

Controversias y desafíos en las Residencias de Larga Estadía

La vida es un riesgo inconsiderado que nosotros, los vivos, corremos.

Anne Dufourmantelle¹

Por Gustavo Ciappa. Licenciado en Sociología (USAL), Gerontólogo (FLACSO, ISALUD). Docente de posgrado en Universidad ISALUD, Universidad Maimónides, Fundación Barceló, SAGG, ISC. Desde 2012 es Director de Hogar San Martín, GCBA.

Las Residencias de Larga Estadía (RLE) no son una entidad fija y estable, por el contrario, son dinámicas y se transforman conjuntamente con los cambios sociales y sus requerimientos y demandas. En los últimos años también se ha transformado el modo de envejecer y la inserción de los mayores en el seno social, hechos que implican nuevos desafíos para el campo gerontológico.

Las instituciones no se adaptan con rapidez y fácilmente a los cambios, más bien los resisten y crean situaciones de desajuste con la realidad. Los recursos, prestaciones, problemas a resolver y concepciones quedan desfasados y rebalsados. Una de las tareas actuales es, reconociéndolas, proyectar las nuevas configuraciones para, de este modo, prever y proveer soluciones.

Estos desafíos, a la vez, están vinculados a cuestiones controversiales – y hasta dilemáticas - que no admiten una respuesta o abordaje único.

A continuación detallaremos algunos de estos retos con el propósito de instalarlos definitivamente en la agenda de las RLE y abrir el consecuente debate crítico.

Clasificación de usuarios

Los sistemas de clasificación desarrollados describen –o pretenden describir- el producto de la actividad institucional en base a una serie de características, previamente consensuadas, de la población atendida. Así, intentan ordenar y segmentar a las personas por alguno o algunos de sus atributos o propiedades.

¹ *Elogio del Riesgo*, Nocturna Editora / Paradiso Editores, Bs. As., 2019, p. 11.

En el sistema de salud son reconocidos el *triage* de clasificación y selección en urgencias, o la categorización hospitalaria de Grupos Asociados al Diagnóstico. En gerontología y RLE se han usado otros criterios para segmentar a la población de residentes, siempre con dos propósitos fundamentales: 1) reducir costos y asignar con más eficacia los recursos, y 2) brindar la prestación más apropiada a cada necesidad.

La clasificación más habitualmente usada: de “autoválidos”, “semidependientes” y “dependientes”, no posee indicadores apropiados ni estandarizados. Por tanto, no puede derivarse de ella una clasificación de usuarios operativa para establecer los tipos y criterios de actuación e intervención, y menos aún para determinar la carga horaria necesaria del personal de atención. La clasificación por grados de dependencia es inadecuada porque no tiene poder explicativo: no puede describir ni determinar tipo, frecuencia y duración de las actuaciones requeridas para atender una población heterogénea de las RLE. Aunque mejora sensiblemente cuando se la realiza a partir del índice de Barthel (Escala de Actividades Básicas de la Vida Diaria, AVDB), que divide en cuatro la población analizada: “independiente”, “discapacidad leve”, “discapacidad moderada” y “discapacidad grave”.

La experiencia y bibliografía actual señala clasificaciones más precisas, donde se contempla -además de la valoración funcional (escalas de las AVDB), las valoraciones cognitivas (MMSE)- y los factores de riesgo (ulceras por decúbito, sonda nasogástrica, sonda vesical, colostomía, pie diabético, cuidados postquirúrgicos, otras curaciones, etc.).

Con independencia de los criterios utilizados y otros aspectos técnicos, la clasificación de usuarios en el interior de las RLE provoca varias situaciones polémicas y negativas. En primer lugar, debe señalarse que la mayoría de los residentes no permanecen... estables en su estadía, ya que la propia dinámica del proceso de envejecimiento provoca transformaciones diversas. Personas independientes, pueden cambiar a dependientes; aquellas con enfermedades y limitadas en sus funciones pueden curarse y rehabilitarse; las ingresadas en procesos fragilizantes o dependizantes (incluso patologías psiquiátricas) pueden desenvolverse de modo diferente, por caso, aplanarse los síntomas y favorecer aspectos convivenciales.

