

CUADERNILLOS
N°3
SERIE
ENVEJECIMIENTO

**EL IMPACTO DE
LA PANDEMIA
SOBRE LAS
PERSONAS
MAYORES:**

UNA MIRADA CON
PERSPECTIVA DE
DERECHOS

**SÉPTIMA ESCUELA
INTERNACIONAL DE VERANO
SOBRE ENVEJECIMIENTO**



UNIVERSIDAD
DE CHILE

RedesTd
Unidad de Redes Transdisciplinarias

Cuadernillo de Trabajo

Séptima Escuela Internacional de Verano Sobre Envejecimiento

“El impacto de la pandemia sobre las personas mayores: una mirada con perspectiva de derechos”

Red Transdisciplinaria sobre Envejecimiento

Unidad de Redes Transdisciplinarias

Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo Universidad de Chile

CURATORÍA Y ORGANIZACION

Pablo Riveros

Jaqueline Meriño

Comité Académico Red Transdisciplinaria sobre Envejecimiento

EDICIÓN GENERAL

Francisco Crespo

EDICIÓN CONVERSATORIOS

Beatriz Rodríguez

EQUIPO GESTOR

Claudio Fuentes

DISEÑO

Alicia San Martín

FOTOGRAFÍAS

Kris Saavedra

CÓMO CITAR ESTE DOCUMENTO

REDEN (2021) Cuadernillo de Trabajo Séptima Escuela Internacional de Verano Sobre Envejecimiento: *“El impacto de la pandemia sobre las personas mayores: una mirada con perspectiva de derechos”*. Red Transdisciplinaria sobre Envejecimiento (REDEN), Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, Universidad de Chile, Santiago, Chile

Documento preparado y editado por la Unidad de Redes Transdisciplinarias de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Chile, basado en el encuentro organizado por la misma unidad.

CUADERNILLOS
Nº3
SERIE
ENVEJECIMIENTO

CUADERNILLOS
N°3
SERIE
ENVEJECIMIENTO

Esta serie de documentos refleja la voluntad de la Universidad de Chile de incidir en los grandes temas y desafíos globales y de la realidad nacional a partir de sus comunidades, conocimientos, espacios y posibilidades. Queremos que las reflexiones emanadas de estas actividades sigan siendo debatidas con la ciudadanía, como un deber de nuestra institución pública.

Flavio Salazar Onfray
Vicerrector de Investigación y Desarrollo
Universidad de Chile.

ÍNDICE

- 9 Prefacio
-

PRIMERA JORNADA

Ponencias Internacionales

- 15 Una respuesta ordenada a la pandemia: reorganización de los cuidados de las personas mayores
- 27 Narrativas “persona-lugar” integradas para un contexto post-pandemia

Panel de Conversación

- 49 “Pandemia y personas mayores: ¿cómo afecta la arquitectura, diseño y el espacio urbano?”
-

SEGUNDA JORNADA

Ponencia Internacional

- 61 El Desafío de los Datos de la Pandemia

Entrevista

- 73 Cobertura y accesibilidad: desafíos de nuevas aplicaciones para la mejora en la calidad de vida de una sociedad que envejece

Panel de Conversación

- 87 “Las tensiones de la pandemia: ¿cómo mejorar la accesibilidad y la cobertura de las herramientas digitales en la población mayor?”

TERCERA JORNADA

Entrevistas

- 99** Pandemia, dignidad y cuidados: reflexiones en torno a la salud mental en la vejez
- 111** Actitud y comportamiento de las personas mayores frente a la pandemia

Panel de Conversación

- 121** “Cotidianidades de la cuarentena: Pensar la salud mental de las personas mayores en y post la pandemia”
-

CUARTA JORNADA

Ponencia Internacional

- 135** Los efectos de la pandemia sobre las personas mayores desde la mirada de la Gerociencia

Ponencia Nacional

- 141** Inequidades descubiertas y decretadas: una mirada de la vejez con perspectiva de derecho

Panel de Conversación

- 155** “Desde lo molecular a lo social: la necesidad de un enfoque transdisciplinario para pensar el envejecimiento”
-

PALABRAS FINALES

Panel de Conversación

- 171** “Repensar el fin de la vida cuando la vida entra en crisis”
-

ANEXOS

Taller

- 182** ¿Cómo comunicamos las vejeces? Análisis de las narrativas editoriales en torno a la persona mayor en Chile
- 185** “Confieso que he vivido: Historias de vida de personas mayores y transformaciones sociales en Chile”



PREFACIO

Como sabemos los desarrollos históricos recientes han generado un patrón generalizado de envejecimiento de la población. Chile no es la excepción a esta tendencia global, en los últimos 30 años el número de personas mayores se ha incrementado en más del doble, pasando de 1.200.000 en 1990 a 3.300.000 proyectados para 2020 siendo Chile uno de los países más envejecidos de América Latina¹. La pandemia por COVID-19, el confinamiento y desigualdad multi-dimensional que existe en Chile son factores que golpean a toda la población, no obstante, uno de los grupos más afectados por esta situación son las personas mayores. Esto debido a las problemáticas específicas que vivencia este grupo etario. De acuerdo con datos de la Quinta Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez² - de 2019 - ya antes de la pandemia las personas mayores declaran sentirse “mal”, con “miedo” y “preocupadas” de manera más específica, más de un 60% declara estar preocupado de “tener que depender de otras personas” y de enfermarse gravemente. Por su parte, casi un 50% le preocupaba “quedarse solo” y a un 55% el “quedarse sin ingresos”, un tercio de la población mayor encuestada presenta sospechas de síntomas depresivos, así mismo el informe plantea que “hay una alta prevalencia de síntomas de ansiedad con un alto nivel de preocupaciones” (pág.33). Más de un 40% de las personas mayores declara sentirse sola, el mismo instrumento plantea que alrededor de un 54% de las personas mayores tiene un alto riesgo de aislamiento social medido mediante la Escala de red social de

1 Araya, M. (Ed.). (2021). Hábitos y Necesidades de Personas Mayores en Pandemia. (Nodo Series 60+, p. 99). SENAMA-Naciones Unidas. <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/NS-02-HABITOS-Y-NECESIDADES-DE-PERSONAS-MAYORES-EN-PANDEMIA.pdf>

2 Herrera, S., Fernández, B., & Rojas, M. (Eds.). (2020). Chile y sus mayores: Quinta Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez. SENAMA-PUC. http://www.senama.gob.cl/storage/docs/QUINTA_ENCUESTA_NACIONAL_DE_CALIDAD_DE_VIDA_EN_LA_VEJEZ_2019_-CHILE_Y_SUS_MAYORES_2019.pdf

Lubben. Con respecto a las condiciones materiales que evalúa la encuesta, para el año 2019, cerca de un 10% de las personas mayores encuestadas declararon tener algún tipo de deuda bancaria, de tarjeta de crédito o con algún establecimiento comercial y cerca de un 33% declara continuar trabajando de manera remunerada. Más de un 60% toma 3 o más medicamentos diferentes al día y ninguno evalúa la calidad de las ciudades - en distintos ítem tales como áreas verdes, acceso a servicios, transporte público, entre otros - con más de una nota 5, lo que revela las dificultades que experimentan las personas mayores para habitar la ciudad.

El estallido social de 2019, por una parte, posicionó políticamente muchas demandas de la población mayor, siendo quizás la más patente aquella por unas pensiones dignas que permitan a las personas mayores no sólo llevar una vida digna en su vejez, sino que poder dejar de trabajar. Ciertamente muchas imágenes del estallido social dejan un hálito de juventud, pero lo cierto es que fueron miles las personas mayores que marcharon: marcharon por el futuro, pero también por el presente, por su presente y el futuro de los jóvenes que llegarán a ser viejos.

Seguido del estallido vino la pandemia, y todas las desigualdades y dificultades de las personas mayores se agudizaron. La misma ansiedad que sentían se multiplicó y agudizó producto del confinamiento, sus preocupaciones por “quedarse solos” en muchos casos se hicieron realidad, aislados por la falta de acceso a la tecnología o su fragilidad. Aquellas personas mayores obligadas a trabajar para complementes sus magras pensiones fueron dejados sin ingresos, y las ciudades evaluadas con no más de un 5, pasaron a ser ciudades de “1”, hostiles y difíciles de transitar y con grandes extensiones territoriales desconectadas. En resumidas cuentas: todo lo que ya sabíamos se agudizó y se realizó, de preocupación y ansiedad, a realidad social.

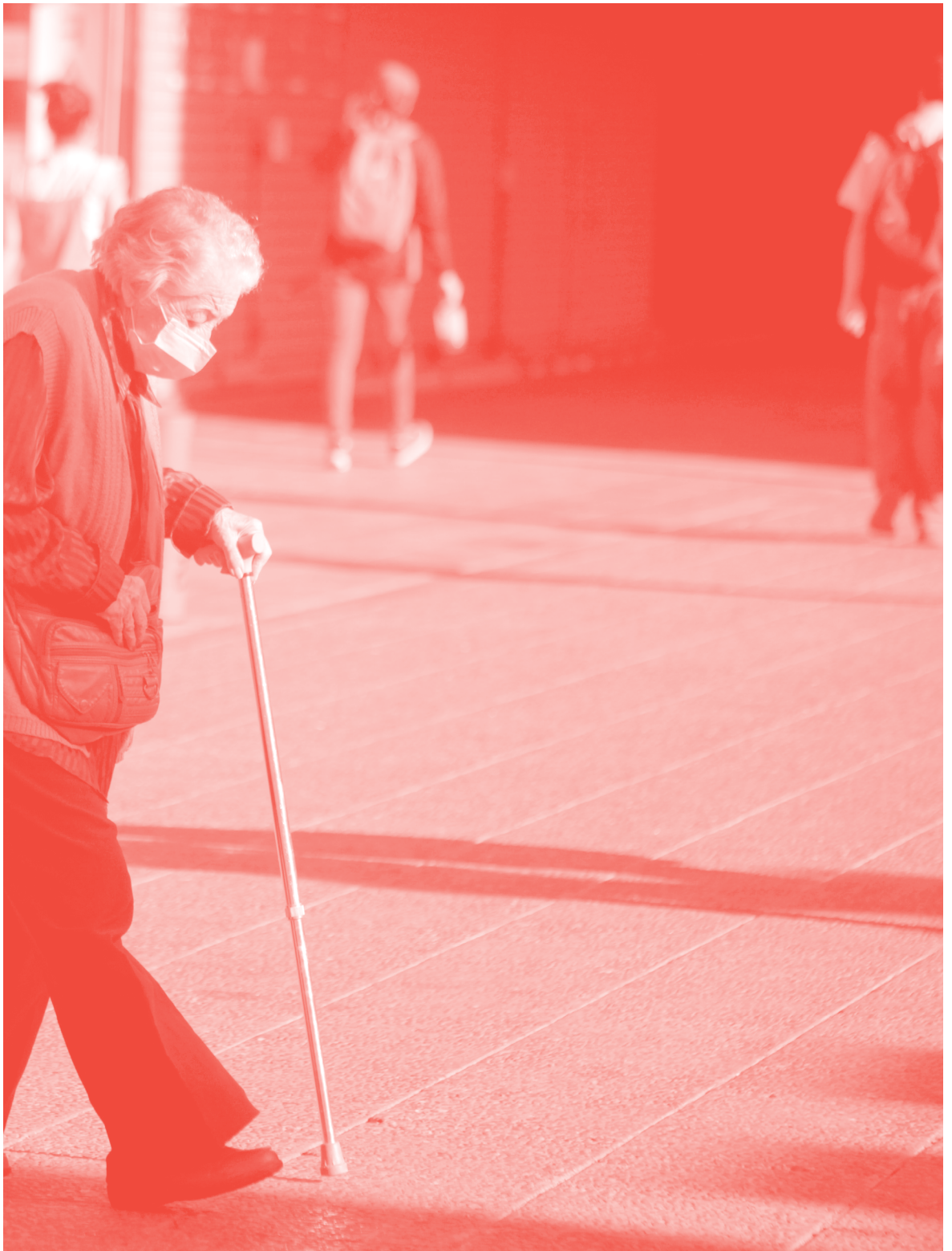
En resumen, la pandemia puso en evidencia las condiciones socio-sanitarias en que se desenvuelven las personas mayores, considerando los impactos del confinamiento en la restricción de los cuidados y el trabajo de las y los cuidadores para las personas que necesitan este tipo de atención. Sumado a la falta de alfabetización digital y tecnológica en términos de acceso a la información y tecnologías, de poder mantener vínculos de manera telemática con sus cercanos u otras personas, ha recrudecido el aislamiento

de este sector de la población, impactando de manera severa sobre la salud mental y el pleno goce de la vida. Y, con todo, ha disminuido sus derechos, confinándolos y poniendo en duda su validez en un contexto donde preocupantes dicotomías comienzan a ponerse sobre la mesa: dicotomías entre la vida de las personas mayores y la economía, el crecimiento y la productividad sobre los cuerpos de aquellos que no son productivos.

Es en este contexto donde consideramos fundamental organizar la Séptima Escuela de Verano Internacional de Verano sobre Envejecimiento centrándonos en una perspectiva de derecho, pero repasando precisamente estas temáticas y desafíos. A lo largo de sus cuatro jornadas, tocamos temas como la **habitabilidad** de las viviendas y ciudades en contextos de pandemia, y el **uso de tecnologías** para mantenernos conectados, sanos y activos. También exploramos a la que muchos llaman “la otra pandemia”: aquella de la **salud mental**, específicamente vista desde los datos y experiencias que existen en relación a la población mayor. Cerramos la escuela con un repaso - por llamarle de alguna manera - a la **perspectiva de derechos** y sus interrelaciones con la ciencia, la moral y la filosofía.

El presente documento es un esfuerzo por sistematizar esta enorme temática, distribuido a lo largo de 4 días, divididos en casi una decena de charlas magistrales y entrevistas, media decena de conversatorios y talleres participativos, todas actividades con sus propias dinámicas y momentos irremplazables. Esperamos que este documento sirva para el trabajo, la reflexión y - por sobre todo - el aprendizaje, porque de eso se trata ir a la Escuela y jamás, jamás se es demasiado viejo o vieja para aprender. ➔

*Red Transdisciplinaria de Envejecimiento
Universidad de Chile*





HABITABILIDAD
PANDEMIA Y PERSONAS MAYORES:
¿CÓMO AFECTA LA ARQUITECTURA,
DISEÑO Y LO SOCIOESPACIAL?

Verduras Congeladas

Verduras Congeladas

Verduras Congeladas

Verduras Congeladas

50



PONENCIA INTERNACIONAL

UNA RESPUESTA ORDENADA A LA PANDEMIA: REORGANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE LAS PERSONAS MAYORES.

*Luis Miguel Gutierrez,
Director Instituto Nacional de Geriátría
México.*



*Puede visualizar la po-
nencia completa en vídeo
escaneando el siguiente
código QR*

En el contexto que actualmente vivimos, nos enfrentamos a una revelación. El COVID-19 ha sido una suerte de prueba de esfuerzo para una sociedad envejecida, y ha revelado grandes debilidades en muchos países. Al mismo tiempo, ha evidenciado lo que se necesita para tener éxito, no sólo durante una pandemia, sino en las próximas décadas. Lo primero es un énfasis en lograr una esperanza de vida saludable, aplanando la curva del envejecimiento a través del envejecimiento saludable. A esto se suma la lucha contra las desigualdades, de la mano de una nueva narrativa que aborde el envejecimiento saludable, reconociendo la diversidad al envejecer.

Así, la pandemia del COVID-19 ha revelado sobre todo que sin un envejecimiento sano, no habrá ni una población sana ni una economía sana. Ha permitido también la toma de conciencia acerca de los límites de un sistema de salud basado en la reparación y el tratamiento de enfermedades específicas frente al envejecimiento poblacional. Nos ha hecho ver el interés en el uso de la tecnología, en particular de la tecnología en salud, como son los algoritmos de inteligencia artificial, la telemedicina y seguimiento remoto, el análisis de datos en tiempo real, y la consideración de la relevancia que tienen las condiciones de salud subyacentes para



afectar la mortalidad individual, más allá de la edad cronológica.

Y esto es un punto clave. Sí, sabemos que en el curso de la pandemia que atravesamos, conforme las personas envejecen hay un mayor riesgo de muerte. Sí, efectivamente, pero es preciso poner particular atención en la mortalidad observada en la población mundial. Sabemos que alrededor del 40% de la totalidad de las muertes han sido de personas mayores, y que en la casi totalidad de estas se ha dado en instituciones de cuidado de largo plazo. Ahora, en el caso de México, tenemos una diferencia bastante notable, dado que allí el pico de mortalidad se da entre los 55 y los 75 años, y disminuye después de manera muy importante entre las personas de edad mucho más avanzada. Por otro lado, las defunciones se asocian con comorbilidades muy particulares como la diabetes, la hipertensión, o la afecciones cardiovasculares.

Buscando una mejor comprensión de lo que aquí sucede, nos dimos la tarea de analizar la base de datos de la Secretaría de Salud de México, en donde se acumula día a día toda la información relativa a los casos incidentes de COVID-19. A partir de ese análisis, recién en el mes de junio del 2020, publicamos un artículo en donde demostramos -desde la óptica del envejecimiento- los factores que modulan la gravedad de la expresión de la enfermedad y la mortalidad en nuestra población.

[Figuras 1-2-3 →]

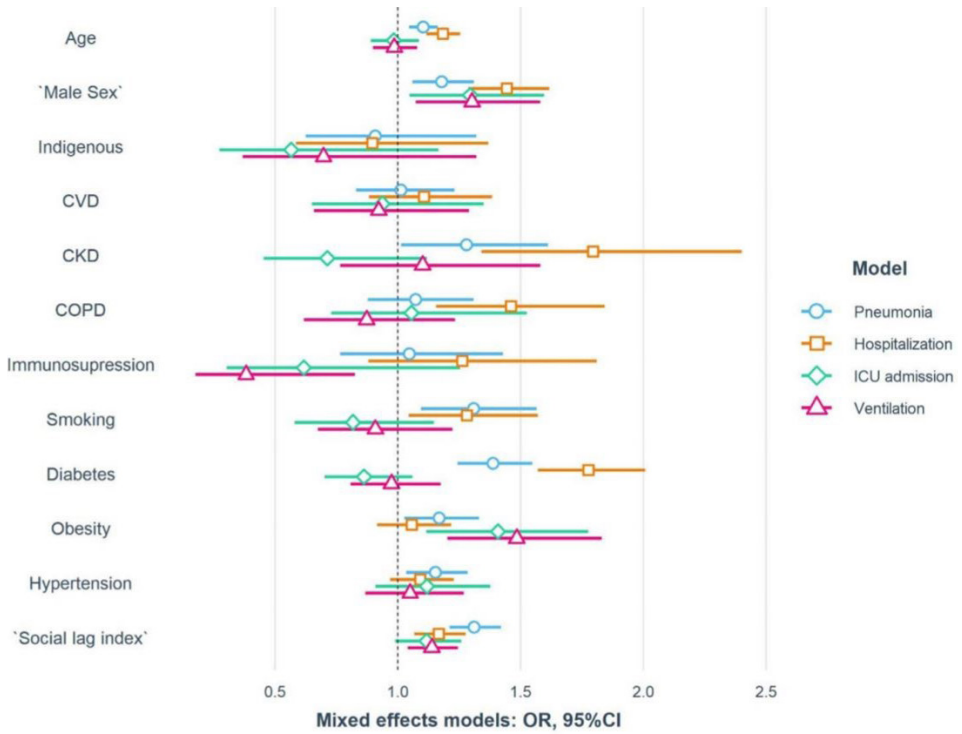


Figura 1: Factores de riesgo para el COVID 19 en relación a neumonía, hospitalización e ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos para personas mayores mexicanas (controlado por desigualdades territoriales)

Fuente: Bello-Chavolla et al (2020). Unequal impact of structural health determinants and comorbidity on COVID-19 severity and lethality in older Mexican adults: Looking beyond chronological aging, pág. 22



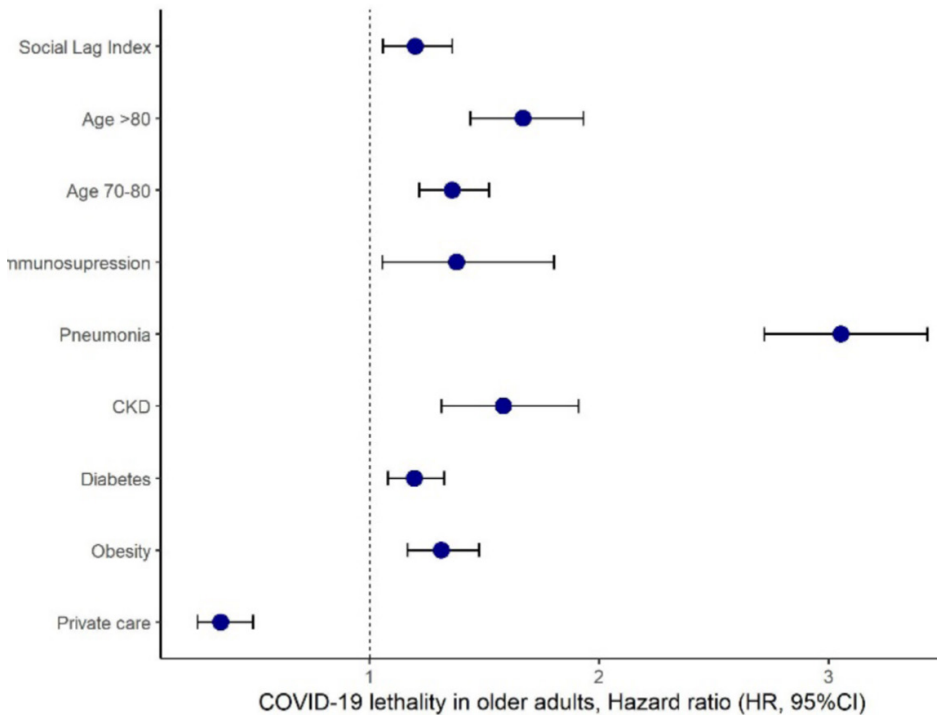


Figura 2: Factores de riesgo para letalidad por COVID-19 en personas mayores mexicanas (usando el Modelo de Regresión de Riesgos Proporcionales o Regresión de Cox)

Fuente: Bello-Chavolla et al (2020). Unequal impact of structural health determinants and comorbidity on COVID-19 severity and lethality in older Mexican adults: Looking beyond chronological aging, pág. 23

Pudimos detectar el comportamiento de ciertos factores de riesgo muy específicos en términos de co-morbilidades presentes, en este caso, al momento de la presentación neumonía. Asimismo, evidenciamos cómo la enfermedad renal crónica tiene un peso relativo muy destacado con respecto al de la edad, que es bastante menor, pero este indicador es superado por aquellos relativos al índice de rezago social. Cada vez vemos con mayor claridad el impacto que tiene la desventaja social en el curso clínico, y la adversidad de los desenlaces en esta condición. Al observar cómo se comporta el padecimiento en razón de la edad, del número de co-morbilidades y del índice de rezago social menor o mayor, pues destaca sobre todo el comportamiento adverso en razón del índice de rezago social creciente.

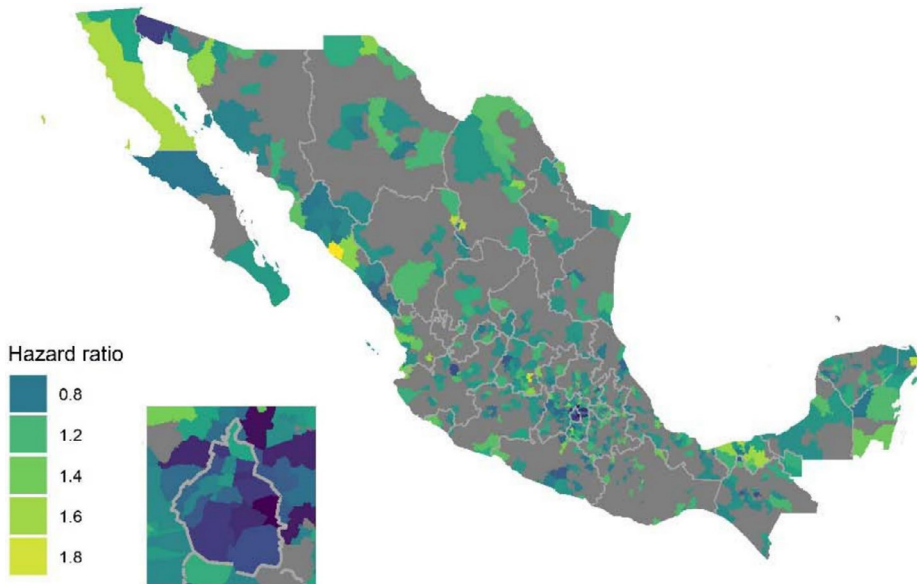


Figura 3: Distribución geográfica de los riesgos de letalidad del COVID-19 en los municipios mexicanos

Fuente: Bello-Chavolla et al (2020). Unequal impact of structural health determinants and comorbidity on COVID-19 severity and lethality in older Mexican adults: Looking beyond chronological aging, pág. 25



Y hay una gran variabilidad en el caso mexicano. En base a los datos, hemos podido relacionar estas variaciones con el número de camas disponibles en las distintas zonas geográficas por cada mil habitantes en cada municipio. Ante esto, detectamos que hay una gran heterogeneidad que resulta, por un lado, de la desventaja social, y por otro, del acceso a los servicios de salud.

Esta información nos pone muy en claro que hay otras curvas que tenemos que aplanar también; en particular la de la multimorbilidad creciente a lo largo de la vida, y la de la desventaja social, que influye también en una mayor probabilidad de expresar multimorbilidad.

En lo que respecta al impacto del COVID-19 en instituciones de cuidado de largo plazo, este no ha sido uniforme. Hay países como Canadá, donde el 85% de las muertes observadas en todo el país se dieron en este contexto, y otros, como el caso mexicano, donde ha sido relativamente raro. Esto se debe a que en México hay apenas un total de 1.700 instituciones de cuidados de largo plazo de personas mayores, contra 40 mil en Gran Bretaña. En el caso mexicano, y en la situación de prevalencia en general en América Latina, el 99% de la población mayor permanece viviendo en el seno familiar, o en su propio domicilio.

Al inicio de la pandemia, en el mes de marzo del 2020, nos percatamos del riesgo que corrían nuestras instituciones, por lo que comenzamos a trabajar en desarrollar, en primer lugar, un directorio. En México, no había un inventario de las instituciones actualizado más que uno recolectado hace cinco años por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística como parte de la Encuesta Intercensal, en donde se habían identificado 1.068 unidades. A partir de esa base de datos, comenzamos un trabajo de rastreo, donde identificamos un poco más de 1.700 instituciones, en el seno de las cuales nos interesaba determinar el estado de preparación y la capacidad de respuesta a la pandemia, y establecer un registro y una guía de comunicación bidireccional que nos permitiera intercambiar información y brindar apoyo. A la fecha, tenemos un censo integral. 315 instituciones han sido encuestadas y estamos en una segunda ola de evaluación.

Desde el Instituto Nacional de Geriátrica de México, a través de la comunicación que hemos establecido, buscamos mantener el contacto con ellos. Con este propósito, hemos trabajado en el desa-

rollo de un sistema automatizado que permita poner en contacto a las personas que trabajan en estas instituciones con los clínicos especialistas, así como brindar la información resultante de estos encuentros y del seguimiento a los tomadores de decisión. Buscamos además abrir un espacio colaborativo donde sea posible desarrollar actividades de capacitación, en este momento orientadas hacia el covid 19, pero con la idea de que este sistema permanezca vigente para el seguimiento de otras condiciones, como el delirio y el riesgo de caídas. Así, a través de esta comunicación permanente pretendemos instaurar medidas de mejoras de la calidad a través del tiempo.

Como parte de las acciones desarrolladas por nuestro instituto al inicio de la pandemia, está un curso MOOC¹ dirigido al personal de salud, enfocado en el riesgo que corrían las instituciones y las posibilidades de intervenir con acciones necesarias. Ese MOOC fue visualizado por 200 mil personas, y ahí fue donde caímos en cuenta del tremendo interés existente al respecto y de la necesidad de profundizar. Por ello, este programa de 20 horas se inicia semana tras semana, y a la fecha nos ha permitido capacitar a cerca de 2 mil personas, entre trabajadores y administrativos, en las residencias de personas mayores.

Además, desde la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud, y siguiendo el Policy Brief publicado en julio de 2020², nos hemos alineado con los 11 objetivos propuestos para mitigar el impacto de COVID-19, incluyendo la atención a largo plazo en todas las fases de respuesta nacional a la pandemia. Específicamente, en la Ciudad de México hemos hecho un esfuerzo orientado a este ámbito, de manera conjunta entre la Secretaría de Desarrollo Social y la de Salud. Se ha movilizó un financiamiento que ha permitido contar con pruebas rápidas y con el desarrollo de una estrategia de identificación y seguimiento de casos, además de fortalecer el acceso a los equipos de protección personal. Así, hemos asegurado

1 Massive Open Online Course ("Curso Abierto Abierto Online")

2 OMS (2020). Preventing and managing COVID-19 across long-term care services: Policy brief, 24 July 2020. Retrieved July 21, 2021, from https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-Policy_Brief-Long-term_Care-2020.1



un seguimiento y evaluación eficaces del impacto del COVID-19. Junto a ello, hemos dotado de una mejor capacidad de respuesta a la pandemia a través de la capacitación. Hemos procurado contribuir a garantizar la continuidad de los servicios esenciales para las personas que reciben atención de largo plazo, y hemos establecido un mecanismo de apoyo, que no es propiamente de supervisión, para favorecer que las normas de prevención y control de infección se apliquen y se sigan en todos los entornos de atención a largo plazo.

También, hemos desarrollado sistemas de apoyo tanto para los cuidadores familiares como los voluntarios, para favorecer una respuesta adaptada a los problemas de salud mental que surgen en el curso de esta situación crítica, que ya se prolonga por tantos meses. Estamos buscando una manera de asegurar una transición suave a la fase de recuperación, teniendo en mente ya la necesidad de una transformación de nuestro sistema de cuidados de largo plazo, hacia un verdadero sistema nacional que en la actualidad aún no tenemos.

Es en este contexto que enfrentamos una serie de retos. En primer lugar tenemos la necesidad de que haya una fuerza de trabajo estable, bien capacitada y bien compensada, que además debe de ser protegida, sobre todo en estas circunstancias. Por otra parte, nos hemos percatado de la relevancia que tiene el papel de los tratos para entender el fenómeno y generar una respuesta adaptada, como ha quedado evidenciado con el análisis presentado al inicio. También está la necesidad de actuar para una capacitación en comunicación para el cambio de comportamiento, sobre todo con la idea de un cambio sostenido a través del tiempo, apoyada además en recursos tecnológicos que nos permiten no sólo mantener la comunicación, sino incluso contribuir a la prestación de los cuidados por vía virtual, a través de un contacto directo con el beneficiario y con su cuidador primario.

Ciertamente aquí –y sobre todo en el momento crítico que atravesamos– la regulación y la inspección no equivalen necesariamente a mejores resultados. Aquí se trata fundamentalmente de generar un espíritu de mejora de la calidad y del trabajo conjunto, conforme se va generando un marco regulatorio apropiado, pero siempre con este enfoque.

Con todo estos antecedentes, establecimos una serie de reco-

mendaciones. Desde marzo tuvimos la oportunidad de participar en el grupo experto de la OMS que generó el primer documento a nivel global en aquellos meses, y desde entonces hemos seguido apoyándonos en esa base para desarrollar medidas más específicas acerca de cómo responder a la contingencia, acerca de la detección, vigilancia y control de la infección, del acceso a los equipos de protección personal, y estrategias para sectorizar los cuidados al interior de las residencias. En este punto hemos puesto un particular énfasis y hemos generado también un programa de capacitación. Junto a ello nos hemos esforzado para establecer mecanismos que permitan mejorar la salud mental. A la par, seguimos recopilando información que nos permita retroalimentar y generar nuevas estrategias.

Junto a esto, hemos establecido un comité directivo en conjunto con el Instituto Nacional de las Personas Mayores, que mantiene una comunicación permanente con la Secretaría de Salud y la de Desarrollo Social. Allí estamos buscando, y poco a poco vamos logrando, establecer una identificación de todos los proveedores de servicios de cuidados que están en el mercado informal, para brindarles acceso a esta información en este momento, más que para regularlos. Además, considerando que los centros de atención a largo plazo están ampliando su función de atención médica y sus necesidades, hemos buscado formas de propiciar el apoyo a través de recursos virtuales y del apoyo directo de las jurisdicciones sanitarias correspondientes.

Esto ocurre en el contexto del inicio de la Década por el Envejecimiento Saludable, que en octubre pasado pasa, de ser una iniciativa de la OMS, a convertirse en iniciativa de las Naciones Unidas en su conjunto. El abordaje de la pandemia ya sea por estrategias de control de alto impacto versus estrategias de mitigación ha conducido a resultados que hoy están a la vista de todos. Por ejemplo, en Hong Kong, donde la esperanza de vida femenina es de 87 años, ésta no se verá afectada en lo más mínimo; mientras que en los Estados Unidos o en México, el exceso de mortalidad rebasará sin duda a las 300 mil muertes, conllevando un impacto significativo sobre las estimaciones de esperanza de vida. Además, las tasas de mortalidad son cinco veces más altas que la media mundial en América. Pero no solo eso. El efecto sobre la salud mental, además del distanciamiento físico, ha sido muy importante entre los ma-



yores, más que en otros grupos de edad, lo que se suma a la vulnerabilidad ya presente por una pobre situación socioeconómica, por dificultades de movilidad, por deterioro sensorial, por soledad y aislamiento.

En este contexto, las acciones claves previstas para la Década por el Envejecimiento Saludable cobran una mayor relevancia, en particular las relativas a la necesidad de incluir a todas las personas mayores, y muy particularmente combatir la discriminación por edad. Nuevamente en nuestro caso, hemos podido intervenir especialmente en la modificación de la normativa para establecer los criterios de otorgamiento de servicios de cuidados críticos, que en una primera versión se centraba fundamentalmente en el criterio de edad cronológica. Logramos modificarlo, haciendo ver los datos y la necesidad de la consideración de la comorbilidad y eventual fragilidad concomitante.

Para esto hay algunos principios clave en este momento que son especialmente relevantes. Estamos obligados a asegurar que las difíciles decisiones de atención de la salud que afectan a las personas mayores, se guíen por un compromiso con la dignidad y el derecho a la salud, y que apunten a fortalecer la inclusión social y la solidaridad; a integrar plenamente un enfoque específico en las personas mayores y en la respuesta ante la crisis. En ampliar su participación, compartir buenas prácticas, y aprovechar los conocimientos y los datos acumulados con una atenta consideración al contexto local de cada región del país, actuando siempre con equidad.

En la actualidad, en el caso mexicano, el sistema de cuidados es virtualmente inexistente. Hay una brecha en donde esta necesidad podría incidir para acercar las iniciativas de la Secretaría de Salud y de la Secretaría de Bienestar. La atención a largo plazo tiene una prioridad política baja, en comparación con la salud y otras áreas de política pública. Hoy, la gobernanza del sistema de atención a largo plazo involucra múltiples sectores, diferentes secretarías y diferentes niveles de gobierno, lo que dificulta la coordinación; y los servicios de atención a largo plazo consisten en una mezcla de proveedores de servicios públicos y privados con y sin fines de lucro, además de cuidadores familiares. En el contexto de la pandemia, esto puede impedir la inclusión de la atención a largo plazo en la respuesta nacional pandémica; la planificación, la supervisión y

la rendición de cuentas; la respuesta coordinada entre los diferentes sectores involucrados; y la asignación efectiva de recursos.

Pero pensamos que esto puede convertirse también en una oportunidad. Hace tres años comenzamos a trabajar en el desarrollo de este sistema. Desarrollamos en aquel entonces este mapa de teoría del cambio, y a la fecha hemos progresado al punto de que el congreso de la república ha declarado el reconocimiento de la necesidad de cuidados como un derecho. Esto abre la vía para comenzar los trabajos específicos de desarrollo del sistema de cuidados, que pretende seguir el modelo de cuidados comunitarios desarrollado en Japón, y que se basa sobre todo en la integración de servicios a nivel comunitario, con cuidados domiciliarios, con un fuerte soporte a los servicios de centros comunitarios más que en el desarrollo de instituciones confinadas de cuidados a largo plazo, que han demostrado en el contexto que vivimos que se transforman fácilmente en trampas mortales.

Por otra parte, hemos venido trabajando en conjunto con la OMS en el consorcio clínico que ha desarrollado la estrategia de atención integrada para las personas mayores (ICOPE). A esta iniciativa, donde se aplica la filosofía de investigación-acción y que se encuentra ya en curso, se suma la nueva iniciativa lanzada en el mes de noviembre del 2020 por la misma OMS, que es el proyecto ICARE. Esta iniciativa se encuentra aún en desarrollo al interior de la Organización Mundial de la Salud y busca establecer los lineamientos para desarrollar los sistemas nacionales de cuidados bajo una perspectiva de atención centrada en la persona. La iniciativa comprende el desarrollo de un paquete básico de servicios que permitan los cuidados integrados de las personas en situación de pérdida significativa de la capacidad intrínseca.

Finalmente, ¿cómo podemos cuidar mejor de nuestros mayores en este contexto? Ello requiere de un quiebre hacia el enfoque preventivo para una longevidad saludable. Preservar la salud, para no tener que tratar la enfermedad y reducir la dependencia. Para los individuos, invertir en preservar la salud es el mejor seguro de vida. →



COLORS
3790

PRODUCE \$1.00
\$1.00

12.99

PONENCIA INTERNACIONAL¹

NARRATIVAS “PERSONA-LUGAR” INTEGRADAS PARA UN CONTEXTO POST-PANDEMIA.

*Ashraf Salama
Jefe del Departamento de Arquitectura
Universidad de Strathclyde, UK*



Puede visualizar la ponencia completa en vídeo escaneando el siguiente código QR

Mi nombre es Ashraf Salama y soy profesor de arquitectura en la Universidad de Strathclyde, Glasgow, Reino Unido. Me gustaría comenzar esta charla agradeciendo a la profesora Marcela Pizzi por invitarme a ser parte de este importante evento. La iniciativa de la Escuela de Envejecimiento es realmente recomendable, especialmente en la actual situación de crisis por COVID-19 y la propagación del virus. Mis agradecimientos a los miembros del equipo que se contactaron conmigo: Jaqueline Meriño y Francisco Crespo, que han facilitado mi participación en este evento y con esta charla.

Estoy contento de estar hablándoles a ustedes hoy sobre el tema del momento, COVID-19, cuando todo el mundo está hablando sobre ello y su impacto sobre las personas y lugares. En general, las consecuencias de remodelar la forma en que nosotros pensamos acerca de arquitectura, urbanismo, asentamientos, ciudades, alojamientos; y la forma en que los lugares en el futuro serán reimaginados y reinterpretados, tanto a nivel intelectual como a ni-

1 El presente texto es una traducción al español de la transcripción original en inglés. El texto fue editado levemente - sin afectar de ninguna forma su contenido - para facilitar su lectura.



vel profesional. Yo adopto la posición de que hablar acerca de los mayores o de la población en envejecimiento - en el contexto de la pandemia - debiera ser integral a la discusión general acerca de personas y lugares. Entonces yo no aílo a las personas mayores de la discusión general acerca de cómo las personas se relacionan con ambientes construidos, los ambientes urbanos de las personas y los lugares. Mi intención aquí es hablar acerca de las personas en general y, por defecto, las personas mayores y otras poblaciones especiales o grupos especiales, incluyendo - por ejemplo - a los niños y otros grupos particulares también.

