Santiago de Chile. p. 47.

<sup>24</sup> Instituto de Previsión Social (26 de julio de 2018). Pensión Básica Solidaria . [en línea] <<https://www.ips.gob.cl/servlet/internet/noticia/1421809656349/pension-basica-solidaria-su-nuevo-monto>> [consulta: 30 de julio de 2019].

<sup>25</sup> Ley N° 21.112, publicada en el Diario Oficial el 24 de septiembre de 2018.

Ministerio de Desarrollo Social, el porcentaje de adultos mayores con dependencia funcional aumenta a menor nivel socioeconómico, llegando a un 19,2% en el primer quintil, en comparación a un 8,4% en el quinto quintil de ingreso autónomo per cápita.

### 3.2 Discriminación

La Convención sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en su artículo 2° señala que se entiende por discriminación “*Cualquier distinción, exclusión o restricción que tenga como objetivo o efecto anular o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos humanos y las libertades fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada*”.

Los adultos mayores suelen ser estereotipados como una carga o como personas débiles, alejadas de la realidad o dependientes, pese a existir pruebas considerables de que contribuyen a la sociedad en muchos sentidos<sup>26</sup>.

Estos estereotipos terminan por aislar a los ancianos del resto de la sociedad y excluirlos incluso de la toma de decisiones que afectan su propia vida, al infantilizarlos o considerarlos con sus capacidades disminuidas.

Este tipo de discriminación ha sido conceptualizado bajo el término “*edadismo*”, -acuñado por Robert Butler en 1969- y se ha utilizado para describir el prejuicio sistemático y discriminatorio contra las personas por el simple hecho de ser mayores. Edadismo “*es un desorden psicológico caracterizado por el prejuicio institucional e individual contra las personas mayores, estereotipándolas, mitificándolas, desaprobándolas y/o evitándolas*”<sup>27</sup>.

<sup>26</sup> BUSSOLO M, KOETTL J, SINNOTT E. Golden aging: Prospects for healthy, active, and prosperous aging in Europe and Central Asia. En: Organización Mundial de la Salud. (2015). Op. Cit. p. 9.

<sup>27</sup> LEMUS, S, EXPÓSITO, F. (2005). “Nuevos retos para la Psicología Social: Edadismo y perspectiva de género”. Rev. Pensamiento Psicológico vol. 1, núm. 4, p. 40.

Si buscamos algún tipo de explicación detrás de esta discriminación y rechazo hacia los adultos mayores, podemos pensar en la reacción natural que produce en el ser humano el temor. Ante determinadas situaciones, es normal que pongamos en marcha ciertos mecanismos de autodefensa, sobre todo si estas situaciones suponen una amenaza o las percibimos como incontrolables. En el caso de la vejez se darían ambas condiciones y probablemente por ello los jóvenes o las personas de menor edad, tienden a rechazar a aquéllos que representan lo que temen (la vejez y por tanto, la muerte). La discriminación por edad afecta a todas las personas, porque es la única condición evolutiva que todos debemos vivir<sup>28</sup>.

Esta discriminación y estigmatización implican para la persona mayor un gran esfuerzo psíquico que le permita oponerse a la constante presión social que la coloca en un lugar ya asignado<sup>29</sup>, proveniente de prejuicios y estereotipos en torno a su edad.

### 3.3 Dependencia

En general, se entiende por dependencia a la dificultad o incapacidad que padece una persona y que la obliga a solicitar ayuda a un tercero, para poder realizar sus actividades cotidianas<sup>30</sup>. Entre las razones por las cuales una persona puede calificarse como dependiente, está la falta o la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual.

El Reglamento contenido en el Decreto N° 14 de 2010 del Ministerio de Salud, que actualmente regula el funcionamiento de los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (en adelante ELEAM), en su artículo 16 señala: “*Se entenderá por dependencia la situación derivada de la falta o la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual de una persona para desarrollar por sí misma las actividades*

<sup>28</sup> FREIXAS, A. (2004). En: LEMUS, S y EXPÓSITO, F. (2005). Op. Cit. p. 41.

<sup>29</sup> GUAJARDO, G. (Coord.) (2016). Salud Mental y Personas Mayores: Reflexiones teórico-conceptuales para la investigación social de las demencias. Santiago de Chile: FLACSO-Chile. p.33.

<sup>30</sup> ABELLÁN A, PUGA M. (2004) Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).Rev. Mult. Gerontol. En: Ministerio de Salud (2008). Dependencia de los adultos mayores en Chile. Departamento de Estudios y Desarrollo SIS. p. 14.

*corrientes de la vida diaria, por lo que requiere apoyo, asistencia o ayuda de otra.”*

La dependencia puede ser física, mental o incluso económica y en todos estos casos, lleva al adulto mayor a una situación de vulnerabilidad inevitable, ya que pasa a depender de otro para la satisfacción de sus necesidades.

El cuidado del adulto mayor dependiente es otorgado en primera instancia por el entorno más cercano de la persona, es decir, familiares o individuos que componen la red social del adulto mayor. Pero, si bien existe un grupo que tiene acceso a cuidadores formales, la mayoría cuenta con escasa o nula capacitación sobre las características y necesidades específicas de los ancianos<sup>31</sup>.

En los casos que la red familiar falla, los cuidados del adulto mayor se externalizan a través de residencias u hogares de ancianos.

Según datos de la encuesta CASEN 2017, el 14,2% de las personas mayores de 60 años presenta algún nivel de dependencia funcional. Sin embargo, este porcentaje aumenta significativamente en el segmento de 80 años y más, en donde este tipo de dependencia alcanza el 39,2%.

En un estudio realizado por SENAMA en 2017 a los ELEAM de dicho organismo, se concluyó que el 94,8% de los residentes presentaba algún tipo de dependencia, dentro del cual el 4,7% correspondía a dependencia leve, 18,3% a moderada y 71,8% a dependencia severa<sup>32</sup>.

Es importante hacer presente que por más severa que sea la dependencia, ello no implica falta total de autonomía, es decir, siempre se debe permitir que el adulto mayor mantenga la capacidad de decidir ciertos aspectos de la vida.

---

<sup>31</sup> ABUSLEME, M.T. y CABALLERO, M. (Editores) (2014). Maltrato a las Personas Mayores en Chile: Haciendo visible lo invisible. Santiago: SENAMA, 2014. Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor. p. 156.

<sup>32</sup> SENAMA (2017). Condiciones de vida de las personas mayores al interior de los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores de SENAMA. Santiago. Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor. p. 66.

### 3.4 Discapacidad

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad aprobada en diciembre de 2006 por las Naciones Unidas y ratificada por Chile en julio de 2008, señala en su artículo 1° que, *“Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.”*

La discapacidad es la expresión de una limitación funcional o cognitiva en un contexto social; es la brecha existente entre las capacidades de la persona (condicionadas por su salud) y las demandas del entorno, es decir, lo que exige el medio (físico, laboral o social) para poder desarrollar sus actividades, roles o tareas sociales<sup>33</sup>.

En este sentido, el concepto se vincula más a la función social que a la función orgánica, es decir, no se trata de un problema de salud sino más bien de la esfera social.

Resulta frecuente que el concepto de dependencia se utilice como sinónimo de discapacidad, en circunstancias que se puede ser discapacitado sin ser dependiente, y viceversa. La discapacidad es un concepto asociado a una pérdida de funcionalidad física o cognitiva que dificulta la interacción de la persona con su medio. La dependencia por su parte, implica la concurrencia de la ayuda de terceros para realizar las actividades de la vida cotidiana. Lo relevante de ambos conceptos, es el énfasis en la dimensión social sobre lo estrictamente sanitario<sup>34</sup>.

El II Estudio Nacional de la Discapacidad del año 2015 realizado por el Servicio Nacional de la Discapacidad (en adelante SENADIS), señala que la población adulta

<sup>33</sup> ABELLÁN, A. y PUGA, M. (2004). Op. Cit. p. 13.

<sup>34</sup> Ministerio de Salud (2008). Dependencia de los adultos mayores en Chile. Departamento de Estudios y Desarrollo SIS. p. 42.

en situación de discapacidad, va aumentando con el paso de los años, concentrando el más alto porcentaje entre personas de 60 años y más, con un 38,3%<sup>35</sup>.

La discapacidad en los adultos mayores es uno de los factores que mayormente inciden en la internación de estos en residencias especializadas. Según un informe elaborado por SENAMA en el año 2017 respecto a las condiciones de vida de las personas mayores al interior de Establecimientos de Larga Estadía a su cargo<sup>36</sup>, el 86,7% de los residentes presentaba algún tipo de discapacidad, de la cual el 44,3% correspondía a discapacidad leve a moderada y el 42,4% a discapacidad severa.

Conforme a lo señalado, se puede plantear que los adultos mayores son *doblemente vulnerables*, ya que además de presentar el deterioro físico propio de la edad, son más propensos a la discapacidad.

Entre los tipos de discapacidad que generan mayor indefensión y vulnerabilidad en los adultos mayores, se encuentran los trastornos mentales, como la demencia.

### 3.4.1 Demencias

En contra de la creencia popular, la demencia no es una consecuencia natural o inevitable del envejecimiento, sin embargo su prevalencia es mayor a medida que aumenta la edad.

Según estudios, el deterioro cognitivo leve podría ser considerado un estadio precoz de demencia, en especial de la enfermedad de Alzheimer<sup>37</sup>. Por ello, la importancia de detectar y tratar en forma precoz este deterioro, que como se indicó anteriormente, afecta a una parte importante de la población adulta mayor.

<sup>35</sup> SENADIS (2015). II Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile 2015. Servicio Nacional de la Discapacidad. Departamento de Estudios. Santiago, Chile. p. 64.

<sup>36</sup> SENAMA (2017). Op. Cit. p. 55.

<sup>37</sup> CUSTODIO, N. "et al" (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia?. *Anales de la Facultad de Medicina*. 73(4), p. 321. [en línea] <[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832012000400009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832012000400009&lng=es&tlng=es)> [consulta: 30 de julio de 2019].

La demencia es un trastorno que afecta las funciones cerebrales cognitivas de la memoria, el lenguaje, la percepción y el pensamiento y entorpece considerablemente la capacidad de la persona para realizar las actividades de la vida cotidiana. Los tipos más comunes de demencia son la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular<sup>38</sup>, esto es, aquella ocasionada por accidentes cerebrovasculares.

La prevalencia de las demencias varía con la edad y se dobla cada 5 años, siendo de 1% entre los 50 y 65 años, 4,6% a 15,8% en mayores de 65 años y de 29,8% a 50,0% entre los mayores de 85 años<sup>39</sup>.

Una visión patológica de las enfermedades, muchas veces enmascara la situación de discapacidad en que se encuentran las personas que las padecen. Esto suele darse en el caso de las demencias, en donde, pese a constituir una particular situación de discapacidad, ello puede invisibilizarse frente a la lógica de la enfermedad y estado de cronicidad. Este mismo fenómeno se produce en personas con otras afecciones, como la diabetes, la insuficiencia renal o las cardiopatías, que frecuentemente no son consideradas como una discapacidad, al centrarse en el componente patológico de la afección<sup>40</sup>.

El modelo de análisis planteado por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, señala que este tipo de enfermedades además de comprometer estructura y función, también pueden significar limitaciones de la actividad y restricciones a la participación, cuya interacción modulada por los factores contextuales (ambiente físico, psicosocial y factores personales), significan un compromiso del funcionamiento, que dado su origen en la situación de salud, constituye una situación de discapacidad<sup>41</sup>.

Por ello, reconociendo el carácter progresivo de los trastornos mentales -más aún en el caso de los adultos mayores- resulta importante visualizarlos como una forma de discapacidad, atendido que paulatinamente se intensifican en gravedad y

<sup>38</sup> Organización Mundial de la Salud. (2015). Op. Cit. p. 63.

<sup>39</sup> PRADILLA, G (2004). Demencia: La epidemia silenciosa del III Milenio. *Salud UIS*. 36. p. 140.

<sup>40</sup> GUAJARDO, G. (Coord.) FLACSO (2016). Op. Cit. p. 123.

<sup>41</sup> *Ibíd.*

complejidad, incrementando con velocidad variable las limitaciones en actividades sociales y de participación.

### 3.5 Maltrato

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en su artículo 2°, define el maltrato como aquella *“Acción u omisión, única o repetida, contra una persona mayor que produce daño a su integridad física, psíquica y moral y que vulnera el goce o ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales, independientemente de que ocurra en una relación de confianza.”*

Durante el año 2013, SENAMA realizó el “Estudio de prevalencia del maltrato en las personas mayores, en la región de Valparaíso”, a partir del cual se estableció que el maltrato psicológico es el que presenta mayores índices, con un 35% de prevalencia en los encuestados. Incluso, en personas mayores dependientes, esta cifra alcanza un 52,7%, seguido de negligencia con un 9,2%, abuso patrimonial 8,3%, maltrato físico 5,6% y abuso sexual 5%<sup>42</sup>.

Además de las categorías mencionadas, existen otros tipos de maltrato hacia el adulto mayor que no siempre se consideran:

- a) Maltrato estructural o societario: Tiene lugar en las estructuras de la sociedad mediante normas legales, culturales y económicas que excluyen en forma arbitraria a los adultos mayores.
- b) Obstinación diagnóstica: Dice relación con la realización de pruebas y exámenes para aumentar el conocimiento de la enfermedad de un adulto mayor, sin que sea posible prever que ello redunde en beneficios reales para este.

<sup>42</sup> ABUSLEME, M.T. y CABALLERO, M. (Editores) (2014). Op. Cit. p. 25.



- c) **Obstinación terapéutica:** Consiste en el uso desproporcionado de medios destinados a prolongar artificialmente la vida de una persona mayor con una enfermedad terminal<sup>43</sup>.
- d) **Maltrato por abandono:** Puede definirse como el acto injustificado de desamparo hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de la disposición legal y que ponen en peligro la salud o la vida<sup>44</sup>.

### **3.6 Soledad y aislamiento social**

La soledad (insatisfacción con el número y la calidad de las relaciones sociales) y el aislamiento social (falta de contacto social), tienen un efecto notable en la salud física y mental de los adultos mayores<sup>45</sup>.

Como factores que inciden en el aislamiento social de los ancianos, podemos mencionar la viudez, la creciente pérdida de seres queridos con el paso de los años, los problemas de adaptación a las nuevas tecnologías, la discriminación e incluso el maltrato y aislamiento dentro de sus propias familias. En un informe de la Organización Mundial de la Salud, se indica que el 10% de los adultos mayores estudiados no vive integrado a su familia, es decir, a pesar de compartir domicilio, no mantiene vínculos de convivencia cotidiana (cocinar, conversar, ver TV, etc) con las personas que viven con él<sup>46</sup>.

Otro factor que contribuye a la soledad y aislamiento de los adultos mayores, es la disminución del número de personas por hogar. Según cifras del Censo 2017, en Chile la cantidad de personas por hogares pasó de 4,4 en el año 1982 a 3,1 en el año 2017. Asimismo, en el segmento de 60 años y más, 411.715 personas viven solas, de las cuales 244.577 son mujeres y 167.138 son hombres.

<sup>43</sup> LATHROP, F. (2009b). Op. Cit. p. 87.

<sup>44</sup> FELIX, C. y HERNÁNDEZ, M. (2009). El abandono del adulto mayor como manifestación de violencia intrafamiliar. *Archivos en Medicina Familiar*, 11 (4), p 148.

<sup>45</sup> Organización Mundial de la Salud (2015). Op. Cit. p. 201.

<sup>46</sup> CCI Ingeniería Económica. (2007). Op. Cit. p. 155.

En palabras de Joaquín Giró “*El equilibrio generacional que ha permitido durante siglos mantener una cierta solidaridad en el seno de las familias, está abocado a cambiar. Las unidades de convivencia tienden a fragmentarse y atomizarse persiguiendo el beneficio individual y alejándose del modelo de equilibrio intergeneracional donde los cuidados de los miembros de una familia se trasladaban con la edad de una generación a otra*”<sup>47</sup>.

Este cambio demográfico en la composición familiar, se relaciona con el fenómeno denominado “*multigeneracionismo*”, que consiste en la coexistencia de tres o cuatro generaciones de personas partícipes de una misma familia: bisabuelos, abuelos, padres e hijos. Además se refiere a la convivencia de dos generaciones sucesivas de personas envejecidas y vinculadas por lazos de familia: hijos de sesenta y tantos años, con padres que han superado los ochenta<sup>48</sup>. Realidad que no es difícil ver en nuestro país.

Así, pese a la coexistencia de hasta cuatro generaciones vivas en una misma familia, sus integrantes no optan por la convivencia en un mismo hogar, sino por la residencia independiente, lo que propende al aislamiento no solo de los adultos mayores, si no de las personas en general.

La desconexión de las personas mayores con el resto de la sociedad y el aislamiento que sufren de sus propias familias, propicia e invisibiliza otros factores de vulneración, como el maltrato, la pobreza y la discriminación, generando así un círculo de desprotección.

### **3.7 Internación en residencias o establecimientos de larga estadía**

Tradicionalmente, la familia se ha ocupado de sus adultos mayores a medida que estos pierden sus facultades físicas y/o mentales. Pero si la persona anciana carece de familia o si teniéndola, esta no puede o no quiere asumir sus cuidados, surge la

<sup>47</sup> GIRÓ, J. (2014). La violencia hacia las personas mayores. *Revista Trabajo Social Hoy*, N°72, doi. 10.12960/TSH.2014.0008. p. 24.

<sup>48</sup> DABOVE, M. (2008). Derecho y Multigeneracionismo. *Revista de Derecho de Familia* (40), p. 2.

necesidad de ayuda externa, ya sea a través de la contratación de cuidadores o ingresando al anciano en un establecimiento de larga estadía.

Cuando la dependencia funcional y la discapacidad afecta a las personas mayores, los cuidados informales prestados por la familia o el entorno más cercano, se vuelven insuficientes, considerando que en general existe escasa o nula capacitación sobre las necesidades y cuidados específicos que requieren los ancianos en esta condición. Estos cuidados -intensivos en mano de obra- han sido sistematizados en los llamados “*cuidados de largo plazo*” los cuales bajo distintas modalidades de servicios y financiamiento, son crecientemente responsabilidad del Estado.<sup>49</sup>

Los cuidados a largo plazo pueden definirse como “*aquellas actividades llevadas a cabo por otros para que las personas que han tenido una pérdida importante y permanente de la capacidad intrínseca o corren riesgo de tenerla, puedan mantener un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana*”<sup>50</sup>.

