



CUADERNILLOS  
N°1  
SERIE  
ENVEJECIMIENTO

## ¿DÓNDE ENVEJECEMOS EN CHILE?

REFLEXIONES  
TRANSDISCIPLINARIAS  
EN TORNO A MOVILIDAD,  
URBANISMO, VIVIENDA  
Y TRAYECTORIAS  
COTIDIANAS DE LAS  
PERSONAS MAYORES

RESULTADOS DE LA  
QUINTA ESCUELA  
INTERNACIONAL  
DE VERANO SOBRE  
ENVEJECIMIENTO 2018 DE  
LA UNIVERSIDAD DE CHILE.



**RedesTd**  
Unidad de Redes Transdisciplinarias

Quinta Escuela Internacional de Verano sobre Envejecimiento.  
Red Transdisciplinaria sobre Envejecimiento de la U. de Chile.  
Unidad de Redes Transdisciplinarias.  
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo.

DIRECTOR QUINTA ESCUELA  
Felipe Salech Morales

EQUIPO GESTOR  
Pablo Riveros Argel  
Jaqueline Meriño Vergara  
Inta Rivas Fauré  
Félix Liberona Durán  
Lorena Ferreira Rodríguez

DISEÑO  
Alicia San Martín Frez

EDICIÓN  
Francisca Palma Arriagada

FOTOGRAFÍA DE PORTADA  
Antonio Quintana Contreras, Pareja, Cajón del Maipo, ca.1960.  
Subcolección Antonio Quintana Contreras. Colección Archivo Fotográfico,  
Archivo Central Andrés Bello, Universidad de Chile.

FOTOGRAFÍAS INTERIORES  
Cristóbal Saavedra Vogel



RED TRANSDISCIPLINARIA  
SOBRE ENVEJECIMIENTO



---

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**  
**N°1**  
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

- 7 Presentación.
- 10 Una mirada integradora: Red Trasdisciplinaria sobre Envejecimiento de la U. de Chile.
- 11 La universidad como el lugar para gestar una mirada integradora sobre la vejez.

### PONENCIAS POR TEMA

- 15 I. Las personas mayores como actores de nuestra sociedad.
- 31 II. El entorno socio-ambiental y su impacto en las personas mayores.
- 53 III. Hacia políticas públicas que mejoren el entorno en que envejecemos.

## PRESENTACIÓN

*Felipe Salech Morales*  
*Geriatra*  
*Director quinta Escuela Internacional de Verano sobre*  
*Envejecimiento.*  
*Red Transdisciplinaria de Envejecimiento de la*  
*Universidad de Chile.*

Entre el 9 y el 12 de enero del 2018, nos reunimos con la comunidad científica nacional e internacional, así como con el público general, para pensar dónde envejecemos, lo que permitió reflexionar sobre temas tan importantes como la posición y los roles que ocupan las personas mayores en nuestra sociedad, el impacto del ambiente construido y su funcionalidad, y cómo mover estos conocimientos hacia la implementación de políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida de quienes envejecen.

La quinta Escuela Internacional de Verano sobre Envejecimiento abordó, desde una mirada sistémica e integradora -en diversas escalas y dimensiones-, el tema de la espacialidad y desenvolvimiento de las personas mayores, pasando por las políticas públicas, hasta las experiencias cotidianas básicas que quedan invisibilizadas en estas decisiones, repercutiendo todas en las personas y sus desempeños.

En esa oportunidad, un grupo de expertos nacionales e internacionales provenientes de distintas disciplinas que incluyen el diseño, la salud, el urbanismo, la sociología, el derecho, la ingeniería y la arquitectura, plantearon sus posiciones, estudios y evidencias científicas, insumos que fueron enriquecidos además con la visión propia de personas mayores, quienes fueron integrados como par-

ticipantes activos de la discusión y no como pasivos objetos de estudio.

Dos invitados internacionales -la profesora PhD Nancy Hodgson (School of Nursing, Pennsylvania University - EE.UU.) y el profesor PhD Satoshi Kose (Shizouka University of Art and Culture - Japón)- compartieron la experiencia de países que han logrado un mayor desarrollo en intervenciones orientadas a implementar políticas públicas que adecúan las planificaciones y construcciones de los entornos para favorecer un envejecimiento activo y sano en la comunidad.

Desde lo local, expusieron desde sus miradas expertas y expertos como Marcela Pizzi, ex decana y académica de la Facultad de Arquitectura y Urbanismo de la Universidad de Chile (FAU) y experta en habitabilidad para adulto mayor; Ángela Arenas, académica de la Unidad de Formación General de la Universidad Finis Terrae y experta en bioética y derechos humanos; Alicia Villalobos, académica del Departamento de Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y ex encargada nacional del Programa de Salud del Adulto Mayor del Ministerio de Salud; Daniela Thumala, académica de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile e investigadora asociada del Centro de Gerociencia, Salud Mental y Metabolismo (GERO), experta en psicogerontología; Jean Gajardo, académico del Departamento de Terapia Ocupacional y Ciencia de la Ocupación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y experto en rehabilitación funcional y cognitiva; y Andrea Slachevsky, directora alterna de GERO, coordinadora de la Clínica de Memoria y Neuropsiquiatría del Hospital del Salvador y Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y académica de la Facultad de Medicina de la misma Casa de Estudios.

Otras de las instancias de la Escuela fueron las mesas redondas, espacios donde participaron expertas como Marcela Vargas y Gladys González, del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA); Alessandra Olivi, del Centro Interdisciplinario para el Desarrollo del Adulto Mayor Gerópolis, de la Universidad de Valparaíso; y Rosita Kornfeld, del Centro de Estudios de la Vejez y el Envejecimiento (CEVE), de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Quienes también fueron clave para la realización de este encuentro son los integrantes del comité académico de esta edición de la escuela, los profesores Patricio Fuentes, Alicia Villalobos, Mónica Niveló, Benjamín Suárez, Marcela Pizzi y Jean Gajardo.

Asimismo, fueron parte de estas jornadas Ana María Amaro y Ana Lobos de la Asociación Gremial de Pensionados y Montepiados de la Universidad de Chile (APEUCH), y los profesionales y académicos que participaron de los talleres, Rebeca Silva y Macarena Cusato, de la FAU; Felipe Herrera del SENAMA, y Pilar Villarroel e Ignacia Navarrete.

Si bien la posición de cada uno de estos expertos es en sí misma muy atractiva e interesante, la propuesta de la quinta edición de este encuentro fue motivar a entender que el desafío no está en cada una de estas presentaciones por separado, sino en ser capaces de integrar estas distintas miradas para generar las respuestas complejas que realmente puedan tener impacto en nuestra sociedad.

Es por ello que estas reflexiones y propuestas emanadas del encuentro no pueden quedar relegadas a un contexto puntual, motivo por el cual la Red Transdisciplinaria sobre Envejecimiento de la Universidad de Chile propuso la publicación de este cuadernillo, material que busca ser una guía tanto para la comunidad científica como para la ciudadanía. ➔

## **UNA MIRADA INTEGRADORA: LA RED TRANSDISCIPLINARIA SOBRE ENVEJECIMIENTO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE**

Los acelerados cambios demográficos que enfrenta el mundo, y del cual el país no es la excepción, están fuertemente determinados por el envejecimiento de la población, fenómeno radical que está cambiando nuestra forma de vivir y convivir.

La implicancias sociales, económicas y sanitarias son tan amplias y diversas que su abordaje por nicho de especialidad es insuficiente, y se hace fundamental considerar una mirada integradora.

En el 2014, la Universidad de Chile aceptó enfrentar este desafío mediante la conformación de la Red Transdisciplinaria sobre Envejecimiento, la que permitió agrupar a académicos y miembros de la comunidad universitaria de diferentes ámbitos del conocimiento, pero que comparten un interés común por explorar el campo del envejecimiento y por promover un abordaje integrado.

Pese a las dificultades de enfrentar el envejecimiento con un enfoque transdisciplinar, puesto que los programas de formación tradicionales tienden a favorecer la educación especializada por sobre la mirada integradora, este esfuerzo ha dado sus frutos y avances, como es haber constituido un espacio de reflexión para el intercambio, además de las Escuelas Internacionales de Verano sobre Envejecimiento, y con ello la realización de este tipo de insumos.

De esta manera, la Escuela Internacional de Verano sobre Envejecimiento, que surge el año 2014 desde la mirada pionera del profesor de la Facultad de Medicina Jorge Allende, se transforma en una de las instancias de la Red Transdisciplinaria sobre Envejecimiento para hacer converger distintas miradas del fenómeno del envejecimiento en un constructo global, aproximando además tales conocimientos a la comunidad.

## LA UNIVERSIDAD COMO EL LUGAR PARA GESTAR UNA MIRADA INTEGRADORA SOBRE LA VEJEZ

*Pablo Riveros Argel,  
Unidad de Redes Transdisciplinarias  
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo  
Universidad de Chile*

La complejidad de los problemas sociales que emergen de temáticas como el envejecimiento, obligan a la academia a reconstruir sus bordes. La integración de las distintas voces de la Universidad aparece como un primer nivel de coordinación más allá de los disciplinar; pero nuestra mirada quedaría incompleta sin integrar a los actores de la sociedad civil y a los tomadores de decisión, en la perspectiva de construir un conocimiento que habilite cambios sobre la política pública.

La Red Transdisciplinaria sobre Envejecimiento -a través de sus Escuelas de Verano- es uno de los tantos esfuerzos que realiza la Universidad para construir puntos de encuentro y convocatoria con otros actores del sistema universitario y las distintas voces que dan pertinencia a nuestro trabajo. Agradecemos por ello los aportes de las distintas universidades, organizaciones e instituciones que participaron en la elaboración de puntos y contrapuntos que construyeron esta discusión.

Tras la revisión de las experiencias que convergieron en esta edición de la actividad, es evidente la urgencia de una mirada integradora y multiescalar de la vejez en nuestro país. Esto, porque las políticas públicas nos pueden proponer un marco general fundamental para abordar el envejecimiento de la población, pero estos sólo serían lineamientos que sin una nueva propuesta de entendimiento y valoración social de la vejez, no repercutirán en la experiencia cotidiana de las personas mayores.

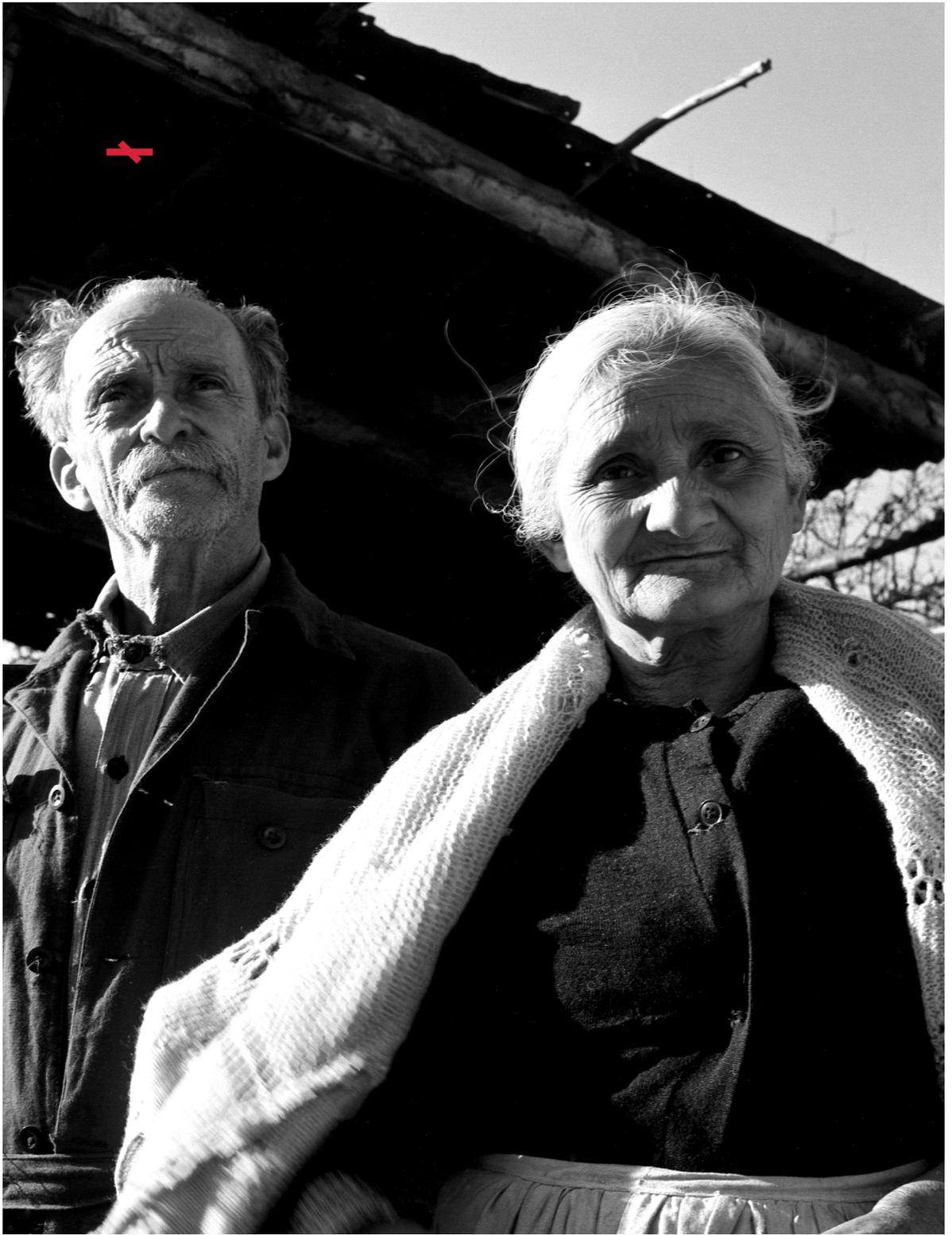


Por ello, hacer converger y articular al mundo académico con la sociedad es un camino que propicia que los futuros profesionales de nuestro país puedan entender y abordar la vejez desde sus disciplinas, dimensionando el rol que pueden desempeñar desde su quehacer.

Así, la confluencia de voces diversas y experiencias internacionales no nos deja más que el desafío de tomar con responsabilidad personal, social e institucional este tema, sobre el que no debemos perder de vista que el accionar que podamos realizar repercutirá en la vida, dignidad, movilidad, desenvolvimiento, sentimientos, emociones y subjetividades de seres humanos que integran nuestra sociedad. →

A red square frame with a white background, containing the text 'PONENCIAS POR TEMA'. The frame is composed of four red lines forming a square, with a small gap at the top right corner.

**PONENCIAS**  
POR TEMA



# I.

## LAS PERSONAS MAYORES COMO ACTORES DE NUESTRA SOCIEDAD

---

### **OPINIONES, EXPECTATIVAS Y EVALUACIONES DE LA POBLACIÓN CHILENA SOBRE LA INTEGRACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**

*Por: Daniela Thumala Dockendorff y  
Marcelo Arnold Cathalifaud, Académicos de la Facultad de  
Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.*

#### **CAMBIOS DEMOGRÁFICOS**

La humanidad enfrenta una revolución sin precedentes. El envejecimiento poblacional se ha desatado con diversos ritmos e intensidades por todo el planeta. En tanto transformación global, estos cambios repercuten en todos los ámbitos de la sociedad.

Como resultado del mejoramiento de las coberturas de los sistemas sanitarios, los mayores niveles de educación, la preocupación sobre el cuidado del cuerpo y de las radicales modificaciones de las expectativas respecto a la vida en pareja, la familia y la procreación, para mediados de este siglo uno cada cuatro habitantes en Latinoamérica será adulto mayor.

Chile pasa por un avanzado cambio en su estructura de edades. Hoy vivimos más y hay un incremento en el número de personas mayores. Durante el reciente medio siglo la esperanza promedio de vida al nacer aumentó en 4,2 años por década, y actualmente es de 79 años, mientras que la tasa global de fecundidad, estimada para el quinquenio 2045-2050, descenderá a 1,8 o menos, muy por debajo del nivel de reemplazo generacional.