Entonces la charla es básicamente acerca de algunas implicaciones del espacio social de la situación en la que nos encontramos, el ambiente de la pandemia o epidemia, dependiendo de los elementos contextuales. Le llamamos pandemia si estamos hablando globalmente, pero es epidemia si estamos hablando o centrando nuestra discusión en un contexto específico. Entonces cubriré otros puntos intentando mirar el cómo diferentes disciplinas contribuyen a abordar la condición de la pandemia y cómo debiera ser mirado desde una perspectiva transdisciplinaria. Y cómo esto genera discursos de personas y lugares, un nuevo tipo de discurso que aplica a un espectro más amplio de escalas, ya sean escalas globales o a infraestructura global o a una escala más pequeña, de espacios de trabajo y vivienda. Y los intermedios, por supuesto, los ambientes urbanos y espacios urbanos.

En los últimos 8 o 9 meses, he estado explorando el impacto de COVID-19 y de la pandemia en la sociedad y qué rol podrían y deberían tener la arquitectura y el diseño urbano. Principalmente a nivel especulativo más que experimental o empírico. Y el resultado de esta exploración es una serie de productos en la forma de artículos en revistas, artículos de posición, artículos cortos, intentando mirar al rango completo de influencias que, por supuesto, se relacionan con arquitectura y urbanismo². Hay algunas también en la forma de entrevistas y podcasts disponibles en varios sitios

2 Más información sobre las publicaciones recientes se encuentra disponible en: <https://www.strath.ac.uk/staff/salamaashrafprof/>

web³. Y actualmente parte del esfuerzo es un proyecto financiado en el contexto de campamentos en el Cairo, intentando mirar cómo mujeres marginalizadas están practicando negocios y actividades de emprendimiento en comunidades urbanas pobres en Gran Cairo. Parte del esfuerzo es una colaboración con un número de colegas de la Universidad de Chile en desarrollar una edición especial intentando abordar la arquitectura, urbanismo y salud en un ambiente post pandemia. Y este es uno de los esfuerzos. Recientemente, hemos desarrollado un documento basado en presentaciones de estudiantes tanto de pregrado como postgrado, donde algunos estudiantes se han referido a esta condición. Entonces hay un número de esfuerzos para realmente capturar lo que ha pasado en términos de personas, ambientes urbanos y ambientes contruidos.

Entonces voy a empezar aquí, trayendo ideas o conceptos. Normalmente, lo que escuchamos hoy, las discusiones actuales están centradas en la idea de la “nueva normalidad”. Todos hablan acerca de la nueva normalidad. Y que la nueva normalidad representa una situación no familiar o una condición atípica que eventualmente se volverá una condición normal, usual o esperada. El problema con este tipo de pensamiento es que demuestra que estamos tratando de reaccionar al cambio debido a una situación urgente con la esperanza de permanecer igual. Entonces estamos luchando para permanecer igual, básicamente. Pero la profesión de la arquitectura y su práctica educativa, el urbanismo, han sido desafiados desde antes de la pandemia y ya han perdido su estabilidad, entonces no podemos realmente hablar de -en el contexto de arquitectura y evidencia- de esa idea de una nueva condición estable que llamamos nueva normalidad. No va a haber una condición estable, básicamente, y ese es el argumento aquí. Y basado, por supuesto, en un número de teorías que comenzaron en los 70s. Donald Schon, por ejemplo, introdujo la idea de la “pérdida del estado estable”. Y él llamó a la creación de sistemas adaptativos que necesitamos tener o incorporar, absorber en nuestros sistemas, en nuestros sis-

3 Algunas entrevistas recientes vinculadas con la temática del COVID se encuentra disponibles en: <https://youtu.be/oXzGYsgFocE> y en https://youtu.be/VZ8Pa_bAtHg?t=542



temas de pensamiento, sistemas de práctica, sistemas en la academia y en la toma de decisiones, que básicamente no necesitamos luchar por mantenernos igual. Necesitamos incorporar el cambio en nuestros sistemas. Entonces hemos estado viviendo en este tipo de pensamiento, pero traducirlo en una práctica no ha ocurrido. Visiones estables sobre ocupaciones, religiones, organizaciones y sistemas de valores están enraizadas básicamente, entonces no hay estabilidad. El argumento que estoy tratando de introducir aquí es que no habrá una nueva normalidad y que hemos perdido el estado estable en muchos aspectos de la vida. Y, por supuesto, en la arquitectura y el urbanismo como profesiones y disciplinas educativas. Nuestra tarea no es luchar por permanecer igual, sino que operar como sistemas adaptativos y de aprendizaje. Esa es básicamente la idea. Por supuesto, aquí hay una declaración importante, que es un poco triste en términos de las implicaciones inmediatas de la propagación del virus, especialmente en el contexto de Europa más que en cualquier otro lugar -Europa y Norteamérica. Y es el argumento en un período de transición, que llamamos la nueva normalidad, y que en realidad es un estado fluctuante e inestable.

Parece que estamos en desacuerdo intentando especular el futuro de las personas sobre cómo se relacionan con lugares. Ese futuro ya ha estado ahí, pero no estábamos preparados para eso, y ese es básicamente el argumento. Intentamos mirar el buen potencial y los aspectos positivos que podemos generar de la condición de la pandemia. La condición en la cual estamos en este momento y el movimiento hacia un ambiente visual o digital ha sido predicho en los 80s y 90s. Si miramos los muchos libros, ya sean de geógrafos urbanos, economistas urbanos o incluso arquitectos y planificadores, el trabajo de Manuel Castells⁴, por ejemplo. Manuel Castells argumenta que la nueva ciudad global no es necesariamente un espacio físico, sino un proceso. Muchas personas han estado cuestionando esta asunción. Pero cuando miramos lo que está pasando ahora, es

4 Nota del editor: Manuel Castells es un sociólogo español que se caracteriza por sus estudios sobre la globalización y la era de la información. El año 1974 publica "La Cuestión Urbana" en donde desarrolla algunas de sus teorías sobre la ciudad. Mientras que en 1996 publica "La sociedad red: una visión global" libro en el cual desarrolla la tesis de la ciudad global como proceso y no lugar. Tesis muy debatida por distintos expertos en urbanismo.

básicamente que la ciudad global es un proceso. El espacio físico o la importancia del espacio físico está disminuyendo, y se vuelve más visible cuando miramos el trabajo de William Mitchell⁵. Por supuesto, él tiene muchos libros, pero su trilogía, que se llama “*City of Bits*”, “*E-topia*” and “*Me++*”, en los cuales él argumenta que hay que examinar la arquitectura, el urbanismo y los lugares donde las personas viven en el contexto de la comunicación digital. Y esto fue entre mediados de los 90s y hasta el 2005, cuando fueron las revoluciones de la comunicación digital y las telecomunicaciones, la comodificación de bits y la dominación creciente de lo digital sobre lo físico. Él intentó ofrecer respuestas a las preguntas sobre cómo la transformación de estas tecnologías está impactando nuestras vidas, nuestros ambientes, nuestras prácticas. Y esta es la condición en la que estamos actualmente como resultado de la pandemia, pero había sido, como mencioné, predicha a comienzos de los 90s.

Y esto nos lleva a comenzar a pensar en la idea de la transdisciplinariedad. La entrada de la acción disciplinaria y el conocimiento disciplinario, un conocimiento multidisciplinario no significa mucho, incluso cuando decimos interdisciplinariedad, no significa mucho porque los límites están demarcados, están completamente visibles. Entonces la idea de la transdisciplinariedad es difuminar los límites entre disciplinas si estamos intentando resolver la condición de la pandemia y mostraré eso en la siguiente diapositiva. Pero realmente necesitamos comenzar a pensar en cómo diferentes tipos de conocimiento, generados desde el interior de diferentes disciplinas, pueden ser integrados para resolver problemas complejos. Y la noción entera de transdisciplinariedad, por supuesto, está basada en la asunción de que no hay una sola disciplina que pueda tener reclamaciones fuertes sobre su propia dirección o la habilidad de resolver problemas sociales o ambientales en solitario de lo que está sucediendo en otras disciplinas o en otros campos de investigación. Entonces la noción de transdisciplinariedad se vuelve relevante. Cuando miramos desde una perspectiva disciplinaria, los contribuyentes visibles claves a una condición de pandemia

5 Nota del editor: William J. Mitchell, educador, arquitecto y diseñador urbano. Es conocido por haber sido pionero en la integración del diseño y arquitectura con la computación y otras tecnologías.



pueden ser vistos en términos de tres grupos. El grupo más importante, por supuesto, son los científicos médicos y los expertos en salud pública. Y su rol es sobre la prevención y sobre el tratamiento. Y luego podemos ver a los científicos computacionales y matemáticos, cuyo rol es permitir nuestro entendimiento de patrones de propagación del virus y modelar esa propagación, la infección y las tasas de mortalidad, e intentar ofrecer relaciones entre ellas. Y luego el tercer grupo son los científicos sociales y de comportamiento, cuyo rol es desarrollar políticas y comunicar mensajes positivos generados por organizaciones e intentar inculcar en las personas un sentido de estabilidad, seguridad y, básicamente, acerca de mensajes públicos y cómo esos mensajes confortan a las personas en una situación de crisis como esta.

Ahora, ¿qué pasa con la arquitectura y disciplinas afines, o con incluir básicamente el diseño interior, diseño urbano, planificación urbana y estos campos? Hay un número de preguntas a través de las cuales podemos divisar el rol de estas disciplinas y, como podemos ver en este diagrama, una es la naturaleza de la transformación en dinámicas urbanas post pandemia. ¿El ambiente urbano será el mismo? ¿Nuestras concepciones permanecerán iguales o cambiarán? La era post pandemia, ¿generará nuevos ambientes que acomodarán nuevos patrones de vivienda y trabajo?. Muchas, muchas preguntas. Entonces, por supuesto, podemos proveer respuestas preliminares a estas preguntas. La respuesta básica aquí, mirando todas las posibilidades y las áreas en donde arquitectos, diseñadores urbanos y planificadores puede contribuir desarrollando nuevas perspectivas al impacto de una pandemia en ciudades y ambientes urbanos, desarrollar nuevos entendimientos sobre las características de espacios urbanos y cómo estos van a evolucionar en estas condiciones. Nuevas concepciones relacionadas a estilos de vida emergentes y a patrones de trabajo y de vida, y cómo estos se integran. Y también desarrollando investigaciones que comprendan o intenten ofrecer un entendimiento de las implicaciones sociales espaciales de la propagación del virus. El rol de la arquitectura y del urbanismo es básicamente, como resultado de todas estas actividades, últimamente desarrollar respuestas de diseño y planificación para crear ambientes saludables para todo tipo de poblaciones y grupos. Entonces estas son algunas de las respuestas elementales. Pero para ser capaz de realmente

proveer respuestas efectivas, necesitamos realmente adoptar este pensamiento transdisciplinario porque arquitectos y diseñadores urbanos no pueden hacerlo solos debido a la complejidad de los problemas y a las implicaciones asociadas. Mirando, por ejemplo, a los constituyentes del urbanismo post COVID-19, podemos ver estos tres en este diagrama, estos tres grupos. Dinámica urbana, que es más global, y la escala ciudad, y luego las medidas de distanciamiento, que se relacionan a la escala ciudad, y también a unidades urbanas más pequeñas, como espacios urbanos. Y luego patrones de vivienda y trabajo. Podemos ver un número de áreas para abordar dinámicas urbanas. Por ejemplo, no podemos discutir dinámicas urbanas en aislamiento. La integración de la geografía urbana, diseño y planificación urbana, ingeniería de transportes y otras disciplinas, podrían ofrecer un entendimiento comprensivo de dinámicas urbanas y cómo son impactadas en la condición global. Las medidas de distanciamiento y cómo influyen la percepción de las dialécticas del espacio urbano en la vida urbana. De nuevo, esto requiere que los arquitectos trabajen con psicólogos ambientalistas, psicólogos de desastres y expertos en salud pública. Imaginar el diseño de vivienda y trabajo de nuevo podría requerir un entendimiento de antropología, sociología y otras áreas que podemos discutir después, mencionaré algunas de ellas más adelante a medida que progresamos en la presentación.

Las condiciones de COVID-19 básicamente generaron implicancias significativas y un interés en examinar las dimensiones sociales de arquitectura y ambiente urbano. Dichas dimensiones sociales, probablemente, fueron introducidas a la comunidad arquitectónica en los 60s. Pero, aún así, muchos arquitectos y planificadores estaban lidiando con los aspectos pragmáticos de la profesión. De esta forma, la dimensión social siempre fue abordada, en algunos casos, superficialmente y, en otros casos, totalmente ignorada. Entonces la condición de pandemia por COVID-19 básicamente reintegró esta dimensión social de la arquitectura, incluyendo un rango de problemas que se relacionan con la salud pública, distanciamiento social, interacción social, bienestar, estilos de vida y de trabajo, y muchos otros elementos. Entonces hay problemas emergentes que no eran realmente parte de las discusiones convencionales antes de la pandemia. Primero que todo, a escala global, la situación actual ha conducido a polaridades y a muchos



impactos severos y negativos, pero también a productos positivos. Estaban las restricciones al tráfico global y actualmente la mayoría de Europa está básicamente lidiando con medidas de confinamiento que tienen impactos significativos en la movilidad, conduciendo a destruir economías, desempleo y una reducción dramática de la producción industrial. Todos esos son impactos negativos, pero también hubo una reducción en la contaminación del aire. Ese es un aspecto positivo y hay muchas imágenes satelitales, les mostraré una ahora, que son prueba que desde marzo 2019 a marzo 2020, hubo una reducción significativa de los niveles de dióxido de carbono y contaminación. Esta es la imagen de Beirut, por ejemplo, en el Líbano. Y es una ciudad en el cerro y uno nunca ve esta imagen tan clara en circunstancias normales. Entonces la idea de una reducción en los niveles de contaminación fue realmente importante. Y en el contexto de discutir sobre personas mayores, por supuesto, algunas personas argumentan que la contaminación o la contaminación del aire tiene mayor impacto en las personas mayores que el mismo COVID-19. Este es Wuhan, China, y lo que se dice ser la fuente de la enfermedad. Ha experimentado una reducción masiva en los niveles de contaminación como podemos ver aquí.

[Figura 4 →]

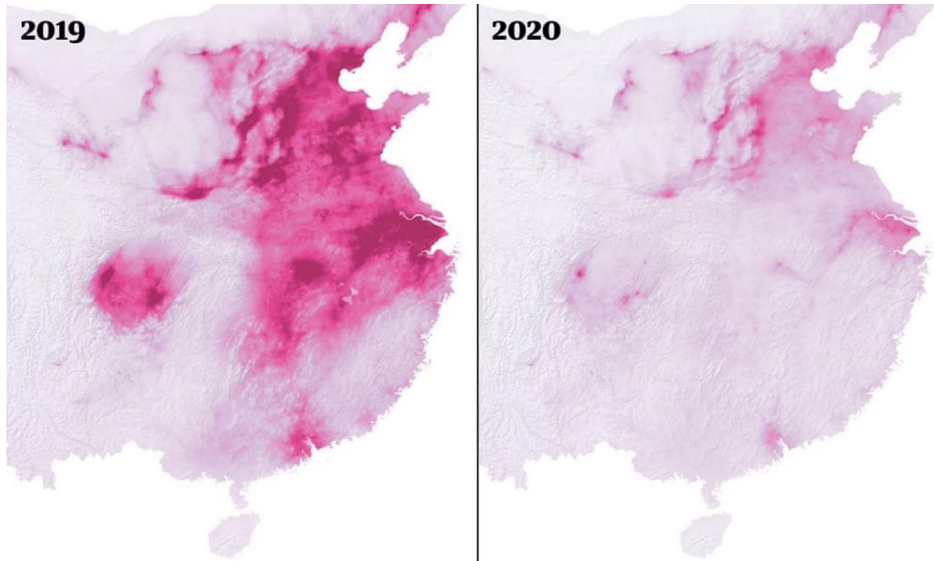


Figura 4: Imagen satelital comparada de contaminación en Wuhan, años 2019 y 2020.

Fuente: Coronavirus pandemic leading to huge drop in air pollution. (2020, March 23). The Guardian.

El color rosado es básicamente la indicación de la contaminación y este es marzo de 2020. Pueden ver muchas imágenes satelitales y especialmente en algunas ciudades europeas, en Italia y Londres y en muchos otros lugares. Entonces este es un producto positivo de la pandemia, entonces necesitamos ver cómo este resultado positivo puede ser capitalizado en el pensamiento futuro de planificar ciudades y ambientes urbanos.

Las implicancias también se ven en aspectos de la vida, incluyendo una aguda disminución en el tránsito público. En algunas ciudades europeas alcanzó el 90% de disminución, entonces sólo un 10% de la capacidad era operacional en términos de tránsito pú-



blico. Por supuesto, esto tiene implicancias urbanas donde políticas efectivas e incentivos para utilizar formas alternativas de tránsito, como la bicicleta o programas para caminar al trabajo y los incentivos intensos asociados a ello serán parte de las discusiones futuras acerca de las ciudades. La pandemia ha impactado a la infraestructura global y a la red global y, por ende, a ciudades globales, por supuesto, en varias maneras. A veces estas implicaciones o impactos no son realmente visibles en una primera mirada, pero mirando puertos y aeropuertos, estos son percibidos como lugares para el inicio de un virus en una ciudad porque se trae el virus a un contexto a través de un área de transporte como estas. Y son vistas como lugares potenciales para el comienzo de la propagación del virus. Y por eso han experimentado una reducción significativa en sus operaciones. Por supuesto, todo esto viene con gastos e implicancias e impactos en las economías. Y notando que cuando el SARS se propagó en 2003, por ejemplo, impactó a ciudades globales y a mercados de ciudades globales en Singapur y Hong Kong. Si bien estos son mercados muy importantes, no son Londres o Nueva York. Entonces la condición actual ha impactado a ciudades más grandes y a la mayoría de los centros financieros globales, Londres, como mencioné, y Nueva York. Entonces esto añadió implicancias adicionales al pulso de la condición global.

En el período temprano de discutir la pandemia, lo que es realmente interesante, la discusión convencional se concentró en ciudades importantes alrededor del mundo, ciudades grandes alrededor del mundo, y las discusiones acerca de campamentos y barrios marginales en diferentes partes del mundo, en India, Brasil y otros lugares alrededor del mundo, no fueron parte de los reportes de noticias o de análisis, hasta probablemente junio o julio, cuando las personas comenzaron a exponer los problemas, ya sea en reportes de medios o en alguna investigación. Y la discusión era siempre, como mencioné, centrada en ciudades importantes. Pero estas ciudades fueron marginalizadas, las de campamentos. Y algunos argumentan que los campamentos ya son marginalizados, entonces no hay nada nuevo. Continúan siendo marginalizados incluso en esta condición de COVID-19. Solo recientemente comenzamos a ver preocupaciones expresadas acerca de las realidades contrastantes entre diferentes segmentos de las sociedades en este contexto. Ya sea, como mencioné, en Sudáfrica, India o Brasil, y el impacto de la propagación del virus en estas comunidades o en su población.

Se me preguntó en una reciente sesión de entrevista planificada previamente acerca de la densidad, y la pregunta fue “¿está esta pandemia haciendo a la densidad obsoleta? ¿O es una crítica demasiado simplista de la densidad en un ambiente urbano y el impacto de la pandemia?”. Muchos podrían argumentar que, por supuesto, hay muchos argumentos acerca de la densidad en el contexto de la propagación del virus. Pero es independiente del contexto, ya sea el tejido urbano denso y altamente deteriorado en una ciudad como El Cairo, o en la aglomeración con alta densidad de torres residenciales en altura en Hong Kong. Las discusiones y discursos acerca de la densidad se vuelven realmente importantes. La respuesta a esa pregunta no es un sí o un no, entonces no podemos decir “esto es malo” o “la densidad es buena” en el contexto de la pandemia y en contener la propagación del virus. La respuesta es básicamente una discusión acerca de los pros y los contras de la densidad. Y aquí me gustaría referirme a la densidad de construcciones y a la densidad poblacional en conjunto.

Antes de la pandemia, justo antes de la pandemia, un par de meses antes, hubo un estudio publicado⁶ examinando ciento ochenta ciudades intentando explorar u ofrecer un meta análisis, un análisis de alto nivel de la densidad en relación a las realidades socioeconómicas en ciento ochenta ciudades. Y el estudio reveló resultados muy positivos como producto de la densidad, de la alta densidad en términos de prosperidad económica y en términos de impacto de muchas poblaciones. Y esto aplica, por supuesto, a muchos contextos. Este es el contexto de El Cairo, o incluso lugares como Vancouver, la próspera ciudad frente al mar de Vancouver, la densidad está creando riqueza económica. Incluso cuando discutimos ambientes tradicionales, hemos aprendido de ciudades tradicionales que la densidad tiene un impacto significativamente positivo en las ciudades. Arquitectos, diseñadores urbanos y planificadores siempre intentan simular ambientes tradicionales y el aspecto de la densidad en estos ambientes, cuando se diseñan nuevas estrategias de intervención urbana o proyectos de regeneración urbana. ¿Por qué? Porque la densidad tiene un impacto positivo en

6 Nota del editor: se refiere al siguiente estudio: Ahlfeldt, G. M., & Pietrostefani, E. (2019). The economic effects of density: A synthesis. *Journal of Urban Economics*, 111, 93–107. <https://doi.org/10.1016/j.jue.2019.04.006>



la sociedad, generando interacciones sociales positivas, diversidad económica y cultural, y muchos otros elementos positivos. Entonces los ambientes tradicionales siempre han sido una inspiración para el desarrollo de nuevos proyectos y visiones urbanas y para muchas ciudades alrededor del mundo. Entonces no es acerca de la densidad, de que la densidad tiene un problema. Hay dos visiones. Una visión dice “Ok, estoy por la densidad” y otra visión “No, estamos en contra de la densidad”. La visión en contra argumenta que “Cuando el SARS⁷, que es el virus que se propagó en 2002 y 2003, ciudades como China no eran tan densas como son ahora”. Entonces básicamente tratan de referir a la densidad como la razón de la propagación del virus. Pero a esa visión le falta un elemento importante, que el virus mismo, el coronavirus es contagioso, no es como el SARS. El SARS impactó un número limitado de ciudades alrededor del mundo, y éste [el SARS-Cov-2], de hecho, al mundo entero, en términos de la velocidad de la propagación y del área de la propagación. Entonces básicamente esta es la visión que va en contra de la densidad. La otra visión que está a favor de la densidad, la defiende y dice “Hong Kong y Singapur son lugares con mayor densidad que Nueva York y Londres, pero lograron controlar la propagación del virus de mejor manera que Londres y Nueva York. ¿Por qué?”. Esto demuestra que la idea de contención y la idea de contener la propagación del virus y el manejo de la densidad es importante. Entonces no es sobre densidad, es sobre el manejo de la densidad.

Una vez superado el ambiente de la pandemia, la pregunta será acerca del manejo de la densidad, donde el balance entre la densificación y compactación de un lado y el aislamiento y compartimentalización en el otro lado, serán realmente importantes. Ese balance será realmente crítico. Porque, además, la densidad y el manejo de la densidad también pueden permitir el control de la propagación, si no es bien manejado. Entonces esa es la pregunta de la densidad. También, han habido un número de estudios en el contexto de América del Norte argumentando o tratando de argu-

7 Nota del editor: se refiere al SARS-CoV-1 virus que desencadenó un brote epidémico en Asia el año 2003. El denominador de “1” es para distinguirlo del actual SARS-CoV-2 que causa la COVID-19, es decir, la “Enfermedad producida por Coronavirus” que produjo el brote pandémico en 2019.

mentar en torno a las preguntas: “¿Es acerca de la densidad? ¿O es acerca de la expansión urbana?”. Y hay un estudio reciente de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins, que no fue realizado por planificadores o por diseñadores urbanos. Han realizado una investigación intensiva en los últimos meses para establecer si la densidad es la razón de la propagación del virus. Y esto fue mediante la examinación de 900 condados metropolitanos a lo largo de América. Las tasas de infección fueron asociadas a la expansión urbana, no a la densidad urbana. Entonces eso es importante.

Entonces ahora otra pregunta diferente a densidad, ¿qué significa habitar una ciudad?. Una ciudad como la que ustedes ven ahora con tráfico urbano y congestión del tráfico y con una masiva población en las calles. ¿Cómo será esto determinado en el futuro?. Entonces estoy tratando de presentar un número de conceptos para desarrollar una respuesta a “¿Qué significa habitar una ciudad?”. Por supuesto, me estoy refiriendo a un número de contextos diferentes alrededor del mundo, pero seleccionando conceptos específicos como ubicación geográfica, que constituye un hogar o conceptos como “rango de hogar”, “vínculos a lugares” y otros conceptos que están emergiendo de la psicología ambiental, que no están relacionados exclusivamente a la arquitectura, pero tienen un impacto significativo en la forma en que entendemos ambientes urbanos y configuraciones urbanas. Y, al menos en parte, he estado intentando argumentar que algunas personas quizás puedan terminar efectivamente dejando los núcleos de ciudades densas y trasladarse fuera de las ciudades. Dos argumentos fueron, básicamente, introducidos aquí, uno sobre el potencial de que las personas puedan dejar el área urbana densa dentro de la ciudad, trasladarse desde el centro a la periferia de la ciudad, o incluso a las partes rurales de la ciudad; pero esto depende de la capacidad económica, entonces algunas personas pueden optar por una migración estacional, por tanto, esta idea o práctica de la migración estacional desde el centro de la ciudad a la periferia o a la zona rural y regresar, digamos, on períodos más seguros. O incluso quedarse en la ruralidad, pero, por supuesto, para aquellos que pueden trasladarse todos los días a sus trabajos, que es el segundo argumento para trasladarse completamente fuera de la ciudad.

Así, tenemos la idea de la “zona del hogar” [*home zone*] que es



el lugar inmediato en donde las personas viven. Aprendimos de la psicología ambiental que las personas tienden a moverse entre la zona del hogar y el “rango del hogar” [*home range*]. El rango del hogar es el ambiente residencial contextual completo y la zona del hogar es el ambiente inmediato alrededor del hogar. Entonces en el futuro se anticipa que habrá una preferencia por la zona del hogar en lugar del rango del hogar. Y esa tendencia está básicamente basada en el nivel de comodidad, y ese nivel de confort vendrá del sentimiento de seguridad, del sentimiento de limitar la interacción con otras personas. Y cuando miramos el concepto de “vínculo a un lugar” [*place attachment*], que es un concepto muy importante, este argumenta que las personas se vinculan a lugares basándose en un número de factores. Esta es la lista de factores: estética, herencia, actividades recreativas, diversidad biológica, aspectos económicos, muchos parámetros. Lo interesante es que la salud no fue introducida explícitamente en el discurso urbano y en algunas de estas discusiones. La salud pública, por ejemplo, no es uno de los indicadores claves para analizar el vínculo al lugar o en preferencias de vinculación a determinados lugares. Entonces yo podría asumir que la salud será un componente integral del discurso urbano cuando hablamos de vínculo al lugar. Seguridad personal, salud personal, salud pública, están faltando en este discurso. Entonces uno podría asumir que un amplio espectro de ciudades tendrán que lidiar con estos problemas. Ya sean ambientes para niños, áreas de juego exterior, donde la salud y la seguridad de los niños, por supuesto, se vuelve una prioridad. Problemas relacionados a la esfera pública y a la seguridad personal, aglomeraciones, interacción, soledad, donde, de nuevo, la salud y la seguridad de las personas mayores en particular debiera ser una prioridad.

También, el concepto de “proxémica” [*proxemics*] y “espacios personales” fue introducido en los 60s a arquitectos y diseñadores urbanos por Edward T. Hall es sus muy importantes libros “*The Silent Language*” y “*The Hidden Dimension*” de arquitectura. Él clasificó las relaciones entre personas - o mejor dicho - clasificó las distancias, de acuerdo con las relaciones entre personas, en distancias discretas. Él estaba intentando mirar los espacios íntimos y cómo las personas funcionan dentro de estos espacios íntimos; dentro de espacios personales, espacios públicos, sociales - en fin - todos los rangos de distancias, las cuales traducen distintas relaciones entre

personas. Es de esperar, también, ahora podemos escuchar con las medidas de distanciamiento, que las personas van a funcionar en más de un metro y medio de distancia, entonces básicamente los niveles íntimos, personales e incluso los sociales serán evadidos y las personas tendrán una tendencia a operar dentro de la categoría de distancia pública. La idea de la “burbuja personal”, donde hay también un discurso. Una idea importante: si las pandemias son eventos estacionales, entonces tenemos un problema anualmente, digamos en 2 o 3 meses y luego se va como la influenza o cualquier otro tipo de enfermedad o virus que se propaga, se detiene y luego se propaga nuevamente. El coronavirus podría terminar siendo un problema estacional y si es un problema estacional se quedará en el inconsciente colectivo de las personas. Entonces básicamente las personas utilizarán dos niveles de distancias y su burbuja será diferente. En períodos seguros, su burbuja se encogerá y en períodos peligrosos y riesgosos, su burbuja se expandirá [sic⁸] de tal manera de limitar la interacción con otros. Entonces todas estas ideas son realmente importantes [...] se implican en cómo las personas, como grupo o individualmente, van a operar dentro de espacios y ambientes.

Hemos estado realizando bastante trabajo en términos de examinar el uso de espacios públicos en diferentes ciudades, incluyendo la ciudad de Glasgow, por ejemplo, y el centro de la ciudad de Glasgow. Probablemente, la mayoría de los estudios que hemos estado conduciendo sobre la calidad de ambientes urbanos necesitarán ser revisados en el contexto de la pandemia y las medidas emergentes y las limitaciones y referencias como resultado de la condición de la pandemia. También, deberíamos preguntarnos si la mayor parte del discurso urbano y de las teorías urbanas necesitarán ser revisadas. Los espacios urbanos fueron siempre definidos en términos de la relación entre la forma urbana y la vida urbana. Entonces ¿cuáles son las características de esta vida urbana ahora en el contexto de las limitaciones o de limitar la interacción con

8 Nota del editor: todo indica que pretendía decirlo a la inversa y fue un lapsus de lenguaje simplemente. No obstante hemos decidido ser fieles a la frase original para evitar errores de interpretación.

9 Nota del editor: breve interrupción de la conexión de la videollamada.



otros?. Cuando miramos al cuerpo de conocimiento sobre ambientes urbanos y la esfera pública, el espacio urbano es un espacio de encuentro y de simultaneidad de reuniones, entonces realmente debemos preguntarnos ¿seguirá siendo igual?. Si la pandemia se vuelve parte del inconsciente colectivo de las personas, ¿continuará siendo igual?. Entonces las expectativas son de que el discurso urbano tendrá un término diferente de querer incluir las características de salud pública como un parámetro importante. Lo segundo es mirar estos valores que solíamos mirar como negativos, y algunos de ellos ahora serán positivos en el contexto de la pandemia y de las medidas.

Como podemos ver aquí, el uso contrastante de espacios públicos el cual - en el peor de los casos - estará simplemente vacío o, por otra parte, experimentará un “compromiso pasivo” [*passive engagement*]. Solíamos describir la calidad de espacios urbanos con la idea de de “compromiso activo”, por su parte, el compromiso pasivo era visto como una cualidad negativa. Ahora el compromiso pasivo es promovido, lo que tendrá implicancias en la forma en que entendemos los ambientes urbanos y diseñar para este tipo de restricciones y limitaciones si la pandemia continúa o si se vuelve un evento estacional. Algunas de estas cualidades aplicadas aquí, como pueden ver en estos espacios.

[Figura 5 →]

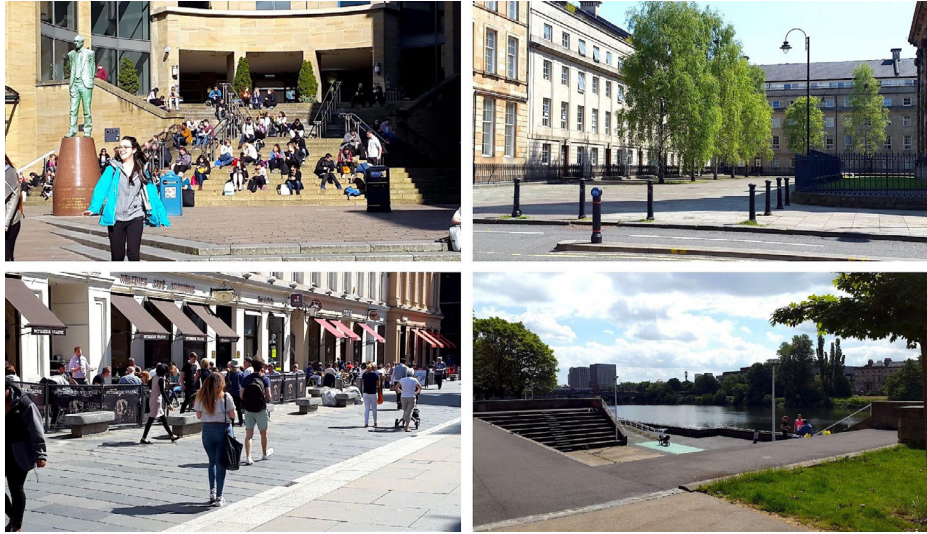


Figura 5: Ejemplos de "compromiso activo" y "compromiso pasivo".

Fuente: Salama, A. (2020) People-place integrated narrative for a post pandemic context. Presentación Séptima Escuela Internacional de Verano sobre Envejecimiento. REDEN-Uchile.

Y cuando miramos de cerca, pueden ver un movimiento desde compromiso activo a compromiso pasivo en este tipo de espacios a la derecha de la diapositiva, donde no hay compromiso en lo absoluto, lo que invita también a especular que traer naturaleza a la ciudad será una parte importante de la discusión. Pero también tenemos que diferenciar entre dos tipos de naturaleza. Hay una naturaleza o "naturaleza natural" donde vamos y construimos en el desierto o en el bosque o en la montaña, y esa es naturaleza natural. O "versión controlada" de naturaleza, una que traemos traemos a la masa urbana y el ambiente urbano, la traemos dentro de la ciudad. Pero, en todos los casos, la anticipación es que habrá una preferencia de interactuar con la naturaleza en lugar de interactuar

con el ambiente construido o con el ambiente humano. Mirando al discurso urbano por completo, y han habido un número de modelos y un número de definiciones, pero cuando miro los modelos que fueron desarrollados acerca de los constituyentes del concepto de “lugar” desde los 70s, David Canter y luego en los 80s, Montgomery, y en los 90s otros; puedes ver que todos ellos mencionan lo mismo usando diferente terminología, pero que la salud pública no está incluida en la discusión y en el discurso de lo que determina la calidad de un espacio urbano o de un ambiente urbano.

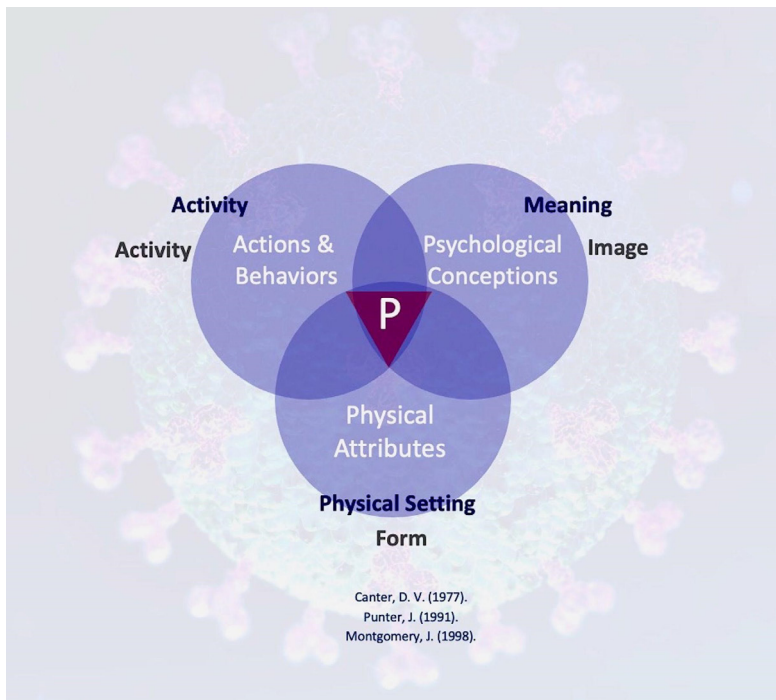


Figura 6: Resumen de los elementos fundamentales del espacio urbano.

Fuente: Salama, A. (2020) People-place integrated narrative for a post pandemic context. Presentación Séptima Escuela Internacional de Verano sobre Envejecimiento. REDEN-Uchile.

Entonces yo podría asumir que encontraremos otro círculo aquí u otro componente de ese diagrama, intentando mirar cómo estos elementos interactúan con la salud pública en el centro de la discusión. Por supuesto, hay muchos otros problemas que uno podría mencionar aquí, pero probablemente ya están detallados o son demasiado para esta presentación. Así que me saltaré eso e iré a la idea de adaptación y apropiación. Ya sea usado para personas mayores o ciudadanos *senior* o personas con discapacidad o el grueso de la población, hay lecciones que deben ser aprendidas por arquitectos y diseñadores urbanos. Son acerca de ambientes urbanos cotidianos, la arquitectura del día a día. Y varias acciones que representan aspectos de apropiación, el uso de elementos arquitectónicos y actividades que nunca fueron concebidas anteriormente.

El balcón adquirió un nivel de importancia diferente, por ejemplo. Las entradas de las casas y los accesos de las casas se usan para otras actividades o nuevas actividades que no habíamos visto antes. Incluso la interacción visual y verbal entre balcones se volvió un aspecto importante. Parte de la apropiación también abordando las medidas son este tipo de reacciones que pueden ver en las imágenes y a primera vista se ven graciosas, pero son realmente muy significativas en términos de intentar limitar la interacción mientras que al mismo tiempo dan la impresión de que las personas están comprometidas con algo.

Restaurantes en espacios exteriores y lo que las personas harán, y la forma en la que van a interactuar con aceras y con el espacio exterior de un restaurante, por ejemplo. Y estos son dos tipos de apropiaciones. La apropiación como acción tomada por los dueños de restaurantes o por los mismos usuarios. Habrá nuevas formas de apropiación que definirán el futuro de “ser social”. Entonces, en el pasado, cuando decíamos “social”, significaba compromiso activo, hablar, trabajar y alguna actividad en conjunto. Ahora cuando decimos “social”, ¿qué significa?. Y yo podría asumir que va a tener implicancias sociales significativas en cómo diseñamos espacios basados en el nuevo entendimiento de lo que es social. Lo mismo aplica a ambientes de trabajo, qué tipo de cambios tendrán lugar en el futuro, cómo el distanciamiento social y cómo estas restricciones en las distancias van a influir nuestra percepción, por ejemplo, de colaboración en el lugar de trabajo o la interacción en el lugar de trabajo. Y lo mismo aplica a ambientes educacionales, salas de



espera y está la idea de interacciones, la idea de reuniones públicas y cómo estas tendrán lugar en el futuro también está determinada por las nuevas medidas. Los ambientes escolares en la forma en que los diseñadores deben ser capaces de desarrollar espacios de aprendizaje especialmente distantes para limitar la propagación de la enfermedad o del virus, dependiendo del período en que el virus se está propagando.