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores en su artículo 2° define a la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo, como “*Aquella que reside temporal o permanentemente en un establecimiento regulado sea público, privado o mixto, en el que recibe servicios socio-sanitarios integrales de calidad, incluidas las residencias de larga estadía, que brindan estos servicios de atención por tiempo prolongado a la persona mayor, con dependencia moderada o severa que no pueda recibir cuidados en su domicilio.*”

Asimismo, la señalada Convención en su artículo 12 establece el derecho de la persona mayor a recibir cuidados a largo plazo, comprometiendo a los estados partes, entre otras cosas, a: “*Establecer mecanismos para asegurar que el inicio y término de servicios de cuidado de largo plazo estén sujetos a la manifestación de la voluntad libre y expresa de la persona mayor*”.

<sup>49</sup> Ministerio de Salud (2008). Op. Cit. p. 2.

<sup>50</sup> Organización Mundial de la Salud. (2015). Op. Cit. p. 231.

Pese a ello, y a que los ancianos prefieren la interacción familiar, en las sociedades occidentales actuales existe una presión, sobre todo en los seniles, para que ingresen a residencias o establecimientos de larga estadía. Las principales causas de ingreso a estas instituciones son *psicológicas*, como la soledad, los conflictos familiares, el temor a la muerte y la sensación de representar una molestia para los demás. Son causas *sociológicas* las asociadas a la falta de vivienda y carencia de servicios médicos en el domicilio<sup>51</sup>.

Se debe tener presente que el deterioro físico o la dependencia funcional, no conllevan siempre ni necesariamente deterioro mental, por ello, si el anciano conserva la capacidad para tomar decisiones, deberá consentir personalmente su ingreso en una residencia geriátrica. Si la persona mayor no puede decidir por falta de capacidad, su internación resulta involuntaria.<sup>52</sup>

En España, la Sociedad Extremeña de Geriátrica y Gerontología señala 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 costos), por lo cual debe considerarse el último recurso de la cadena de los cuidados continuados.<sup>53</sup>

Si bien la internación de un adulto mayor en una residencia puede considerarse un remedio o una forma de solución a la vulnerabilidad en que se encuentra, dentro de estas instituciones, la vulnerabilidad adquiere otras formas.

Dentro de las residencias de adultos mayores, se pueden generar otros tipos de maltrato, atendidas las condiciones particulares que se dan en ellas. En este sentido, existe un modelo teórico de maltrato, construido en la década del noventa, que se basa en la existencia de tres niveles estructurales: micro, medio y macro. En el primer nivel el maltrato tiene lugar entre los propios individuos dentro de la

<sup>51</sup> ABUSLEME, M.T. y CABALLERO, M. (Editores) (2014). Op. Cit. p. 77.

<sup>52</sup> NAVARRO-MICHEL, M. (2019). El ingreso involuntario en residencia geriátrica y la autorización judicial. *Revista de Bioética y Derecho*, (0), <https://doi.org/10.1344/rbd2019.0.27268>. p. 233.

<sup>53</sup> ALONSO (2004). En: ABUSLEME, M.T. y CABALLERO, M. (Editores) (2014). Op. Cit. p.95.

institución, por ejemplo, entre el personal y los residentes. En el nivel medio, por su parte, el maltrato se debe al régimen que opera en la institución. Por último, en el nivel macro, el maltrato es el resultado del sistema, a través de una legislación deficiente u objetivos erróneos de políticas sociales<sup>54</sup>.

Como otras categorías de maltrato en las residencias de adultos mayores se pueden señalar:

- a) Infantilización: Tratar al paciente como si fuera un niño irresponsable en el que no se puede confiar.
- b) Despersonalización: Proporcionar servicios de acuerdo con criterios generales que desatienden las necesidades y preferencias del paciente.
- c) Deshumanización: No sólo ignorar al anciano, sino despojarlo de su intimidad, y de su capacidad para asumir responsabilidades de su propia vida.<sup>55</sup>

#### **4. Legislación nacional**

Dentro de las normas que brindan protección a las personas mayores, se debe considerar en primer lugar el artículo 223 del Código Civil, que recoge el deber de asistencia y socorro, y señala que, aunque la emancipación confiera al hijo el derecho de obrar independientemente, queda siempre obligado a cuidar de sus padres en su ancianidad, en el estado de demencia, y en todas las circunstancias de la vida en que necesitaren su auxilio.

Las instancias de protección directamente dirigidas a los adultos mayores en nuestro país, se iniciaron a principios de la década de los 70, mediante instituciones privadas de caridad, como el Hogar de Cristo, Caritas Chile y el Consejo Nacional de Protección a la Ancianidad (en adelante CONAPRAN).

<sup>54</sup> KINGSTON (2001). En: LATHROP, F. (2009b). p. 92.

<sup>55</sup> ADAMS, Y. (2012). Maltrato en el Adulto Mayor Institucionalizado. Realidad e Invisibilidad. *Rev. Med. Clin. Condes*, 23 (1), p. 88.

A inicios de los años 90 y con la transición democrática, Chile se abre al contexto mundial en términos de participación en asambleas ligadas a los Derechos Humanos y así, en 1995 visualizándose el envejecimiento de la población, se crea la Comisión Nacional para el Adulto Mayor y el Comité Nacional para el Adulto Mayor.

En el año 2002 se promulga la Ley 19.828, que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor. Dicha ley en su artículo 3° señala: *“El Servicio se encargará de proponer las políticas destinadas a lograr la integración familiar y social efectiva del adulto mayor y la solución de los problemas que lo afectan.”*

En marzo de 2010 se promulga la Ley 20.427, que modifica la Ley de Violencia Intrafamiliar, incluyendo en forma expresa a los adultos mayores como sujetos pasivos de violencia intrafamiliar. Además, incorpora como medida cautelar de protección a la víctima, la posibilidad de ordenar la internación del adulto mayor en situación de abandono, en alguno de los hogares o instituciones reconocidos por la autoridad competente. Antes de la modificación existían problemas para alejar al anciano de su ofensor, ya que si el adulto mayor se oponía a ser internado, no era viable su internación forzosa, salvo, a través del artículo 132 inciso final del Código Sanitario, que permite al juez internar al enfermo mental, lo que a su vez presentaba el inconveniente de asimilar el adulto mayor maltratado a un enfermo mental<sup>56</sup>.

La ley más reciente que ha venido a otorgar mayor protección al adulto mayor, es la Ley 21.013, publicada en junio de 2017. En términos generales, aumenta las sanciones para quien de manera relevante maltrate a un niño, niña o adolescente menor de dieciocho años de edad, a adultos mayores o a personas en situación de discapacidad. Además, instruye la creación de un registro de inhabilidad, que al ser de consulta pública, busca impedir a quienes hayan sido condenados por maltrato,

---

<sup>56</sup> LATHROP, F. (2009a). Breve Comentario a la Ley N° 20.427 de 10 de marzo de 2010, que modifica la Ley N° 20.066, de Violencia Intrafamiliar, y otros cuerpos legales para incluir el maltrato contra el adulto mayor en la legislación nacional. *Rev. del Magíster y Doctorado en Derecho*, (3), p. 20.

trabajar en contacto con niños, adultos mayores o personas en situación de discapacidad<sup>57</sup>.

## 5. Legislación internacional

Atendido que a nivel mundial es cada vez mayor el número de personas que alcanzan una edad avanzada y teniendo presente las especiales características de este grupo etario, desde hace décadas, el Derecho Internacional ha considerado al anciano como un especial sujeto de protección. Así, entre los instrumentos que consagran los derechos de los adultos mayores, se pueden señalar los siguientes:

- a) **Convención Americana sobre Derechos Humanos, denominada "Pacto de San José de Costa Rica"**, adoptado por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos en 1988 y promulgado por Chile en 1991, en su artículo 16 señala que *"Toda persona tiene derecho a la seguridad social que le proteja contra las consecuencias de la desocupación, de la vejez y de la incapacidad que, proveniente de cualquier otra causa ajena a su voluntad, le imposibilite física o mentalmente para obtener los medios de subsistencia."*
- b) **Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales, conocido como "Protocolo de San Salvador"** adoptado en 1988. Fue suscrito por Chile el año 2001 y cuya ratificación aún se encuentra pendiente. Refiere en su artículo 17 que: *"Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad y los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica."*

<sup>57</sup> Biblioteca del Congreso Nacional. (08 de junio de 2017). Guía legal sobre: Maltrato infantil, a adultos mayores y a personas en situación de discapacidad. [en línea] <<https://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/maltrato-infantil,-a-adultos-mayores-y-a-personas-en-situacion-de-discapacidad>> [consulta: 01 de agosto de 2019].

- c) **Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad de 1991.** Establece los principios de (i) Independencia, (ii) Participación, (iii) Cuidados, (iv) Autorrealización y (v) Dignidad.
- d) **Proclamación sobre el Envejecimiento**, aprobada en la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas con fecha 16 de octubre de 1992.
- e) **Convención sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores**, desarrollada por la Organización de Estados Americanos y aprobada en de junio de 2015. Fue promulgada en Chile en octubre de 2017.

Respecto a este último instrumento, cabe señalar que es vinculante para todos los países que lo ratifiquen en su derecho interno, es el primero en su género y constituye un hito dentro del proceso de especificación de los derechos humanos<sup>58</sup>.

El fenómeno de la especificación se produce a partir de una mejor y más particularizada identificación de los sujetos titulares de derechos, a quienes se atribuyen determinadas prerrogativas por encontrarse en la sociedad en una situación de desventaja respecto de sus semejantes. Es decir, se considera que estos derechos son solo atribuibles a categorías o grupos de ciudadanos por razones vinculadas a su situación social o cultural discriminada<sup>59</sup>.

En la doctrina internacional de Derechos Humanos, la edad es un asunto que ha sido tratado bajo la amplia acepción de “cualquier otra condición social”, haciendo alusión por extensión a las diferencias de edad, pero cuyo tratamiento respecto a las edades avanzadas no había sido cristalizado. El argumento era que la naturaleza universal de los instrumentos internacionales debería incluir a las personas mayores<sup>60</sup>. Sin embargo, ello no considera las especiales características de esta población, que la posicionan en una situación de desventaja con el resto de la sociedad, lo cual, al no

---

<sup>58</sup> DABOVE, M. I. (2016). Derechos humanos de las personas mayores en la nueva Convención Americana y sus implicancias bioéticas. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 16 (1), p. 49.

<sup>59</sup> SQUELLA, A. (2004). En: SENAMA (2017). Op. Cit. p. 9.

<sup>60</sup> SENAMA (2017). Op. Cit. p. 11.



estar consagrado en instrumentos internacionales, dificulta exigir a los Estados los mecanismos de protección pertinentes.

En palabras de Ángela Vivanco, el reconocimiento de derechos al grupo etario de los ancianos no conspira contra la igualdad, pues no implica un privilegio sino la evitación de una inequidad. Esto se funda en la convicción de que, más que la igualdad, el gran pilar constitucional de las sociedades modernas es la no discriminación. Se considera, de este modo, que una de sus formas más odiosas es la discriminación basada en el envejecimiento, realidad tan involuntaria como el sexo biológico o la condición de minusvalía<sup>61</sup>.

## **6. Obligaciones especiales del Estado**

Si bien el envejecimiento de la población forma parte un gran logro en las sociedades modernas, también se configura como un desafío, obligando a los gobiernos y a la sociedad a adoptar medidas que permitan a los países adaptarse a esta nueva realidad demográfica.

Esto, no solo por la necesidad de mantener un modelo productivo y económico sostenible en el tiempo o por el costo que puede significar para el Estado solventar los cuidados de una población envejecida y vulnerable, si no por el cambio de paradigma que significa tratar a las personas mayores como sujetos de derecho y no como simples receptores pasivos de beneficios sociales o caritativos<sup>62</sup>.

Considerar a los adultos mayores como sujetos de derecho implica también reconocer sus particulares necesidades de protección atendida la situación de riesgo

---

<sup>61</sup> VIVANCO, Á. (2016). Los derechos de los ancianos. Las paradojas bioéticas de la ancianidad en la perspectiva de los derechos de tercera generación. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 32(2), 175-198. [en línea] <<https://arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/267/199>> [consulta: 01 de agosto de 2019].

<sup>62</sup> RIVERA, F. (2014) En: Biblioteca del Congreso Nacional (2014). Derechos Humanos del Adulto Mayor. p. 2. [en línea] <[https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/21009/5/FINAL%20\\_%20Minuta%20\\_%20De%20Humanos%20y%20Adulto%20Mayor\\_v4.pdf](https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/21009/5/FINAL%20_%20Minuta%20_%20De%20Humanos%20y%20Adulto%20Mayor_v4.pdf)> [consulta: 01 de agosto de 2019].

o vulnerabilidad que mayoritariamente les afecta y junto a ello, la especial obligación que adquiere el Estado a fin de resguardar sus derechos.

En este sentido, la Corte Interamericana de Derechos Humanos en sentencia de fecha 08 de marzo de 2018 “Poblete Vilches y otros vs. Chile”, señala “(...) *la Corte resalta la importancia de visibilizar a las personas mayores como sujetos de derechos con especial protección y por ende de cuidado integral, con el respeto de su autonomía e independencia. El Tribunal ha sostenido que, al menos, estos deben tener protegida su salud en caso de enfermedades crónicas y en fase terminal. Por lo tanto, esta Corte considera que, respecto de las personas adultas mayores, como grupo en situación de vulnerabilidad, existe una obligación reforzada de respeto y garantía de su derecho a la salud. Lo anterior se traduce en la obligación de brindarles las prestaciones de salud que sean necesarias de manera eficiente y continua.*”

Podemos decir que el actuar del Estado dirigido a la protección de los adultos mayores debe abarcar al menos dos aspectos. Por una parte, generar políticas orientadas a que las personas mayores puedan *mantener sus capacidades y vivir de modo independiente* y, por otra parte, mejorar la oferta relacionada con los *cuidados que estas personas requieren*<sup>63</sup>. En este segundo aspecto, surge la necesidad de asegurar que toda persona mayor que lo requiera, tenga acceso a los cuidados a largo plazo correspondientes a sus necesidades.

Cuando estos cuidados ya no pueden brindarse al adulto mayor en su propio hogar, se externalizan en residencias o establecimientos de larga estadía. Dichos establecimientos, pese a surgir con una finalidad de protección, configuran un nuevo escenario de vulnerabilidad para los ancianos, quienes pasan a depender en forma casi absoluta de dichos recintos para la satisfacción de sus necesidades más básicas.

---

<sup>63</sup> Instituto Nacional de Derechos Humanos. (2018). “Informe Anual 2018. Situación de los Derechos Humanos en Chile”. Santiago de Chile. p. 171.

Atendido el fin público que cumplen estas instituciones, considerando el fuerte control que ejercen en la vida diaria de los residentes, quienes atendida su situación de vulnerabilidad pueden ver menoscabados sus derechos fundamentales, resulta de suma importancia un control y fiscalización adecuados de estos recintos por parte del Estado.

Pese a lo señalado y al envejecimiento sostenido de la población, en nuestro país no existe una institucionalidad que se haga cargo de asegurar dichos cuidados a todos los adultos mayores que lo requieren, sin que además se realice una fiscalización oportuna y adecuada a la totalidad de las residencias.

La realidad de estas instituciones dista del objetivo para el cual fueron creadas. En una encuesta realizada por SENAMA en el año 2017 en 11 de los 12 ELEM estatales<sup>64</sup>, se indica que el 85,2% de las personas mayores creen que los residentes son tratados con faltas de respeto y un 78,4% sienten que no se les respetan sus derechos.

Por otra parte, cada cierto tiempo los medios de prensa dan cuenta de situaciones irregulares en las residencias, algunas con resultados fatales para los adultos mayores y otras que dejan de manifiesto las vulneraciones a sus derechos más fundamentales. Así, en junio de 2016 salieron a la luz pública graves hechos ocurridos en el ELEM de Puente Alto dependiente de SENAMA, Hogar Cordillera, donde un hombre de 84 años murió tras 9 días sin ser alimentado, una anciana fue aplastada por una puerta y un tetrapléjico se encontraba cubierto de moscas por sus escaras<sup>65</sup>. El mismo hogar volvió a ser noticia en septiembre de 2017 cuando se dio a conocer que registró 104 fallecidos entre los años 2012 y 2017, concentrando el mayor índice a nivel nacional<sup>66</sup>.

<sup>64</sup> SENAMA (2017). Op. Cit. p. 71.

<sup>65</sup> URQUIETA, C. (07 de junio de 2016). Fiscalía investiga asilo de ancianos. *El Mostrador*. [en línea] <[www.elmostrador.cl/noticias/pais/2016/06/07/fiscalia-investiga-asilo-de-ancianos-abuelo-habria-muerto-de-hambre-y-viejitos-no-reciben-sus-pensiones/](http://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2016/06/07/fiscalia-investiga-asilo-de-ancianos-abuelo-habria-muerto-de-hambre-y-viejitos-no-reciben-sus-pensiones/)> [consulta: 01 de agosto de 2019].

<sup>66</sup> DUARTE, F y MATUS, J. (21 de septiembre de 2017). Senama: hogar de Puente Alto suma el 24% de muertes de ancianos residentes. *La Tercera*. [en línea] <[www.latercera.com/noticia/senama-hogar-puente-alto-suma-24-muertes-ancianos-residentes/](http://www.latercera.com/noticia/senama-hogar-puente-alto-suma-24-muertes-ancianos-residentes/)> [consulta: 01 de agosto de 2019].

Asimismo, en de agosto de 2018, fue noticia el incendio que afectó al hogar de ancianos Santa Marta, en la comuna de Chiguayante, región del Biobío. En dicha residencia, administrada por un ente privado, diez mujeres fallecieron en el siniestro, todas las cuales se encontraban postradas. Dos semanas más tarde, trascendía información respecto a que el ELEAM no cumplía con todas las exigencias de seguridad y que la autoridad encargada de fiscalizar, la respectiva Seremi de Salud, no había cumplido adecuadamente con su obligación<sup>67</sup>.

Situaciones como estas, dejaron en evidencia que no existe una fiscalización adecuada a este tipo de instituciones, así como tampoco un registro único de las muertes que se producen en su interior. Por su parte, Fiscalía y las policías tampoco contaban con un protocolo que estableciera criterios y diligencias mínimas que permitieran investigar de manera eficaz la totalidad de estas muertes. Esto, sumado al revuelo mediático que se produjo al salir a la luz pública el número de muertes ocurridas en instituciones a cargo de SENAME, junto a observaciones realizadas por instancias internacionales, derivaron en la necesidad de contar con un protocolo unificado para proceder ante muertes ocurridas bajo el control, custodia o cuidado del Estado.