Si permanecen estas tendencias, los mayores de 60 años -que hoy constituyen alrededor del 17% de la población-, alcanzarán para el año 2050 al 33%. De no mediar el potencial demográfico de la creciente población inmigrante, Chile entraría durante este siglo a la categoría de país “hiper-envejecido”.

## **DESAFÍOS**

Las transformaciones sociales que ocurren en contextos económicos y sociopolíticos frágiles conllevan grandes problemas. Por ejemplo, el aumento de la esperanza de vida no se traduce automáticamente en que todos y todas tengan las mismas posibilidades para aprovechar los años ganados. Se advierten en Chile los pronunciados déficits y desigualdades en las prestaciones sociales destinadas a la población de personas adultas mayores.

A las inequidades socio-económicas se agregan expectativas prejuiciosas e infundadas que actúan como inhibidores de los requerimientos e iniciativas de esa población y que contribuyen a aumentar los costos que recaen sobre ellos y ellas y sus entornos cercanos. Estas condiciones, se acentúan con la persistencia de opiniones, valoraciones, expectativas y actitudes que desestimulan la preparación y la autoestima de las personas adultas mayores y que provocan, adelantan o refuerzan innecesariamente su potencial fragilidad y dependencia.

Lo anterior se refleja en el modo en que las personas mayores se encuentran integradas, en mayor o menor medida, a nuestra sociedad. Así, la mantención de buenos niveles de integración social en la vejez es uno de los desafíos más relevantes que enfrentamos en este nuevo contexto sociodemográfico.

## **EL ENVEJECIMIENTO COMO FENÓMENO SOCIAL**

Independientemente de sus condiciones biopsicosociales, en Chile, a partir de los sesenta años las personas son categorizadas como “adultos mayores” (Ley N°19.828). Con esa categorización se les otorga el carácter de agrupamiento socio-estructuralmente significativo.

Las categorías sociales, para el caso población de “personas adultas mayores”, se acompañan con expectativas. Con ellas se

configuran pautas de comportamientos que sirven de referencia a esa misma población, como a quienes se refieren y tratan con ella y, asimismo, para las relaciones en que se involucran con los otros componentes de la sociedad.

Así, socialmente construida, la dimensión social del envejecimiento es materia de gran interés para la sociedad y para la opinión pública pues, mientras las fechas de nacimiento son inalterables, y en parte importante también los ciclos biológicos y sus efectos, las condiciones sociales con las que se reconocen y modelan las etapas la vida humana son dinámicas y modificables.

### **MODELO DE OBSERVACIÓN**

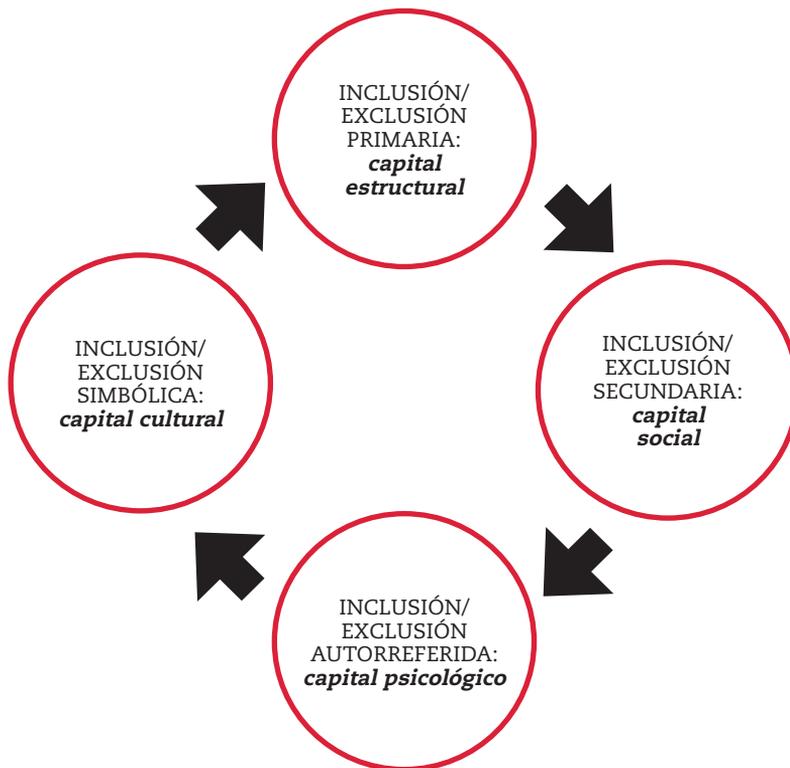
Para abordar la pregunta acerca de qué tanto y en qué forma las personas mayores son tomadas en consideración en el país -en otras palabras, cómo se observan sus niveles de integración social- nuestros estudios aplican un modelo que mide las percepciones sobre diferentes modalidades de inclusión/exclusión social que afectan a esa población.

Este modelo reconoce las siguientes cuatro dimensiones:

1. Evaluar las prestaciones de las cuales dependen para mantener, de acuerdo a las expectativas y contextos, una adecuada existencia biológica, psíquica y material (capital estructural).
2. Evaluación de las disponibilidades de redes que faciliten cubrir sus necesidades socio-afectivas y/o para compensar condiciones estructurales deficitarias (capital social).
3. Presunciones, imágenes, estereotipos, tipificaciones, esquemas y creencias con que se los caracteriza y representan en la comunicación pública (capital simbólico).
4. Expectativas para su autodesarrollo, características y capacidades que se les atribuyen (capital psicológico).

Los resultados de la aplicación del modelo permiten indicar oportunidades, limitaciones y recursos que intervienen en la integración social de las personas adultas mayores, tal como son apreciadas en la población en general (no solamente por las personas mayores).

**Figura 1:** Modelo para observar, evaluar y analizar las inclusiones y exclusiones sociales que afectan a las personas mayores en Chile.



### **ASPECTOS METODOLÓGICOS**

A partir del modelo señalado, diseñamos una encuesta nacional para conocer las opiniones, expectativas y evaluaciones de la población chilena sobre la integración social de las personas adultas mayores. Nuestros análisis se basan en la aplicación de encuestas a 1.200 personas representativas de la población chilena mayor de 18 años, estimándose un error muestral del 3% para un nivel de confianza del 95%.

El cuestionario estuvo guiado por las siguientes interrogantes:

- ¿Cómo se evalúa el nivel de preparación del país frente al envejecimiento de su población? ¿Se lo encuentra preparado?
- ¿Qué actitudes se tienen frente al pago de un impuesto específico para beneficio de los adultos mayores? ¿Se estaría dispuesto a financiar una red de protección que asegure sus derechos?
- ¿A quiénes se le atribuyen las principales responsabilidades por el bienestar de las personas adultas mayores?
- ¿Cómo se evalúa el nivel de auto-preparación para enfrentar la vejez? ¿Qué tanto se ha tomado conciencia de la necesidad de prepararse para el envejecimiento?
- ¿Qué se opina sobre el nivel de integración social de los adultos mayores? ¿Se los aprecia incluidos o excluidos de la sociedad?
- ¿Qué expectativas se tienen respecto al nivel de satisfacción con la vida durante la adultez mayor? ¿Representa la vejez la ausencia de satisfacción con la vida?
- ¿Qué expectativas se tienen respecto a la capacidad de las personas adultas mayores para auto-valerse? ¿Se las considera autónomas o dependientes?

La información producida se sometió un análisis descriptivo bi-variado a través de tablas de contingencia que consideraron once variables de caracterización de la muestra y los resultados de las preguntas entre sí, aplicándose además estadísticos chi-cuadrado y gamma para establecer relaciones estadísticamente significativas a un 95% de confianza.

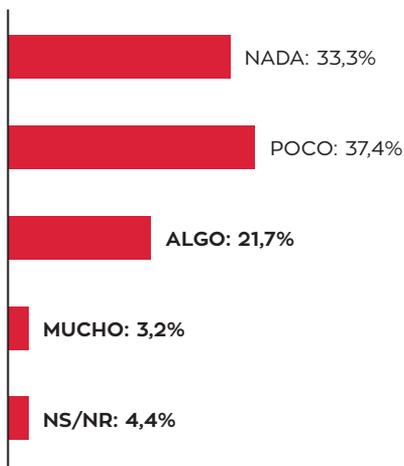
### **PRINCIPALES RESULTADOS**

En general, las apreciaciones de las y los encuestados respecto a las condiciones de las personas mayores colocaban a esa población en situaciones de exclusión en todas sus dimensiones (institucionales, sociales, simbólicas y personales). Estas tendencias de respuestas son indicativas de la prevalencia de prejuicios “viejistas”, es decir, de un conjunto de estereotipos negativos sobre la vejez asociables a comportamientos discriminatorios hacia quienes tienen más años.

### Cuadro N° 1

#### QUINTA ENCUESTA NACIONAL DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN SOCIAL (2017)

Los análisis indicaron bajos niveles de satisfacción de los(as) chilenos(as) respecto al nivel de preparación del país para enfrentar su envejecimiento poblacional (70% "poco o nada").



Las evaluaciones pesimistas se concentraban entre quienes:

1. residían en la Región Metropolitana,
2. pertenecían a niveles socioeconómicos más bajos,
3. no convivían con personas adultas mayores,
4. estaban menos dispuestos a contribuir con un impuesto en beneficio de las personas adultas mayores,
5. atribuían las principales responsabilidades por el bienestar de las personas adultas mayores a los gobiernos o a los propios adultos mayores,
6. opinaban, en mayor proporción, que las personas adultas mayores estaban marginadas,
7. consideraban, en mayor medida, que la satisfacción con la vida disminuye al envejecer y,
8. tenían expectativas más pesimistas respecto a la capacidad de los adultos mayores para auto-valerse.

9. Las creencias prejuiciosas sobre las posibilidades de las personas mayores se expresan claramente en que, como se expresa en el Cuadro N° 2, no se espera que tengan capacidades para autovalerse y en que la responsabilidad de sus bienestar se recaiga muy marginalmente en ellas mismas.

**Cuadro N° 2**

**QUINTA ENCUESTA NACIONAL DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN SOCIAL (2017)**

¿Qué expectativas se tienen respecto a la capacidad de las personas adultas mayores para auto-valerse? ¿Se las considera autónomas de dependientes?.



Las y los chilenos son pesimistas respecto a las capacidades de los adultos mayores para auto-valerse (68%). Estas expectativas se concentran entre quienes:

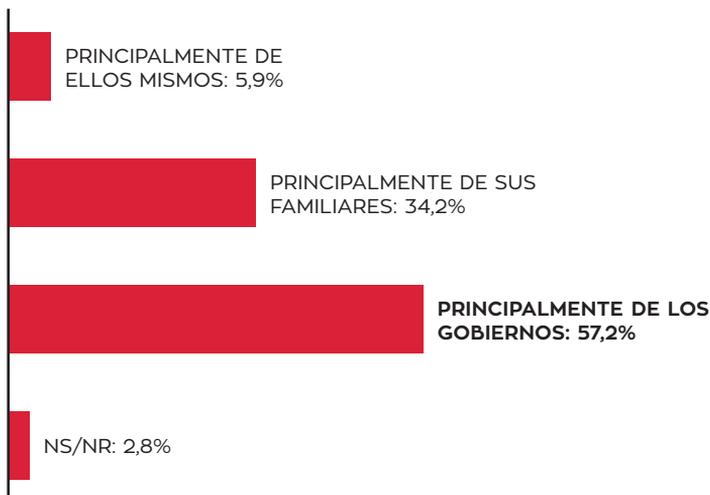
1. tienen niveles educacionales más bajos (media y básica),
2. residen en la Región Metropolitana,
3. declaran una orientación política de izquierda o centro,
4. pertenecen a niveles socioeconómicos más bajos,
5. declaran menores ingresos,
6. no conviven actualmente con personas adultas mayores,
7. trabajan en empresas privadas,

8. evalúan negativamente el nivel de preparación del país para el envejecimiento poblacional,
9. están menos dispuestos a contribuir con un impuesto en beneficio de los adultos mayores,
10. atribuyen a los gobiernos la principal responsabilidad por el bienestar de los adultos mayores y
11. opinan que las personas adultas mayores están marginadas.

En tanto, la tendencia minoritaria es la que señala que los adultos mayores pueden autovalerse (28%). Quienes plantean esta visión se caracterizan por tener niveles socioeconómicos y educacionales superiores, residir en regiones, declarar orientaciones políticas de derecha, convivir con personas adultas mayores, especialmente las más envejecidas y ser estudiantes.

### Cuadro N° 3

**QUINTA ENCUESTA NACIONAL DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN SOCIAL (2017)**  
Quienes atribuyen a los gobiernos (sistema político) la principal responsabilidad por el bienestar de los adultos mayores se concentraron entre:



Quienes atribuyeron a los gobiernos (sistema político) la principal responsabilidad por el bienestar de los adultos mayores se concentraron entre:

1. tenían las mayores edades,
2. declararon una orientación política de centroizquierda,
3. pertenecían a un nivel socioeconómico más bajo,
4. no convivían actualmente con adultos mayores, o lo hacían con menores de 75 años,
5. laboralmente eran retirados(as) o pensionados(as),
6. evaluaron negativamente el nivel de preparación del país para el envejecimiento poblacional,
7. declararon prepararse menos para su propio envejecimiento,
8. opinaban, en mayor proporción, que las personas adultas mayores estaban marginadas,
9. consideraban, en mayor medida, que la satisfacción con la vida disminuye al envejecer y,
10. tenían una expectativa más pesimista sobre las capacidades de los adultos mayores para auto-valerse.

En síntesis, encontramos los niveles más críticos de insatisfacciones entre quienes atribuyen más responsabilidades a los gobiernos, los que mostraban una satisfacción “algo” más favorable extienden las responsabilidades a los sistemas familiares. Estos patrones abren preocupaciones respecto a las expectativas que se tienen respecto a las familias como soportes sociales, pues se avizoran importantes amenazas o desafíos ante sus acelerados cambios y a la disminución de sus posibilidades de mantenerse como soportes efectivos.

### REFLEXIONES FINALES

Las opiniones, expectativas y evaluaciones analizadas limitan la integración activa de la población de adultos mayores y se proyectan en actitudes prejuiciosas que no contribuyen a aprovechar las oportunidades que se les han abierto. Dados estos resultados, es

imperativo insistir en reforzar la responsabilidad que tienen las personas mayores como agentes que deben empoderarse de su creciente influencia política y económica. Por otra parte, los líderes y gobernantes no deben postergar la elaboración y aplicación de políticas que refuercen la integración social de los adultos mayores, reconociendo y aprovechando sus aportes a la sociedad.

Uno de nuestros principales desafíos como país consiste en desarrollar y contar con recursos que permitan a los envejecientes mantenerse autónomos, saludables y socialmente integrados. Es posible adoptar medidas para contener o retrasar con anticipación algunos de los efectos indeseados de la vejez. Muchas dificultades obedecen, en gran medida, a prejuicios, falta de información y, especialmente, a barreras culturales que obstaculizan el acceso de los adultos mayores a prestaciones y servicios que les son necesarios o indispensables.

Entre todo, la buena noticia es que la población no sólo envejece más, sino que también lo hace en mejores condiciones que antaño; para la mayoría, la situación de vejez es cualitativamente mejor que en la época de sus progenitores. Los nuevos adultos mayores no sólo tienen más años, sino que cuentan también con mayor educación y un mejor estado de salud física y mental, están atentos a los servicios que les permitan mantener su bienestar y así enfrentar las pérdidas asociadas con su edad más avanzada con la mayor autonomía posible. Esto último compromete tanto la colaboración de los mismos envejecientes, sus familias, comunidades y redes de apoyo, como el soporte de los servicios públicos, las organizaciones de la sociedad civil y la responsabilidad de las empresas privadas.

*UNA SOCIEDAD INCLUSIVA DEBE CONSIDERAR A SUS ADULTOS MAYORES COMO SUJETOS CON DERECHOS, PERSONAS ACTIVAS Y RESPONSABLES CUYOS ANHELOS Y POTENCIALIDADES DEBEN RESPETARSE. ➔*

## REFERENCIAS

- Arnold, M., Herrera, F., Massad, C., & Thumala, D. (2018). "Quinta Encuesta Nacional. Inclusión y Exclusión Social del Adulto Mayor en Chile: opiniones de la población chilena respecto al envejecimiento poblacional". Servicio Nacional del Adulto Mayor, Departamento de Estudios, Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile. 135 páginas.
- Thumala, D. et al. (2017). "Aging and health policies in Chile: new agendas for research". *Health Systems & Reform* 3.4. pp. 253-260.



