Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Económicas
Biblioteca "Alfredo L. Palacios"

La gestión de la salud en la longevidad desde las perspectivas económica y bioética

Barbieri, Alberto Edgardo

2009

Cita APA:
Barbieri, A. (2009). La gestión de la salud en la longevidad desde las perspectivas económica y bioética.
Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Económicas

Este documento forma parte de la colección de tesis doctorales de la Biblioteca Central "Alfredo L. Palacios".
Su utilización debe ser acompañada por la cita bibliográfica con reconocimiento de la fuente.
Fuente: Biblioteca Digital de la Facultad de Ciencias Económicas - Universidad de Buenos Aires

Tesis Doctoral 001501/1200

Col. 1501/1200

CATALOGADO

Duplicado

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

TESIS

La gestión de la salud en la longevidad desde las perspectivas económica y bioética

Autor: Alberto Edgardo Barbieri

Top. M.411 . M.432
B1G
Tesis

Director de Tesis: Dr. Alberto Boveris

Agosto de 2009

BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
Profesor Ciencia Dr. ALFREDO L. PALACIOS

INDICE

Introducción **7-12**

- 1. Consideraciones preliminares
- 2. Objeto de la investigación
- 3. Hipótesis
- 4. Estructura y contenido

Capitulo I: La revolución de la longevidad **13-42**

- 1. El fenómeno de la longevidad y el panorama poblacional mundial
- 1.1 Factores y efectos de la transición demográfica
- 1.2 El caso de los países en desarrollo
- 1.3 Coexistencia de diversas realidades en América Latina
- 1.3.1 Estructuras etáreas en la Región
- 1.3.2 Cambios en el envejecimiento regional
- 1.3.3 Tres desafíos en el horizonte
- 1.3.4 Las condiciones de salud de los adultos mayores en los distintos países
- 1.4 La atención de la salud ante la creciente longevidad de los seres humanos
- 1.4.1 Dilemas éticos, económicos y sociales
- Anexo I. Proyecto "Transferencias Intergeneracionales"

Capitulo II: Longevidad y bioética **43-76**

- 2.1 Consideraciones bioéticas
- 2.1.1 Marco conceptual
- 2.1.2 Fundamentos "principalistas" de asistencia a los mayores
- 2.1.3 Fundamentos de la bioética contemporánea
- 2.2 Problemas éticos en la ancianidad
- 2.2.1 "Ageísmo" social
- 2.2.1.1 Utilización de recursos socio-sanitarios
- 2.2.1.2 Conciencia de constituir un estorbo
- 2.2.2 Humanización de la praxis asistencial
- 2.2.3 Integración y convivencia familiar: un problema ético bidimensional
- 2.2.4 Pérdida de autonomía
- 2.2.5 Maltrato
- 2.2.6 Distribución de los recursos
- 2.2.7 Los tres discursos de la Muerte digna
- 2.2.7.1 Consenso sobre derechos y atención
- 2.3 Modelos bioéticos de asistencia para la longevidad
- 2.4 Barreras sociales, Percepciones y equívocos
- 2.4.1 Los estereotipos y sus efectos sociales

BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
Archivo Central de Publicaciones

Capitulo III: Salud y longevidad **77-178**

- 3.1 El envejecimiento como un proceso
- 3.1.1 Inicio y etiología del proceso
- 3.1.2 La influencia de la cultura
- 3.1.3 Modelos de envejecimiento
- 3.1.4 Factores que determinan los modos de envejecer
- 3.1.5 Criterios para diferenciar los distintos grupos etáreos
- 3.1.6 Envejecimiento activo y envejecimiento saludable
- 3.1.7 Aproximaciones políticas al proceso de envejecimiento
- 3.1.7.1 Un acercamiento desde el ciclo vital
- 3.1.7.2 Un acercamiento desde las políticas de desarrollo
- 3.1.8 La "cuarta edad" en Argentina
- 3.1.8.1 Datos demográficos
- 3.1.8.2 Situación laboral
- 3.1.8.3 Composición de los recursos económicos
- 3.1.8.4 Consideraciones sobre la integración familiar
- 3.1.8.4.1 Composición del hogar
- 3.1.8.4.2 Estado civil (limitado a casados y viudos)
- 3.1.8.4.3 Convivencia con familiares
- 3.1.8.4.4 Actividades que se realizan para la familia
- 3.1.8.4.5 Relación con la familia
- 3.1.8.4.6 Maltrato y violencia
- 3.1.9 Situaciones de vulnerabilidad y riesgo
- 3.1.9.1 La vulnerabilidad social
- 3.1.9.2 Vulnerabilidad y emergencias
- 3.1.9.3 Vejez, pobreza y vulnerabilidad en América Latina
- 3.1.9.4 Vejez y pobreza en Argentina
- 3.1.10 Construcción de un enfoque preventivo del envejecimiento
- 3.2 Salud y hábitat
- 3.2.1 El impacto de la urbanización. La gestión ecológica de las ciudades y su efecto en la minimización de la dependencia
- 3.2.2 El derecho a la ciudad
- 3.2.3 Algo más sobre las ciudades amigables
- 3.2.4 Derecho a la vivienda
- 3.2.4.1 El diseño para todos como respuesta a la diversidad
- 3.2.5 La interacción con el entorno y la estructura de la población
- 3.2.6 Gestión de la habitabilidad
- 3.2.6.1 Modelos de habitabilidad para adultos mayores
- 3.2.6.2 Hogares de Día
- 3.2.6.3 Establecimientos de Larga Estadía
- 3.2.6.3.1 Residencias de larga estadía
- 3.2.6.3.2 Vivencias en diferentes ámbitos
- 3.2.6.3.3 La situación en la provincia de Mendoza (Argentina)
- 3.2.6.3.4 El caso de la Florida Agency for Health Care Administration
- 3.2.6.3.5 El caso de los adultos mayores dependientes
- 3.2.6.3.6 El marco regulatorio actual en la Ciudad de Buenos Aires
- 3.2.6.4 Soluciones de habitabilidad para adultos mayores. Selección de ejemplos en varias ciudades del mundo

- 3.2.6.4.1 Urbanización Lliri Blau
- 3.2.6.4.2 Viviendas protegidas de la ciudad de Barcelona
- 3.2.6.4.3 Un innovador programa español de viviendas en Alicante
- 3.2.6.4.4 El ejemplo de Valparaíso, Chile
- 3.2.6.4.5 Programa de vivienda protegida para mayores MINVU y SENAMA
- 3.2.6.4.6 Una experiencia en Montevideo, Uruguay
- 3.2.6.4.7 AMIGOUR en Israel
- 3.2.6.4.8 Programa "Egged" en Haifa, Israel
- 3.2.6.4.9 Ciudad para ancianos en Chile
- 3.2.6.4.10 Ciudades de tercera edad
- 3.2.6.4.11 Residencia Patricia (Benidorm – Alicante)
- 3.2.6.5 Tecnología Asistencial desarrollada por la Universidad de Missouri
- 3.2.6.6 Ejemplos de Hogares de Día
- 3.2.6.6.1 Hogares de Día del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- 3.2.6.6.2 - Hogar de Día de Coronel Vidal
- Anexo I. Ley N° 2.935 Funcionamiento de los establecimientos residenciales de la Ciudad de Buenos Aires

Capítulo IV: Arquitectura de una gestión eficiente de la longevidad 179-274

- 4.1 Asignación de recursos en términos de los significados del envejecimiento
- 4.1.1 Cuatro escenarios
- 4.2 Los significados de la mortalidad
- 4.2.1 Mortalidad y variables económicas
- 4.2.2 Crecimiento del PBI per capita y expectativa de vida en Gran Bretaña.
- 4.3 El terreno de la gestión
- 4.3.1 Breve reseña histórica
- 4.3.2 Ensamble entre resiliencia y modelos de gestión
- 4.3.3 La crisis de los modelos hegemónicos
- 4.3.4 El agotamiento del modelo hegemónico en la Argentina. "Hacia un cambio de foco"
- 4.3.4.1 Del eje en la institución al eje en las personas
- 4.3.4.2 Evolución del sistema en cifras y prestaciones
- 4.3.4.3 Un sistema basado en comunidad
- 4.3.4.4 Importancia de la articulación en redes
- 4.4 La situación de la tercera edad en Argentina
- 4.4.1 Aportes para el diseño de políticas marco de administración de salud
- 4.4.2 Aspectos epidemiológicos de la tercera edad en América Latina
- 4.4.3 Aspectos epidemiológicos de la población de la tercera edad en la Argentina
- 4.4.4 Patologías prevalentes y programas de salud preventivos
- 4.4.5 Comparación de estas patologías con la situación en América Latina
- 4.4.6 Las acciones en Argentina desde el INNSJP
- 4.5 Los principales obstáculos para la atención socio-sanitaria en América Latina

- 4.6 Las claves del sistema de gestión para Argentina
- 4.7 La longevidad y la formulación de políticas
- 4.8 El pensamiento de tres expertos
- 4.8.1 Acerca de la gestión y de las predicciones del eterno Peter Drucker
- 4.8.2 Las reflexiones de un prestigioso "baby boomer"
- 4.8.3 La salud y los conceptos de asimetría y selección adversa
- 4.9 La gestión de la salud. Obstáculos y éxitos
- 4.9.1 Los obstáculos para gestionar un sistema de salud para la tercera edad en la Argentina
- 4.9.2 Los grandes obstáculos para la producción de salud en el mundo
- 4.9.3 Las dificultades de atención de la salud en América Latina
- 4.9.4 Las causas asociadas a los problemas de atención de salud
- 4.9.5 El impacto diferenciado de los problemas de atención de salud
- 4.9.6 Los grandes logros en la obtención de longevidad y bienestar
- 4.10 Modelos de gestión para la atención de la longevidad en Argentina
- 4.10.1 Elementos del modelo de atención progresiva
- 4.11 Claves para la promoción de un envejecimiento saludable
- 4.12 El tiempo previo a la jubilación y la vida después de la jubilación
- 4.12.1 Capital social
- 4.12.2 Salud mental
- 4.12.3 Entorno
- 4.12.4 Nutrición
- 4.12.5 Actividades físicas
- 4.12.6 Prevención de lesiones
- 4.12.7 Tabaquismo/alcoholismo
- 4.12.8 Medicamentos y problemas relacionados
- 4.12.9 Servicios preventivos de salud
- Anexo I: Estadísticas Oficiales de Vulnerabilidad Regional y Cobertura de Afiliados al INSSJP
- Anexo II: Estadísticas Oficiales de Distribución Poblacional Afiliados al INSSJP
- Anexo III: Programa de Patologías Prevalentes HADOB

Capítulo V: Educación y longevidad **275-306**

- 5. El rol de la educación
- 5.1 ¿Desde qué ángulo debe plantearse la Gestión de la Longevidad?
- 5.1.1 Longevidad y grado de escolarización
- 5.1.2 Los secretos de los valles de Hunza y de Vilcabamba
- 5.1.3 El límite de la vida humana
- 5.2 Aspectos que deben resolverse desde el ámbito de la educación
- 5.3 Síntesis de la oferta académica
- 5.4 Educación e investigación para la longevidad
- 5.5 La inserción de los especialistas en envejecimiento en la estructura gubernamental
- 5.6 El panorama de formación
- 5.6.1 En el INSSJP
- 5.6.1.1 Otras actividades de capacitación del INSSJP - PAMI

- 5.6.1.1.1 Primer Curso Universitario de Formación de Posgrado para Médicos de Cabecera del INSSJP-PAMI
- 5.6.1.1.2 Programa Universidades para Adultos Mayores Integrados (UPAMI)
- 5.6.2 En instituciones privadas
- 5.7 Lagunas del sistema en la educación para la longevidad
- 5.8 Algunas formulaciones estratégicas para seguir pensando
- 5.8.1 Se necesita más investigación
- 5.8.2 La investigación debe profundizar la problemática del empleo
- 5.8.3 Investigación de los mecanismos de la crisis actual y sus efectos sobre salud y longevidad

Conclusiones **305-330**

Bibliografía **331-350**

Anexo: Lista de Especialistas Entrevistados y Protocolo de Entrevistas **351-365**

INTRODUCCIÓN

1. Consideraciones preliminares
2. Objeto de la investigación
3. Hipótesis
4. Estructura y contenido

1. Consideraciones preliminares

A nivel mundial, el aumento de la esperanza de vida, sumado a una reducción progresiva de la mortalidad y a la disminución de la tasa de natalidad, son hechos que están provocando cambios relevantes en la pirámide poblacional.

El número creciente de personas mayores con su enorme demanda de atención y de servicios de una variada gama de especialidades, está generando grandes conflictos éticos, sociales y económicos, tanto en los países desarrollados como en el resto del mundo.

El envejecimiento es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Estos cambios se caracterizan por una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación y de reservas del organismo, que produce un aumento de la vulnerabilidad.

Significa poco vivir unos años más si es en precarias condiciones de salud y dependiendo de otros para cubrir las necesidades más elementales.

El deterioro funcional del envejecimiento puede posponerse y atenuarse. Una buena gestión de la salud requiere una serie de políticas y acciones tendientes no a prolongar la vida indefinidamente, sino a reducir al máximo los efectos de la morbilidad terminal. El medio ambiente y la red social deben ser tenidos en cuenta a la hora de planificar el grado y tipo de prestaciones para la tercera edad.