---

<sup>67</sup> ADN Radio (11 de septiembre de 2018). Incendio en Chiguayante: Hogar de ancianos no contaba con permiso de funcionamiento. [en línea] <[www.adnradio.cl/noticias/nacional/incendio-en-chiguayante-hogar-de-ancianos-no-contaba-con-permiso-de-funcionamiento/20180911/nota/3797924.aspx](http://www.adnradio.cl/noticias/nacional/incendio-en-chiguayante-hogar-de-ancianos-no-contaba-con-permiso-de-funcionamiento/20180911/nota/3797924.aspx)> [consulta: 01 de agosto de 2019].

## **CAPÍTULO II: PROTOCOLO INTERSECTORIAL DE ALERTA TEMPRANA ANTE MUERTES BAJO CONTROL, CUSTODIA O CUIDADO DEL ESTADO**

### **1. ¿Qué es el Protocolo Intersectorial de Alerta Temprana ante Muertes bajo control, custodia o cuidado del Estado?**

El Protocolo Intersectorial de Alerta Temprana ante Muertes bajo control, custodia o cuidado del Estado (en adelante Protocolo ante muertes bajo custodia del Estado), salió a la luz pública en marzo del presente año y fue confeccionado por la primera Mesa Interinstitucional sobre Muertes Bajo Custodia del Estado, convocada por el Ministerio Público en abril del año 2018, atendida la ausencia de políticas públicas en casos de muertes ocurridas en centros de SENAME, recintos penitenciarios, psiquiátricos y casas de reposo. Esta falta de regulación impedía identificar e investigar de manera eficaz la totalidad de las muertes ocurridas en estas circunstancias.

Como el mismo Protocolo en estudio señala “(...) *consiste en una serie de obligaciones y estándares a las que se comprometen Servicios, que por sus funciones, mantienen a niños, niñas, adolescentes, mujeres, hombres y/o adultos/as mayores bajo su control, custodia o cuidado, con el objetivo de promover investigaciones eficaces y oportunas en caso que fallezcan*”. Para esto, busca establecer criterios unificados y diligencias mínimas de investigación que permitan a la Fiscalía determinar si la muerte pudo ser provocada por actos deliberados o negligentes de los agentes estatales. Asimismo, busca contar con un registro único de personas fallecidas en estas condiciones, catastro nunca antes realizado a nivel país.

Para ello, el Protocolo ante muertes bajo custodia del Estado además de señalar los principios internacionales en los cuales se funda, fija su ámbito de aplicación en las siguientes instituciones: Servicio Nacional de Menores, Gendarmería, Servicios de hospitalización siquiátrica, Carabineros de Chile, Policía de Investigaciones de Chile,

Servicio Nacional del Adulto Mayor y Hogares del Consejo Nacional de Protección a la Ancianidad. Además, determina las actuaciones que deberán realizar estos organismos, así como los procedimientos a seguir por las Policías, el Ministerio Público y el Servicio Médico Legal. Por último, como anexo, acompaña un modelo de “Ficha Sitio del Suceso de Muertes Bajo Custodia” que deberá ser completada por las Policías al constituirse en el sitio del suceso y que servirá para las diligencias del Servicio Médico Legal y de la Fiscalía.

## **2. Origen del Protocolo ante muertes bajo custodia del Estado**

Este instrumento surge como respuesta a las *Recomendaciones finales hechas al Estado de Chile por el Comité contra la Tortura de Naciones Unidas*<sup>68</sup>, en el marco del Sexto Informe periódico de Chile ante este organismo. Dicho informe, que se presentó en marzo de 2017 y con más de tres años de retraso, significó para Chile diversas observaciones, entre las cuales, respecto a las personas privadas de libertad, destaca:

*“35. El Comité urge al Estado parte a: Asegurar que todos los casos de muerte durante la privación de libertad sean investigados con prontitud y de forma imparcial por un órgano independiente, teniendo debidamente en cuenta el Protocolo de Minnesota sobre la Investigación de Muertes Potencialmente Ilícitas.”*

*“39. El Comité insta al Estado parte a investigar las denuncias de malos tratos a personas con discapacidad y de la tercera edad internadas en instituciones residenciales, así como todos los casos de muertes repentinas acaecidas en estos centros.”*

A efecto de realizar un seguimiento de las recomendaciones realizadas, el Comité contra la Tortura agrega:

---

<sup>68</sup> El Comité contra la Tortura examinó el sexto informe periódico de Chile (CAT/C/CHL/6) en sus sesiones 1665<sup>a</sup> y 1667<sup>a</sup> celebradas los días 30 y 31 de julio de 2018, y aprobó en sus sesiones 1678<sup>a</sup> y 1679<sup>a</sup>, celebradas el 9 de agosto de 2018.

*“56. El Comité solicita al Estado parte que proporcione, a más tardar el 10 de agosto de 2019, información sobre el seguimiento dado a las recomendaciones del Comité sobre el establecimiento o designación de un mecanismo nacional de prevención de la tortura; muertes de menores y denuncias de torturas; malos tratos y abuso sexual en los centros residenciales de protección de la red del Servicio Nacional de Menores, y malos tratos a personas con discapacidad y de la tercera edad.”*

Un ejemplo claro de lo que se señala en las Recomendaciones del Comité contra la Tortura de Naciones Unidas, es la situación que se vivió en el ELEAM de Puente Alto, Hogar Cordillera, dependiente de SENAMA. Dicho hogar fue el centro que más muertes registró entre 2012 y 2017, con 104 fallecidos en relación a los 418 casos a nivel nacional, lo que equivale al 24% del total registrado<sup>69</sup>. Asimismo, entre junio de 2015 y junio de 2016<sup>70</sup>, se produjo la muerte de 31 adultos mayores en su interior, constatándose por Contraloría en el informe final de auditoría N° 840/2016, *"falta de control en las fichas clínicas y sociales de adultos mayores fallecidos; falta de oportunidad de término anticipado de contrato, falta de control del Senama en la rendición del aporte del 85% de las pensiones de los residentes y la falta de 30 fichas clínicas y 27 certificados de defunción de los adultos mayores fallecidos."*

En el periodo señalado de junio de 2015 a junio de 2016, el Hogar Cordillera fue administrado por AMSCA (Agrupación Médica y Social Chile Ayuda), organismo colaborador respecto al cual SENAMA dio término anticipado al contrato debido a las irregularidades constatadas por el informe de Contraloría y por una Comisión Investigadora de la Cámara de Diputados formada al efecto<sup>71</sup>. Esto derivó en la realización de dos sumarios administrativos al interior de SENAMA, una demanda del

<sup>69</sup> DUARTE, F y MATUS, J. (21 de septiembre de 2017). Op. Cit.

<sup>70</sup> ALBERT, C. (12 de octubre de 2017). La muerte de 31 ancianos en hogar del Senama sigue sin sanción. *CIPER Chile*. [en línea] <<https://ciperchile.cl/2017/10/12/la-muerte-de-31-ancianos-en-hogar-del-senama-sigue-sin-sancion/>> [consulta: 01 de agosto de 2019].

<sup>71</sup> Cámara de Diputados. (2018). Informe de la comisión especial investigadora encargada de recabar información sobre el funcionamiento del servicio nacional del adulto mayor, en particular en relación con los fondos públicos que maneja y la supervisión de los organismos de acogida y atención integral al adulto mayor. [en línea] <[https://www.camara.cl/trabajamos/comision\\_informesComision.aspx?prmlD=1641](https://www.camara.cl/trabajamos/comision_informesComision.aspx?prmlD=1641)> [consulta: 01 de agosto de 2019].

Consejo de Defensa del Estado contra AMSCA a causa la rendición de cuentas rechazadas por Contraloría, la publicación por parte de SENAMA de 31 Protocolos sobre Estándares de Calidad para ELEAM y de una Guía Ciudadana de Derechos de las Personas Mayores en ELEAM, así como la denuncia en Fiscalía de cinco muertes que podrían ser constitutivas de delito<sup>72</sup>.

Sin embargo, las investigaciones que lleva a cabo Fiscalía respecto a dichas muertes, serán en su mayoría dificultosas, considerando el tiempo transcurrido y la falta de antecedentes respecto a los adultos mayores, no existirán mayores evidencias que permitan determinar responsabilidades penales o administrativas. Por ello, con la implementación del Protocolo ante muertes bajo custodia del Estado, se busca dar cumplimiento a una de las recomendaciones del Comité contra la Tortura, en cuanto a: *“Asegurar que todos los casos de muerte durante la privación de libertad sean investigados con prontitud y de forma imparcial por un órgano independiente.”*

### **3. Objetivos**

Como el Protocolo ante muertes bajo custodia del Estado señala, pretende ser un primer paso para unificar la respuesta estatal ante muertes ocurridas bajo custodia, a fin de ajustarse a los estándares del Derecho Internacional de los Derechos Humanos.

Como objetivo general, indica que busca *“Estandarizar mediante un Protocolo de actuación, acciones y procedimientos coordinados ante los casos de fallecimiento de personas que se encuentren bajo la custodia, el control o el cuidado del Estado de Chile, o de organismos privados que cumplen funciones públicas de dicha naturaleza, de forma de asegurar una debida investigación de las causas y determinación de responsabilidades penales.”*

En cuanto a los objetivos específicos se señalan:

<sup>72</sup> SENAMA (2016). Cronología de accionar de SENAMA Fundación AMSCA- ELEAM Puente Alto. SENAMA 2016. [en línea] <<https://ciperchile.cl/wp-content/uploads/CRONOLOGIA-DE-ACCIONAR-DE-SENAMA.docx>> [consulta: 01 de agosto de 2019].



- a) Establecer criterios unificados y diligencias mínimas para la investigación de este tipo de muertes.
- b) Contar con un registro de personas fallecidas bajo control, custodia o cuidado del Estado.
- c) Contar con información estandarizada que permita conocer la extensión y características de estas muertes, con el fin de reducirlas.

Asimismo, indica que *“constituye una base mínima de actuación, la cual debe ser incorporada en los protocolos internos de cada organismo en los casos que no existan previamente. Es decir, a modo de ejemplo, los servicios que ya cuentan con obligación de denuncia en caso de fallecimientos en los mismos términos que se definen en el presente documento, no tendrán la obligación de modificar su normativa en ese aspecto.”*

#### **4. Actuaciones**

A fin de dar cumplimiento a los objetivos señalados, el Protocolo ante muertes bajo custodia del Estado indica una serie de actuaciones, que pueden diferenciarse en dos grupos:

##### **a) Actuaciones a cumplir por los servicios que mantienen a personas bajo el control, custodia o cuidado del Estado.**

Estos procedimientos deberán ser llevados a cabo por el Servicio Nacional de Menores, Gendarmería, Servicios de hospitalización psiquiátrica, Carabineros de Chile, Policía de Investigaciones de Chile y por residencias del Servicio Nacional del Adulto Mayor y del Consejo Nacional de Protección a la Ancianidad. Consisten en los siguientes:

- i. Deber de denuncia: Al verificarse una muerte, la autoridad del establecimiento deberá dar aviso a la policía de forma inmediata por la vía más expedita

posible, debiendo la policía constituirse en el lugar y comunicarse con el Fiscal de turno.

En este punto se realiza una *excepción al deber de denuncia* respecto de las muertes de adultos mayores que se encuentren hogares de ancianos, debiendo realizarse solo en los casos en que la muerte resulte sospechosa y/o la causa no se encuentre certificada por un médico.

- ii. Información para el seguimiento: Significa que cada institución, deberá informar la ocurrencia de cualquier posible muerte bajo custodia del Estado, a la Unidad Especializada de Derechos Humanos, Violencia de Género y Delitos Sexuales del Ministerio Público, vía correo electrónico y en el plazo de 24 horas de ocurrida la misma. Esta obligación tiene por finalidad mantener un seguimiento de las denuncias y diligencias efectuadas y en ningún caso reemplaza la denuncia que debe realizarse a través de las policías.
- iii. Resguardo del sitio del suceso: Implica que durante el tiempo que transcurra entre el fallecimiento, la toma del conocimiento del fiscal y la constitución de la policía en el lugar, la autoridad del establecimiento donde se verifique la muerte deberá procurar que el sitio del suceso sea aislado con la mayor celeridad posible, permitiendo el ingreso únicamente a los funcionarios autorizados y debidamente identificados y registrados. Asimismo, deberá restringirse la manipulación de los bienes personales del fallecido y resguardarse las grabaciones de cámaras, libros de novedades, libros de enfermería, fichas médicas y los recintos correspondientes a enfermerías.

**b) Actuaciones propias de la investigación, a cargo de las Policías, Fiscalía y Servicio Médico Legal.**

- i. Policías: Deberán constituirse en el lugar del fallecimiento y comunicarse con el Fiscal de turno. Se hace presente que la labor investigativa debe evitar enfocarse en forma exclusiva a determinar si existió intervención intencional de terceros, sino que también debe verificar la concurrencia de otras causas dolosas o culposas, recabando material investigativo al efecto, ya que este tipo

de muertes pueden producirse tanto por acciones como por omisiones, y éstas omisiones puede a su vez ser intencionales o negligentes.

Se agrega que la investigación deberá desarrollarse con prontitud, de manera efectiva, exhaustiva, independiente, imparcial y transparente, observando las directrices específicas desarrolladas en el Protocolo de Minnesota para este tipo de investigaciones.

Corresponderá a las policías consignar la información respectiva en la “*Ficha Sitio del Suceso Muertes Bajo Custodia*”, la cual deberá estar disponible en cada Unidad Policial y establecimiento penitenciario y tendrá por objetivo consignar información relevante acerca del fallecimiento y sus circunstancias, de forma preliminar. Esta ficha deberá ser exigida por Servicio Médico Legal al momento de retirar el cuerpo.

- ii. Fiscalía: Deberá instruir y realizar las diligencias pertinentes para determinar si la muerte pudo ser provocada por actos deliberados o negligentes de los agentes responsables del control, cuidado o custodia del fallecido. Asimismo, los fiscales deberán instar para que el proceso se realice en forma expedita, velando por la participación y protección de los familiares de la víctima y en cuanto sea posible, buscar salidas judiciales que impliquen una reparación a sus derechos. Se hace presente que los criterios de actuación estarán contenidos en un oficio dictado por el Fiscal Nacional.
- iii. Servicio Médico Legal: Será el organismo encargado de realizar de la autopsia, la cual deberá ser ejecutada conforme las circunstancias particulares del caso y atendida la información consignada en la Ficha Sitio del Suceso de Muertes bajo Custodia. Asimismo, deberá realizarse conforme a las directrices contenidas en el Protocolo de Minnesota.

## 5. Legislación nacional

La normativa respecto a la investigación de muertes bajo custodia del Estado y específicamente respecto a las muertes de adultos mayores residencializados, es sumamente escasa en nuestro país.

Los ELEM siempre han sido regulados mediante decretos del Ministerio de Salud, que tratan sobre el funcionamiento de la residencia, su infraestructura, autorización de instalación y forma de fiscalización, sin hacer mayor referencia al procedimiento a seguir ante la muerte de un residente. De hecho, siendo el primero de estos reglamentos publicado en el año 1983, solo en un reglamento del año 2005 se incorporó por primera vez una disposición relativa a la muerte de un adulto mayor, al señalar que será responsabilidad de la dirección técnica “*Definir procedimientos a seguir cuando fallezca un residente.*”<sup>73</sup>

Actualmente rige el Reglamento de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores, contenido en el Decreto N°14 del año 2010 del Ministerio de Salud, el cual respecto a la muerte de un adulto mayor residencializado, realiza una leve modificación a la norma anterior, al disponer en su artículo 10 que será responsabilidad de la dirección técnica “*Establecer y hacer cumplir un procedimiento a seguir ante el fallecimiento de residentes.*”

Como se señaló anteriormente, después de los hechos ocurridos en el Hogar Cordillera, SENAMA incorporó 31 Protocolos sobre Estándares de Calidad para ELEM<sup>74</sup>, dentro de los cuales se incluye por primera vez un protocolo en caso de fallecimiento de un residente. Dicho instrumento se aprobó mediante resolución exenta N°2.459 del Servicio Nacional del Adulto Mayor, el día 27 de octubre de 2016 y si bien indica actuaciones que podrían favorecer la investigación de estas muertes, no

<sup>73</sup> Decreto N° 134 del año 2005 Ministerio de Salud.

<sup>74</sup> AZOCAR, M. “et al”. (2016). Estándares de Calidad para Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores. Ediciones: Servicio Nacional del Adulto Mayor.

aporta mayores instrucciones que faciliten la labor de la Fiscalía, como el resguardo del sitio del suceso o el deber de denuncia ante muertes que ameriten investigación.

Cabe hacer presente que en mayo de este año SENAMA suscribió el Protocolo Intersectorial de Alerta Temprana ante muertes bajo control, custodia o cuidado del Estado<sup>75</sup>, el cual pese a constituir una “base mínima de actuación” como en dicho instrumento se señala, viene a llenar un vacío normativo en cuanto al procedimiento a seguir ante muertes ocurridas en estas circunstancias.

## 6. Legislación internacional

Respecto a los derechos de personas privadas de libertad y en particular su derecho a un trato digno y a no ser privados arbitrariamente de la vida, de podemos encontrar la siguiente legislación:

- a) **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos**, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966 y ratificado por Chile en 1976, en su artículo 10 señala que “*Toda persona privada de libertad será tratada humanamente y con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano*”.
- b) **Convención Americana Sobre Derechos Humanos, denominada "Pacto de San José De Costa Rica"** promulgada en 1969 y ratificada por Chile en 1990, en su artículo 5 dispone: “*Toda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano*”.
- c) **Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes**, adoptada por la Asamblea General de Las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1984 y ratificada por Chile en 1988.

---

<sup>75</sup> SENAMA. (28 de mayo de 2019,). SENAMA firma convenios para resguardar los derechos de las personas mayores. [en línea] <<http://www.senama.gob.cl/noticias/senama-firma-convenios-para-resguardar-los-derechos-de-las-personas-mayores>> [consulta: 01 de agosto de 2019].