Ahora bien, las preguntas que subyacen a este desafío son: ¿qué clasificaciones se adaptan mejor a las necesidades de la población institucionalizada y, desde luego, cómo aplicarlas con el tipo de RLE existentes?; cuando una persona ha vivido un extenso período de tiempo en una residencia o sala específica, ¿debería ser trasladada a otra residencia o sala por haber cambiado su estado en la clasificación de usuarios?; ¿es posible sostener a personas con distintas características y necesidades en un mismo espacio?; ¿qué recursos y criterios deben aplicarse para crear un sistema apropiado y con centro en la persona?; ¿cómo conservar vínculos, relaciones, ámbitos habituales y espacios conocidos ante un cambio de residencia o sala?

Sujeciones

La llamada *sujeción terapéutica* consiste en el empleo de sistemas de inmovilización mecánicos para el tórax, las muñecas, los tobillos, etc. Y debería aplicarse con discreción, garantía de seguridad y ser usado como último recurso. Al menos, esta es la definición aplicada en el sistema de salud, que asume por objeto:

- Inmovilizar al paciente de un modo total o parcial con el propósito de resguardar y garantizar su seguridad y la de los demás
- Evitar las consecuencias traumáticas derivadas de la sujeción, garantizando la protección de sus derechos
- Mantener la integridad física evitando los riesgos de la inmovilidad

Existe un elevado número de protocolos que prescriben cómo y cuándo deben realizarse las sujeciones.

Por otra parte, también debemos reconocer que coexisten con las sujeciones mecánicas las sujeciones farmacológicas. Estas se emplean para controlar la agitación psicomotriz y/o agresividad de un paciente mediante la utilización de los fármacos adecuados, prescritos por personal médico.

En las instituciones, y en las RLE en particular, se reconoce que, en el pasado, estas prácticas han sido reiteradas y abusivas. Las normas vigentes, establecen con bastante precisión las prescripciones y procedimientos que deben seguirse.

Desde el campo gerontológico se debate la conveniencia de eliminar toda sujeción mecánica y reemplazarla por múltiples intervenciones. En primer lugar

se prescribe agotar las intervenciones basadas en abordajes verbales, generar un espacio seguro y libre de obstáculos para mejorar la seguridad de las personas, “negociar” con la familia y otros actores cada caso en particular, y lo más significativo: desarrollar una perspectiva basada en la dignidad y derecho al riesgo de los residentes.

Para seguir reflexionando sobre el derecho al riesgo nos preguntamos: ¿es posible evitar toda sujeción? Y si no lo fuera: ¿cómo reducirlas al mínimo y compatibilizar una concepción de riesgo en tanto derecho y las normativas legales vigentes?

Para seguir reflexionando sobre el derecho al riesgo: ¿por qué Truman en *The Truman Show* (film de 1998)² eligió la incertidumbre y el riesgo de salir al mundo exterior, si en su hábitat estaba “todo resuelto”, sin riesgo alguno?

Cuidados paliativos y fin de la vida

Los objetivos de los cuidados paliativos se centran en mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares al enfrentarse a una enfermedad avanzada. Son un tipo de atención sociosanitaria que se presta al final de la vida. Para su abordaje se debe contar con un grupo interdisciplinario conformado por médico, psicólogo, enfermero, etc.

La perspectiva de los cuidados paliativos es de alivio y confort: se ayuda al paciente a vivir su último período, y a morir con el menor sufrimiento. Es lo que se considera una *muerte digna*, una *buena muerte* o una *muerte calma*.

En el sistema de salud y en la mayoría de los hospitales, este tipo de concepciones está desarrollada; por el contrario, en las RLE aún no se ha incluido significativamente. Son escasas las residencias para personas mayores que contemplen esta cuestión. Nos formulamos las siguientes preguntas: ¿qué motivos impiden desarrollar la perspectiva de cuidados paliativos en las RLE?; ¿qué recursos se requieren para instalar los cuidados paliativos en las residencias o transferirlos a otro ámbito?; siguiendo la filosofía del buen morir, ¿por qué no hacerlo en el ámbito conocido de la residencia y con las personas allegadas?

² *The Truman Show* (1998), film de Peter Weir escrito por Andrew Niccol.