Los patrones de vivienda y trabajo emergentes tendrán que ser evaluados desde un amplio espectro de puntos de vista y disciplinas, y regresaré a la idea de transdisciplinariedad que introduje en el comienzo. Entonces esa transdisciplinariedad tiene que manifestarse cuando intentamos entender, por ejemplo, la producción de viviendas en el contexto de la pandemia. ¿Cómo podemos desarrollar patrones de vivienda y trabajo para apoyar las necesidades de las personas en el contexto de una pandemia? ¿Cómo podemos depender de las disciplinas y comprender desde otras disciplinas? Digamos sociología, por ejemplo. Pierre Bourdieu y sus ideas acerca de la percepción del ser y la percepción de experiencias pasadas y cómo estas van a impactar nuestro entendimiento de los ambientes hogareños y nuestras preferencias de ambientes hogareños. Desde una perspectiva antropológica, la idea del aislamiento de la comunidad o de la integración en la comunidad, cómo estas ideas serán reformuladas en el contexto de la pandemia. Muchas otras ideas realmente, entonces la propuesta aquí es tratar de mirar el alojamiento, la vivienda, desde una perspectiva sociológica, antropológica y etnográfica y cómo estas perspectivas pueden apoyar a arquitectos y diseñadores urbanos en generar y desarrollar conocimiento que pueda apoyar a usuarios en un contexto post pandemia.

Voy a concluir en esta diapositiva y argumentar que el rango de posibilidades para entender la condición post pandemia es realmente infinito y de fin abierto. Que podría pasar, lo que arquitectos y diseñadores urbanos necesitan entender para contribuir y operar, puede ser visto en este diagrama acerca de, nuevamente, dinámicas urbanas, medidas de distanciamiento y patrones de vivienda y trabajo y los problemas asociados que van desde [...] el mercado de la vivienda actual, por ejemplo. Trabajar con psicólogos ambientales para abordar asuntos críticos acerca de salud pública relacionados con ambientes urbanos, asuntos relacionados con transporte y

sanitización de dependencias públicas y la percepción de eso. Arquitectos y diseñadores urbanos no pueden hacer o lidiar con estos problemas separados de otros expertos. Entonces la calidad de la vida urbana, salud urbana, justicia ambiental, con respecto a las personas mayores, se volverán una parte integral de la discusión, lo que no hemos visto antes. Y ese componente integral del discurso futuro y su impacto sobre el urbanismo en apoyo de esta población también será importante. E intenté no aislar a las personas mayores del discurso general acerca de las personas, acerca de los problemas asociados a rango del hogar y zona del hogar, vínculo al lugar, adaptación y apropiación. Entonces la discusión de las personas mayores se vuelve parte del grueso de la discusión y no un tipo de discusión etiquetada.

Muchas gracias por la oportunidad y concluyo básicamente aquí con esta diapositiva. ➔



PANEL DE CONVERSACIÓN

“PANDEMIA Y PERSONAS MAYORES: ¿CÓMO AFECTA LA ARQUITECTURA, DISEÑO Y EL ESPACIO URBANO?”

Moderadora:

Marcela Pizzi - Arquitecto y profesora titular del Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos de la Universidad de Chile.

Panelistas:

*Ximena Cea - Universidad de Chile.
Rebeca Silva - Universidad de Chile.
José Miguel Morales - Jefe de la División Territorial de SENAMA.
Alvaro Jara - Gerópolis, Universidad de Valparaíso.*

INTRODUCCIÓN

No es novedad reconocer que los niveles de envejecimiento de la población son cada vez más altos a nivel global. Chile en particular, presenta uno de los índices de incremento más rápidos de envejecimiento poblacional con respecto al resto de países latinoamericanos. Las presentaciones realizadas en esta escuela han dado cuenta de la necesidad de tomar consciencia, abordando la importancia de mejorar el sistema de salud, de fomentar la inclusión de personas mayores en las herramientas tecnológicas y virtuales, y cambiar la imagen cultural que se tiene de la vejez. En términos generales, se apunta hacia un compromiso por la dignidad de este grupo poblacional, garantizando el cumplimiento de sus derechos básicos, fomentando la inclusión social, solidaridad intergeneracional, participación, valoración y equidad.

Ahora, si miramos cómo se distribuye la población de personas mayores en el territorio chileno, se observa que la mayor parte de ellas habita en centros urbanos, lo que vuelve necesario mejorar la planificación de las ciudades y del entorno en que vivimos, de manera que sean más inclusivas. La discusión sobre este aspecto se vuelve aún más urgente si nos situamos en el escenario actual, donde la pandemia por Coronavirus ha agravado y complejizado las condiciones de vida preexistentes, poniendo en evidencia la necesidad de mejorar la manera en cómo se organiza el espacio.

A raíz de la pandemia y el confinamiento, nuestra movilidad se ha visto profundamente transformada, y nuevos elementos han adquirido relevancia en el debate público en términos de transporte, habitabilidad, densidad poblacional, migración, relación urbana-rural, entre otros. En consecuencia, se ha hablado de una “nueva normalidad”, que pareciera ser en realidad una “nueva anormalidad”, pues se presentan condiciones distintas de vida, ante las cuales se necesitan generar mecanismos de adaptación.

En vista de este escenario, se realiza un conversatorio en torno a la pandemia, la organización del espacio, y las personas mayores. El diálogo se desarrolló a partir de dos cuestionamientos centrales que hablan sobre el impacto de esta crisis en la vida de este grupo de la población.

EFFECTOS DE LA PANDEMIA EN EL USO DEL ESPACIO FÍSICO POR PARTE DE LAS PERSONAS MAYORES

Dentro de los múltiples efectos de la pandemia en la vida de las personas mayores, destaca en primer lugar el aislamiento social, y la disminución de muchos vínculos con organizaciones sociales o instituciones de las que solían participar, así como también de las redes familiares, comunitarias y amistosas. El aislamiento que emerge en el contexto de confinamiento tiene una repercusión directa, por una parte, en la disminución de la integración social de este grupo de la población. Y por otra parte, se ha visto que la pérdida de redes desencadena también una importante disminución de los accesos a los servicios de salud y controles médicos, agravando muchas veces las patologías crónicas que algunas personas mayores sufren. Esto último ha sido evidenciado por el centro Gerópolis

en la ciudad de Valparaíso, cuya geografía y condiciones previas a la pandemia, ya presentaban importantes dificultades de desplazamiento, sobretudo para las personas mayores y habitantes de las zonas periféricas. Con la llegada de la pandemia, se observa entonces una profundización de tales dificultades, agravando el aislamiento de quienes deben derechamente dejar de asistir a sus trabajos, controles de salud, reuniones comunitarias, entre otros. El confinamiento profundiza una noción del espacio doméstico como el lugar seguro, pero agrava las inseguridades con respecto al entorno exterior.

“Tiene que ver con pensar en una casa o en un in-door, que termina siendo tu espacio de seguridad, tu espacio de contención, pero tu espacio de prisión finalmente, para no exponerte a caerte por la escalera o a que entre un pie en un espacio deteriorado dentro de la vereda, etc.”

Los impactos que tiene la pandemia en el uso del espacio por parte de las personas mayores, se ve cruzado por un contexto de acceso desigual a los servicios y facilidades que las diferentes comunas del país pueden ofrecer. Desde esa perspectiva, cabe cuestionarse sobre todas las condiciones previas que intervienen en las dificultades del escenario actual, y preguntarse entonces, hasta qué punto las ciudades posibilitaban efectivamente habitar un espacio en el que las personas mayores podían participar. Más aún, es posible que antes del escenario actual, hubieran personas viviendo en situaciones permanentes de confinamiento involuntario, a causa de sus condiciones de vida. Aquellas personas marginadas o excluidas, cuyas características no coinciden con las formas en que se ha diseñado la ciudad. Desde esa perspectiva, si bien es posible mencionar una gran diversidad de problemas asociados al contexto pandémico, se hace necesario mirar el cuadro más amplio, entendiendo los escenarios anteriores de desigualdad estructural en el que se ha organizado el espacio público. Hay un trasfondo de condiciones precarias que hoy se presentan de manera amplificadas y afectan significativamente a las personas mayores.



“Yo creo que la emergencia sanitaria viene a profundizar las desigualdades estructurales, y viene por lo tanto a impactar negativamente a esta población, que no solamente de Covid es vulnerable, sino que desde la definición de la programática de la política pública”

En esa línea, se plantea que las dificultades asociadas a la pandemia no se deben únicamente al evento en sí, ni tampoco a las características particulares de las personas, sino a la organización del entorno. Dicho de otra forma, *“Cuando hablamos de personas que no son autovalentes, habría que cuestionarse también por qué no son autovalentes, porque hay algo que tiene que ver con el diseño de nuestras ciudades”*.

A partir de todo este diagnóstico se vuelve necesario, por una parte, pensar en un “habitar inclusivo”, que tenga en cuenta todo el curso de la vida. Es importante reconocer cómo las desigualdades repercuten a lo largo de toda la vida de las personas, y por tanto fomentar una planificación del espacio que sea integral y a largo plazo: *“Las ciudades deben ser aptas tanto para un niño como para una persona mayor”*.

Por otra parte, es fundamental potenciar la participación de las personas mayores, pues una buena política o teorización sobre el diseño y planificación de las ciudades exige necesariamente incorporar las experiencias y saberes de sus habitantes. No se debe olvidar que son las mismas personas quienes habitan y producen el espacio físico. En ese sentido, se enfatiza en la importancia de fomentar una participación de carácter vinculante, y no consultiva, siendo urgente un cambio de paradigma, que apunte hacia una articulación de saberes y redes de práctica. De allí que las/os panelistas se pregunten: *¿Qué metodologías generamos para situarnos en una participación vinculante que pueda abordar la ciudad para sus habitantes con sus habitantes, desde un enfoque sistémico y transdisciplinar?* Las respuestas apuntan hacia metodologías de co-construcción, co-diseño de espacios públicos y en paralelo, un plan de entrega de información canalizada a los/as tomadores/as de decisiones.

“Todo espacio debiera estar pensado y co-construido desde las experiencias”.

A partir de lo anterior, se mencionan iniciativas que han sido positivamente evaluadas, como el programa de SENAMA, “ciudades amigables”. La participación de personas mayores ha sido fundamental en este espacio, el cual busca construir diagnósticos participativos para caminar hacia un entorno más inclusivo, de manera local, a través de los municipios. La experiencia ha mostrado que este grupo etario manifiesta importantes redes de organización comunal.

La preocupación por construir más y mejores instancias participativas para las personas mayores con respecto al diseño y planificación del entorno en el que habitan, se evidencia como un efecto positivo de la pandemia, pues la complejidad del escenario nos ha impulsado como sociedad a pensar en cómo proyectarnos a futuro. Desde esa perspectiva, se reconoce que la crisis sociosanitaria ha empeorado las condiciones de vida, sobretudo para la población mayor, pero se hace necesario reconocer también la emergencia de ciertos aspectos positivos.

Por una parte, se plantean diferentes ejemplos donde las personas jóvenes han ayudado voluntariamente a las personas mayores a sobrellevar las dificultades de la pandemia, como se vio reflejado en el plebiscito del 2020. *“Yo creo que por una parte se exacerbó nuestras desigualdades más estructurales, pero también vimos una solidaridad intergeneracional que fue creciendo”.* Por otra parte, se menciona la emergencia de una mayor inclusión digital, que si bien responde a una necesidad forzada, impulsó a muchas personas mayores a aprender de manera más rápida. Así también, desde Gerópolis se dan a conocer una serie de diagnósticos realizados en Valparaíso a raíz de la pandemia y personas mayores, donde se muestran diversos impactos negativos y problemas exacerbados, pero también un contexto de aprovechamiento de herramientas y nuevas oportunidades de organización.

TRANSFORMACIONES EN CÓMO HABITAMOS NUESTRAS VIVIENDAS

El segundo cuestionamiento que se plantea en este panel hace referencia a la forma en que habitamos el espacio doméstico, la vivienda, y qué efectos ha tenido la pandemia en este ámbito, sobre todo para la población de personas mayores. Los diferentes programas y diagnósticos han revelado que no son sólo las barreras del entorno exterior las que dificultan las condiciones de vida de las personas mayores en este escenario, sino también aquellas que hacen referencia a la habitabilidad “de la casa para adentro”. La crisis sociosanitaria ha devenido en un confinamiento domiciliario que ha sido más drástico para la población mayor, y ha tenido fuertes efectos en la salud mental y estado emocional de las personas. A partir de ello, han surgido informaciones con respecto a buenas prácticas para desarrollar en casa y en residencias, así como también nuevas interrogantes sobre cómo organizamos la dinámica familiar de tal forma que no se ponga en riesgo a la persona mayor.

Sin embargo, se ha visto que los impactos del confinamiento dependen significativamente de las condiciones de vivienda de las personas, la relación con el espacio doméstico y la forma de habitar. De allí que no es posible separar las relaciones familiares y las cotidianidades, con el diseño del entorno doméstico y las condiciones de vivienda, a la vez que esto se ve cruzado por la edad, el género, la clase social, y otras categorías estructurales que generan desigualdad social. En definitiva, *“hay condiciones de vida que imposibilitan cumplir con los cuidados del covid”*, y a raíz de eso, se plantea:

“Es muy importante ver cómo habita esa persona específica en su territorio específico porque esas desigualdades o esos aspectos diferenciadores, marcan cuáles serán las alternativas de posibilidad, pensando más que en un diseño universal para todos, en rangos de soluciones, desde un diseño con enfoque inclusivo”.

Uno de los problemas importantes que se ha evidenciado y agravado a raíz de la pandemia con respecto a las condiciones de vivienda, refiere a las formas de hacinamiento. En el contexto actual, muchas personas han vuelto a vivir a la vivienda de sus madres-padres mayores, incrementando el grupo familiar co-residente, y planteando nuevas dinámicas cotidianas. El confinamiento ha profundizado muchas veces el hacinamiento, cuyos efectos se han vuelto más graves en tanto plantea una mayor exposición al contagio de Coronavirus.

Como se ha expuesto con anterioridad, la pandemia está catalizando nuevas reflexiones sobre cómo vamos a organizar y habitar el espacio de ahora en adelante, y en este cuestionamiento, las condiciones de vivienda ciertamente plantean un tema fundamental del cual hay que hacerse cargo como sociedad. Esto, pensando sobretudo en las personas mayores, quienes suelen transcurrir un tiempo significativo en sus viviendas, y es necesario facilitar a las personas la posibilidad de envejecer en sus propias casas.

CONCLUSIONES Y PALABRAS FINALES

Parece ser evidente la sensación de exclusión que presenta gran parte de la población mayor en Chile respecto a los entornos donde habitan. Las investigaciones y diagnósticos suelen presentar opiniones de personas que dicen: *“así es la ciudad nomás, porque yo he vivido más años de los que debiera vivir”*, manifestando con ello una normalización de tal exclusión. Pero el hecho de no sentirse parte del entorno, deviene en una incapacidad para proyectar y manifestar sus condiciones de agentes.

A este problema se suma, que el escenario sociosanitario ha impactado perjudicialmente en la representación social de la vejez:

“Yo creo que para todas las personas que nos dedicamos a geriatría, gerontología y sus derivadas, esta pandemia ha significado retroceder décadas en la visión que tienen las personas acerca de la vejez, y volver a asociar la vejez a enfermedad, volver a asociar la vejez a muerte”.

Se vuelve imperante revertir esta situación apuntando hacia una cultura del envejecimiento donde esta población se considere activa, sujetos de derecho capaces de participar, no sólo en términos electorales. Desde esa perspectiva, las ciudades deben organizarse garantizando el derecho de las personas mayores a poder desplazarse e interactuar con el espacio público de manera accesible. Es necesario entender que todos/as seremos personas mayores potencialmente, y por tanto debemos garantizar colectivamente una vida digna para la vejez.

Esto vuelve necesario plantear, como se ha dicho, un cambio de paradigma, estableciendo políticas transversales que busquen una mayor equidad y hagan partícipes a las personas mayores en la planificación del espacio. El vínculo con la política pública se vuelve hoy un desafío importante en el contexto de la discusión por una nueva Constitución, donde también se vuelve especialmente relevante fomentar la participación de personas mayores en el proceso.

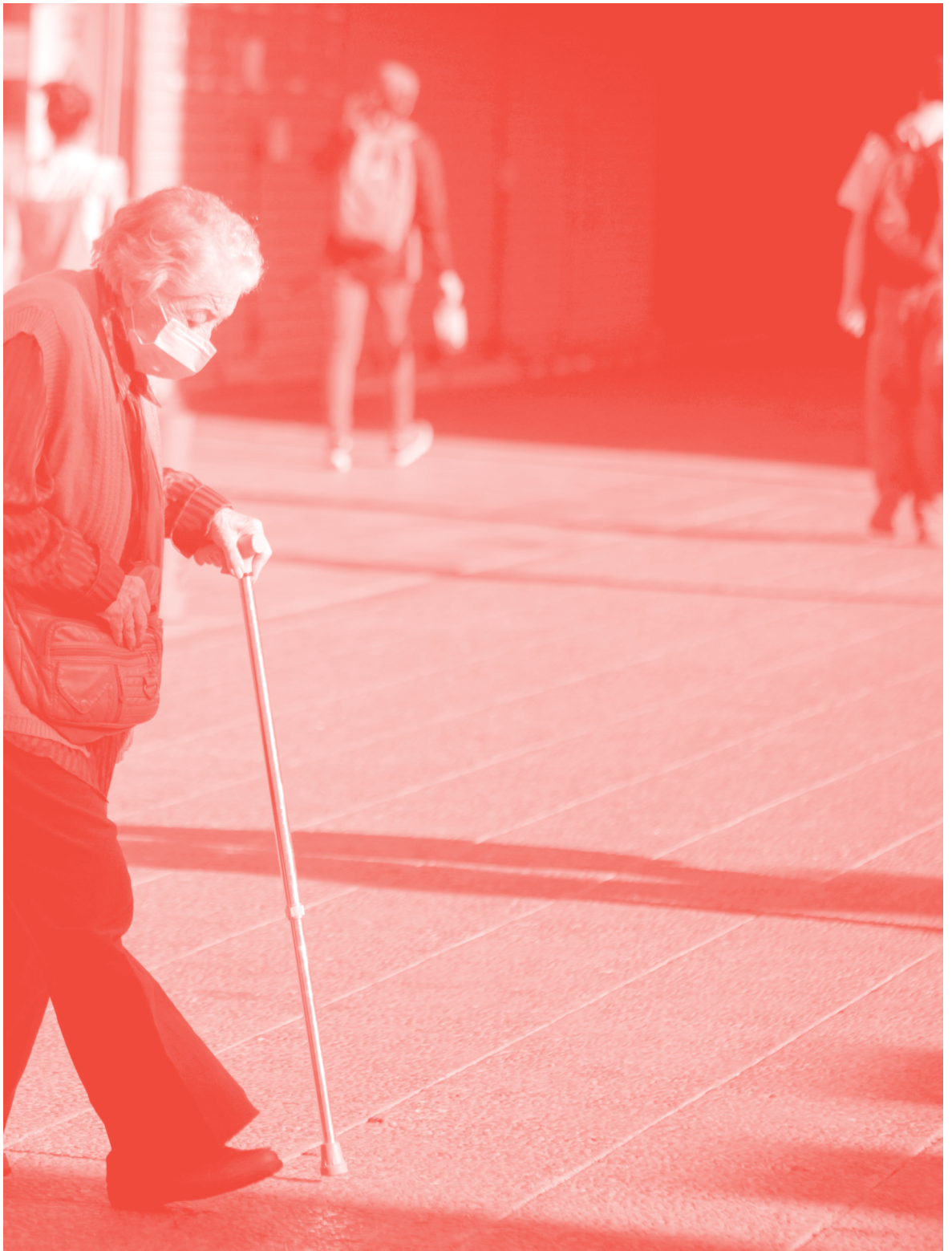
En este escenario, se destaca en primer lugar, el aporte de la inter y la transdisciplina. Ya no es posible que cada ámbito disciplinar funcione de manera aislada, sino que deben relacionarse y fusionarse entre sí para lograr avanzar hacia un diseño y urbanismo inclusivo. Para esto, se hace necesario que la academia se vincule con las políticas públicas, y también con la sociedad civil. En definitiva, se debe repensar el diseño del espacio interpelando a todos los sectores de la sociedad.

En segundo lugar, es fundamental que este proceso considere las diferencias estructurales de clase, género, étnicas, etarias, entre otras, teniendo en cuenta cómo operan las desigualdades en la vivencia de la vejez y en la relación con el entorno. Específicamente, se destaca la importancia de apuntar hacia una descentralización en el diseño de las ciudades, ya que las condiciones geográficas y culturales son diversas a lo largo de todo Chile y generan diferentes manifestaciones de inclusión-exclusión para acceder al espacio público. En esa línea, un aporte importante sería reconocer las estrategias comunitarias, y la conformación de redes, como por ejemplo, la realización de ollas comunes durante la pandemia.

“Yo creo que hay que poner ojo en cómo hoy día se están resolviendo esos problemas, cuáles son las estrategias adaptativas que hoy día están desplegando los habitantes para poder hacer frente a aquellas cuestiones que no dan a basto”

Este conversatorio finaliza con palabras de agradecimiento y una serie de interrogantes que quedan abiertas, incentivando la organización de nuevas instancias de diálogo en torno a estos temas. Para cerrar el espacio, se hace referencia a las palabras del historiador Eric Hobsbawm, y a su cuestionamiento por los momentos de inflexión en la historia, donde se abandona el terreno conocido avanzando hacia un futuro incierto:

“La existencia hoy se representa en un teatro que nos es extraño, un escenario que apenas podemos reconocer, con cambios escenográficos impredecibles, inesperados, que aún no comprendemos cabalmente, presentimos que el mundo cambiará aún más, y estará cada vez más teñido por la sorpresa y lo inesperado, por lo que debemos tomar conciencia de ello, e intentar esta vez, prepararnos” (Hobsbawm, 1992:53). ✦





SEGUNDA
JORNADA

TECNOLOGÍA

LAS TENSIONES DE LA PANDEMIA: ¿CÓMO
MEJORAR LA ACCESIBILIDAD Y COBERTURA
DE LAS HERRAMIENTAS DIGITALES EN LA
POBLACIÓN MAYOR?



Ford
CAMIONES

PONENCIA INTERNACIONAL

EL DESAFÍO DE LOS DATOS DE LA PANDEMIA

*Ricardo Baeza-Yates
Institute for Experiential AI, Northeastern University
DCC, Universidad de Chile
Instituto Milenio de Fundamentos de los Datos*



Puede visualizar la ponencia completa en vídeo escaneando el siguiente código QR

Empecemos explicando las varias características especiales de este virus. Lo primero distinto es el tiempo de incubación más largo del normal, que en promedio es de 5 días, pero puede llegar incluso hasta dos semanas. Esto por sí solo es como un caballo de Troya, ya que se oculta algunos días.

El siguiente punto es el tema de los asintomáticos, algo también muy especial. Hay análisis que señalan incluso que en algunas partes éstos llegaron a ser la mitad de las personas; en otras partes el 20%. Supongo que más adelante vamos a tener un número definitivo, pero para este análisis usamos 35%, o sea, que un poco más de un tercio de las personas son asintomáticas. Estas personas, aunque no se enfermen, pueden contagiar.

Lo otro especial es la inmunidad. Hemos visto casos de personas que se han infectado nuevamente, pero no se sabe si ha sido con una variante distinta del virus, o porque tienen problemas con el sistema inmune, entre otras razones, pero parece ser que la inmunidad no es permanente. Este es un tema que también es importante para la vacuna, que no sabemos cuánto va a durar.

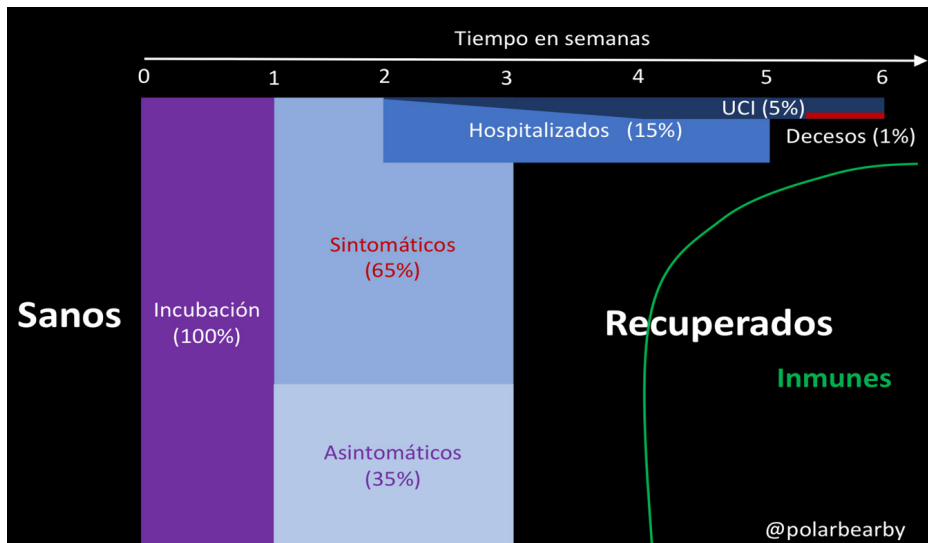


Figura 7: Tiempo y desarrollo de infección por Sars-Cov-2 de Regresión de Riesgos Proporcionales o Regresión de Cox).

Fuente: Baeza-Yates, (2021) El desafío de los datos de la pandemia. Presentación Séptima Escuela Internacional de Verano sobre Envejecimiento. REDEN-Uchile.

Otro tema importante son los decesos. Este es un virus que tiene una contagiosidad muy alta, es decir, más que el primer SARS, que tuvo una letalidad más baja, por ejemplo, en China y en Taiwán. Con el Sars-cov-2 aproximadamente el 15% va al hospital porque tiene algo grave, el 5% pasa por la UCI y el 1% muere. De todas formas, en este punto hay que separar la letalidad intrínseca del virus de la letalidad al final. Esto porque son muchos los factores que se juntan, como los problemas hospitalarios, los problemas de sanidad de las casas, problemas de hacinamiento, etc.; no solamente la letalidad misma del virus.

Por último, algo que es muy importante, son los efectos posteriores. Hay gente que queda con consecuencias que parecieran durar por mucho tiempo o de manera permanente. Por ejemplo, gente

que ha tenido el virus y que dice que ahora se cansa mucho; otra gente que ha tenido problemas renales permanentes; otra que ha tenido problemas mentales. Hay mucha documentación que está apareciendo sobre esto y vamos a ver en el futuro cuando pase más tiempo, cuál es el efecto real de la pandemia.

Ahora, veamos qué ha pasado con los datos¹. Este punto ha sido complicado en Chile y en todo el mundo. Por ejemplo, el primer problema es que tuvimos casos perdidos y que solamente fueron reportados cuando la Contraloría indicó que estaban en tal condición. Más de 30 mil. A esto se suma que hubo mucho retraso en los test PCR, por lo que no veíamos lo que estaba pasando y el máximo de casos fue casi simultáneo con el máximo de personas fallecidas. También hubo un tema similar con las personas fallecidas, no solamente por el retraso en la inscripción en el Registro Civil, sino que en un momento hubo 1.512 personas que no fueron informadas y al final, el Ministerio de Salud las informó. Luego tenemos el efecto del fin de semana. El Registro Civil está abierto los sábados en algunos lugares, pero no está abierto en ninguna parte el domingo. Así es que entonces los datos también tienen este efecto del fin de semana, donde es difícil ver lo que está pasando día a día, especialmente martes y miércoles que es cuando se informa el fin de semana. También, deberíamos hablar de casos y no de contagios, porque los contagios son mucho más de los que sabemos.

[Figura 8 →]

1 Baeza-Yates, Ricardo. Datos de Calidad y el Corona Virus, Medium, 8/4/2020.

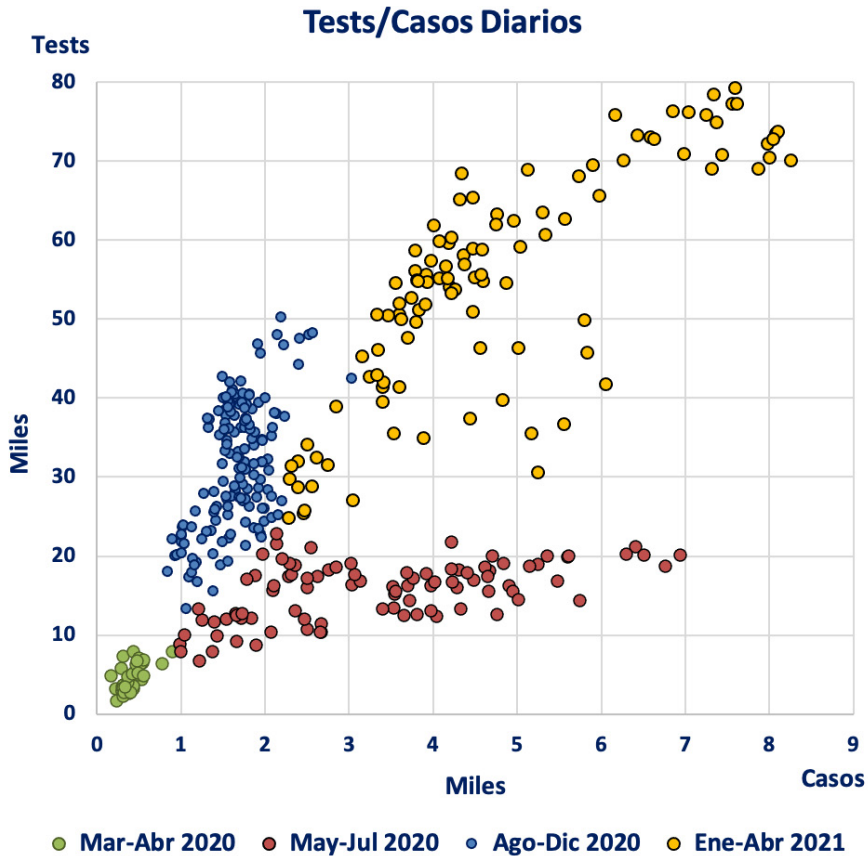


Figura 8: Tests por casos diarios de SARS-CoV-2 en Chile.

Fuente: Baeza-Yates, (2021) El desafío de los datos de la pandemia. Presentación Séptima Escuela Internacional de Verano sobre Envejecimiento. REDEN-Uchile.

El gráfico anterior muestra en el eje vertical la cantidad de test que se hicieron desde marzo del 2020 y en el eje horizontal los casos positivos que se encontraron con esos test, y podemos ver cuatro fases muy distintas de la pandemia. Podemos ver la fase inicial, que es una recta, y que quiere decir que los casos crecen con

los test, es decir, si había más gente enferma más test se hacían. En esa época básicamente era algo completamente reactivo, es decir, la gente que se sentía mal iba a hacerse un test.

Luego comenzó la segunda fase, la peor de la pandemia en Chile, entre mayo y julio del 2020. Allí se puede ver que lo que creció fueron los casos, pero no los test, y esto fue por la saturación de laboratorios, porque había tantos casos que no se podía hacer más. Ese problema se resolvió solamente en agosto, cuando por fin se aumentó la capacidad y se empezaron a hacer más test. A abril del 2021 hemos llegado a un récord de 80 mil test, y eso demuestra que la capacidad de hacer test PCR en Chile se ha cuadruplicado, al mismo tiempo que en ese periodo el número de casos fue aumentando, hasta llegar a una positividad mantenida de hasta un 12% promedio semanal que es más de 7% que lo que recomienda la OMS.

El primer error que hubo en los datos fue esta ilusión de comparar los casos diarios, que es lo que se hace cada día en todos los medios de comunicación y en todo el mundo. ¿Cuál es el problema?, ¿por qué estos gráficos son ilusiones? Primero, porque es una muestra de los datos, es decir, son solamente las personas que salieron positivas en los test que se hicieron. Si es que el testeo es reactivo como era hasta julio del 2020 en Chile, o hay búsqueda activa de casos, estos números son completamente distintos, y se usan diferentes técnicas para muestrear a la población. Por otro lado, esto es matemáticamente incorrecto, porque estamos comparando dos números que se hicieron con una regla distinta. Aquí, la medida que estamos usando depende del número de test, es decir, no podemos comparar un domingo que hubo 25 mil test, y que fueron informados el martes, o un martes que hubo 50 mil test que fueron informados el jueves. Esos números son incomparables porque estamos usando reglas distintas, partiendo porque, uno es el doble de test que el otro.

El segundo tema que tiene que ver con los datos, es la letalidad real de la infección: del número real de personas que se enferman, cuántas realmente van a fallecer. Para abril del 2020, en China se consideraba que la letalidad era casi el 0,7%, y ajustando la distribución etaria de China a Chile -Chile tiene una población más joven que la de China- me daba que en el caso nuestro era un 0,6%. Ahora, resultados nuevos indican que en Chile la letalidad sería más bien un 0,95%.



¿Cómo podemos estimar los casos reales del 2020? Primero, considerando no solo a los fallecidos con PCR positivo, pues la OMS recomienda incluir los casos que son por diagnóstico médico, que ese es el famoso número de sospechosos en Chile. Bajo ese enfoque, durante el 2020 se llegó a 22.200 fallecidos, o sea 7.400 fallecidos más de lo esperado, un 50% más.

Ahora la pregunta es, si estas personas se contagiaron hace 12 días -en realidad se contagiaron hace más tiempo, pero supongamos que es así, como cifra optimista- y sabemos que el 0,95% fallecen, ¿cuántas personas tienen que haber estado infectadas hace 12 días para que hayan muerto 22 mil personas, incluyendo los sospechosos? Esto es un cálculo simple de porcentaje. Si consideramos esas cifras, podemos proyectar que deberían haberse infectado en Chile 2 millones 300 mil personas durante 2020, pero las cifras oficiales dicen que se infectaron 610 mil personas.

Ahora la pregunta es, ¿a cuántas personas contagiaron esas 2 millones 300 mil personas en 12 días? Ahí podemos usar tanto el crecimiento de casos conocidos, como el porcentaje de aumento de personas fallecidas. A enero del 2021, el crecimiento era del 30%, así que este número crecería demasiado, pero si usáramos los fallecidos, que es un número más optimista y conservador, nos da que eso ha aumentado en un 3% en las últimas semanas, sólo considerando los 12 días. Haciendo este aumento, que es un aumento menor, nos daría que hasta esta fecha son 2,4 millones de casos, el 12% de Chile. Con un análisis similar, en el caso de la Región Metropolitana estaríamos hablando de más del 20% de Santiago, es decir que 1 de cada 4 personas ha estado infectada en Santiago, pero muchas de ellas tal vez no lo saben porque fueron asintomáticas.

En definitiva, lo importante de esto es que hay entre 3 y 4 veces más casos de los que realmente conocemos, y entonces la pandemia ha sido mucho más peligrosa, porque esto también significa que hay muchos más casos activos. Esto tiene que ver con la fecha de comienzo de síntomas y cuantos días usamos para contar que alguien está activo. A enero del 2021 se usan solo 11 días, pero hay trabajos que dicen que eso significa solo el 90% de las personas que se han infectado, dejando a un porcentaje de personas que están activas y no se cuentan en este número. Eso también es parte del problema, porque aquí el problema no es el promedio, el problema son los extremos, lo que se llama los “*super spreaders*”, que es

la gente asintomática que contagia mucho. Por ejemplo, personas que contagian después de los 11 días y creen que están bien y salen a la calle. Por eso el problema aquí no es el promedio, el problema aquí son los casos anómalos. Estos son casos que no son cubiertos por los promedios, así que por lo menos hay 3 veces más personas activas en Chile de los que el Ministerio de Salud informa

Otro tema es calcular los casos por muerte per cápita. ¿Por qué?, porque no se puede tomar el valor absoluto ni tampoco se puede tomar el valor per cápita, pues depende de varios factores. Primero influye cómo contamos a las personas fallecidas. Por ejemplo, Chile cuenta solamente en el número oficial a las personas con PCR positivo, como España, Reino Unido e Italia. En cambio, Estados Unidos o Alemania también cuentan los decesos con certificado médico. Y Bélgica tiene el peor caso per cápita porque cuentan hasta a los casos sospechosos. El epidemiólogo jefe de ese país convenció a la jefa de Estado que lo más honesto era contarlos también.

País	Fallecidos (miles)	Casos (miles)	Fallecidos por millón de hab.	Tasa de letalidad de casos*	Desconocimiento
Brasil	165,7	5.850	779	2,8%	4,7
México	74,9	1.000	762	7,5%	12,5
Perú	35,2	935	1.067	3,8%	6,3
Colombia	33,8	1.190	665	2,8%	4,7
Argentina	35,3	1.300	781	2,7%	4,5
Chile	14,8	530	773	2,8%	4,7
Ecuador	13,0	180	737	7,2%	12,0
Uruguay	0,06	4	18	1,6%	2,7

Figura 9: Cifra de casos, fallecidos y fallecidos por casos para países latinoamericanos.

Fuente: Baeza-Yates, (2021) El desafío de los datos de la pandemia. Presentación Séptima Escuela Internacional de Verano sobre Envejecimiento. REDEN-Uchile.



A nivel global, ha sido difícil saber si es que los países solamente cuentan los PCR positivos o cuentan todo, pero, por ejemplo, a noviembre del 2020, es posible ver la diferencia entre distintos países latinoamericanos, donde en lo que respecta a los fallecidos por millón de habitantes, Perú está en una peor situación. Pero, si calculamos la tasa de letalidad de casos, vemos que la más alta es México, con un 7,5%, y claro, por supuesto que el 7,5% de la gente no está falleciendo, lo que significa que conocen muy poco de la pandemia ya que mientras más grande el número menos se conoce. Por otro lado, vemos que el país que mejor está es Uruguay, pues en ese momento tenía un mejor control de los casos infectados. Luego, el siguiente grupo es Chile, Argentina, Colombia y Brasil; es decir, estos países tienen un desconocimiento similar de la pandemia, factor que mido con el número de veces de infectados que hay, que es entre 5 y 6. En noviembre del 2020 en Chile este indicador era 4,7, mientras que la mayoría de los países -excepto Uruguay- tienen 4 a 5, es decir, 300 o 400% más infectados de lo que conocemos.

¿Qué pasó en los hospitales? Todavía los datos no nos dicen toda la historia porque no hay información clara sobre egresos. Sabemos que la gente usaba una cama aproximadamente por 6 días, luego en la UTI 4 días y después pasaba por la UCI. Si se recuperaba pasaba por la cama básica y al final, salía, porque la gente no llegaba primero al hospital a una cama básica, porque cuando llega ya está muy mal, entonces la única explicación para los 10 días de cama básica es al revés: es que la persona se recuperó y tuvo que quedarse en el hospital. Este sería el paso promedio, un total de 27 días, que es muy parecido a los resultados internacionales que muestran que de 3 y 4 semanas es el tiempo que la gente tiene en el hospital y 3 semanas cuando la gente fallece.