- d) **Protocolo Facultativo de la Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes**, adoptado por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el 18 de diciembre de 2002 y promulgado por Chile el 11 de enero de 2009.
- e) **Protocolo de Estambul o Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes**, adoptado por las Naciones Unidas en el año 2000.
- f) **Principios y Buenas Prácticas sobre la protección de las personas privadas de libertad en las Américas** de 2008, dirigido a toda persona privada de libertad que esté sujeta a la jurisdicción de cualquiera de los Estados miembros de la Organización de los Estados Americanos.
- g) **Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de reclusos o Reglas Nelson Mandela**, aprobadas por la Asamblea General de la ONU el 17 de diciembre de 2015.
- h) **Protocolo de Minnesota sobre la Investigación de Muertes Potencialmente Ilícitas de 2016**, que se trata de una actualización de la versión original titulada “Manual de las Naciones Unidas sobre la Prevención e Investigación Eficaces de las Ejecuciones Extralegales, Arbitrarias o Sumarias” de 1991. El Protocolo de Minnesota consiste en un documento elaborado por la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas, que establece principios y directrices para la investigación de esta clase de fallecimientos.

## 7. Principios

En el caso de las personas privadas de la libertad, se configura una situación especial en cuanto al respeto y garantía de sus derechos humanos. Lo anterior debido a que dichas personas al encontrarse bajo custodia del Estado son sometidas a un régimen de estricto control y dependencia de la institución.

En este sentido, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha señalado expresamente que al mantener a una persona privada de su libertad, el Estado debe asumir responsabilidades y obligaciones particulares, que van más allá de su deber de respetar y garantizar los derechos fundamentales de todas las personas, esto, atendida la relación especial de sujeción entre la persona privada de libertad y el Estado, caracterizada por la particular intensidad con que el Estado puede regular sus derechos, sus obligaciones y hasta las actividades más básicas de su vida<sup>76</sup>.

De esta forma, se debe entender que las obligaciones especiales que pesan sobre el Estado respecto de quienes han sido privados de su libertad, no se limitan únicamente al tiempo en que se encuentran en esta situación, si no que se extienden al caso que fallezcan encontrándose privados de libertad.

Estas obligaciones particulares se traducen en tres principios reconocidos por el Derecho Internacional de los Derechos Humanos y que son recogidos por el Protocolo de derechos bajo custodia del Estado:

#### **a) Posición de garante del Estado**

Los estándares de la Corte Interamericana de Justicia contemplan que el detenido o privado de libertad se encuentra en las manos del Estado en una especial *condición de vulnerabilidad*, que obliga al Estado a brindarle protección hasta el punto de convertirse en su garante<sup>77</sup>, debiendo proteger al detenido y asegurar el goce de sus derechos fundamentales en todo aquello que sea compatible con su privación de libertad ambulatoria.

A menudo, como consecuencia de la privación de libertad ambulatoria, se produce la afectación del goce de otros derechos humanos. Pueden, por

---

<sup>76</sup> Corte Interamericana de Derechos Humanos, caso "Instituto de Reeducción del Menor Vs. Paraguay". Sentencia de 2 de septiembre de 2004.

<sup>77</sup> CASTRO, A., CILLERO, M. y MERA, J. (2010). Derechos Fundamentales de los Privados de Libertad. Guía práctica con los estándares internacionales en la materia. Ediciones Universidad Diego Portales. Santiago, Chile. p.29.

ejemplo, verse restringidos los derechos de privacidad y de intimidad familiar, sin embargo, esto debe limitarse de manera rigurosa<sup>78</sup>.

Para la Corte Interamericana de Derechos Humanos, la posición de garante se refleja en dos dimensiones frente a las obligaciones del Estado. Por una parte, una obligación de no hacer, llamada *dimensión negativa*, que consiste en no realizar actos que puedan afectar la vida e integridad personal de los detenidos y por otra parte, una obligación de hacer, llamada *dimensión positiva*, que consiste en procurar, por todos los medios al alcance del Estado, mantener a la persona detenida en el goce de sus derechos fundamentales<sup>79</sup>. De la llamada dimensión negativa, suele derivarse la responsabilidad del estado por omisión o negligencia, mientras que en la dimensión positiva se establecen diversas obligaciones específicas a cumplir.

En este sentido, el Protocolo ante muertes bajo custodia del Estado, viene a aportar mayores resguardos al derecho a la vida, incorporando actuaciones que permiten una adecuada y oportuna investigación de las muertes ocurridas en privación de libertad, a fin de determinar las responsabilidades y reparaciones correspondientes. Ello, conforme al Protocolo de Minnesota que dispone: “*A fin de asegurar el derecho a la vida, los Estados deberán: (...) Investigar las muertes potencialmente ilícitas, asegurar la rendición de cuentas y brindar reparación por las vulneraciones.*”

## **b) Obligación de investigar de oficio**

La responsabilidad internacional del Estado en relación con las personas privadas de la libertad, no se agota en deber de custodia y las cargas especiales que recaen sobre el Estado, sino que además lo obliga a adelantar las investigaciones y acciones judiciales de carácter penal, en orden a esclarecer los hechos, identificar, juzgar, y, si es del caso, sancionar a los

---

<sup>78</sup> *Ibíd.* p.34.

<sup>79</sup> ACOSTA-LÓPEZ, J. y AMAYA-VILLARREAL, Á. (2011). “La responsabilidad internacional del Estado frente al deber de custodia: estándares internacionales frente a los centros estatales de detención”. *Revista Estudios Socio-Jurídicos*, 13, (2), p. 305.



responsables de violaciones de los derechos humanos acaecidas en contra de las personas que se encuentran bajo su custodia<sup>80</sup>.

Este deber se sustenta entre otras normas, en el derecho de acceso a la justicia y a la reparación, consagrado en el artículo 8° de la Convención Americana de Derechos Humanos. En este sentido, el Relator Especial sobre las ejecuciones extrajudiciales de las Naciones Unidas, ha señalado que “*Todo incumplimiento de la obligación de investigar es una vulneración del derecho a la vida. Las investigaciones y los enjuiciamientos son esenciales para prevenir futuras vulneraciones*”<sup>81</sup>.

El deber del Estado de investigar se activa cuando este tenga conocimiento o debiera haberlo tenido, de una muerte potencialmente ilícita, es decir, no se aplica solo por el hecho de que el Estado reciba una denuncia formal<sup>82</sup>, esto dado el interés público que reviste el respeto y garantía de los derechos humanos, lo cual no puede depender solo de la iniciativa de las víctimas o de sus familiares.

Si bien este deber puede ser considerado una obligación de medios y no de resultados, debe ser asumido por el Estado como un deber jurídico propio y no como una simple formalidad condenada de antemano a ser infructuosa, o como una mera gestión de intereses particulares, que dependa de la iniciativa procesal de las víctimas o de la aportación privada de elementos probatorios<sup>83</sup>.

Para que este deber se cumpla de manera efectiva, el Protocolo de Minnesota señala que el Estado debe procurar que la investigación se realice con prontitud, efectividad y exhaustividad, independencia e imparcialidad y transparencia.

---

<sup>80</sup> *Ibíd.* p. 319.

<sup>81</sup> Protocolo de Minnesota sobre la Investigación de Muertes Potencialmente Ilícitas (2016), Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Nueva York y Ginebra, 2017. p. 4.

<sup>82</sup> *Ibíd.* p. 6.

<sup>83</sup> CASTRO, A., CILLERO, M. y MERA, J. (2010). *Op. Cit.* p. 70.

### **c) Obligación de proveer información suficiente**

Con los principios del estado de vulnerabilidad del privado de libertad y de la posición de garante del Estado, desarrollados por el sistema internacional de los derechos humanos, todo lo que ocurre dentro de una prisión es responsabilidad de las autoridades penitenciarias, que deben acostumbrarse a rendir cuentas y a explicar a la comunidad las decisiones que toman o los procedimientos que aplican, de forma de no dejar espacio a la negligencia, la omisión o la intención directa de causar daño a los privados de libertad<sup>84</sup>.

Es decir, le corresponderá al Estado proveer una explicación acerca de la muerte que ha ocurrido y probar que ésta no se debió a un acto suyo, deliberado o negligente. Así lo estimó la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso “Mendoza y otros Vs. Argentina”, aseverando que existiría una presunción de responsabilidad en contra del Estado.

Esto adquiere mayor sentido si consideramos que Estado se encuentra en una posición privilegiada para demostrar la ocurrencia de los hechos y disponer de elementos probatorios, en palabras de la Corte Interamericana, el Estado detenta el control de los medios para aclarar los hechos ocurridos bajo su jurisdicción y por ello se depende, en la práctica, de la cooperación del propio Estado para la obtención de las pruebas necesarias<sup>85</sup>.

Para el Comité de Derechos Humanos, el Estado será considerado responsable de la muerte, salvo que se demuestre lo contrario, por ejemplo, en los casos que la persona sufrió lesiones mientras se encontraba privada de libertad o en los que, antes de morir, era un opositor político del gobierno o un defensor de los derechos humanos, se sabía que padecía problemas de salud mental o se suicidó en circunstancias inexplicadas<sup>86</sup>.

---

<sup>84</sup> *Ibíd.* p. 30.

<sup>85</sup> *Ibíd.* p. 124.

<sup>86</sup> Protocolo de Minnesota sobre la Investigación de Muertes Potencialmente Ilícitas (2016). Op. Cit. p. 6.

Se puede concluir, que debido al control ejercido por el Estado sobre las personas privadas de libertad, existe una presunción general de la responsabilidad del Estado en caso que estas personas fallezcan en dicha circunstancia. Sin embargo, como se señala en el Protocolo de Minnesota, dicha responsabilidad no se limita a casos de personas recluidas en prisiones o en otros centros de detención, sino que también se extiende a personas que se hallen en cualquier instalación en la que el Estado ejerza un estricto control sobre sus vidas, como es el caso de los hogares de ancianos<sup>87</sup>.

## **8. Concepto de muertes bajo control, custodia o cuidado del Estado**

Para comprender el sentido y la aplicación del Protocolo en estudio, se hace necesario analizar qué se entiende por “Muerte bajo control, custodia o cuidado del Estado”, para así ponderar si los adultos mayores residencializados caben en dicho concepto.

El mismo Protocolo ante muertes bajo custodia del Estado, señala que, cuando el Estado mantiene a personas bajo su control, custodia o cuidado, estas se encuentran *privada de libertad* y para definir dicho concepto, recurre al Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura, que en su artículo 4° señala: “*A los efectos del presente Protocolo, por privación de libertad se entiende cualquier forma de detención o encarcelamiento o de custodia de una persona en una institución pública o privada de la cual no puede salir libremente, por orden de una autoridad judicial o administrativa, o de otra autoridad pública*”.

Asimismo, señala que del Derecho Internacional de los Derechos Humanos y de la revisión de sistemas comparados, es posible establecer que los elementos medulares de la privación de libertad, residen en que la persona se encuentra: i) Privada de su libertad ambulatoria, ii) Bajo la sujeción de un órgano público o que cumple funciones públicas y iii) Producto de una decisión heterónoma emanada de una autoridad judicial

---

<sup>87</sup> *Ibíd.* p. 1.

o administrativa.

Sin embargo, en los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas de la Organización de los Estados Americanos, se establece una definición más amplia y acabada de privación de libertad, al señalar que consiste en “*Cualquier forma de detención, encarcelamiento, institucionalización, o custodia de una persona, por razones de asistencia humanitaria, tratamiento, tutela, protección, o por delitos e infracciones a la ley, ordenada por o bajo el control de facto de una autoridad judicial o administrativa o cualquier otra autoridad, ya sea en una institución pública o privada, en la cual no pueda disponer de su libertad ambulatoria. Se entiende entre esta categoría de personas, **no sólo a las personas privadas de libertad por delitos o por infracciones e incumplimientos a la ley, ya sean éstas procesadas o condenadas, sino también a las personas que están bajo la custodia y la responsabilidad de ciertas instituciones, tales como: hospitales psiquiátricos y otros establecimientos para personas con discapacidades físicas, mentales o sensoriales; instituciones para niños, niñas y adultos mayores; centros para migrantes, refugiados, solicitantes de asilo o refugio, apátridas e indocumentados; y cualquier otra institución similar destinada a la privación de libertad de personas**”.*

Las muertes ocurridas bajo custodia del Estado, comenzaron a ser objeto de análisis a raíz de las situaciones ocurridas en cárceles y recintos penitenciarios, ya que se entiende, es en estos lugares donde se alcanza el más alto riesgo de encontrarse ante prácticas de tortura, trato denigrante, golpizas e incluso la muerte de las personas recluidas. Por ello, el proceso de privación de libertad cuenta con una serie de garantías y mecanismos de protección contemplados en los principales tratados internacionales de derechos humanos, cuyo objetivo es resguardar el derecho a la vida y la integridad física y psíquica de los presos o detenidos<sup>88</sup>.

Sin embargo, si se consideran las características de la privación de libertad señaladas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en la sentencia de 02 de septiembre de 2004 "Instituto de Reeducción del Menor Vs. Paraguay", podemos

<sup>88</sup> CASTRO, A., CILLERO, M. y MERA, J. (2010). Op. Cit. p. 29.

observar que hay otros grupos de personas que ven limitada su libertad ambulatoria y se encuentran bajo el control del Estado, además de los presos o reclusos. Así, dicha sentencia plantea como características de la privación de libertad, que las autoridades penitenciarias ejercen un fuerte control o dominio sobre las personas que se encuentran sujetas a su custodia y que existe una particular intensidad con que el Estado puede regular sus derechos y obligaciones, por las circunstancias propias del encierro, en donde al recluso se le impide satisfacer por cuenta propia una serie de necesidades básicas que son esenciales para el desarrollo de una vida digna.

En este sentido, Erving Goffman se refiere a las instituciones de encierro como “instituciones totales”, que define como *“un lugar de residencia, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente. Las cárceles sirven como ejemplo notorio, pero ha de advertirte que el mismo carácter intrínseco de prisión tienen otras instituciones, cuyos miembros no han quebrantado ninguna ley”*<sup>89</sup>.

Como se ha señalado y siguiendo la definición de privación de libertad de los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad de la OEA, podemos decir que los adultos mayores residentes en hogares de ancianos o ELEAM, se encuentran privados de libertad, esto, ya que se encuentran institucionalizados por razones de tratamiento, tutela o protección, bajo el cuidado y custodia de una institución pública o que cumple fines públicos, en la cual no pueden disponer de su libertad ambulatoria y que ejerce un intenso control sobre la vida del adulto mayor, quien difícilmente ha consentido en forma libre y espontánea en su ingreso.

De esta forma, si se consideran los elementos medulares de la privación de libertad que señala el Protocolo ante muertes bajo custodia, esto es i) Privación de libertad ambulatoria, ii) Sujeción a un órgano público o que cumple funciones públicas y iii) Producto de una decisión heterónoma emanada de una autoridad judicial o administrativa, se puede plantear que los adultos mayores residencializados cumplen

---

<sup>89</sup> GOFFMAN, E. (1961). “Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales. Argentina: Amorrortu Editores. p. 13.

con los tres supuestos.

En primer lugar, se debe considerar que los adultos mayores no pueden salir de forma libre de las residencias, ya que en caso de presentar una condición de dependencia funcional o cognitiva, necesitan la asistencia de otra persona para desplazarse y en caso de ser autovalentes, igualmente necesitan la autorización de la residencia y cumplir con ciertos horarios y formas determinadas, lo que en definitiva coarta su libertad ambulatoria. En segundo lugar, se encuentran bajo la sujeción de un órgano público o que cumple funciones públicas, ya que las residencias vienen a asistir a personas mayores que no pueden satisfacer por si mismas sus necesidades básicas, siendo el Estado el llamado a garantizarlas, sea en forma directa o a través de prestadores privados. Por último, si bien no todos los ingresos a estos hogares se realizan en virtud de una resolución judicial o administrativa, la gran mayoría deriva de una decisión igualmente heterónoma.

Si pensamos en la voluntad de los adultos mayores, resulta difícil imaginar que en forma absolutamente libre y autónoma decidan dejar la vida en sus hogares, para internarse en una residencia.

Por una parte, quienes mantienen sus capacidades volitivas e ingresan a un hogar de ancianos, usualmente lo hacen por presiones *directas* de familiares que gestionan su ingreso o bien por circunstancias que los presionan de forma *indirecta*, como la soledad, el desamparo, la sensación de representar una molestia para los demás o la falta de recursos que les permitan satisfacer sus requerimientos médicos y asistenciales<sup>90</sup>. En ambos casos, su voluntad no es absolutamente libre, si no que se encuentra presionada por factores que no pueden manejar, los sobrepasan y no les dejan más opción que ingresar a una residencia. En estos casos, si bien formalmente se dirá que ingresaron bajo su consentimiento, no es menos cierto que su capacidad de decisión y libertad de elegir, se ven drásticamente mermadas.

Por otro lado, quienes ya no pueden prestar su consentimiento, por algún tipo de incapacidad física o mental, requieren una autorización judicial que declare su

<sup>90</sup> ABUSLEME, M.T. y CABALLERO, M. (Editores) (2014). Op. Cit. p. 77.

interdicción y la autorización de su representante legal, caso en el cual ya no se podría hablar de ingreso voluntario. Ordenamientos como el Español, señalan que la internación forzosa en caso de enfermedad o deficiencia física, requiere autorización judicial y más aún, que el internamiento forzoso autorizado no es un medio de protección social, sino una privación de libertad autorizada o bien convalidada judicialmente con el objeto de aplicar una terapia psiquiátrica sobre una persona afectada por un trastorno psíquico, cuando ésta carece de capacidad para decidir su conveniencia y exista grave riesgo para su salud. Ello explica la ilegalidad de la internación de ancianos en centros geriátricos a instancias de sus familiares cuando aquellos mantienen sus facultades intelectivas y volitivas y se oponen a dicho ingreso, razón por la cual estos familiares y los responsables de dichos centros, pueden llegar a cometer el delito de detención ilegal<sup>91</sup>.

Incluso, salvando la discusión del ingreso voluntario o forzoso, la Ley 21.154 publicada en el Diario Oficial el día 25 de abril de 2019 y que designa al Instituto Nacional de Derechos Humanos como el Mecanismo Nacional de Prevención Contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes, define lugar de privación de libertad como: *“todo lugar, inmueble o mueble, incluidos los medios de transporte, administrados o dirigidos por el Estado o por particulares que cumplan una función pública, en que se encuentren o pudieren encontrarse personas privadas de libertad, sea por orden de autoridad pública o a instigación suya o con su consentimiento expreso o tácito, como resultado de una orden de arresto, detención, en tránsito, prisión preventiva, cumplimiento de penas privativas de libertad, internación voluntaria o forzosa, sea administrativa o judicial, como medida de protección, custodia o cualquier otra medida que impida su libre desplazamiento físico o que no se le permita abandonar libremente”*.