Alimentación enteral en demencia avanzada

La alimentación enteral es aquella por la cual se administran los nutrientes directamente en el tracto gastrointestinal mediante sonda, y se utiliza ante la imposibilidad de deglución de la persona. Para ello existe más de una vía de acceso: las sondas nasogástricas que ingresan por la nariz y las sondas que se utilizan en gastrostomías, que ingresan por la piel al sistema digestivo.

Pero este recurso ha sido objetado en personas con demencia avanzada. La bibliografía preexistente y las revisiones sistemáticas mayoritariamente coinciden en que el uso de sonda nasogástrica está contraindicado cuando se padece tal enfermedad. Se señala entre otras desventajas que no mejora la nutrición, no evita la aspiración y genera malestar al paciente.

A pesar de estas evidencias, sigue siendo habitual la colocación de las sondas a residentes institucionalizados en RLE con demencia severa y en etapa terminal.

Podemos preguntarnos: ¿qué motivos existen para prolongar el uso de una intervención como esta?, ¿qué papel juegan aquí las consideraciones médicas? y ¿qué concepciones anteceden y moldean las ideas/creencias de los equipos interdisciplinarios?

Sexualidad

La primera cuestión problemática asociada a la sexualidad en las RAM está dada por la protección ante posibles abusos. La heterogeneidad y diversidad de estados de las personas residentes obliga a ser cautos y observadores de aquellos que están en inferioridad de condiciones psicofísicas para decidir autónomamente. El abuso en el ámbito institucional es potencialmente grave y está siempre latente. No solo el abuso sexual sino también el financiero, el psicológico, el maltrato. Ante esto se crean indicadores y acciones acordes para detectarlos, reducirlos y eliminarlos. Este abuso puede ser cometido por otro residente o por el personal.

Respecto al desenvolvimiento de la sexualidad y sexualidades, la perspectiva de abordaje debe ser confidencial, tendiente a facilitar, no exponer, no interferir. Es una tarea artesanal que algunos referentes desarrollan con prudencia en las residencias.

Salvo casos específicos la exhibición o exposición del acto sexual suele conducir bien a la inhibición y vergüenza bien a la impotencia. Hace años atrás en una residencia se destinó una habitación para su uso temporario para que parejas de residentes puedan intimar, se la llamó “el cuartito azul”. Ésta bien intencionada acción fracaso rápidamente ya que ningún residente deseaba exponer frente a la comunidad residencial sus conductas y relaciones sexuales. La sexualidad pertenece al ámbito íntimo de la persona. Los mecanismos que pretenden ordenarla y regularla están condenados al fracaso. La sexualidad humana es tan importante que nadie debería intentar administrarla.

En los hogares de residencia debemos considerar que los mecanismos por los que surgen y crecen el deseo y el erotismo rechazan todo método, técnica, prohibición o exhibición pública. Bataille (1960) en su célebre *El erotismo* afirmaba que toda prohibición está disponible para ser trasgredida y esta trasgresión es fundante del erotismo.

En las RLE para personas mayores prohibimos en apariencia y facilitamos en apariencias, toda acción directa mata al erotismo, desplaza toda seducción y constriñe la generación del deseo.

Pero... ¿cómo incluir la perspectiva de género en las RLE ante el abuso de mujeres mayores susceptibles al maltrato?, ¿cómo facilitar la consumación del acto sexual en un ambiente *goffmasiano*?, ¿cómo proteger sin vigilar y conculcar derechos y libertad personal? y ¿cómo incluir y respetar las diversidades de género?

Abordajes: distancia operativa vs. empatía

En todas aquellas profesiones donde el vínculo cara a cara con el sujeto de intervención es frecuente y necesario la bibliografía disponible sobre los abordajes es abundante. En gerontología, muy especialmente en las RLE, esta relación con la persona es indispensable y las residencias de mayores centran su problemática más asidua en lo referente al “cuidado”.

No obstante, el acervo de las disciplinas que moldean y aportan a la Gerontología, la construcción de abordajes apropiados es un tema problemático y atravesado por múltiples determinantes. En primer lugar debemos señalar que no basta con la capacitación del personal, especialmente el personal de atención directa, específicamente los asistentes gerontológicos

institucionales (AGI). El capacitarse es una condición necesaria pero no suficiente. El AGI sobrelleva un número de problemáticas no siempre visualizadas. En origen, ya su designación de “cuidador” establece su pertenencia etimológica *cogitatus* o sea; reflexión, pensamiento e interés que se pone en algo, en nuestro caso en la persona cuidada.