---

## **EL ADULTO MAYOR EN SU ENTORNO: UNA MIRADA DESDE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA AUTONOMÍA**

*Por: Ángela Arenas Massa,  
Académica de la Unidad de Formación General  
de la Universidad Finis Terrae.*

Cuando se considera filosóficamente la vejez, se puede decir que es una expresión de una biología en un ambiente. Desde la época griega persisten tendencias hasta el día de hoy. Para Cicerón, por ejemplo, que escribe en un contexto de rejuvenecimiento, la vejez es considerada una evolución fisiológica, a diferencia de Terencio, quien nos habla de la senectud como sinónimo de enfermedad. Cuando hoy discutimos de vejez y envejecimiento, seguimos observando ambas tendencias.

¿Qué pasa con el concepto de autonomía? El derecho y la bioética -en cuanto disciplinas normativas- asumen el concepto de autonomía como parte de los principios orientadores de su misma disciplina.

¿Qué pasa con el concepto de autonomía si lo cruzamos con el derecho? La primera observación es que se encuentra una definición de autonomía de carácter polisémica, multidisciplinar y poli causal. Además, es difícil develar una conceptualización integral de autonomía, lo que genera dificultades al momento de regularla.

La autonomía se mide en relación con los otros, se revela en toda su extensión cuando se asocia con elementos de cada disciplina, en este caso, en el ámbito del derecho sanitario. Y en una dimensión negativa, la autonomía denota una eventual vulnerabilidad, es decir, encontramos una duplicidad en su conceptualización.

Por otro lado, debemos distinguir entre autovalencia como opuesto a la dependencia, que constituye un concepto operativo donde no hay limitaciones de las actividades de la vida diaria; versus el concepto teórico de autonomía que supone una posibilidad de autogobierno. Esto es una dificultad para el derecho, dado que una visión unitaria de la persona necesariamente integra ambos aspectos.

No se puede hablar de autonomía y autovalencia por separado, sino de una persona que integra ambas dimensiones en su actuar.

Además, cuando se habla de autonomía en el derecho, se observa que el concepto requiere de una validación social, dado que se debe reconocer en ese otro, en esa otredad, una otredad equivalente de mí, y por tanto, se devela un valor paritario y ontológico consecuencia de la dignidad.

También se produce otra dificultad al momento de la regulación jurídica porque la vejez es sumamente heterogénea, a diferencia de otros grupos etarios como -por ejemplo- los niños. Ellos generalmente requieren satisfacer necesidades más homogéneas: cariño, educación, abrigo, vivienda. En la medida que el ser humano crece adquiere una identidad biográfica cada vez más peculiar, lo que hace que los mayores requieran satisfacer necesidades “diferentes”. Esto es difícil porque el derecho tiende a regular para todos por igual, tiende a estandarizar. El derecho es universal e institucional, por tanto, generar posibilidades y satisfacción de distintas necesidades -incluidas las jurídicas- es un desafío que está pendiente.

Se debe destacar que la Convención Interamericana de Derechos Humanos sobre las Personas Mayores (2015) reconoce por primera vez los conceptos de independencia y autonomía como derechos en sí mismos; y también comprende el derecho a tomar decisiones, a definir un plan de vida, a desarrollar una vida autónoma e independiente conforme a las tradiciones y creencias.

Ahora, esto supone un cambio de enfoques. En la tradición médica, se encuentran primero paradigmas biomédicos, después paradigmas de integración y, finalmente, paradigmas que hacen relación con la inclusión. Del modelo biomédico, bastante paternalista, se ha ido avanzando hacia modelos de integración pero no necesariamente a modelos de inclusión, que ponen el foco en la estructura social y en cómo se acoge a la diversidad.

La Convención en comento distingue, a propósito de la autonomía, algunos ejes como la dignidad, sistema integral de cuidados, buen trato y regula la autonomía también a propósito de la seguridad. Se incluye expresamente el sistema integral de cuidados, lo que es relevante para una reflexión ética y jurídica.

La persona mayor tiene el derecho irrenunciable a manifestar su consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud, lo dice expresamente la Convención. Así, la negación de este derecho constituye una forma de vulneración de los derechos humanos de la persona mayor, es decir, cuando se habla del reconocimiento del

derecho a la autonomía en el ámbito del derecho sanitario, se pone el foco en la toma de decisiones en ámbito sanitario.

En Chile existe la Ley N° 20.584 sobre derechos y deberes que tienen las personas en relación a las acciones vinculadas a su atención en salud, que regula el consentimiento informado en general y el consentimiento informado de las personas que tienen discapacidad mental en particular, no abarcando específicamente el consentimiento en las personas mayores autovalentes y autónomas. ¿Qué pasa con la autonomía en la toma de decisión sanitaria con un enfoque en los derechos? La autonomía es considerada la facultad de tomar decisiones sobre la propia vida, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando las de los demás. Esta definición la otorga la Declaración Universal de Derechos Humanos y Bioética de la Unesco, el año 2005. Como la autonomía es un elemento relacional, necesariamente se vincula con la responsabilidad, la que constituirá en definitiva un eje conductor.

Por otro lado, desde la autonomía se pasa al consentimiento. Jurídicamente, el consentimiento es el acuerdo de voluntades, es decir, existen dos autonomías que se vinculan. Y aquí se debe focalizar en el bien terapéutico posible. Quedan fuera lo que es la ética del deseo, por ejemplo, quedando fuera, también de las preferencias meramente arbitrarias de una persona al momento de someterse a un tratamiento médico.

Se debe considerar que la sola racionalidad no determina la toma de decisiones. Cuando se habla desde una dimensión gerontológica, se entiende que la toma de decisiones requiere información cognitiva, emocional y motivacional. El entendimiento entre equipos sanitarios y paciente es un proceso que genera gran dificultad y desgaste de energía, como lo han expresado la neurociencia y la psicología experimental.

Muchas veces el concepto de capacidad o de competencia en la toma de decisiones clínicas aparece como un concepto delimitado y al contrario, la gran dificultad que existe es que precisamente no está delimitado. Cuesta mucho definir cuándo un paciente es o no competente, y necesitamos que tenga capacidad para entender, recordar, manejar la información y que, además, tenga la libertad de elegir. No existe un umbral absoluto entre competencia e incompetencia, no hay test eficaces y validados que nos pudiesen dar una solución automática.

Ante esta circunstancia, ¿qué es lo que se hace en el ámbito clí-

nico en ausencia de dichos instrumentos? Se toman consideraciones generales de la legislación referente a los derechos del paciente, tanto en Chile como en otras legislaciones. En este sentido el criterio aplicado es que existe presunción de capacidad para consentir desde los 14 años y esta no varía, es decir, si puedo consentir a un “tratamiento médico” (entendiendo el término en sentido amplio), puedo consentir en los demás. Pero, como se ha anunciado, se necesita información cognitiva, emocional y también motivacional, por lo tanto, no todas las decisiones van a tener un mismo presupuesto o basamento al momento de ejecutarlas.

Otros aspectos que se deben tener presentes: primero, que la competencia depende siempre del tipo o complejidad de la decisión; segundo, que la competencia depende del grado de los deterioros cognitivos y debe ser evaluada; y tercero, que el grado requerido de capacidad es directamente proporcional al nivel de riesgo asociado a una decisión.

Es necesario considerar que la evaluación siempre es una tarea específica. La decisión tomada, aunque absurda, no constituye argumento para declarar la incompetencia. A veces una decisión parece fuera de lógica, pero es sumamente viable y, en el concepto de heterogeneidad que cruza el concepto de autonomía, se puede y debe estar abierto a ese tipo de decisión. Se evalúa el proceso de toma de decisiones y no necesariamente la elección.

Todavía, se pide el reconocimiento de la autonomía y en algunos casos, esto podría estar relacionado con la posibilidad de planificar anticipadamente decisiones de cuidado y tratamiento. La participación del afectado en estas decisiones influye positivamente en su estado de salud y las familias tienden a disminuir el estrés cuando han sabido abordarlas con anticipación. La planificación anticipatoria permite a las personas mayores relevar su autonomía, tengan o no competencia para tomar decisiones y, puede significar un apoyo al momento de decidir, también para el equipo sanitario. Esta planificación está definida en otras legislaciones como el proceso en el cual la persona y su entorno próximo reciben información adecuada, completa y oportuna, consintiendo y/o refulutando determinadas acciones para la elaboración de un plan de cuidados, considerando el futuro y la evolución de la enfermedad. Finalmente, la planificación anticipatoria se puede volver a revisar.

Existen distintas etapas en los tratamientos. En el caso de la demencia ocurre una etapa primaria donde el deterioro cognitivo no

es avanzado y se pueden tomar ciertas decisiones y conversar; en la segunda fase, la toma de decisiones es compartida con las personas de su entorno cercano; y en una tercera fase, la autonomía relacional permite respetar la voluntad de la persona manifestada en las fases anteriores y plasmada en la planificación anticipatoria de sus cuidados.

La planificación anticipatoria de los cuidados puede estar regulada por ley y además por la historia clínica. En algunas legislaciones se consideran en el historial clínico de los usuarios del servicio de salud para poder después respetar su voluntad. Reconocer lo que es la identidad biográfica.

Existen países con modelos de asistencia de la voluntad. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), prescribe que se tomarán medidas especiales para proteger los derechos e intereses de las personas que carecen de capacidad de ejercer su autonomía, por lo tanto, es un aspecto donde también deberíamos avanzar. En otros países se habla de personas con autonomía disminuida o personas privadas de autonomía, nunca de personas discapacitadas o con discapacidad mental, ni tampoco de personas incapaces jurídicamente, estas son tendencias al parecer, superadas.

¿Cuáles podrían ser los cimientos de una próxima regulación sobre capacidad jurídica, que considere una vinculación con la competencia para toma de decisiones en salud? Primero, la necesidad de regular la materia, incluyendo la toma de decisión compartida. Segundo, la solidaridad.

En la medida que la persona no puede tomar sus decisiones, habrá que generarle sistemas de apoyo. Finalmente, la proporcionalidad terapéutica en la toma de decisiones y la dificultad en cuanto a la complejidad de esa acción.

*Nota de la autora:*

*La presente ponencia se basa en aquella presentada en el Congreso organizado por Naciones Unidas y el Centro de Envejecimiento UC, de fecha octubre 2017, publicada en inglés bajo el título: "The right to autonomy and independence from the perspective of bioethics" pp.46-49, en International Conference: Human Rights of older persons & non discrimination, y presentada en enero 2018 en la Escuela Internacional de Verano sobre Envejecimiento de la Universidad de Chile. →*

## II.

### EL ENTORNO SOCIO-AMBIENTAL Y SU IMPACTO EN LAS PERSONAS MAYORES

---

#### **BARRERAS FÍSICAS Y RIESGOS EN ACTIVIDADES BÁSICAS PARA LOS ADULTOS MAYORES: UNA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LA VIDA EN VIVIENDAS ESTATALES EN CHILE**

*Por: Marcela Pizzi Kirschbaum,  
Ex decana y académica de la Facultad de Arquitectura y  
Urbanismo de la Universidad de Chile.*

#### **I. ENVEJECIMIENTO Y URBANIZACIÓN**

El envejecimiento de la población y su urbanización son dos tendencias que juntas caracterizarán la sociedad del siglo XXI, una transformación demográfica, en que tanto las ciudades como la proporción de personas mayores de 60 y más años, crecerán en tasas sin precedentes, en un proceso inevitable e irreversible.

Ambos fenómenos plantean desafíos en cuanto la provisión de ambientes seguros tanto en el espacio urbano como en las viviendas para personas mayores, que promuevan la autonomía, independencia, el envejecimiento activo y su integración en la sociedad, asegurando una adecuada calidad de vida para este grupo etario.

Asociado a lo anterior, las tasas de población urbana en América Latina hoy alcanzan el 80% de la población total y continuará creciendo para alcanzar el 89% al 2050, incluyendo en ella a las personas mayores que por su condición en este contexto, son mayormente vulnerables social, económica y culturalmente, y que vivirán en hábitats inadecuados.



Tradicionalmente el estudio y acciones referidas al proceso de envejecimiento han tenido una mirada medicalizada, focalizándose en acciones paliativas de las patologías y disminución natural de las capacidades que experimentan las personas mayores. Es decir, se ha priorizado un enfoque focalizado en los aspectos intrínsecos del envejecimiento, tanto físicos como mentales, que si bien son indispensables, deben ser acompañados con igual atención por los aspectos extrínsecos asociados al hábitat en el que nos desenvolvemos. El logro de una mejor calidad de vida y de un envejecimiento saludable, depende de ambas aproximaciones de modo complementario, dado que las acciones médicas preventivas en conjunto con las adecuaciones al medio construido disminuyen los riesgos de accidentabilidad, principalmente el número de caídas y la gravedad de sus consecuencias.

## **2. CAÍDAS Y ACCIDENTABILIDAD DE LAS PERSONAS MAYORES EN LA VIVIENDA Y SU ENTORNO**

La accidentabilidad de las personas mayores dentro o fuera del hogar, es un problema relevante a tratar, que se traduce principalmente en caídas (81%), afectando al menos un tercio de las personas mayores, debido a condiciones de diseño y/o mantención inadecuadas, existencia de barreras que no permiten un desplazamiento seguro o la realización de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) sin riesgos.

Conforme a Cartier (2002), las caídas definidas como cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad, están relacionadas con alteraciones de la marcha en las personas mayores, afectando su movilidad, dado que los cambios que experimenta la marcha con la edad, han sido reconocidos desde hace décadas. Constituye un factor representativo de la salud de los individuos y se modifica negativamente con la edad siendo el origen de caídas e incluso causa de muerte de muchas personas mayores.

Las caídas en las personas mayores generan efectos devastadores para los sistemas de salud y las familias, incrementando los ingresos hospitalarios por urgencias, las intervenciones quirúrgicas y tratamientos de rehabilitación, que conforme a las estimaciones poblacionales sin duda aumentarán. Si se conocen sus causas, los

factores predisponentes y sus consecuencias, pueden hacerse intervenciones que logren disminuir su frecuencia y la gravedad de sus efectos como son las fracturas, la incapacidad funcional y la dependencia.

La solución no consiste en incrementar la infraestructura de centros de atención hospitalaria sino en la generación de acciones de prevención, dado que la mayoría de los casos pueden evitarse, analizando y actuando sobre sus causas del medio ambiente construido que las generan. Nuestro entorno y sobre todo nuestras viviendas, deben ser diseñados y/o adaptados conforme a la evolución de la funcionalidad y las necesidades de las personas mayores, permitiendo su autonomía e independencia, constituyendo ello un derecho no solo para este grupo etario, sino que para todos.

### **3. CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA VIVIENDA Y SU ENTORNO URBANO PARA LAS PERSONAS MAYORES**

Para evaluar la calidad y seguridad del medio ambiente construido se han desarrollado modelos, como el ecológico implementado a fines de los '70, para intervenir en aquellas variables del medio ambiente que inciden directa o indirectamente sobre un individuo, en este caso, las personas mayores, permitiendo su adecuada adaptación al entorno.

Estas variables, se vinculan con los individuos en relaciones de mayor o menor influencia con su entorno, categorizándolo en "Macro", "Exo" y "Micro" sistemas. Entendemos los macrosistemas como aquellas condicionantes del entorno físico a nivel de las ciudades; los exosistemas referidos a las distintas tipologías de elementos que conforman un entorno urbano como las vías, edificios, espacios públicos o bocas de metro, por ejemplo, y los microsistemas a la individualización de las barreras urbanas presentes en la vivienda.

Estudios de referencia nos indican que luego de realizar adaptaciones, tanto en las viviendas de las personas mayores como el entorno urbano, es posible disminuir de manera relevante las caídas hasta en un 60% y con ello los costos de salud asociados. De igual modo en lo que se refiere al impacto en la calidad de vida, luego de la incorporación de adaptaciones, las personas mayores reportan un 89% de mejoramiento en dicho aspecto y un 65% en lo que se refiere al aumento de su independencia.