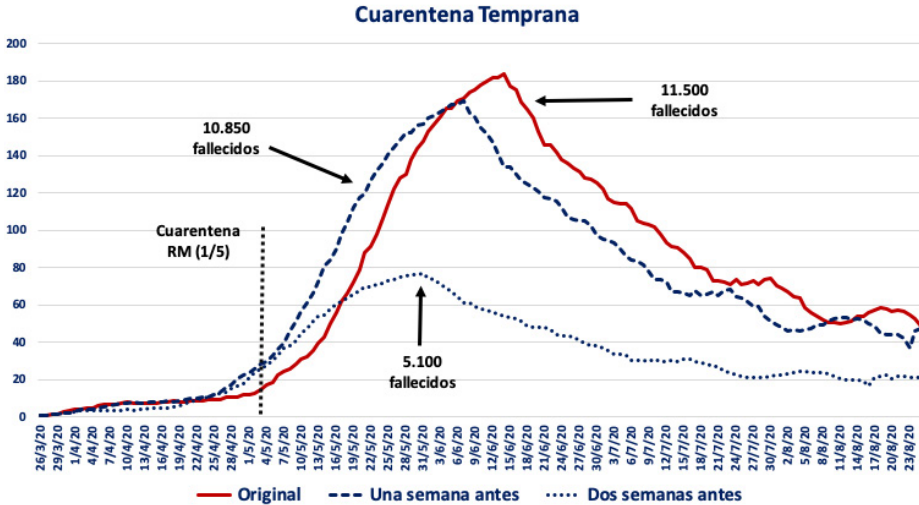


Figura 10: Resultados simulación de aplicación de cuarentena temprana sobre el número de fallecidos por COVID 19.

Fuente: Baeza-Yates, (2021) El desafío de los datos de la pandemia. Presentación Séptima Escuela Internacional de Verano sobre Envejecimiento. REDEN-Uchile.

¿Se podría haber actuado antes? Yo creo que sí. La simulación en el gráfico de arriba muestra lo que habría pasado si se hubiera aplicado una semana antes la cuarentena, lo que no es mucha diferencia, con 10% menos de fallecidos. Pero si se hubiera hecho dos semanas antes, hasta agosto hubiera habido menos de la mitad de fallecidos. Tuvimos que actuar antes, como lo hizo Nueva Zelanda, Taiwán y Singapur, pero al parecer no aprendemos de la historia positiva de otros. Así la cuarentena habría sido más corta. Aquí fue 10 semanas y media, pero podría haber sido 9 semanas si la hubiéramos hecho una semana antes, y hubiera sido solo de 5 semanas y media si hubiéramos hecho la cuarentena 2 semanas antes, es decir, igual a Nueva Zelanda.

Referente a las características de las personas que mueren, podemos ver que mientras mayor es la persona, más personas mueren en el hospital, pero, por ejemplo, cuando tienen más de 80 años, un



porcentaje muy grande muere en la casa, que asciende al 30%. También está la distribución por edad, donde podemos ver que mueren muchos más hombres que mujeres. Esto se explica por una causa multifactorial, que incluye temas de salud, que las mujeres viven más que los hombres; incluso encontramos gente que ha postulado que hay temas genéticos que tienen que ver con esto. En definitiva, vemos que los hombres mueren más entre 70 y 79 años, de hecho, la edad promedio de las personas que han muerto en Chile es de 73 años, es decir, las personas están muriendo bastante antes que la esperanza de vida que es en Chile 85 para mujeres y 81 para hombres. Esto quiere decir que los hombres están muriendo unos 8 años antes y las mujeres están muriendo unos 12 años antes.

También ha habido diferencias geográficas, es decir, el virus ha sido peor en algunas regiones que en otras. Las peores regiones en mortalidad por Covid - es decir, el número de personas que fallecen por millón-, han sido la Región Metropolitana, Antofagasta, Tarapacá, Arica y Parinacota -es decir, el norte-, y Magallanes y Antártica -es decir, el sur, y regiones cerca de Santiago como O'Higgins y Valparaíso. Esto nos muestra que los focos han sido el norte, por la minería, el extremo sur por la minería también, y el centro porque ahí está la mayor concentración de población de Chile.

En agosto del año pasado, Alonso Silva hizo una transformación de mortalidad por comuna en Santiago usando la demografía ajustada por el censo, y así se pudo comparar dos comunas. Yo usé esos números para graficar esa mortalidad con respecto al índice de prioridad social, que el último disponible es del 2019 por parte del Ministerio de Desarrollo Social. En base a esa comparación, podemos ver, por ejemplo, que la diferencia entre La Pintana y Vitacura es que la primera tiene casi 5 veces la mortalidad de la segunda.

Ahora, podemos ver que las causas de muerte también han cambiado del 2019 al 2020. Si consideramos el periodo de mayo a julio, el 2019 fueron un poco más de 30 mil, y el año 2020 murieron 40 mil, es decir, casi 30% más. Si tomamos todas las causas de fallecimiento -donde el DEIS del Ministerio de Salud hace un trabajo muy bueno- podemos ver la variación. Por ejemplo, la neumonía casi ha desaparecido; enfermedades crónicas respiratorias inferiores han desaparecido porque han sido cambiadas por el Covid; también los accidentes de tránsito disminuyeron mucho por la cuarentena; también, la muerte por algunos tumores ha incluso desaparecido. Por su parte, los suicidios disminuyeron en esa época, tal

vez porque en la cuarentena hubo más cohesión social. En cuanto a los aumentos, encontramos la diabetes, que es una enfermedad que tiene una comorbilidad con el Covid; aumentaron causas de hipertensión, también lamentablemente aumentaron los incendios, otros accidentes y agresiones. También tenemos un aumento claro de causas mal definidas, otras mentales y síntomas de signos generales, que son básicamente causas de fallecimiento por vejez. Allí también podría estar involucrada gente que murió en su casa por Covid, antes de lo previsto, pero no se sabe porque nadie le hizo un test PCR. El análisis detallado de esto se puede encontrar en².

En diciembre del 2020 salió un análisis³ mucho más interesante de todos los trabajos que se han hecho sobre la letalidad de la infección. Éste muestra que la letalidad del virus crece en forma exponencial a medida que uno tiene más años: la letalidad es menos del 1% para una persona de 45 años, pero ya es casi 2% para una persona de 65 años. Esto sube casi al 5% para una persona de 76 años, crece a un 15% para una persona de 85 años, y para una persona de 95 años ya estamos hablando de más del 30%, es decir, si uno es mayor y se enferma de Covid-19, la probabilidad de morir es altísima.

¿Cuál es el futuro? Espero que la vacuna pueda llevarnos a la inmunidad de grupo, que debería ser durante el 2021 por lo menos en primavera. Algo que no va a cambiar y que es una certeza es que la principal vía de infección son aerosoles, es decir, partículas que flotan en el aire y que contienen el virus, y que en espacios cerrados esas partículas pueden quedar horas en el aire flotando, así que todos, cuando entremos a espacio cerrado, no nos saquemos la mascarilla. Debemos seguir cuidándonos.

Finalmente, para los interesados en un recuento histórico de los primeros cinco meses de la pandemia, pueden ver⁴ ➔

2 Ricardo Baeza-Yates. Estimación del exceso de muertes y fallecimientos por Covid-19 en 2020. Ciper Académico, 18/3/2021.

3 Andrew Levin, William Hanage, Nana OwusuBoaitey, Kensington Cochran, Seamus Walsh, Gideon MeyerowitzKatz. Assessing the age specificity of infection fatality rates for COVID19: systematic review, metaanalysis, and public policy implications. European Journal of Epidemiology (2020) 35:1123–1138

4 Ricardo Baeza-Yates. Cinco meses de pandemia. Revista de Estudios Políticos y Estratégicos, volumen 8, 2/9/2020.



ENTREVISTA

COBERTURA Y ACCESIBILIDAD: DESAFÍOS DE NUEVAS APLICACIONES PARA LA MEJORA EN LA CALIDAD DE VIDA DE UNA SOCIEDAD QUE ENVEJECE

*Lilian Genaro
Lecturer in Interaction Design
Department of Computer Science and Information Systems
University of Limerick, in Ireland.*

*Entrevista realizada por Felipe Salech
Director Clínica de Caídas y Fracturas del Hospital Clínico de la
Universidad de Chile
Médico Geriatra*



Puede visualizar la potencia completa en vídeo escaneando el siguiente código QR

La doctora Lilian Genaro Motti Ader se desempeña actualmente como catedrática de la Universidad de Limerick, de Irlanda en el curso de Diseño de Interacción en el Departamento de Ciencias de la Computación y Sistemas de Información. Previo a esta posición, fue investigadora postdoctoral y becaria MSCA¹ en el Centro para el Análisis de Datos e Inteligencia Artificial Aplicadas (CeADAR²) y la Escuela de Salud Pública, Fisioterapia y Ciencias del Deporte de la University College de Dublín³.

- 1 Marie Skłodowska-Curie Actions
- 2 Más información disponible en <https://www.ceadar.ie/>
- 3 Más información disponible en: <https://www.ucd.ie/phpps/>

Su trabajo doctoral - en el marco del programa de Interacción Humano-Computador de la Universidad de Toulouse - se centró en el uso de tecnologías de captura de movimiento para el estudio de los patrones de movilidad de las personas mayores y cómo estos afectan la interacción con dispositivos táctiles. De esta manera, entre sus principales publicaciones pueden encontrarse estudios sobre biomecánica y análisis de movimiento, así como sobre recomendaciones para mejorar la interacción de los mayores con dispositivos táctiles. Sus trabajos más recientes, por otra parte, se han centrado en el análisis de los patrones de movimiento al caminar⁴ enfocándose en la aplicación de estas tecnologías de captura de movimiento y el uso de los sensores de inercia (como los encontrados en los smartphones) para intervenciones de salud.

En el marco de esta segunda jornada, centrada en la tecnología, tuvimos la oportunidad de hablar con la doctora Genaro en relación a los desafíos tecnológicos que tenemos de cara a las personas mayores, una población muchas veces marginada de la tecnología la cual se elabora por y para personas más jóvenes y cuyo uso muchas veces se limita a la actividad productiva o el entretenimiento.

¿Puede darnos un contexto acerca del uso de tecnologías por adultos mayores en el mundo? ¿Es frecuente? ¿Está aumentando? ¿Cómo es la perspectiva del uso de tecnologías en adultos mayores?

Yo pienso que primero hay que destacar que los adultos mayores son un grupo de personas muy heterogéneo. Entonces, cuando estás hablando acerca de adultos mayores, algunas personas van a considerar personas de edad 50, 60 o 70 años como adultos mayores. Y la edad por sí misma -la edad biológica- es un criterio muy simple para describir y categorizar a esas personas. Entonces, tienes personas que son adultos mayores que son hábiles, puedes pensar en personas en sus 60 o 70 años que son profesores en universidades o que están enseñando a otras personas cómo diseñar tecnologías. O incluso personas que están interesadas y por sus

4 Nota del editor: en inglés, a esto se le denomina "gait" que puede ser traducido como "paso" o "estilo de andar" y se refiere a la forma de moverse de distintos animales, entre ellos el ser humano.

profesiones o carreras han estado utilizando tecnologías incluso si están retiradas. También tienes, por supuesto, personas que no se sienten cómodas para adaptarse y comenzar a usar dispositivos justo ahora debido a los efectos del

envejecimiento en sus habilidades manuales o en su sentido de la vista o tienen dificultades, como para aprender cómo utilizar las nuevas tecnologías, para memorizar gestos y los botones que tienen que presionar para hacer que el aparato complete la tarea que funciona para ellos. Entonces, es un grupo muy grande. Y algo que he estado observando en mi investigación en los últimos años, y que es común alrededor del mundo, es la popularización de teléfonos inteligentes y tabletas. Estos dispositivos no tienen

*“TENGO LA
IMPRESIÓN DE QUE
LA POPULARIZACIÓN
DE DISPOSITIVOS
COMO TELÉFONOS
INTELIGENTES Y
TABLETAS REALMENTE
REDUJO LA BRECHA
DIGITAL ALREDEDOR
DEL MUNDO”*

demasiados cables, puedes tocar directamente en la pantalla, entonces no se requiere mucha configuración. Son más fáciles de usar y parecen más fáciles de usar. Pueden ser conectados en todas partes, pueden ser conectados en casa, también pueden ser conectados cuando estás en el exterior. Puedes usarlos para llamar a personas, seguir comunicándote y también para tener acceso a infor-

mación. Tengo la impresión de que la popularización de dispositivos como teléfonos inteligentes y tabletas realmente redujo la brecha digital alrededor del mundo. Y por brecha digital me refiero a que, por años tuvimos personas jóvenes que estaban interesadas en el uso y la adopción de nuevas tecnologías, y por otro lado las personas mayores que tenían dificultades para hacerlo. Y ahora con esos dispositivos móviles con pantalla táctil, la brecha digital ha sido reducida. Sin embargo, las tecnologías aún necesitan ser producidas con el usuario en mente para generar el contacto que es fácilmente accesible para los diferentes dispositivos y conectividades, y también para atender las necesidades del usuario.



Considerando la heterogeneidad de las personas mayores ¿qué tantas diferencias hay, por ejemplo, entre introducir nuevas tecnologías en población de 60 y de 80 años?

Pienso que depende de muchas otras cosas, como su experiencia en el uso de tecnología, sus carreras profesionales, su nivel de educación y también el contacto que ellos tienen con los miembros de su familia y colegas. [Por ejemplo], si sus amigos también están utilizando dispositivos móviles, ellos estarán mucho más inclinados a usar esas tecnologías que les ayudarán a mantener sus interacciones sociales. Luego, personas que están aisladas o personas que nunca han tenido acceso a un computador durante su educación o sus vidas profesionales o personas que no tienen otras personas utilizando estas tecnologías alrededor de ellos. Entonces, no es sólo acerca de la edad. Por supuesto, la edad juega un factor importante en la vista y la habilidad para usar y para aprender cómo usar sus dispositivos e, incluso, en la memoria. Pero, no es sólo acerca de la edad, hay muchos factores que influyen. Inclusive, factores socioeconómicos, como si su conectividad está disponible, si los dispositivos están disponibles para ellos, si los pueden costear. Entonces, yo realmente diría que no es sólo acerca de la edad.

“No es sólo acerca de la edad, hay muchos factores que influyen. Inclusive, factores socioeconómicos, como si su conectividad está disponible, si los dispositivos están disponibles para ellos, si los pueden costear”

Y hablando más específicamente de la pantalla táctil ¿Están las tecnologías con pantalla táctil preparadas para el uso por adultos mayores?

Como una primera aproximación, es algo que es mucho más atractivo porque no tienes todos los cables y esas cosas, puedes interactuar directamente con la pantalla. Pero luego, en la práctica, te das cuenta de que, como algunas veces las personas pueden tener la piel seca, la pantalla táctil no va a responder tan bien. Además,

las pantallas táctiles son usualmente muy brillantes y reflectantes, entonces quedan los trazos de los dedos o las huellas digitales. O a veces la luz y la reflexión de la luz o el ambiente, puede ser realmente perturbador. Entonces, yo diría que muchas cosas que se han desarrollado específicamente para dispositivos con pantalla táctil, con botones grandes, contraste alto y responsivos -porque algunas veces si volteas el dispositivo puedes usar la cámara o el modo retrato- esas cosas pueden permanecer accesibles. Sin embargo, si esperas que los sistemas que han sido desarrollados para computadores, a veces formularios en línea o sitios web, si esperas que las personas simplemente se cambien a usar esos en dispositivos de pantalla táctil, puede ser catastrófico. Porque si los enlaces no son realmente evidentes, el posicionamiento de la imagen, el formato de los paquetes, las letras son simplemente muy pequeñas, eso lo hace realmente difícil de leer. Entonces, tienes que adaptar, tienes que hacer las cosas específicas para pantalla táctil e intentar concertar, no sólo a adultos mayores como usuarios, sino mirar el contexto de uso, la edad o la habilidad de uso o la persona que lo usará. Por ejemplo, si es un mapa o un itinerario, si la persona lo usará en el exterior, cómo vamos a presentar esto. Si es algo que la persona mirará de noche, cómo debería estar presentado el contraste. Y a veces, apuntar a una modalidad múltiple, entonces si el contexto será difícil de leer, proveer una retroalimentación auditiva o permitir a la persona la opción de grabar y escuchar mensajes en lugar de escribirlos. Cuando usas la multimodalidad realmente puedes adaptar el contexto a diferentes situaciones de uso. Y no esperar que algo que fue desarrollado para otra cosa u otro propósito deba ser adaptado a dispositivos con pantalla táctil.

Como usted actualmente trabaja en Irlanda, en Europa, ¿Usted piensa que los servicios públicos o compañías comerciales de hoy están adaptando su accesibilidad a sus sistemas web o el software en sus aplicaciones para ser utilizados por adultos mayores?

Esto es complicado porque, primero que todo, había muchos negocios pequeños que no tenían la opción o la viabilidad para transferir sus sistemas a sistemas en línea, por ejemplo, para llevar su comercio a comercio en línea. Entonces, hay sistemas que han sido diseñados para facilitar esto y algunos sistemas estarían más dis-

ponibles que otros. De nuevo, la familiaridad de los usuarios y de los futuros clientes con el dispositivo y con los sistemas también ayudaría, y este no es siempre el caso. Si piensas acerca de los sitios web del gobierno, yo pienso que aquí en Irlanda han hecho un trabajo bastante bueno en proveer guías sobre cómo hacer la información accesible para todos porque no es sólo acerca de la ilustración o de dónde ubicar los elementos, sino que también cómo adaptar el texto para hacerlo accesible para grupos más grandes de personas. Entonces, evitar palabras técnicas y proveer una estructura bien establecida y clara para el contenido y por todo el sitio web para facilitar la navegación y para ayudar a las personas a encontrar la información que necesitan o los productos que necesitan. Y también tener este soporte o la posibilidad de llamar a un servicio de soporte para tener más información o al menos tener un chat o intercambiar mensajes de texto para resolver todas estas preguntas o problemas que tienen.

Entonces, para mejorar el acceso yo creo que tenemos algunos aspectos de diseño, cómo mejorar el diseño del software o la tecnología de pantalla táctil. También creo que tenemos algunos aspectos acerca de la enseñanza, cómo enseñar o cómo motivar a un adulto mayor a usar tecnología. ¿Tiene algún conocimiento acerca de eso? ¿Cómo es idóneo mejorar eso, transmitir el uso de la tecnología en adultos mayores?

Yo pienso que hay dos casos diferentes, es el caso donde estás diseñando algo específicamente para un grupo de usuarios, no importa si es un adulto mayor o no, pero estás comenzando de una etapa temprana o un concepto. Y también cuando hay un servicio o un producto que ya está ahí y tú estás ahora haciéndolo más inclusivo y tratando de traer a adultos mayores o personas que pueden tener dificultades para interactuar con tecnologías, a usar el producto o servicio. Idealmente, deberías ir y hablar con tus usuarios para que puedas diseñar distribuciones con tu usuario en mente. No necesitas a muchas personas, puedes hablar con 1 a 5 personas de este grupo que imaginas que tendrán alguna dificultad para usar tu servicio, producto o sistema. Anda a hablar con ellos e intenta observar las dificultades que tendrán para abrir una cuenta, usar el dispositivo, cómo tu sistema va a responder o ser presentado en los dispositivos que están disponibles para ellos. Si puedes, solo

observando, mira lo que tienes en mente y mejora tu situación, el sistema o el producto. Ya puedes cerrar la brecha y observar las cosas que están faltando en ese momento. A veces hay soluciones muy simples, como cambiar el color de un texto, cambiar el tamaño de un ícono, puedes hacer una gran diferencia para el usuario. Y también, para el otro lado, si puedes recolectar justo los datos necesarios de tu usuario, sabiendo, por ejemplo, si la persona está tratando de conectarse al sitio web varias veces y no puede hacerlo cuando quiere, agregar un soporte adicional, una llamada telefónica o algo que les pueda ayudar, de nuevo, para tener acceso a lo que necesitan. Entonces, realmente trata de hablar con ellos cuando sea posible y, si no es posible, puedes poner en tu producto o sistema algún tipo de medición de habilidades de usuario que pueda ayudar a entender las dificultades que tienen las personas para conectarse con tu servicio, para usar tu producto, para comprar algo o para tener la información que necesitan.

Según entiendo, usted estudió artes. Entonces, en el contexto de cómo diseñar algo para adultos mayores, ¿Usted piensa que es mejor tener este conocimiento mezclado acerca de algunos aspectos de diseño, algunos aspectos de artes, algunos aspectos de tecnologías, para mejorar el producto final y para realmente lograr un software que pueda ser útil para adultos mayores?

Eso espero. Yo pienso que lo que ha conducido mi carrera hasta ahora es tratar de construir algo que sea accesible e inclusivo, por tanto, intentar entender la variabilidad en las personas en el uso de dispositivos en vez de sólo observar las limitaciones o las posibilidades de las tecnologías que están disponibles. Entonces, tratar de entender, por ejemplo, que tenemos personas vulnerables que también están contribuyendo a la sociedad y personas con discapacidades que aún están trabajando y haciendo labores asombrosas. Y personas que son mayores que son todavía activas y a veces personas que tienen dificultades, pero si diseñas una tecnología que es específica para ellos, podrían superar sus dificultades y ser integradas a la sociedad nuevamente. Creo que por mi formación en artes y comunicaciones he tenido la oportunidad de trabajar con personas con diferentes formaciones de áreas más grandes de conocimiento y con perspectivas diferentes. He podido hablar con



personas realmente interesadas en el aspecto técnico, personas intentando reflejar todas las implicaciones de lo que estamos haciendo, de lo que estamos diseñando y tratando de reunir todo ese pensamiento colectivo para tratar de impulsar todos los dominios de la investigación hacia adelante. Entonces ahora mismo estamos viendo un análisis de marcha o estilos de caminata, pero tratando de tener en mente que, cuando estás haciendo análisis de datos, si estás hablando de datos acerca de humanos, tienes que ser muy cuidadoso en cómo clasificar los valores atípicos porque no puedes solo excluir datos, [se trata de] los datos de una persona. Tienes que entender cómo los datos fueron producidos, cómo el movimiento que produjo el dato que una máquina clasificaría como atípico o algo que es inusual. Entonces, yo pienso que definitivamente ayuda. Y la idea es principalmente trabajar con personas de diferentes áreas y disciplinas, y tratar de hablar -de nuevo- no sólo con los técnicos y las personas responsables de la tecnología, sino también con los usuarios y tratar de reunir a todas estas personas.

“Idealmente, deberías ir y hablar con tus usuarios para que puedas diseñar distribuciones con tu usuario en mente. No necesitas a muchas personas, puedes hablar con 1 a 5 personas de este grupo que imaginas que tendrán alguna dificultad para usar tu servicio, producto o sistema”

¿Tiene alguna experiencia incluyendo adultos mayores durante el proceso de desarrollo de software, apps o tecnologías como las que están produciendo?

Si, esta es una experiencia asombrosa. Para mi trabajo actual tuve la oportunidad de estar involucrada desde el principio del proceso. No necesitas realmente avanzar tanto en la tecnología para comenzar a tener retroalimentación. A veces puedes hacer pantallas de papel solo para mostrar un ejemplo de lo que quieres hacer o para explicar la situación o como esta app o dispositivo va a ser utilizado. Y vas a hablar con las personas en la calle, el vecino o tus

padres, y simplemente trata de hablar con ellos. Pero tienes que intentar no guiar la conversación, sino realmente tratar de entender cómo ellos verían tu producto y cómo lo usarían e integrarían a sus actividades rutinarias. Luego puedes desarrollar una tecnología y en cada etapa tratar de tener retroalimentación. Entonces, desde pantallas de papel obtienes un prototipo digital, se lo llevas a las personas, pruebas estos dispositivos y ves enseguida “*Oh, no se ve bien, tengo que cambiar el tamaño de esto*” o “*Tengo que proveer una retroalimentación auditiva adicional*” o algo distinto con el dispositivo. Y luego empiezas a mejorar. Y al final, mirando con más detalle, por ejemplo, cómo creo un texto que es adecuado para esto o qué colores debería usar. Entonces tiene que ser un proceso iterativo y tienes que tener retroalimentación en cada una de las etapas. Ahora con el distanciamiento social es más desafiante

A veces puedes hacer pantallas de papel solo para mostrar un ejemplo [...] simplemente trata de hablar con ellos. Pero tienes que intentar no guiar la conversación, sino realmente tratar de entender cómo ellos verían tu producto y cómo lo usarían e integrarían a sus actividades rutinarias

porque he tenido que llamar a mis usuarios o contactarlos de manera remota, pero aún así puedes encontrar personas que están disponibles e interesadas. Y de nuevo, no es sólo acerca de la edad. Si una persona está interesada en tu área de conocimiento y en la aplicación digital que estás intentando proveer, se van a comprometer contigo y se van a sentir útiles cuando sepan que se pueden beneficiar de los resultados de tu investigación más adelante.

Así es más fácil crear esta relación y tratar de tener retroalimentación en el corto y también en el largo plazo. Esto es algo que tiene que hacerse. Es además una buena manera de tener retroalimentación incluso en tus ideas y si tu concepto va a funcionar o no. Porque si las personas no están interesadas en participar en tus estudios de usuario, tal vez tu idea debería ser adaptada o tal vez la forma en que están presentando tu idea debería ser adaptada. Y usualmente va a haber alguna manera en que debas presentarla que sea más inclusiva y las personas se van a sentir más interesadas y luego podrías estar incorporando más impacto a lo que hagas en el futuro.



Voy a cambiar solo un poco el tema de nuestra conversación a la pandemia. Hoy estamos viviendo la pandemia de COVID-19 en el mundo y aquí en Chile hemos hablado mucho acerca de cómo esta pandemia nos mostró la vulnerabilidad de algunos grupos específicos de adultos mayores y cómo las tecnologías nos pueden ayudar a solucionar este problema del aislamiento ¿Cómo es su perspectiva acerca de eso? ¿Qué ha aprendido acerca del uso de tecnologías durante la pandemia?

Yo también pienso que la pandemia nos mostró las conexiones de adultos mayores y tecnologías y también de adultos mayores y el resto de la sociedad. Yo estaba realmente preocupada al inicio cuando empezaron a hablar acerca de la pandemia y las restricciones presentadas a la sociedad con estos dos grupos separados: tienes a las personas jóvenes que son activas, que están trabajando o estudiando y tienes a los adultos mayores que siempre serán dependientes, vulnerables y frágiles; y la sociedad no es así. Esta polarización es realmente ... yo estaba realmente preocupada por esto, porque promueve un conflicto de generaciones. Entonces tenemos personas vulnerables que están trabajando y tenemos adultos mayores que son activos y que son sostenedores principales del hogar en sus familias y comunidades. Piensas en las personas que perdieron sus trabajos y están dependiendo de un familiar mayor para pagar la renta o cuando las personas empezaron a trabajar desde sus casas, cuánto extrañan tener la asistencia de familiares mayores para ayudar con el cuidado de los niños, por ejemplo. Es algo asombroso. También, pienso que mostró que, cuando los servicios y dispositivos están disponibles, adultos mayores, así como también adultos y adultos jóvenes y niños, tendrán la posibilidad y la voluntad de adaptarse y superar algunos desafíos. He visto adultos mayores adoptando tecnologías para tratar de mantener la interacción social y he visto muchos servicios y negocios intentado abrir nuevos canales de comunicación. Por ejemplo, usando mensajes de texto o tratando de ingeniar una manera de cambiar. Por ejemplo, envías una fotografía de tu prescripción con tu medicación, luego te envió la dirección y cuánto necesitas para que yo haga este envío y hacer que este servicio se concrete. Entonces, hay una voluntad de los adultos mayores para adaptarse a las nuevas tecnologías y de tomar todo lo que hace sus vidas más fáciles y para mantener su independencia. Pero estos servicios y los con-

tenidos deben estar disponibles para ellos. Porque si desarrollas tecnologías que no pueden ser accesibles y que no pueden ser utilizadas en los dispositivos que ellos tienen, no pueden leer el contenido, entonces no puedes esperar que ellos lo usen, no puedes forzar a alguien a usar algo que no está disponible para ellos. Algunos adultos mayores pueden tener reales dificultades en cambiar sus estilos de vida y comenzar a usar un dispositivo o empezar una nueva rutina, como comenzar a hablar con personas por teléfono. Porque fue una verdadera dificultad para muchas personas en diferentes grupos de edad. Pero, en este caso, la tecnología podría estar ahí para apoyar a la comunidad, para apoyar a los cuidadores o para apoyar a los familiares. Si un adulto mayor no quiere probar, porque está asustado, vulnerable o tiene muchas cosas en su mente para preocuparse de aprender una nueva tecnología, por lo tanto, sería demasiado, entonces la tecnología puede ayudar al cuidador. También puede proveer medios para los sistemas de salud para monitorear pacientes remotamente y, por ejemplo, hacer programas de sondeos y asegurarse de que no hay otro problema de salud en adición a COVID. Los sistemas de salud han estado tan estresados en los últimos meses, sobre todo pensando en adultos mayores, reduciendo su conectividad y aumentando las fracturas y caídas, esto podría ser incluso peor. Yo realmente pienso que hay un potencial ahí para que las tecnologías puedan cubrir esos vacíos y ayudar a desarrollar esas partes de los sistemas de salud, ayudar el monitoreo remoto de pacientes y la atención de salud remota, de ayudar en todos estos aspectos en la sociedad.

Estoy completamente de acuerdo con usted en la primera parte de su respuesta. Esto no es sólo acerca de la vulnerabilidad de los adultos mayores, esto es acerca de la vulnerabilidad de nuestra sociedad. Una pregunta final, esto es probablemente más doméstico. Si tiene que conseguir un dispositivo, un teléfono inteligente o una tableta, para su abuela que tiene 80 años, que es parte de la comunidad y que no tiene demencia, es funcional, ¿Qué dispositivo escoge? ¿Prefiere una tableta?

Yo le compré una tableta a mi abuela que tiene 80 años. Ella es frágil y no la va a usar por su cuenta. Sin embargo, adapté los sistemas de la tableta para que tenga exactamente los íconos que debiera necesitar, para tener un acceso directo a las fotografías de su bis-

nieto, y esta es una manera para que ella cree interacción social. Y a veces me aseguro de que sus cuidadores y las personas que van a su casa se preocupen de que la batería está completamente cargada, porque ella no va a poder tomar esos cables muy pequeños y conectarlo en la pared. Pero creo que hay progreso en la tecnología, por ejemplo, las maneras de cargar baterías sin contacto (inalámbricas), esto es algo que debería ser más fácil para ellos en el futuro. Sin embargo, también sé de que aquellos que tienen 80 años o más, que aún son muy activos y que hacen senderismo los fines de semana, entonces una tableta no sería una buena solución para ellos. Ellos preferirían confiar en sus teléfonos inteligentes con GPS e itinerario de modo que puedan llevarlo consigo fácilmente, tomar fotografías, enviarlas a otras personas e incluso llamar por ayuda si hay algún problema. Entonces realmente depende -de nuevo- de las necesidades que tengan.

Entonces, volviendo al inicio de esta conversación, es importante reconocer que los adultos mayores son un grupo heterogéneo de personas y reconocer específicamente a quién se le da una tecnología específica.

Si, yo pienso que la parte de diseñar cosas que son apropiadas para adultos mayores es más sobre tomar en cuenta el contexto de uso. De nuevo, si la persona sale de la casa, si la persona tiene a alguien que le ayude a ella o a él en conectar los dispositivos, a abrir cuentas, o si necesitan ayuda todos los días para tener acceso a los sistemas. Por ejemplo, alguien que tiene una condición de salud puede estar mucho más dispuesto a buscar una app e instalar una app que le ayude a manejar los síntomas que alguien que se siente seguro y prefiere no estar respondiendo preguntas acerca de ningún tipo de síntomas que pudieran ser alarmantes. Entonces, realmente depende de las diferentes necesidades y contextos de uso.

Quiero realmente darle las gracias, pienso que fue una conversación muy interesante. Aprendimos mucho acerca de tecnologías y de interacción entre tecnología y adultos mayores. Realmente apreciamos su experiencia en esta disciplina. Creo firmemente que personas con su formación deberían haber más en este mundo. Necesitamos educar a más personas como usted, con su formación que mezcla artes, tecnolo-

gías, ciencia y personas que generan productos tecnológicos útiles para adultos mayores. Realmente aprecio su tiempo y realmente gracias por esta conversación.

Gracias a ustedes por darme esta oportunidad para compartir mi experiencia. Me encantaría ver oportunidades para los propios adultos mayores para empezar a aprender cómo desarrollar tecnologías y tratar de surgir con soluciones para los problemas que enfrentan. De la misma manera, como dije, el mundo está evolucionando tan rápido, las tecnologías están evolucionando tan rápido, entonces desde niños, adolescentes, adultos jóvenes, todos deberían involucrarse en este proceso, tratando de proveer retroalimentación y tratando de surgir con nuevas cosas que podrían ayudarnos a construir un futuro mejor. Entonces muchas gracias, los mejores deseos para 2021. ➔



PANEL DE CONVERSACIÓN

“LAS TENSIONES DE LA PANDEMIA: ¿CÓMO MEJORAR LA ACCESIBILIDAD Y LA COBERTURA DE LAS HERRAMIENTAS DIGITALES EN LA POBLACIÓN MAYOR?”

Modera:

*Felipe Salech - Red Transdisciplinaria sobre Envejecimiento,
Universidad de Chile.*

Panelistas:

*Guillermo Sunkel - Universidad de Chile.
Jacqueline Sepúlveda - Universidad de Concepción. María
José Letelier - Hospital Digital.*

INTRODUCCIÓN

“Estamos cambiando como personas, somos personas diferentes debido a que interactuamos de formas diferentes y somos seres sociales distintos debido a la tecnología digital”

El fenómeno tecnológico actual plantea constantes transformaciones para Chile y el mundo, y cada vez son más las personas mayores que conviven con esta realidad. Referirse a la relación que existe entre este grupo y la tecnología es una tarea compleja, pues se trata de una población que es esencialmente heterogénea y por tanto presenta importantes diferencias según el contexto de vida. La temática en cuestión se puede abordar desde diferentes aristas, que incluyen por una parte, cómo la tecnología se ha ido inmis-

cuyendo en la vida de las personas mayores, y por otra parte, las estrategias de adaptación que han emergido para lograr un mayor involucramiento de este grupo en su uso.

El envejecimiento poblacional y la transición demográfica son procesos cada vez más notorios en la realidad de Chile, cuya población mayor aumenta significativamente año a año. Ante este escenario, las condiciones de vida de esta población y la relación con las nuevas transformaciones sociales que introducen los cambios tecnológicos, se vuelven una preocupación política cada vez más importante.

En ocasiones, la tecnología se ha planteado desde una perspectiva pesimista, que sitúa las transformaciones digitales en un escenario gris con respecto a las relaciones humanas. Pero desde otra perspectiva, se ha reconocido el uso de los medios tecnológicos como un indicador social que estaría vinculado a una mejor calidad de vida y bienestar. Teniendo esto en cuenta, se realiza este conversatorio para dialogar en torno a las oportunidades que plantea el uso de la tecnología para las personas mayores, los desafíos que ello implica, y las brechas que hoy día se interponen en el acceso de este grupo a la realidad digital. El abordaje de este tema exige prestar atención también a los impactos que ha tenido la pandemia en la relación de las personas mayores con la tecnología.

CONTEXTO DE TRANSFORMACIÓN DIGITAL EN CHILE

Con respecto al escenario global de la región latinoamericana, Chile presenta niveles de conectividad digital relativamente buenos, sobre todo en lo que respecta al uso de celular e internet móvil. Sin embargo, presenta grandes carencias con respecto al acceso de internet fijo.

Diferentes instituciones han incorporado el recurso tecnológico en el manejo de sus funciones generando iniciativas como la estrategia del Hospital Digital, cuyo objetivo es ser un apoyo a la atención primaria de salud a través de una plataforma digital que permite realizar consultas y conectarse con el sistema médico mediante el uso de la tecnología. Otra iniciativa que responde al área de salud de las personas mayores es impulsada por la Universidad de Concepción y consiste en la creación de una aplicación para el

celular, desde la cual, personas mayores con enfermedades crónicas han podido acceder a un seguimiento y control de los tratamientos médicos que requieren.

Existe el mito de que incorporar recursos tecnológicos plantea muchas veces una alternativa cara y compleja. Sin embargo, se ha visto muchas veces que estas tecnologías se transforman en el puente que a la larga permite abaratar los costos de implementación de los programas y servicios.

Ahora, si bien se reconoce que estamos viviendo en el seno de una profunda transformación digital, se ha evidenciado que en la realidad de Chile, no ha existido una planificación inclusiva para responder a esta transformación. Esto hace que existan brechas importantes tanto en las diferencias de acceso directo a internet y los medios tecnológicos, como también en el acceso a las habilidades y conocimientos necesarios para hacer uso de herramientas. Este contexto afecta especialmente a las personas mayores, pero también a otros sectores de la sociedad como por ejemplo las poblaciones rurales. De hecho, dentro del grupo de personas mayores existen importantes brechas, entre las cuales destacan las vinculadas a la desigualdad socioeconómica y a las inequidades territoriales producto de la política centralista. Por lo tanto, se hace necesario reflexionar sobre cómo avanzar hacia una transformación digital más inclusiva, reconociendo las múltiples brechas que hoy existen entre las personas y la tecnología.

UN NUEVO ESCENARIO PARA LAS PERSONAS MAYORES

Uno de los obstáculos que se presentan en el camino de las personas mayores hacia el uso de las tecnologías digitales, tiene que ver con la sensación de temor ante el mundo desconocido que presentan estos medios. Algunas opiniones plantean que esta emoción podría relacionarse con una sensación de pérdida de estatus, donde la persona mayor se resiste a que “tengan que enseñarle”. El fenómeno plantea un desafío cultural importante en esa línea, que separa a la población entre quienes serían inmigrantes y nativos con respecto al lenguaje digital, y suele suceder que son los/as hijos/as quienes deben enseñarle a los/as padres/madres, lo que no siempre resulta fácil de acoger.

Sin embargo, esta situación debe poder trabajarse como sociedad, a través del reconocimiento de las personas mayores, y el valor de sus conocimientos, de manera que la falta de experiencia tecnológica no signifique un malestar en su autopercepción. Es necesario reconocer que cualquier persona de la población puede presentar limitaciones en el uso de tecnologías, y que las brechas no están restringidas solamente a un criterio etario.

ALFABETIZACIÓN DIGITAL

La falta de alfabetización digital plantea hoy en día una serie de problemas que dificultan las condiciones de vida, por lo que se vuelve fundamental poder generar una estrategia para acercar la tecnología a las personas mayores. Se ha visto que, ciertamente, la alfabetización digital mejora la autonomía y el empoderamiento de las personas.

“El solo hecho de que las personas logren alfabetizarse digitalmente los empodera, los hace más autónomos, les genera mayor cohesión social, y se hacen partícipes de la transformación digital que Chile y el mundo está teniendo”.