Es importante evaluar y seleccionar al personal de asistencia gerontológica considerando los múltiples prerequisites que conforman actitudes, predisposiciones y su historia personal con *las vejeces significativas*. Los aspirantes deben conocer y afrontar las dificultades posibles a que enfrentaran en su desempeño.

Ser empáticos en los abordajes sociales y gerontológicos es condición necesaria para comprender e interpretar al otro. Pero ese otro es un sujeto de intervención que requiere, además de la actitud empática, una serie de procedimientos, recursos y acciones en función de sus necesidades y problemática.

El sentimiento de proximidad y comprensión que manifiesta la persona o grupo empatizado, es un primer momento del proceso de abordaje. Esta actitud, necesaria para el diagnóstico y el encuadre, antecede al desarrollo de la intervención y del programa de acción en general.

Cuando la empatía es el único proceso realizado y se lo considera suficiente, cuando deja satisfecho al operador empático, pero no resuelve la base del problema, llamamos a esto “empatía compasiva”.

Empatizar con los pobres no resuelve, *per sé* la pobreza, solo empatizar con los alumnos no mejora el sistema educativo ni empatizar con los desocupados erradica el problema del desempleo. Podríamos seguir con más ejemplos, pero baste decir que además de obtener un abordaje empático y con distancia óptima, los residentes de una institución de larga estadía deben satisfacer necesidades funcionales, instrumentales, materiales, psicológicas y sociales diversas.

Judicialización

Cuando hablamos de judicialización hacemos referencia al inicio de un proceso por el cual se preservan y garantizan los derechos del residente. Los motivos que provocan la judicialización pueden ser muchos y distintos, al igual que su

evolución. En primer lugar, debe ser la RLE el ámbito de la protección de derechos del residente. Ante determinados casos la normativa de nuestro país nos otorga la vía judicial. Para tal fin, la persona puede acceder de modo privado o a través del Ministerio Público. La institución debe articular con los distintos sectores e instancias para coordinar acciones y aunar concepciones. Ante determinadas necesidades y déficit de los residentes, el Código Civil y Comercial brinda la posibilidad de medidas de apoyo previas a la sentencia judicial con el fin de promover la autonomía y favorecer las decisiones de la persona. Cuando este sistema de apoyos resulta ineficaz se apelará a la figura de la curatela, o sea, el representante del residente ante a la sentencia judicial de incapacidad. Así mismo, este veredicto será revisado cada tres años. En las RLE, los equipos actuantes deben poseer la formación y experiencia suficiente, no solo para informar sobre pérdidas de capacidades, sino también para detectar situaciones de abuso y maltrato.

Nos interrogamos: ¿están dadas las condiciones para desarrollar desde las RLE articulaciones con otros efectores con un vínculo simétrico y basado en principios de colaboración y resolución de problemas?; ¿los equipos interdisciplinarios de las residencias poseen las habilidades requeridas y la formación apropiada para desarrollar estas articulaciones institucionales?; ¿los distintos efectores están disponibles e informados para construir relaciones simétricas y de cooperación?; ¿se cumplen en las RLE las prescripciones de respetar las capacidades remanentes, garantizar el acceso al Ministerio Público y efectivizar los derechos de las residentes?; ¿cuáles son los obstáculos para acceder a la justicia y cómo resolverlos?

Psiquiátricos vs. Geriátricos

Otra situación que se presenta con frecuencia es la de los atributos asignados a las RLE basados en prejuicios y preconceptos. En el caso de las atribuciones positivas referidas a la internación prolongada en las RAM frente a las internaciones en instituciones psiquiátricas. Resulta curioso que en este caso – y solo en este- las residencias de adultos mayores gocen de mejor prensa tanto en la opinión pública como en los ámbitos intelectuales. Efectivamente, los prejuicios instalados operan con mayor vigor, profundidad y eficacia en las instituciones psiquiátricas que en las de personas mayores. Pero, aunque vasto

y complejo, su deconstrucción es más accesible. El *viejismo*³ maniobra sobre el sujeto viejo que está asociado a la obsolescencia, la incapacidad y la finitud. Pero el prejuicio sobre la “locura” posee el carácter del espanto: los enfermos mentales, los alienados, los locos son un cuerpo distópico.