#### 4. LOS CONCEPTOS DE ACCESIBILIDAD Y MOVILIDAD

Conforme a Rovira-Beleta (2004), el concepto de accesibilidad es clave en este contexto, el cual se define como “la característica del urbanismo, la edificación, el transporte o los medios de comunicación que permite a cualquier persona su utilización y la máxima autonomía personal”. Esta es adecuada cuando pasa desapercibida y conlleva la supresión de barreras arquitectónicas, entendidas como aquellos impedimentos físicos que limitan la movilidad que podemos clasificar en barreras arquitectónicas urbanas; aquellas referidas a la edificaciones; las relacionadas con el transporte y las asociadas a la comunicación y la expresión y recepción de mensajes.

Siguiendo a Alonso (2002), un segundo concepto clave es el de movilidad entendiendo que en el siglo XXI habitamos un tejido urbano que ha sufrido una degradación y saturación producto del crecimiento y complejidad de funciones que se han concentrado en ellas. Estos problemas de movilidad pueden clasificarse en tres grandes temas: mantención de los espacios urbanos y su mobiliario; ubicación y materialidad del espacio urbano y sus elementos incorporados; y la configuración estructural de los espacios urbanos o de la vivienda, es decir sus dimensiones.

A partir de la década de los '90, con el Programa de Atención Especial al Adulto Mayor del Estado de Chile, se atiende por primera vez la problemática de vivienda para este grupo etario.

Originalmente dirigido a personas mayores de 65 años, se amplía a aquellos sobre 60. Proporciona acceso en comodato o arrendamiento al 2% del total de la producción anual de viviendas del Servicio de Vivienda y Urbanismo (SERVIU) para adultos mayores que no disponen de solución habitacional alguna. La vivienda no considera condiciones especiales de diseño, y son pareadas en uno y dos pisos, en condominios o departamentos.

Un segundo programa, el de Condominios para Adultos Mayores de 1997, mejora y adecua las soluciones habitacionales sumando dos aspectos: limita las soluciones a una planta de aproximadamente 25 m<sup>2</sup> destinada a dos personas, espacio dotado de lavadero, calefón y terminación especial de baño, con ducha de teléfono, manillas de apoyo y extractores de aire. Adicionalmente mejora el entorno, dado que estas viviendas se agrupan en condominios con equipamientos comunitarios especiales como sala de uso múltiple,

box para uso médico, sala de espera y dos baños para uso público y para personas con movilidad reducida y área verde exterior.

El tercer programa es “Derecho a Techo” del 2007, destinado a adultos mayores valentes, semivalentes y postrados que requieren contar con atención especial, considerando no sólo una solución habitacional, sino cuidados especiales, en Convenio de Colaboración con el Servicio Nacional del Adulto Mayor SENAMA. Finalmente se agregan los Condominios de Viviendas Tuteladas para mayores autovalentes y Establecimientos de Larga Estadía, estos últimos para atender situaciones de adultos mayores no valentes, con dependencia leve, moderada y severa.

Las principales barreras y riesgos detectados al realizar las ABVD según casos representativos de cada uno de los programas, es que el principal problema es la “movilidad” producto de desniveles o existencia de un segundo piso en que el uso de la escalera es altamente riesgoso. A esto se suma la presencia de elementos obstaculizadores, la altura de elementos como por ejemplo los mecanismos de apertura de ventanas generando riesgos por alcance, la falta de barras de apoyo en ducha y para levantarse del WC, y la insuficiente existencia de enchufes.

En el caso del espacio urbano, es necesario observar, primero, las aceras y su correspondiente banda libre de paso, la altura libre de paso, los cambios de nivel; y segundo, los cruces, ámbito donde es preciso evaluar la existencia de barreras que puedan constituir riesgos de accidentabilidad para las personas mayores.

Los elementos determinantes que se distinguen para cada categoría corresponde -en el caso de las aceras- a una banda libre de paso considerando sus dimensiones y los elementos incorporados tales como el mobiliario, arbolado y los estacionamientos formales e informales, además de los pavimentos y la pendiente que pueda presentar. En el caso de la altura de paso, se incluye el arbolado y elementos adosados como por ejemplo los toldos. En el caso de los cambios de nivel se consideran los escalones y escaleras, incluyendo sus dimensiones de huella y contrahuella y las rampas, y la necesidad de pasamanos, su pendiente, y ancho. Finalmente en los cruces deben observarse los rebajes de soleras, la señalética, los vados enfrentados, las franjas podotáctiles y los semáforos.

Los elementos más determinantes de inaccesibilidad y riesgo de caídas en el espacio urbano en las aceras se refieren a la materialidad y condiciones de diseño de los pavimentos y la inexistencia

de una banda libre de paso con dimensiones adecuadas. También se considera la múltiple existencia de cámaras de registro de instalaciones ubicadas de manera randomizada, al igual que bolardos y grifos, arbolado sin alcorque, presencia de baches, resumideros en mal estado, inexistencia de asientos y rejillas mal colocadas. En los cruces, es habitual la inexistencia de vados, o en el caso de existir, éstos se encuentran mal diseñados o ubicados. En este ámbito se incluye también la inexistencia de franjas pododáctiles e inadecuada duración de los semáforos.

Los espacios urbanizados destinados a uso público deben ser susceptibles de constante mantenimiento y la gestión de éstos, lo que no ocurre en la medida requerida en nuestro país, no cumpliendo con las condiciones y requerimientos básicos de accesibilidad.

No existen suficientes estudios en el país referidos a la accidentabilidad de las personas mayores, particularmente en las condiciones del medio ambiente construido que las favorecen. Menos aún en lo referido a la identificación de barreras, las posibles adaptaciones a realizar y la consecuente normativa que impida la nueva generación de errores y la corrección de aquellos existentes. Ello es urgente y constituye una responsabilidad moral que debemos asumir con nuestras personas mayores de hoy y del futuro. →

## REFERENCIAS

- Alonso, F. (2002). "Libro Verde: La Accesibilidad en España. Diagnóstico y bases para un plan integral de supresión de barreras". IMSERSO, Madrid, España.
- Arriagada, C. (2004). "Chile, Un siglo de Política en Vivienda y Barrio, Ministerio de la Vivienda y Urbanismo", Editorial Pehuén, Santiago, Chile.
- Profenbrenner, U. (1979) "The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design Cambridge". MA: Harvard University Press.
- Cartier, L. (2002). "Caídas y alteraciones de la marcha en los adultos mayores". Revista Médica de Chile v. 130 n.3, Santiago mar. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-9887200200030014> Acceso 28/03/2014

- Gac, H. (2000). "Caídas en el Adulto Mayor". Boletín de la Escuela de Medicina, Pontificia U. Católica, 29:71-4
- González, G.; Marín, P. Pereira, G. (2001). "Características de las caídas en el adulto mayor que vive en la comunidad". Revista Médica de Chile v.129 n.9, Santiago set. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872001000900007> Acceso 25/03/2014
- Katz, S. (1983). "Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility and instrumental activities of daily living". Journal of the American Geriatrics Association, Vol 31, pp 721-7.
- Mesa P., Marcellan, T. (1997). "Factores de riesgos extrínsecos e intrínsecos". En: Grupo de trabajo de caídas de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, ed.
- MINVU (2006). "Guía de diseño de espacios residenciales para adultos mayores", Santiago, Chile.
- Rovira, E. (2004) "Libro Blanco de la Accesibilidad", Barcelona, España.
- Rubinstein, L., Robbins, A., Josephson, K., Schulman, R., Osterweill, D, (1990). "The value of assessing falls in an Elderly Population". Ann Intern Med; 113:308-16.
- SENAMA – INTA (2010). "V Estudio Nacional de dependencia de las Personas Mayores", Santiago, Chile.



---

## **TRANSFORMACIONES AMBIENTALES COMO FORMA DE PROMOCIÓN DEL BIENESTAR, SALUD Y CUIDADO DE ADULTOS MAYORES Y PERSONAS CON DEMENCIA**

*Por: Nancy Hodgson,  
Académica de la School of Nursing, Pennsylvania  
University - EE.UU.*

*Documento preparado en base a sus presentaciones en la Quinta  
Escuela Internacional de Verano sobre Envejecimiento.*

El hogar es un ambiente complejo compuesto de varios ámbitos, incluidos los entornos físicos, personales, sociales, culturales. El hogar puede entenderse como una comunidad, la cual tiene múltiples y diversos significados personales, historia y cultura. Esto afecta al funcionamiento diario tanto de las personas mayores de edad, con discapacidades, o enfermedades mentales, tanto como a los miembros de su familia.

Desde los años '80 se ha construido una vasta evidencia científica que respalda la Gerontología Ambiental (Aging in Place), la cual muestra que a los ancianos les gustaría vivir en su entorno familiar por el resto de sus vidas. Para los ancianos cada vez se transforma más un reto vivir en sus propios hogares y realizar sus actividades cotidianas: los hogares se les hacen más pequeños y poco amigables, por lo que terminan a menudo viviendo encerrados en sus propias habitaciones.

Para la gerontología ambiental, se hace necesario realizar modificaciones en el hogar con el objetivo de lidiar con ciertas limitantes obstaculizadoras y hacerlo más amigable para las personas mayores o con dificultades en la movilidad que presentan algún grado de dependencia. Para esto, existen principios universales que guían el diseño del hogar en función de las facultades de personas con movilidad limitada. Mejorar la calidad de vida interviniendo el entorno se le conoce como Fit Theory, y algunas de las modificaciones propuestas por medio de la evidencia científica son:

1. Acceso Visual: Los problemas de visión pueden acompañarse de ciertas mejoras prácticas en el hogar que ayuden a las personas de escasa visibilidad a desenvolverse. Algunos ejemplos de estas mejoras son el uso de letras más grandes,

- y el uso de distintos colores que ayuden a diferenciar las cosas.
2. Ambiente familiar: Las modificaciones en el hogar no deben ser disruptivas. Éstas deben ser amigables para las personas, logrando así que se sientan como en casa a pesar de las diversas adaptaciones.
  3. Seguridad: La preocupación por la seguridad del hogar para las personas no debe ser invasiva. No se necesitan señaléticas grandes, la seguridad no involucra el desarrollo de las personas.
  4. Uso de salas: Las personas deben saber que existen diferentes salas para diferentes funciones dentro del hogar, incrementando así la utilidad de los espacios. Debe existir la capacidad de reconocer para qué es cada cuarto, haciendo así al hogar un lugar más familiar.
  5. Muebles: Los distintos accesorios y muebles del hogar deben ser apropiados e inclusivos para personas mayores o con distintas capacidades. Un ejemplo de esto, son las sillas con apoyabrazos.
  6. Espacio exterior: Debe existir accesibilidad al exterior y áreas verdes, manteniendo la seguridad del exterior como tanto de los accesos. Existe evidencia que el acceso al exterior mejora el bienestar, aumenta la actividad física, facilita la movilidad y da espacio a la socialización.

El uso de los distintos espacios en el hogar también debe considerar cómo las personas se desenvuelven en estos. Existen cuestiones asociadas a la accesibilidad de cada uno de estos espacios que facilitan a las personas lidiar con su hogar, como rampas, formas de los marcos, puertas, pasamanos, manillas etc. Estas modificaciones también ayudan a las personas a tener acceso a actividades comunes, ya que la calidad de vida y la gerontología ambiental implica estar involucrado en el día a día y socializar con los demás.

Las mejores prácticas consisten en llevar la evidencia científica existente al hogar, las cuales constan principalmente en cambios en el ambiente, uso de colores, promoción de movilidad despejando espacios, reducción de riesgos, aire y ventilación, temperatura e iluminación.



Son elementos que promueven el bienestar en el hogar:

**Cocina:** En la cocina se pueden encontrar una serie de objetos que pueden representar amenazas a las personas, como lo son los elementos con filo u objetos calientes. En la cocina deben existir facilidades para alcanzar objetos, principalmente los que se encuentran en muebles en altura, así se busca prevenir accidentes. La facilidad en el acceso a la cocina también se puede acompañar por medio del etiquetado de los distintos elementos que permitan una fácil identificación de éstos. También es importante realizar ciertas modificaciones en el piso, los que -por lo general-, tienden a ser de materiales resbalosos.

**Baño:** El baño es uno de los ambientes más inseguros del hogar, debido a las superficies resbalosas, mojadas y húmedas. Debe contener pasamanos, manillas, espacios para silla de ruedas, superficies no resbalosas, además de buena iluminación. También ayuda el etiquetado de los distintos elementos. Como lugar frío, deben existir colores que contrasten con la temperatura, por ejemplo, el rojo y el naranja generan sensación de calor. Estas mejoras ayudan a crear el ambiente de un baño, especialmente para personas con demencia.

**Lavandería:** Debe existir un adecuado uso de espacios de los aparatos, con un fácil acceso. Al igual que en la cocina, debe existir una facilidad para encontrar objetos por medidas de seguridad, a lo que también ayuda el etiquetado. Además, debe existir una adecuada ventilación.

**Living:** Es el espacio de socialización y reunión familiar más importante. Por esto, se hace relevante que el tipo de piso y el espacio para la movilidad. También es importante el contraste de colores: se recomienda colores verdes ya que este se asocia con el exterior. Debe existir fácil accesos a otras salas y sobre todo al exterior.

**Comedor:** Cómo se equipa esta sala es importante para que se cree el ambiente de un comedor. Por ejemplo, mantener los platos y cubiertos ayuda a asociar la sala con comer. A esta asociación, también ayudan ciertos colores que puedan asociarse con la sensación de hambre y las ganas de sentarse a comer. También se hace importante las mesas circulares, ya que facilitan la socialización y además, no son peligrosas al no tener bordes que puedan dañar a una persona.

**Dormitorio:** El sueño es muy importante en personas adultas, por lo que es necesario eliminar las perturbaciones. Una adecuada iluminación o dormir en camas separadas, puede ayudar a no perturbar el sueño. Al igual que en otras salas, también es importante el almacenamiento y organización de los distintos elementos, como la ropa, las cuales deben estar en lugares accesibles.

Las ideas destinadas a hacer un hogar más amigable para sus residentes mayores también pueden aplicarse a personas que sufren enfermedades mentales asociadas a la vejez, como lo es la demencia. La importancia del entorno físico mejora la comunicación en la vida cotidiana al reducir el estrés y mejora las comunicaciones entre personas que padecen de demencia y sus cuidadores, apoyando así al desarrollo de sus relaciones significativas.

La *Enviromental Press Theory*, plantea que, ante una baja estimulación, las personas pueden pasar sus días haciendo nada, lo cual es depresivo para quienes padecen demencia. Por otra parte, una estimulación demasiado grande puede derivar en el estrés para las misma, ya que estas no entenderían que hacer o no. Sin embargo, existe un punto intermedio ideal entre la estimulación y el apoyo.

Sobre esto, también existe evidencia disponible y un conjunto de mejores prácticas destinadas a mejorar la calidad de vida de personas con demencia:

**Seguridad:** Adaptar los distintos pisos y suelos del hogar, ya sean sus entradas, niveles, texturas, ayuda a la reducción de riesgos y amenazas. Esto se puede complementar con la existencia de dispositivos de ayuda, como los pasamanos, manillas, barandas. Por otra parte, la ventilación y calidad del aire también es importante para la salud de las personas, y ayuda a prevenir accidentes.

**Ayuda a la orientación:** Es una tendencia en las personas con demencia que deambulan puedan reconocer una sala, ya que los humanos buscan nueva información y son capaces de asociar distintas cosas. Esta condición humana puede ser explotada para ayudar a las personas a ubicarse, por lo cual se hace importante la existencia en el hogar de señalizaciones, luces, puntos de referencia memorables, trayectos únicos a otras partes, y el contraste de colores.

**Mejora del sueño:** La luz solar, la actividad y el ruido afectan el sueño de las personas. Exponer durante el día a las personas a la luz solar puede ayudar a que realicen el contraste con la noche, de esta forma, el cerebro es capaz de asociar la noche con la hora de dormir.