Ahora, para abordar el tema en cuestión, es necesario reflexionar sobre las condiciones previas que deben presentarse para poder avanzar hacia un proceso de alfabetización digital inclusivo como país. En ese sentido, se hace necesario generar más y mejores sistemas de transmisión de conectividad. Si bien la implementación de la fibra óptica ha tenido importantes avances, sobretudo en los extremos sur del país, permitiendo la conectividad de ciertos lugares que antes permanecían aislados en términos digitales, aún queda camino por recorrer, sobretudo en la zona norte del país. Así, teniendo en especial consideración la situación de las personas mayores, deben generarse políticas que disminuyan las inequidades territoriales en torno al acceso a internet. Sólo desde allí, se podrán sentar las bases para discutir en torno a un proceso de

alfabetización digital realmente inclusivo y justo para las personas mayores.

CARACTERÍSTICAS DE UNA PROPUESTA PEDAGÓGICA

Teniendo en cuenta este escenario, se debe generar una clara propuesta pedagógica que respete las particularidades etarias, pero también territoriales, de género, económicas, entre otras. La tarea de desarrollar y fomentar las competencias digitales es un proceso complejo que requiere un esfuerzo aún mayor que el que corresponde al mejoramiento del acceso a internet.

Muchas veces se ha planteado la figura de los “facilitadores digitales”, que serían personas de generaciones jóvenes que aportan al proceso de alfabetización digital de sus familiares mayores, al interior de los contextos domésticos. De allí que la mirada intergeneracional sea un factor fundamental del debate sobre la disminución de brechas digitales de las personas mayores.

Sin embargo, es necesario considerar y poner especial atención en que las estrategias pedagógicas de alfabetización no reproduzcan lógicas de asistencialismo, sino que se orienten a la construcción de autonomía. Es decir, no basta con la disposición de personas jóvenes para ser facilitadores digitales, sino que se hace necesario incorporar un enfoque de derechos que permita diseñar estrategias educativas respetuosas y acordes a las necesidades de la persona.

“yo creo que hemos tenido mucho este concepto de asistencialismo, de que les vamos a ayudar a hacer eso. No. Lo que tenemos que lograr con las personas mayores es que se empoderen, es que tengan un nivel de autonomía, para que realmente logremos la cohesión social que realmente chile tanto necesita”

“Yo te tengo que enseñar para que tu sepas, yo te ayudo para que tu pierdas el miedo, porque tú puedes aprender y eres suficientemente capaz de seguir aprendiendo solo”.

A modo de ejemplo, se presenta la estrategia pedagógica diseñada por la Universidad de Concepción para conectar a las personas mayores con la tecnología desde la empatía y la emoción, reflexionando sobre las sensaciones que genera el fenómeno digital y buscando identificar los problemas personales que podrían resolverse a través del uso de estas tecnologías.

“Las personas tienen que aprender a aprender, y para aprender a aprender tienen que sentirse motivados y para sentirse motivados, detrás de eso tiene que haber un diseño instruccional acorde a la realidad”.

En definitiva, la estrategia pedagógica de alfabetización digital no puede estar dirigida hacia el uso concreto de ciertos recursos digitales, sino a entregar las herramientas necesarias para que la persona mayor quiera y pueda utilizar la tecnología como un puente de comunicación según sus necesidades particulares. En otras palabras, que el aprendizaje genere un sentido propio y construya agencia.

“Antes de decir qué es lo que te quiero enseñar, dime tú qué es lo que quieres aprender, y yo te ayudo en eso, yo te ayudo en aprender lo que tu consideras necesario”.

HACIA UNA CO-CONSTRUCCIÓN DE HERRAMIENTAS DIGITALES IN- CLUSIVAS CON PERSONAS MAYORES

Ahora, además de una propuesta pedagógica con estas características, se hace necesario e importante incorporar a las personas mayores desde un desarrollo inclusivo de las tecnologías, de manera que las interfaces y diseños de los medios digitales puedan ser utilizados fácilmente por quienes están introduciéndose en esta realidad. Los equipos que trabajan en el desarrollo de los medios tecnológicos suelen ser personas más bien jóvenes, pero es necesario comprender la importancia de incorporar la participación de las personas mayores en estos procesos para lograr una posterior alfabetización digital efectiva. La tarea en cuestión, entonces, no sólo radica en un tema de educación con personas mayores sino también en la participación de este grupo en los procesos creativos.

Se reconoce que hoy en día han habido importantes avances en términos de que las aplicaciones y herramientas digitales sean cada vez más amistosas para un público general. Pero aún falta camino por recorrer en términos de la inclusión. Lo ideal sería generar instancias de co-construcción con personas mayores para el diseño de las aplicaciones que usarán.

92
—
93

EL ROL DE LAS UNIVERSIDADES

En términos generales, se reconoce que la alfabetización digital de personas mayores ha ido creciendo cada vez más, siendo más frecuente encontrar personas mayores que hacen uso de herramientas y oportunidades tecnológicas. Pero en función de las estrategias de acción que se han propuesto, se plantea la pregunta: *¿quién tiene la responsabilidad de llevar a cabo estas medidas?*

Se plantea que es el Estado quien debiera poner las herramientas necesarias a disposición de la población para generar avances en el proceso de alfabetización. Sin embargo, las universidades son las entidades que tienen las competencias más adecuadas para llevar a cabo estas estrategias, con el apoyo estatal. Por lo tanto, evidentemente el mundo académico y científico tiene mucho que aportar en ese sentido a través de las universidades. Su involucramiento plantea un aporte importante en la capacidad para trans-

formar la mirada que se tiene de la vejez en el mundo de la política pública, específicamente en lo que respecta al uso de tecnologías y la necesidad de superar la perspectiva asistencialista.

PANDEMIA Y TRANSFORMACIÓN DIGITAL

Ciertamente, el proceso de transformación digital viene desarrollándose hace varios años e incluso décadas. Los desafíos que plantea el fenómeno se vienen evidenciando desde sus inicios, y se introducen transformaciones constantemente. Por lo tanto, avanzar hacia una inclusión digital corresponde evidentemente a una tarea de largo plazo. Sin embargo, la crisis socio sanitaria producida por la pandemia por Coronavirus, ha impulsado una importante aceleración de este proceso debido, entre otras cosas, a las restricciones de movilidad en toda la población. En este escenario, ya no es sólo el mundo administrativo y financiero los sectores que se han digitalizado, sino también las interacciones humanas. Hoy en día, las herramientas digitales se vuelven especialmente importantes, planteando nuevos desafíos en la inclusión de personas mayores.

La pandemia ha visibilizado y destacado las desigualdades e inequidades que existen en cuanto al uso de tecnologías. En ese sentido, el contexto ha aportado a orientar la mirada hacia las brechas que generan estas inequidades, tanto para las personas mayores como para la población en general, donde las desigualdades territoriales han sido especialmente evidenciadas a través de las faltas de acceso a internet en zonas rurales. En ese sentido, el desafío que la pandemia plantea en materia de inclusión digital, es hacerse cargo de los contextos que hoy están siendo visibilizados, para reflexionar sobre las transformaciones que se están gestando y enfrentarlas de manera inclusiva.

CONCLUSIONES: HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA SOCIEDAD DIGITAL INCLUSIVA

Se ha puesto en evidencia que la transformación digital corresponde a un proceso cultural y social, que se ve cruzado por un modelo económico donde las políticas de acceso no son equitativas, y por tanto el fenómeno se ve necesariamente atravesado por múltiples

situaciones de desigualdad. En ese contexto, si bien las brechas etarias son ciertamente un factor importante, esto se ve cruzado por brechas territoriales, de género, económicas, entre otras. Por lo tanto, el diálogo sobre inclusión digital debe incorporar ciertamente una mirada contextualizada.

Pero si bien las transformaciones digitales pueden impactar de manera desigual en la población, son también una herramienta fundamental para la potencial disminución de esta desigualdad social, pues ofrece oportunidades que ciertamente son un aporte muy significativo en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas. A modo de ejemplo, se mencionan las iniciativas del Hospital Digital, cuyos servicios a la atención primaria han hecho que muchas personas mayores logren comunicarse con médicos geriatras, desde zonas rurales donde muchas veces no había presencia de profesionales en esta área.

“La tecnología no es solo un fenómeno tecnológico, es un fenómeno social, y está muy vinculado con otros procesos de desigualdad. Las tecnologías pueden contribuir a solucionar problemas de inclusión social pero también pueden agravarlos”.

Por lo tanto, el tema vuelve estrictamente necesario que, como sociedad, se apunte a lograr una mayor inclusión digital, transitando desde una lógica asistencialista hacia una perspectiva de derechos. La mirada requiere de una estrategia a largo plazo que tenga una visión sistémica y dependa del Estado, siendo independiente del gobierno de turno.

Para ello, se hace fundamental la interacción entre diferentes disciplinas (interdisciplinaria), lo cual ha mostrado diferentes avances en los últimos años, así como también entre los diferentes sectores de la sociedad (intersectorial), cuyo abordaje aún no parece ser suficiente. Ambas propuestas requieren de una generosidad social importante. Si bien la pandemia ha tenido un impacto positivo en la comunicación entre los diferentes ministerios, falta generar una mayor transparencia e incorporación de la sociedad



civil en la creación de estrategias para una inclusión digital, donde particularmente, las personas mayores tienen ciertamente mucho que aportar y comunicar.

“Las personas mayores han vivido el cambio de la incorporación del automóvil, de tener la televisión, de usar teléfono, y cosas que para nosotros son super obvias pero que a ellos les ha tocado vivir toda esa transformación y vieron cuales fueron todos los problemas y nos pueden ayudar a que nosotros avancemos a subsanar todas esas dificultades y llevarlas de una mejor forma a buen puerto”.

A raíz de todo lo planteado en este conversatorio, se invita a generar espacios de reflexión que busquen cómo avanzar hacia una sociedad donde la transformación digital sea cada vez un fenómeno más inclusivo y una herramienta para la disminución de brechas. ➔

“Si realmente queremos construir una sociedad digital inclusiva, el proceso de transformación digital como tal, se debe iniciar con una propuesta de política pública integral”.



TERCERA
JORNADA

SALUD MENTAL
COTIDIANIDADES DE LA
CUARENTENA: PENSAR LA SALUD
MENTAL DE LAS PERSONAS MAYORES
EN Y POST LA PANDEMIA



LA MEJOR CARNE SIEMPRE!

CASINO KAN

CASA Gilda

BY CP 75

ENTREVISTA

PANDEMIA, DIGNIDAD Y CUIDADOS: REFLEXIONES EN TORNO A LA SALUD MENTAL EN LA VEJEZ

*Mercé Boada Rovira
Neuróloga especialista en enfermedades
neurodegenerativas y miembro fundadora Fundación ACE*

*Entrevista realizada por Bárbara Ángel
Académica Instituto de Nutrición y Tecnología de los
Alimentos|Universidad de Chile*



Puede visualizar la ponencia completa en vídeo escaneando el siguiente código QR

La neuróloga catalana, Mercé Boada, ha dedicado su trayectoria profesional a las enfermedades neurodegenerativas, específicamente a las demencias y la enfermedad de Alzheimer. Es co-fundadora de Ace Alzheimer Center Barcelona, entidad privada sin ambiciones de lucro que se dedica al diagnóstico, tratamiento e investigación, y la ayuda de las personas con Alzheimer y sus familias. Ha recibido múltiples reconocimientos en su país, ha publicado más de un centenar de artículos científicos, ha participado en múltiples ensayos clínicos, y es reconocida tanto en España, en Barcelona, como internacionalmente en el ámbito de la neurología y la investigación.

Hace 25 años fue co-fundadora de Ace Alzheimer Center Barcelona. ¿Cómo surge esta iniciativa?, ¿cuáles son sus objetivos?, ¿cómo han sido sus principales avances?

Esta fundación nació de una idea alocada pero muy realista, de pensar que la población y las personas con Alzheimer no recibían

el trato correcto, o el trato esmerado que necesitaban. Una población que, por el hecho de pensar que era añosa y no tener tratamiento, hace 25 años no era un objeto de deseo sanitario; y, por lo tanto, se hacía un diagnóstico tardío, se desestimaba cualquier otro tipo de actuación. Pensamos que esta no era la respuesta que se merecía un grupo de la sociedad que había trabajado toda la vida para levantar un país, para levantar una familia.

Tuve la suerte de tener una beca para ver cómo funcionaban los Alzheimer Center de la costa oeste de Estados Unidos, y cuando llegamos de vuelta a España, empezamos este modelo. Este modelo estaba basado, primero, en un modelo de estimulación cognitiva; es decir, las personas con Alzheimer pueden aprender, y si han de aprender, si han de socializar, han de tener su núcleo de amigos, nuevos amigos, y su núcleo familiar, otro núcleo familiar, con una idea terapéutica de aprendizaje. Posteriormente, esto nos llevó a crear la fundación como tal, con una Unidad de Diagnóstico, con Unidad de Investigación, y con una Unidad de Atención Diurna compuesta por varios Centros de Día Terapéuticos.

La Unidad de Diagnóstico tiene la peculiaridad, y está publicado en *Alzheimer's & Dementia*, de tener una visión y una misión holística. Este es un concepto donde tendemos a trabajar diferentes disciplinas: los neurólogos, geriatras, neuropsicólogos y trabajo social, para hacer un diagnóstico integral holístico; un diagnóstico no es tan solo de qué tipo de enfermedad tiene una persona, sino de saber en qué estadio de esta enfermedad se encuentra y cuáles son las capacidades funcionales que posee para orientar una buena rehabilitación.

“Este es un concepto donde tendemos a trabajar diferentes disciplinas: los neurólogos, geriatras, neuropsicólogos y trabajo social, para hacer un diagnóstico integral holístico”

Este enfoque contempla también la valorización del entorno social, que incluye al conjunto de la familia, y al cuidador principal, con quien tendremos que caminar, ayudarle y hacerle un tracking de este inicio hasta el final de vida; cómo va a ser el final de vida de este paciente, y de este grupo que lo acompañará. Cuáles son

las condiciones sociales, las condiciones educativas del grupo, las condiciones económicas para soportar diez, doce o cinco años de enfermedad. Este es el proyecto base.

Nosotros dedicamos al diagnóstico cinco visitas, de las cuales dos están dedicadas a la familia, para entender las necesidades que expresan, y determinar y observar las que están escondidas, las que no expresan porque no tienen conocimiento. Necesitamos aprender con el familiar cuáles son las aptitudes y la actividad funcional del individuo, preservando su dignidad y su privacidad.

Después de estas dos visitas, hacemos una visita extremadamente normalizada, protocolizada, que es la de neurología, a la que le sigue una de neuropsicología. Así, en conjunto, las personas de nuestra institución llegan a un diagnóstico consensuado, en el que barajamos el más probable y el posible, y en el que diseñamos una aproximación terapéutica farmacológica. Es así como en esta etapa diseñamos este proyecto a futuro para poderlo explicar a la familia. Después hacemos un seguimiento.

Cada año visitamos alrededor de dos mil nuevos pacientes, con una edad de 73 años de media. Junto a esto, hacemos un seguimiento, un *follow up*, de unas 6 mil personas. O sea, cada año, por nuestra institución pasan alrededor de 8 mil personas, con sus acompañantes, a quienes les damos tratamiento.

A nuestros pacientes les ofrecemos el mejor tratamiento estandarizado que hay, y posibles tratamientos nuevos. Por ejemplo, hacemos una terapia de grupo muy exitosa. Por ejemplo, hacemos grupos de familiares después del diagnóstico, y consiste en una formación de cinco horas, grupal, para ver lo que han entendido del diagnóstico. Pero que alguna vez, después de cinco horas, continúan diciendo: “pero bueno, ¿y usted cree que tenemos Alzheimer en casa?”; y les decimos: “pues creemos que sí, pero no se apure: lo volveremos a explicar otra vez. Para que ustedes lo puedan entender, y sobre todo, para que lo puedan manejar”. Ésa es nuestra estructura.

Una vez tenemos esta estructura clínica y de soporte social, paralelamente tenemos investigación aplicada, que para nosotros son clínicas con las que aportamos a estudios europeos o internacionales en los que podemos participar. Después tenemos una estructura de investigación básica. Primero, proteómica, donde



buscamos proteínas que estén, o que nos puedan indicar, un nuevo biomarcador. Tenemos un gran biobanco de muestras de genética. Tenemos alrededor de 20 mil muestras de genética que nos permiten entrar en consorcios internacionales. Trabajamos con Chile, en un consorcio que busca ver cómo nos comportamos en el Cono Sur. Queremos trabajar muchísimo más con Chile, no tan solo en investigación básica.

Y esto es, en resumen, nuestro pequeño mundo y lo que nosotros estamos haciendo. Es una institución con 89 profesionales, de la cual yo soy la directora médica. Hay un director de investigación, y hay una CEO. Entendemos que el mundo Alzheimer es un mundo de un gran futuro. Es un mundo de un gran éxito de investigación, de gran conocimiento, y que nuestra obligación como clínicos es retornar a nuestros mayores: lo que nuestros mayores han hecho para nosotros.

¿Cómo podemos diagnosticar este paciente en etapas tempranas? ¿Se puede? ¿Cómo han avanzado ustedes en ese tema?

Yo le diría que sí que se puede, segurísimo, y qué hemos de ir ahí. ¿Y cómo? Explicaré una breve historia de cómo esto depende de la cultura del país, de nuestra cultura respecto a una enfermedad; por ejemplo, de la atención primaria, de los médicos de familia, de los geriatras. ¿Por qué? Porque hay una idea genérica de que como no tenemos tratamiento, ¿para qué? Esta es una gran equivocación.

En el caso de la detección temprana del cáncer de mama, la supervivencia y la calidad de vida de las mujeres, ha cambiado muchísimo y se ha transformado en una enfermedad

crónica. Haciendo una detección precoz del cáncer de colon, lo puedo controlar. El Alzheimer se comporta igual que la patología oncológica. No he de tener miedo a su nombre: he de tener miedo

“Haciendo una detección precoz del cáncer de colon, lo puedo controlar. El Alzheimer se comporta igual que la patología oncológica. No he de tener miedo a su nombre: he de tener miedo a no conocerlo”

a no conocerlo. Este es el cambio cultural: el nombre es un nombre presente, que igual que el cáncer, no nos debe dar miedo. Hemos de decir “estamos aquí, estaremos contigo, y un día tú vas a desaparecer de mi vida y de la historia de la medicina”. Pero esto sólo lo puedo conseguir llegando a un diagnóstico muy precoz o muy inicial.

¿Cómo es esto? Cuando empezamos hace 25 años, nosotros solamente veíamos pacientes muy avanzados que venían casi sin hablar. Y pensábamos, “¿cómo puede ser esto?, ¿por qué este paciente ha estado en su casa sin que nadie le mirara?”. Y solamente cuando no ha podido comer, entonces nos llevan el diagnóstico, pues el diagnóstico lo hace la pescadera del barrio, el conserje, el panadero, porque se dan cuenta que no está bien. ¡Cómo nos hemos equivocado!

Nuestra institución ve a unos 200 pacientes, y de ellos, unos 150 son asintomáticos. Ellos se quejan y nosotros les decimos “venga, venga”, porque toda queja necesita que alguien le escuche. Deterioros cognitivos leves hacemos el 42% de nuestra población, donde o es memoria, o es lenguaje, o es función ejecutiva. Algo pasa, que no hago bien lo que hacía tan bien antes.

Tenemos una batería de neuropsicología que determina muy bien la memoria de almacenamiento (storage) o la memoria hipocámpica, aquella que es “no me acuerdo qué he comido ahora, o qué he estado hablando con Bárbara hace media hora, por dios qué me pasa”. Y los estamos siguiendo con biomarcadores.

España es un país pobre, muy pobre, aunque estemos en Europa. Porque nosotros no podemos hacer test de rutina. Nuestra sanidad es una sanidad muy buena porque tiene muy buenos clínicos, pero ocasionalmente no tenemos dinero para hacer o investigar nuevos biomarcadores, pero podemos entrar en un proyecto europeo. Pero esto es una cuestión de tener muy buena relación con los médicos de familia, de decirles que en que hemos avanzado y que podemos dar mejor calidad de vida a las personas con demencia y a sus familias. Hay que perderle el miedo al Alzheimer, a diagnosticar el Alzheimer, y perderle miedo al cáncer, y perderle miedo a la esclerosis múltiple, y perderselo porque los conocemos bien. Porque tenemos una buena formación, una buena educación. Y esto lo hemos conseguido porque hacemos sesiones con la atención primaria de nuestro entorno, porque tenemos buena relación y hacemos conferencias con la gente del barrio, con la gente de



la municipalidad, con las asociaciones de Alzheimer, diciéndoles qué es lo que quieren saber. Si yo lo sé, se lo explicaré. Y a quién le hemos de perder el miedo: hemos de perder miedo a no conocer. Cuando uno conoce, ya le ha perdido el miedo, para así llegar al diagnóstico precoz.

Eso lo logran porque han podido interactuar con muchos actores que están en torno a las personas mayores. Eso es lo que estamos tratando acá en Chile, partiendo con esta educación y esta comunicación.

Sí, porque yo he de llegar a la persona mayor para decirle “mire, se pierde memoria, fíjese; píntese los labios, póngase guapa, y veamos lo que hay de la memoria; porque yo quiero que usted siempre se pinte los labios”. Y esta es mi posición como médico. Después tengo otro sombrero, que es la investigación básica. Pero mi sombrero social, mi sombrero como médico, es que yo quiero que usted sea usted. Y esto solamente lo conseguiré cuando a usted le duela el pie, usted va a al médico. Pues cuando a usted le duela la memoria –el problema es que no duele–, es que venga a mí y usted y yo nos entenderemos. O sea, esta relación con las personas, esta relación con la primaria, esta relación con la municipalidad. El decirle a la sanidad pública que la cognición es un arma de doble filo, que si yo pierdo cognición, y soy un diabético, no controlaré mi tratamiento, no controlaré mi dosis de insulina. No me acordaré si me la he puesto, o no me la he puesto; o me dejaré de poner la dosis, o me pondré una doble dosis. En sí estoy interfiriendo en que un problema de salud que es la diabetes se transforme en un gran y grave problema de salud de difícil manejo. Si yo controlo la cognición, secundariamente, ¿qué controlo?: los anticoagulantes, los antihipertensivos.

“Pero mi sombrero social, mi sombrero como médico, es que yo quiero que usted sea usted. Y esto solamente lo conseguiré cuando a usted le duela el pie, usted va a al médico. Pues cuando a usted le duela la memoria –el problema es que no duele–, es que venga a mí y usted y yo nos entenderemos”

Estoy controlando la comorbilidad de la persona mayor, y este es un punto muy importante cuando hablamos de salud pública.

En ese mismo sentido, hay algunos investigadores que plantean la demencia o el Alzheimer como un tercer tipo de diabetes. ¿Usted ha escuchado eso? ¿Cuál es su opinión?

¡Sí!, y pienso que es una mirada muy bonita que debemos investigar. Hemos trabajado con grupos muy importantes de diabetólogos, y los pacientes con diabetes expresan muy precozmente deterioro cognitivo leve.

Hay un problema inflamatorio muy vinculado a la diabetes tipo 2, que es la más prevalente. En este momento ha habido muchísimas aproximaciones terapéuticas como la insulina intranasal, o los antidiabéticos orales para hacer un control de la cognición. Y muy recientemente –seguramente Chile también participará en este ensayo clínico– está la utilización del liraglutide como un nuevo fármaco controlador de, no tan sólo de la diabetes (y sobre todo los hipoglucémicos), sino también de la cognición en función de los transportadores y del problema neuroinflamatorio que aparece en el cerebro, que estaría medio trazado con este fármaco. Por lo tanto, el control de diabetes y enfermedad de Alzheimer están muy unidos, al menos nos parece que están muy unidos. Hay un gran paso ahí, entre una patología y la otra.

Controlar la cognición implica un buen control de diabetes. Yo pienso que la diabetes es realmente una ventana abierta a la neurodegeneración, donde endocrinos y especialistas en neurodegenerativas tendremos que trabajar muy codo a codo, mano a mano.

También se habla que la enfermedad de Alzheimer está feminizada. En todas partes del mundo las mujeres viven más. También las cuidadoras son principalmente mujeres. ¿Se refiere a ese tema, o tiene una relación con el tipo de género?

No, pero estoy completamente de acuerdo. Tenemos un artículo que es muy didáctico en este sentido. Nosotros seguimos a 10 mil personas, a 10 mil familias en Ace Alzheimer Center Barcelona, e



hicimos la publicación sobre 5 mil. El 60% de nuestra población que viene a Ace Alzheimer Center Barcelona son mujeres. El 60% de las cuidadoras, son mujeres. La primera cuidadora es la mujer del esposo, la pareja. La segunda cuidadora es la hija mayor de esta familia; la tercera cuidadora es la esposa del hijo mayor. O sea, continúa estando focalizado en la mujer cuidadora. Por lo tanto, en términos sociales, la enfermedad de Alzheimer reside en la mujer porque viven más años, porque los estrógenos también nos protegen. En el Covid, los estrógenos también han protegido de la muerte, aunque se nos han muerto mujeres muy añosas, de 80 y pico. Y mujeres con hipertensión, por la coenzima que se unía a la A2 en el Covid.

En cuanto a género, cuando estamos hablando de morfología biológica, las mujeres tienen unas condiciones en que la supervivencia es más alta. Pero hay otro factor que se está estudiando en la forma lo más profundamente que se puede hacer, que es a nivel sociológico. La mujer no pierde su función ejecutiva durante todo el trayecto de vida. O sea, haya trabajado fuera de la casa, trabaje dentro de la casa; la mujer dentro de la casa es una empresaria. Una empresaria que mueve la casa, indudablemente; que mueve cuatro hijos, que mueve cinco hijos, que sabe lo que hay en el frigorífico, que sabe hacer una economía de escalas al nivel de la casa, que sabe aprovechar la comida, que sabe aprovechar la ropa, que sale a comprar. Esta función la mantiene hasta muy mayor. Por eso las mujeres solas con demencia, pueden vivir en su casa. Nuestro estudio nos dijo que de la población de Barcelona que vive sola con demencia, el 25% son mujeres.

Las mujeres se las apañan. Esconden muchas veces la demencia, porque en su pequeño mundo, o en su gran mundo, ellas se manejan. Esto es el bien o el gran error de la feminización del Alzheimer, porque el diagnóstico de la mujer es más tardío que el diagnóstico del hombre, porque es más autónoma.

Nosotros tenemos un analfabetismo muy alto en España. Para mi tesis doctoral en el '96, el 27% de la población añosa de España era analfabeta. Ahí caían las mujeres, por tanto estas mujeres manejan mal su prescripción y el tomar notas cuando pierden memoria. ¿Por qué?: Porque manejan mal lo que yo llamo “el lápiz y el papel”; porque no han llegado a la universidad; porque trabajaron antes que estudiar.

Pero supongo que estas serán las variables que nosotros cam-

biaremos, entre usted y yo. Yo soy mayor que usted, pero he tenido la suerte de llegar a ser universitaria, de poder aprender. Esto es lo que espero de mi nieta, que no tenga esta sectorización, esta penalización social de la mujer en el Alzheimer.

En este escenario que estamos de pandemia, las mujeres hemos estado puestas a prueba porque las labores son múltiples, y esto tiene, o va a tener, o está teniendo, un impacto en la salud mental, no sólo de las personas mayores, sino que de toda la población. En su opinión, ¿ha empeorado este escenario? Este distanciamiento físico y social en algunos casos, ¿cómo lo ve usted?, ¿cómo lo ve en España?

El Covid ha hecho estragos, pero no en número de muertes, sino en pérdida de calidad de vida. Por ejemplo, con la primera oleada de Covid que fue en marzo, y cuando tuvimos el cierre y tal, yo no entendía cómo no había Alzheimer en los hospitales, en este número tan importante de muerte. Es que no tenía importancia. La palabra Alzheimer, la palabra demencia, no cabía delante de la situación crítica que teníamos; pero después sí que ha aparecido.

Nosotros hemos hecho 25 mil llamadas de teléfono durante todo este tiempo, para tener lo que nosotros llamamos “a correa corta” controlados pacientes y familiares. ¿De qué nos hemos dado cuenta? De que quien ha sufrido más ha sido el familiar. El familiar se ha encontrado solo; el familiar se ha encontrado con que ha perdido todo su vínculo social, porque no podía salir; el familiar se ha encontrado con la persona de Alzheimer desayuno, comida, merienda y cena, y vuelve a empezar a las 24 horas.

Sin tener una convivencia social extremadamente anímica, ellos se han vuelto agresivos. O han hecho con los dos polos una curva de gauss de comportamiento; o se han vuelto apáticos; el mundo desapareció, están allí sentados. No les importa nada; están viendo la televisión, sin que la televisión, el programa, sea atractivo. Por otro lado, esto generó inquietud, se querían sacar las mascarillas, no entendían por qué estaban en casa, querían salir a la calle. Y esto lo manejaba un cuidador. Eso está en un paper que hemos publicado recientemente en *Frontiers*.

¿Qué nos hemos encontrado? Hemos encontrado que el cui-

dador ha enfermado de Covid, y el paciente estaba solo. Y tenía que venir la hija, o un cuidador de afuera, que era nuevo. Que se metía en aquella jaula dorada, que era una casa que seguramente aquella mujer la manejaba muy bien, y sabía cómo estaba. Y ha aterrizado en un mundo desconocido. Porque la hija no vivía las 24 horas con ellos. O el nieto mayor, o la sobrina. Este mundo se nos ha desaparejado. Cuando hemos vuelto a la actividad normalizada, los familiares nos pedían que abriéramos el Centro de Día. Que no podían más. Aunque fuera al 30%, al 40% como hemos abierto. Ellos no podían. Necesitaban tener unas horas incluso, fíjese, de soledad apacible. La soledad para ellos. Para ellos. No una soledad compartida. Si no apacible. Necesitaban vivir en paz. En paz mental. En paz espiritual. En poder hacer 20 minutos de la siesta, sin alguien que les dijera “¿estás durmiendo?”; “¿y qué estás haciendo?”; “¿y qué toca?”.

“Los familiares nos pedían que abriéramos el Centro de Día. Que no podían más [...] Efectivamente el componente de salud mental de esta población se ha visto muy perjudicada. Y la vamos a tener perjudicada, o en malas condiciones, hasta que esta maldita pandemia desaparezca”

Y esto lo hemos recompensado en que los pacientes que no pueden venir a Centro de Día, les hemos hecho estimulación cognitiva telemática. Hemos hecho grupos telemáticos. O sea, nos hemos acercado a esta familia, a este cuidador, y a este grupo telemáticamente para que no se sintieran solos, o para que tuvieran una voz o un receptor que los escuchara. Efectivamente el componente de salud mental de esta población se ha visto muy perjudicada. Y la vamos a tener perjudicada, o en malas condiciones, hasta que esta maldita pandemia desaparezca de nuestras vidas. Vamos a tener el problema de quién vacunamos, cómo vacunamos. Ellos también tienen miedo a la vacuna. Yo no sé si en Chile, pero se tiene miedo a la vacuna; qué pasará con la vacuna. Las medidas de precaución las han seguido bien. Pero fíjese: el Mediterráneo, nosotros somos gente de calle. Nos gusta la calle. Tenemos el ágora, somos gente de mercado. Nos gusta ir a comprar a un mercado, hablar con el tendero. Decirle cómo están sus hijos, tener esta vida social simple, sencilla. Pero que es la nuestra. Esto lo hemos perdido. Esto se fue.

Exactamente.

Esto se fue, pero poco a poco lo hemos ido recuperando, ofreciendo lo mejor que puedan las ciudades y las municipalidades, tratando de integrar otra vez esta actividad social. Los juegos de salón, las tertulias. La gente nos está pidiendo tomarnos un café. O sea, el café se ha transformado como objeto de deseo. Aquel café con usted, sentaditos, en un sitio es en este momento como la mejor medicina que les podemos dar.

Vamos a tener que trabajar muchísimo este concepto de salud mental. Vamos a tener patología mental asociada al aislamiento social del Covid. Pero aparecerá otra cosa que ya estamos detectando, que es la gente que ha pasado el Covid está haciendo patología cognitiva, de deterioro cognitivo. O sea, yo vaticino que tendremos una demencia o trastorno cognitivo post Covid, que no lo conocíamos pero que lo hemos de encarar, que lo tendremos de analizar bien. Tendremos de dar soporte cognitivo mental a esta población que ha estado expuesta al virus, y que el virus indudablemente ha entrado en el sistema nervioso central. También, a nivel de infartos cerebrales, a nivel de inflamación, pero como patología crónica va a aparecer, posiblemente, una demencia desconocida. Vamos a tener de lidiar con ella, entenderla bien y darle una salida terapéutica. Esto yo pienso que es un escenario que nos puede quedar post Covid; o entre Covid, porque yo no sé cuántos covid tendremos en nuestra vida a partir de este momento. Y que no es fácil, es una patología difícil, y de un gasto económico enorme, de un gasto sanitario público, y de un gasto social muy importante en nuestra población de gente mayor.

Algunos le llaman “la otra pandemia”.

Pienso que está bien definido, “la otra pandemia” porque no la conocemos, y porque seguramente será silente. Aparecerá, y después cuando encontremos trastornos cognitivos y hagamos la anamnesis del paciente, dirá “estuve con Covid, fue un Covid muy leve. Tuve esta gripe, esta gripe peculiar”. Seguramente aparecerá una patología nueva a la que tendremos, y bueno, tendremos de conocerla, y tendremos de darle una respuesta si es que la tenemos.



Algunas palabras que usted quiera aportarnos desde su experiencia con personas mayores, en especial en salud mental y en demencias.

La enfermedad de Alzheimer se ha centrado toda en la cognición. O sea, es mi memoria, mi lenguaje y tal, pero algunas veces nos hemos olvidado del trastorno psicoafectivo y de conducta. O sea, conocemos muy bien la disrupción de conducta cuando el Alzheimer está muy mal. ¿Por qué? Porque están agresivos, porque tienen su ideación delirante, porque están alucinados. Pero nos hemos olvidado de la depresión, del trastorno psicoemotivo. Pero se debería interactuar muchísimo más. Nosotros hemos de hacer un diagnóstico concomitante de trastorno psicopatológico junto al trastorno biológico del Alzheimer, porque también es parejo, porque la ansiedad y la depresión tienen un sustrato de neuroinflamación, tienen también un sustrato biológico, porque vamos a tratar memoria.

En nuestra fundación somos de tratar la psicopatología social, porque es muy diferente tener una persona con pérdida de memoria que es feliz, a una persona con pérdida de memoria que no lo es. Y si entendemos que Alzheimer es de un largo recorrido, uno de nuestros objetivos es que la situación psicoafectiva de estas personas sea la mejor posible. Ellos han de ser felices, ellos han de saber que la risa forma parte de la terapia. Hemos de aprender a manejar los antidepresivos muy bien, para que su estado anímico sea de excelencia. Y hemos de integrar el trastorno afectivo de la persona mayor. No por ser viejo, yo he perdido mi capacidad de futuro. Mi capacidad de futuro existe a los 80, y a los 90. La capacidad de futuro es quien soy, quién quiero ser, y qué es lo que hay mañana. Y este es el mensaje que les hemos de decir: usted, con Alzheimer o no, con la edad que tenga, de 90, de 60 y de 40; usted siempre tiene un mañana que lo puede alcanzar. Y este mañana ha de ser un mañana con una gran sonrisa. Porque, en unos términos, nosotros decimos: “en primavera, los cerezos siempre florecen”.

Muchas gracias doctora Boada, encantada de haber estado conversando con usted.

Un placer de estar con ustedes. ➔

ENTREVISTA

ACTITUD Y COMPORTAMIENTO DE LAS PERSONAS MAYORES FRENTE A LA PANDEMIA

*Helene Amieva,
Académica Psicogerontología
Departamento de Salud Pública
Universidad de Bourdeaux, Francia*

*Entrevista realizada por Andrea Slachevsky,
Centro de Gerociencias,
Salud Mental y Metabolismo
Clínica de Memoria y Neuropsiquiatría
Facultad de Medicina Universidad de Chile*



*Puede visualizar la po-
nencia completa en vídeo
escaneando el siguiente
código QR*

La profesora Hélène Amieva tiene una formación en psicología y neuropsicología, y actualmente dirige el Grupo de Investigación de Psicogerontología y Enfermedades Crónicas y del Envejecimiento, del INSERM de la Universidad de Bordeaux.

¿Cuál ha sido su experiencia como investigadora y como directora de un Grupo de Investigación en Psicogerontología del Envejecimiento y Enfermedades Crónicas del INSERM durante todo este período de pandemia?

La noticia de un confinamiento inminente en Francia empezó a conocerse el 14 de marzo. Estoy hablando del primer confinamiento que hubo. Fue oficial el 16 de marzo, y se volvió efectivo el 17 de marzo, así que tuvimos muy pocos días para organizar el teletraba-



jo del equipo de investigación. Y, como toda la población francesa, los miembros del grupo se encontraron obligados a trabajar desde su domicilio y hacer tareas que parecían imposibles, ya que nuestro grupo de investigación suele conducir estudios epidemiológicos en población general sobre adultos mayores. Tenemos varios estudios de cohorte longitudinales que seguimos desde hace muchos años. Así que, ¿cómo hacer epidemiología cuando uno está encerrado en su casa?

El mismo día que empezó el confinamiento, la preocupación que teníamos nosotros los investigadores, cuando tuvimos la primera reunión por zoom, era saber cómo lo iba a pasar la gente mayor que tenemos costumbre de seguir dentro de nuestros estudios de cohorte. Una colega investigadora insistió mucho sobre el hecho de que teníamos que dar un golpe de teléfono, por lo menos, solamente para pedir noticias de los participantes. Me pareció muy buena idea, pero hacer 20 o 30 llamadas es una cosa, y llamar a mil personas es otra cosa. Entonces me dije: pues, si llamamos a tanta gente, tenemos que hacerlo dentro de un marco definido, siguiendo un patrón. Dicho mejor: tenemos que transformar estas llamadas telefónicas en una encuesta más estructurada, que podría darnos una idea de cómo la gente mayor está pasando el confinamiento, y más generalmente la crisis del covid. Y lo gracioso es que, si un día alguien me hubiera dicho que montar un estudio epidemiológico desde su salón, desde su sofá, era posible, pues me hubiera reído mucho diciendo: *“bueno, eso es una broma. La epidemiología no se hace así, es mucho más complicado”*. Y pues al final sí, también se puede hacer así. Así lo hicimos, y al final estamos muy satisfechos de haber intentado la cosa. Era una manera también de participar en el esfuerzo colectivo, aunque no éramos especialistas de las patologías infecciosas, y mucho menos del covid. Pero el hecho de que teníamos pendientes estos estudios de cohortes, nos facilitó mucho la cosa. Al final hemos desarrollado este estudio *de cohorte PAQUID*.

Uno de los elementos que siempre destacan en los estudios que ustedes hacen dentro de la cohorte PAQUID es que unen diferentes niveles de indagación. Por una parte, la psicología, pero también variables médicas, variables más neuropsicológicas en términos cognitivos, tratando de entender las trayectorias del envejecimiento.

En base a lo que has vivido durante la pandemia y los datos que han recolectado, es siempre interesante preguntar si han podido seguir indagando, juntando esas diferentes tipos de variables, y cuál crees que es la importancia que ustedes aportan como grupo juntando diferentes tipos de variables y no enfocándose, por ejemplo, en algunos estudios solamente para conocer cómo está la salud mental de los adultos mayores.