En 1934, Santiago Ramón y Cajal afirmaba que se es "verdaderamente anciano, psicológica y físicamente, cuando se pierde la curiosidad intelectual, y cuando, con la torpeza de las piernas, coincide la torpeza y la premiosidad de la palabra y del pensamiento". Esta situación conduce con frecuencia a un aislamiento social.

Mantener a las personas activas durante el mayor tiempo posible, aprovechar sus capacidades y experiencia (dentro de las posibilidades de cada individuo), investigar y prevenir las patologías propias de cada edad y entorno, conocer e intervenir sobre las variables relevantes que inciden en el logro de un envejecimiento diferencial, son principios rectores que ayudarán a sustentar una "ecología de la longevidad" y a la vez, una mejor calidad de vida de todos los grupos etarios.

2. Objeto de la investigación

- Determinar cuáles son los requisitos de la gestión en las organizaciones públicas y privadas para dar respuesta al desafío que plantea el incremento constante de personas mayores en la población en general.

- Definir las acciones a emprender en los distintos espacios para difundir y afrontar la problemática del envejecimiento y tomar conciencia de la urgencia de las mismas.

- Exponer el rol de las universidades, las instituciones y las ciudades, en la formación de profesionales, en la definición del amplio espectro de servicios a crear o modificar y en la preparación y definición de programas de cambios a efectuar.

Se buscará establecer el cómo y el por qué del envejecimiento poblacional en el mundo, y en particular en Argentina, la etiología de este envejecimiento y su impacto social y económico.

Luego se estudiará el proceso de envejecimiento y la administración del mismo desde las organizaciones.

Se establecerán de este modo las pautas de un cambio de paradigma centrado en la gestión de mantener a la gente sana la mayor cantidad de tiempo posible, en lugar de priorizar la gestión de servicios para asistir a los enfermos.

Esto que hemos dado en llamar "ecología de la longevidad", se abordará desde lo biológico (prevención, cuidados, servicios), lo educativo (formación necesaria), lo psicológico, lo económico-social, lo ambiental, las políticas públicas, la minimización de las barreras urbanas (ciudades amigables), y la problemática de la dependencia.

3. Hipótesis

3.1 El conocimiento e intervención sobre las variables que inciden en el proceso de ***envejecimiento activo y saludable***[1] , sustentan una ecología de la longevidad que mejora la calidad de vida de **todos los grupos etarios.**

3.2 Ante la realidad del cambio demográfico poblacional, el aporte de la educación y la investigación dirigido al desarrollo de nuevas tecnologías sociosanitarias y herramientas de gestión del envejecimiento, tiene sobre la economía una incidencia mucho más favorable que las políticas que priorizan los costos de los servicios de salud y la discriminación de atención por edad de las personas.

4. Estructura y contenido

El desarrollo de los temas se aborda acuerdo con el siguiente esquema:

En el Capítulo I se exponen los fenómenos poblacionales en general, los efectos de la transición demográfica, los cambios en la esperanza de vida y la heterogeneidad del proceso de envejecimiento en la región latinoamericana.

En el Capítulo II, se presentan las consideraciones bioéticas, los fundamentos principalistas y los de la bioética contemporánea. Se definen los problemas éticos concernientes a la edad avanzada, y se tratan los tipos de asistencia, los prejuicios, los estereotipos y las barreras que generan.

El Capítulo III se refiere al proceso de envejecimiento y al significado del envejecimiento activo y saludable. Se analiza la existencia de una "cuarta edad" en Argentina. Las situaciones de vulnerabilidad se estudian en relación con el riesgo poblacional. Se presenta un esquema preventivo del envejecimiento. Como parte del concepto de salud y calidad de vida, merece consideración particular el aspecto de vivienda y habitabilidad. El impacto de la urbanización se enfoca con énfasis en la accesibilidad y en la construcción de un hábitat favorable al desarrollo de una vida activa sin obstáculos materiales.

El Capítulo IV examina la gestión de la salud en la longevidad, la asignación de los recursos, los aspectos políticos, epidemiológicos y de eficiencia de los sistemas sociosanitarios, la importancia de la atención primaria y la prevención secundaria, y características estructurales de los modelos de atención.

En el Capítulo V se profundizan los aspectos educativos y de investigación y el ángulo específico para el planteo de la gestión de la longevidad desde lo

[1] He sustituido el término "diferencial" de la hipótesis enunciada en el Plan original, por la expresión "activo y saludable" por entender que representa con fidelidad el tema planteado sin generar confusiones con el mismo vocablo utilizado en el texto con un significado más específico. Reservo la denominación "diferencial" en el resto del trabajo, para referirme al proceso de envejecimiento propio de ambientes o regiones diferentes o de la evolución en el tiempo considerada desde cada uno de los distintos elementos físicos o sociales del individuo.

académico. Se estudia también el nivel de educación como factor social consistentemente asociado a vidas longevas.

Las Conclusiones abordan el panorama expuesto en los cuatro capítulos de investigación y sintetizan los argumentos de confirmación de las hipótesis.

CAPITULO I

La revolución de la longevidad

1. El fenómeno de la longevidad y el panorama poblacional mundial

1.1 Factores y efectos de la transición demográfica.
1.2 El caso de los países en desarrollo.
1.3 Coexistencia de diversas realidades en América Latina.
    1.3.1 Estructuras etáreas en la Región.
    1.3.2 Cambios en el envejecimiento regional.
    1.3.3 Tres desafíos en el horizonte.
    1.3.4 Las condiciones de salud de los adultos mayores en los distintos países.
1.4 La atención de la salud ante la creciente longevidad de los seres humanos.
    1.4.1 Dilemas éticos, económicos y sociales.

ANEXO I. Extracto del Proyecto "Transferencias Intergeneracionales".

1. El fenómeno de la longevidad y el panorama poblacional mundial

El Siglo XXI está mostrando uno de los fenómenos resultantes del éxito del proceso de desarrollo humano, y a la vez un planteo desafiante para los sistemas de salud, la viabilidad financiera de los sistemas de retiro y la integración de las personas mayores al devenir social. Esto es el resultado de una menor mortalidad, una reducción de la fertilidad, y un incremento de la esperanza de vida.

La existencia de una gran cantidad de adultos mayores envejecidos, o sea el acceso a la longevidad hoy es algo masivo. En el pasado era excepcional que las personas pudieran superar los 80 o 90 años, pero ahora se comprueba una magnitud creciente de población que logra superar esas edades. Es así como en la actualidad se reconocen y se estudian los grupos de edad avanzada excepcional: los centenarios (más de 100 años) y los supercentenarios (más de 110 años). La situación requiere varios abordajes: la cuestión poblacional, la generación y administración de los recursos que las sociedades necesitan para atender los requerimientos de esta masa poblacional, la atención de la salud y la formación académica para poder dar respuesta a toda la problemática.

En la medida en que la mortalidad y la fertilidad comenzaron a pronunciarse en descenso, la distribución por edades se fue modificando gradualmente en favor de las más avanzadas. Todas las regiones del mundo experimentan este cambio. El verdadero reto de esta reciente revolución es la construcción de una sociedad para todas las edades. El Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, aprobado por consenso en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento el 12 de abril de 2002 en Madrid provee el marco para incorporar la discusión acerca del envejecimiento de la población al debate internacional sobre el desarrollo y la implementación de políticas a nivel nacional para responder esta inquietud. El Plan da prioridad a incluir la realidad del envejecimiento en el programa internacional de desarrollo, a promover la salud y el bienestar y un entorno propicio para las personas de edad.

En el mes de noviembre de 2003, se celebró en Santiago de Chile la primera reunión de carácter intergubernamental sobre envejecimiento realizada en la región que constituyó una instancia de análisis e intercambio de ideas sobre el tema. En ella se acordó una Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre envejecimiento. La Conferencia se originó en la necesidad de dar seguimiento en la Región a la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, que se celebró en Madrid en abril de 2002, marcando un hito significativo para el mundo y el continente.

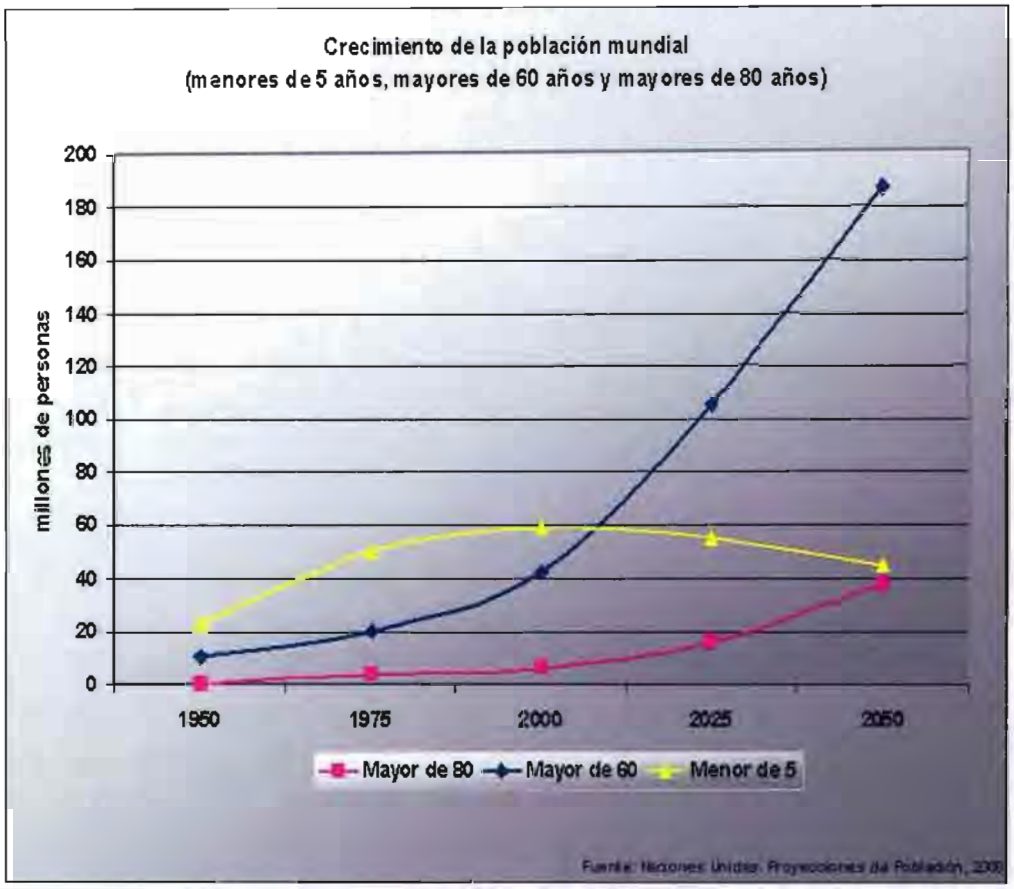


Figura 1.1: Crecimiento de la población mundial

El proceso de seguimiento fue desarrollado por el Grupo Interinstitucional sobre Envejecimiento (GIE) que se constituyó en marzo de 2002 integrado por el Programa sobre el Envejecimiento de las Naciones Unidas, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial y la CEPAL, instituciones internacionales cuyas competencias se relacionan directa o indirectamente con el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas mayores.

Las metas generales y objetivos específicos de cada una de las áreas prioritarias, así como los mecanismos de seguimiento y evaluación de la Estrategia Regional, son los siguientes[2]:

[2] OPS (Organización Panamericana de la salud), "Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento", en *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 17, N° 5-6 Washington, Mayo-Junio 2005.

Área prioritaria: las personas de edad y el desarrollo

Meta general

Proteger los derechos humanos de las personas mayores y crear las condiciones de seguridad económica, de participación social y de educación que propicien la satisfacción de las necesidades básicas de ese grupo de edad y su plena inclusión en la sociedad y el desarrollo.

Objetivos

1. Promover los derechos humanos de las personas mayores.
2. Facilitar el acceso, en condiciones de igualdad, al empleo decoroso, a la formación continua y al crédito para empresas propias o comunitarias.
3. Promover y facilitar la inclusión laboral formal de los adultos mayores.
4. Ampliar y mejorar la cobertura de pensiones, tanto contributivas como no contributivas.
5. Crear las condiciones adecuadas para articular la plena participación de las personas mayores en la sociedad, con el fin de favorecer su habilitación como grupo social y fortalecer el ejercicio de una ciudadanía activa.
6. Promover la igualdad de oportunidades y el acceso a la educación a lo largo de toda la vida.

Área prioritaria: el fomento de la salud y el bienestar en la vejez

Meta general

Dar acceso a las personas mayores a servicios de salud integrales y adecuados a sus necesidades, que garanticen una mejor calidad de vida en la vejez y el mantenimiento de su funcionalidad y autonomía.

Objetivos

1. Promover la cobertura universal de las personas mayores por los servicios de salud, incorporando el envejecimiento como componente esencial de las leyes y políticas nacionales en torno a la salud.
2. Establecer un servicio integral de salud que responda a las necesidades de las personas adultas mayores, fortaleciendo y reorientando para ello los servicios existentes y creando aquellos que fueran necesarios.
3. Fomentar conductas personales y ambientes saludables mediante leyes, políticas, programas y acciones en los ámbitos nacional y comunitario.
4. Crear marcos legales y mecanismos adecuados para proteger los derechos de las personas mayores que utilizan los servicios de atención prolongada.
5. Promover la formación de recursos humanos mediante el diseño y la implementación de un plan nacional de capacitación en gerontología y geriatría para los prestadores actuales y futuros de servicios de salud, en todos los niveles de atención, subrayando el nivel de la atención primaria.
6. Elaborar y utilizar instrumentos para mejorar el conocimiento del estado de salud de las personas mayores y vigilar sus cambios.