**Reducir comportamientos disruptivos:** El tamaño y ambientación de la habitación son factores disruptivos para las personas con demencia. Se recomienda habitaciones pequeñas y sin muchas distracciones. También se hace necesario mantener la privacidad de estas personas, especialmente en el caso de los cuidadores. Se recomienda que no estén en la misma habitación.

**Calidad de vida:** Es importante la inclusión de las personas con demencia. La rutina basada en la preferencia, la familiarización y la socialización reducen el aislamiento y promueven un compromiso significativo con una actividad.

Las señales ambientales son importantes para mantener la dignidad de las personas, ya que estas ayudan a que las personas con demencia sepan qué esperar de su hogar y reduce la estimulación distractora, poniendo a las personas con demencia en una “situación de éxito”.

En base a lo anterior, se hace necesario eliminar las distracciones para ayudar a estas personas a lidiar mejor con su hogar. Es por esto que se prefieren ambientes pequeños e iluminados, caminos señalados y objetos del día a día etiquetados.

También se ha demostrado científicamente que los patrones complejos (como los pueden ser en las alfombras, piso, ropa de cama, etc.) no ayudan a las personas con demencia, ya que esta complejidad tiende a confundir a las personas. Lo anterior, se puede apoyar utilizando el contraste de colores, que ayuden a las personas a distinguir una cosa de otra. También se deben eliminar distracciones u otros elementos que sirven para confundir más a las personas, por ejemplo, se recomienda que la ropa esté ordenada y no tener más de dos opciones al momento de elegir. →

## REFERENCIAS

- Brush, J., Sanford, J., Fleder, H., Bruce, C., & Calkins, M. (2011). "Evaluating and modifying the communication environment for people with Dementia". *Perspectives on Gerontology*, 16(2), 32-40.
- Chaudhury, H., & Cooke, H. (2014). "Design matters in dementia care: The role of the physical environment in dementia care settings". *Excellence in dementia care*, 144-158.
- Chaudhury, H., Cooke, H. A., Cowie, H., & Razaghi, L. (2017). "The Influence of the Physical Environment on Residents With Dementia in Long-Term Care Settings: A Review of the Empirical Literature". *The Gerontologist*, gnw259.
- Marquardt, G., & Schmieg, P. (2009). "Dementia-friendly architecture: environments that facilitate wayfinding in nursing homes". *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 24(4), 333-340.
- Van Hoof, J., Rutten, P. G., Struck, C., Huisman, E. R., & Kort, H. S. (2015). "The integrated and evidence-based design of healthcare environments". *Architectural Engineering and Design Management*, 11(4), 243-263.



---

## **PERCEPCIONES DE PERSONAS MAYORES SOBRE SU DESEMPEÑO EN EL USO DE TRANSPORTE PÚBLICO EN SANTIAGO DE CHILE**

*Por: Jean Gajardo Jauregui,  
Académico del Departamento de Terapia Ocupacional y  
Ciencia de la Ocupación de la Facultad de Medicina de la  
Universidad de Chile.*

El uso satisfactorio del transporte urbano es un componente esencial para una vida integrada en la comunidad, el ejercicio de la autonomía, y el cuidado de la salud mental de personas mayores. Se ha referido que las y los adultos mayores con frecuencia se perciben con mayor vulnerabilidad frente a la configuración de los sistemas de transporte, y con frecuencia deben cesar su uso por factores de capacidad personal en interacción con los que no son diseñados considerando sus necesidades.

Los cambios fisiológicos y contextos socioeconómicos relacionables con el envejecimiento individual pueden impactar en la capacidad de una persona mayor para usar el transporte, pudiendo dificultarse, generándose la necesidad de desarrollar estrategias para su optimización.

En nuestro país, según el Estudio Nacional de la Dependencia en Personas Mayores en Chile, una de las actividades en las que las estas personas reportan alguna dificultad con mayor frecuencia es el poder ir a otros lugares sin compañía. Cerca del 20,9% de los sujetos refirió necesitar a lo menos ayuda de un tercero para poder ir a otros lugares (11,1% necesita ayuda, y un 9,8% refiere no poder hacerlo sin ella). Dicho estudio no vincula de forma directa el uso de transporte como principal forma de movilización a otros lugares por parte de las personas mayores. No obstante esta actividad ha sido señalada como el elemento más importante para la promoción de participación en las mismas.

Es en vista de esta evidencia que se recomienda que la planificación de los sistemas de transporte incorpore información sobre la perspectiva de las personas mayores usuarias, indagando sobre el acceso, la aceptabilidad, la utilidad, las necesidades y deseos personales, para una mayor eficacia y seguridad del sistema en su conjunto.

Debido a la importancia de conocer la experiencia usuaria como insumo para la toma de decisiones y monitoreo de calidad en el

diseño e implementación de sistemas complejos como el transporte urbano, se desarrolló una investigación con el propósito de conocer la percepción de un grupo de personas mayores sobre su desempeño en el uso del transporte público en Santiago de Chile, durante el año 2012. El estudio se basó en entrevistas y análisis cualitativo que incluyó 10 participantes, 4 hombres y 6 mujeres, con un promedio etario de 77 años (68 a 88 años). La aproximación al constructo central de la investigación se basó en el Modelo de Competencia y Presión Ambiental de Lawton, según se muestra en la Figura 1.

**Figura 1:** Modelo de competencia y presión ambiental aplicado al uso de transporte. Fuente: Elaboración propia.



A partir del estudio cualitativo realizado, fueron generados cuatro temas principales que describen la percepción de las personas mayores participantes sobre su desempeño en el uso de transporte público.

### **TEMA I: FUNCIÓN DEL TRANSPORTE**

Los participantes utilizaban el transporte público para asistir a actividades sociales junto a familiares, amigos y/o instancias comunitarias, así como para realizar compras. Otros lo utilizaban como medio de movilización para pagar cuentas o cobrar sus pensiones, permitiéndoles desplazarse fuera de su barrio y comuna. Por ende, el uso del transporte público tenía una función vital para satisfacción de necesidades sociales, económicas, y de auto-mantenimiento.

## **TEMA II: ADAPTACIONES PREPARATORIAS**

Las personas mayores realizan preparaciones para tener una mejor experiencia en el uso de transporte, por ejemplo:

- Conocer a cabalidad las rutas frecuentes, estudiarlas previamente y evitar modificarlas, con el objetivo de no llegar a la improvisación que pudiese llevar a error o riesgo.
- Consultar a conocidos, familiares y/o funcionarios directos de los distintos dispositivos bus/metro.
- Desarrollar planos, rutas, o mapas propios para preparar el viaje.
- Preferir horarios de bajo tráfico.
- Tener más de una tarjeta para pagar el transporte.
- Pedir ayuda física por dificultades en movilidad y acceso, en especial al subir y descender de los buses.

De este modo, debe resaltarse que las personas desarrollan estrategias para un desempeño más satisfactorio y seguro, las que pueden resultar efectivas o inefectivas.

## **TEMA III: INFLUENCIA DEL AMBIENTE**

El ambiente físico emergió como un importante determinante del desempeño. La movilidad y acceso a los buses fue un tema de interés para los participantes como un elemento que dificultaba su acceso y desenvolvimiento. Por ejemplo, la configuración física de los buses y la velocidad de conducción en general se vinculó con incomodidad e inseguridad y temor a caídas.

El ambiente social, es decir, las actitudes y características del resto de los usuarios del sistema, emergió también como un tema relevante para el desempeño. En el uso de buses los participantes percibían que recibían ayuda por parte de terceros, y de modo global expresaron opiniones positivas en relación con la disposición tanto de conductores como del resto de los usuarios, para ayudarles en caso de requerirlo.

#### TEMA IV: SIGNIFICADO DEL TRANSPORTE, POTENCIADOR DE AUTONOMÍA

Las personas entrevistadas destacaron el valor personal que tenía el uso de transporte público. Un aspecto del significado se relaciona con la relevancia otorgada a la percepción de autovalencia como base para seguir utilizando el sistema de transporte, y de este modo mantener en vigencia su participación independiente en actividades significativas que los autodefine. Al respecto uno de los participantes refirió:

*“...si uso el transporte estoy vigente, sigo siendo yo mismo. Con eso le respondo...”*

El uso de transporte público es entonces considerado como indicador de autonomía y de continuidad biográfica.

Los participantes refirieron la relevancia que el uso del transporte público tenía en su participación social. Reconocieron que algunas características del sistema, al no considerar la diversidad de capacidades funcionales que el grupo etario puede llegar a tener, colabora con la marginación de personas que se encuentran en un mayor estado de dependencia:

*“...si los buses fueran de mejor manera hechos, de mejor calidad, podría decirlo más cómodo para la gente, sobre todo para los adultos mayores porque, es que como que nos han dejado fuera (...). Se están olvidando de nosotros, y si llego a usar bastón tal vez ya no las tome, me da cosa, ¿me entiendes?, pero mientras tanto, todavía sirven, pero no para todos, y por el resto de las señoras ahí me da pena, porque quedan, todas quedaron afuera, todas quedaron afuera...”*

#### CONCLUSIÓN

El uso de transporte público es una herramienta fundamental para el bienestar de las personas mayores. Pueden identificarse factores objetivos y otros factores relacionales que influyen en la experiencia de personas mayores en el uso del transporte en la ciudad de Santiago.

Así, en un contexto global de creciente aislamiento social y autopercepción de soledad en personas mayores, la principal estrategia de promoción consiste en diseñar, implementar, y monitorear los sistemas de transporte considerando la experiencia usuaria real como fuente central de información para toma de decisiones. ➔

## REFERENCIAS

- Broome K., McKenna K., Fleming J., Worrall L. (2009). "Bus use and older people: A literature review applying the Person-Environment-Occupation model in macro practice". *Scand J Occup Ther* [Internet] 16(1):3-12. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/11038120802326222>
- Broome K., Nalder E., Worrall L., Boldy D. (2010). "Age-friendly buses? A comparison of reported barriers and facilitators to bus use for younger and older adults". *Australas J Ageing* [Internet]. 29(1):33-8. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1741-6612.2009.00382.x>
- Gajardo J., Navarrete E., López C., Rodríguez J., Rojas A., et al. (2012). "Percepciones de personas mayores sobre su desempeño en el uso de transporte público en Santiago de Chile". *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*; 12(1):79-88.
- Gajardo J., Aravena JM. (2015). "Una escala para la valoración del desempeño en uso de transporte público en el adulto mayor: EVADUT-AM". *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*; 15(2):doi:10.5354/0719-5346.2015.38161.
- Lawton MP, Nahemow L. (1973). "Ecology and the aging process". En: Eisdorfer C, Lawton MP, editors. *The psychology of adult development and aging*. Washington, DC: American Psychological Association; pp. 619-74.
- Organización Mundial de la Salud (2015). "Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud" [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (2009). "Estudio nacional de la dependencia en personas mayores".
- Ramos M., Nazif, I. (2005). "Adultos mayores: su interacción con el sistema de transporte terrestre".
- Wretstrand A., Svensson H., Fristedt S., Falkmer T. (2010). "Older people and local public transit: Mobility effects of accessibility improvements in Sweden". *Transp L Use*. 2(2):49-65.

## **ENVEJECIMIENTO SALUDABLE: AUTOCUIDADO Y VITALIDAD DENTRO DEL HOGAR**

*Por: Alicia Villalobos,  
Académica del Departamento de Enfermería de la  
Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.*

Estamos ante a una nueva realidad: tenemos 4.470 mayores de 100 años en Chile, según el Censo 2017. Estas personas nunca pensaron en llegar a esta edad, y en la época en que nacieron, pensaban que tener muchos hijos era sinónimo de seguridad social futura. Sin embargo, la sociedad moderna es mucho más compleja y ya no sigue patrones de familiaridad como se hacía en antaño.

Es por ello que -considerando que la mirada del envejecimiento debe ser distinta, acorde a los nuevos tiempos-, proponemos un enfoque de ciclo vital. Esta perspectiva implica entender el envejecimiento saludable a partir de un análisis multifactorial, en donde se incorporan, por un lado, los factores intrínsecos como la genética, la educación, los estilos de vida, el trabajo, las enfermedades; y por otro, los factores extrínsecos, representados en la interacción con el entorno.

Este enfoque implica realizar cuidados de promoción de la salud y prevención de las enfermedades en todas las etapas de la vida, para llegar a la vejez en mejores condiciones para enfrentar los cambios propios del envejecimiento, asegurando la independencia y autonomía el mayor tiempo posible, previniendo así la dependencia.

Entendiendo la importancia del entorno y bajo este enfoque, es necesario que dentro del ciclo vital se adopten hábitos desde la primera infancia. Uno de ellos es la actividad física, que resulta ser el factor que más evidencia presenta en el impacto positivo que tiene para la calidad de la vejez.

En definitiva, el objetivo de este enfoque es abordar las variables multifacéticas del envejecimiento en cambio continuo.

Por otra parte se hace más que necesario que los nuevos profesionales indistintamente de su acervo disciplinar, incorporen el enfoque de ciclo vital. Para lograr esto, las carreras deben incorporar dentro de sus mallas curriculares ramos pertinentes; todo esto, en miras a construir una nueva comunidad que sea amable con la edad.



Pero, ¿cuáles son las características de una comunidad así? Las sociedades, en primer lugar, deben privilegiar espacios agradables al aire libre, los cuales deben ser seguros y físicamente accesibles. En cuanto a las viviendas, éstas deben ser diseñadas en función de las necesidades de las personas mayores, por lo que deben ser seguras y asequibles. Respecto al espacio urbano propiamente tal, las calles deben estar bien mantenidas, diseñadas y accesibles, el transporte público asequible y accesible, y los barrios seguros.

Pero no solo eso. Las comunidades deben contar con servicios de salud y comunitarios de apoyo, con oportunidades para participar como voluntario en actividades cívicas y de empleo adecuadas, con información de fácil acceso y comprensión, y con espacios e instancias que favorezcan a las relaciones intergeneracionales.

Dentro de todas estas dimensiones planteadas, nos detendremos en la vivienda. Las viviendas representan el espacio en donde las personas crean su propio ambiente y desarrollan sus relaciones interpersonales más cercanas, por lo que deben garantizar su autonomía, seguridad, comodidad e independencia, entendiendo que las condiciones de la vivienda pueden constituir factores de riesgo o, por el contrario, convertirse en agente positivo para la salud de sus residentes. ➔

## III.

### HACIA POLÍTICAS PÚBLICAS QUE MEJOREN EL ENTORNO EN QUE ENVEJECEMOS

---

#### SENAMA Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTECCIÓN PARA EL ADULTO MAYOR: UNA MIRADA A ESCALA TERRITORIAL

*Por: Gladys González Álvarez,  
Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA).*

#### CHILE YA ENVEJECIÓ.

El número de personas de 60 y más años se ha duplicado en las últimas dos décadas, alcanzando hoy aproximadamente los 2.6 millones de personas mayores, equivalente al 16,2% de la población total, según el Censo 2017. Este aumento acelerado en número y proporción de personas mayores, sumado al “envejecimiento de la vejez”, es decir un crecimiento acelerado del grupo etario de 80 años y más –grupo que pasó de 210 mil personas en el 1998 a 470 mil en 2018– son algunos de los elementos que marcan el envejecimiento poblacional por el que atraviesa el país.

Si además de lo anterior consideramos que los chilenos que nacen hoy esperan vivir en promedio hasta los 80 años -esto es 25 años más que los chilenos que nacieron entre 1950-1955, actuales adultos mayores–, y que además, debido a la disminución de la tasa de natalidad, se proyecta que en el año 2025 las personas mayores superarán a las menores de 15 años, entonces nos encontramos con un escenario de envejecimiento poblacional ya instalado.

Si bien la mayor parte de las personas mayores en Chile son autovalentes, es decir, pueden desarrollar sus actividades de la vida diaria sin ayuda de otra persona, en la sociedad existe una imagen negativa de la vejez, la cual se retroalimenta a partir de la información emitida por los medios de comunicación. Por este motivo no es extraño que 3 de cada 4 chilenos tienen la percepción de que las





personas mayores no pueden valerse por sí mismas, siendo que la realidad es que 85,6% de las personas mayores son autovalentes, situación inversa a la percibida por los chilenos.