Finalmente, el Protocolo de Minnesota cuando se refiere a las muertes que se producen mientras la persona estaba detenida y se encontraba bajo la custodia del Estado, sus órganos o agentes, incluye expresamente a los hospitales psiquiátricos, las instituciones para niños y ancianos y los centros para migrantes, apátridas o

<sup>91</sup> CHIMENO CANO (2005). En: LATHROP, F. (2009b). Op. Cit. p. 104.

refugiados<sup>92</sup>.

## 9. **Ámbito de aplicación**

El Protocolo ante muertes bajo custodia del Estado, señala que se aplicará en instituciones que por sus funciones, “*mantienen a niños, niñas, adolescentes, mujeres, hombres y/o adultos/as mayores bajo su control, custodia o cuidado*”, en el caso de fallecer alguna de estas personas y a partir del momento en que haya sido suscrito por todas las autoridades de cada institución.

Asimismo, agrega que las obligaciones emanadas del protocolo se extienden al caso en que las personas custodiadas por estas instituciones, fallezcan en un establecimiento de salud, caso en el cual el director del establecimiento tendrá la obligación de denuncia.

Las instituciones respecto a las cuales se aplicará el Protocolo ante muertes bajo custodia del Estado, son: i) Servicio Nacional de Menores, ii) Gendarmería, iii) Servicios de hospitalización psiquiátrica, iv) Carabineros de Chile, v) Policía de Investigaciones de Chile y vi) Servicio Nacional del Adulto Mayor.

Atendido que el presente trabajo trata sobre la aplicación del Protocolo ante muertes bajo custodia en las residencias de adultos mayores, es importante precisar que en estas instancias, será aplicable a “*toda persona que voluntariamente o por indicación de Tribunales, resida de manera permanente en un Establecimiento de Larga Estadía del Adulto Mayor de SENAMA o en un Hogar de CONAPRAN*”.

Se debe destacar que ante el fallecimiento de adultos mayores residencializados en estos organismos, se hace una excepción a la obligación de denuncia a las policías, en cuanto solo se exige que las muertes sean informadas a la Fiscalía Nacional a fin de llevar un registro de la mismas y no que sean denunciadas a las policías en la

<sup>92</sup> Protocolo de Minnesota sobre la Investigación de Muertes Potencialmente Ilícitas (2016). Op. Cit. p. 1.



totalidad de los casos, debiendo investigarse solo los fallecimientos que resulten sospechosos y/o cuya causa no se encuentre certificada por un médico. El análisis de las residencias a las cuales se dirige este Protocolo, así como la pertinencia de la excepción señalada, se abordarán en el Capítulo III.

Las personas mayores residencializadas se encuentran limitadas o privadas de su libertad ambulatoria y al encontrarse bajo la custodia de una institución que ejerce un intenso control en su vida diaria, ven también limitada su autonomía, autorrealización y privacidad, entre otros derechos. Todo ello los sitúa en una condición de *vulnerabilidad* que exige del Estado una especial protección y garantía de sus derechos fundamentales.

El Estado, en respuesta al deber de protección a las personas mayores, ha dirigido su actuar en dos líneas. Por un lado, generando políticas orientadas a mantener sus capacidades y su autonomía, y por otro, mejorando la oferta relacionada con los cuidados a largo plazo que estas personas requieren. Es importante considerar que a través del primer aspecto, esto es reforzando la independencia y la autonomía del adulto mayor, se previene en gran medida que surja en ellos la necesidad de cuidados a largo plazo en residencias.

De esta forma, teniendo presente las características propias de los adultos mayores y la situación de vulnerabilidad que afecta a una gran mayoría de ellos, especialmente al encontrarse residencializados y, habiéndose revisado el Protocolo ante muertes bajo custodia, se hace necesario ponderar si el señalado protocolo se ajusta a los estándares del Derecho Internacional de los Derechos Humanos y si la institucionalidad de nuestro país resguarda los derechos de las personas mayores, especialmente su derecho a un trato digno y a no ser privados arbitrariamente de la vida cuando es el Estado quien ejerce su custodia.



## **CAPÍTULO III: INSTITUCIONALIDAD Y APLICACIÓN DEL PROTOCOLO ANTE MUERTES BAJO CUSTODIA DEL ESTADO EN RESIDENCIAS DE ADULTOS MAYORES**

### **1. Aspectos generales**

La preocupación del Estado y de la sociedad en general por la situación de las personas mayores, ha progresado a través del tiempo, lo que se explica en parte, en el cambio demográfico descrito en el primer capítulo de este trabajo. Puede identificarse una primera etapa en la protección de esta población, entre 1970 y 1980, denominada “organización del voluntariado”, pues no existían intervenciones en el campo de las políticas públicas y todas las acciones eran ejecutadas por privados, especialmente iglesias y organizaciones benéficas<sup>93</sup>.

Tradicionalmente la protección de los adultos mayores era abordada desde una mirada general y asistencialista, incluyéndose en políticas para diversos grupos en situación de indigencia y pobreza. Desde finales del siglo XX, los gobiernos del país han enfocado su quehacer en políticas más específicas para cada grupo en situación de vulnerabilidad, a través de organismos especializados. Asimismo, se ha buscado transitar desde un enfoque asistencialista, hacia un enfoque de derechos, que plantea el tratar a las personas mayores como sujetos titulares de derechos y no como simples receptores pasivos de caridad.

Entre los organismos especialmente dedicados a resguardar los derechos de los mayores destaca en 1995 la Comisión Nacional para el Adulto Mayor, órgano que antecedió al actual Servicio Nacional del Adulto Mayor.

---

<sup>93</sup> Universidad Academia de Humanismo Cristiano. (2007). Informe Diagnóstico de la Situación de los Adultos Mayores Residentes en Establecimientos de Larga Estadía en Regiones (Departamento de Estudios. Escuela de Sociología). p.6. [en línea] <[http://catastroeleam.senama.cl/docs/Diagnostico\\_de\\_la\\_Situacion\\_de\\_los\\_AM\\_residentes\\_en\\_ELEAM\\_en\\_regiones\\_Informe\\_Final.pdf](http://catastroeleam.senama.cl/docs/Diagnostico_de_la_Situacion_de_los_AM_residentes_en_ELEAM_en_regiones_Informe_Final.pdf)> [consulta: 30 de julio de 2019].

SENAMA comenzó a funcionar en enero de 2003, como un servicio público, funcionalmente descentralizado, con personalidad jurídica, patrimonio propio y dependiente del Ministerio Secretaría General de la Presidencia<sup>94</sup>. Dentro de sus objetivos establecidos en la ley, se contempla el velar por la plena integración del adulto mayor en la sociedad, protegerlo del abandono y la indigencia, defender los derechos que la Constitución y las leyes le reconocen y promover la no discriminación y marginación de los adultos mayores.

Un sistema de protección fundado en derechos, implica ocuparse de satisfacer en forma integral las necesidades básicas el sujeto de protección, por ello, asegurar a las personas mayores un nivel de vida adecuado, significa dar respuesta a sus necesidades de salud, alimentación, vivienda, condiciones sanitarias adecuadas, seguridad económica y cuidados a largo plazo<sup>95</sup>, aspectos que no pueden ser abordados en su totalidad por SENAMA, requiriendo para ello una coordinación a nivel estatal.

Considerando lo anterior, en el año 2011 SENAMA dejó de pertenecer al Ministerio Secretaría General de la Presidencia y se adscribió al Ministerio de Desarrollo Social, cartera que ejerce como ente coordinador de todas las políticas sociales en el país, facilitando la articulación intersectorial de SENAMA con otros organismos como SENADIS y el Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS)<sup>96</sup>.

Entre las líneas de acción de SENAMA, destaca la aplicación de la “Política Integral de Envejecimiento Positivo 2012-2025”, que busca proteger la salud funcional y mejorar la integración social de las personas mayores, mediante tres aspectos: envejecimiento saludable, activo y positivo. Esto se tradujo entre otras acciones, en ampliar de la cobertura del Examen Médico Preventivo (EMPAM), la instalación de centros diurnos con un enfoque de prevención sociosanitaria, la implementación gradual de cuidados domiciliarios y la entrega de una subvención per cápita para

<sup>94</sup> HUENCHUAN, S. (Editora) (2016). Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe. CEPAL. Naciones Unidas, Santiago de Chile. p.152

<sup>95</sup> Organización Mundial de la Salud. (2015). Op. Cit. p. 173.

<sup>96</sup> HUENCHUAN, S. (Editora) (2016). Op. Cit. p. 154.

personas mayores institucionalizadas en establecimientos de larga estadía<sup>97</sup>. Respecto a estos establecimientos, SENAMA participa por un lado, otorgando asistencia técnica y supervisión a residencias de carácter privado y por otro, financiando un número limitado de residencias que son operadas por municipalidades o personas jurídicas sin fines de lucro.

## 2. Establecimientos de Larga Estadía para el Adulto Mayor

En un inicio las fundaciones y corporaciones, especialmente aquellas ligadas a instituciones religiosas, sirvieron como marco institucional en el cuál operaron los llamados “hogares de ancianos”, que se abocaban principalmente a atender situaciones de indigencia y abandono.

El modelo asilar tradicional y la provisión de servicios básicos de subsistencia, se encontraba muy emparentado con el *asistencialismo* imperante hasta la década de los 90, período en el cual la pobreza se encontraba en el centro de las políticas públicas<sup>98</sup>. Una vez superada la pobreza extrema y evidenciándose un incremento en la complejidad de las necesidades de salud de una población envejecida, los ELEAM comenzaron a tomar un cariz cada vez más sanitario, permitiendo la institucionalización de personas con enfermedades crónicas y en situación de discapacidad o dependencia<sup>99</sup>.

El funcionamiento de las residencias de adultos mayores se comenzó a reglamentar en 1983, mediante decretos emanados del Ministerio de Salud, cartera que hasta el día de hoy cumple funciones de fiscalización, autorización de funcionamiento y registro de dichas instituciones.

Una definición actual que encontramos en la doctrina respecto a los ELEAM, es la planteada por María Isolina Dabove, quien los define como “*Estructuras de acogida*

<sup>97</sup> HUENCHUAN, S. (Editora) (2016). Op. Cit. p.174.

<sup>98</sup> SENAMA (2017). Op. Cit. presentación.

<sup>99</sup> *Ibíd.*

*gracias a las cuales las personas de edad avanzada pueden abandonar su domicilio de manera provisional o definitiva para ingresar a instituciones colectivas o semicolectivas*<sup>100</sup>.

Por su parte, el Reglamento de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores, contenido en el Decreto 14 del año 2010 del Ministerio de Salud, define estos establecimientos en su artículo 2 como *“aquel en que residen personas de 60 años o más que, por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados que allí reciben. Dichos cuidados tienen por objeto la prevención y mantención de su salud, la mantención y estimulación de su funcionalidad y el reforzamiento de sus capacidades remanentes.”* Agrega, que para funcionar en esa calidad, los establecimientos requieren autorización por parte de la Secretaría Regional Ministerial de Salud competente del lugar en que se encuentran ubicados.

Los ELEAM pueden tener un carácter público, privado o mixto, dependiendo el origen del patrimonio utilizado para su funcionamiento.

En nuestro país no existe un registro de la totalidad de recintos que cumplen estas funciones, ya que si bien el actual reglamento para los ELEAM exige la autorización de la Seremi de Salud respectiva para su funcionamiento, nada impide que existan residencias sin dicha autorización.

Según un informe elaborado por SENAMA el año 2013<sup>101</sup>, en ese entonces existía un total de 726 ELEAM autorizados en el país, de los cuales un 65,8% pertenecía a instituciones privadas, un 31,5% a fundaciones religiosas o de caridad sin fines de lucro y solo un 2,6% a corporaciones de derecho público.

<sup>100</sup> DABOVE, M. (2005): Los derechos de los ancianos. En: LATHROP, F. (2009b). p. 93.

<sup>101</sup> CCI Ingeniería Económica. (2013). Informe final “Estudio de actualización del catastro de establecimientos de larga estadía (ELEAM) SENAMA de las regiones de Tarapacá, Antofagasta, Atacama, Coquimbo, Valparaíso, Libertador General Bernardo O’higgins, Maule, Biobío, Araucanía, Los Lagos, Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo, Magallanes y Antártica Chilena, Los Ríos, Arica y Parinacota y Región Metropolitana” 14 de enero 2013. Santiago, Chile. p. 91.

De acuerdo a datos aportados por el Ministerio de Salud<sup>102</sup>, “a marzo de 2018 existían 903 establecimientos autorizados a nivel país”, de los cuales solo 14 son administrados por SENAMA. En la región Metropolitana, la SEREMI de Salud registra que a diciembre de 2018 existía un total de 459 establecimientos<sup>103</sup>, siendo solo dos de ellos de financiamiento estatal.

El Protocolo de muertes bajo custodia de Estado solo está dirigido a los ELEAM de SENAMA y a los Hogares de CONAPRAN. A continuación se analizarán las principales características de estas instituciones, así como su funcionamiento, reglamentación y aplicación del Protocolo ante muertes bajo custodia.

## **2.1 Establecimientos de Larga Estadía para el Adulto Mayor de SENAMA**

Actualmente SENAMA financia catorce ELEAM, los cuales son operados por municipalidades o personas jurídicas sin fines de lucro, previa licitación pública. De estas residencias, tres se ubican en la región del Maule, tres en la Araucanía, dos en la región Metropolitana, dos en la región del Biobío y una respectivamente en las regiones de Arica y Parinacota, Antofagasta, Los Lagos y Magallanes, ofreciendo en total cupo para 728 adultos mayores.

Dicha capacidad se hace del todo insuficiente, ya que las listas de espera para el ingreso de adultos mayores superan ampliamente las vacantes. Según información solicitada por el diario El Mercurio a SENAMA,<sup>104</sup> en el año 2016 habían 409 personas aguardando por un cupo, cifra que asciende a 610 en el año 2018.

<sup>102</sup> Instituto Nacional de Derechos Humanos. (2018). Op. Cit. p. 180.

<sup>103</sup> SEREMI Región Metropolitana Ministerio de Salud. Establecimientos de Larga Estadía del Adulto Mayor R.M. (hasta el 31 diciembre 2018) [en línea] <[http://seremi13.redsalud.gob.cl/?page\\_id=986](http://seremi13.redsalud.gob.cl/?page_id=986)> [consulta: 01 de agosto de 2019].

<sup>104</sup> Equipo Multimedia, Emol (15 de junio de 2018) Ancianos vulnerables en lista de espera superan la capacidad de los hogares estatales en Chile. *Emol*. [en línea] <<https://www.emol.com/noticias/Nacional/2018/06/15/909875/El-colapso-de-los-hogares-publicos-del-Senama.htm>> [consulta: 01 de agosto de 2019].

Respecto a los residentes de estas instituciones, SENAMA señala que se trata de personas mayores con dependencia moderada y severa, con alta vulnerabilidad social y sin redes de apoyo efectivas. El promedio de edad de ingreso de los residentes es de 78 años y deben ubicarse en el 60% más vulnerable de la población de acuerdo al Registro Social de Hogares<sup>105</sup>.

En un estudio realizado por SENAMA en el año 2017 a los centros financiados por el Estado, se indica que el 48% de los residentes corresponde a mujeres y el 52% a hombres<sup>106</sup>.

El mismo estudio señala que un tercio de los adultos mayores ingresados en estos hogares nunca asistió a la escuela, mientras que el 49% solo alcanzó la educación básica. Esto demuestra una directa relación entre bajos niveles de educación formal y dependencia.

Respecto a los niveles de discapacidad en los residentes, solo un 13,3% no presenta discapacidad, el 44,3% se encuentran en situación de discapacidad leve a moderada y el restante 42,4% presenta discapacidad severa. Asimismo, del total de residentes en situación de discapacidad, un 82,4% presenta daño cognitivo.

En cuanto a los niveles de dependencia, el referido estudio indica que el 71,8% de los residentes presenta dependencia severa, el 18,3% dependencia moderada y un 4,7% dependencia leve.

## **2.2 Hogares del Consejo Nacional de Protección a la Ancianidad**

CONAPRAN es una corporación de derecho privado, sin fines de lucro, constituida en

---

<sup>105</sup> SENAMA. Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores. [en línea] <<http://www.senama.gob.cl/establecimientos-de-larga-estadia-para-adultos-mayores-eleam>> [consulta: 01 de agosto de 2019].

<sup>106</sup> SENAMA (2017). Op. Cit. p. 32.



septiembre de 1974. Fue uno de los primeros organismos que surgieron para proteger a los adultos mayores y resguardar sus derechos<sup>107</sup>. Actualmente cuenta con 13 hogares a lo largo de país y al año 2017 atendía a 469 residentes en sus centros, quienes para ingresar, deben recibir ingresos hasta el tercer quintil, presentar algún grado de dependencia y no contar con redes familiares<sup>108</sup>. La postulación para ingresar a estas residencias se realiza a través de SENAMA<sup>109</sup>.

Los hogares de CONAPRAN también son establecimientos de larga estadía, pero al ser de derecho privado, en principio no funcionan con recursos públicos, sin perjuicio de los convenios de transferencia de recursos que mantiene con SENAMA para la realización de determinados programas.

No existen mayores antecedentes respecto su regulación interna, sin perjuicio de que para contar con autorización de funcionamiento, deben cumplir con los requisitos que señala el Reglamento de los ELEAM. Asimismo, para celebrar convenios con SENAMA debe estar inscrito en el “Registro de Prestadores de Servicios Remunerados o no a Adultos Mayores”, por lo cual será fiscalizado por SENAMA y la SEREMI respectiva.

Estas características podrían justificar que pese a ser una corporación de derecho privado, sus centros están considerados en la aplicación del Protocolo de muertes bajo custodia del Estado.

En septiembre de 2017 CONAPRAN anunció que acogió tres protocolos de los 31 que se encuentran presentes en los Estándares de calidad para Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores establecidos por SENAMA en octubre de 2016, estos tres protocolos implementados por CONAPRAN son los referidos a Salidas fuera de la

---

<sup>107</sup> CONAPRAN. Historia. [en línea] <<https://www.conapran.cl/historia/>> [consulta: 01 de agosto de 2019].