Pues sí, nuestro grupo tiene como objetivo científico el estudio de los factores psicológicos y sociales que influyen sobre la expresión clínica del envejecimiento normal, o entre comillas patológico. También el estudio de intervenciones psicosociales innovadoras. El ejemplo de la COVID es bueno, porque desde el punto de vista de la salud física, bueno, pues no hay mucho debate. Es evidente que los adultos mayores son muy vulnerables, y van a padecer mucho de esta pandemia en términos de mortalidad. En términos de salud mental quizás no sea tan evidente. Y por eso siempre nos parece importante cuando uno trata de describir esas trayectorias clínicas del envejecimiento, siempre tener en cuenta aspectos físicos, cognitivos, psicológicos y sociales. Porque en todo esto interactúan diferentes aspectos.

En este período de pandemia, a la hora de lanzar esta encuesta telefónica, el hecho de que teníamos pendientes estudios de cohorte, nos facilitó mucho la cosa. Y también, la experiencia que tenemos en el estudio de los fenómenos psicológicos en adultos mayores. Y las fuerzas en términos de recursos humanos. Incluyendo los estudiantes, psicólogos en último año de máster, estudiantes en tesis, y miembros profesores en psicología, hemos podido contar con más de doce personas con suficiente formación en psicología para entrevistar a las personas mayores, muy mayores; algunas con deficiencias auditivas, cognitivas, algunas deprimidas, con ansiedad, que por supuesto complica mucho la entrevista.

El confinamiento duró exactamente 55 días, incluyendo los domingos y fines de semana, y en este período muy corto pudimos contactar a 900 personas, y entrevistar poco más de 700 personas. Bueno, no fuimos los únicos en lanzar estudios sobre adultos mayores durante la pandemia, por supuesto. Pero lo interesante es que la mayoría de estas encuestas fueron por internet, y desafortunadamente, hay importantes límites que considerar cuando se hace de esa forma. Si bien este modo tiene ventajas obvias, ya que



permite recopilar una gran cantidad de datos en grandes muestras de participantes en un tiempo bastante corto, también implica un sesgo de selección importante, en particular, cuando se trata de la población mayor. Esto conduce a una representación excesiva dentro de la muestra del estudio, de aquellos adultos mayores que están dispuestos a participar en la investigación, que son usuarios habituales de la web, y que no tienen; al final; deterioro cognitivo. Esos participantes tienen menos probabilidades de experimentar las condiciones que podrían aumentar los efectos negativos de la pandemia en la salud mental, ya que son seguramente más jóvenes, tienen una educación superior, tienen más altos recursos económicos y probablemente una mejor salud física, cognitiva y mental. En consecuencia, el hecho de hacer nuestra encuesta por teléfono, así como cuando hacemos nuestros estudios de cohortes vamos al domicilio de las personas para entrevistarlas, pues todo eso me parece ser una ventaja importante a la hora de incluir participantes más mayores, más frágiles, con poca educación o con trastornos cognitivos; y eso para nosotros es muy importante: tener una muestra que sea lo más representativa posible del envejecimiento, sea bueno o malo.

En los datos que han logrado recoger hasta entonces, ¿cuál crees que ha sido el impacto más importante de la pandemia en los adultos mayores?

Pues estamos analizando los datos, así que todavía no tenemos los resultados completos. Pero lo que ya se destaca en los primeros datos que estamos analizando, es que si bien, como decía, los mayores son una categoría muy vulnerable acerca de la enfermedad y la mortalidad, por razones que ya conocemos muy bien - un sistema inmunitario menos eficiente, una propensión más grande a una respuesta inflamatoria más fuerte, la presencia de comorbilidades que hacen que el riesgo de desarrollar una forma grave de la infección sea más alto - desde el punto de vista psicológico y social quizá las cosas no sean tan dramáticas, o al menos no para todos los ancianos. Vemos que en la muestra que hemos conseguido, y que consiste en personas de 85 años y más - es decir, personas muy mayores - hay bastante diversidad. Tenemos personas con muy

bajo nivel educativo (entre un 12% a 13% jamás fue a la escuela). También se presentan personas con pocos recursos y personas de sectores rurales, entre otros tipos normalmente no representados - como hemos comentado - en las encuestas online.

Lo que vemos, considerando estas características de la muestra, es que hay un nivel muy alto de conocimiento de la pandemia. Cuando se les pregunta cuáles son los síntomas del COVID, son capaces de responder correctamente. Las causas de la pandemia, las medidas de protección adoptadas por el gobierno, las conocen muy bien. Cuando se les pregunta si se sienten capaces de aplicar estas medidas, un 98% dice que sí, que se sienten muy capaces. Y cuando se les pregunta si temen consecuencias graves para ellos mismos, la gran mayoría dice que no: *“no, para mí, pero para mi familia sí”*. También notamos una tasa baja de personas con alto nivel de ansiedad, entre 4% a 5%. Por otra parte, el 30% de la población del estudio decía que al final del confinamiento no había cambiado nada en su modo de vida, ya que estaban ya muy limitados en las salidas fuera del domicilio, y estaban acostumbrados a ver poca gente.

Una teoría muy interesante – que es bastante conocida – la teoría de Selectividad Socioemocional, desarrollada por Carstensen y colaboradores, supone que las personas mayores tienen un nivel de bienestar más alto que las categorías de edad más jóvenes. ¿Por qué?: pues porque tienen esa capacidad en contentarse con lo que es esencial en la vida. Las actividades que les gustan, cosas por las que tienen afectos, las cosas y personas que sí importan para ellos, aunque sea una persona sola, sin pedir más a la vida. Una manera de pensar muy diferente al funcionamiento característico de la juventud. Y eso hace que tengan una capacidad a aceptar las cosas que llegan con más resignación, y una capacidad de centrarse en las pocas cosas que les traen satisfacción.

Pues parece que frente a la pandemia, así se comportó –o por lo menos una parte– la población de personas mayores. Ese resultado nos sorprendió un poco, y de todas formas es muy positivo. Lo que vemos en los estudios que sí tienen sesgo de selección –porque fueron conducidos por encuestas por internet– los vemos también en nuestro estudio. Es decir, tasas de ansiedad y depresión menos altas en la población de adultos mayores, cuando esas mismas medidas están comparadas con categorías de gente más jóvenes.



Parte de su población está en un medio rural. ¿Puede haber allí un efecto protector versus el confinamiento en las ciudades, en departamentos? O sea, acá lo que podría ser, en cierta manera, algo negativo para enfermedades crónicas, puede convertirse simplemente en protector, como por ejemplo, disponer de espacio.

Muy buena pregunta. Esta misma pregunta nos la hemos planteado, y estamos justamente analizando estos datos ahora mismo, así que no te lo puedo decir, pero sí que lo estamos investigando, y bueno, los testimonios que vimos van un poco en ese sentido. Es decir, que la gente que vive en el campo decía: *“bueno, para mí no cambió nada, estoy en mi campo, en mi jardín, estoy con mis flores, cultivando mis rosas. El confinamiento para mí, casi no me doy cuenta”*. Así que al final me parece que sí habrá un efecto –bueno, los datos lo dirán– pero habrá un efecto relacionado con el hecho de vivir en zona urbana o rural.

En relación al grado de deterioro cognitivo de las personas, ¿ha tenido algún impacto?, ¿qué es lo que han podido observar?

También es una pregunta muy importante, el problema es que es muy difícil de medir, porque a cada visita que hacemos en el domicilio de las personas, pasamos una serie de test cognitivos. Varios tests: el MMS, un test de memoria episódica, lo que por supuesto no se puede hacer por teléfono.

El único test que pudimos hacer fue el TICS, no sé si se practica en América Latina, pero es como un MMS, se parece, pero no es exactamente así. Entonces, va a ser bastante difícil, a pesar de que tenemos muchísimas mediciones antes que hemos colectado en las visitas previamente, será bastante difícil comparar completamente las medidas. Y esperamos hacer de nuevo un seguimiento por teléfono para poder no sólo comparar dos puntuaciones, con dos test diferentes, sino comparar la pendiente, para ver si el declive es más importante después de la pandemia, comparado a lo que veíamos antes. Así que también lo vamos a investigar, pero será un poco más difícil.

Una de tus investigaciones más interesantes ha sido la relación

entre pérdida auditiva y cognición en los adultos mayores. ¿Nos podrías contar los resultados que has obtenido?

Sí, en referencia a resultados que hemos publicado en un par de artículos, y que se basan sobre este estudio, incluimos 6.777 adultos mayores que vivían en la comunidad, y cada dos o tres años realizamos una visita a domicilio con una psicóloga que realiza una evaluación social, clínica y neuropsicológica. A los sujetos que presentaban trastornos cognitivos, se les proporcionó una visita adicional con un médico, sea geriatra o neurólogo, para realizar un diagnóstico más preciso de la enfermedad de Alzheimer y otro tipo de demencia.

Seguimos con estas personas. Por supuesto, son muy mayores y quedan pocos, pero todavía los seguimos. Lo que hicimos no hace mucho es comparar la trayectoria de declive cognitivo, medido con el MMS, que se administró a cada visita, en dos grupos de personas que estaban incluidos en el cohorte. Los que declararon a la vista iniciada padecer una pérdida auditiva, sólo se les preguntaba si tenían dificultad para escuchar y nos decían que sí, un poco, o mucha dificultad, poca dificultad, o ninguna. Entonces, hemos comparado la trayectoria de declive cognitivo en estas personas que declararon tener dificultad auditiva, con la trayectoria de los que declararon que no tenían tal deficiencia. Y vimos que los que decían tener dificultad para escuchar, presentaban declive más importante y más rápido durante los 25 años de seguimiento que consideramos en este estudio.

El otro resultado interesante es que los que declararon padecer pérdida auditiva, pero también decían usar audífonos. Esas personas presentaban una trayectoria de declive similar a la de los sujetos de control, es decir, los que no tenían pérdida auditiva. Y esos resultados se replicaron en un segundo artículo, considerando esta vez no sólo el declive cognitivo, con el MMS, sino también el diagnóstico de demencia, ya que tenemos ese diagnóstico clínico, con los médicos que venían a domicilio para hacer el examen. Pues esos resultados se replicaron con el diagnóstico de demencia, y también con el riesgo de desarrollar dependencia sin demencia. Es decir, hay un riesgo más importante y más alto de demencia, y también de dependencia en los que declaraban pérdida auditiva en la visita inicial, en comparación con los que no padecen pérdida



auditiva. Pero una vez más ese riesgo lo hemos encontrado similar en los que padecen pérdida auditiva y usaban audífonos. O sea, que esos resultados los hemos obtenido gracias a esos estudios que son observacionales, y tendrían que ser confirmados en ensayos clínicos con una intervención activa. Pero parece importante considerar que aquellos que tienen un efecto positivo sobre el declive cognitivo, ya lo sabemos, son muy pocos. Entonces, es importante también apuntar todos esos factores que contribuyen a acelerar el declive cognitivo en el adulto mayor, pero también es importante apuntar esos factores que pueden ayudar a mantener un buen funcionamiento cognitivo, y pues, quizás, el manejo de la pérdida auditiva sea uno de esos factores que hay que promover.

¿Qué recomendaciones darías a quienes están actualmente haciendo estudios epidemiológicos y que han visto su trabajo interrumpido por la pandemia? Ustedes, ¿qué estrategias piensan desarrollar para que la pandemia no signifique una pérdida de todo el trabajo desarrollado?

Pues hay que intentar mantener un tipo de relación con los participantes. Lo peor sería decir *“bueno, pues ya no se puede hacer seguimiento como teníamos costumbre hacerlo, entonces pues todo se para”*. Eso sería lo peor, porque me parece que tenemos muchas lecciones que aprender ahora de lo que está pasando. Así que, pues, mi consejo es mantener a toda costa la relación con esos participantes, que estén bien o que estén mal. Para ello, el teléfono me parece el mejor medio para hacerlo, porque además lo están viviendo muy bien. Cuando hemos intentado dar ese golpe de teléfono, la gente de verdad estaba muy contenta. De costumbre, cuando vienen los psicólogos o médicos a hacer la evaluación, de vez en cuando nos dicen *“bueno, son un poco pesados, eh, porque cuántas cosas nos preguntan y cuántas cosas tenemos que hacer para ustedes”*. Pero esta vez estaban todos muy contentos por poder por fin contar la experiencia que ellos mismos estaban viviendo, así que me parece que son buenas condiciones para mantener esta relación, por razones científicas. Y también por razones humanas.

Hemos hablado que ha sido bien notable como un equipo de in-

vestigación ha podido seguir haciendo investigación con adultos mayores, que finalmente es la población de más riesgo. Ante esto, ¿cuáles crees que podrían ser las principales debilidades?, ¿qué fue lo que a uno le hubiera gustado decir “háganlo de manera diferente a futuro”?

Algo que quizás no habíamos visto en la primera fase de la pandemia, pero quizás está desafortunadamente ocurriendo es un fenómeno de discriminación acerca de los adultos mayores. Bueno, no sé si es propio a Francia o sería la misma cosa en los otros países, pero como esta pandemia está durando mucho, y las consecuencias del punto de vista económico van a ser enormes, pues claro, son los jóvenes y los adultos de edad media que lo van a pagar muchísimo. Lo que está pasando –y me da mucho miedo lo que está pasando– es que mientras más tiempo pasa, se está enfrentando a la salud de los adultos mayores contra la salud económica de la sociedad, y esto para mí es fatal. Espero que las cosas no vayan a peor, porque se están oyendo cosas como *“bueno, la pandemia está matando sobre todo adultos mayores, pero ya han vivido. Hay que priorizar a los adultos más jóvenes que todavía tienen que trabajar, ganar dinero y hacer su vida”*. Y bueno, es lo que me preocupa un poco. ➔



PANEL DE CONVERSACIÓN

“COTIDIANIDADES DE LA CUARENTENA: PENSAR LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS MAYORES EN Y POST LA PANDEMIA”

Modera:

Andrea Slachevsky - Red Transdisciplinaria sobre Envejecimiento, Universidad de Chile - GERO.

Panelistas:

Daniela Thumala - Universidad de Chile - GERO.

Maria Isabel Behrens - Universidad de Chile.

Daniela González - Departamento de Salud Mental, MINSAL.

Muriel Abad - SENAMA.

INTRODUCCIÓN

Desde los primeros momentos de la crisis sociosanitaria por Coronavirus, se ha hablado de los efectos que la pandemia tendría a corto y largo plazo en la salud mental de la población, cuyo impacto podría ser incluso más fuerte que los problemas causados directamente por la enfermedad. Este escenario afecta ciertamente a toda la población de manera diversa, y si bien las personas mayores han protagonizado frecuentemente esta preocupación pública, el tema va mucho más allá de sólo este grupo. En términos generales, el contexto de incertidumbre que se ha presentado a raíz de la pandemia se evidencia como uno de los principales estresores que podrían afectar la salud mental de cualquier persona.

El objetivo de este diálogo ha sido reflexionar sobre las condiciones de salud mental de las personas mayores durante la pandemia, visualizando también los desafíos que se presentarán post

pandemia. El tema requiere necesariamente reconocer la heterogeneidad que presentan las personas mayores, integrando una mirada proveniente tanto de la academia como del Estado, para finalmente proponer cómo se deben abordar las condiciones de vida de las personas mayores, en materia de salud mental y pandemia.

¿CÓMO HA IMPACTADO LA PANDEMIA EN LAS PERSONAS MAYORES?

Al tratarse de un grupo enormemente diverso, la respuesta ante esta pregunta debe necesariamente partir de una consideración de los diferentes contextos. Ciertamente, la experiencia de la pandemia ha tenido un impacto diferente en las personas mayores con o sin demencia, con menor o mayor autovalencia, con mejores o peores redes de apoyo, condiciones económicas, entre otros. En definitiva, se puede experimentar la pandemia desde vivencias totalmente distintas.

A pesar de que aún no existen suficientes datos sobre los impactos de la crisis en la salud mental de las personas mayores, hay estudios que han evidenciado un enfrentamiento de las dificultades por parte de este grupo, que sería mejor a lo que se esperaba. La salud mental de la población mayor ha sido una temática central de preocupación pública, y mucho se ha hablado sobre la propensión de este grupo a sufrir o agravar situaciones de depresión, ansiedad y otros trastornos mentales. Sin embargo, si bien se ha evidenciado que existen personas mayores enfrentando estas condiciones, hay un grupo importante de ellas que han podido sortear el contexto con otras herramientas, lo cual lleva a reflexionar sobre los imaginarios de fragilidad asociados a esta población. Es importante identificar y cuestionar los estigmas sociales y estereotipos de la vejez.

“Solemos extrapolar la fragilidad física a la fragilidad psicológica, y no necesariamente hay una relación lineal entre la fragilidad física y las capacidades psicológicas que las personas tienen para enfrentar dificultades. A mí me ha tocado en experiencia clínica trabajando con personas mayores,

ver personas adultas mayores con algunas patologías físicas importantes, y que sin embargo han podido desarrollar una fortaleza psicológica para poder enfrentar esa situación” (Daniela Thumala. Universidad de Chile).

Ahora, sin perder de vista esta consideración, se hace necesario referir específicamente a las condiciones actuales de personas mayores que presentan demencia o algún deterioro cognitivo. Sin duda, la pandemia ha sido una disrupción para todo el mundo, y esto se manifiesta de forma potenciada en este grupo de la población. Si bien muchas de ellas pueden presentar nociones de pérdida con respecto a la contingencia, se ha visto que perciben un entorno distinto y nervioso, donde las visitas y contactos sociales se han restringido y la soledad ha emergido como una dificultad constante con la cual lidiar. Estos efectos se han visto manifestado en un aumento en los fallecimientos de este grupo, lo cual ha llevado a muchas familias a retirar a personas mayores de residencias, optando por un cuidado en el hogar. Todo este escenario ha visibilizado y agravado la enorme sobrecarga de los/as cuidadores/as, quienes se han visto enfrentados con mayor frecuencia a situaciones de agitación y agresividad.

“porque los pacientes con demencia, algunos, cuando están con la demencia muy avanzada, no entienden que tengan que ponerse la mascarilla, ni que no puedan salir, que porqué no puede salir a pasear, etc., y se les explica pero se les olvida enseguida, entonces para el cuidador es muy estresante controlar el paciente” (Maria Isabel Behrens. Universidad de Chile).

¿CÓMO SE ESTÁ ENFRENTANDO ESTO DESDE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS?

Abordando el tema desde la política pública, se reconoce ante todo que la mayor parte de las carencias en salud mental vienen desde antes que la llegada de la pandemia. De allí que se habla de una “deuda previa”, la cual ha sido cada vez más visible, sobre todo desde el año 2018, cuando se comenzó a tematizar en los medios de comunicación las altas tasas de suicidio en la población mayor.

Tanto desde la institución de SENAMA como de MINSAL, se reconoce la falta de líneas específicas de trabajo que aborden el tema de la salud mental de personas mayores. Si bien se incorpora el tema en a través de los enfoques transversales de ciertos programas, las particularidades de la salud mental en la vejez requieren de una incorporación explícita y programas específicos asociados. De lo contrario, el tema queda propenso a ser omitido. Una de las medidas que se tomaron durante el año 2019 a raíz de este diagnóstico, fue la conformación de una mesa de trabajo que incluye la participación de personas mayores de la sociedad civil y organismos públicos. Pero se reconoce que aún falta realizar esfuerzos mayores en esta materia.

Con la llegada de la pandemia, las barreras respecto a políticas públicas sobre salud mental en la vejez quedan muy de manifiesto, poniendo sobre la mesa el tema como una de las prioridades centrales. En ese sentido, se rescata la oportunidad de instalar la importancia de abordarlo como un tema prioritario.

BARRERAS QUE HAN QUEDADO DE MANIFIESTO

Una de las principales barreras que se ha visibilizado a raíz de la pandemia corresponde a la falta de datos respecto a la salud mental de las personas mayores. La crisis sociosanitaria introduce la necesidad fundamental de generar información sobre la situación actual, lo que ha evidenciado la carencia de conocimientos con respecto a las situaciones basales de salud mental de las personas mayores. A raíz de ello, se ha puesto sobre la mesa la necesidad de realizar diagnósticos y acelerar los procesos de disposición de datos.

“Nos hemos encontrado fundamentalmente con desafíos, desafíos en cuanto al diagnóstico de situación; Qué es realmente lo que ocurre, lo que está ocurriendo, y ese fue el primer llamado de atención, en el fondo, no sabemos lo que está pasando en situación normal, menos aún en pandemia” (Daniela González, MINSAL).

El tema deja de manifiesto el desconocimiento sobre los estados basales de salud de las personas, sobre todo en lo que respecta a la salud mental. Al llegar la pandemia, y manifestarse la urgencia de realizar diagnósticos, se observó que la situación basal de las personas mayores es de una gran diversidad, y el conocimiento al respecto es insuficiente y está bastante retrasado. En ese sentido, la pandemia nos deja abierta una ventana en torno a los puntos claves que se deben trabajar en torno a la salud mental de las personas mayores. Si bien es un tema que hace décadas se viene visibilizando cada vez más, la crisis devela actualmente con mayor fuerza el trabajo que debe ponerse en marcha.

“Lo que más veo es una oportunidad, tenemos que seguir en contexto” (Daniela González, MINSAL).

INICIATIVAS Y AVANCES QUE HAN EMERGIDO

A partir del diagnóstico que se hace sobre la situación de retraso en torno a los datos y el desconocimiento sobre la situación basal de salud mental de las personas mayores en Chile, emerge la necesidad de generar estrategias que al menos logren responder al conocimiento del contexto actual. Entre estas iniciativas se menciona el programa de SENAMA, “Fono mayor”, en alianza con la Fundación Míranos y Hospital Digital. Dentro de los efectos de esta iniciativa,

se destaca la cobertura que tuvo el año 2020, llegando a un aproximado de 30 mil personas, entre población mayor, cuidadores/as y familiares. A raíz de esto, fue posible levantar información sobre la salud mental de este grupo, instalando la necesidad de realizar encuestas y diagnósticos más sistemáticos.

“Uno de los principales temas por los que llamaron al principio las personas mayores al Fono mayor, fue por alimentación; necesitaban alimentación, necesitaban generar compras, ir a buscar su pensión, necesitaban atención psicológica, todo eso que nosotros empezamos a visualizar a través de un teléfono que antes recibía 10 llamados diarios y que de un día para otro empezó a recibir 300, 400 hasta 500 llamados diarios, era para nosotros un indicador para decir que tenemos que tomar ciertas medidas” (Muriel Abad. SENAMA).

Así, a través de diferentes alianzas entre SENAMA y MINSAL, y con la Red Interdisciplinaria de Psicogerontología, se realizaron diferentes encuestas, apuntando hacia la proposición de iniciativas que permitan incorporar la salud mental como tema específico al desarrollar programas y políticas.

Entre los resultados que se han obtenido hasta el momento, destaca en primer lugar la brecha digital, y el impacto que esta ha tenido en el aislamiento social de las personas mayores. A partir de la información levantada, se buscaron nuevos y mejores canales de comunicación con este grupo en cuestión, lo que devino, entre otras cosas, en un fortalecimiento de diálogos sostenidos con organizaciones de personas mayores desde Arica a Punta Arenas. A través de estos diálogos, se categorizó la salud mental como un tema de preocupación prioritaria, enfatizando en el cuidado de las personas institucionalizadas, y el apoyo del personal de cuidado.

Otro tema que se puso sobre la mesa a través de las instancias de levantamiento de información en pandemia, tiene relación con la fatiga de los equipos de salud y personal de trato directo

con las personas mayores, quienes se han enfrentado a esta crisis desempeñando labores de cuidado que se vuelven más pesadas y desgastantes. Ante ello, surge la necesidad de reforzar el apoyo, generando principalmente guías de orientación para personal de cuidado, sean profesionales de los ELEAM o personas que cuidan a una familiar mayor en casa.

Finalmente, en cuanto a las iniciativas públicas, se destaca en particular la mesa de trabajo que se conformó a raíz de esta problemática entre SENAMA, personas mayores y MINSAL, a partir de la cual se han podido generar documentos con propuestas, sugerencias, recomendaciones, líneas de trabajo e iniciativas concretas para aportar en el trabajo en torno a la salud mental de la población mayor.

DESAFÍO DE INCLUSIÓN

Considerando todo lo planteado, se instala la importancia de incorporar en este trabajo la participación de la sociedad civil, y en particular de las personas mayores. Esto se plantea como un desafío importante a la hora de abordar las políticas públicas en salud mental. Y más aún, surge el desafío de incluir a aquellas personas mayores que no necesariamente están conectadas con las plataformas de comunicación, que poseen mayores barreras de conexión digital y menos herramientas de acceso a la participación social. Es importante idear instancias para poder incluir a quienes frecuentemente quedan “sin voz”, excluidos por la estructura social y expuestos a una mayor vulnerabilidad. Si bien se menciona que la estrategia de Fono Mayor ha permitido llegar a sectores de la población mayor con los que no tenían ningún vínculo comunicativo previo, se evidenció que aún queda mucho por hacer en esa línea.

“El desafío es cómo llegamos a escuchar a esa población adulta mayor, que no es la población frecuente de nuestros programas, es una población totalmente distinta” (Muriel Abad. SENAMA).

GRANDES DESAFÍOS Y NUEVAS LÍNEAS DE ACCIÓN

A partir de este diálogo, se plantea la necesidad de re enfocar el trabajo sobre la salud mental de personas mayores, hacia un sistema integrado y específicamente dirigido a ello.

“Ya basalmente teníamos una deuda, y estamos tratando de tomarlo para aprovecharlo como una oportunidad de instalar firmemente el tema de la salud mental, a nivel de todos los programas y planes de salud mental para personas mayores” (Muriel Abad. SENAMA).

TRABAJO INTERSECTORIAL, INTERDISCIPLINARIO Y CO-CONSTRUCCIÓN:

Uno de los temas claves que emergen en la reflexión sobre cómo fortalecer esta área de la salud, es el trabajo intersectorial. Se observa que actualmente, la falta de coordinación entre los diferentes sectores de la sociedad ha generado una diferenciación y segregación de la salud mental entre lo psiquiátrico y lo neurológico. En términos estructurales, existe un modelo de Estado en el que cada institución funciona bajo sus propios objetivos y normas, deviniendo en una lógica administrativa con muchas barreras para generar programas intersectoriales. Una de esas barreras corresponde sin duda al tema de los recursos, cuya forma de gestión deviene en una competencia entre los diferentes sectores para obtener financiamiento.

Sin embargo, la crisis sociosanitaria ha llevado de manera forzosa a ciertas instituciones estatales ha tener que establecer un diálogo y robustecer sus vínculos, como se ha visto por ejemplo, en la relación entre MINSAL y el Ministerio de Desarrollo Social. El desafío del trabajo intersectorial hoy se vuelve especialmente necesario a raíz del manejo de la pandemia. Particularmente, el tema de la salud mental de las personas mayores está íntimamen-

te relacionado con una gran diversidad de determinantes sociales como el nivel socioeconómico, las redes de apoyo, el acceso a información, las condiciones basales de salud, factores culturales, entre otros; que evidencian la estricta necesidad de abordar el tema desde diferentes sectores, y no sólo desde la salud.

“Hoy día el objetivo es hacer sinergia, como tener pisos mínimos que nos permitan ir construyendo en esta diversidad de actores el tema de salud mental de manera mucho más visible” (Muriel Abad. SENAMA).

Desde el ámbito académico, el trabajo de investigación se tiende a percibir de manera aislada, con muchas dificultades de traducción hacia otros sectores de la sociedad, como si estos estuvieran parcelados. La salud mental de personas mayores debe ser abordada desde un idioma común que logre vincular a las diferentes áreas de trabajo e investigación, lo cual deviene necesariamente en un ejercicio que tiene que ver no sólo con recursos, sino sobretudo con actitudes. En la misma línea, la academia misma necesita incorporar una perspectiva interdisciplinaria para abordar el tema de la salud mental en las personas mayores. La iniciativa de Gero se plantea como un buen ejemplo de trabajo desde esta óptica.

“Yo creo que nos estamos enfrentando como sociedad a un fenómeno complejo, y los fenómenos complejos requieren de trabajos interdisciplinario” (Daniela Thumala. Universidad de Chile).

El trabajo que aquí se plantea como desafío, no sólo considera la necesidad de comunicación entre los diferentes entes públicos, el sector privado y las distintas disciplinas de la academia, sino también la sociedad civil, y sobretudo las personas mayores. Es importante incorporar una perspectiva de co-construcción en la po-

lítica pública, que escuche la voz de las personas mayores desde una lógica vinculante que realmente incorpore sus visiones en el establecimiento de medidas y estrategias para fortalecer la salud mental en la vejez.

CONOCIMIENTOS DESDE LA DIVERSIDAD DE CONTEXTOS

Sobre esta base de planteamientos, se propone la importancia de generar conocimientos integrados respecto a la realidad de las personas mayores, que tomen en cuenta los diferentes contextos. Esto es fundamental, pues las medidas y políticas impactan de forma distinta según las condiciones de vida de la población, y lo que puede ser una medida de protección para un sector, puede implicar una forma de discriminación para otra. Esto se ejemplifica claramente a través de la medida de aislamiento para personas mayores de 75 años, que se estableció a comienzos de la pandemia para cuidar a esta población, pero que generó reacciones de malestar debido a la noción de estigma, castigo, discriminación y homogeneización.

“Son distintas las medidas que pueden tomar a nivel de política pública para personas mayores que están solas, que están aisladas, que no tienen redes de apoyo, que no tienen la compañía o el acceso de la familia, a las que están acompañadas por su familia” (Daniela Thumala. Universidad de Chile).

Las medidas y recomendaciones generales tienden a basarse en estereotipos de vejez, que no necesariamente responden a las diversas necesidades. De allí que se hace necesario coordinar a los organismos del país que manejan diferentes informaciones, de manera de generar una visión más amplia que permita abordar esta heterogeneidad a través de la política pública. Si bien el objetivo es complejo, se plantea que corresponde a una necesidad prioritaria en temas de salud mental y personas mayores, pues hace falta una visión del usuario desde la diversidad.

“Lo que tiene que ver con realmente cómo le va a llegar y cómo está afectando realmente a las distintas situaciones de las personas, a los sujetos de los planes, de los programas, de las intervenciones” (Daniela González. MINSAL).

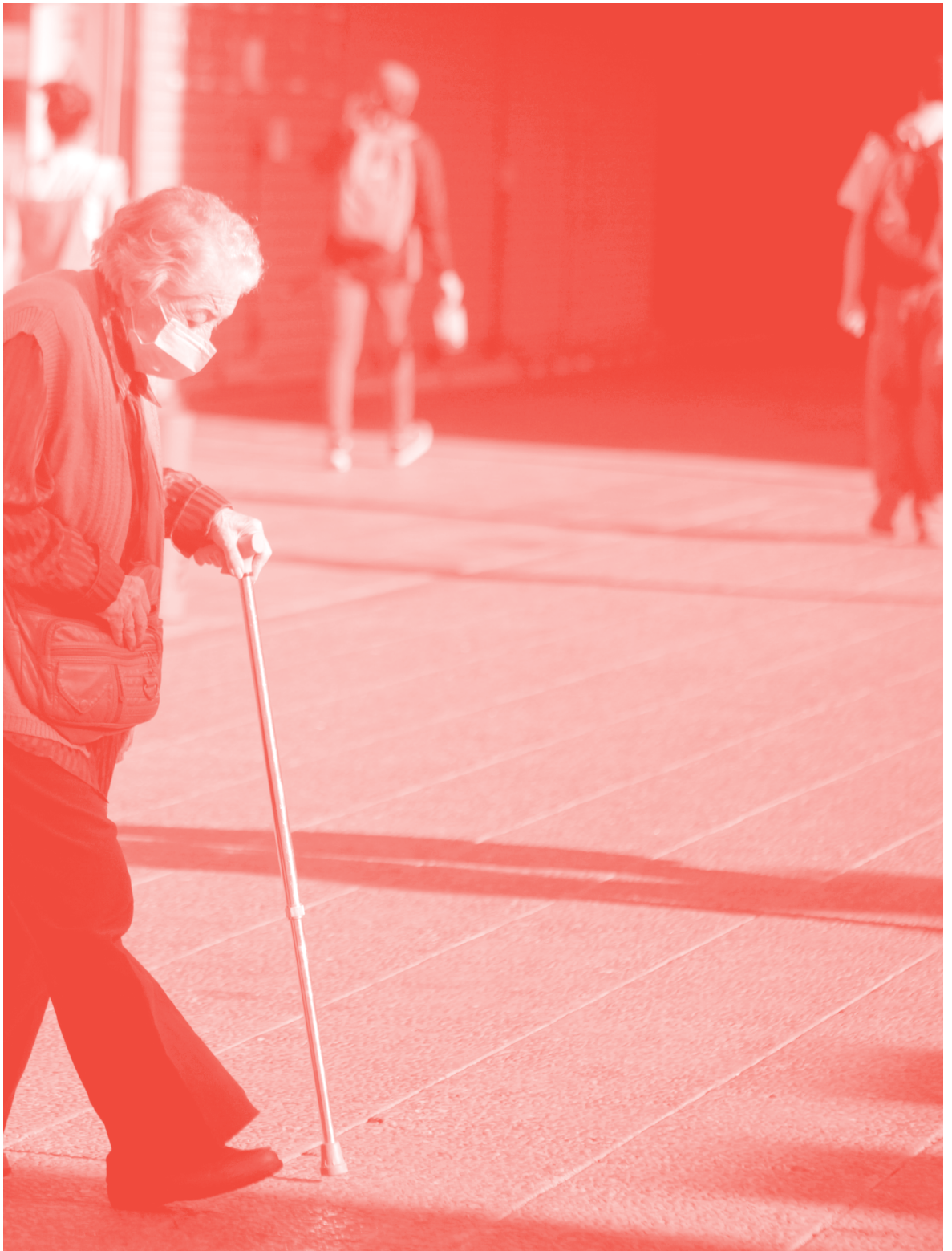
PALABRAS FINALES

A raíz de este conversatorio, se instala la necesidad de abordar la salud mental de las personas mayores apuntando hacia una mayor integración de la información, y que se genere conocimiento reconociendo la heterogeneidad que caracteriza a esta población. Para ello, se hace fundamental desarrollar una perspectiva intersectorial e interdisciplinaria en la generación de políticas públicas, que en definitiva logren avanzar hacia lógicas de co-construcción.

La pandemia, en este sentido, ha traído “aprendizajes forzados”, pues “el virus no venía con manual”, sino que este se desarrolló y se sigue construyendo en el proceso mismo. Si bien la crisis ha introducido desafíos complejos, plantea también la oportunidad de identificar barreras claves en torno al tema de la salud mental, y pensar en cómo abordarlas de manera distinta, más allá de la gestión de la pandemia propiamente tal. Después de todo, si se siguen perpetuando las mismas líneas de trabajo anteriores, no se avanzará hacia un mejor abordaje de la salud mental en la vejez.

Para futuras conversaciones, se hace necesario pensar en nuevas estrategias para que las políticas y medidas sociales tengan una mayor visibilidad en la población y logren así una mejor cobertura. Las reflexiones que aquí se plantean y que ciertamente han sido impulsadas por la crisis sociosanitaria, deben verse transformadas en acciones concretas para ayudar a la población. En ese sentido, el actual contexto de debate por una nueva Constitución para Chile, se plantea como una oportunidad fundamental para reconocer que vivimos en una necesaria interdependencia. ➔







DERECHOS
DESDE LO MOLECULAR A LO SOCIAL:
LA NECESIDAD DE UNA PERSPECTIVA
TRANSDISCIPLINARIA PARA PENSAR EL
ENVEJECIMIENTO.



PONENCIA INTERNACIONAL

LOS EFECTOS DE LA PANDEMIA SOBRE LAS PERSONAS MAYORES DESDE LA MIRADA DE LA GEROCIENCIA

*Felipe Sierra
Senior Advisor to the Director.
National Institute on Aging, NIH
Investigador Inspire Project
University Hospital Toulouse
Francia.*



Puede visualizar la ponencia completa en vídeo escaneando el siguiente código QR

Los adultos mayores son los más afectados en una pandemia desde el punto de vista biológico, dado que la mayor parte de los muertos son gente de este grupo etario. Por ejemplo, en Estados Unidos, la mayor parte de los casos son jóvenes, pero los muertos son mayormente los viejos. Pero no solo eso: psicológicamente los adultos mayores están sufriendo mucho más que los jóvenes, o los de edad mediana.

Una parte importante de por qué existen todas estas diferencias es porque las enfermedades no afectan por igual a todos los individuos de diferentes edades. El mismo virus no ataca igualmente a un joven que a un viejo. Entonces, ¿qué podemos hacer? Lo importante es establecer que en una batalla -estamos en una batalla contra un virus- se necesita una buena ofensiva, tenemos que atacar al virus obviamente, pero también necesitamos una buena defensa. ¿Cuál es la ofensiva? La ofensiva principal son las vacunas obviamente, eso es lo que todos estamos esperando, pero hay otras cosas que nos permiten defensas: los antivirales, sueros, confinamiento y distancia social, que son en los que más se ha puesto énfasis últimamente. Estas medidas son sumamente importantes, pero hay límites para



estas cosas. Por ejemplo, los antivirales tienen baja efectividad, y sabemos que no hay muchos remedios contra la influenza y contra las enfermedades virales en general. En tanto, el confinamiento y distancia social tienen otros límites, como que producen ansiedad y problemas psicológicos. En el caso de las vacunas hay otro límite, que son los antivacunas, gente que no cree en las vacunas. Las vacunas funcionan. ¿Habrán efectos secundarios? Sí, las vacunas a veces tienen efectos secundarios en gente muy específica, son efectos secundarios menores, pero el efecto de no vacunarse es mucho mayor.

En relación a los otros límites, los hay asociados a la edad, que son los límites biológicos. Por ejemplo, tenemos la inmunosenescencia. Los adultos mayores no reaccionan a una vacuna igual que un joven, esto porque simplemente su sistema inmune no está tan fuerte. Tenemos un aumento de fragilidad y disminución de resiliencia. También hay límites sociales y psicológicos. Hay muchas cosas que afectan a los adultos mayores más que a los jóvenes: ellos tienen más ansiedad, están más expuestos a maltratos por sus familiares incluso, entonces todos esos son problemas que hay que considerar. Ahora, ¿qué podemos hacer? Primero que nada, hay que reconocer que las restricciones también afectan la salud. Como investigador biomédico, lo que más me preocupa obviamente es la salud, pero hay que reconocer que restringir la movilidad de la gente también tiene un efecto que no es biológico, pero es psicológico, y es importantísimo, por ese motivo las prescripciones deben estar basadas en el nivel de riesgo real del individuo, no solamente en su edad cronológica, y ese es el tema central de lo que les quiero contar.

¿Cómo medir el riesgo real? Lo que sabemos es que las personas de edad avanzada tienen alto riesgo, y por lo tanto, las metemos dentro de la casa. Ahora, es verdad que el envejecimiento es lejos el mayor factor de riesgo para múltiples enfermedades, y por lo tanto las personas de edad avanzada sí tienen un alto riesgo. Esto es, por ejemplo, cómo se presentan diferentes tipos de cáncer que tienen biología diferentes, tejidos diferentes, etc. Pero fíjense que todos aumentan en paralelo a partir de aproximadamente los 60 años. Eso mismo podemos decir para el Alzheimer: nadie tiene Alzheimer a los 20 años. Hay algunos casos genéticos donde aparece a los 50 por ejemplo, pero el Alzheimer en general aparece bastante tarde, a los 80 y más allá.