El acelerado envejecimiento de la población de nuestro país, nos impone un importante desafío que debemos asumir de forma urgente. Esta realidad nos lleva necesariamente a cambiar la mirada que, como sociedad, tenemos sobre las personas mayores.

Como Estado tenemos el deber de respetar y garantizar los derechos que se encuentran especificados en la Convención Interamericana sobre Protección de Derechos Humanos de las Personas Mayores, recientemente ratificada. Por lo tanto, nuestra tarea es garantizar el ejercicio efectivo de los derechos que se consagran en la misma. Sin embargo, el avance respecto a la elaboración de políticas públicas, leyes o programas que reflejen en mayor medida el cumplimiento de estos derechos es un proceso gradual, y muchas veces más lento de lo que la población requiere.

El SENAMA tiene como misión promover la creación de servicios sociales destinados a las personas mayores. Así, como se ha avanzado en generar programas dirigidos a la participación de las personas mayores (Escuela de Dirigentes, Fondo Nacional del Adulto Mayor, Envejecimiento Activo, Asesores Seniors, entre otros), también se han generado servicios sociales más especializados tales como los establecimientos de larga estadía, centros diurnos, programas de cuidados domiciliarios, condominios de viviendas tuteladas y subsidio para establecimientos de larga estadía. No obstante lo anterior, las coberturas aún no son significativas, cubriendo aproximadamente el 1% de las demanda por servicios de cuidado y asistencia.

Dentro de lo que ha generado SENAMA destacan la creación de espacios de participación, como clubes, organizaciones y federaciones para adultos mayores. También se ha ido avanzando en materia de discriminación, por medio de la implementación de la Ley 20.013 y la Ley 20.427, tipificándose de esta forma el maltrato contra adultos mayores.

Por otra parte se han implementado diversas acciones de prevención y campañas de sensibilización, en especial contra el maltrato de las personas mayores.

También, se ha creado el Sistema Nacional de Apoyo y Cuidado, instancia que articula y busca ser la puerta de entrada para los que requieren cuidados en el ámbito local. Sin embargo falta mucho



por avanzar, ya que se ha llegado solo a 22 comunas. Por otra parte, desde el Ministerio de Salud se ha avanzado en la implementación paulatina del Plan Nacional de Demencia. Ambas instancias buscan apoyar a la persona mayor y a su red.

En transporte, Metro amplió los beneficios hacia la tarjeta a los adultos mayores, como resultado de la presión desde los movimientos sociales; y se han establecido ciertos subsidios y descuentos al transporte en regiones y en zonas rurales.

A modo de conclusión, es posible dar cuenta que para avanzar en materia de envejecimiento, debe existir coordinación entre los distintos órganos de la administración del Estado, además de existir un trabajo en conjunto con la sociedad civil. Es necesario estimular la creación de más programas para personas mayores en los espacios locales, ya que estos deben tener preocupaciones más complejas que las ya abordadas por medio de los clubes, por ejemplo. Para esto se requiere avanzar en un enfoque de desarrollo general de envejecimiento y de vejez, donde se pueda construir una sociedad para todas las edades. Se necesita un país donde la dignidad esté en el centro, especialmente por el respeto que merecen las personas mayores por sus contribuciones pasadas, presentes y futuras a la sociedad. ➔

CUADERNILLOS ●

Nº1

SERIE

ENVEJECIMIENTO

---

## **LA EXPERIENCIA JAPONESA EN CONSTRUCCIÓN PARA LA POBLACIÓN EN ENVEJECIMIENTO**

*Por: Satoshi Kose,  
Académico de la Shizouka University  
of Art and Culture - Japón*

*Documento preparado en base a sus presentaciones en la  
Quinta Escuela Internacional de Verano sobre Envejecimiento.*

Japón ha sido precursor en instituciones para adultos mayores, lo que es fruto de un proceso de concientización de la sociedad sobre el envejecimiento de su población. En 1950, un 5% de la población japonesa era mayor de 65 años, sin embargo, las proyecciones indican que para 2050 esta será de más de un 35%.

Las capacidades de las personas tienden a deteriorarse a medida que se avanza en edad y el rápido envejecimiento de la población requiere la preparación de viviendas que se adapten a los años posteriores. Este proceso, y la experiencia japonesa, parten de la premisa que las personas no pueden ser excluidas de la sociedad mientras ésta pueda acomodarse a los adultos mayores.

El inicio de las instituciones japonesas en materia de edificación se remontan a fines de la Segunda Guerra Mundial, cuando se hace necesaria la construcción de hogares en forma rápida, mientras que las personas debían ser capaces de trabajar y reconstruir sus propios hogares. En 1951 se dicta la Building Standard Law (BSL), la cual estableció una serie de regulaciones técnicas a la construcción, sin embargo, recién en los programas quinquenales para la construcción, la vivienda para los ancianos fue una prioridad en el plan de 1991-1996.

### **DISEÑO DE EDIFICACIONES**

Actualmente, en Japón existen diversas normativas que controlan el diseño de edificaciones, de las cuales algunas son obligatorias y otras no obligatorias. Entre las principales se encuentran:

- Building Standard Law (BSL).
- Leyes especiales resultantes de la BSL.

- Ley de Conservación de Energía.
- Ley de Hogares para Adultos Mayores.
- Ley de Mejoramiento de los Hogares.
- Ley de Planificación de la Ciudad.
- Ley de Prevención de Incendios, etc.

Antes de la creación de la BSL, el control solo se regía sobre áreas urbanas y no en las rurales. La BSL vino a cambiar esta situación, y hasta la fecha tiene el objetivo de controlar la construcción, velando por la seguridad, salud, sanidad y valor de la propiedad. Esta es obligatoria y está ligada a los permisos de construcción, consistiendo en una serie de ordenanzas y reglamentos técnicos.

Fue a partir del año 2000 que esta normativa comenzó a basarse en el desempeño, aunque sus especificaciones permanecen. Sobre este cambio, existió una discusión sobre sus elementos obligatorios y sobre qué mantener y qué eliminar, donde se determinó que cierto grado de arbitrariedad en la normativa era necesaria.

#### **LEYES ESPECIALES RESULTANTES DE LA BSL**

De la BSL derivaron una serie de normativas especiales. La Ley de Conservación de Energía abarca no solo la construcción de vivienda, sino también a los edificios y está tutelada por el Ministerio de Economía, Comercio e Industria. Otra es la Ley de Accesibilidad, la cual también tiene reglamentos técnicos y estándares de construcción, sin embargo, aún no se ha logrado una buena coordinación con la norma ISO 21542, ya que los requisitos japoneses son diferentes de esta. Estas leyes fueron refundidas y actualmente está vigente la Ley de Ambiente Edificable Accesible, la cual sigue sin ser aplicable a todas las construcciones.

#### **NORMATIVA JAPONESA EN ACCESIBILIDAD**

Japón ha ido diseñando una serie de normativas en materia de accesibilidad. Las más importantes son:

- 1970's - Pautas de diseño por parte del gobierno local: Se establece transporte público para personas en silla de ruedas.

- 1980's - Pautas de los años ochenta por parte del gobierno central: Adaptación para la construcción y el transporte público en base a las recomendaciones de Naciones Unidas.
- 1987-1992 - El borrador de las Directrices de Diseño de Vivienda para la Sociedad en proceso de Envejecimiento: Tras su implementación, las hipotecas de viviendas subsidiadas por el gobierno ahora requieren las condiciones esenciales para ser elegibles para las tasas de interés preferenciales. La condición fue la elección entre durabilidad, diseño consciente de la energía, o el diseño para el envejecimiento. Se establecieron parámetros como la no existencia de niveles entre las distintas habitaciones, salas y baños, puertas por las cuales pudiera pasar una silla de ruedas, o barras y pasamanos en distintas partes del hogar, especialmente en las entradas donde las personas se quitan los zapatos o en los lugares donde se cambian de ropa. Estas directrices plantean una solución a problemas que no consideraba la Americans with Disabilities (ADA) de 1990 en Estados Unidos.
- 1994 - Ley de Construcción Accesible: Promueve edificios especiales para ser utilizados por personas mayores y personas con discapacidades físicas. Esta ley aplica a edificios públicos, por lo cual excluye las viviendas. Tampoco es obligatoria para edificios nuevos y aplica para edificios sobre 2000 m<sup>2</sup> y con dos niveles.
- 2000 - Ley de Transporte Accesible: Obligatoria para transportes nuevos y sugeridos para los más antiguos. Capacidad de transportar sobre 5000 personas por día.
- 2002 - Enmienda a la Ley de Construcción Accesible: Se hizo obligatoria para edificios regidos por la BSL. Incluye escuelas, oficinas, viviendas para personas mayores incluidas, pero no es obligatoria.
- 2006 - Ley de Ambiente Edificable Accesible: Surge mediante la fusión de la Ley de Conservación de Energía y la Ley de Construcción Accesible. Busca un acceso más "accesible" y satisfactorio. Incluye el requisito de acceso a las sillas de ruedas, hoteles incluidos.
- 2006 - Convención de Naciones Unidas de los Derechos de las Personas con Discapacidades.

El rápido envejecimiento es la principal causa para la implementación de estas normativas, sin embargo, no todas son obligatorias, por lo que se cree que los incentivos también pueden ayudar a su implementación.

Entre los principales incentivos para su implementación se puede encontrar la reducción de impuestos, la relación piso-volumen, y la certificación. Se cree que en algunos casos, esta última puede aumentar la rentabilidad de las constructoras, lo que significa ganancias para éstas y a la vez generar bienestar.

Estas normativas entienden la importancia de la accesibilidad en todos los aspectos de la vida, y por eso buscan facilitar la movilidad continua entre el lugar de inicio y el de destino. La accesibilidad requiere la existencia de un transporte más inclusivo, lo que aumenta su competitividad, y también requiere una mayor accesibilidad en edificios públicos y servicios privados, lo que atrae más visitantes y mayores ganancias. Sin embargo, si bien es no es difícil generar nuevas instalaciones, es difícil remodelar las ya existentes, ya que existen límites de capacidades por las restricciones físicas.

Por otra parte, en materia de vivienda, a pesar de la normativa existente, la construcción de este tipo de hogares se ha visto dificultada por parte del sector rentista, donde priman cuestiones de índole económica. Es por ello que la construcción de hogares está principalmente bajo responsabilidad del Estado, y guiado por los gobiernos locales. Sin embargo, persiste el problema de la escasez de este tipo de vivienda.

Para el año 2010, el gobierno japonés esperaba que un 50% de los edificios a gran escala tuvieran una mejora en su accesibilidad. Los resultados de la implementación de estas políticas han derivado en una mayor cantidad de personas en sillas de ruedas con bolsas de compras gracias a la existencia de ascensores y escaleras mecánicas. La accesibilidad de los negocios ha permitido que una mayor cantidad de gente pueda entrar a éstos y una mayor cantidad de personas en sillas de ruedas circule por la ciudad. Desde que se crearon estas normativas, se establecen principios universales de diseño y existen estándares mínimos para una vivienda planificada para todos sus miembros, y una ciudad con mayor accesibilidad. →

---

## REFLEXIONES E INTEGRACIÓN

*Por: Andrea Slachevsky Chonchol  
Directora alterna del Centro de Gerociencia, Salud  
Mental y Metabolismo (GERO)  
Coordinadora de la Clínica de Memoria y  
Neuropsiquiatría del Hospital del Salvador y Facultad  
de Medicina de la Universidad de Chile  
Académica de la Facultad de Medicina de la  
Universidad de Chile.*

Reflexionar en torno a la temática de esta escuela “¿Dónde envejecemos en Chile? Reflexiones transdisciplinarias en torno a movilidad, urbanismo, vivienda y trayectorias cotidianas de las personas mayores”, requiere un conocimiento sobre esta población en Chile.

Una de las principales características de la vejez es su heterogeneidad, ya que coexisten personas que envejecen en buenas condiciones de salud, otras que, habiendo perdido salud física, mantienen un buen ajuste psicosocial y, por cierto, las que padecen patologías severas que comprometen globalmente su calidad de vida, como los trastornos demenciantes.

Las demencias requieren respuestas que consideren las diferentes etapas de estos trastornos, que van desde la prevención a los cuidados de fin de vida. Estas respuestas, además, deben integrar el quehacer de multiactores y sectores, modelo que debe ser considerado para el desarrollo de políticas públicas para las enfermedades crónicas no transmisibles.

Comparado con la mayoría de los países europeos y de América del Norte, Chile presenta un envejecimiento acelerado, caracterizado por uno de los aumentos más acentuados de la esperanza de vida en las últimas décadas. El envejecimiento de la población de Chile está relacionado con la mejora de las condiciones de vida, pero también con los riesgos asociados a las desigualdades y una brecha en el desarrollo de prestaciones socio-sanitarias para los adultos mayores. En ese contexto, analizar las consecuencias de los trastornos demenciantes y cómo enfrentar los desafíos asociados requiere conocer el número de personas que viven con demencias y las proyecciones futuras, pero también la realidad socioeconómica de estas personas. Hablar solo en términos de números absolu-



tos sin considerar la heterogeneidad de las personas con demencias (PcD) y su entorno puede llevar a conclusiones erróneas.

Es por ello que resulta importante discutir por qué las demencias deben ser consideradas en cualquier reflexión sobre vejez y políticas públicas y cuáles son los desafíos para la implementación de políticas públicas para las demencias.

### **DEMENCIA EN CHILE Y ENVEJECIMIENTO: CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON DEMENCIAS Y SUS CUIDADORES**

Si bien las demencias no son exclusivas de los mayores de 65 años, su principal factor de riesgo es el envejecimiento. Las cifras son elocuentes: el porcentaje de mayores de 65 años se incrementará a nivel mundial de 10,52% en el 2017 a 20,17% en el 2050, y en Chile de 13,63% en el 2017 a 29,88% en el 2050. En el caso de los mayores de 80 años el porcentaje pasará de 3,63% en 2017 a 8,69% en el 2050 a nivel mundial y de 5,09% a 16,99% en Chile.

En este contexto, la demencia tipo Alzheimer y otras demencias han emergido como uno de los principales trastornos de salud a nivel mundial. En la actualidad, unas 50 millones de personas en el mundo presentarían una demencia, entre ellos unos 200 mil chilenos. Esta cifra se duplicará cada 20 años, afectando en 2050 a 152 millones de personas en el mundo y a más de 600 mil chilenos, es decir, el 3% de nuestros conciudadanos. En Chile, en las últimas dos décadas, la cantidad de años de vida saludable perdidos por demencia se incrementó en un 200% y las muertes atribuidas a demencias aumentaron en un 526%. A esto se suma que, en la actualidad, las demencias son la principal causa de dependencia de los adultos mayores. Estos datos muestran que las demencias son las enfermedades causantes del mayor impacto en la calidad de vida de las personas.

El impacto de las demencias debe también considerar las necesidades de apoyo y cuidado de las PcD. Estas personas presentan un declive gradual de la autovalencia y de la capacidad de valerse por sí mismas, por lo que van a requerir el apoyo y cuidado de terceros. En Chile, el cuidado es entregado principalmente por cuidadores no remunerados o informales, mayoritariamente familiares y mujeres, que suelen realizar esta labor sin redes de apoyo significativas y sin capacitación. El estudio “Cuídeme”, realizado en Chile el 2012, mostró que 95% de los cuidadores son familiares, y que de éstos un 74,9% son mujeres. Del total, un 41,9% reportó tener que

cuidar de manera continua a la PcD, 62% tener sobrecarga severa, 46% trastornos de salud mental y un 34% disfunción familiar.

Los costos asociados a las demencias se desglosan en costo directo, que representan principalmente los gastos médicos (consultas, medicamentos y exámenes) y costos de gastos sociales (institucionalización, pago de cuidadores profesionales); y los costos indirectos, que representan la valorización monetaria de la horas de labores realizadas por los cuidadores informales.

En Chile, en una muestra de 330 cuidadores primarios informales, se encontró un costo mensual promedio por persona con demencia de aproximadamente 600 mil pesos chilenos. Los costos médicos directos representan el 21%, los costos sociales directos representan el 5%, mientras que los costos indirectos constituyen 74 % de la cifra total.