<sup>108</sup> SENAMA. “Programas del Servicio Nacional del Adulto Mayor”, Ministerio de Desarrollo Social. [en línea]<<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=100959&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>> [consulta: 01 de agosto de 2019].

<sup>109</sup> Clase Media Protegida. Gobierno de Chile. Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM). [en línea] <[https://clasemediaprotegida.gob.cl/fichas/establecimientos\\_de\\_larga\\_estadia\\_para\\_adultos\\_mayores\\_eleam](https://clasemediaprotegida.gob.cl/fichas/establecimientos_de_larga_estadia_para_adultos_mayores_eleam)> [consulta: 01 de agosto de 2019].

residencia, Visitas y Ambientes Facilitadores.

### 3. Reglamentación

Los ELEM se rigen por varios decretos que además de regular su funcionamiento, establecen la forma y las condiciones en que SENAMA asigna los recursos a las entidades operadoras:

- a) Decreto supremo N°62 de 1984 del Ministerio de Vivienda y Urbanismo, que reglamenta el sistema de postulación, asignación y venta de viviendas destinadas a atender situaciones de marginalidad habitacional.
- b) Decreto supremo N°93 de 2003 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que aprueba el Reglamento del registro de prestadores de servicios remunerados o no a adultos mayores.
- c) Decreto supremo N°14 de 2010 del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento de establecimientos de larga estadía para adultos mayores.
- d) Decreto supremo N°49 de 2011 del Ministerio de Planificación, que establece el Reglamento que regula el Programa de viviendas protegidas para adultos mayores<sup>110</sup>.

El primer reglamento que reguló la instalación y funcionamiento de los ELEM, fue el Decreto N°334 de 1983 denominado “*Reglamento sobre casas de reposo, asilos y otros establecimientos similares*” que establecía las características generales de las residencias, su funcionamiento, personal a cargo y la autorización para su instalación. Posteriormente, entró en vigencia el Decreto N°2601 de 1994, denominado “*Reglamento de establecimientos de larga estadía para adultos mayores*”, agregando al anterior mayor especificidad en la descripción de los recintos y sus funciones, y mayores requisitos para su instalación, asimismo, incorpora el deber de fiscalización,

<sup>110</sup> Instituto Nacional de Derechos Humanos. (2018). Op. Cit. p. 180.

señalando que corresponderá a los “Servicios de Salud”, fiscalizar el cumplimiento del reglamento. Once años más tarde se promulga el Decreto N° 134 del año 2005, que mantuvo el nombre del reglamento anterior y destaca al incorporar por primera vez una disposición relativa a la muerte de un adulto mayor, así, fijaba en su artículo 8 como función de la dirección técnica “*Definir procedimientos a seguir cuando fallezca un residente*”, además incorporó un título relativo a la fiscalización de los centros, estableciendo como ente fiscalizador a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud en sus respectivos territorios de competencia. Dicho decreto fue derogado, al igual que los anteriores, rigiendo actualmente el “*Reglamento de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores*”, contenido en el Decreto N°14 de 2010 del Ministerio de Salud, el cual sigue la línea de los anteriores, detallando su funcionamiento, instalaciones y forma de autorización y fiscalización. Pero además, mejora en parte lo señalado respecto al fallecimiento de un adulto mayor, indicando en su artículo 10, también como responsabilidad de la dirección técnica “*Establecer y hacer cumplir un procedimiento a seguir ante el fallecimiento de residentes.*” Este último reglamento incorpora por primera vez menciones relativas a los derechos fundamentales de los residentes, como en su artículo 27 que señala: “*Los establecimientos regidos por este reglamento deberán contar con un reglamento interno en que se regule la convivencia en su interior y se salvaguarde el respeto irrestricto de los derechos y del ejercicio de la autonomía de los residentes*”. Asimismo, en el inciso final del mismo artículo indica: “*Con todo, ni el contrato ni el reglamento en caso alguno podrán contener disposiciones que atenten contra los derechos fundamentales del residente*”.

Otra normativa referida a los ELEAM, es la Ley 19.828 que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor. Dicha ley señala en su artículo 3 que a dicho Servicio le corresponderá: “*f) Prestar asistencia técnica y supervisar a organismos privados con o sin fines de lucro que brinden acogida y atención integral al adulto mayor que facilite su inserción a la sociedad. g) Desarrollar y mantener un sistema voluntario de información de carácter público relativo a los servicios que se presten al adulto mayor.*”

*“Para cumplir con lo dispuesto en el inciso anterior y para los demás efectos de esta ley, se establecerá un registro de personas naturales y jurídicas que presten servicios remunerados y no remunerados a adultos mayores. El respectivo reglamento regulará la forma en que se confeccionará este registro.*

*En ningún caso la información contenida en el registro y difundida por el Servicio comprometerá la responsabilidad de éste.”*

Como se puede observar, se entrega a la potestad reglamentaria la regulación de dicho registro, lo cual se materializa mediante el Decreto N°93 de 2003 del Ministerio de Secretaría General de la Presidencia, denominado “Reglamento de Registro de Prestadores de Servicios Remunerados o no a Adultos Mayores”. De acuerdo con el artículo 3° de esta norma, SENAMA deberá realizar supervisiones periódicas, a lo menos una vez cada dos años, a los prestadores de servicios remunerados o no remunerados correspondientes a la categoría de atención directa al adulto mayor, inscritos en el registro. Sin embargo, como vimos, se trata de un registro de carácter *voluntario* y cuya publicidad por parte del Servicio no importa responsabilidad de ninguna clase para éste<sup>111</sup>, lo cual resta todo tipo de eficacia a las facultades fiscalizadoras de SENAMA.

Después de los hechos ocurridos en el Hogar Cordillera, en octubre del año 2016 SENAMA incorporó 31 Protocolos sobre Estándares de Calidad para ELEAM estatales, de ellos, 13 hacen referencia al funcionamiento de la residencia, 12 a la atención a los residentes y 5 a cuidados complejos<sup>112</sup>.

Dentro de estos protocolos, por primera vez se incluye uno para el caso de fallecimiento de un residente. Dicho protocolo, si bien indica actuaciones que podrían favorecer la investigación de las muertes, como el deber de mantener actualizada la carpeta de salud del adulto mayor o el resguardo de todos sus antecedentes hasta seis meses después del fallecimiento, no da mayores instrucciones que faciliten labor

<sup>111</sup> Proyecto que Modifica la Ley N°19.828, que Crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor, y regula el funcionamiento y fiscalización de los establecimientos de larga estadía de adultos mayores. Cámara de Diputados Boletín N°10543-18.

<sup>112</sup> SENAMA. “Programas del Servicio Nacional del Adulto Mayor”, Ministerio de Desarrollo Social. Op. Cit.

de la Fiscalía, como el resguardo del sitio del suceso o el deber de denuncia ante muertes que ameriten investigación.

Las demás materias que trata el protocolo sobre fallecimiento de SENAMA, hacen referencia a las labores de aseo terminal, información y coordinación con profesionales de la salud y familiares y trámites funerarios.

Pese al desarrollo normativo para regular el funcionamiento de los ELEM, existe un importante número de estos que funcionan sin las autorizaciones sanitarias pertinentes, lo que dificulta en gran medida su fiscalización. Asimismo, incluso considerando solo las residencias privadas autorizadas y aquellas de carácter estatal, no existen procedimientos detallados que permitan un control e investigación eficaces de las muertes y vulneraciones ocurridas en su interior.

Un ejemplo de este déficit se observa en los datos aportados por la SEREMI de Salud de la Región Metropolitana, según la cual en el año 2017 se fiscalizaron 172 residencias, abriendo 168 sumarios sanitarios, lo que significó un 97,6% de incumplimiento. Además, se efectuaron 41 prohibiciones de funcionamiento, medida que se adopta cuando existe riesgo inminente para la salud de los residentes. La misma SEREMI indica que en 2018 se fiscalizaron 123 ELEM, con 82 sumarios sanitarios cursados<sup>113</sup>, acción que no tiene mayor incidencia si consideramos que conforme a datos entregados por dicha secretaría ministerial, a diciembre de 2018 en la región Metropolitana, existía un total de 459 establecimientos autorizados.

Los ELEM debieran estar sujetos a fiscalizaciones periódicas a cargo de un equipo de inspección especializado. A ello se han encaminado iniciativas legislativas aisladas, como un proyecto de ley presentado al Parlamento en el año 2004 que buscaba adecuar la Ley 19.828, que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor,

---

<sup>113</sup> SEREMI Región Metropolitana Ministerio de Salud. (10 de mayo de 2018) "Un 97,6% de las fiscalizaciones a hogares de ancianos en la RM terminó con Sumario Sanitario" [en línea] <<http://seremi13.redsalud.gob.cl/?p=6769>> [consulta: 01 de agosto de 2019].

confiriéndole atribuciones para que el registro voluntario de las residencias, fuera obligatorio, sin embargo no prosperó<sup>114</sup>.

### **3.1 Regulación internaciones forzosas**

Considerar que la permanencia de personas mayores en instituciones como los ELAM constituye una privación de su libertad ambulatoria, se vuelve un hecho en el caso de adultos mayores afectados por demencia u otro trastorno mental.

Según la Organización Mundial de la Salud, la demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en todo el mundo<sup>115</sup> y su prevalencia aumenta con la edad.

Como se analizó, cuando estas personas ya no pueden manifestar su voluntad o esta carece de validez, se requiere una resolución judicial o administrativa que autorice su internación, atendido que esto constituye una excepción al libre consentimiento de las personas en su atención de salud y una privación a la libertad personal y a la seguridad individual, derecho consagrado en el artículo 19 N°7 de nuestra Constitución. Por ello, los establecimientos de salud públicos y privados, deben velar por que se cumplan los requisitos legales establecidos para ello, a fin de no incurrir en la detención ilegal del enfermo y resguardar sus derechos.

Teniendo presente la situación de discapacidad en que se encuentran las personas afectadas por una enfermedad mental, se debe considerar que la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, adoptada por las Naciones Unidas en el año 2006 y promulgada en Chile el año 2008, en su artículo 14 establece que los Estados partes asegurarán que las personas con discapacidad no se vean privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente y que cualquier privación de

<sup>114</sup>LATHROP, F. (2009b). Op. Cit. p.105.

<sup>115</sup>Organización Mundial de la Salud (14 de mayo de 2019) "Demencia" [en línea] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>> [consulta: 01 de agosto de 2019].

libertad se realice de conformidad con la ley. Asimismo, señala que la existencia de una discapacidad no justificará en ningún caso una privación de la libertad.

De esta forma, a fin de resguardar la libertad personal y a la seguridad individual de la persona enferma y no llevar a cabo en una detención ilegal, la internación forzosa debe ceñirse a los requisitos taxativos señalados en la ley, dependiendo de cada caso.

El Código Sanitario en su libro VII establece que la internación de personas afectadas por una enfermedad mental o dependientes de sustancias, podrá ser voluntaria, administrativa, judicial o de urgencia. Asimismo, delega en la potestad reglamentaria determinar las condiciones a cumplir en cada tipo de internación.

Así, mediante el Decreto N° 570 de 1998, del Ministerio de Salud, se establece el “Reglamento para la internación de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan”. El artículo 10 de dicho instrumento indica que atendiendo al grado de aceptación de la internación, esta podrá ser voluntaria o no voluntaria, siendo en este último caso, de carácter administrativo, de urgencia o judicial.

#### **a) Internación de urgencia y administrativa:**

Actualmente se regula mediante la Circular A-15 N°1 del Ministerio de Salud, de fecha 25 de enero de 2019, que instruye sobre la hospitalización involuntaria administrativa de personas afectadas por enfermedades mentales. Conforme a dicha norma, estas internaciones se producen cuando la persona afectada por enfermedad mental vive una situación de crisis que genera riesgo inmediato para sí misma o terceros y no acepta voluntariamente su hospitalización.

Para proceder en estos casos, se deberán cumplir siempre con las condiciones señaladas en el artículo 25 de la ley 20.584 que “Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud”, esto es:

1. Certificación de un médico cirujano que indique fundadamente la necesidad de proceder al ingreso de una persona para llevar a cabo la evaluación de su estado de salud mental.
2. Que el estado de la misma comporte un riesgo real e inminente de daño a sí mismo o a terceros.
3. Que la hospitalización tenga exclusivamente una finalidad terapéutica.
4. Que no exista otro medio menos restrictivo de suministrar los cuidados apropiados.
5. Que el parecer de la persona atendida haya sido tenido en consideración. De no ser posible esto último, se tendrá en cuenta la opinión de su representante legal o, en su defecto, de su apoderado a efectos del tratamiento y, en ausencia de ambos, de la persona más vinculada a él por razón familiar o de hecho.

A fin de determinar el primer requisito, se establece que existirá “*riesgo real e inminente de daño a sí mismo o a terceros*” cuando la condición psíquica y conductual derivada de una enfermedad mental diagnosticada o probable, genere la inminencia del riesgo, exista un grado de certeza razonable de ello y pueda provocar un daño que amenace la vida o la integridad física de la persona o de terceros.

Toda hospitalización involuntaria deberá ser comunicada a la Secretaría Regional Ministerial de Salud y a la Comisión Regional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedad Mental.

- i. Hospitalización involuntaria de urgencia: Será indicada por un médico preferentemente especializado en psiquiatría, debiendo dar aviso de esta situación a la Autoridad Sanitaria competente, esto es, la Seremi de Salud respectiva, en el plazo máximo de 24 horas. No podrá extenderse por más 72 horas, plazo tras el cual el médico tratante deberá dar de alta a la persona, ofrecer continuar su hospitalización en forma voluntaria o, si se mantienen los requisitos para continuar la hospitalización involuntaria, solicitar la



## Hospitalización Involuntaria Administrativa.

- i. Hospitalización involuntaria administrativa: Es aquella ordenada mediante resolución de la Seremi de Salud en los siguientes casos:
  1. A partir de una hospitalización psiquiátrica involuntaria de urgencia, cuando transcurridas las 72 horas el médico tratante solicite continuar la hospitalización involuntaria.
  2. A partir de una indicación médica, a solicitud de familiares o miembros de la comunidad, para hospitalizar a una persona mayor de edad y no sujeta a interdicción.
  3. Para mantener la hospitalización de una persona que habiendo ingresado voluntariamente solicita su alta en circunstancias que aun constituye un riesgo real e inminente para sí misma o los demás.

Durante el transcurso de la hospitalización involuntaria administrativa se debe evaluar regularmente si persisten todas las condiciones que la hicieron necesaria, debiendo cesar cuando dichas condiciones dejen de estar presentes.

### **b) Internación judicial:**

Es aquella dispuesta por resolución de un Tribunal de Justicia. Puede realizarse conforme al artículo 132 inciso final del Código Sanitario, que permite al juez internar a “*los enfermos mentales, los que dependen de drogas u otras sustancias y los alcohólicos*”, quienes solo podrán salir cuando lo decrete el Juez respectivo. O bien puede ordenarse en un procedimiento penal conforme lo establece el Código Procesal Penal en sus artículos 455 a 465, donde se contemplan dos situaciones:

- i. Aplicación de medidas de seguridad: Se establece que respecto al enajenado mental que hubiere cometido un delito y siempre que existan antecedentes calificados que permitan presumir que atentará contra sí mismo o contra otras

personas, solo procederá la aplicación de medidas de seguridad, como la internación en un establecimiento psiquiátrico o su custodia y tratamiento.

- ii. Internación provisoria: Durante el transcurso del procedimiento y a petición de alguno de los intervinientes, el tribunal podrá ordenar la internación provisional del imputado en un establecimiento asistencial, cuando concurrieren los requisitos señalados para la prisión preventiva y cuando el informe psiquiátrico practicado al imputado señale que éste sufre una grave alteración o insuficiencia en sus facultades mentales que hicieren temer que atentará contra sí o contra otras personas

#### **4. Aplicación Protocolo ante muertes bajo custodia del Estado en ELEAM**

Como se revisó en el Capítulo II del presente trabajo, el Protocolo ante muertes bajo custodia del Estado se aplicará a *“Toda persona que voluntariamente o por indicación de Tribunales resida de manera permanente en un Establecimiento de Larga Estadía del Adulto Mayor de SENAMA o en un Hogar del Consejo Nacional de Protección a la Ancianidad (CONAPRAN)”*.

El alcance del Protocolo en estudio limitado solo a residencias de estos dos organismos, puede explicarse en que la actual normativa no permite un registro de la totalidad de establecimientos que brindan servicios de larga estadía a los adultos mayores. Sin embargo, al menos debería ampliarse a las residencias que cuentan con la autorización de funcionamiento otorgada por la SEREMI de Salud respectiva, de lo contrario, se otorga una protección diferenciada y disminuida a quienes residen en establecimientos privados, constituyendo éstos la gran mayoría de las residencias del país.

La necesidad de fiscalización a todas las residencias de adultos mayores, sean de financiamiento público, privado o mixto, se funda en que dichos establecimientos brindan un servicio que beneficia a la sociedad en general y satisfacen necesidades

que constituyen derechos básicos para una parte importante de la población, es decir, cumplen un fin público, que debiera ser brindado o a lo menos supervisado por el Estado, “incluso cuando el capital que los crea provenga absolutamente de manos privadas”<sup>116</sup>.

Por otra parte, en la aplicación del Protocolo ante muertes bajo custodia del Estado a los ELEAM de SENAMA y Hogares de CONAPRAN, se establece una excepción a la obligación de denuncia a las policías en caso de muertes ocurridas en estas residencias, ya que si bien todas las muertes se deberán informar a la Fiscalía Nacional para efectos de registro, solo serán denunciadas a las Policías aquellas que resulten sospechosas y/o cuya causa no se encuentre certificada por un médico.

Como fundamento de esta excepción se señala que los adultos mayores usuarios de estos establecimientos no se encontrarían privados de su libertad y tendrían plena autonomía para salir de ellos en forma libre, ya sea autónomamente o con asistencia.