La edad es el factor de riesgo más importante, pero analicemos esto con un poco más de detalles, porque no todos los viejos envejecen a la misma edad. ¿Qué es lo que vemos, por ejemplo, si uno va al médico? El médico mira los síntomas de la enfermedad 1 o los síntomas de enfermedad 2, porque lo que quiere es diagnosticar y producir un tratamiento. Aquí, lo que no estamos tomando en cuenta es que en el caso de la enfermedad 1, el mayor factor de riesgo es el envejecimiento y que también hay una biología de esa enfermedad. Si hay alto colesterol, hay mayor riesgo cardiovascular; si hay alta azúcar, es diabetes. Hay biología de la enfermedad, pero también hay envejecimiento, que es el factor de riesgo más importante; entonces la pregunta que tenemos que hacernos es: ¿atacamos la biología de la enfermedad o atacamos el envejecimiento?

El envejecimiento involucra a todas las enfermedades, en cambio, cada una de las enfermedades es diferente. Ahora, ¿por qué esto es importante? Simplemente porque el sustrato molecular del envejecimiento ha sido descrito recientemente en los últimos 10 años y tenemos unos 10 sustratos moleculares o celulares que sabemos que llevan al envejecimiento. La respuesta a daños macromoleculares, al estrés, son la proteostasis, metabolismo: son procesos biológicos que cuando son manipulados, afectan la velocidad a través de la cuál envejecemos y sabemos que eso lo podemos manipular. En realidad, el envejecimiento es mucho más maleable de lo que la gente piensa. Por ejemplo, sabemos hace casi 100 años que si hacemos algo que llamamos restricción dietética -comer animales bastante menos de lo normal- se vive más y en mejor salud. Ahora, usando ese paradigma de restricción dietética, se han identificado cientos de genes que controlan la velocidad del envejecimiento, y usando esos datos de cuáles son los genes involucrados, hemos podido finalmente llegar a aislar fármacos que podemos usar para mejorar, alargar la vida y mejorar la calidad de vida. O sea, estamos atacando el envejecimiento y estamos modificando a gusto; entonces, todas estas cosas juntas nos llevaron a desarrollar este concepto de Gerociencia.

¿Qué es la Gerociencia? Es simplemente asentar lo que acabo de decir, que si el envejecimiento está a la base de todas las enfermedades, es más lógico atacar el envejecimiento que atacar cada enfermedad por su cuenta, incluyendo el Covid. A eso es lo que quiero llegar; entonces, ¿cuál es la hipótesis de la Gerociencia? Si



aceptamos que el envejecimiento está a la base de todas las enfermedades que les estoy mostrando aquí, quiere decir que si podemos enlentecer el proceso de envejecimiento, vamos a enlentecer el proceso de todas estas enfermedades. Esto es quizás más importante que las enfermedades, porque las enfermedades atacan a cierto número de personas; no todos vamos a tener cáncer, no todos vamos a tener artritis, etc. Pero hay cosas que nos van a afectar a todos, como la fragilidad, la fatiga, los problemas de insomnio, etc. Esas cosas también pueden ser atacadas si atacamos el envejecimiento; ahora, claro, esto suena bien bonito, suena genial, atacamos el envejecimiento y nos deshacemos de todos los problemas. La pregunta que todos se pueden hacer y que es razonable es: ¿estamos soñando o esto es realista? Esto es lo que en Estados Unidos se llama “*pie in the sky*” -un pastel en el cielo- que es algo que soñamos pero que no existe.

Les muestro un ejemplo. En un estudio con ratones de 38 meses de edad -que vienen a ser el equivalente a centenarios- tenemos un grupo de control donde uno de sus ejemplares tiene un pelaje bastante feo y un tumor; mientras que el otro grupo, que tiene exactamente la misma edad, ha estado tratado con lo que hemos llamado un geroprotector, en este caso una droga que se llama Rapamicina, y ese ratón está en bastante mejor estado y no estoy hablando de enfermedades, estoy hablando de estado de salud. Aquí creo que es importante hacer la distinción: la biomedicina se preocupa siempre de las enfermedades, pero en este caso estamos hablando de salud. Aquí una pregunta que todo el mundo se hace, es cómo es posible que los geroprotectores funcionen sobre enfermedades de biología tan diversas, cómo pueden funcionar contra la diabetes, contra el cáncer, contra el Alzheimer, y no, no tiene mucho sentido. Por ejemplo, nos hemos focalizado en la fisiopatología de las enfermedades y no en el envejecimiento. ¿Qué es lo que pasa? Que con el envejecimiento tenemos una pérdida de resiliencia: yo no puedo pasarme de fiesta toda la noche como lo hacía cuando tenía 30 años, simplemente no puedo, no resisto porque tengo menos resiliencia. Ahora, la pérdida de resiliencia nos lleva a la fragilidad, nos lleva a la enfermedad; incluso estas tres cosas interactúan entre ellas: si nosotros tenemos una enfermedad súbita nos va a bajar la resiliencia, nos va a aumentar la fragilidad, etc. Y estas cosas nos llevan a la muerte. Es sobre este grupo de cosas es que los geroprotectores están funcionando.

En resumen, ¿qué es lo que tenemos? Es verdad, el envejecimiento es el mayor factor de riesgo para la COVID y para otras enfermedades, y lo que es verdad también es que todos envejecemos a velocidades diferentes. Todos conocemos adultos mayores de 70 u 80 años, y algunos están jugando golf y otros están postrados en una silla de ruedas. No todos envejecemos a la misma velocidad, por lo que tenemos que cambiar un poco las cosas: no es que las personas de una edad avanzada tengan todos los riesgos, sino que algunas personas de edad avanzada tienen alto riesgo. ¿Por qué? Sabemos la base de la biología y del envejecimiento, sabemos cómo intervenir con geroprotectores, entonces, ¿cómo aplicamos esto al COVID? Ya vimos que la COVID afecta principalmente a los adultos mayores, por lo tanto, decimos que las personas de edad avanzada tienen alto riesgo, pero hay que cambiar esto. No son las personas de edad avanzada, son las personas biológicamente frágiles que en general muchas veces coinciden con la edad avanzada, pero hay gente biológicamente frágil que son jóvenes y hay viejos que no son biológicamente frágiles, entonces hay que hacer esa distinción, es importante.

Entonces, en la defensa contra la COVID desde el punto de vista de la Gerociencia, hay cosas que podemos hacer. La Rapamicina, Metformina y Senolytic, todos estos son geroprotectores que pueden ser utilizados para bajar el riesgo de infección y también para ayudar a la rehabilitación después que la persona ha tenido la enfermedad. Ahora, ¿por qué es importante considerar el aspecto Gerociencia? Si pensamos que podemos producir una vacuna, un geroprotector también nos puede proteger contra el COVID19, la diferencia es que la vacuna contra el COVID19 no nos protege en absoluto contra el ébola y contra ningún otro virus en ninguna otra pandemia, nos protege contra el COVID19 y punto. En cambio, un geroprotector nos protege contra el COVID19 y cualquier otro ataque que tengamos.

Con esto, ¿qué podemos hacer? Específicamente para el COVID19 hay que reconocer que las restricciones también afectan la salud, de modo que tenemos que tener un balance entre restringir y no hacer que las cosas se nos vayan de las manos para tener un balance. La restricción debe ser basada en fragilidad y no en edad cronológica. Eso es otra manera que ha sido empujada por la OMS, que se llama como ICOPE, que es relativamente reciente y lo estamos implementando fuertemente aquí en la Gerontopole en la Universidad de Toulouse.

Estos son factores que afectan lo que llamamos capacidad intrínseca. De nuevo, no estamos hablando de enfermedades, estamos hablando de capacidades intrínsecas: hay efectos depresivos, problemas de movilidad, problemas de nutrición, capacidad sensorial y problemas de cognición. De hecho, en Toulouse hemos desarrollado una app que se puede cargar en el iPhone, y que permite que un individuo mida sus capacidades intrínsecas en su casa. Esto que está recién siendo lanzado es muy importante, porque podremos usarla para las próximas epidemias. Creo que es importante pensar qué es lo que vamos hacer antes que llegue la próxima, sería bueno hacer un catastro de fragilidad para toda la población. Con la aplicación de ICOPE sería teóricamente posible. Hay que favorecer la investigación en envejecimiento porque eso es lo que nos ha llevado al punto de desarrollar gerociencia y otros conceptos que se fijan más en la salud que en las enfermedades. ➔

PONENCIA NACIONAL

INEQUIDADES DESCUBIERTAS Y DECRETADAS: UNA MIRADA DE LA VEJEZ CON PERSPECTIVA DE DERECHO

Nancy Yañez

*Directora del Centro de Derechos Humanos
Universidad de Chile*



Puede visualizar la ponencia completa en vídeo escaneando el siguiente código QR

Mi aproximación al debate sobre los derechos de las personas mayores es desde el enfoque de Derechos Humanos y por lo tanto, lo que quiero compartir con ustedes hoy día, es cómo ha evolucionado el derecho internacional de los Derechos Humanos, en la perspectiva de generar un estatuto específico para las personas mayores, que venga a complementar los Derechos Humanos que le asisten en igualdad de condiciones para todas las personas independiente de su condición etaria. En primer lugar, yo creo que es importante realizar este debate en el contexto de

la situación nacional, que nos posiciona como uno de los países con la mayor tasa de envejecimiento en América Latina y ello evidentemente coloca en la mesa de discusión la necesidad reforzada, o la obligación reforzada que tiene el Estado de Chile de dar cumplimiento a las obligaciones internacionales que ha contraído en la materia, y la obligación de disponer políticas públicas pertinentes con enfoque de Derechos Humanos, la particular vulnerabilidad que viven las personas mayores en los distintos países del mundo evidentemente llevan e imponen la necesidad de establecer estos derechos, de reconocer estos derechos tanto en el ámbito nacional como en el ámbito internacional. Quiero desde ya, sin embargo, dejar establecido aquí un elemento para la discusión que tiene que ver con qué paradigmas culturales finalmente se hace también esta





evaluación, porque lo que uno ha podido constatar es que efectivamente la percepción de la importancia social, política, cultural, espiritual, que tienen las personas mayores, está determinada por variables culturales y evidentemente en nuestra sociedad occidental y en los paradigmas fundamentalmente de la sociedad de consumo, las personas mayores se encuentran en condiciones de especial vulnerabilidad. No ocurre de igual modo en todas las culturas. Las experiencias de los pueblos indígenas son totalmente diferentes, por ejemplo. Las personas mayores tienen un rol fundamental en las sociedades indígenas, fundamentalmente a partir del efecto acumulativo de la experiencia y así también ocurre en otras realidades sociales, distintas a la occidental. Esto es importante a considerar como contexto del análisis que presentaré sobre la convención.

La política pública y los instrumentos de gestión de nuestro país, están sometidos a los instrumentos en materia de Derechos Humanos, los instrumentos de materia de Derechos Humanos por expresa disposición del artículo 5to inciso segundo de la Constitución Política vigente, constituyen límites a la soberanía, de lo que deriva no solamente el carácter obligatorio de sus obligaciones, sino que también su incorporación al sistema jurídico nacional y su integración al catálogo de garantías de la Constitución. Esto es válido para todos los instrumentos de Derechos Humanos, los que a su vez se aplican a todas las personas sin distinción de edad, pero también a aquellos que están dirigidos especialmente a la protección de las personas mayores, como es - por ejemplo - la Convención Interamericana sobre Protección de Derechos Humanos de las Personas Mayores. Esto cobra particular relevancia en el contexto de la pandemia que estamos viviendo, y afecta de modo particularmente crítico a aquellas personas que habitan en residencias - estatales o privadas - de larga estadía, que tienen movilidad reducida y al mismo tiempo condiciones económicas precarias o en desventaja, en donde los elementos etnoculturales y al feminización de la vejez también generan factores de discriminación múltiple según vamos a señalar. Entonces, cerrando este primer marco de contexto que nos lleva a mirar la situación en Chile, la relevancia demográfica, de este grupo de la población es de 11,9% en la actualidad y se proyecta 30,7% para el 2050. Además, sobre este grupo, se constata la especial vulnerabilidad y posibilidad de vulneración de sus derechos tanto en contexto de crisis sanitarias, como de crisis más comunes en nuestro país, como son los desastres naturales.



De esta manera, yo quiero analizar fundamentalmente, ya lo adelanté, la Convención Interamericana de Derechos Humanos de las Personas Mayores, en virtud de la cual Chile ha contraído obligaciones específicas pero también la sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso Poblete-Vilches con Chile, que es uno de los casos más emblemáticos en materia de reconocimiento del derecho de las personas mayores a la salud. También de la incorporación en el debate de la discriminación múltiple como habla la convención y de la interseccionalidad de los derechos y la interseccionalidad de la discriminación que evidentemente generan condiciones de discriminación agravada.

En el marco de las obligaciones contraídas resaltan, primero, el derecho que tienen las personas mayores a ser protegidos frente a situaciones de riesgo, frente a emergencia humanitaria, pero también y muy precisamente; el deber que tiene el estado de adoptar una política general; global de protección integral de las personas mayores que busca garantizar la calidad de vida durante toda su existencia. Para ello un elemento central es la salud y no sólo el tratamiento de la enfermedad, como se señalaba en la presentación anterior.

Chile ratificó esta convención el 15 de agosto del 2017, pero lo hizo con algunas prevenciones o con algunas declaraciones; por ejemplo: *“La república de Chile declara que el enfoque de curso de vida será entendido como el continuo de la vida de la persona”*, ya lo referimos recientemente desde el inicio de su existencia hasta la última etapa de su vida, *“que condicionado por diversos factores como el familiar, social, económico, ambiental y/o cultural, configuran una situación vital y se hace responsable de estas circunstancias siendo el estado el encargado de desarrollar este enfoque en sus políticas públicas, planes y programas con especial énfasis en la vejez”*. Con esto, Chile ratifica su compromiso de desarrollar una política integral, no obstante declara que la presente convención será entendida con lo dispuesto en su legislación nacional, y aquí debiéramos hacer algunas prevenciones porque la afirmación que hace el país a este respecto podría sugerir o podría generar una vulneración al principio *pro homine*.

Este principios busca la progresividad en el reconocimiento de los derechos y que la legislación interna no se superponga a la legislación internacional. Esto en particular cuando esta última ofre-

ce mayores garantías. Así, con la violación del *pro homine* el mayor riesgo es que la legislación interna sea menos garantista, muchas Constituciones cuando establecen estas norma hacen implícitamente la observación, que la legislación nacional solo se puede superponer a la legislación internacional cuando ofrece mayores garantías pero no cuando ofrece menos garantías.

La tercera afirmación que hace el Estado de Chile, es que los artículos 5 y 18 inciso segundo, relacionado con el artículo 2 de la convención, *“no impidan de ninguna forma la adopción de medidas legítimas, razonables y proporcionadas como son las que fundadas en la exigencia, ya sea del funcionamiento de una institución o en las propias naturalezas del cargo o función, establecen límites de edad para desempeñar ciertos cargos o funciones públicas, por lo que no podrán considerarse como constitutivas de un acto de discriminación”*

En primer lugar, hay un elemento que tiene que ver con la obligación de garantizar la plena integración de las personas mayores, hasta el término de su existencia, y por lo tanto, la posibilidad de evaluar caso a caso la potencialidad que tiene el sujeto para hacerse cargo de las responsabilidades o de los desafíos que le impone su vida en sociedad y que pueden ser de orden, ya lo señalaba, político, social, espiritual, cultural, etc; incluyendo su vida activa en el ámbito productivo, hoy día cuando la expectativa de vida de las personas mayores efectivamente ha aumentado, uno podría pensar que esta misma observación podría justificar políticas discriminatorias o arbitrarias, lo que denominamos “edadismo”.

La República de Chile declara en relación con el artículo 11 de la convención que el consentimiento previo, libre e informado en el ámbito de la salud, a que ella se refiere, *“deberá ser prestado en conformidad a los requisitos tanto formales como sustantivos y a todas las demás disposiciones aplicables en la materia aplicable en el ordenamiento jurídico chileno”*.

Evidentemente aquí también tenemos una problemática respecto a de qué manera el consentimiento previo, libre e informado es garantizado en el marco de más robustas regulaciones o es garantizado en el ámbito de la protección preferente de la autonomía de las personas, entonces esta observación, va en directa relación con el empoderamiento con las personas mayores como sujeto pleno de derecho.



Llaman entonces la atención las observaciones realizadas por el estado de Chile y creo que muestran ciertos sesgos en la comprensión de la vejez, y, por lo tanto, también alerta sobre ciertas prácticas discriminatorias que deberían ser superadas, y evidentemente hay un importante desafío en ese ámbito.

Ahora bien, ¿cómo han sido regulados los derechos de las personas mayores? Primero, quiero reseñar algunos antecedentes previos a la Convención interamericana sobre Derechos de las Personas Mayores, que muestran una gran dispersión normativa.

Las Naciones Unidas en el año 90, adoptó ciertos principios en favor de las personas de edad, posteriormente se hizo una proclamación. En el año 92, el año sobre el envejecimiento en Madrid, se adopta la declaración política y el plan de acción internacional sobre el envejecimiento llamado precisamente “Declaración Política y Plan de Acceso Nacional de Madrid sobre el Envejecimiento”. Siguiendo los lineamientos de esa reunión, se adopta en el año 2003 la estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe, del plan internacional de Madrid sobre el envejecimiento. Otro instrumento relevante es la declaración de la Segunda Conferencia Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, conocida también como la Declaración de Brasilia de 2007. Posteriormente el plan de acción de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), sobre la salud de las personas mayores, incluyendo el envejecimiento activo y saludable, por su parte, el 2009 también se adopta la Declaración de Compromiso de Puerto España, y el 2012 la carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe.

Todos estos instrumentos muestran evidentemente un proceso progresivo y evolutivo en el reconocimiento de derechos específicos de personas mayores, a lo que podríamos llamar: la plena ciudadanía internacional, la plena ciudadanía como sujeto empoderado en sus derechos fundamentales, y en donde observamos como hay un cambio sobre todo en la concepción de la condición definitiva de vulnerabilidad vinculada a la salud de las personas mayores, propiciando precisamente lo que se ha denominado el envejecimiento saludable,

Estos son los antecedentes que van a ilustrar a la Convención Interamericana. El objeto de la convención es promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio en con-

diciones de igualdad, de todos los Derechos Humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad. Aquí, es importante tener en consideración, que a las personas mayores se les aplican absolutamente todos los Derechos Humanos y que estos derechos están en permanente evolución y progresión, reflejando también el dinamismo de nuestras sociedades. Desde esa perspectiva, entonces, esta convención viene a complementar también estos instrumentos, pero al mismo tiempo va a servir como un patrón de interpretación de los instrumentos tradicionales en materia de Derechos Humanos. La relevancia de tener estos instrumentos diferenciados es que permite abordar la situación particular de un determinado grupo de la población, especialmente de aquellos afectados por situaciones de discriminación múltiple o condiciones de especial vulnerabilidad. A su vez, muestra las distintas perspectivas que tienen que recoger las interpretaciones de los derechos ya existentes para garantizar una protección plena.

La evolución que el derecho internacional ha tenido en distintos ámbitos, en materia de género, en materia de pueblos originarios, en materia de medio ambiente, y por cierto, en materia de personas mayores; muestra la importancia que tiene contar con instrumentos específicos como la Convención Interamericana, para garantizar que todo el cuerpo de normas que configura el derecho internacional de los Derechos Humanos, el *corpus iuris* internacional, sea permeado por las perspectivas específicas de este instrumento.

Con el correr del tiempo y de su implementación, por los órganos encargados de aplicarlo se espera un perfeccionamiento de sus normas y un ajuste a las nuevas circunstancias como ha ocurrido con todos los instrumentos de Derechos Humanos.

Ahora bien, otra utilidad fundamental de los instrumentos específicos de los que estamos hablando, es su capacidad de levantar algunas definiciones relevantes. Por ejemplo, qué se entiende por “personas mayores”, establecer una edad o al menos un rango de edad tope para fijar las obligaciones estatales respecto a las personas. De la misma manera, hacer énfasis en que la vejez es una construcción social de la última etapa del curso de la vida, también es relevante, arrojando luz sobre una forma de comprender el concepto. Teniendo esto en cuenta, el desafío también es para la socie-



dad, y cómo ésta construye una noción en de vejez, que también se base en un principio fundamental: el de la dignidad.

Otra definición relevante tiene que ver con introducir el concepto de “cuidados paliativos”, una atención integral e interdisciplinaria durante toda la vida de las personas, hasta el final de sus días, pero además integrando su condición de sujeto social, y por lo tanto, la necesidad de abarcar en el cuidado paliativo a todo su entorno. La definición señala la atención y cuidado activo integral e interdisciplinario de pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo, a fin de manejar su calidad de vida hasta el fin de sus días. Abarca al paciente, su entorno y su familia, abarca la vida y consideran la muerte como un proceso normal, no la aceleran ni la retrasan. Evidentemente aquí tenemos un tremendo desafío, sobre todo en el marco de la pandemia que estamos viviendo, y en donde el distanciamiento social y las restricciones sanitarias, evidentemente, han generado el aislamiento de las personas mayores aumentando los impactos sociales, psicológicos y espirituales de la pandemia, respecto de quienes habitan en residencias de larga estadía. Incluso las personas que ingresan a los centros de salud y que evidentemente no pueden contar con su entorno social y familiar de soporte.

Respecto a las nociones de discriminación, hay un tratamiento general de la discriminación. Al respecto es de vital importancia considerar la necesidad de establecer no solo el pleno goce y ejercicio de los derechos sino que fundamentalmente establecer que la salvaguarda de dichos derechos protege de cualquier acción de trato desigual en la esfera política, económica, social, cultural, en el ámbito de la vida pública o en el ámbito de la vida privada. La violación de esta capacidad de ejercer los derechos vía trato, es en sí misma una discriminación. Para el caso de las personas mayores, puede darse una discriminación múltiple, en donde convergen más de dos factores de discriminación. Respecto de la población mayor prácticamente en todos los casos convergen elementos de discriminación múltiple, tales como edad, género, condición socioeconómica, elementos culturales, la pertenencia étnica a pueblos indígenas o la condición de migración, entre otros. Por supuesto, esto no es exclusivo a las personas mayores.

Cualquier exclusión o restricción basada en la edad que tenga como objetivo o efecto anular o restringir el reconocimiento, goce

o ejercicio en igualdad de condiciones de los Derechos Humanos y libertades fundamentales de las personas mayores en las esferas que ya hemos señalado, constituye un acto de discriminación, entonces la convención prohíbe en definitiva, la distinción basada en la edad como único parámetro. En esta misma línea, la convención introduce nociones que se derivan de la idea del “envejecimiento saludable”. Este debería ser el eje que oriente la política pública, es el proceso por el cuál las acciones del estado buscan optimizar las oportunidades de bienestar físico, mental, social de las personas mayores, las oportunidades de participar en actividades sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas.

Para esto, es vital contar con protección, seguridad y atención a fin de ampliar su esperanza de vida saludable, de mejorar su calidad de vida durante la vejez y permitirle de esa manera seguir contribuyendo activamente. Sobre estos conceptos de “envejecimiento saludable” o “activo”, me gustaría hacer dos énfasis: el primero de ellos evidentemente tiene que ver con el desafío de orientar las políticas públicas en esta dimensión, y en donde un elemento fundamental tiene que ver con la actuación, la participación de los sujetos titulares de estos derechos, una voluntad de seguir contribuyendo activamente en el desarrollo de la vida familiar, de la vida de su entorno social y, en definitiva, de la nación en su conjunto. El segundo, es que estos conceptos son aplicables tanto a individuos como a grupos de modo que la política pública debe considerar entonces, no solamente políticas que van orientadas al desarrollo integral de los individuos, sino que también a considerar elementos, dimensiones colectivas de los derechos considerando que estamos hablando de un grupo de la población que también tiene colectivos de referencia, y que se organiza en función de esos intereses.

Así, podemos hacer un breve repaso de los principios más relevantes de la Convención: la promoción y defensa de los Derechos Humanos, y hemos hablado de ello; la valorización de la persona mayor, su papel en la sociedad y la contribución al desarrollo, es decir, un ciudadano activo y participante, con autonomía, expresada en la dignidad, independencia y protagonismo de la persona mayor; por su parte, igualdad y la no discriminación, conforme a los elementos específicos que hemos señalado, donde el edadismo debiera estar proscrito. Ahora bien, me gustaría comentar un ejemplo de la vida cotidiana para ilustrar estos principios, que parecen



abstractos. Por otro lado, son relevantes la equidad e igualdad de género y enfoque de curso de vida. Un enfoque diferencial para el goce efectivo de los derechos de las personas mayores.

Otra cosa muy importante es el valor y respeto de la diversidad cultural. La política pública no puede estandarizar a las personas mayores, sino que debe ser respetuosa con la diversidad cultural y en el marco del respeto de la diversidad cultural entender la pertenencia, esto es, cómo se ajusta esta política frente a la pertenencia de personas mayores a pueblos indígenas, en donde evidentemente no solamente ha de considerar elementos de la variable cultural sino que también la particularidad de pertenecer a un pueblo o nación, y por lo tanto, estar regulado por sus propias paradigmas sociales, sus propios paradigmas culturales, y en donde la relación con las personas mayores debiera estar determinada por la cosmovisión de esas sociedades. Todo esto, sin embargo, con pleno respeto a los Derechos Humanos que así como constituyen límites a la actuación del estado, también constituyen límites a la actuación de cualquier pueblo o colectivo.

Ahora bien, a parte de esto; es importante hablar sobre la responsabilidad del Estado y la participación de la familia, de la comunidad en la integración activa, a fin de garantizar la integración plena y productiva de las personas dentro de la sociedad. El Estado asume obligaciones para adoptar medidas que permitan prevenir, sancionar y erradicar acciones que sean contrarias a la convención, y que puedan vulnerar los principios que acabo de reseñar, adoptar medidas afirmativas, y realizar todos los ajustes que sean razonables para el ejercicio de los derechos de la presente convención. Aquí es importante llamar la atención sobre esta idea de “razonables”.

Esto es un punto que los estados han intentado incorporar en estas convenciones de Derechos Humanos, a efectos de limitar obligaciones que pudieran presionar sobre el sistema normativo interno, particularmente, yo diría que ahí hay cuestiones de orden claramente político, en términos de las orientaciones políticas que pudieran tener los estados y los gobierno de turno que participan en estas deliberaciones, pero por otro lado, también la forma en que pueden presionar a las arcas fiscales. Entonces al hablar de “lo razonable”, en realidad se habla de “*en la medida de lo posible*”. Aquí tenemos que considerar uno de los estándares que fija

el derecho cuando hablamos de derechos económicos, sociales y culturales. Este estándar impone al Estado la realización de estos compromisos hasta el máximo de los recursos disponibles. En el futuro, estas ideas de “en la medida de lo posible” o de “ajustes razonables” deberían tener un giro. Para evaluar el cumplimiento del derecho internacional en la materia, se debería demostrar si se han utilizado al máximo los recursos disponibles. Resaltando este cambio de paradigma, la Convención insta a terminar con el aislamiento, con el abandono, la sujeción física prolongada, el hacinamiento, la expulsión de la comunidad, negación de nutrición, la infantilización y pongo el énfasis porque evidentemente esto implica un acuerdo de nuevo trato, tratamientos médicos inadecuados o desproporcionados, y todos aquellos que pueden constituir tratos crueles inhumanos y degradantes respecto a las personas mayores.

Ahora, siguiendo con el mismo tema, quisiera hacer énfasis en algunos derechos que se han puesto en entredicho en el marco de la crisis que estamos enfrentando. Como ya hemos revisado, se debería respetar el derecho a la independencia y la autonomía. Medidas como la obligación de que toda persona mayor de 75 años pueda salir por un determinado tiempo restringido y acompañado además de una persona que se haga cargo de su cuidado, supone que todas las personas mayores de 75 años no son autovalentes, y ello evidentemente conspira contra la dignidad en el tratamiento de las personas mayores. No aparece una justificación razonable desde la perspectiva de garantizar la independencia y la autonomía de las personas, o su participación plena o integración en la comunidad. Parece razonable si la persona no es valente pero es del todo irracional y discriminatoria respecto de las personas valentes y probablemente todos nosotros hemos sido testigo de la manera en que eso ha afectado a personas absolutamente independientes, autónomas de 75, 80 y hasta 90 años, que desarrollan su vida con plena independencia y autonomía y que se han visto imposibilitados de hacer su rutina. Esta regulación les impide concurrir incluso al almacén de la esquina donde suelen abastecerse de los productos esenciales.

Otra cuestión que me parece importante dar cuenta. Acabamos de ver un caso muy paradigmático en la comuna de Recoleta. Una persona mayor que habitaba en un automóvil. La Convención hace énfasis en los derechos económicos y sociales, particularmente



en el derecho a la propiedad y el derecho a la vivienda, aquí hay un punto que en definitiva es central; la condición de precariedad económica en la que se encuentra la mayoría de la población en esta etapa de la existencia particularmente cuando el sistema de seguridad social no garantiza condiciones mínimas de vida digna, coloca en riesgo su acceso, a bienes esenciales. También es importante un debate sobre cómo es la propiedad y la vivienda. Muchas personas mayores viven de allegados, en muchos casos en familias de acogida que no quieren o no tienen las condiciones para hacerse cargo de las personas mayores.

Como ya hemos comentado es fundamental que el Estado adopte una política que permita a las personas ejercer sus derechos. Específicamente, es importante una política integral en materia de derechos económicos, que incorpore no sólo el derecho a la salud, sino al trabajo, vivienda y alimentación, entre otras materias.

Hay varios otros temas que son relevantes, que de momento sólo podremos mencionar por cosas de tiempo. El primero es el del medio ambiente. La Convención también habla del derecho al medio ambiente sano, garantizando fundamentalmente los derechos de las personas a vivir en condiciones mínimas de vida digna, con acceso a agua potable y saneamiento. Esto es particularmente relevante para las personas que viven en zonas rurales, en donde se emplazan grandes faenas industriales.

Lo segundo es el acceso a la justicia. La Convención ofrece una serie de mecanismos para la supervisión de su cumplimiento e instancias de litigación internacional en caso de vulneraciones. Estas instancias son cuatro:

a. La Conferencia del Estado de las Partes

Principal mecanismo de seguimiento. Da cuenta del avance de los Estados parte por medio de informes. Recibe, analiza y evalúa las recomendaciones del Comité de Expertos. Además promueve el intercambio de buenas prácticas y cooperación técnica entre los Estados para la implementación de la Convención.

b. El Comité de Expertos

Está integrado por expertas y expertos designados por los Estados partes que buscan efectivamente colaborar en el seguimiento de la convención. Una de sus funciones principales, es hacer reco-

mendaciones para el cumplimiento progresivo de la convención. Estas recomendaciones las hacen basándose en los reportes que deben presentar cada 4 años cada Estado parte. Particularmente a Chile le corresponde presentar su informe en 2022; siendo una muy buena oportunidad para verificar cuál ha sido el comportamiento del Estado en relación a la Convención y de recibir recomendaciones.

c. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos

Recibe peticiones de parte del Comité de Expertos en relación al incumplimiento de la Convención suscrita por las partes. Tiene la responsabilidad de evaluar el mérito de las peticiones para constituir un caso jurídico, el cual podrá ser presentado ante la Corte Interamericana. Además, cumple funciones de seguimiento y monitoreo. Reporta a la Organización de Estados Americanos.

d. La Corte Interamericana de Derechos Humanos.

Como ya se mencionó, es la instancia que recibe casos jurídicos en relación a reclamaciones sobre el estado de cumplimiento de los acuerdos de la Convención suscritos por las partes. Su tarea principal es fallar en relación a dichos casos.

Al respecto de esta última instancia, y para ir cerrando, el 8 de marzo del 2017, la Corte declaró por unanimidad la responsabilidad internacional del Estado de Chile por no garantizar los derechos de Don Dionisio Poblete Vilches, en relación a su derecho a la salud sin discriminación, mediante la provisión de los servicios necesarios básicos y urgentes en atención a su especial condición de vulnerabilidad como persona mayor. Esta vulneración derivó en su muerte. Es muy importante cómo la Corte determina que las circunstancias de que no se le haya suministrado el tratamiento médico básico y urgente que era indispensable, precisamente por ser una persona mayor, o sea; dicho de otra forma; la condición de ser adulto mayor redobla la responsabilidad del Estado a efectos de proveer en este caso de la asistencia médica necesaria, e indica además, de que el incumplimiento de esta obligación derivó en la muerte del señor Poblete Vilches. Esto implica vulneración del derecho a la salud reconocido en el artículo 26 de la convención y a la vez una vulneración del derecho a la vida, los sufrimientos del pacientes, derivados precisamente de esta situación de desatención,



constituye una vulneración al artículo 5to de la misma que en la medida que ha implicado un aumento del sufrimiento y del padecimiento del paciente. No proveer cuidados paliativos constituye también una vulneración de la convención.

Además de esto, la corte declaró que el estado vulneró el derecho a obtener el consentimiento informado por sustitución al no informarle a la familia y también el acceso al no requerir la autorización de la familia en el procedimiento y también vulneró el acceso a la información en materia de salud en perjuicio del señor Poblete y sus familiares. Esto implica una vulneración del derecho acceso a la justicia, y a la integridad personal en perjuicio de los familiares del señor Poblete, de modo que si volvemos sobre la definición y sobre esta mirada integral que ofrece la convención, en el caso Poblete Vilches, queda adecuadamente recogido, aplicando solo las normas de la Convención Americana, no todavía la norma de la Convención Interamericana de Derechos de las Personas Mayores, la cual no estaba todavía ratificada por nuestro país, y en donde evidentemente da cuenta que los derechos, el derecho debe ser garantizado de modo integral a la persona y a su entorno. La Corte se pronunció por primera vez en el derecho a la salud como un derecho autónomo, no como un derecho derivado de un derecho a la vida, interpretando el artículo 26 y determinó que este derecho implicaba la protección especial de las personas mayores por su condición de vulnerabilidad, de esta manera al Corte recoge este cambio de paradigma que da cuenta efectivamente de la necesidad de mirar los derechos desde la perspectiva interseccional para prevenir situaciones de discriminación múltiple, y aquí tenemos una muestra de cómo podría o cómo operan estos factores de discriminación interrelacionados, cómo funciona la interseccionalidad y por lo tanto la necesidad de prevenir en definitiva estas condiciones de discriminación a la hora de diseñar la política pública y garantizar los derechos de las personas mayores. En honor al tiempo, cerraría. Muchas gracias. ➔

PANEL DE CONVERSACIÓN

“DESDE LO MOLECULAR A LO SOCIAL: LA NECESIDAD DE UN ENFOQUE TRANSDISCIPLINARIO PARA PENSAR EL ENVEJECIMIENTO”

Modera:

*Paulina Osorio - Red Transdisciplinaria sobre Envejecimiento
Universidad de Chile.*

Panelistas:

*Felipe Sierra - Senior Advisor to the Director. National Institute
on Aging, NIH. Investigador University Hospital Toulouse,
Francia.*

Cecilia Albala - Universidad de Chile.

*Christian González-Billault - Director del Centro de
Gerociencia, Salud Mental y Metabolismo de Chile (GERO)
Universidad de Chile.*

Marcelo Arnold-Cathalifaud - Universidad de Chile.

Gerardo Fasce - Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

Es sabido que el envejecimiento se presenta actualmente como un fenómeno complejo que requiere de un abordaje proveniente de diversos enfoques, tanto desde la biología como desde las ciencias sociales y perspectivas culturales. Este conversatorio se desarrolla sobre esta idea, proponiendo reflexionar sobre los puntos de encuentro y la relación entre las concepciones del envejecimiento como tema molecular y social, y cuáles son los desafíos que obstaculizan avanzar hacia perspectivas inter y transdisciplinarias.

Los/as panelistas dialogan en torno al estado actual de la rela-

ción entre estas formas de conocimiento, particularmente al interior de las universidades, y en vinculación con el medio social y político. La reflexión apunta a preguntarnos de qué manera el envejecimiento y la vejez logran situarse como puentes articuladores de estos dos tipos de enfoques disciplinarios, biológico y sociocultural.

INTER Y TRANSDISCIPLINA: LA IMPORTANCIA DEL DIÁLOGO ENTRE DISTINTAS MIRADAS

Vivimos en un contexto marcado por diversas y múltiples transformaciones sociales cuyas manifestaciones son constantemente abordadas por los diferentes estudios. Cada vez se hace más evidente el hecho de que los fenómenos sociales no obedecen solamente a un tema sino que suelen ser multicausales, y para comprenderlos, se vuelve fundamental el diálogo entre disciplinas. En ese contexto, la colaboración interdisciplinaria se vuelve necesaria, no solamente para abordar el tema del envejecimiento, sino múltiples fenómenos.

En general, los últimos años han demostrado avances importantes en lo que refiere al diálogo entre disciplinas. Son cada vez más los espacios que posibilitan cruzar las fronteras disciplinares con el fin de nutrir las temáticas de estudio, conjugando diferentes miradas y relevando nuevas aristas. Sin embargo, se reconoce que hoy en día no basta con reconocer la importancia de este enfoque, pues la mayoría de los contextos investigativos privilegian la diferenciación disciplinaria, siendo incluso una división geográfica en los espacios universitarios. Ante ello, se hace necesario avanzar hacia un debate que busque generar nuevas estrategias y producir contextos que faciliten estos avances y consoliden cada vez más y mejores espacios de trabajo interdisciplinario.

En vista de lo anterior, los conceptos de interdisciplina y transdisciplina han tenido un impacto cada vez mayor, siendo muchas veces temáticas de confusión conceptual. En ese sentido, se reconoce que aún hay un proceso de aprendizaje en cuanto a qué significan realmente tales conceptos, los que no son siempre fáciles de definir.

“Yo creo que hay una suerte de “pseudo” transdisciplina” y “pseudo interdisciplina”, que consiste en agregar como quién dice diferentes secciones o diferentes capítulos a los fenómenos, y no una visión integral de los mismos” (Marcelo Arnold-Cathalifaud).

Dicho esto, se vuelve fundamental entender que la inter y transdisciplina, lejos de referir simplemente a una suma de diferentes puntos de vista, plantea una nueva manera de formular preguntas de investigación, y por tanto una forma distinta de acercarse a los fenómenos, observando desde una mayor complejidad, haciendo dialogar las distintas perspectivas. En particular, la transdisciplina, subraya la necesidad de incorporar la participación de personas que no provienen del área académica, lo cual se reconoce como fundamental, tanto para el involucramiento de la sociedad civil, como de los/as tomadores/as de decisiones en las actividades de investigación.

UNA NUEVA PUERTA DE ENTRADA AL FENÓMENO DEL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento, ciertamente, corresponde a un fenómeno que requiere ser abordado a través de una complementación de distintas perspectivas y disciplinas, pues sólo así es posible acceder a las preguntas y respuestas necesarias. En otras palabras, la necesidad de abordar el tema de manera interdisciplinaria, está justificada por la misma naturaleza del fenómeno del envejecimiento.