La distribución de costos sugiere que las PcD no están accediendo a adecuadas atenciones de salud y cuidado social. Por otra parte, el costo mensual promedio está inversamente relacionado con el nivel socioeconómico (NSE), siendo de 450 mil pesos chilenos en personas de alto NSE y de 660 mil pesos en personas de bajo NSE. Esta diferencia se atribuye principalmente al costo indirecto: los sectores de menor NSE dedican unas 387 horas mensuales al cuidado contra 200 horas en los sectores de NSE más alto. Es por ello que, en definitiva, las demencias se constituyen en un factor de inequidad: son más frecuentes en personas de bajo nivel educacional y por su alto costo, empobrecen a los segmentos más vulnerables de la población.

El estudio de las necesidades satisfechas e insatisfechas asociadas a una condición de salud constituye un buen indicador para conocer cómo las políticas públicas abordan una determinada condición de salud. Las principales necesidades insatisfechas de las PcD y sus cuidadores en Chile son la falta de información y educación sobre la enfermedad, asesoramiento y apoyo inadecuados, y la falta de actividades específicamente diseñadas para ellos y ellas.

Comparado con adultos mayores sin demencia, las PcD tienen más comorbilidades médicas y peor salud dental, y necesitan mayor asistencia para realizar las actividades diarias. Las PcD de sexo masculino, menor nivel educación, que cuentan con un menor número de cuidadores y con trastornos de la funcionalidad más severos, presentan más necesidades insatisfechas para realizar actividades de la vida diaria.

Otro elemento a considerar en el abordaje de esta perspectiva: los profesionales de salud en Chile reportan no contar con conocimientos suficientes para atender a PcD. En una encuesta aplicada a 799 profesionales, de los cuales un 37% eran médicos y 63% de otras profesiones de la salud (psicología, terapia ocupacional, fonoaudiología y enfermería), el 51% evaluó que su conocimiento sobre las demencias era insuficiente y 81% consideró que no se sentía preparado para atender a una persona con demencia.

El conjunto de estos indicadores muestra que las demencias cumplen todos los requisitos para ser consideradas una prioridad en materia de salud pública, que existen importantes brechas en la atención de salud y apoyo social hacia las demencias, y enfatizan la necesidad de mejorar la atención en ambas dimensiones. Es por ello que resulta relevante analizar la historia de las políticas públicas para las demencias en Chile y sus principales desafíos.

### **DEMENCIAS Y POLÍTICAS PÚBLICAS: ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y ESTADO DE DESARROLLO**

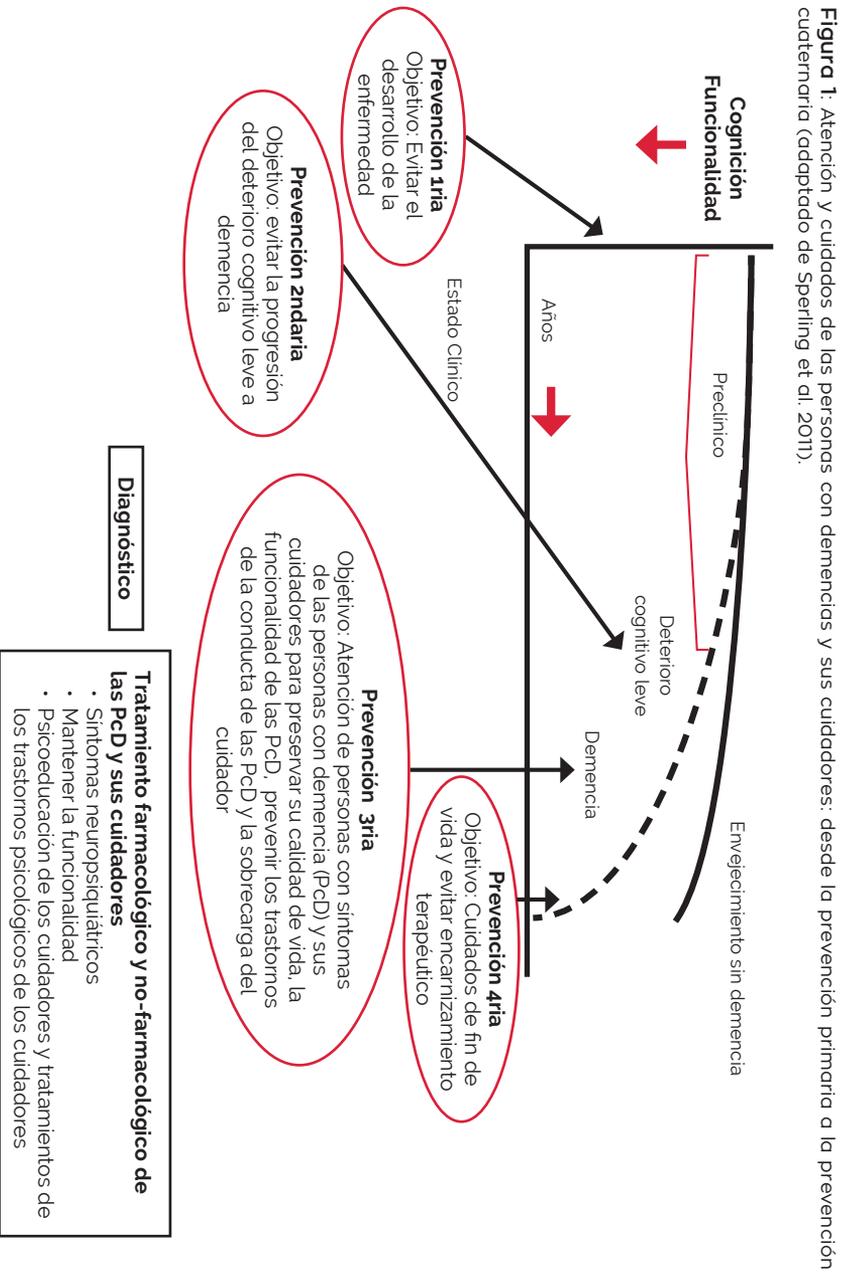
Las demencias como problemática de salud y social tenían escasa presencia en la agenda pública hasta el año 2012, momento en que dos hitos contribuyeron a posicionar a las demencias en la agenda pública: la conjunción de campañas de concientización -lideradas por la Corporación Profesional de Alzheimer y otras demencias (Coprada)-, y la creación, en el 2013, del primer centro público de día para personas con Alzheimer, el centro Kintun, iniciativa de un grupo de profesionales en colaboración con el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) y la Municipalidad de Peñalolén.

Ambas instancias visibilizaron la carencia de políticas públicas para las demencias. Estas iniciativas contribuyeron a evidenciar la necesidad de impulsar en Chile un Plan Nacional de Demencia, recogiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Internacional de Alzheimer (ADI), quienes solicitaron a los gobiernos declarar a las demencias una prioridad de salud y desarrollar planes nacionales. En 2017, el Ministerio de Salud, en colaboración con sociedades científicas, organizaciones civiles y la academia, generó el Plan Nacional de Demencia, una propuesta de una política pública integral para éstas.

Es lícito preguntarse por qué las políticas públicas para las de-

mencias deben articularse en torno a planes nacionales. La atención y los cuidados óptimos para las PcP, sus cuidadores y su entorno próximo deben considerar desde la prevención primaria a los cuidados de fin de vida (ver figura 1) y articular las atenciones de salud con los apoyos y cuidados sociales, la formación de recursos humanos, la investigación y la inclusión social de las PcD. Por lo tanto, las políticas públicas para las demencias deben ser de carácter multisectoriales, coordinando el desarrollo de programas de diversos actores y servicios para poder aportar respuestas adecuadas a las múltiples necesidades de las personas con demencias. En base a lo anterior, los planes nacionales constituyen la mejor alternativa para promover las múltiples acciones necesarias para mitigar el impacto de las demencias en la sociedad y mejorar la calidad de vida de quienes viven con demencia y su entorno.



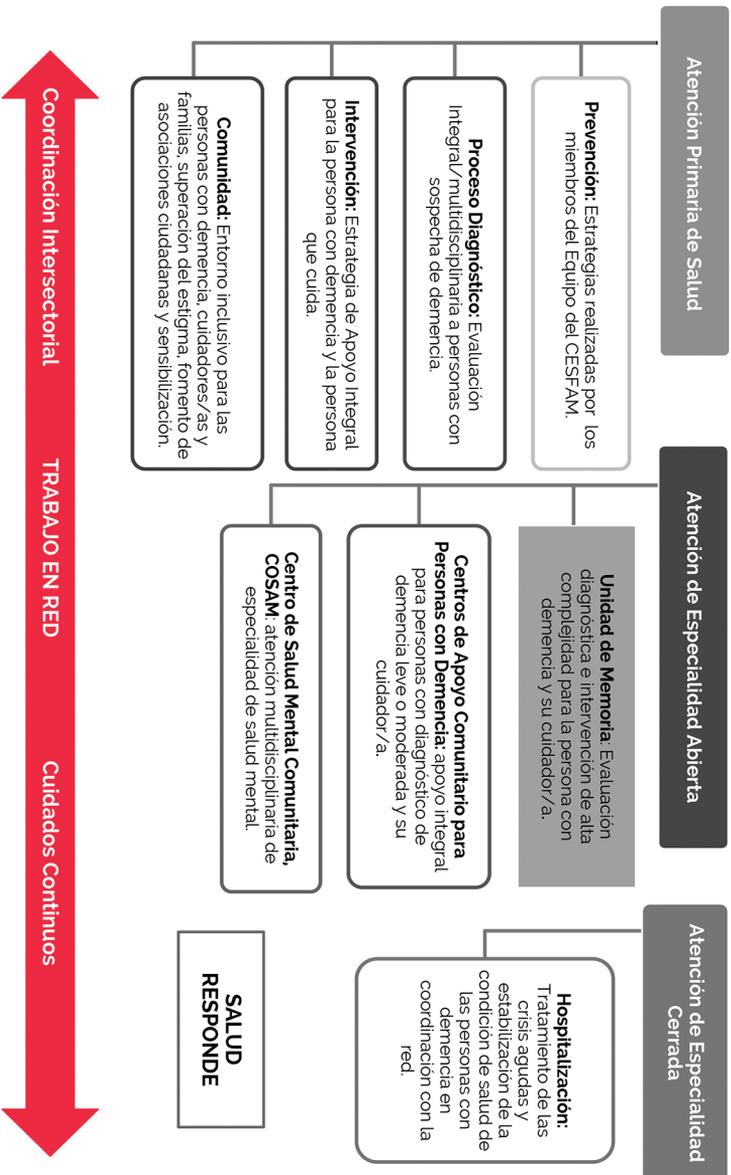


El Plan Nacional de Demencia impulsado por el MINSAL se elaboró considerando las recomendaciones internacionales y la organización en red del sistema de salud pública, e inició su implementación en el 2017 con la puesta en marcha de programas de atención para las demencias en la atención primaria de salud (APS) y de Unidades de Memoria en la atención de especialidad en tres servicios de salud, la construcción de diez centros de día comunitarios, un programa de seguimiento mediante la plataforma Salud Responde, y de un programa de capacitación liderado por el MINSAL (ver figura 2).

El Plan propone también fortalecer la infraestructura hospitalaria para poder hospitalizar a PcD que lo requieran, mejoras en los sistemas de apoyo social, la investigación, sensibilización de la comunidad para propiciar la solidaridad, un trato digno de las PcD y su inclusión social, la actualización de la legislación considerando las particularidades de las demencias e impulsar una reflexión ética en torno a estas temáticas.



Figura 2: Dispositivos del Plan Nacional de Demencias (Elaboración propia).



Las Unidades de Memoria son un dispositivo nuevo en la atención abierta de especialidad neurológica, cuya creación responde a las necesidades de atención multidisciplinaria de las PcD y sus cuidadores.

### **DEMENCIAS Y ATENCIÓN DE SALUD: LAS UNIDADES DE MEMORIA**

Las Unidades de Memoria surgen en los años '70 a nivel mundial como estructuras idóneas para atender a PcD por medio de equipos multidisciplinarios. Se definen como una estructura de salud especializada en la evaluación diagnóstica y tratamiento de personas con sospecha de trastornos cognitivos y demenciantes.

En Chile, las Unidades de Memoria se instalaron en los servicios de neurología, porque es una especialidad existente en todos los servicios de salud, y porque las demencias no son exclusivas de las personas de edad. Están constituidas por un equipo multidisciplinario de profesionales médicos y no médicos, especializado en los trastornos demenciantes: neurología y otras especialidades de la medicina según la realidad y necesidades locales de los servicios de salud (psiquiatría, geriatría, y/o medicina familiar), enfermería, neuropsicología, terapia ocupacional, psicología clínica, fonoaudiología y trabajo social.

Estas unidades trabajan en red con los otros dispositivos de atención de la red de salud pública. El ingreso de pacientes a las Unidades de Memoria se realiza mediante derivación de los centros de la APS, centros de día para PcP, centros de salud mental (COSAM), y otros servicios de atención de especialidad abierta y cerrada (como pacientes hospitalizados).

Las principales atenciones de salud están orientadas al diagnóstico, tratamiento farmacológico y no-farmacológico, y seguimiento de PcD y sus cuidadores, que no pueden ser adecuadamente atendidos en los dispositivos de atención primaria ni en los centros de día para PcD, por el grado de complejidad diagnóstica o de los tratamientos.

Las atenciones de salud se organizan en programas: Diagnóstico, Anuncio y acompañamiento diagnóstico, Comunicación y Derivación, Biopsicosocial y Derivación Asistida. Además, las Unidades de Memoria ejercen un rol de capacitación y de consultorías en trastornos demenciantes, de investigación y de sensibilización de la comunidad.

El Plan Nacional de Demencia y la puesta en marcha de nuevos dispositivos de atención en el sistema de salud requiere implementar atenciones acordes a las necesidades de las PcD y acorde también a las características del sistema de salud chileno y a la escasa integración del sector sanitario y de apoyo social.

**Tabla 1: Desafíos y preguntas de investigación asociados a la implementación de las Unidades de Memoria**

| <b>DESAFIOS Y BRECHAS DE CONOCIMIENTO</b>   | <b>PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN</b>  |
|---|--|
| <p><b>PROBLEMA HETEROGENEIDAD</b></p> <p>1a ) NIVEL ORGANIZACIONAL<br/>El sistema de salud público está organizado en dispositivos de complejidad diferencial (atención primaria, secundaria y terciaria).</p> <p>1b ) A NIVEL DEL SUJETO<br/>Heterogeneidad de las personas con demencia, sus cuidadores y su entorno.</p> | <p><b>¿Cómo definir las intervenciones adecuadas considerando la heterogeneidad de los fenotipos clínicos de las PcD, el cuidador, y sus necesidades?</b></p> <p>Desafíos:</p> <p>¿Qué intervenciones para cuál día-da paciente – cuidador?</p> <p>¿En qué nivel del sistema de salud entregar la intervención?</p> <p>Definición de la función de las Unidades de Memoria</p> <p>¿Qué pacientes deben ser derivados a las Unidades de Memoria?</p> <p>¿Qué intervenciones deben implementarse en las Unidades de memoria?</p> <p>¿Qué sirve?</p> <p>Establecer una carta de navegación en el sistema de salud para las personas con demencias y sus cuidadores considerando su heterogeneidad, necesidades y las capacidades instaladas en los diferentes niveles del sistema de salud.</p> |

**2) DESAFÍO ORGANIZACIONAL Y DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN**

**¿Cómo optimizar la navegación en la red de salud?**

Desafíos:

¿Cómo sobrepasar la fragmentación de los cuidados y cómo integrar los cuidados sociosanitarios?

¿Cómo establecer comunicaciones efectivas en equipos multidisciplinares y entre diferentes niveles y dispositivos del sistema de salud?

¿Existe una oportunidad para las fichas clínicas electrónicas?

**3) DESAFÍO DE FINANCIAMIENTO**  
Financiamiento o productividad al acto.

**¿Cómo medir la productividad en equipos multidisciplinares y en la gestión de casos?**

Desafíos:

Establecer mecanismos de medición de la productividad complementarios a la productividad al acto (número de prestaciones), que consideren -por ejemplo- los tiempos de gestión y el trabajo multidisciplinario.