Tanto el relato ficcional como el campo teórico, pero sobre todo la realidad, han contribuido a la construcción de los pensamientos antimanicomiales⁴ Mientras estas concepciones, su teoría y práctica desde los “60 y “70, aportaban un avance incuestionable en beneficio de las personas con trastornos psiquiátricos, a la par se desarrolló y afianzó un recreado prejuicio que estigmatiza, y aun criminaliza, a las instituciones dedicadas a su atención e internación. Es paradigmático el film “Atrapado sin salida” (1975)⁵, representativo de su época, pero cuya vigencia debería suscitar reflexiones y no promover prejuicios o críticas sin sustento en la realidad actual. La contraparte cinematográfica está representada por “La isla siniestra” (2010)⁶, tan modélica y controvertida como la anterior.

La fuerza de un pasado próximo y truculento ejerce su dominio implacable: aislamiento, castigo corporal, chaleco de fuerza, lobotomía, *electroshock*, mortificación, manipulación de la voluntad, en fin: la instalación de todos los miedos.

Por nuestra parte nos interrogamos: ¿cuáles deberían ser los dispositivos para dar la mejor atención a la población envejecida con patologías psiquiátricas?; ¿qué lugar ocupa, o debería ocupar, la RAM en el sistema de salud mental?; ¿es necesaria la creación de residencias de Adultos Mayores con patologías

³ El termino *viejismo* es la traducción de *Ageism* realizada por Leopoldo Salvarezza. Este lo define como: “el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los viejos, simplemente en función de su edad”. El desarrollo original y la introducción del término pertenece a Robert Butler.

⁴ Los referentes principales de las corrientes antimanicomiales, entre otros, son: *M. Foucault, R. Castells, E. Goffman, R.D. Laing, F. Basaglia, D. Cooper, T. Szasz*. En nuestro país podemos nombrar a *E. Pichon Riviere, A. Moffatt, A. Bauleo, C. Amarante y J. Pellegrini*.

⁵ “Atrapado sin salida” (1975), film de Milos Forman basado en la novela de Ken Kesey *One Flew Over the Cuckoo’s Nest* (1962).

⁶ “La Isla siniestra” (2010), film de Martin Scorsese basado en la novela de Dennis Lehane *Shutter Island* (2003).

psiquiátricas específicas (RAMP), o en una misma institución puede acogerse y tratarse estos casos?; y finalmente, ¿qué otros dispositivos se requerirían?

Inserción en la comunidad

Muchas veces se habla de la reincorporación de los residentes a la vida en la comunidad. Ésta es una tarea difícil y solo posible para un grupo pequeño y especial de personas. Ciertamente, estos egresos representan un porcentaje bajísimo de casos, sin duda menores al 1 %. En varias ocasiones obedecen a ingresos sustitutivos de otro servicio o prestación no disponible antes, o a ingresos indebidos o incorrectos.

Una concepción integral de la RLE pone un énfasis particular en el contexto regional en el cual se inserta. La comunidad y el barrio, son la zona de influencia recíproca entre la Residencia y los miembros de la colectividad, tanto individuos como instituciones. Los lazos e intercambios con el “mundo exterior” a la RLE deberían operar como redes y de este modo favorecer el desarrollo de actividades de mutuo conocimiento y colaboración.

¿Es posible el sostenimiento del adulto mayor solo y frágil en la comunidad, evitando así su institucionalización? He aquí un desafío para la gerontología y los sistemas socio-sanitarios. Limitémonos ahora a enumerar algunos de los objetivos que deberían obtenerse: 1) garantizar el cumplimiento de las AVDI (actividades instrumentales de la vida diaria). *Por ejemplo: las compras, la higiene de la vivienda, el pago de servicios, etc.*; 2) la adaptación de la vivienda garantizando la seguridad y funcionalidad de la misma. *Por ejemplo: la eliminación de barreras arquitectónicas, la modificación del baño, las adaptaciones en mobiliario y artefactos*; 3) la generación de medios de contactos directos y a distancia para mitigar los efectos de la soledad; 4) disponer de prestaciones múltiples y diversas. *Por ejemplo: médicas, de rehabilitación, psicológicas, etc.*; 5) crear un sistema de alarma ante contingencias y emergentes.