Área prioritaria: creación de un entorno propicio y favorable

Meta general

Lograr que las personas mayores gocen de entornos físicos, sociales y culturales que potencien su desarrollo y favorezcan el ejercicio de derechos y deberes en la vejez.

Objetivos

1. Adaptar el entorno físico a las características y necesidades de las personas mayores para lograr una vida independiente en la vejez.
2. Mejorar la disponibilidad, sostenibilidad y adecuación de los sistemas de apoyo social para personas mayores.
3. Eliminar todas las formas de discriminación y maltrato en contra de las personas mayores.
4. Fomentar una imagen positiva de la vejez.

Aplicación y seguimiento de la Estrategia Regional

Meta general

Alentar a cada país de la Región a impulsar las acciones necesarias para lograr la plena ejecución de la Estrategia Regional y establecer los mecanismos para su aplicación, seguimiento, evaluación y revisión, de acuerdo con sus propias realidades.

Objetivos

1. Tener en cuenta el envejecimiento poblacional en todos los ámbitos de la política pública, con el propósito de adecuar las intervenciones del Estado al cambio demográfico y a la construcción de una sociedad para todas las edades.
2. Conseguir asistencia técnica mediante la cooperación entre países y el apoyo de los organismos internacionales para formular políticas y programas sobre el envejecimiento.
3. Elaborar y poner en práctica un sistema de indicadores específicos que sirva de referencia en el seguimiento y evaluación de la situación de las personas mayores en los niveles nacional y regional.
4. Realizar y promover investigaciones sobre los principales aspectos del envejecimiento en los niveles nacional y regional.
5. Solicitar a la CEPAL y a otras organizaciones pertinentes que propicien contactos con todos los países de la Región, haciéndoles llegar el ofrecimiento formal de apoyo del Grupo Interinstitucional para echar a andar los mecanismos necesarios que permitan aplicar adecuadamente los compromisos emanados de esta Conferencia.

No podemos dejar de mencionar algunas de las opiniones vertidas en la Conferencia, ya que constituyen una síntesis de necesidades a resolver y

puntualizan algunas de las problemáticas que se abordan detalladamente en capítulos ulteriores de este trabajo. A continuación se vuelcan algunas de las ideas de los asistentes:

- En el trascendente tema de fomento de la salud y el bienestar en la vejez, es muy importante destacar la opinión de ***Marta Peláez***, Asesora Regional de Envejecimiento y Salud de la OPS, quien señaló que para contrarrestar el aumento de determinadas enfermedades (concretamente se refirió a las cardiovasculares) resulta fundamental que desde la educación se promueva un estilo saludable y que se reoriente la atención sanitaria hacia la prevención. Destacamos estas afirmaciones porque están muy vinculadas a la filosofía de la prevención que retomaremos en el capítulo IV.

- También rescatamos las valiosas opiniones de ***Sonia Tschorne***, Subsecretaria del Ministerio de Vivienda y Urbanismo de Chile, quien enfatizó la necesidad de programas coherentes de vivienda para los adultos mayores, en consonancia con sus necesidades. Mencionó además la importancia de promover planes de rehabilitación patrimonial que les posibiliten permanecer en su propio entorno. Volveremos sobre estos requerimientos en el capítulo III.

- ***Clayton Springer***, Director Nacional de Asistencia de Barbados, se refirió a la iniciativa de transporte gratuito y con facilidades de acceso para todos los jubilados, así como también al proyecto de renovación urbana general. Estos temas serán objeto de un tratamiento exhaustivo en el capítulo III.

- ***Manuel Pereira***, Director del Servicio Nacional del Adulto Mayor de Chile, identificó como principales obstáculos para erradicar la violencia y la discriminación hacia los ancianos, la vigencia de algunos mitos sociales, y la influencia de éstos en las políticas públicas, la victimización y la exclusión incluso en los hábitos de consumo. Asimismo subrayó la importancia de los medios de comunicación en cualquier proceso de cambio social. El capítulo II examina en profundidad las creencias y los prejuicios. En el capítulo III se exponen los perjuicios de las barreras comunicacionales.

1.1 Factores y efectos de la transición demográfica

El aumento de la esperanza de vida y la reducción de la fertilidad son los factores clave que impulsan la "transición demográfica". A nivel mundial, la esperanza de vida pasó de 47 años en 1950-1955 a 65 años en 2000-2005, y está previsto que llegue a los 75 años en 2045-2050. En el período comprendido entre 1950-1955 y 2000-2005, la fertilidad total se redujo de 5,0 a 2,6 hijos por mujer y está previsto que continúe descendiendo hasta llegar a 2,0 hijos por mujer en 2045-2050. No sólo en los países desarrollados, también en muchos países en desarrollo, la cifra de fertilidad a lo largo de la vida, no alcanza a 2 hijos por

mujer. Es obvio que esta cifra está por debajo del nivel necesario para la sustitución de la población a largo plazo[3].

La transición demográfica tiene tres etapas:

En la primera, la distribución por edades muestra un rejuvenecimiento a medida que aumenta la proporción de niños, como consecuencia del aumento de la supervivencia en los primeros años.

En la segunda, que resulta de la reducción de la fecundidad, disminuye la incidencia de los niños y aumenta la de adultos en edad laboral.

En la tercera, a la que normalmente se arriba al cabo de un prolongado período de descenso de la fertilidad y la mortalidad, se reduce tanto la proporción de niños como la de adultos en edad de trabajar. El único índice que aumenta es el de las personas de edad.

El engrosamiento de la distribución en la zona de población en edad laboral que ocurre durante la segunda etapa, es temporal (normalmente dura unos 50 años). Sin embargo, ese lapso es lo suficientemente largo como para tener repercusiones importantes en los países afectados. En teoría, esa ventaja demográfica ofrece una oportunidad para acceder a un desarrollo económico acelerado. No obstante, el aprovechamiento de sus posibles oportunidades depende de la capacidad para generar empleo productivo y alternativas de inversión y, desde luego, de la existencia de condiciones políticas y sociales que ofrezcan un clima propicio para el desarrollo.

Durante la tercera etapa, el acelerado envejecimiento poblacional puede presentar problemas específicos para las políticas públicas, planteando la necesidad de ajustes importantes en diversos planos para enfrentar la disminución de la fuerza laboral y el incremento de la demanda en las áreas de la salud y la asistencia a los adultos mayores.

1.2 El caso de los países en desarrollo

Las economías desarrolladas se hallan, en general, en la tercera etapa de la transición demográfica y sus estructuras de edad son considerablemente más altas (más envejecidas) que las de los países en desarrollo. En los países con economías en transición, la estructura de edad es generalmente más joven que la de los países desarrollados, pero significativamente más vieja que la de los países en desarrollo.

La mayor parte de los países en desarrollo se encuentra en la segunda etapa de la transición. De todos modos, la mayoría de los longevos del mundo viven en los países en desarrollo. Según estudios de las Naciones Unidas[4], se estima que para el año 2050, el 79% de la población mayor de 60 años, cerca de 1.600 millones de personas, vivirá en esos países.

[3] ONU (Organización de las Naciones Unidas), *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*, Cap. I, Resolución 1, Anexo II, Madrid, 8 a 12 de abril de 2002.
[4] ONU, *Estudio Económico y Social 2007*, Nueva York, 2007.

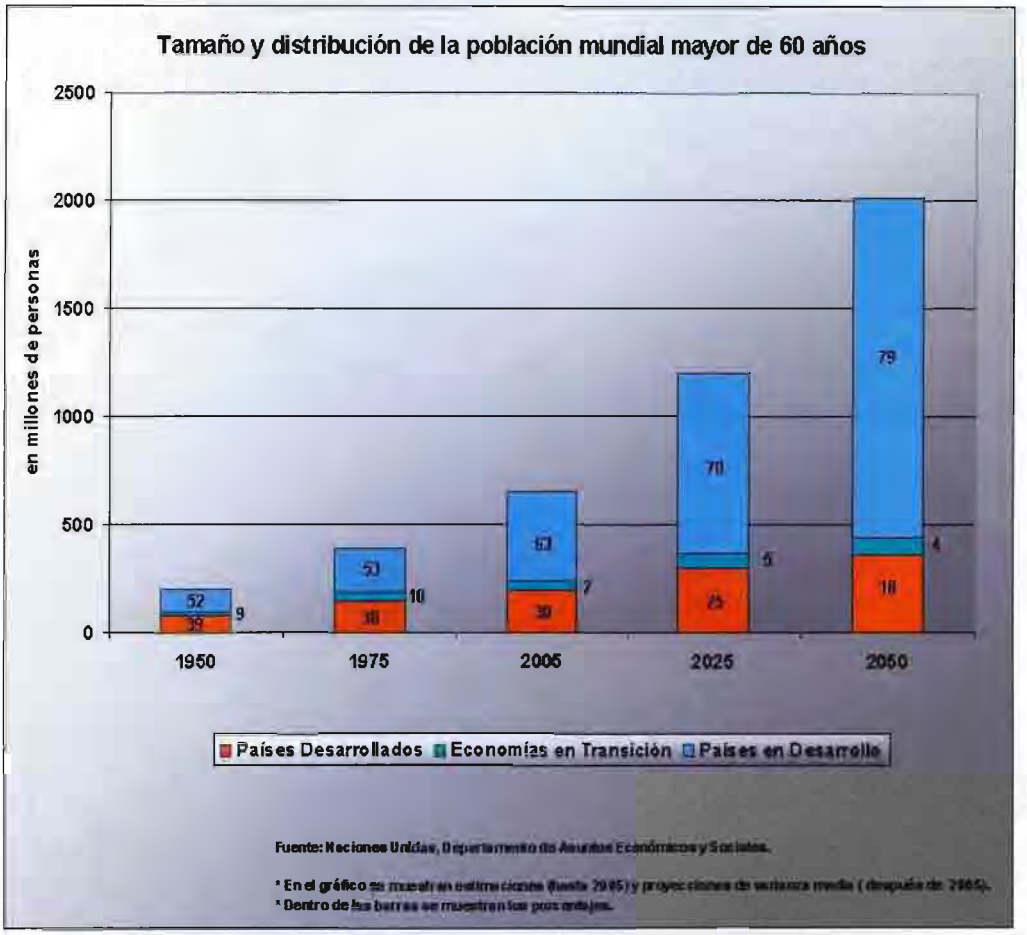


Figura 1.2: Tamaño y Distribución de la Población Mundial mayor de 60 años

Asimismo, los países que presentan una veloz disminución de la fertilidad (Asia Oriental, el Pacífico, América Latina y el Caribe), experimentarán un proceso de envejecimiento de la población más rápido que el que transitaron en el pasado los que hoy son países desarrollados. Por el contrario, la mayoría de los países africanos recién ha ingresado en la segunda etapa de la transición demográfica, y se prevé que su población se conservará relativamente joven hasta bien entrado el siglo XXI.

Dado que las mujeres viven usualmente más que los hombres, su número entre las personas de edad es significativamente mayor. Por consiguiente, la proporción de mujeres en la población tiende a incrementarse sustancialmente a medida que aumenta la edad. En el año 2005, las mujeres mayores de 65 años superaban a los hombres de esa edad en una proporción de casi 4 a 3, proporción que llega a ser de casi 2 a 1 entre los mayores de 80 años. Sin embargo, debido en parte a una prevista reducción de las ventajas diferenciales de las mujeres en razón de género en los países desarrollados, se supone que en esos países la brecha entre hombres y mujeres de edad avanzada se reducirá en cierta medida hacia el año 2050; pero en cambio, en los países en desarrollo, el desequilibrio entre el número de hombres y mujeres de edad seguirá aumentando en razón de las diferencias en la esperanza de vida de ambos sexos seguirán también en aumento.

1.3 Coexistencia de diversas realidades en América Latina

La mayoría de los países de América Latina inició el proceso de transición demográfica en la década de los 60. Dicha transición no se ha producido de manera uniforme entre los países ni en el interior de ellos. Actualmente coexisten diversos estados de situación asociados con este proceso. Este hecho ha tenido derivaciones sociales, éticas, económicas y políticas de distinta prioridad y grado de atención según cada situación nacional y local.

Asimismo se evidencian diferencias interregionales que han ido disminuyendo con el avance del proceso de modernización y la preeminencia de la vida en ciudades. La heterogeneidad señalada puede examinarse más adelante, en este mismo capítulo en la figura descriptiva del acápite "Cambios en el envejecimiento regional". Las diferencias internacionales e intranacionales tienen su origen, principalmente, en la acción de factores de tipo socioeconómico, sociocultural, político y ambiental. Como producto de las particulares dinámicas demográficas, estos grupos de países presentan desafíos también particulares en materia de demandas futuras de servicios sociales.

La aplicación de políticas públicas, y particularmente de políticas sociales orientadas a la población de menores ingresos, debe considerar el estado de las transiciones y sus características asociadas.