Establecer mecanismos de medición de la productividad tipo productividad al valor.

**4) DESAFÍO: BRECHAS EN CAPACITACIÓN EN EQUIPOS DE SALUD**

Baja preparación de equipos de salud de la atención primaria y de especialidad.

**¿Cómo capacitar en demencias?**

Desafíos:

¿Cuál es la mejor estrategia para construir “capacidad en demencias” en los equipos de salud?

¿Cómo transferir conocimientos de las Unidades de Memoria a la atención primaria?

## 5) DESAFÍO: INVESTIGACIÓN

### **¿Cómo hacer investigación en el sistema de salud público, cuya principal misión es asistencial?**

Desafío:

¿Cómo convencer que la evaluación de los programas del Plan es esencial para poder implementar intervenciones útiles y evitar la dilapidación de recursos?

¿Cómo convencer que la inversión en investigación clínica es un requisito para mejorar la gestión de los recursos?

¿Cómo medir el impacto de las atenciones de salud en enfermedades crónicas, de naturaleza progresiva, y caracterizadas por un declive progresivo de las capacidades cognitivas y de la autovalencia de las personas?

## 6) DESAFÍO: ÉTICA

### **¿El marco legal actualmente imperante en Chile es adecuado para los desafíos éticos asociados a las demencias?**

Desafíos:

¿La ley de deberes y derechos de los pacientes constituye un mecanismo de protección para las PcD o de discriminación al limitar su participación en investigación científica?

¿Una ética cuya principal énfasis es la autonomía de las personas es adecuada para los dilemas éticos asociados a las demencias?

¿Es necesario promover valores éticos alternativos a la autonomía como la ética de la vulnerabilidad?

## CONCLUSIÓN

Los trastornos demenciantes son uno de los principales trastornos de salud de las personas mayores por su impacto, proyecciones futuras y por sus brechas aún muy importantes en las políticas públicas para las demencias, que han sido abordadas en el Plan Nacional de Demencia impulsado por el MINSAL.

Uno de los desafíos en esta materia es el desarrollo de una política pública que contribuya a mejorar la calidad de vida de las PcD y su entorno, realizada, impulsada y mantenida con la mejor evidencia científica disponible, la cual debe partir de una doble constatación. Por una parte, es necesario reconocer el fracaso actual del modelo médico curativo para las demencias, debido a que no existen al día de hoy fármacos que reviertan o detengan las enfermedades causantes. Por ello, las atenciones de salud deben buscar mejorar la calidad de vida de las PcD y su entorno durante el curso de la enfermedad.

Por otra parte, es necesario reconocer una brecha de conocimiento: no solo no disponemos de medicamentos curativos, sino que también debemos generar más conocimientos para implementar atenciones con mayor evidencia, y con ello, con mayor efectividad.

Así, los desafíos son múltiples y no sólo quedan relegados a las políticas públicas macro, sino que también es necesario observar y apuntar a quienes las implementan y quienes las reciben. En esta misma línea, otro de los puntos a abordar es la urgencia de una concientización de la sociedad respecto a las demencias. La difusión de sus impactos y características es crucial para derribar tabúes y mitos que sólo entorpecen el abordaje integral de una realidad social que hoy no podemos dejar de lado. →

## REFERENCIAS

- Custodio, N., Wheelock, A., Thumala, D., and Slachevsky, A. (2017). "Dementia in Latin America: Epidemiological Evidence and Implications for Public Policy". *Front Aging Neurosci*, 2017. 9: p. 221.
- Dartigues, J.F., Helmer, C., Dubois, B., Duyckaerts, C., Laurent, B., Pasquier, F., and Touchon, J. (2002). "Alzheimer's disease: a public health problem: yes, but a priority?". *Rev Neurol (Paris)*. 158(3): p. 311-5.
- Gonzalez, F., Massad, C., Lavanderos, F., Albala, C., Sánchez, H., Fuentes, A., Lera, L., Cea, X., Salas, X., Bravo, D., et al. (2009). "Encuesta nacional de dependencia de las personas mayores. SENAMA, Santiago.
- Hojman, D.A., Duarte, F., Ruiz-Tagle, J., Budnich, M., Delgado, C., and Slachevsky, A. (2017). "The cost of dementia in an unequal country: The case of Chile". *PLoS One*, 2017. 12(3): p. e0172204.
- Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S.G., Huntley, J., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., et al. (2017). "Dementia prevention, intervention, and care". *Lancet*, 2017. 390(10113): p. 2673-2734.
- Lozano, R., Naghavi, M., Foreman, K., Lim, S., Shibuya, K., Aboyans, V., Abraham, J., Adair, T., Aggarwal, R., Ahn, S.Y., et al., (2012). "Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010". *Lancet*. 380(9859): p. 2095-128.
- MINSAL (2017). Plan Nacional de Demencias. Chile: Santiago. Murray, C.J., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A.D., Michaud, C., Ezzati, M., Shibuya, K., Salomon, J.A., Abdalla, S., et al., Disabilityadjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 2012. 380(9859): p. 2197-223.
- Olavarría, L., Mardones, C., Delgado, C., and Slachevsky, A. (2016). "Chilean Health Professionals Perception of Knowledge about Dementia". *Revista Medica de Chile*, 2016. 144(10): p. 1365-1368.
- Parra, M.A., Baez, S., Allegri, R., Nitrini, R., Lopera, F., Slachevsky, A., Custodio, N., Lira, D., Pigué, O., Kumfor, F., et al. (2018), "Dementia in Latin America: Assessing the present and envisioning the future". *Neurology*.

- Russ, T.C., Murianni, L., Icaza, G., Slachevsky, A., and Starr, J.M. (2016). "Geographical variation in dementia mortality in Italy, New Zealand, and Chile: evidence for an effect of latitude and possible vitamin D." *Dement Geriatr Cogn Disord* 2016. 42: p. 31-41.
- Slachevsky, A., Budinich, M., Miranda-Castillo, C., Nunez-Huasaf, J., Silva, J.R., Munoz-Neira, C., Gloger, S., Jimenez, O., Martorell, B., and Delgado, C. (2013). "The CUIDEME Study: determinants of burden in Chilean primary caregivers of patients with dementia". *J Alzheimers Dis*, 2013. 35(2): p. 297-306.
- Slachevsky, A., Abusleme Lama, M., and Arenas Massa, A. (2016). "Cuidados paliativos en personas con demencia severa: reflexiones y desafíos. Palliative care of patients with severe dementia". *Revista Médica de Chile*. 144: p. 94-101.
- Slachevsky, A. and Gajardo, J. "Dementia care in Chile: making dementia an urgent matter for public health", in *Dementia Care: International Perspectives.*, A. Burns and Robertt, P., Editors. in press, MHS IDEAL book: London.
- Sperling, R.A., Aisen, P.S., Beckett, L.A., Bennett, D.A., Craft, S., Fagan, A.M., Iwatsubo, T., Jack, C.R., Jr., Kaye, J., Montine, T.J., et al. (2011). "Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease". *Alzheimers Dement*. 7(3): p. 280-92.
- Tapia Muñoz, T., Slachevsky, A., León-Campos, M.O., Madrid Orrego, M., Caqueo-Urizar, A., Rohde, G.C., and Miranda-Castillo, C. "Predictors of unmet needs in Chilean older people with dementia: a cross-sectional study". *BMC Geriatrics.*, in press.
- Thumala, D., Kennedy, B., Calvo, E., Gonzalez-Billault, C., Zitko, P., Lillo, P., Villagra, R., Ibáñez, A., Assar, R., Andrade, M., et al., (2017). "Aging and health policies in Chile: new agendas for research". *Health Systems & Reform*. 3(4): p. 253-260.
- United Nations, D.o.E.a.S.A., (2017) "Population Division, World population prospects: The 2017 revision", New York.
- Wright, J., Williams, R., and Wilkinson, J.R. (1998). "Development and importance of health needs assessment". *BMJ*. 316(7140): p.1310-3.
- Zhou, Y., Slachevsky, A., and Calvo, E. (2018). "Health Conditions and Unmet Needs for Assistance to Perform Activities of Daily Living among Older Adults with Dementia in a Developing

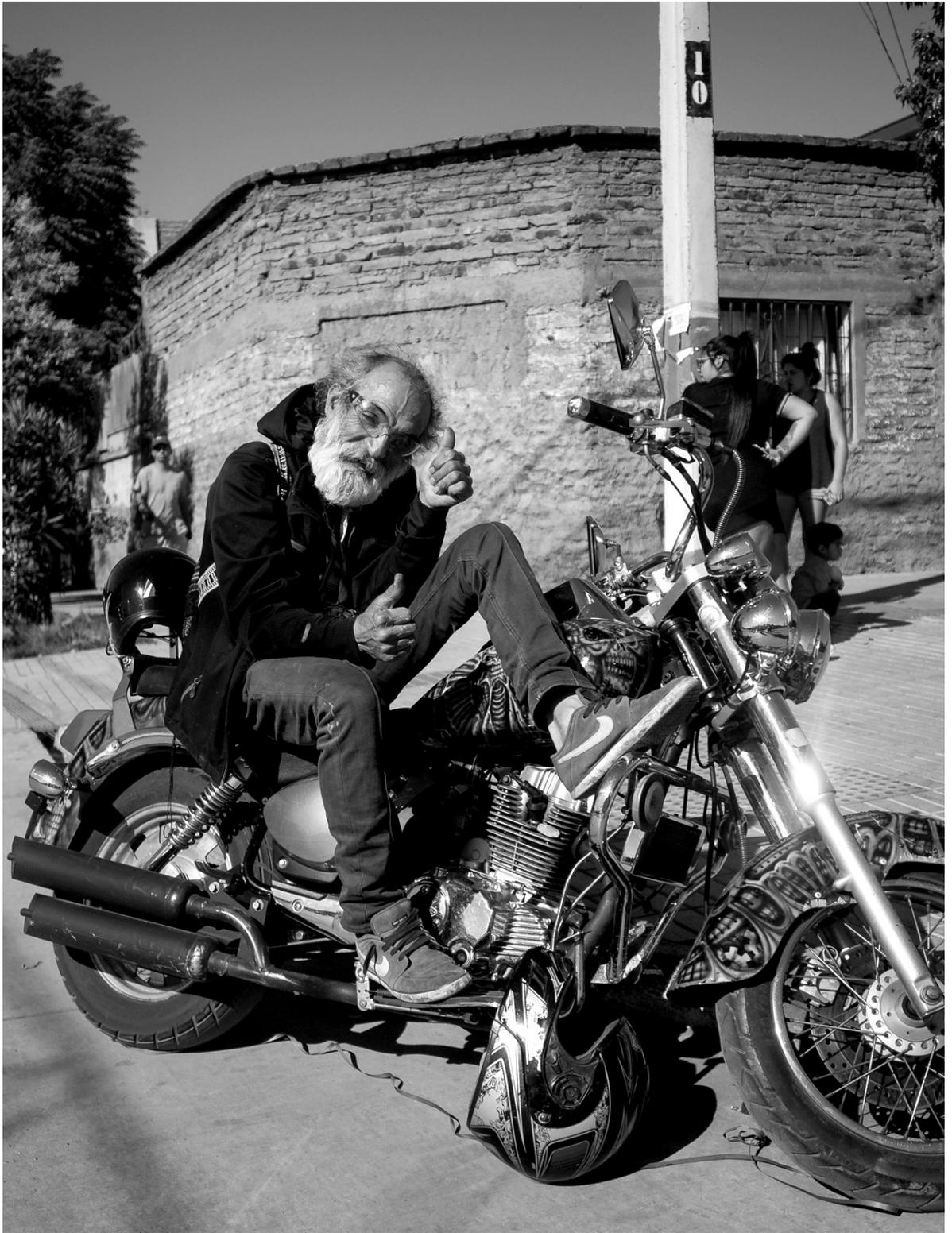


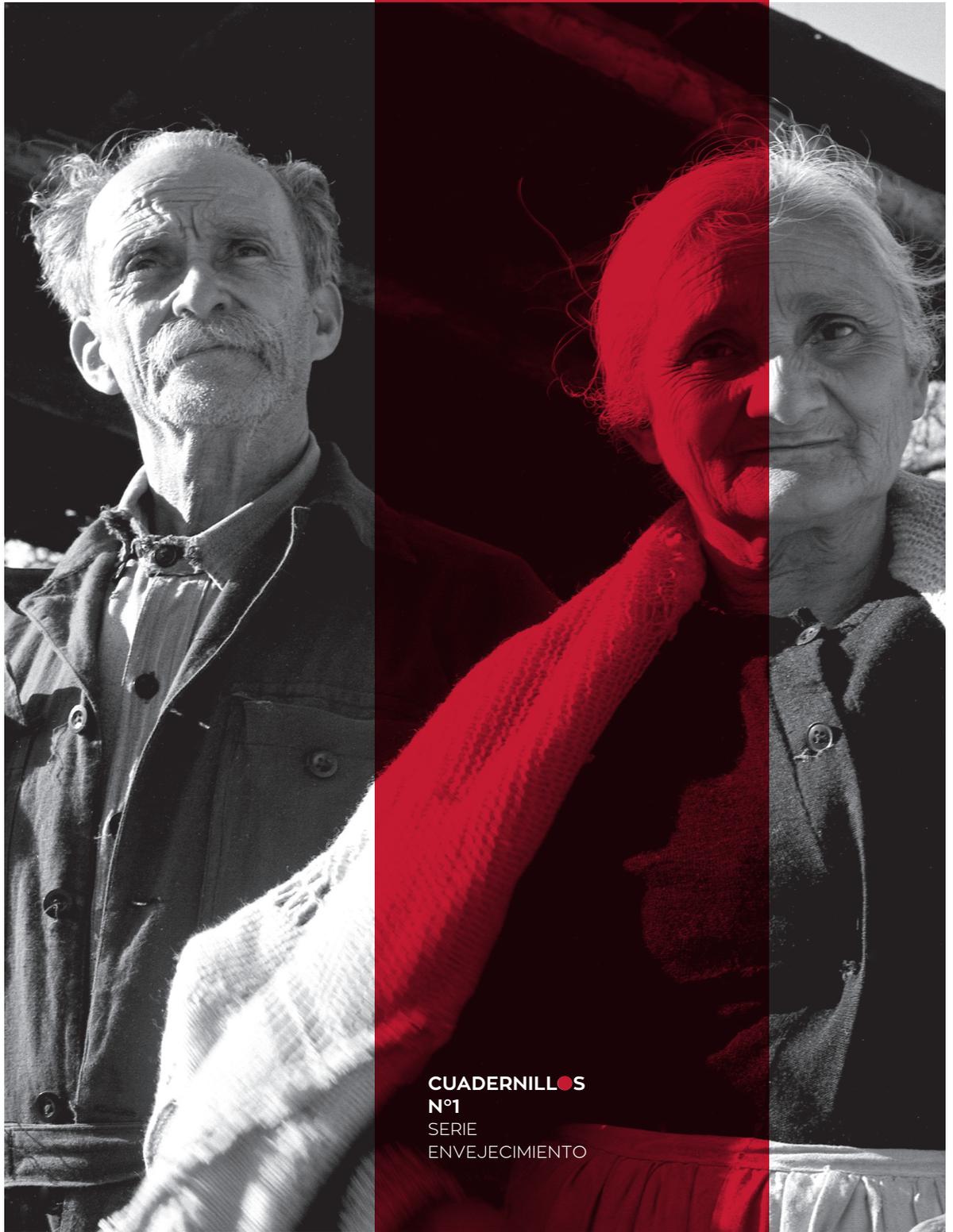
Country". *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 33(7):  
p. 964-971.

Gitlin, L. and Maslow, K., (2018). "National research summit on care, services, and supports for persons with dementia and their caregivers. Report to the national advisory council on Alzheimer's research, care, and services". U.S. Department of Health & Human Services: Washington, D.C.



**CUADERNILLOS**  
**Nº1**  
SERIE  
ENVEJECIMIENTO





CUADERNILLOS  
Nº1  
SERIE  
ENVEJECIMIENTO