“La realidad del envejecimiento tiene una cantidad de dimensiones tan diversas que tratar de acuñar, restringir o monopolizarlo a un área específica, no va a permitir por lo tanto, tener la posibilidad de capturar estas dimensiones y dar respuesta a la necesidades que esto va teniendo” (Gerardo Fasce).

En esa línea, el envejecimiento se evidencia como un proceso que ha abierto la puerta a la oportunidad de trabajar en conjunto entre diferentes disciplinas y áreas de estudio, derribando barreras que, por lo demás, nunca han sido más que impedimentos contruidos.

En términos de política pública, el tema del envejecimiento poblacional ha evidenciado la necesidad de generar una mirada intersectorial e interministerial, pues su complejidad no puede ser abordada únicamente por la sociodemografía, sino también la educación, salud, trabajo, entre otros. De allí que se plantea la importancia de que las diferentes instituciones públicas que intervienen en la creación de políticas, logren involucrarse en la investigación sobre envejecimiento y vejez, de manera que los nuevos conocimientos permitan proyectar una real preparación en términos de políticas públicas.

“Los hacedores de políticas son actores fundamentales también en la investigación y no debieran estar ajenos a ello” (Cecilia Albala).

Nuevos diálogos sobre el envejecimiento y el alargamiento de la vida

En vista de todo lo anterior, se plantea la importancia de que las diferentes disciplinas, en particular las del campo social y biológico, se encuentren en el estudio del envejecimiento, buscando los factores de mutua dependencia o impacto. Por ejemplo, no es posible hablar de los determinantes moleculares de la vejez sin referir a las trayectorias de vida de los individuos, donde se entremezclan elementos de la biología con la historia, educación, economía, interacciones sociales, actividades físicas, entre otros.

“Todas aquellas cosas que finalmente nos convierten en humanos, van a impactar directa o indirectamente en una trayectoria de vida” (Christian González-Billault).

Desde esa consideración, se abren las puertas hacia nuevos y diferentes diálogos que avanzan en función de una mayor consciencia sobre el proceso de envejecimiento y su complejidad.

LO INDIVIDUAL Y LO SOCIAL

El tema del envejecimiento hoy en día se compone de muchas aristas, sobre todo si es que se mira desde las diferentes disciplinas que lo abordan. Una de las temáticas que se desprenden del contexto actual se relaciona con el alargamiento de la longevidad y la esperanza de vida. La posibilidad de que vivamos cada vez más años abre la puerta hacia una reflexión sobre las condiciones en las que nos gustaría envejecer de forma de poder disfrutar los años de vejez y vejez avanzada.

Hay estudios médicos y experimentos farmacológicos en curso que indican la posibilidad de generar una mayor esperanza de vida de las personas, con mejores condiciones de vida. Sin embargo, lejos de ser este el foco necesario de discusión, se hace fundamental poder fomentar y potenciar condiciones saludables de vida para llegar a una buena vejez. Por lo tanto, es necesario generar estrategias orientadas a propiciar una toma de conciencia a nivel individual sobre cómo envejecer mejor, fortaleciendo los mensajes de cuidados en términos de salud que apelan a las decisiones cotidianas de las personas a lo largo de toda su trayectoria de vida.

Pero, si bien es importante generar una conciencia sobre el buen envejecer a nivel individual, esto necesariamente debe dialogar con una mirada social, considerando las múltiples desigualdades que intervienen en el posible bienestar y calidad de vida en la vejez. En ese sentido, se reconoce que no son solamente los individuos quienes envejecen, sino también las sociedades, y por tanto, debe existir necesariamente un diálogo entre la mirada individual y social.

En términos socioestructurales, el hecho de vivir más años tiende a ser un tema complejo si observamos la enorme desigualdad social del contexto país, y la imposibilidad que tienen muchas personas de acceder a una calidad y bienestar en la vejez debido a los factores sociales. De allí que se vuelve fundamental que las sociedades puedan reflexionar sobre cuáles son las condiciones de vida que se le están proporcionando a estos mayores niveles de longevidad.



“Proporcionar más años de vida o tener el interés de proporcionar más años de vida en sociedades que no logran absorber esos años de vida, sino que por el contrario lo transforman en una etapa de sufrimiento, es un gran tema” (Marcelo Arnold-Cathalifaud).

En definitiva, es importante apelar a la toma de conciencia individual con respecto a las decisiones cotidianas que influyen en las condiciones de vida que tendremos en la vejez, sobre todo en términos de fomentar modos de vida saludable; pero ciertamente, este esfuerzo será en vano si es que no se pone en diálogo con una conciencia social sobre las condiciones de envejecimiento.

“Necesitamos por lo tanto que diferentes actores se hagan conscientes de que Chile hoy está envejecido, y que esta realidad va a seguir adelante, y tenemos que hacer que esto sea lo mejor posible” (Gerardo Fasce).

Longevidad, envejecimiento y nuevas estrategias de inclusión

En función del reconocimiento anterior, mientras la ciencia sigue desarrollando formas de alargar la vida y envejecer mejor, surge la necesidad de incorporar a las nuevas generaciones de personas mayores, conociendo sus nuevos y diversos modos de envejecer actuales. El incremento de la esperanza de vida suele analizarse como un indicador de desarrollo, pero también introduce transformaciones sociales que exigen abrir nuevas perspectivas y significaciones de la vejez, pues las nuevas generaciones de personas mayores se enfrentan a circunstancias de vejez nunca antes vistas, a las cuales es necesario atender.

“Los 65 de ahora no son los 65 de nuestros abuelos, estamos envejeciendo bastante mejor, que la generación anterior” (Felipe Sierra).

El alargamiento de la vida no tiene sentido si es que no va acompañado de una mejor inclusión social de la vejez, y eso requiere ciertamente de generar nuevos conocimientos sobre las circunstancias actuales. Entre ellas, aparece por ejemplo el debate sobre la edad de jubilación y la participación laboral de personas mayores.

Actualmente, la inclusión social de las personas mayores se ve frecuentemente obstaculizada por perspectivas edadistas que asocian la vejez a un imaginario esencialmente negativo. La noción de la vejez como pérdida no es una idea que ha desaparecido con el mejoramiento de las condiciones de salud, sino que se ha trasladado a edades mayores categorizadas como la “cuarta edad”. En ese sentido, los estudios científicos que se dirigen a alargar la esperanza de vida humana, tienen la responsabilidad de ocuparse a la vez de combatir el edadismo para una mayor inclusión social de todas las personas mayores. De allí que la perspectiva interdisciplinar vuelve a evidenciarse como una temática fundamental para apuntar hacia un mejor envejecimiento.

**ENVEJECIMIENTO Y ACADEMIA:
DESAFÍOS Y PROPUESTAS PARA AVANZAR HACIA UN ROL SOCIAL Y
ENFOQUE INTERDISCIPLINARIO**

Las labores investigativas y formativas de la academia universitaria cumplen un rol fundamental en el desarrollo de una sociedad menos edadista. Los conocimientos y entendimientos que se generan en este espacio sobre la vejez y el envejecimiento pueden impactar significativamente en los imaginarios y discursos que se manifiestan a través de los medios de comunicación y en las políticas públicas que se implementan. En ese sentido, el desafío de la academia es generar que las nuevas perspectivas y debates sobre vejez no se queden en manos de una élite universitaria, sino que lleguen a diversos espacios de la sociedad para combatir la cultura edadista.

Para avanzar hacia este horizonte, se plantean a continuación una serie de necesidades que deben abordarse desde el espacio investigativo y formativo.

FORMACIÓN PROFESIONAL TRANSVERSAL SOBRE ENVEJECIMIENTO

Uno de los principales desafíos que surgen en este contexto consiste en la dimensión formativa, ante la falta de conocimientos integrados sobre el envejecimiento. Por un lado, se reconoce que el tema ha sido cada vez más visibilizado y abordado por el interés de las diferentes disciplinas, pero asimismo, hay una importante carencia en la integración de estos conocimientos provenientes de diversas áreas, lo que nos vuelca nuevamente a la necesidad de fomentar y facilitar el desarrollo de enfoques interdisciplinarios.

A modo de ejemplo, se reconoce que el importante déficit de geriatras en Chile, no representa sólo un problema en sí mismo. Además de su poca concurrencia, los/as geriatras se ven enfrentados/as a la falta de profesionales de salud complementarios (kinesio-ología, enfermería, traumatología, etc.) que posean conocimientos específicos en temas de envejecimiento. Por lo tanto, el trabajo en torno al cuidado médico de las personas mayores se ve enfrentado a una importante carencia debido a la falta de formación no sólo en la carrera de geriatría, sino que transversal en torno a la vejez.

La universidad, en este escenario, tiene el desafío y la responsabilidad de generar programas de formación transversal en temas de envejecimiento, ya sea en carreras de salud como sociales o de otra índole. Ciertamente, la incorporación de tales conocimientos básicos debe tener un enfoque interdisciplinario desde su planteamiento, lo cual genera un aprendizaje para los/as mismos/as investigadores/as.

“Hay que tener cautela con esto que significa la moda del envejecimiento, hay que empujar a que la formación incluya todos los niveles. (...)y en la medida que generemos esa base, vamos a ir haciendo que esto vaya llegando a diferentes frentes”. (Gerardo Fasce)

CUESTIONAR LA ORGANIZACIÓN AL INTERIOR DEL ESPACIO ACADÉMICO

Ahora, se reconoce críticamente que el espacio universitario no fomenta ni presenta incentivos para desarrollar trabajos inter y transdisciplinarios, sino que al contrario, manifiesta una serie de obstáculos en términos administrativos, que vuelven difícil desarrollar investigación con este enfoque.

En ese sentido, el desarrollo del diálogo interdisciplinar exige necesariamente que exista una reflexión desde el ámbito académico que cuestione el propio espacio en términos organizacionales. La especialización y diferenciación disciplinaria, así como la organización interna de cada facultad, nos facilitan la labor pero al mismo tiempo obstaculizan el diálogo entre sectores, y por tanto requieren de una transformación significativa.

“Nuestra labor como investigadores, y dentro de las opciones que tenemos, es un poco voltear esos obstáculos que incluyen nuestra propia universidad, por cierto, y que también incluyen las instituciones de las cuales la mayor parte de nosotros dependemos que son nuestras fuentes de financiamiento” (Marcelo Arnold-Cathalifaud).

Asimismo, se hace fundamental luchar contra la competencia académica entre disciplinas, lo cual también constituye un obstáculo importante para avanzar hacia el diálogo que buscamos generar. La temática del envejecimiento en particular, abre interesantes debates al interior de las disciplinas, y se sitúa muchas veces como un tema novedoso que tiende a generar competitividad académica. Ante ello, se reconoce la necesidad de impulsar esfuerzos colaborativos importantes que apunten hacia la valorización del trabajo en conjunto con distintos sectores.

En definitiva, el espacio académico presenta importantes desafíos para el diálogo interdisciplinar, en términos administrativos y organizacionales, pero también en términos de actitudes de los/as

académicos/as frente a sus propias actividades. Se vuelve importante abrir el diálogo hacia la reflexión sobre el nivel de apertura que se tiene frente a los conocimientos de otras disciplinas, y la capacidad para acoger a los diferentes puntos de vista para abordar los fenómenos.

NUEVAS ESTRATEGIAS DE DIFUSIÓN Y EVALUACIÓN EN INVESTIGACIÓN

Los desafíos y obstáculos que se manifiestan en el desarrollo de investigación interdisciplinaria se observan tanto en el espacio académico mismo, como también en las formas de financiamiento estatal, los requisitos de revistas científicas para publicaciones, entre otras cosas que involucran otras instituciones. Desde allí, se reconoce la importancia de reflexionar, por un lado, en las estrategias y formas de difusión que existen.

“El conocimiento científico está pensado para ser difundido muy disciplinariamente y cuando uno quiere generar una publicación transdisciplinaria pudiera ser que ahí uno tiene mayores dificultades, porque hay que irse más en cierta línea y yo creo que eso como comunidad científica es al menos un desafío para nosotros” (Paulina Osorio).

Una parte de esta reflexión se relaciona directamente con los concursos públicos que financian el trabajo investigativo. Desde allí que sería un gran aporte si dichos concursos idearan formas de incentivar los trabajos interdisciplinarios e incluso interinstitucionales, por ejemplo, valorándolos de mejor forma.

“Los fondos concursables de investigación científica también nos van dando lineamientos a los investigadores y a las investigadoras, de trabajo

colaborativo: hay que aliarse con otras disciplinas, incorporar también a organizaciones de la sociedad civil” (Paulina Osorio).

Por otro lado, se identifica la necesidad de abrir nuevas formas de evaluación de la productividad científica, lo cual puede presentar tanto obstáculos como oportunidades para el diálogo interdisciplinar. Actualmente, los mecanismos de evaluación académica suelen ser todavía bastante rígidos en cuanto a la integración de diferentes campos inter o transdisciplinarios, constituyendo muchas veces una barrera para el intercambio de saberes.

Una nueva forma de evaluación académica debe necesariamente considerar aspectos como la coexistencia de varias metas que tienen la misma importancia, y la búsqueda de otros indicadores de calidad de la investigación, por lo que plantea un replanteamiento en varios sentidos, que si bien es complejo, es sumamente necesario para fomentar este diálogo entre disciplinas.

“Tenemos que buscar formas de encontrar otros mecanismos que permitan relevar cuál es la importancia de esta investigación, que pueda generar productos, que pueda generar cosas que no sean simplemente el artículo científico, sino también va a ayudar en el mediano y largo plazo a que la gente pueda sentirse más invitada a participar de esta investigación” (Christian González-Billault).

PALABRAS FINALES

Para finalizar, se manifiesta un acuerdo y conciencia común sobre la necesidad imperante de fomentar diálogos interdisciplinarios y transdisciplinarios. Si bien los desafíos son grandes, el punto de partida involucra ciertamente nuevas formas de posicionarnos como académicos/as dentro de la generación de conocimientos.

El envejecimiento en particular, se evidencia como un fenómeno que exige ser abordado desde diferentes disciplinas y sectores, y por lo mismo, se manifiesta en sí mismo como una puerta de entrada a los diálogos y puentes inter y transdisciplinarios. ➔



PALABRAS
FINALES

**TRANSDISCIPLINA Y
ENVEJECIMIENTO**
REPENSAR LA VIDA, CUANDO LA VIDA
ESTÁ EN CRISIS.



La Red Transdisciplinaria sobre Envejecimiento de la Universidad de Chile, en conjunto con la Unidad de Redes Transdisciplinarias de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo conducen la Escuela de Verano Internacional con dos objetivos fundamentales.

El primero es, como toda escuela, construir conocimiento: conocimiento útil para profesionales, para personas mayores, para investigadoras e investigadores expertos en la materia y para todo público que busque informarse de los debates contemporáneos, hallazgos e investigaciones en curso sobre la materia. Este conocimiento se construye en conjunto, donde enseñamos y aprendemos, somos maestros y estudiantes en un proceso elíptico que avanza siempre mediante el diálogo, la publicación, la experiencia y el trabajo en conjunto. Desde ya agradecemos a las decenas de académicos y académicas, funcionarios y funcionarias, estudiantes y personas mayores que han participado con nosotros y como siempre les dejamos invitadas e invitados a seguir participando.

El segundo objetivo, sin embargo, es algo más obtuso: nos proponemos conectar a la academia con la sociedad, abrir espacios que cuestionen los límites disciplinarios. Los límites de la gerociencia o del derecho internacional, los límites de la arquitectura, la psiquiatría, la ciencia social. En fin, buscamos generar espacios no sólo para profesionales y especialistas sino para que las personas interesadas puedan también interpelar a la academia, hacer preguntas o entregar respuestas innovadoras, distintas, desde su experiencia.

A estos espacios les llamamos formalmente “espacios transdisciplinarios”, pero ese nombre nos pareció muy frío e indigno de la experiencia: en realidad se trata de espacios íntimos, personales, en los cuales con la colaboración de la gente que decidió participar logramos conversaciones muchas veces personales. Estos espacios fueron dos talleres participativos, en donde personas mayores de todo Chile se inscribieron, se conectaron a través de videollamadas con grupos de académicas y académicos y tuvieron conversaciones, debates y compartieron sus experiencias. Los talleres fueron los siguientes:

- *Taller “¿Cómo comunicamos las vejeces? Análisis de las narrativas editoriales en torno a la persona mayor en Chile” realizado por Paulina Osorio, Marco Espíldora.*

- *Taller “Confieso que he vivido. Historias de vida de personas mayores y transformaciones sociales en Chile” realizado por Mónica Niveló y María Olivares.*

En las siguientes páginas no encontrará una sistematización de estos talleres por respeto a la intimidad que las y los participantes compartieron en éstos. Sus historias personales y sus perspectivas. Respetando estos principios las sesiones no fueron grabadas ni transmitidas.

Por supuesto, esto no significa que aprendizajes relevantes no se hayan realizado. En la sección de anexos del presente documento, podrá encontrar las minutas metodológicas de ambos talleres, resumidas en términos simples, las que arrojarán luces sobre sus temáticas y metodologías de trabajo. Agradecemos enormemente a los equipos académicos que colaboraron en su formulación y ejecución.

Por último, para dar cierre a este ciclo de actividades participativas, se realizó un conversatorio que ocupó la tarde de la tercera jornada de la Escuela. Este conversatorio se da en el contexto de discusión nacional por el derecho a una muerte digna: lo que se conoce como eutanasia. En esta actividad contamos con la participación de un panel variado compuesto por artistas, científicos y filósofos, personas con distintas perspectivas sobre el fin de la vida. A continuación y a modo de cierre, dejamos una sistematización de la discusión.

CUADERNILLOS ●

N°3

SERIE

ENVEJECIMIENTO

PANEL DE CONVERSACIÓN

“REPENSAR EL FIN DE LA VIDA CUANDO LA VIDA ENTRA EN CRISIS”

Moderadora:

Diana Aurenque - Filósofa y académica USACH.

Panelistas:

*Sofía Salas - Académica Centro Bioética de la Facultad de
Medicina - Clínica Alemana.*

Francisco Papas Fritas - Artista político.

*Andrea Slachevsky - Red Transdisciplinaria sobre Envejecimiento
Universidad de Chile - GERO.*

170
171

INTRODUCCIÓN

La posibilidad de decidir sobre la propia muerte es un tema que ocupa un lugar importante en el debate público actual, debido al proyecto de ley que busca regular la “muerte digna” y que hoy se discute en el Congreso. La discusión que a raíz de ello se ha generado, pone de relieve una diversidad compleja de temáticas que emergen a partir del tema del fin de la vida. Las personas invitadas a este panel de conversación plantean sus opiniones y proyecciones en torno al proyecto de ley de muerte digna, incorporando sus diferentes miradas provenientes de la medicina, bioética, experiencia académica y el arte.

Desde el departamento de ética del Colegio de Médicos se han dado a conocer diferentes miradas en torno a la ley que busca legislar sobre la asistencia médica para morir en casos de personas



mayores de 18 años que padecen enfermedades terminales. Algunas opiniones niegan bajo toda circunstancia la posibilidad de dar muerte a un paciente, otras buscan reconocer que la sociedad civil es libre de decidir, pero rechazan que se responsabilice al equipo médico con el desarrollo de este procedimiento, y otras acogen la potencial decisión, asumiendo la tarea de llevarla a cabo desde su rol de médicos.

Si bien se reconoce la validez de las distintas opiniones sobre el tema, se asume de igual forma que la falta de legislación puede devenir en situaciones de muerte asistida de manera no regulada, lo que deja por tanto a las autoridades, médicos, academia y sectores de experticia en una posición de atraso frente a un problema que se desarrolla de manera anticipada. En ese sentido, se plantea que la legislación en torno a la muerte asistida se hace fundamental para poder incorporar a tiempo una serie de consideraciones de cuidados necesarios, y de diálogos previos que se requieren para que esta sea desarrollada de la mejor forma.

INEQUIDAD Y PRESIONES INDEBIDAS EN LA DECISIÓN DE MORIR

“Si hablamos de dignidad no podemos pretender encontrar dignidad a partir de un estado de sofo-camiento, finalmente, o un estado de malestar momentáneo que tiene un camino de solución si es que existen otras herramientas” (Francisco Papas Fritas. Artista político).

Para que la posibilidad de asistir a una persona en su decisión de morir sea legítima, es necesario garantizar en primer lugar que esta decisión sea tomada de la manera más equitativa posible, considerando que no existan presiones producto de situaciones de vulnerabilidad. En el proyecto “Amortanasia”, realizado por Francisco Papas Fritas, se posibilitó a ocho personas del país a acceder a una muerte asistida con médicos extranjeros, y fue posible observar una gran cantidad de personas solicitando ayuda debido a dificultades económicas frente a tratamientos médicos, manifestando

su preferencia de morir para no endeudar a sus familias. El tema se ejemplifica a través de varias experiencias, como el conocido caso de Valentina Maureira, joven chilena que el 2015 solicitó a la presidenta acceder a la eutanasia ante el padecimiento de una enfermedad terminal. Independiente de que su solicitud haya sido rechazada por razones legales, el caso expuso la complejidad de decidir morir a causa de encontrar una salida viable a los problemas económicos, más que a la voluntad misma de no seguir viviendo.

Esta consideración deviene en la idea de que la muerte asistida no debe ser legitimada en los casos de personas que acuden a esta opción por no disponer de las condiciones económicas para solventar sus gastos en salud. La discusión al respecto es fundamental ya que, debido a las fuertes inequidades y condiciones de desigualdad que se evidencian en la sociedad chilena día a día, son muchas las personas que no pueden acceder a la atención médica que requieren. Por lo tanto, ante cualquier plan de regularización legal de la muerte asistida, se hace necesario asegurar:

“(...)que no exista presión indebida, sino que realmente la persona pueda tener alternativas reales para decidir cuál es el mejor curso de acción, de acuerdo a sus preferencias” (Sofía Salas. Centro Bioética de la Facultad de Medicina, Clínica Alemana).

SOBRE LA IDEA DE “MUERTE DIGNA”: HACIA EL RECONOCIMIENTO DE LA DIVERSIDAD Y FRAGILIDAD COMO PARTE DE LA EXPERIENCIA HUMANA.

Otra consideración importante tiene que ver con la idea de “muerte digna y cuidados paliativos” que da nombre al proyecto de ley en discusión. Por una parte, se plantea que esta no muestra la realidad de los contenidos que hoy se debaten, sino que en términos formales, el enfoque que tiene actualmente este proyecto de ley apunta más a una muerte asistida médicamente, y es fundamental que el nombre transmita con claridad los contenidos.

Por otra parte, resulta cuestionable el significado que se transmite a través de la idea de “muerte digna”, en tanto deviene en la pregunta de ¿cómo definimos qué sería una muerte digna? Si se define que una muerte dignifica, entonces se asume indirectamente que hay vidas que ya no son lo suficientemente dignas o “vivi- bles”. Pero las condiciones que hacen que una vida o una muerte sea digna, son muy diversas pues se relacionan con la subjetividad y contexto de cada persona. En ese sentido, el debate al respecto debe considerar una definición ciertamente diversa sobre lo que se entiende o no como una vida y una muerte digna.

Sobre esta consideración base, se vuelve clave entender que la vida de todo ser humano tiene valor en sí misma, independientemente de sus capacidades y condiciones. Después de todo, no hay que perder de vista que la fragilidad es una condición inherente a la experiencia humana. En muchas ocasiones se habla del caso de las personas mayores con demencia, por ejemplo, desde una visión lamentosa que cuestiona el valor de esa vida y se usa como legiti- mación de la eutanasia. Sin embargo, la experiencia va a depender de la subjetividad de cada persona, su historia de vida y el entorno que habita. A partir de ello se entiende que:

“Todo proyecto sobre la eutanasia, tiene que estar enmarcado en un gran respeto de considerar que las personas frágiles y las personas que han perdido sus capacidades también tienen un lugar social y que por eso no deben ser consideradas menos, y que hay que acompañarlas” (Andrea Slachevsky Red Transdisciplinaria sobre Envejecimiento Universidad de Chile - GERO).

Ciertamente, la medicina tiene sus límites, y hay ocasiones donde el objetivo del tratamiento en salud no será curar una enfermedad sino disminuir el sufrimiento, el cual puede conllevar a muchas personas a decidir morir, y a otras, a requerir de cuidados paliativos u otras opciones. La decisión en cuestión no puede ser tomada con anticipación pues las relaciones, vínculos y escenarios

de vida cambian con el tiempo durante una misma trayectoria de vida, y también en términos sociohistóricos. Las nociones que hoy se consideran fundamentales al definir una vida digna son diferentes a las perspectivas pasadas, y serán distintas a su vez en el futuro. Entonces:

“No es un proyecto de muerte digna. El Estado no puede garantizar justamente una dignidad. Lo que sí puede permitir son ciertas cosas para que las personas opten por lo que deciden como dignidad, lo que cada uno estipula como dignidad, y uno no puede venir a decirles qué es digno para cada persona” (Francisco Papas Fritas Artista político).

SOBRE LA NEGACIÓN DE LA MUERTE Y LA RESPONSABILIDAD DE LOS EQUIPOS MÉDICOS

La discusión que refiere a la posibilidad de las personas de poder decidir sobre su muerte es uno de los temas que se debaten a raíz de este proyecto de ley. Teniendo en vista las consideraciones recién expuestas, los/as panelistas dialogan desde un acuerdo común sobre la necesidad de legislar al respecto. Sin embargo, se plantean diferentes apreciaciones con respecto al personal que debe llevar a cabo la decisión de un ser humano que quiere morir. El debate debe considerar necesariamente una discusión específica en relación con la responsabilidad que se le otorga al personal médico de terminar con la vida de las personas que así lo deciden.

Al observar la experiencia de otros países, se ve que en lugares como Alemania, la eutanasia no es parte de la profesión médica, sino de personal técnico capacitado para llevar a cabo esta acción. Si bien se reconoce que esta política resuelve ciertos conflictos, deja fuera el compromiso profesional que tiene el personal de salud con el bienestar integral de sus pacientes, y abre la puerta hacia otros conflictos como los intereses económicos que podrían tener los equipos técnicos ante la posibilidad de lucrar con la muerte a modo de negocio, sin tener en cuenta las consideraciones fundamentales que ya se han expuesto.



Ante esto, surge la necesidad cultural y social de resignificar la muerte, la cual se encuentra hoy disociada de la práctica médica, al entenderse como un opuesto al objetivo de salvar vidas.

“En general, la medicina en Chile, y no solo los equipos de salud, no están preparados para la muerte. Salvo en los equipos de cuidados paliativos de cáncer, hay una negación importante de la muerte” (Andrea Slachevsky Red Transdisciplinaria sobre Envejecimiento Universidad de Chile - GERO).

El proyecto de ley que hoy se discute, debe necesariamente instalar la reflexión sobre cómo incorporamos y enlazamos la muerte como parte intrínseca de la actividad de salud, a través tanto del cambio cultural que se requiere en términos del imaginario asociado, como también del fomento de una educación médica que se relacione con la muerte de manera diferente.

CUIDADOS PALIATIVOS

Ahora bien, la discusión que hoy se lleva a cabo en torno al proyecto de Ley en cuestión, se focaliza en una política de muerte asistida, y no de cuidados paliativos, siendo que ambos procesos son mutuamente dependientes y sumamente complementarios. Se considera inaceptable que la discusión sobre cuidados paliativos sea excluida del debate sobre muerte asistida, pues el proceso de cuidados es fundamental para poder garantizar que la decisión de morir sea tomada sin presiones indebidas o injustas. En esa línea, se plantea que el proyecto debiera comprometerse con esta necesidad, garantizando una financiación pública robusta de los cuidados paliativos y las capacitaciones necesarias para llevarlos a cabo.

El alcance que podría llegar a tener la ley sobre muerte asistida tendrá un carácter muy limitado si es que no se trabaja con equipos multidisciplinarios en la atención de pacientes, que incorporen

la muerte y los cuidados como dos campos complementarios y no una dicotomía en enfrentamiento.

DESAFÍOS DEL ACCESO A CUIDADOS PALIATIVOS

Hablar de cuidados paliativos no se refiere solamente a los medicamentos y tratamientos necesarios, sino a todo un contexto social de acompañamiento e interdependencia, que si bien se requieren siempre, deben ser especialmente considerados al posibilitarse un escenario de decisión sobre la propia muerte. Actualmente, los servicios de cuidado están privatizados y son inaccesibles para muchas personas, lo cual deviene en contextos frecuentes donde el cuidado se vuelve una carga para co-residentes o familiares que no necesariamente disponen de los recursos necesarios. Hablar de muerte digna requiere previamente hacerse cargo de esta falta, de manera de poder asegurar el acceso de todas las personas a un proceso de cuidados paliativos antes y durante el proceso de decisión sobre la muerte asistida.

En esa línea, es necesario que el debate en cuestión reconozca que existe un importante atraso en el país con respecto al cuidado de personas que se encuentran cercanas a la muerte, lo cual se vive en condiciones de extrema desigualdad. De allí que la discusión legislativa no radica solamente en la necesidad de “permitir” sino también de “acceder”.

“Aquí no estamos tratando de generar un proyecto de ley para que se genere un permiso, sino que un acceso, que las personas puedan acceder” (Francisco Papas Fritas Artista político).

Si bien hay un tema de accesos que refiere a un debate más complejo sobre el sistema económico mercantil en Chile, la discusión sobre aquello que ha sido definido como “muerte digna” no puede prescindir de este tópico, pues la decisión y los servicios asociados a esta ley no pueden depender de los recursos de las

personas. Para asegurar los cuidados paliativos en el contexto de muerte asistida, debe repensarse el sistema de salud que hoy tenemos, lo que contempla, por una parte, una dimensión económica: No ofrecer soluciones de muy alto costo ni privatizar el proceso, de manera de *“no sobrevender la idea de que las personas son libres de decidir, tienen la autonomía, cuando no tenemos la capacidad de finalmente de asegurar un acceso a la salud”*. Por otra parte, la discusión se relaciona con el acceso educativo, cultural y social que permita a las personas informarse de manera integral sobre las vías médicas óptimas, los planes disponibles, el tipo de establecimiento médico al cual deben recurrir, etc.

“Hablar de la muerte es también hablar de la vida, y si evitamos hablar de la muerte, evitamos hablar de la vida” (Francisco Papas Fritas Artista político).

PROPUESTA DE MODELO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Se ha visto que en países donde se legaliza la eutanasia o el suicidio asistido, suelen presentarse importantes mejoras respecto a los cuidados paliativos, precisamente por la necesidad de asegurar que quien decide acceder a este servicio no esté respondiendo a una carencia de tratamientos médicos.

En Bélgica, existe un plan de muerte asistida que se presenta como un buen ejemplo a seguir. El país en cuestión ha establecido una legalización de la muerte asistida como un proceso que está dentro de un plan continuo y multidisciplinario de cuidados paliativos, en el que se brinda apoyo al paciente, cubriendo sus necesidades básicas, aliviando el dolor, y posibilitando un acompañamiento psicológico en la decisión hasta el final.

Es importante tener en cuenta que la disminución de sufrimiento ante la muerte asistida no solamente debe hacer referencia a una dimensión física, sino que se debe hablar de un acompañamiento integral que incorpore las diferentes esferas humanas del

dolor. Ante esto, se plantea como fundamental la incorporación de un apoyo multidisciplinario en el proceso de cuidados paliativos.

LEGITIMACIÓN DE LA DECISIÓN SOBRE EL MORIR

Finalmente, sin perder de vista la necesidad de garantizar un proceso de cuidados paliativos asociados a la muerte asistida, se plantea la importancia de reconocer y validar la experticia de cada persona en relación con su propia vida, y las decisiones que toma con respecto a su muerte. En ese sentido, es fundamental que el proyecto de Ley reconozca la capacidad de cada persona de decidir, y la incapacidad de los equipos médicos de imponer su visión sobre la vida y la muerte. El rol del personal de salud radica en facilitar esta toma de decisión de la forma más informada posible, garantizando la libertad y voluntad detrás de la decisión.

“No es a nosotros ni al equipo de salud decir si sí o no, la decisión es de la persona, yo creo que finalmente el rol de nosotros es decir si la decisión está bien tomada, si hay competencias, entendiendo que la autonomía es difícil, ser facilitadores de la toma de decisión, dando toda la información posible” (Andrea Slachevsky Red Transdisciplinaria sobre Envejecimiento Universidad de Chile - GERO).

Se plantea que tradicionalmente, la medicina ha estado marcada por prácticas de paternalismo y abuso de poder que devienen en contextos donde muchas veces los profesionales de la salud toman decisiones por sus pacientes, restándoles autonomía sobre sus propios cuerpos. Ante ello, surge el desafío de poder legitimar y respetar las decisiones de las personas sin juzgarlas desde la medicina. Esto conlleva a su vez a preguntarnos de qué forma fomentar una mirada más humanitaria y dialógica en la formación médica, que permita reconocer la autonomía de sus pacientes. El tema se vuelve fundamental si se considera que gran parte del colegio de médicos ha manifestado su rechazo respecto al proyecto de ley que

hoy se discute, y por tanto se hace necesario fomentar y generar conciencia sobre la posibilidad del diálogo y la visión que se tiene de la autonomía desde la medicina.

Como se ha visto, el debate posee muchas aristas y consideraciones que son fundamentales, y que van mucho más allá del acto de permitir o no permitir el desarrollo de la muerte asistida. El proyecto de ley en cuestión debe tomar en cuenta los diferentes debates que rodean el tema en sí, de manera que esta pueda llevarse a cabo de la manera más justa posible, sin perder de vista que:

“Todas las decisiones autónomas no son autónomas sin información ni conocimientos de las posibilidades” (Diana Aurenque. Filósofa y académica USACH).



ANEXOS

TALLER

¿CÓMO COMUNICAMOS LAS VEJECES? ANÁLISIS DE LAS NARRATIVAS EDITORIALES EN TORNO A LA PERSONA MAYOR EN CHILE

Fecha: martes 12 de enero del 2021

Hora: 15:00 a 16:30hrs

● **MINUTA**

El contexto de crisis que experimenta Chile a partir de las múltiples problemáticas visibilizadas desde el 18 de octubre de 2019 y la posterior pandemia por COVID-19, abre nuevos espacios de politización en donde diversos actores de la sociedad levantan su voz en pos demandar una sociedad distinta y construir un nuevo horizonte para nuestro país. Dentro de este clamor colectivo, las personas mayores asoman dentro de la discusión pública en búsqueda de atender a postergaciones históricas y al reduccionismo presente en el abordaje de las múltiples vertientes de la experiencia de la vejez.

La pandemia por COVID-19 instaló la necesidad de acceder constantemente a la información distribuida por los medios de comunicación frente a un escenario mundial en permanente cambio, así como frente a las periódicas modificaciones experimentadas por las medidas de confinamiento. El rol que juegan las comunicaciones dentro de nuestra sociedad a la hora de asentar las directrices de la discusión pública, indudablemente se ha potenciado. Sin embargo, dentro la construcción y difusión de idearios por parte de los medios, continúan subyaciendo narrativas que terminan por reproducir la reducción y estigmatización de experiencias como la vejez.

Frente a esto se hace necesario levantar ejercicios reflexivos destinados a problematizar los relatos que actualmente *comunican* la vejez en Chile, desde un enfoque de DDHH e inclusividad. Es en este sentido que el taller surge como una iniciativa destinada a congrega a periodistas, editores y estudiantes de comunicaciones, con objetivo de analizar productos de prensa relativos a personas mayores que han circulado durante el periodo de pandemia.

● OBJETIVO

Construir una instancia de deliberación y reflexión crítica en torno a la mirada y los estereotipos vigentes que rodean a los adultos mayores dentro de las narrativas editoriales de los medios de comunicación en Chile.

● METODOLOGÍA

El taller consistirá en la distribución de las y los 30 participantes convocados dentro de 4 grupos de discusión de 8 personas c/u, cuya moderación y puesta en marcha se encontrará a cargo de ayudantes de investigación vinculados a las discusiones contemporáneas en torno a la Antropología del Envejecimiento.

El trabajo en grupos consistirá en dos fases. La primera estará destinada al análisis crítico de portadas y artículos de prensa dispuestos en diversos diarios durante el periodo de pandemia. En esta primera fase se revisarán un conjunto de titulares preseleccionados y se hará una reflexión en torno al uso de expresiones y cómo se maneja la vejez en los medios de comunicación.

La segunda fase se conducirá dependiendo de la cantidad de personas que se encuentren en el taller. Si el número lo permite, se volverá a reunir a la gente en un sólo grupo para la segunda fase. Por el contrario, si el número de asistentes es muy alto se mantendrá la división por grupos y se procederá a la segunda fase de creación de titulares.

DISTRIBUCIÓN DE LOS TIEMPOS

15:00 • 15:15 hrs.

15:15 • 16:30 hrs.

15:15 • 15:50 hrs.

15:50 • 16:15 hrs.

16:15 • 16:45 hrs.

Presentación y bienvenida

Trabajo Grupal

Fase 1: Análisis de prensa

Fase 2: Análisis de prensa

Plenaria: reflexión por grupos

CUADERNILLOS
Nº3
SERIE
ENVEJECIMIENTO

TALLER

“CONFIESO QUE HE VIVIDO: HISTORIAS DE VIDA DE PERSONAS MAYORES Y TRANSFORMACIONES SOCIALES EN CHILE”

● MINUTA

La actual pandemia de COVID-19 - con su urgencia - ha generado una sensación de constante inmediatez. Nuevas noticias, nuevos sucesos y una avalancha de información sobre la crisis con reportes diarios y nuevas cifras cada semana nos atrapan en un presente trágico y un futuro incierto que muchas veces nos hace olvidar el valor de nuestra historia. El valor de la memoria.

El taller “Confieso que he vivido” -que forma parte del espacio transdisciplinario de la Séptima Escuela Internacional de Verano sobre Envejecimiento- busca ser un espacio para compartir estas memorias (re)constituyéndolas en un espacio de conversación y reflexión abiertos a toda la comunidad pero con especial énfasis en las personas mayores, sin límite de edad.

El objetivo de la actividad es generar un espacio de conversación en torno a las vivencias personales, a la historia individual - muchas veces oculta o invisibilizada - de las personas mayores en Chile, con el objetivo de construir y reconstruir una memoria colectiva, que permite no sólo comprender el pasado, sino también el actual momento de crisis que vive nuestro país y el mundo.

● METODOLOGÍA DE TRABAJO

El presente taller se configura en torno a la técnica de las “Historias de Vida”, herramienta destinada a conectar determinados hechos

sociohistóricos con las vivencias personales de personas mayores de distintas edades que han vivido a lo largo de diversos sucesos históricos de nuestro país.

Mediante la conversación y las intervenciones de las y los participantes el equipo de facilitación reconstruye una historia personal y nacional; una narrativa que busca reconstruir el nexo entre los sujetos y sus comunidades simbólicas.

● DISTRIBUCIÓN DE LOS TIEMPOS

15:00 • 15:15 hrs

Presentación y bienvenida

15:15 • 16:30 hrs

Trabajo Grupal

16:30 • 16:45 hrs

Cierre y reflexiones



CUADERNILL●S
Nº3
SERIE
ENVEJECIMIENTO



UNIVERSIDAD
DE CHILE

RedesTd

Unidad de Redes Transdisciplinarias