Así, los países que presentan un grado mayor de adelanto, pueden servir como ejemplo en sus vivencias y acciones, para los países en etapas menos avanzadas, evidenciando las problemáticas a enfrentar una vez que estos últimos ingresen a estadios superiores de transición demográfica, en relación, por ejemplo, con los cambios en los patrones de la morbilidad, las causas de muerte y las consideraciones de orden previsional, entre otras.

Algo que surge con fuerza en esta situación es un replanteamiento de los cánones éticos vigentes, el cual es más significativo en los países con más alto grado de envejecimiento en temas vinculados a los derechos y deberes de las familias y a las inequidades entre sus integrantes.

Las políticas públicas y privadas, tienden a desplazarse hacia la atención de la población infantil básicamente orientada a la reducción de la mortalidad en países más jóvenes, mientras que en los países más envejecidos la atención se desplaza hacia las enfermedades crónicas y degenerativas así como también aumenta la preocupación por una adecuada inserción social de las personas mayores a fin de luchar contra la denominada muerte social, más aún cuando la atención de la esfera familiar se muestra cada vez menos nítida.

1.3.1 Estructuras etáreas en la Región

La repercusión del proceso de envejecimiento en el funcionamiento de las sociedades y en el bienestar afecta no sólo a los adultos mayores, sino también a los más jóvenes. El impacto de los aspectos económicos, sociales y familiares sobre el bienestar de las personas mayores varía según las particularidades demográficas, el desarrollo económico, y la potencialidad de los sistemas de salud y bienestar social para dar, bajo sinergia, respuestas a los retos que impone el envejecimiento de la población.

Otro de los factores que sin duda afectará a los sistemas de salud de la región en un futuro próximo serán las condiciones de salud de los ancianos.

El deterioro gradual de las condiciones de salud física y mental que acompaña al proceso de envejecimiento, la reducción resultante de los años esperados de vida activa y sana, la reducción o el cese completo de la participación en el mercado laboral y la mayor dependencia de las transferencias de ingresos de diversas fuentes públicas y privadas determinan, en conjunto, que el crecimiento de la población envejecida genere una mayor demanda de asistencia y servicios de salud.

Dado que los trastornos de salud característicos de la edad avanzada son más crónicos que agudos y más progresivos que regresivos, esta demanda conlleva un aumento en los costos de la asistencia sanitaria. En los Estados Unidos, en el Reino Unido y en la mayor parte de los países de Europa Occidental, estos costos alcanzan magnitudes muy grandes.

Por añadidura, los países de Europa Oriental demuestran que la incapacidad de afrontar estos problemas se traduce en un rápido deterioro del estado de salud de los adultos mayores y en una pérdida sorprendente de la esperanza de vida.

La tasa de crecimiento de la población mayor de 60 años es función de tres características:

a) Cambios en las tasas de natalidad pasadas,
b) cambios en la mortalidad de los grupos de edad de 0 a 60 años en el pasado,
c) cambios en la mortalidad del grupo de los mayores de 60 años.

Está plenamente demostrado que las tasas de crecimiento actuales y futuras de la población adulta mayor se deben al descenso pasado de la mortalidad en los grupos de edad de 0 a 60 años.

A fines del año 2000, en Argentina, Barbados, Cuba y Uruguay, la proporción de la población de 60 años y más se situaba entre 13 y 17%; en Estados Unidos y Canadá la cifra estaba entre 16 y 17%.

En la mayor parte de los demás países de América del Sur, Centroamérica y el Caribe, la población de 60 años o más alcanzará o superará la cifra de 13% en los próximos 10 años.

Las proyecciones actuales de la Organización de las Naciones Unidas indican que para 2025 América Latina y el Caribe habrán experimentado un envejecimiento sustancial de su estructura por edades; es decir que su población de 60 años y más habrá superado un promedio de 8 a 14%[5].

Estas proyecciones demográficas dan motivo a la siguiente pregunta: ¿De qué manera el pasado incide en la salud futura y el estado de discapacidad de los mayores?

Una parte considerable de los aumentos futuros en la población de 60 años y más se atribuye a cambios experimentados en la mortalidad durante el período de 1930–1990. Estos cambios en la mortalidad se relacionan principalmente con la disminución de la frecuencia de las enfermedades infecciosas durante los primeros 10 años de la vida.

Por tanto, el rápido envejecimiento que se registra en la región puede explicarse, en parte, por las mejoras en salud pública que experimentaron muchos de los países latinoamericanos, que a su vez, desencadenaron un pronunciado descenso de la mortalidad.

Los grandes saltos en la supervivencia (sobre todo en los primeros años de vida) que no fueron paralelos a mejoras socioeconómicas probablemente darán lugar a cambios importantes en el promedio y la varianza de la distribución de la fragilidad de la población adulta mayor.

Nuevas líneas de investigación prueban que la exposición a enfermedades o circunstancias nocivas en los primeros años de vida puede tener efectos fisiológicos duraderos que podrían influir durante la vida adulta. En base a estas afirmaciones, se calcula que los segmentos poblacionales de adultos mayores que alcanzarán la edad de 60 años después del año 2000 son aquellos que gozaron en el período subsiguiente a la Segunda Guerra Mundial, los beneficios de una salud pública basada en mejores instrumentos y recursos, aún a pesar de no contar con ingresos económicos sustantivos ni una destacable calidad de vida.

En resumen, América Latina envejece a una velocidad que no tiene precedentes en el mundo desarrollado. No puede eludirse la visión inminente de sus consecuencias: la composición por estado de salud y discapacidad tiende a convertirse, tarde o temprano, en un problema serio y desfavorable, con el agregado que las redes familiares están experimentando una rápida evolución y tienen menos capacidad de suplir la falta de protección social institucional.

[5] Albala, C., Lebrão, M. L., León Díaz, E. M., Ham-Chande, R., Hennis, A. J., Palloni A. et al. "Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE)", en *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 17, N° 5-6, Washington, Mayo-Junio 2005.

La encuesta multicéntrica Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe[6], realizada sobre una población mayor de 60 años residente en hogares privados de residencia permanente en cada una de las ciudades seleccionadas: Buenos Aires, Bridgetown, San Pablo, Santiago de Chile, La Habana, México y Montevideo, observó los resultados que el siguiente cuadro presenta:

La Revista Panamericana de Salud Pública analizó diferentes aspectos de la salud y el bienestar de la población de 60 años y más, utilizando la base de datos SABE; con intención de mostrar aquellas características importantes que sobresalgan dentro de cada uno de los módulos relevantes, e investigar las características demográficas y sociales, los arreglos domiciliarios, la participación en la fuerza laboral y el estado de salud física y mental.

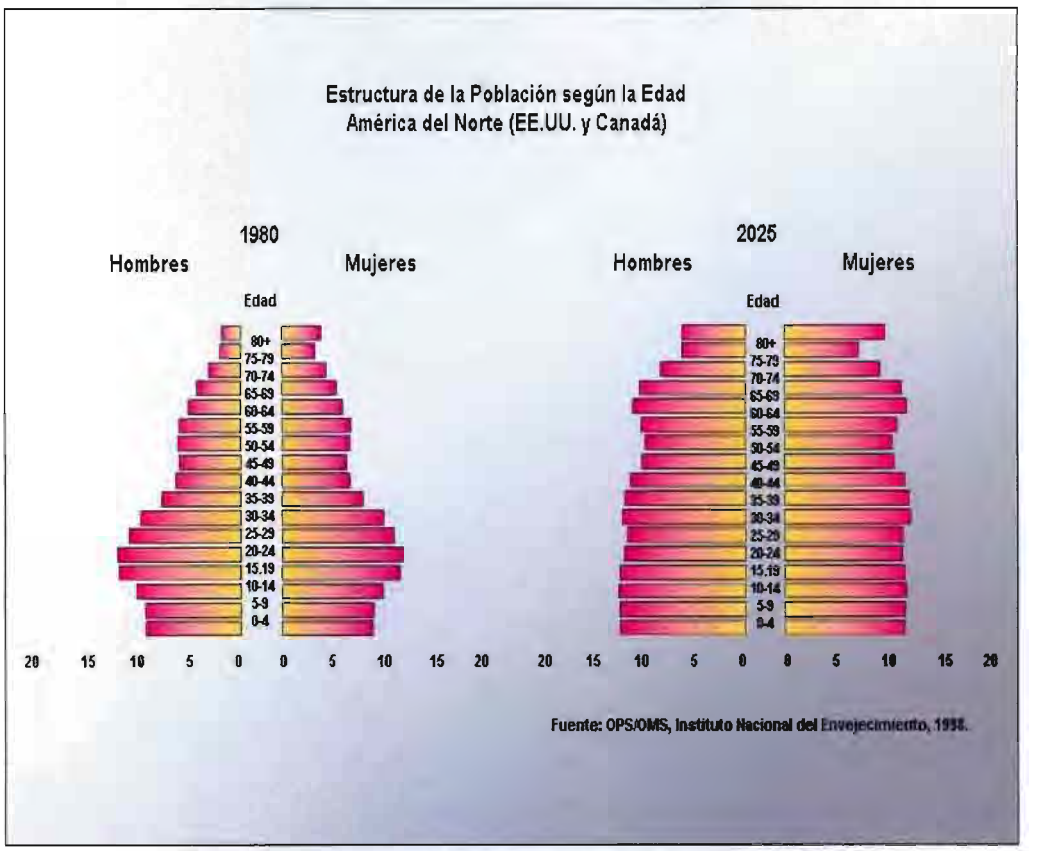


Figura 1.3: Estructura de la Población de América del Norte

[6] OPS, *Encuesta Multicéntrica Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Informe Preliminar*, División de Promoción y Protección de la Salud, Washington, Mayo 2001.

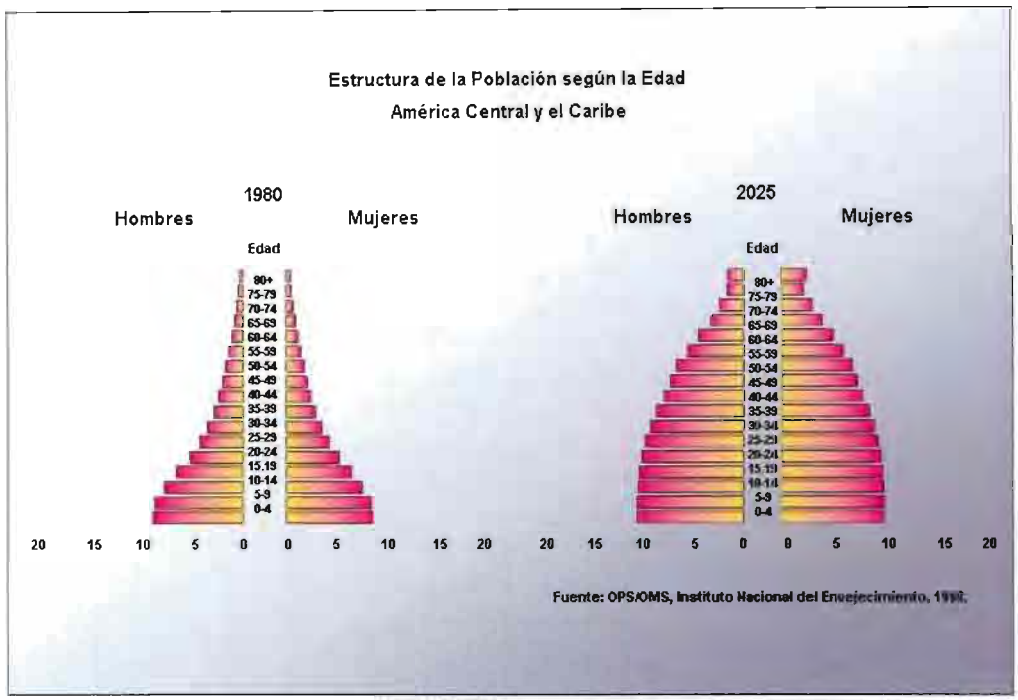


Figura 1.4: Estructura de la Población de América Central y el Caribe

Distribución porcentual de los adultos mayores por sexo, grupos de edad (en años) y ciudades, 2001

Ciudad	60 años y más		Mujeres			Varones		
	Mujeres	Varones	60-64	65-74	75+	60-64	65-74	75+
Buenos Aires	62	38	21,52	49,94	28,55	22,82	51,22	25,96
Bridgetown	60	40	20,79	42,51	36,69	15,62	46,99	37,40
San Pablo	58	42	30,80	45,00	24,20	34,40	46,43	19,17
Santiago	66	34	27,29	42,40	30,31	32,88	43,39	23,73
La Habana	59	41	26,24	39,78	33,98	30,39	43,14	26,47
México, D.F.	56	44	29,48	43,55	26,97	36,10	43,56	20,34
Montevideo	64	36	21,91	47,06	31,03	20,00	51,48	28,52

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Encuesta SABE, 2001 e informes preliminares.