Distantes estamos de poder obtener una respuesta integral y satisfactoria, pero formular preguntas es indispensable para avanzar en esta cuestión: ¿qué acciones debe impulsar la RLE para mejorar su inserción en la comunidad?;

¿cómo este vínculo favorecería el sentido de pertenencia, tanto de la RLE con la comunidad, como ésta con la residencia?; ¿cómo minimizar conflictos y beneficiar las relaciones en red?; ¿se justifica desarrollar programas de reinserción a la comunidad o de externación institucional o se deben mejorar o transformar los criterios de ingreso desarrollando alternativas a la institucionalización?

Articulación en el sistema socio-sanitario

La integración de la RLE al conjunto de prestaciones del sistema socio-sanitario considerando su lugar en un esquema de cuidados progresivos, aún dista de ser la apropiada. No están definidos con precisión todos los problemas que la residencia de Persona Mayores resuelve, ni tampoco se conoce con exactitud los no resueltos aún. Seguramente, esto suscita construcciones imaginarias y atributos asignados sobre qué son y qué hacen las RLE.

Hace bastante tiempo se conceptualizaron algunos requerimientos del sistema de atención a las personas mayores, pero no se ha avanzado en su consecución. El déficit más evidente es el diagnóstico basado en estudios y relevamientos confiables, pues se trata de diseñar un sistema basado en evidencias, siempre probabilísticas y provisionarias pero necesarias.

Un sistema integral debe concebir a la RLE inmersa en una comunidad particular con necesidades específicas del grupo etario. Además, esta residencia debe articular con otros recursos socio-sanitarios, entre los que se destacan: el hospital general de agudos, las residencias con especialidad psiquiátrica, los servicios de atención domiciliaria, los centros de día, los sistemas de apoyo al cuidador informal, los centros de atención primaria, las comunidades de *cohousing* y viviendas asistidas, las asesorías tutelares y defensorías y las organizaciones de la sociedad civil.

Como se observa, el nivel de integralidad del sistema es amplio y complejo. Esto debe complementarse con una “perspectiva de envejecimiento” que sea transversal a otras cuestiones, áreas y sectores. Hay ya una perspectiva de género en gerontología, pero no es tan clara la de envejecimiento en la de género. Y, creemos debe haberla también en medio ambiente, accesibilidad, justicia, educación, etc.

Otros problemas son la fragmentación del sistema, las dificultades de accesibilidad, los obstáculos a la integración vertical y horizontal, entre otras ineficiencias. Entonces nos preguntamos: ¿existe una política pública integral para las Personas Mayores?, ¿cuál es el lugar que las RLE ocupan y cuál deberían ocupar?, ¿podemos mejorar la equidad, accesibilidad y eficiencia del sistema en donde la RLE es uno de los efectores?

Diversidad y perspectiva de género

Otro desafío para las RLE es la inclusión de integrantes de los grupos LGBTI+ que están envejeciendo y que tal vez requerirían institucionalización. Asimismo, las concepciones instaladas en las residencias comienzan a incorporar la perspectiva de género, mayormente a impulso de algunos agentes profesionales femeninos.

Amerita preguntarse: ¿está preparado todo el personal de las residencias para asistir a este grupo?, ¿podría afectarse los derechos de los residentes por el número de prejuicios sobreacumulados al *viejismo*?, ¿estos sectores sociales podrían integrarse a residencias mixtas o sería conveniente y anhelado por *elles* la creación de RLE específica?

Comités de Ética y Bioética

Muchos de los interrogantes formulados en este escrito no tienen una respuesta inequívoca. Casi todas las cuestiones poseen tanto fundamentos como opiniones distintas. Algunas, *incluso* plantean controversia y dificultad para su resolución. Debería apelarse a algún mecanismo que nos ayude e ilumine respecto a estas materias. El debate crítico, la apertura hacia las opiniones y creencias de los otros, la fundamentación y argumentación, el hacer el bien y evitar el mal: en síntesis, el despliegue de un pensamiento crítico, lógico, ético y bioético.

Los Comités de Ética y Bioética son los recursos y dispositivos apropiados para esclarecer y dirimir estas cuestiones. En ese ámbito se exponen los casos problemáticos y se intenta dar una respuesta apropiada a los mismos, pretendiendo siempre obrar en beneficio de la persona. Los Comités son habituales en el campo médico (casi todos los Hospitales disponen de comité de bioética), sin embargo, las RLE no han desarrollado este instrumento.