Sin embargo, como se analizó anteriormente, el concepto de privación de libertad abarca la situación de los adultos mayores residencializados, quienes si bien tienen permitido salir de los establecimientos, deben hacerlo bajo determinadas normas y cumpliendo el “Protocolo de Salidas fuera de la Residencia” contenido en los Estándares de Calidad para ELEAM, aprobado en octubre de 2016. En virtud de este protocolo, los adultos mayores podrán salir fuera de la residencia *“en tanto sus condiciones de salud lo permitan”* y *“adoptando los resguardos correspondientes en caso que presenten deterioro cognitivo, interdicción por demencia, dependencia funcional o cualquier tipo de limitante o restricción debido a una enfermedad o situación especial justificada por un médico, debiendo en estos casos, siempre ser asistido y acompañado por un tercero”*. De esta forma, si consideramos las estadísticas de dependencia en las personas mayores residentes en ELEAM de SENAMA al año 2017, encontramos que el 94,8% de los residentes presentaba algún tipo de dependencia<sup>117</sup>, reduciéndose en forma importante las salidas de residentes en forma autónoma, las cuales de llevarse a cabo, igualmente deberán cumplir con

<sup>116</sup> DABOVE (2000). En: LATHROP, F. (2009b). Op. Cit. p. 95.

<sup>117</sup> SENAMA (2017). Op. Cit. p. 66.

una serie de formalidades que derivan en limitar su independencia y libertad de desplazamiento.

Esta excepción deja de lado el hecho que la mayor parte de la vida de estos adultos mayores, transcurre en las residencias y bajo el control y supervisión de las mismas, lo que ya debiera ser motivo suficiente para que el Estado, actuando como garante de sus derechos –y en especial de su derecho a la vida- investigue de oficio todas las muertes ocurridas en este contexto.

Por otro lado, que solo sean denunciadas a las Policías aquellas muertes que resulten “*sospechosas y/o cuya causa no se encuentre certificada por un médico*”, incorpora un criterio difuso y poco estricto para proceder a la denuncia. Por una parte, la mayoría de las residencias cuenta con personal médico, por lo que sería necesario establecer que el profesional que certifique la causa de muerte pertenezca a un organismo independiente del ELEAM, a fin de resguardar su imparcialidad. Por otra parte, deja a criterio del personal de la misma institución determinar si la muerte tiene características de “sospechosa”, en circunstancias que obviar una duda, una sospecha o una negligencia propia, puede ser la vía más rápida para evitar verse envuelto el mismo trabajador y toda la institución en una investigación penal.

En este mismo sentido, cuando SENAMA publica en su página web información como la siguiente: “*De acuerdo a datos internacionales (Mortality Related Factors de la Asociación Estadounidense de Residencias de Larga Estadía para Adultos Mayores), la esperanza de vida a los 60 años se reduce en un 75% en aquellas personas que requieren cuidado. Según el mismo estudio, la tasa de mortalidad entre las personas que se institucionalizan es de entre 50% a 60% durante el primer año<sup>118</sup>*”. Podría llevar a estimar como “normal” que un adulto mayor residencializado muera al primer año de su ingreso, reduciendo aún más la probabilidad de que una muerte sea considerada cuestionable o sospechosa.

---

<sup>118</sup> SENAMA. Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores. [en línea] <<http://www.senama.gob.cl/establecimientos-de-larga-estadia-para-adultos-mayores-eleam>> [consulta: 01 de agosto de 2019].

Por último, respecto a la aplicación del Protocolo ante muertes bajo custodia del Estado, se señala que deberá ser incorporado en los protocolos internos de cada organismo en los casos que no existan previamente. Es decir, los servicios que ya cuentan con obligación de denuncia en caso de fallecimientos en los mismos términos que definen el protocolo, no tendrán la obligación de modificar su normativa. En este sentido el Protocolo en comento resulta del todo aplicable a los ELEM de SENAMA y Hogares de CONAPRAN, cuya normativa, como se revisó, no contempla procedimientos ni diligencias mínimas para la investigación eficaz de muertes bajo custodia del Estado.

#### **5. Análisis. ¿Cumple el Protocolo ante muertes bajo custodia del Estado con los estándares internacionales de Derechos Humanos?**

Con la aplicación del Protocolo ante muertes bajo custodia en los ELEM de SENAMA y los Hogares de CONAPRAN, se viene a subsanar un importante vacío normativo respecto a la protección del derecho a la vida de los adultos mayores residencializados.

El derecho a no ser privado arbitrariamente de la vida es un derecho fundamental y universalmente reconocido. Está consagrado en instrumentos internacionales como la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966.

Conforme lo señalado por el Protocolo de Minnesota, una de las formas de resguardar el derecho a la vida es investigando las muertes potencialmente ilícitas, asegurando la rendición de cuentas y brindando reparación por las vulneraciones. Todas estas medidas se buscan asegurar mediante la aplicación del Protocolo ante muertes bajo custodia, especialmente en el caso de las residencias de personas mayores, en donde, como se ha analizado, la normativa actual resulta del todo insuficiente.

Precisamente por las deficiencias de nuestra legislación en la materia, resulta paradójico que ante la oportunidad de fortalecer las garantías de las personas mayores institucionalizadas y de incorporar protocolos internacionales para la investigación de sus muertes, se restrinja su aplicación solo a determinadas instituciones y se fijen excepciones para su aplicación, sin mayor fundamento.

Por lo anterior, si bien el Protocolo ante muertes bajo custodia significa un gran avance en la protección del derecho a la vida de los adultos mayores, al ser el primer instrumento en su tipo a nivel nacional, queda al debe en cuanto a su ámbito de aplicación en las residencias de adultos mayores.

Junto a lo anterior, se debe considerar que la protección integral de las personas mayores residencializadas no se satisface solo mediante la investigación eficaz de sus muertes. A nivel internacional se ha considerado al anciano como un sujeto de especial de protección, consagrando sus derechos en instrumentos cada vez más especializados. Así, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores establece en su artículo 9 que *“los Estados Parte deberán garantizar a la persona mayor el derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia o maltrato, a recibir un trato digno y a ser respetada y valorada”*. Por su parte, el artículo 10 de la misma Convención consagra el derecho del adulto mayor a no ser sometido a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

La necesidad de garantizar estos derechos, se explica en parte, porque las personas mayores en situación de discapacidad o dependencia son especialmente vulnerables a recibir un trato que no respete su dignidad<sup>119</sup>, y en el caso de encontrarse residencializadas, pueden ver vulnerada su integridad física y psíquica, mediante actos de negligencia o maltrato, que al ser cometidos en instituciones como los ELEM, podrían configurar el delito de tortura y apremios ilegítimos.

---

<sup>119</sup> SENAMA (2017). Op. Cit. p. 14.

## 5.1 Tortura.

En un estudio realizado por el Instituto Nacional de Derechos Humanos en los 12 ELEM estatales de la época y en 14 residencias privadas, se señala que en relación a conductas graves, tales como si las personas mayores fueron amarradas a sus sillas o camas, el 90,4% respondió que “nunca o casi nunca”, el 3,8% reportó que tales hechos se producen “algunas veces” y el 5,8% reportó una alta repetición de estas conductas, que se producirían “frecuentemente o siempre” <sup>120</sup>.

Los malos tratos sufridos por los adultos mayores residencializados en nuestro país, fueron recogidos en las últimas Recomendaciones hechas al Estado de Chile por el Comité contra la Tortura de Naciones Unidas, en donde se señala:

*“38. El Comité expresa su preocupación por las informaciones recibidas acerca del trato vejatorio, incluido el uso frecuente de medios de inmovilización y de la medicación forzosa, y agresiones sexuales que sufren las personas con discapacidad y de la tercera edad, internadas en establecimientos residenciales. Por ello, lamenta no haber recibido información alguna sobre la investigación de estas denuncias.*

*39. El Comité insta al Estado parte a investigar las denuncias de malos tratos a personas con discapacidad y de la tercera edad internadas en instituciones residenciales, así como todos los casos de muertes repentinas acaecidas en estos centros.”*

Asimismo, solicitó al Estado parte *“que proporcione, a más tardar el 10 de agosto de 2019, información sobre el seguimiento dado a las recomendaciones del Comité sobre el establecimiento o designación de un mecanismo nacional de prevención de la tortura; muertes de menores y denuncias de torturas; malos tratos y abuso sexual en los centros residenciales de protección de la red del Servicio Nacional de Menores, y malos tratos a personas con discapacidad y de la tercera edad”*.

<sup>120</sup> Instituto Nacional de Derechos Humanos. (2018). Op. Cit. p. 191.

Entre la normativa internacional referida a la tortura, además de la Convención de las Naciones Unidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes de 1984, destaca el “Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes de las Naciones Unidas o Protocolo de Estambul”, adoptado en el año 2000. Este protocolo fue el primer instrumento forense internacional reconocido por Naciones Unidas, en ofrecer a médicos, abogados y psicológicos una serie de lineamientos relativos a la investigación y documentación eficaz de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes<sup>121</sup>.

El Protocolo de Estambul define la tortura con las mismas palabras empleadas en la Convención de las Naciones Unidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, como *“todo acto por el cual se inflija intencionalmente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia. No se considerarán torturas los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o que sean inherentes o incidentales a éstas.”*

Atendida esta definición, se puede establecer que las vulneraciones cometidas contra personas mayores que viven en residencias y que fueron manifestadas por el Comité contra la Tortura de Naciones Unidas, esto es, trato vejatorio, uso frecuente de medios de inmovilización, medicación forzosa y agresiones sexuales, constituyen actos de tortura.

<sup>121</sup> Universidad de La Frontera. Centro de Estudios y Promoción de los Derechos Humanos. “Curso Protocolo de Estambul” [en línea] <<http://derechoshumanos.ufro.cl/index.php/login/236-curso-protocolo-de-estambul>> [consulta: 30 de julio de 2019].



El objetivo de la tortura consiste en destruir deliberadamente no sólo el bienestar físico y emocional de la persona, sino también, en ciertos casos, la dignidad y la voluntad de comunidades enteras. Es algo que concierne a todos los miembros de la familia humana porque ataca a la misma base de nuestra existencia<sup>122</sup>.

Considerando esto, se hace aún más urgente una regulación y fiscalización adecuadas de los ELEM, así como una investigación y documentación eficaz de la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, que puedan sufrir los adultos mayores residencializados. Para ello, el Protocolo de Estambul establece criterios que permiten identificar señales físicas e indicios psicológicos de tortura, así como normas mínimas para que los Estados puedan asegurar una documentación eficaz de la misma.

Atendido lo señalado, resultaría pertinente que las actuaciones realizadas por el Servicio Médico Legal, según lo dispuesto en el Protocolo ante muertes bajo custodia del Estado, también se practiquen conforme a las directrices del Protocolo de Estambul, a fin de pesquisar señales físicas tortura en los fallecidos.

Conforme a las recomendaciones realizadas por el Comité contra la Tortura al Estado de Chile, en cuanto a designar un mecanismo nacional de prevención de la tortura, el 25 de abril del presente año se publicó la Ley 21.154 que designa al Instituto Nacional de Derechos Humanos (en adelante INDH) como el Mecanismo Nacional de Prevención Contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes<sup>123</sup>.

Además de lo señalado, el antecedente que gatilla este hito, fue la aprobación del Protocolo Facultativo a la Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura por parte de Chile en el año 2009, exigiendo dicho instrumento que a más tardar un año

---

<sup>122</sup> Protocolo de Estambul. Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (2000). Serie de Capacitación Profesional N° 8/Rev.1. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Nueva York y Ginebra, 2004.p. 1.

<sup>123</sup> Instituto Nacional de Derechos Humanos (25 de abril de 2019) "Se publica ley que designa al INDH como Mecanismo Nacional de Prevención contra la Tortura". [en línea] <<https://www.indh.cl/se-publica-ley-que-designa-al-indh-como-mecanismo-nacional-de-prevencion-contra-la-tortura/>> [consulta: 30 de julio de 2019].

después de su entrada en vigor se debía instalar un mecanismo de este tipo. Por tanto, tras dos años de tramitación, se cumplió un compromiso con el que nuestro país estaba al deber desde hace casi una década<sup>124</sup>.

Este organismo comenzará a funcionar en octubre del presente año, atendido que en las disposiciones transitorias de la respectiva ley se indica que entrará en vigencia al cumplirse el sexto mes desde su publicación en el Diario Oficial.

El INDH actuará exclusivamente a través del “Comité de Prevención contra la Tortura”, integrado por siete miembros designados por el Consejo del INDH a propuesta de una terna que elaborará el Consejo de Alta Dirección Pública<sup>125</sup>.

Entre sus objetivos se encuentra establecer mecanismos efectivos de prevención y protección frente a situaciones de tortura, en lugares donde se pudieran encontrar personas privadas de su libertad, reservadas a la vigilancia del Estado o con su consentimiento expreso o tácito.

Atendido que la ley que crea este mecanismo define lugar de privación de libertad como *“todo lugar, inmueble o mueble, incluidos los medios de transporte, administrados o dirigidos por el Estado o por particulares que cumplan una función pública, en que se encuentren o pudieren encontrarse personas privadas de libertad, sea por orden de autoridad pública o a instigación suya o con su consentimiento expreso o tácito, como resultado de una orden de arresto, detención, en tránsito, prisión preventiva, cumplimiento de penas privativas de libertad, internación voluntaria o forzosa, sea administrativa o judicial, como medida de protección, custodia o cualquier otra medida que impida su libre desplazamiento físico o que no se le permita abandonar libremente.”* Las residencias de adultos mayores serían parte de su competencia.

Las funciones específicas del Comité de Prevención contra la Tortura están contempladas en el Art. 3 de la ley que lo crea, y entre las más importantes destaca:

<sup>124</sup> *Ibíd.*

<sup>125</sup> Artículo 5 Ley N° 21.154 que “Designa al Instituto Nacional de Derechos Humanos como el mecanismo nacional de prevención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

- a) Examinar periódicamente las condiciones de las personas privadas de libertad y el trato que reciben.
- b) Realizar visitas periódicas preventivas no programadas y de monitoreo a los lugares de privación de libertad que determine libremente.
- c) Realizar visitas ad hoc, sin previo aviso, ante denuncias específicas de hechos que pudieran constituir tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.
- d) Realizar las recomendaciones pertinentes a las autoridades competentes del servicio responsable del lugar de privación de libertad.
- e) Confeccionar un informe anual y de carácter público que contenga el trabajo realizado por el Comité de Prevención contra la Tortura y las recomendaciones específicas destinadas a prevenir y erradicar la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Las situaciones de maltrato o negligencia vividas por los ancianos residentes, tienden a invisibilizarse, esto producto del abandono en que se encuentran muchos de ellos y que en su mayoría los ancianos desconocen sus derechos o no se atreven a denunciar al no contar con otra red de apoyo más que la misma institución. Esto genera un círculo de violencia que agudiza la indefensión y vulnerabilidad de esta población, siendo de suma importancia la implementación de un Mecanismo Nacional de Prevención Contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes.



## CONCLUSIONES

En Chile, al igual que en el resto del mundo, la población adulta mayor ha experimentado un crecimiento constante y sin precedentes en la historia, generando diversos cambios en la sociedad.

Este cambio demográfico, si bien constituye un logro de las sociedades modernas, también implica un desafío para generar las condiciones institucionales y sociales que permitan a las personas mayores mantener una calidad de vida digna durante su vejez.

Hoy en día, en nuestro país, los adultos mayores se encuentran mayoritariamente en una situación de vulnerabilidad, debido a factores como la pobreza, la dependencia, la discapacidad o la soledad. Estas condiciones repercuten en que cada vez sean menos las familias que asumen los cuidados de sus mayores, externalizando dichos cuidados en establecimientos de larga estadía.

Atendido que la institucionalización de un adulto mayor genera grandes costos tanto para la sociedad como para el mismo adulto mayor, quien se verá limitado en el ejercicio de diversos derechos, los esfuerzos deben enfocarse en extender la autonomía e independencia de los ancianos, evitando en cuanto sea posible su ingreso a una residencia.

La sociedad y la cultura, resultan determinantes en la configuración de los adultos mayores, el percibirlos a través de prejuicios, suposiciones o generalizaciones, constituye uno de los principales obstáculos para formular políticas públicas eficaces. En este sentido, considerar la vejez como una prolongada etapa de descanso y jubilación y asumir las enfermedades como condiciones propias de la edad, genera un importante perjuicio en la vida de los ancianos, en circunstancias que asegurando su acceso a la salud e integrándolos a la comunidad, sería posible mejorar su calidad de vida y con ello, beneficiar a toda la sociedad.

La realidad da cuenta que cada vez existen más establecimientos de larga estadía, que se hacen cargo de adultos mayores por lo general dependientes y sin redes de apoyo, quienes al momentos de ingresar parecieran desaparecer para el resto de la sociedad, sin que sea motivo de discusión sus condiciones de vida e incluso de muerte, sino hasta la noticia de algún hecho que genera conmoción pública.

La normativa que regula los ELEAM, es tardía, reactiva e insuficiente. Solo en 1984 se reguló por primera vez su funcionamiento y recién el año 2005 se hizo por primera vez una vaga alusión respecto a la muerte de un adulto mayor. Fue necesario un escándalo mediático, comisiones investigadoras y sumarios, para que SENAMA por primera vez en el año 2016 instaurara un protocolo en caso de fallecimiento de un residente, protocolo que solo resulta obligatorio para los 14 ELEAM de SENAMA, sin constituir obligación alguna para los 903 establecimientos registrados por la SEREMI de Salud al año 2018, ni para el número incierto de residencias clandestinas que existen en el país.

Atendido esto, el Protocolo ante muertes bajo custodia del Estado constituye un avance en la protección del derecho a la vida de los adultos mayores residencializados, ya que permite a la Fiscalía realizar investigaciones eficaces de las muertes ocurridas en los ELEAM de SENAMA y en Hogares de CONAPRAN. Sin embargo, deja de lado las muertes ocurridas en establecimientos de carácter privado, los cuales pese a cumplir las mismas funciones y constituir la gran mayoría de las residencias del país, se mantienen fuera del alcance del Protocolo, solo por su tipo de financiamiento.

Si bien la normativa actual de los ELEAM pudo ser adecuada al momento de su dictación, hoy en día resulta insuficiente y pese a que la realidad suele adelantarse a la ley, sin capacidad de adaptación a los cambios sociales, las normas pierden eficacia.

Es evidente la necesidad de elaborar un sistema nacional, orgánico, regularizado y estandarizado de los ELEAM, en el que se establezcan claramente las condiciones

mínimas de funcionamiento y su adecuada fiscalización, a fin de evitar las posibles vulneraciones que pudieren afectar a los adultos mayores.

En otros países, por ejemplo, se ha autorizado la fiscalización de las residencias por parte de organizaciones de voluntarios, lo que además de constituir una labor social, permite acercar la realidad de las residencias al resto de la comunidad.