Cuadro 1.1: Distribución Porcentual de los adultos mayores por sexos y grupos de edad

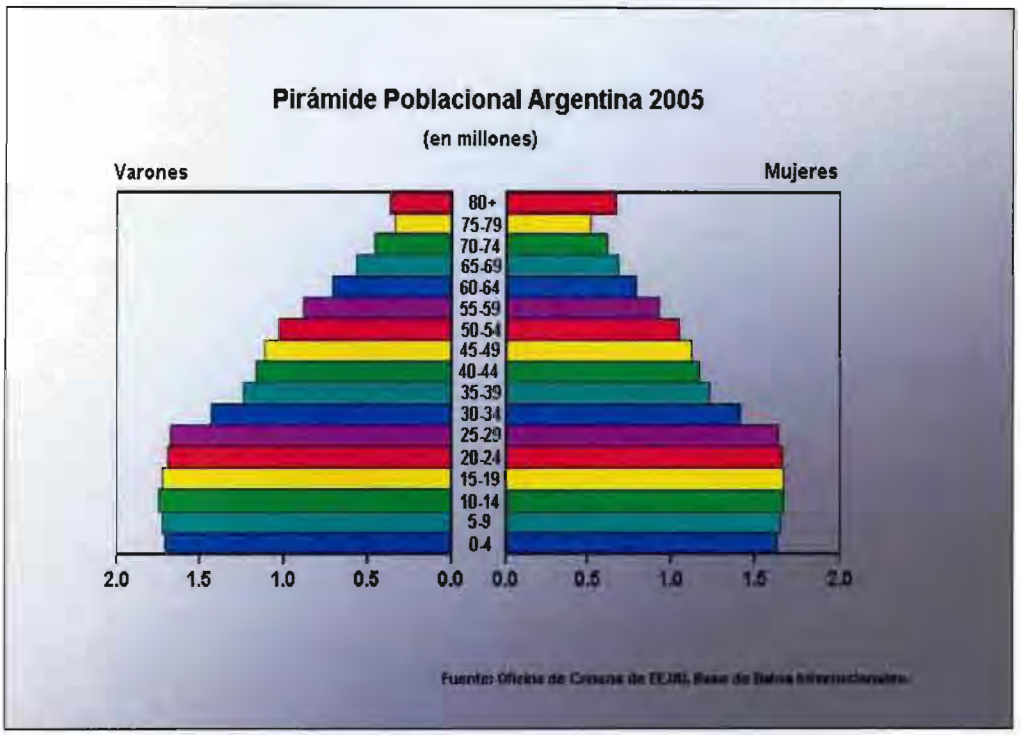


Figura 1.5: Pirámide Poblacional de Argentina 2005



Figura 1.6: Pirámide Poblacional de Argentina estimada para 2025

A continuación se ofrece una descripción de las variables demográficas y de salud de la población encuestada, en las siete ciudades incluidas en la muestra.

En las figuras 5 y 6, se destaca el contraste entre las distribuciones de edad jóvenes -en México D.F. y San Pablo- y las distribuciones más viejas -en Bridgetown, Buenos Aires y Montevideo-.

Estos contrastes son función de los antecedentes de disminución de la fecundidad y la mortalidad en la región. Los países que experimentaron una transición tardía muestran distribuciones jóvenes de su población mayor de 60 años, mientras que sus predecesores muestran indicios de distribuciones mucho más viejas para este grupo de adultos mayores.

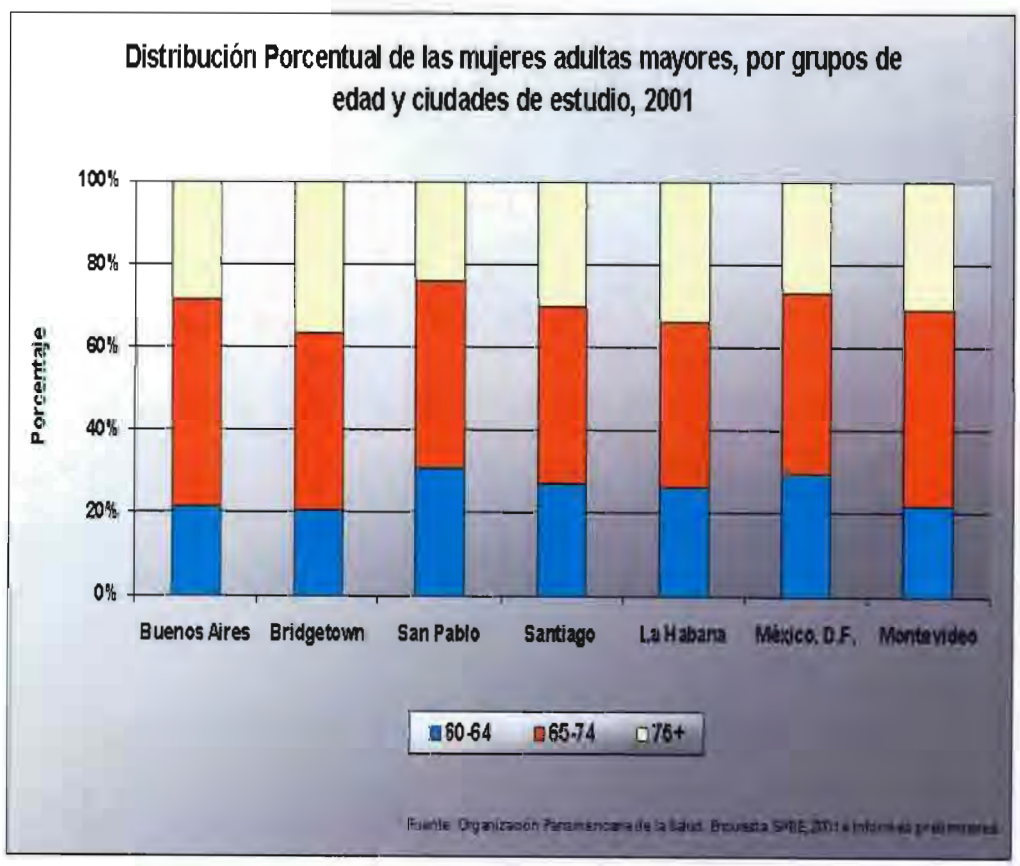


Figura 1.7: Distribución Porcentual de mujeres adultas mayores, 2001

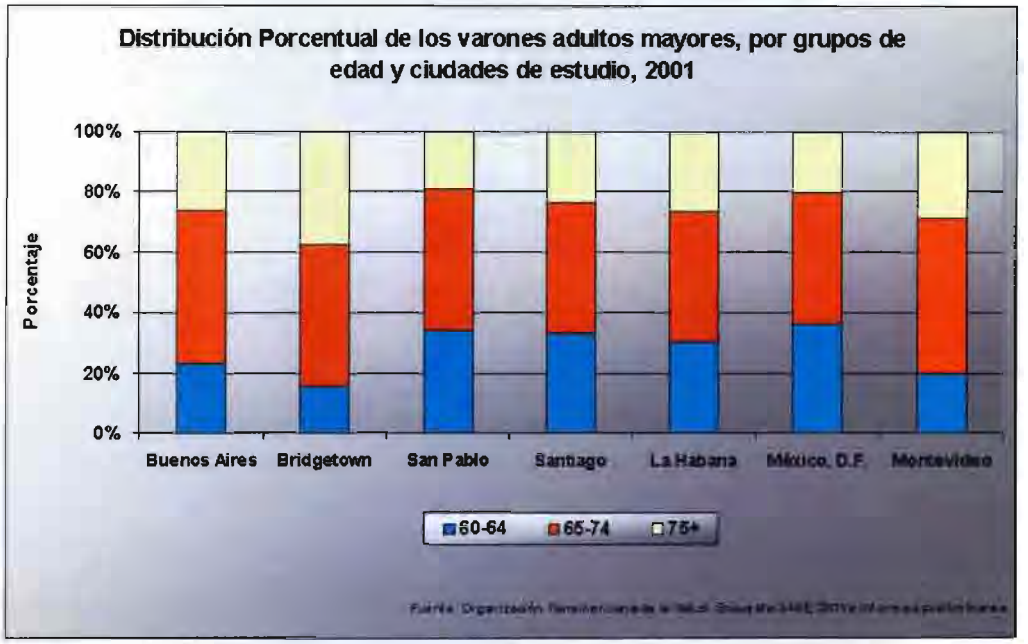


Figura 1.8: Distribución Porcentual varones adultos mayores, 2001.

La encuesta SABE constituye un punto de partida en el estudio sistemático del envejecimiento en zonas urbanas de la Región de América Latina y el Caribe, y ha sido instrumental en la articulación de una agenda de investigación para la Región.

La encuesta sirve como fundamento para las recomendaciones siguientes:

1) el desarrollo de la investigación sobre la salud y el envejecimiento debe guiarse por diseños multidisciplinarios. Es indispensable estudiar la salud de las personas adultas mayores en relación con su situación económica y familiar. La interacción entre epidemiólogos, economistas y sociólogos en el diseño de encuestas de envejecimiento es indispensable;

2) para lograr bases de datos comparables entre países es necesario llegar a un consenso en la región sobre los instrumentos de evaluación apropiados para cada aspecto de la salud y el bienestar en las personas adultas mayores, y utilizarlas de manera uniforme en futuras investigaciones;

3) los estudios que permiten comparaciones entre ciudades y entre países que tienen contextos socioeconómicos, demográficos y políticos diferentes son importantes para obtener conocimientos más completos y sólidos; en cuyo caso las varianzas socioeconómicas permiten hacer inferencias más robustas que cuando se investiga en un solo contexto;

4) la investigación sobre la salud pública y el envejecimiento no justificará la inversión que requiere si no se establece un diálogo entre los investigadores y los políticos y tomadores de decisiones, de tal forma que las políticas de salud se guíen efectivamente por la evidencia.

Se prevé que a lo largo de los próximos decenios se producirá un cierto grado de envejecimiento de la población en todas las regiones del mundo. Es poco probable que las intervenciones políticas tendientes a aumentar el número de hijos en los países de baja fertilidad puedan alterar sustancialmente esa previsión.

Asimismo, aunque un fuerte aumento de las migraciones internacionales pudiera alterar las tendencias de la población en edad laboral en los países industrializados, no existe ningún escenario posible de migración que pueda tener más que un efecto moderado en el grado de envejecimiento proyectado en esos países.

Como los cambios que se aproximan en la estructura de edad de la población se conocen bien, es posible en gran medida actuar preventivamente aún a pesar del envejecimiento poblacional inevitable, pues sus efectos dependerán de las medidas que se adopten para hacer frente a todos los retos que plantea.

Pero así y todo, resultará muy problemático lograr que el creciente número de personas mayores cuenten con un apoyo adecuado en su vejez, que tengan acceso a un empleo digno en el caso que deseen o necesiten seguir siendo económicamente activos y que gocen de un nivel apropiado de atención de salud y a menos que el crecimiento económico se acelere de manera sostenida, la realidad del envejecimiento impondrá cargas significativas a la población laboral, sea en forma de más impuestos o de otros gravámenes, para sustentar una transferencia estable de recursos hacia los grupos de edades avanzadas.

1.3.2 Cambios en el envejecimiento regional

A cinco años de la adopción de la Estrategia Regional sobre Envejecimiento, las primeras conclusiones y el primer examen global del Plan Madrid, exponen la heterogeneidad del proceso regional y la evolución de los países con envejecimiento incipiente[7].

Los rasgos principales de los países de la región con un envejecimiento incipiente se caracterizan por sus niveles relativamente altos de fecundidad (más de 3,3 hijos por mujer) y un índice de envejecimiento inferior a 17 personas mayores por cada cien menores de 15 años.

Al comienzo de la década de los 50, estos países mostraban una proporción de mayores muy similar a la del resto de la región, aunque el ritmo con que se incrementó esta población en las décadas siguientes fue muy diferente, debido en general a que la fecundidad se mantuvo alta hasta mediados de los ochenta, contribuyendo a que la tasa de crecimiento de los ancianos se incrementara a un ritmo medio anual del 2,6% llegando a representar el 5,3% de la población total en 1975. Incluso en Honduras, Nicaragua y Guayana Francesa

[7] CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), "América Latina y el Caribe. Rasgos principales de los países con envejecimiento incipiente", en *Boletín 6. Envejecimiento y Desarrollo en América Latina y el Caribe*, Diciembre de 2008.

la proporción de personas de 60 años y más, descendió por efecto del rejuvenecimiento de la población, a causa del descenso de la moralidad infantil y la persistencia de las altas tasas de fecundidad.

Pero en el siguiente período 1975-2000, los países con un envejecimiento incipiente aumentaron en número de personas mayores con la misma celeridad que aquéllos en una etapa de envejecimiento moderado.

Las estimaciones y proyecciones de población indican que en los países con envejecimiento incipiente, el número de ancianos continuará aumentando en términos absolutos y relativos. Para el período 2000-2025 la población de 60 años y más crecerá a un ritmo medio anual del 3,3%, llegando a representar en 2025 el 8,6% de la población total, en tanto que en 2050 alcanzará a 16%.

En el transcurso del medio siglo 2000-2050, estos países serán los únicos que exhiban elevadas tasas de crecimiento de la población adulta mayor, la que aumentará en los próximos años. En los países con envejecimiento avanzado declinará el ritmo de aumento de la población añosa.

Este escenario revela los desafíos a los que se verá expuesto el grupo de países que actualmente transita por las fases tempranas del envejecimiento de su población, toda vez que deberán soportar cambios vertiginosos en las décadas siguientes: demorarán en promedio sólo 25 años en pasar del 7% al 14% de población con más de 65 años, en tanto que (por ejemplo) Francia insumió más de 100 años y Japón alrededor de 40 en dicho proceso.