¿Qué motivos retrasan y dificultan su desarrollo en las RLE?, ¿qué capacitación requiere el personal para establecer un Comité de Ética y Bioética y, eventualmente, formar parte de él?; ¿cuáles son las temáticas prioritarias para incluir en ellos?; ¿es conveniente extender la perspectiva bioética a otra más general, del orden de la ética, dada la amplitud de problemáticas presentes en las residencias?

La pandemia de COVID-19: incertidumbre y situación/experiencia límite

El surgimiento del COVID-19 es un emergente que ha recreado viejas disyuntivas sobre perspectivas dominantes en las RAM. La dualidad entre el punto de vista médico y el psicosocial, con sus respectivos afanes hegemónicos, se revitalizó frente a los desafíos y requerimientos que impuso la pandemia. En este proceso se observó la tendencia a la medicalización de la vida por algunos sectores y actores institucionales. Como contraparte, antiguas ideas psicologistas y sociologistas criticaron las previsiones epidemiológicas y también las acciones que de ellas se derivaron. Tales visiones contrapuestas corresponden a la preponderancia geriátrica y a la gerontológica. La confrontación es análoga a otras que se suscitaron en la sociedad en general. El restablecimiento de la discusión en el seno de la gerontología institucional obedece tanto al contexto extremo de la pandemia como al estresor que ella produjo, como a un debate dilemático nunca saldado de modo definitivo. Sigue constituyendo un logro a alcanzar la definición y guía de Alma-Ata adoptada por la OMS: *la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.*

Las RLE para Personas Mayores enfrentaron la pandemia a partir de marzo de 2020 con la impronta de la información proveniente de Europa, principalmente de España e Italia. Situación catastrófica y poca certidumbre sobre acciones a seguir marcaron los primeros meses de su desarrollo con acciones inciertas, recelo y ritmo vertiginoso.

Las Residencias para Personas Mayores debieron adoptar una serie de recaudos tendientes a: 1) evitar el ingreso del virus, 2) medidas ante el ingreso del virus, tendientes a reducir los contagios y 3) acciones paliativas ante la cuarentena que produjo un extenso encierro y aislamiento.

A continuación, se señalarán algunas de estas medidas con el solo propósito de distinguir la multiplicidad y complejidad de las mismas:

a) creación, interpretación y aplicación de protocolos, b) áreas de aislamiento para casos sospechosos, c) áreas de aislamiento para cuarentena por contacto estrecho, d) introducción de controles de acceso y egreso, e) desarrollo de controles sanitarios permanentes (control al ingreso, relevamiento de sintomatología compatible, etc.), f) inclusión de medidas preventivas diversas (modificación de la circulación interna, sanitización de personal y sectores, etc.), g) procedimientos para salidas imprescindibles y reingreso (altas hospitalarias, estudios médicos, residentes en diálisis, nuevos ingresos, etc.), h) adiestramiento en usos de EPP, i) acciones para realizar trámites necesarios (curadurías, juzgados, bancos, otros organismos e instituciones, etc.), j) desarrollo de acciones paliativas a la cuarentena (compras externas, actividades recreativas especiales, contactos vinculares virtuales, contactos presenciales cuidados, etc.), k) manejo de la información y comunicación interna, l) implementación de actividades administrativas especiales (reporte de casos, redacción de informes y procedimientos, etc.) m) implementación de actividades epidemiológicas (vacunación, testeos, etc.), n) desarrollo de medidas laborales (rotación del personal, reemplazos por cuarentena, personal de reserva, modificación de roles, etc.).

El sesgo de estas apreciaciones viene de mi interés recurrente por las políticas públicas y la gestión gerontológica. Debería prevalecer la idea que nuestro conocimiento y comprensión de la realidad tiene por fin transformarla, pues toda búsqueda intelectual aspira a mejorar el mundo en el ámbito de su competencia: el médico quiere sanar a sus pacientes, el docente educar a sus alumnos y el gerontólogo obtener la mejor calidad de vida para las personas mayores.

En mi caso anhelo que estos breves pensamientos estimulen el debate y que tal debate funcione como esa “reflexión que precede a la acción”.