Cuando la Convención sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores establece en su artículo 7 que los Estados Parte asegurarán “*Que la persona mayor tenga la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vea obligada a vivir con arreglo a un sistema de vida específico.*” Implica concebir a los ancianos como sujetos titulares de derechos, tanto civiles, como políticos, económicos, sociales y culturales, que obligan al Estado y al resto de la sociedad.

El enfoque de derechos deja de lado una concepción asistencialista y caritativa hacia el adulto mayor, posicionándolo como actor clave de su propio destino, lo que significa además, que adquiera determinadas responsabilidades respecto de sí mismo, su familia y la sociedad en general. Esto favorece la integración de la persona mayor a la comunidad, y a su vez, permite al resto de la sociedad tomar conciencia de una realidad que nos afectará a todos.

En este sentido, una de las medidas para resguardar los derechos de los ancianos, consiste en socializar sus derechos y educar a las nuevas generaciones para mantener por el mayor tiempo posible el cuidado de las personas mayores al interior de sus familias. En definitiva, la vejez llegará para todos, por eso proteger a las personas mayores implica proteger a la sociedad entera.





## BIBLIOGRAFÍA

1. ABELLÁN, A. y PUGA, M. (2004) Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).Rev. Mult. Gerontol. En: Ministerio de Salud (2008). Dependencia de los adultos mayores en Chile. Departamento de Estudios y Desarrollo SIS.
2. ABUSLEME, M.T. y CABALLERO, M. (Editores) (2014). Maltrato a las Personas Mayores en Chile: Haciendo visible lo invisible. Santiago: SENAMA, 2014. Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor.
3. ACOSTA-LÓPEZ, J. y AMAYA-VILLARREAL, Á. (2011). “La responsabilidad internacional del Estado frente al deber de custodia: estándares internacionales frente a los centros estatales de detención”. *Revista Estudios Socio-Jurídicos*, 13, (2), pp. 301-326.
4. ADAMS, Y. (2012). Maltrato en el Adulto Mayor Institucionalizado. Realidad e Invisibilidad. *Rev. Med. Clin. Condes*, 23 (1), 84-90.
5. ADN Radio (11 de septiembre de 2018). Incendio en Chiguayante: Hogar de ancianos no contaba con permiso de funcionamiento. [en línea] <[www.adnradio.cl/noticias/nacional/incendio-en-chiguayante-hogar-de-ancianos-no-contaba-con-permiso-de-funcionamiento/20180911/nota/3797924.aspx](http://www.adnradio.cl/noticias/nacional/incendio-en-chiguayante-hogar-de-ancianos-no-contaba-con-permiso-de-funcionamiento/20180911/nota/3797924.aspx)> [consulta: 01 de agosto de 2019].
6. ALBERT, C. (12 de octubre de 2017). La muerte de 31 ancianos en hogar del Senama sigue sin sanción. CIPER Chile. [en línea] <<https://ciperchile.cl/2017/10/12/la-muerte-de-31-ancianos-en-hogar-del-senama-sigue-sin-sancion/>> [consulta: 01 de agosto de 2019].
7. AZOCAR, M. “et al”. (2016). Estándares de Calidad para Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores. Ediciones: Servicio Nacional del Adulto Mayor.

8. Cámara de Diputados (2016). Informe comisión especial investigadora de la forma en que las autoridades han atendido las propuestas de la cámara de diputados, por la aprobación del informe de la comisión investigadora del SENAME en el año 2014. Comisión especial investigadora. [en línea] <<https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=35387&prmTIPO=INFORMECOMISION>> [consulta: 31 de julio de 2019].
9. Cámara de Diputados. (2018). Informe de la comisión especial investigadora encargada de recabar información sobre el funcionamiento del servicio nacional del adulto mayor, en particular en relación con los fondos públicos que maneja y la supervisión de los organismos de acogida y atención integral al adulto mayor. [en línea]<[https://www.camara.cl/trabajamos/comision\\_informesComision.aspx?prmID=1641](https://www.camara.cl/trabajamos/comision_informesComision.aspx?prmID=1641)> [consulta: 01 de agosto de 2019].
10. CANNobbio L. y JERI T. (2008). Estadísticas sobre las personas adultas mayores: un análisis de género. Santiago, Chile.
11. CASTRO, A., CILLERO, M. y MERA, J. (2010). Derechos Fundamentales de los Privados de Libertad. Guía práctica con los estándares internacionales en la materia. Ediciones Universidad Diego Portales. Santiago, Chile.
12. CCI Ingeniería Económica. (2007). Informe final “Estudio de Situación de los AM dependientes con pensión asistencial y sus cuidadores domiciliarios SENAMA” 10 de mayo de 2007. Santiago, Chile.
13. CCI Ingeniería Económica. (2013). Informe final “Estudio de actualización del catastro de establecimientos de larga estadía (ELEAM) de las regiones de Tarapacá, Antofagasta, Atacama, Coquimbo, Valparaíso, Libertador General Bernardo O’higgins, Maule, Biobío, Araucanía, Los Lagos, Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo, Magallanes y Antártica Chilena, Los Ríos, Arica y Parinacota y Región Metropolitana” 14 de enero 2013. Santiago, Chile.

14. Clase Media Protegida. Gobierno de Chile. Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM). [en línea] <[https://clasemediaprotegida.gob.cl/fichas/establecimientos\\_de\\_larga\\_estadia\\_para\\_adultos\\_mayores\\_eleam](https://clasemediaprotegida.gob.cl/fichas/establecimientos_de_larga_estadia_para_adultos_mayores_eleam)> [consulta: 01 de agosto de 2019].
15. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Panorama Social de América Latina, 2017* (LC/PUB.2018/1-P), Santiago, 2018.
16. CONAPRAN. Historia. [en línea] <<https://www.conapran.cl/historia/>> [consulta: 01 de agosto de 2019].
17. Corte Interamericana de Derechos Humanos, caso "Instituto de Reeducción del Menor Vs. Paraguay". Sentencia de 2 de septiembre de 2004.
18. CUSTODIO, N. "et al" (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *Anales de la Facultad de Medicina*. 73(4), 321-330. [en línea] <[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832012000400009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832012000400009&lng=es&tlng=es)> [consulta: 30 de julio de 2019].
19. DABOVE, M. (2005): Los derechos de los ancianos. En: LATHROP, F. (2009b). *Protección Jurídica de los Adultos Mayores en Chile*. *Revista Chilena de Derecho*, vol 36 (N° 1) 77-113.
20. DABOVE, M. (2008). Derecho y Multigeneracionismo. *Revista de Derecho de Familia* (40), 39-54.
21. DABOVE, M. (2016). Derechos humanos de las personas mayores en la nueva Convención Americana y sus implicancias bioéticas. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 16 (1), 38-59.
22. Diputado Saffirio: "De las 1.313 muertes en el SENAME, sólo se hicieron 23 autopsias" (10 de julio de 2017) CNN Chile. [en línea] <<https://www.cnnchile.com/pais/diputado-saffirio-de-las-1313-muertes-en-el->

- senama-solo-se-hicieron-23-autopsias\_20170710/> [consulta: 27 de julio de 2019].
23. DUARTE, F y MATUS, J. (21 de septiembre de 2017). Senama: hogar de Puente Alto suma el 24% de muertes de ancianos residentes. *La Tercera*. [en línea] <[www.latercera.com/noticia/senama-hogar-puente-alto-suma-24-muertes-ancianos-residentes/](http://www.latercera.com/noticia/senama-hogar-puente-alto-suma-24-muertes-ancianos-residentes/)> [consulta: 01 de agosto de 2019].
  24. DUQUE, J. y MATEO, A. (2008). *La participación social de las Personas Mayores* (1ª ed.). Madrid, España: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
  25. Equipo Multimedia, Emol (15 de junio de 2018) Ancianos vulnerables en lista de espera superan la capacidad de los hogares estatales en Chile. *Emol*. [en línea] <<https://www.emol.com/noticias/Nacional/2018/06/15/909875/El-colapso-de-los-hogares-publicos-del-Senama.html>> [consulta: 01 de agosto de 2019].
  26. FELIX, C. y HERNÁNDEZ, M. (2009). El abandono del adulto mayor como manifestación de violencia intrafamiliar. *Archivos en Medicina Familiar*, 11 (4), 147-149.
  27. GIRÓ, J. (2014). La violencia hacia las personas mayores. *Revista Trabajo Social Hoy*, N°72, pp. 23-38. doi. 10.12960/TSH.2014.0008.
  28. GOFFMAN, E. (1961). "Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales. Argentina: Amorrortu Editores.
  29. GUAJARDO, G. (Coord.) FLACSO (2016). *Salud Mental y Personas Mayores: Reflexiones teórico-conceptuales para la investigación social de las demencias*. FLACSO-Chile. Santiago de Chile.
  30. HUENCHUAN, S. (Editora) (2016). *Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe*. CEPAL. Naciones Unidas, Santiago de Chile.

31. Instituto de Previsión Social (26 de julio de 2018) “Pensión Básica Solidaria”. [en línea] <<https://www.ips.gob.cl/servlet/internet/noticia/1421809656349/pension-basica-solidaria-su-nuevo-monto>> [consulta: 30 de julio de 2019].
32. Instituto Nacional de Derechos Humanos (25 de abril de 2019) “Se publica ley que designa al INDH como Mecanismo Nacional de Prevención contra la Tortura”. [en línea] <<https://www.indh.cl/se-publica-ley-que-designa-al-indh-como-mecanismo-nacional-de-prevencion-contra-la-tortura/>> [consulta: 30 de julio de 2019].
33. Instituto Nacional de Derechos Humanos. (2017). “Informe Anual 2017. Situación de los Derechos Humanos en Chile”. Santiago de Chile.
34. Instituto Nacional de Derechos Humanos. (2018). “Informe Anual 2018. Situación de los Derechos Humanos en Chile”. Santiago de Chile.
35. Instituto Nacional de Estadísticas. (2017). Resultados definitivos Censo 2017. [en línea] [http://www.censo2017.cl/wp-content/uploads/2017/12/Presentacion\\_Resultados\\_Definitivos\\_Censo2017.pdf](http://www.censo2017.cl/wp-content/uploads/2017/12/Presentacion_Resultados_Definitivos_Censo2017.pdf) [consulta: 27 de julio de 2019].
36. Instituto Nacional de Estadísticas. (2018). Número de nacimientos en Chile descendió 5,6% entre 2015-y-2016. [en línea] <<https://www.ine.cl/prensa/2018/08/31/n%C3%BAmero-de-nacimientos-en-chile-descendi%C3%B3-5-6-entre-2015-y-2016>>
37. Instituto para la atención de los adultos mayores de la ciudad de México. (s.f.). ¿Quién es la persona mayor? [en línea] <<http://www.adultomayor.cdmx.gob.mx/index.php/quien-es-el-adulto-mayor>> [consulta: 27 de julio de 2019].
38. LATHROP, F. (2009a). Breve Comentario a la Ley N° 20.427 de 10 de marzo de 2010, que modifica la Ley N° 20.066, de Violencia Intrafamiliar, y otros cuerpos legales para incluir el maltrato contra el adulto mayor en la legislación nacional. *Rev. del Magíster y Doctorado en Derecho*, (3), 15-25.

39. LATHROP, F. (2009b). Protección Jurídica de los Adultos Mayores en Chile. *Revista Chilena de Derecho*, vol 36 (N° 1), 77 – 113.
40. LEMUS, S y EXPÓSITO, F. (2005). “Nuevos retos para la Psicología Social: Edadismo y perspectiva de género”. *Rev. Pensamiento Psicológico* vol. 1, núm. 4, 33-51.
41. Ministerio de Salud (2008). Dependencia de los adultos mayores en Chile. p. 42. [en línea] <[http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articulos-4471\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articulos-4471_recurso_1.pdf)> [consulta: 30 de julio de 2019].
42. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (2017). “Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025”
43. Naciones Unidas. (2002). Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (A/CONF.197/9). [en línea] <<https://undocs.org/es/A/CONF.197/9>> [consulta: 27 de julio de 2019].
44. NAVARRO-MICHEL, M. (2019). El ingreso involuntario en residencia geriátrica y la autorización judicial. *Revista de Bioética y Derecho*, (0), 231-251. <<https://doi.org/10.1344/rbd2019.0.27268>>
45. OJEDA, J. (03 de mayo de 2019) Lissette Villa: Fiscalía pide penas de 7 y 3 años para las cuatro imputadas acusadas como autoras de apremios ilegítimos. *La Tercera*. [en línea] <<https://www.latercera.com/nacional/noticia/lissette-villa-fiscalia-pide-penas-7-3-anos-las-cuatro-imputadas-acusadas-autoras-apremios-ilegitimos/640298/>> [consulta: 27 de julio de 2019].
46. Organización Mundial de la Salud (14 de mayo de 2019) “Demencia” [en línea] <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>> [consulta: 01 de agosto de 2019].
47. Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. [en línea] <<https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>> [consulta: 27 de julio de 2019].

48. Organización Panamericana de la Salud. (s.f). Nuevo informe Salud en las Américas +2017 de la OPS. [en línea] <[https://www.paho.org/chi/index.php?option=com\\_content&view=article&id=956:nuevo-informe-salud-en-las-americas-2017-de-la-ops-en-chile-la-esperanza-de-vida-al-nacer-es-de-80-anos-para-los-hombres-y-85-anos-para-las-mujeres&Itemid=1005](https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=956:nuevo-informe-salud-en-las-americas-2017-de-la-ops-en-chile-la-esperanza-de-vida-al-nacer-es-de-80-anos-para-los-hombres-y-85-anos-para-las-mujeres&Itemid=1005)> [Consulta: 15 de mayo 2019].
49. PRADILLA, G. (2004). Demencia: La epidemia silenciosa del III Milenio. *Salud UIS*, (36): 138 – 145.
50. Protocolo de Estambul. Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (2000). Serie de Capacitación Profesional N° 8/Rev.1. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Nueva York y Ginebra, 2004.
51. Protocolo de Minnesota sobre la Investigación de Muertes Potencialmente Ilícitas (2016), Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Nueva York y Ginebra, 2017.
52. RIVERA, F. (2014) En: Biblioteca del Congreso Nacional (2014). Derechos Humanos del Adulto Mayor. [en línea] <[https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/21009/5/FINAL%20\\_%20Minuta%20\\_%20Derechos%20Humanos%20y%20Adulto%20Mayor\\_v4.pdf](https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/21009/5/FINAL%20_%20Minuta%20_%20Derechos%20Humanos%20y%20Adulto%20Mayor_v4.pdf)> [consulta: 01 de agosto de 2019].
53. SENADIS (2015). II Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile 2015. Servicio Nacional de la Discapacidad. Departamento de Estudios. Santiago, Chile.
54. SENAMA (2016). Cronología de accionar de SENAMA Fundación AMSCA-ELEAM Puente Alto. SENAMA 2016. [en línea] <<https://ciperchile.cl/wp-content/uploads/CRONOLOGIA-DE-ACCIONAR-DE-SENAMA.docx>> [consulta: 01 de agosto de 2019].

55. SENAMA (2017). Condiciones de vida de las personas mayores al interior de los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores de SENAMA. Santiago. Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor.
56. SENAMA. (2009). “Las Personas Mayores en Chile: situación, avances y desafíos del envejecimiento”.
57. SENAMA. (28 de mayo de 2019). SENAMA firma convenios para resguardar los derechos de las personas mayores. [en línea] <<http://www.senama.gob.cl/noticias/senama-firma-convenios-para-resguardar-los-derechos-de-las-personas-mayores>> [consulta: 01 de agosto de 2019].
58. SENAMA. “Programas del Servicio Nacional del Adulto Mayor”, Ministerio de Desarrollo Social. [en línea]<[https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=100959&prmTIPO=DOCUMENTO COMISION](https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=100959&prmTIPO=DOCUMENTO%20COMISION)> [consulta: 01 de agosto de 2019].
59. SENAMA. Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores. [en línea] <<http://www.senama.gob.cl/establecimientos-de-larga-estadia-para-adultos-mayores-eleam>> [consulta: 01 de agosto de 2019].
60. SEREMI Región Metropolitana Ministerio de Salud. (10 de mayo de 2018) “Un 97,6% de las fiscalizaciones a hogares de ancianos en la RM terminó con Sumario Sanitario” [en línea] <<http://seremi13.redsalud.gob.cl/?p=6769>> [consulta: 01 de agosto de 2019].
61. SEREMI Región Metropolitana Ministerio de Salud. Establecimientos de Larga Estadía del Adulto Mayor R.M. (hasta el 31 diciembre 2018) [en línea] <[http://seremi13.redsalud.gob.cl/?page\\_id=986](http://seremi13.redsalud.gob.cl/?page_id=986)> [consulta: 01 de agosto de 2019].
62. Universidad Academia de Humanismo Cristiano (2007). Informe Diagnóstico de la Situación de los Adultos Mayores Residentes en Establecimientos de Larga Estadía en Regiones (Departamento de Estudios. Escuela de Sociología). p.6. [en línea]



- <[http://catastroeam.senama.cl/docs/Diagnostico\\_de\\_la\\_Situacion\\_de\\_los\\_AM\\_residentes\\_en\\_ELEAM\\_en\\_regiones\\_Informe\\_Final.pdf](http://catastroeam.senama.cl/docs/Diagnostico_de_la_Situacion_de_los_AM_residentes_en_ELEAM_en_regiones_Informe_Final.pdf)> [consulta: 30 de julio de 2019].
63. Universidad de La Frontera. Centro de Estudios y Promoción de los Derechos Humanos. “Curso Protocolo de Estambul” [en línea] <<http://derechoshumanos.ufro.cl/index.php/login/236-curso-protocolo-de-estambul>> [consulta: 30 de julio de 2019].
64. URQUIETA, C. (07 de junio de 2016). Fiscalía investiga asilo de ancianos. El Mostrador. [en línea] <[www.elmostrador.cl/noticias/pais/2016/06/07/fiscalia-investiga-asilo-de-ancianos-abuelo-habria-muerto-de-hambre-y-viejitos-no-reciben-sus-pensiones/](http://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2016/06/07/fiscalia-investiga-asilo-de-ancianos-abuelo-habria-muerto-de-hambre-y-viejitos-no-reciben-sus-pensiones/)> [consulta: 01 de agosto de 2019].
65. VIVANCO, Á. (2016). Los derechos de los ancianos. Las paradojas bioéticas de la ancianidad en la perspectiva de los derechos de tercera generación. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 32(2), 175-198. [en línea] <<https://arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/267/199>> [consulta: 01 de agosto de 2019].