El siguiente gráfico muestra la heterogeneidad del proceso de envejecimiento regional, donde algunos países han tardado muy poco en alcanzar porcentajes superiores a 10% de personas mayores de 60 años, mientras que los que se encuentran en una etapa incipiente, tenían un 6% en promedio en el año 2000.

Los mayores cambios en estos últimos ocurrirán en las próximas décadas, debido a una tasa de crecimiento de los adultos mayores superior a las de la población total

1.3.3 Tres desafíos en el horizonte

En 2050 uno de cada cuatro habitantes de esta parte del continente tendrá 60 años o más. El horizonte muestra tres retos sustantivos:

1) Incluir el envejecimiento en la agenda del desarrollo a largo plazo,

2) Extender la cobertura y calidad de los sistemas de protección social,

3) Capitalizar las oportunidades que ofrece la favorable relación de dependencia demográfica en los próximos años.

Uno de los dilemas más preocupantes es el desarrollo desigual de los sistemas de protección social. Más del 50% de los mayores carece de acceso a los regímenes de jubilaciones y pensiones.

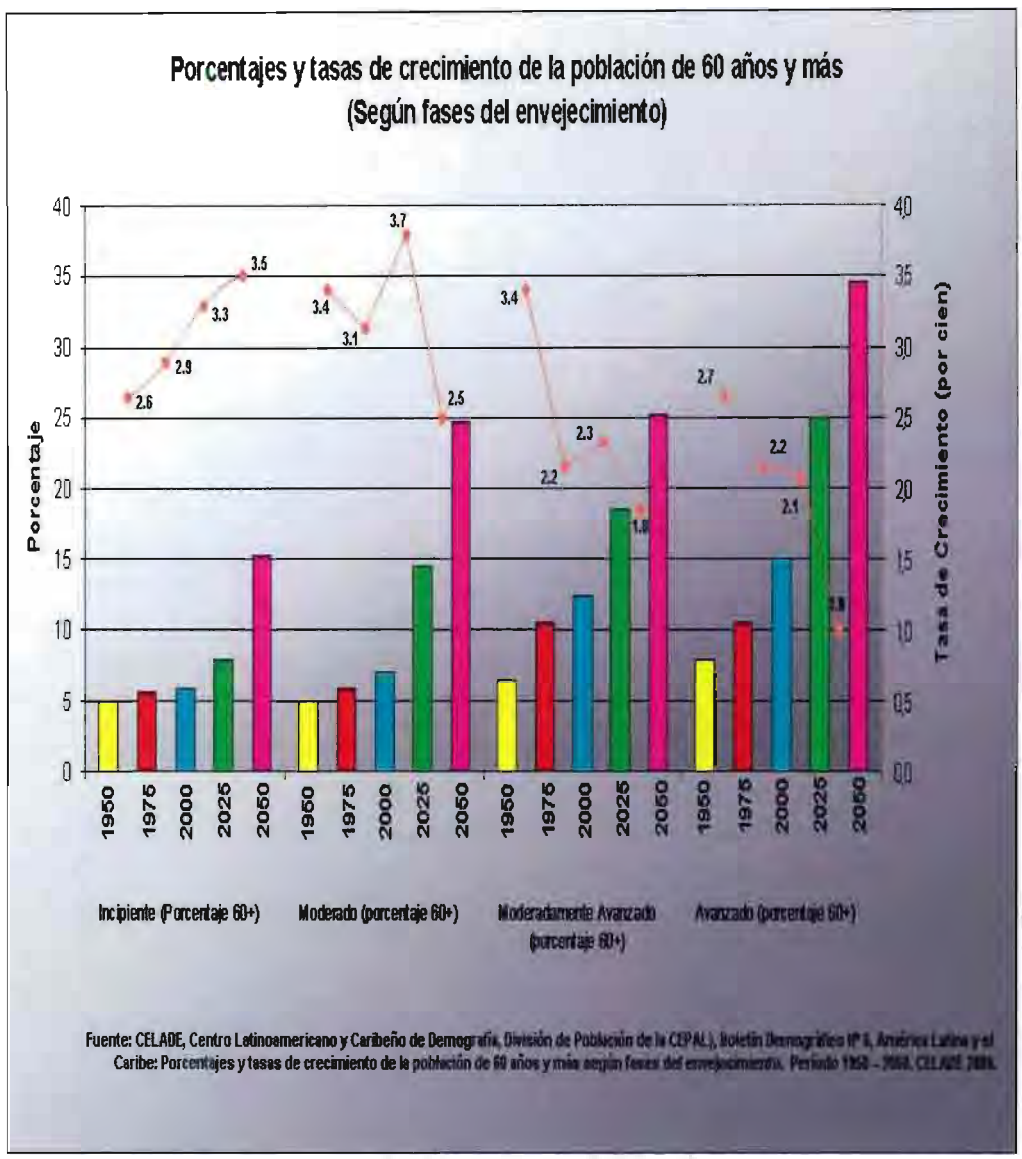


Figura 1.9: Porcentajes y Tasas de Crecimiento de la población mayor a 60 años.

Un paliativo surgió a partir de 2005 con la reducción del índice de pobreza, que se extendió y benefició a hogares con personas mayores. En condiciones ideales, los sistemas de protección deberían ser suficientes para lograr por lo menos un nivel de vida mínimo aceptable. Pero hoy en día, sólo aquéllos que comienzan a aportar desde edades muy tempranas pueden vislumbrar una oportunidad de evitar la pobreza cuando alcancen edades avanzadas como así también quienes tienen buenos y bien remunerados empleos; como se observa, sólo unos pocos grupos pueden obtener protección segura.

En lo que a salud respecta, existe una relación entre transición demográfica y epidemiológica. El envejecimiento de la población cambia el panorama de las enfermedades infecciosas y lo traslada al de las enfermedades crónicas, degenerativas o incapacitantes. A diferencia de los países desarrollados en los que la transición fue menor y operó luego de alcanzados altos niveles de vida, menores desigualdades y una vez superadas las diferencias de acceso a los beneficios de salud, en América Latina y el Caribe, este proceso se presenta en un contexto socioeconómico frágil y plagado de desigualdades y exclusiones, y con graves problemas de inequidad sanitaria.

En este marco, los países con envejecimiento avanzado tendrán que prevenir y reducir las patologías crónicas, en tanto que los que tienen déficits de vivienda y de acceso a servicios básicos, tendrán la carga de cumplir con ambas metas.

Es evidente que la longevidad será el eje de las políticas públicas de este siglo. En el año 2007, el CELADE[8], como parte de las metas de seguimiento y evaluación puntualizadas en la Estrategia Regional, analizó las acciones implementadas en 21 países en las tres áreas prioritarias señaladas en la Conferencia de Santiago de Chile en 2003:

- Salud y bienestar en la vejez;
- Personas de edad y desarrollo;
- Entornos propicios y favorables.

En la primera se destacaron los programas de formación de los equipos de atención de la salud, y la supervisión de los establecimientos de larga estadía.

En la segunda se priorizó el empleo de las personas adultas mayores y los sistemas de pensiones.

En la tercera se priorizaron las iniciativas de prevención del maltrato y los abusos y el fomento de las redes de apoyo social.

[8] CELADE, "América Latina y el Caribe. Rasgos principales...", *Op. cit.*

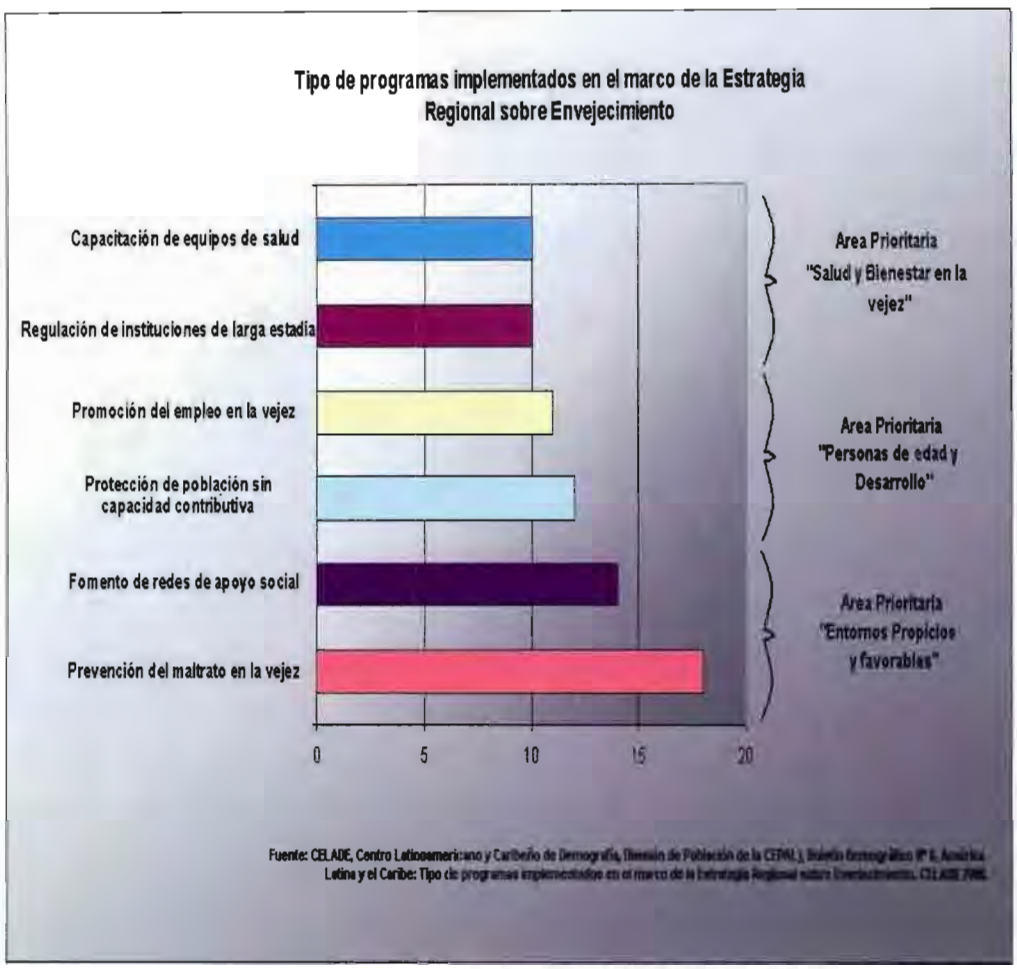


Figura 1.10: Tipos de Programas Implementados en Estrategia Regional sobre Envejecimiento.

1.3.4 Las condiciones de salud de los adultos mayores en los distintos países

La cobertura de las necesidades de salud de los adultos mayores en los países iberoamericanos es desigual. Hay sustanciales diferencias en el tipo de atención cubierta, en función de qué institución realiza la cobertura. En muchos casos se excluyen las intervenciones de alta complejidad y los medicamentos.

A continuación se reflejan algunos datos sobre la cobertura de las necesidades de salud de los adultos mayores en los países que han participado en el Proyecto "Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países iberoamericanos"[9].

En Argentina, el acceso a la salud pública es universal para todos los habitantes incluyendo a los adultos mayores. Complementariamente el 76,5% de

[9] OISS (Organización Iberoamericana de Seguridad Social), Proyecto "Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países iberoamericanos. Avances y perspectivas", Madrid, 2008.

las personas mayores están cubiertas por una obra social o plan de salud privado o mutual, de acuerdo con el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001, siendo la entidad con mayor número de afiliados el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI).

Las tasas de cobertura aumentan con la edad (tienen cobertura el 88,1% de los mayores de 80 años, frente al 63,1% de los que tienen entre 60 a 64 años).

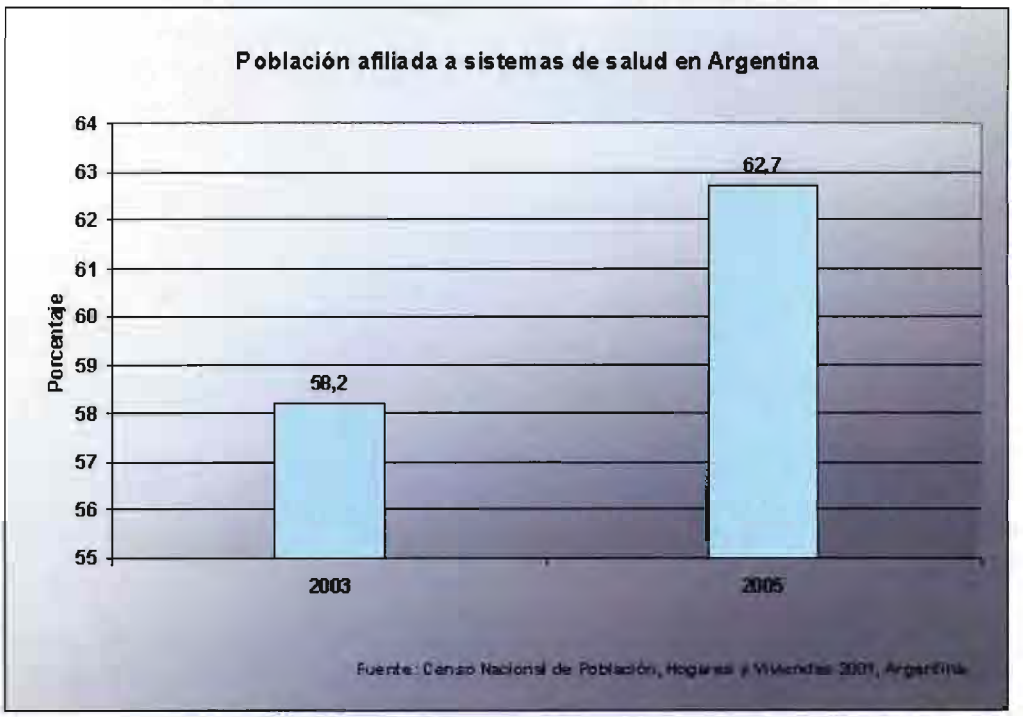


Figura 1.11: Población afiliada a sistemas de salud en Argentina.

En Bolivia, de acuerdo con la Encuesta MECOVI 2002, de un total de 190.197 personas de 60 años o más que declararon haber recurrido a personal médico, paramédico o no médico para atender su salud, el 21 % fue atendido en la Caja Nacional de Salud u otras cajas del sistema, el 19% en hospitales públicos y el 26% en centros de salud, puestos o postas de salud, clínicas u hospitales privados, consultorio médico particular o directamente en una farmacia.

El resto fue atendido en su propia casa, la mayor parte de las veces por personas sin formación sanitaria, con las implicancias y riesgos del caso.

En Brasil, la atención a la salud de las personas mayores se lleva a cabo a través del sistema público de salud (Sistema Único de Salud, SUS) y por el sistema privado, que actúa en forma complementaria y opcional. Un 70% de los adultos mayores se atiende exclusivamente en el Sistema Único de Salud; aquéllos que tienen plan privado de salud sólo esporádicamente acuden a la atención pública, en general, sólo cuando necesitan estudios o procedimientos de alto costo, como por ejemplo tratamientos oncológicos, que generalmente no suelen estar cubiertos por los convenios privados.

En Colombia, de acuerdo con los indicadores básicos de situación de salud establecidos por el Ministerio de la Protección Social para 2006, la cobertura de salud abarcaba el 81,0% de la población total. El 44,1% de la misma corresponde al régimen subsidiado de salud, y el 36,9% al régimen contributivo de salud. Los regímenes de excepción (fuerzas militares, magisterio, Ecopetrol, policía nacional) cubren el 4,8% de la población total.

En los mayores de 60 años la cobertura de salud asciende al 87%, y es superior la proporción de los que obtienen esa cobertura en el régimen contributivo (58%) que los que la obtienen en el régimen subsidiado (42%).

En Costa Rica, la Caja Costarricense del Seguro Social, que es la institución responsable de proveer servicios públicos del servicio de salud y maternidad a toda la población, asegura en la actualidad al 61,52% de la población mayor de 65 años.

En Chile (datos de 2003), el 68,3% de la población tiene cobertura del seguro público de salud, administrado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), un 17,6% está asegurada en las Instituciones de Salud Previsionales privadas (ISAPRE), y el 14,1% restante en otros sistemas (por ejemplo, el que cubre a los miembros de las fuerzas armadas) o no dispone de cobertura.

Entre los adultos mayores aumenta la proporción de personas cubiertas por el seguro público y disminuye la de personas cubiertas por las ISAPRE.

En Ecuador, los datos sobre afiliación a seguros de salud por edades provenientes de la encuesta ENDEMAIN de 2004 revelan que alrededor del 70% de la población de 60 años y más se encuentra sin cobertura, pese a que es bien conocido el hecho que las personas mayores tienen mayores requerimientos de salud que la población más joven, y que la mayor parte de sus afecciones son de carácter crónico, por lo cual necesitan una atención permanente y más especializada.

Del 30% que se encuentra afiliado, alrededor del 15% lo está al Instituto Ecuatoriano del Seguro Social (IESS), al Seguro Social Campesino (SSC), el 14% de las personas de entre 60 y 74 años y el 11,5% de quienes cuentan 75 años o más. El 1% o menos está afiliado al Instituto de Seguridad de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y de la Policía (ISSPOL). Una proporción ínfima, de menos del 1% se encuentra afiliado a seguros privados.

En México, los registros de las instituciones de seguridad social indican que el 49,8% de de la población nacional está asociada a algún tipo de sistema de salud, frente a un 49,2% que no cuenta con ninguna clase de protección.

En el conjunto de los mayores de 60 años, el 50,6% está adherido a algún sistema, pero entre las personas de 85 años o más este porcentaje se reduce al 41,2%, lo que significa que seis de cada diez de los adultos más envejecidos carece de prestaciones por lo que su atención de salud se resuelve con autoasistencia o por la de sus familiares mediante servicios médicos en instituciones públicas o privadas.

En Paraguay sólo un 19% de la población cuenta con cobertura de salud asegurada. El seguro público de salud cubre a poco más de un 12% (El Instituto de Previsión Social, IPS, a un 10,9%, la Sanidad Militar y Policial al 1,1% y los seguros mixtos municipales a un grupo no significativo en el total). Los seguros privados atienden al 6,9% de la población. La cobertura de los seguros privados es en general básica: excluye medicamentos, accidentes, enfermedades crónicas o preexistentes e intervenciones de alta complejidad, y aplica severas restricciones a los casos de tratamientos prolongados y la terapia intensiva.

Se calcula que más del 83% de los adultos mayores carece de seguro médico, y en el supuesto de padecer alguna enfermedad, deberá afrontar el costo de atención o no recibir ninguna. Según datos de la Encuesta Integrada de Hogares (EIH) 2000/01, el 37,6% de los mayores que se enferman o se accidentan no han acudido a consulta alguna para atender sus patologías o dolencias.

En Uruguay, según la Encuesta sobre Estilos de Vida y Salud de la Población Adulta (ENEVISA) del año 1999, el 96,8% de los adultos mayores goza de cobertura de salud y el 3,2% carece de ella. El 37,5% de los mayores están asistidos por el sistema público de salud (el 24,6% por el Ministerio de Salud Pública, MSP, que por mandato constitucional garantiza el acceso gratuito a los recursos sanitarios a las personas de bajos recursos, y el 12,9% restante por otras instituciones públicas, como el Hospital Militar, el Hospital Policial, los Bancos Estatales y los Entes Autónomos).

Las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) asisten en salud al 59,3% de las personas mayores residentes en Uruguay. Estas instituciones, de carácter privado sin fines de lucro, constituyen un sistema prepago de atención de salud con afiliación individual, familiar o colectiva mediante el pago de una cuota mensual.

1.4 La atención de la salud ante la creciente longevidad de los seres humanos

La forma en que se pueden llegar a distribuir los recursos económicos destinados a la atención de la salud, teniendo en cuenta que la creciente longevidad de los seres humanos hace prever para muchas sociedades una esperanza de vida de alrededor de 120 años motiva especiales consideraciones.

La perspectiva que H. Moody[10] presenta en ese sentido da lugar a cuatro escenarios posibles. Cada uno de ellos implica otorgar a la longevidad un significado diferente y consecuentemente, desarrollar políticas distintas para la asignación de los recursos de la salud.

Los escenarios que presenta Moody son los siguientes:

a) Prolongación de la morbilidad

[10] Moody, H., "Ageing, Meaning and the Allocation of Resources", en *Ageing and Society*, Vol. 15, Cambridge University Press, Junio 1995, pp. 163-184.

En él se plantea la perspectiva de muchas personas que vivirán muchos años, pero en condiciones de decrepitud, con una muy mala calidad de vida. Se alcanza la longevidad, pero no se logran reducir las enfermedades asociadas al envejecimiento.

En una visión extrema de este escenario, se presenciarán crecientes demandas para que la justicia avale casos de eutanasia o de suicidio asistido, justificando esta decisión en el deterioro de la calidad de vida.

El riesgo es muy evidente: ¿Dónde está el límite que separa la calidad de vida del incesante incremento de los costos? Para acudir a un ejemplo de este escenario, pueden surgir conflictos respecto de la dialización de pacientes con Alzheimer muy avanzado.

b) Reducción de la morbilidad

Se plantea aquí el escenario opuesto al caso anterior. Se focaliza la inversión en recursos en la reducción al mínimo de todas las enfermedades vinculadas al envejecimiento pretendiendo lograr el objetivo de que las personas puedan vivir la mayor cantidad de años en las mejores condiciones.

Coincide con la modernización de la vejez, en el sentido de que más que la vejez como una etapa segregada de la vida, se pretende obtener una prolongación de la mediana edad. La vejez que era entonces restringida a unos pocos meses o años en los que la salud declina y llega a un colapso al cual sobreviene la muerte.

En este escenario se plantea una esperanza de vida de 120 años, es decir que se concibe que sigue existiendo un límite en la vida humana.

c) Prolongevidad

Es el escenario de la prolongación indefinida de la vida. Según este esquema de pensamiento, todos los recursos deberían dedicarse a la investigación de las causas del envejecimiento a fin de evitar sus consecuencias.

A diferencia del primer escenario, en éste se pretende elevar al máximo la prolongación del ciclo vital, y simultáneamente, retrasar o eliminar las condiciones que se reconocen como envejecimiento normal.

El logro de ambas metas conjuntamente, requeriría una comprensión y una admisión de la biología del envejecimiento mucho más avanzada que la que hoy poseemos aunque no hay que descartar que tal comprensión se produzca ante los resultados de proyectos de avanzada, como por ejemplo los basados en la manipulación de la expresión del genoma humano.

d) Recuperación del mundo de la vida

Supone un significado de la vejez inserto en la finitud de la vida humana, como condición a ser aceptada voluntariamente por todos. Como resultado de una elección común, los seres humanos optan por un "segundo mejor" por debajo de todos los beneficios que el máximo de prolongación provisto por la tecnología podría ofrecer.

En este cuarto escenario se pretende volver a la idea tradicional de las etapas de la vida y el compromiso entre las generaciones. El hombre renuncia a la longevidad indefinida por razones de solidaridad o justicia intergeneracional. El bien común y las necesidades de las generaciones futuras, son valores que sostiene la limitación de la prolongación de la vida.

En esta visión, el significado de la vejez es algo sostenido de generación en generación, una participación en un vivir y en un morir compartidos trascendiendo los límites de la vida individual.

1.4.1 Dilemas éticos, económicos y sociales

Estos escenarios ponen en evidencia las profundas implicancias éticas que se ponen en juego en las decisiones que hoy se toman para la sociedad del mañana.

Desde una perspectiva filosófica, esto es un llamado a la reflexión en busca de significados para una etapa de la vida, que arroja una responsabilidad cada vez mayor sobre la sociedad por varios motivos: la población continúa envejeciendo, se plantean diversos dilemas éticos como producto de la necesidad de reducir los costos para expandir el espectro de servicios, se presentan casos de muerte autodeterminada, y continúan evolucionando las tecnologías biomédicas que postergan el envejecimiento o sus efectos.

No hay uniformidad en la comprensión de los significados de la longevidad, pero comienza a aflorar una toma de conciencia extendida. Ya no se trata de un hecho del futuro lejano.

En particular en los países en vías de desarrollo, se percibe que el acelerado proceso de envejecimiento poblacional ejerce y continuará ejerciendo una demanda creciente de recursos, pero en un contexto de ingreso *per capita* más bajo y con instituciones políticas y financieras menos desarrolladas que en los países industrializados.

Dependiendo de las acciones que se adopten esto podría derivar en un incremento de la deuda pública o en una mayor inversión en capital físico y humano.

Estas condiciones impulsan el proyecto del CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía)[11], denominado "Transferencias

[11] Proyecto financiado por el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo - IDRC (proyecto 104231). Forma parte del proyecto mundial "Cuentas Nacionales en materia de

Intergeneracionales, envejecimiento de la población y Protección social en América Latina".

Su propósito es analizar las políticas sociales y económicas e influir en el diseño de los sistemas de protección social, tomando en cuenta la tendencia demográfica, los sistemas de transferencia públicos y privados, su equidad inter e intrageneracional y su sustentabilidad financiera en el mediano y largo plazo.

Agregamos en el Anexo I una breve síntesis del proyecto.

Transferencias" ("National Transfer Accounts"), bajo la dirección de los profesores Ronald Lee (University of California at Berkeley) y Andrew Mason (University of Hawaii). Responsable a cargo del proyecto: Sr. Edgard Rodríguez.

ANEXO I

Proyecto "Transferencias Intergeneracionales"

Una mirada hacia el futuro de la protección social en la era de la longevidad.

El proyecto forma parte del proyecto mundial Cuentas Nacionales en Materia de Transferencias integrado por 25 países de América, Asia, África y Europa. El sistema contable mide las transferencias intergeneracionales a nivel global de manera compatible con las cuentas nacionales. Para ello se utilizan datos de ingreso, gasto y transferencias públicas y privadas considerando las diferentes instituciones que intervienen: gobierno, mercado y familia. Esto posibilita estimar los flujos económicos entre grupos de edad, poner en evidencia las repercusiones de la longevidad y evaluar las alternativas de reasignación de recursos previsionales, de salud y educación.

En particular, el proyecto busca:

- Fortalecer las capacidades de investigación de demografía y economía en cinco países: Brasil, Chile, Costa Rica, México y Uruguay;

- Informar y analizar de mejor manera los sistemas y las políticas de protección social a nivel nacional;

- Contribuir al desarrollo de una perspectiva regional del envejecimiento, como asimismo de la capacidad comparativa y la aplicabilidad de las políticas que emanen de la investigación a nivel de país.

Mediante el uso de bases de datos macro y microeconómicos sobre ingreso, gasto, empleo y condiciones de vida, el proyecto ampliará la aplicación de la metodología de Cuentas Nacionales en materia de Transferencias para analizar los sistemas y las políticas de protección social en los cinco países latinoamericanos mencionados.

Entre éstos se incluyen países pequeños que tienen un alto grado de cobertura y un sistema de protección social establecido hace ya muchos años (Costa Rica, Chile, y Uruguay), como así también países más poblados que tienen baja cobertura, pero donde se está expandiendo el sistema de protección social (Brasil y México).

Por otra parte, los centros de investigación participantes explorarán variaciones a los métodos standard mediante el uso de datos más detallados, disponibles en cada país, relacionados con dimensiones específicas, tales como la incidencia de las transferencias privadas (remesas) o la identificación de transferencias clasificadas por sexo.

En general, la metodología del proyecto es novedosa y especializada y requiere que se capacite a los equipos de investigación que participan en el proyecto. Ello se llevará a cabo a través de su participación en las reuniones anuales y actividades educativas de la red asociada al proyecto mundial de Cuentas Nacionales en materia de Transferencias.

Entre los productos que se espera obtener del proyecto se destacan:

- Cinco estudios de caso (Brasil, Costa Rica, Chile, México y Uruguay) sobre transferencias intergeneracionales, protección social y envejecimiento, con base en un esquema común

- Un informe regional sobre transferencias intergeneracionales, protección social y envejecimiento en América Latina

- Talleres nacionales y regionales en diferentes momentos del proyecto con la asistencia de investigadores, agencias gubernamentales y regionales

- Publicación de los resultados a difundir a través de distintos medios de comunicación a los encargados de formular las políticas y al público en general en América Latina.

Entre los resultados de mediano plazo que se espera obtener del proyecto, cabe mencionar:

- Un mayor conocimiento acerca de las repercusiones que tienen las transiciones demográficas en el crecimiento económico y la protección social

- Un enriquecimiento del debate sobre protección social mediante el análisis de los sistemas de transferencias desde una perspectiva comparativa.

CAPITULO II

Longevidad y bioética

2.1 Consideraciones bioéticas
- 2.1.1 Marco conceptual
- 2.1.2 Fundamentos "principalistas" de asistencia a los mayores
- 2.1.3 Fundamentos de la bioética contemporánea

2.2. Problemas éticos en la ancianidad
- 2.2.1 "Ageísmo" social
- 2.2.2 Humanización de la praxis asistencial
- 2.2.3 Integración y convivencia familiar: un problema ético bidimensional
- 2.2.4 Pérdida de autonomía
- 2.2.5 Maltrato
- 2.2.6 Distribución de los recursos
- 2.2.7 Los tres discursos de la Muerte digna
  - 2.2.7.1 Consenso sobre derechos y atención

2.3 Modelos bioéticos de asistencia para la longevidad

2.4 Barreras sociales. Percepciones y equívocos
- 2.4.1 Los estereotipos y sus efectos

2.1 Consideraciones Bioéticas

2.1.1 Marco conceptual

Según la *Encyclopedia of Bioethics*[12], puede definirse la bioética como "el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las Ciencias Biológicas y de la Atención de la Salud en la medida que esta conducta se examina a la luz de los valores y principios morales".

Como puede observarse la bioética no se limita a la ética médica. Constituye un concepto más amplio que aborda una amplia gama de cuestiones sociales, entre las que se cuentan la salud pública, la salud laboral, el ambiente, y todo un espectro de relaciones y necesidades humanas en un devenir moral y normativo.

Comprende los valores relacionados con la problemática emergente de todas las especialidades de la salud y otras afines. Se aplica a todo tipo de investigaciones biológicas y trasciende la vida de las personas, por cuanto se refiere al estudio de la conducta humana en el campo propio de todo su entorno vivo.

Por otra parte, la longevidad, o duración de la vida es un fenómeno complejo, con dimensiones históricas, culturales, sociales, y económicas. Esta complejidad ha planteado hasta el presente una dificultad teórica para correlacionar estas distintas dimensiones, y más aún para enmarcarlas en los principios de la bioética, dentro de un contexto interdisciplinario.

El impacto multifacético del tratamiento de la longevidad, ha motivado la exploración de sus tendencias y antecedentes, dado que los resultados se evidencian con más énfasis en el área de la gerontología.

La administración de la salud, asimismo ha planteado prioridades en la distribución de los recursos, enfatizando la importancia de la prevención en todas las edades pues la extensión de la vida hacia decenios cada vez más tardíos trae consigo una valoración moral y económica que conduce rápidamente al campo de la bioética.

La ciencia y la tecnología han sido ejes sustanciales en el avance hacia el control del envejecimiento, y se registran grandes hallazgos en el desarrollo de herramientas terapéuticas para revertir el deterioro causado por la edad y prevenir, a la vez, las patologías más importantes.

Aunque todo ello ha tenido predominantemente un carácter biologicista, y a lo sumo se ha producido una convergencia entre investigaciones de salud y estudios de bienestar social y de calidad de vida colectiva e individual, no se ha logrado hasta el presente convertir los resultados de esa convergencia en un proyecto social.

[12] Reich, W. T. (Ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, Macmillan, New York, 1978.

En los últimos 50 años se han producido las llamadas "tres revoluciones": la revolución terapéutica (descubrimiento de sulfamidas y antibióticos), la revolución biológica (descubrimiento, utilización y manipulación del código genético) y la revolución tecnológica (informática y modernas tecnologías que dieron lugar a asombrosos avances en diversos campos de la ciencia).

La historia nos enseña que toda cultura, para no quedar sumida en un arcaísmo inerte, al margen del progreso de la humanidad, debe pactar con estos grandes saltos científico-técnicos.

Pero no a cualquier precio, sino previendo y previniendo sopesadamente sus posibles ventajas y desventajas. Ni la fe ilimitada en el progreso científico-técnico, ni la renuncia al mismo son las posturas óptimas para transitar por la senda del desarrollo humano. Citando a Aristóteles; *in media virtus est* ("en el medio está la virtud"); en ese delicado equilibrio reside la actitud más sensata y responsable en el tratamiento de la bioética y la ancianidad.

La ancianidad plantea a la bioética (y seguirá haciéndolo durante los años por venir) cuestiones vinculadas con la asistencia socio-sanitaria y la vida en sociedad de un grupo poblacional expuesto todo tipo de arbitrariedades. Las expectativas que han generado la ciencia y la técnica, si bien no todas ellas pueden atribuirse a su expansión y desarrollo, producen frustración cuando no se cumplen.

Existen muchas razones para que la idea ancestral de una vida ilimitada y en buenas condiciones de salud no sea factible: en primer lugar; el límite biológico de la especie humana debido a su historia evolutiva; en segundo, la modernidad, si bien parece producir vidas más placenteras que en el pasado, no conduce necesariamente a una longevidad feliz; el progreso técnico se asocia a numerosos peligros y amenazas: polución ambiental, dietas malsanas, sedentarismo y por último; aunque el desarrollo tecnológico permite condiciones favorables para la prolongación de la vida, ellas no son accesibles a segmentos amplios de la población mundial por oportunidad y costo.

La medicina contemporánea ha adquirido las formas discursivas de las ciencias naturales empíricas. Uno de los mandatos en el contexto intelectual de esas disciplinas es realizar todo lo factible, hasta el límite de su capacidad. Tales disciplinas, en particular las relacionadas con el cuerpo humano -cuyo paradigma es la fisiología- proveen la normatividad esencial que preside las nociones de salud y normalidad.

Proveen asimismo, las metáforas que permiten reinterpretar la vida social como un cuerpo sano, que puede perder algunas de sus funcionalidades pero que se conserva intacto en lo general. Según Fernando Lolas Stepke[13] la transición entre la fisiología como disciplina del cuerpo humano normal y la medicina como fijadora de normas y reparadora de los errores de la sociedad se encuentra en

[13] Lolas Stepke, F., *Bioética del cuidado en la ancianidad,* Universidad de Chile, Santiago de Chile, 2003.

autores tan diversos como Rudolf Virchow en Alemania y Walter B. Cannon en Estados Unidos, como así tampoco fue ajena a las teorizaciones de la sociología temprana de Henderson o Parsons.

Esto relega el tema sustantivo de la muerte a una consideración de orden intermedio, entre la sociedad mayor y la microestructura de los procesos celulares, ya que sólo la muerte individual adquiere el valor necesario a nivel de los sentimientos, para constituir materia de reflexión

2.1.2 Fundamentos "principalistas" de asistencia a los mayores

La bioética es una disciplina que continuamente debe responder a muchos de los retos que actualmente se presentan en nuestras sociedades, sobre todo por la aparición de nuevos problemas ligados al mundo de las ciencias biomédicas.

Es desde ese lugar desde donde se inicia su preocupación y misión: proporcionar pautas y criterios de acción para afrontar situaciones o retos que generan conflictos éticos. La dificultad radica en reflexionar dentro del marco de la cultura en que estamos inmersos, y en la búsqueda de fundamentos éticos para responder ante ella.

Las sociedades que sobreestiman la juventud, y el culto a la apariencia física en detrimento de otros valores, suelen ser particularmente insensibles para ponderar la experiencia y el protagonismo de los ancianos. Es urgente reconsiderar las actitudes ante ese segmento creciente de la sociedad, al que se tiende a condenar a la muerte social con anticipación cada vez mayor a la de su propia desaparición física.

Hablar de fundamentos éticos para la ancianidad equivale a rozar un punto delicado; implica un desafío para la estabilidad de los sistemas socio-sanitarios y familiares y se requiere un sustento ético lo suficientemente consolidado y consensuado que permita abordar los aspectos reales de la problemática.

Partiendo de la base del número elevado y en crecimiento de personas ancianas, con requerimientos de un programa de ayuda física y psíquica que involucra a toda una serie de personas (cuidadores principales, familia, voluntariado, cuidados domiciliarios, teleasistencia) y organizaciones públicas y privadas, puede plantearse la necesidad de elaborar unos mínimos contenidos reguladores de la acción para con ese segmento poblacional.

Sin embargo, un interrogante previo se impone al discurso sobre los fundamentos: ¿por qué actuar éticamente? ¿Qué fuerza impulsora obliga a tal comportamiento?

Son preguntas a las que todo hombre tiene que responder permanentemente. No es una cuestión secundaria ni teórica; se trata de cuestiones arraigadas en la problemática antropológica del ser humano que afectan a la responsabilidad existencial. De la respuesta se derivará el modo y tipo de sociedad

a construir, y el rumbo a seguir. Desde la bioética se pueden aportar múltiples frentes de acción, pero todas ellas habrán de ir apoyados en los pilares del respeto a la dignidad humana.

Algunas claves fundamentales que promueven comportamientos de respeto, benevolencia, justicia y solidaridad para todos, pueden conjugarse en un conjunto de fundamentos.

Desde que la bioética floreció a comienzos de la década de los setenta y desde que el *Informe Belmont* (1978)[14] aludió a ello, se ha planteado la coexistencia de cuatro principios (que si bien son muy limitados para abarcar la problemática social compleja de la salud pública, ya que sólo aluden a interacciones individuales), articulados como los pilares básicos de la bioética por los autores Beauchamp y Childress[15], que han posibilitado el paso de una ética unitaria, a una ética plural, racional, abierta al diálogo y válida para individuos de diferentes credos y cosmovisiones:

- Principio de Beneficencia: Promover el bienestar y cuidar los intereses de la persona cuya salud se atiende.
- Principio de No-Maleficencia: Reducir al mínimo los riesgos y daños para el afectado.
- Principio de Autonomía: Todos los participantes de un acto terapéutico deben consentirlo informada y voluntariamente
- Principio de Justicia: Igual consideración y respeto para todos. Distribución igualitaria de los recursos.

La incorporación de avances técnicos y científicos al campo de las ciencias de la vida y de la sociedad, la transición epidemiológica que afecta a todas las sociedades tanto "desarrolladas" como "en desarrollo", y asimismo la emergencia de una demanda calificada de servicios de salud, van paulatinamente acarreando nuevas cuestiones éticas.

Adela Cortina[16] utiliza la expresión "etica de mínimos", como un punto de referencia fundamental en el .discurso bioético contemporáneo. Es esa ética mínima, también llamada "ética de la justicia" por oposición a la ética de máximos o de "la felicidad", la que ha inspirado documentos como la Declaración

[14] En el informe Belmont, elaborado por una comisión nombrada por el Congreso de Estados Unidos, se definen los "principios éticos básicos" en investigación con seres humanos: el respeto por las personas, la beneficencia y la justicia, *Informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación*, Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y Comportamental, California, 30 de septiembre de 1978.

[15] Beauchamp, T.L. y Childress, J. F., *Principios de ética biomédica*, Masson, Barcelona, 1999.

[16] Cortina, A., "Pluralismo moral. Ética de mínimos y ética de máximos", Conferencia en la Universidad de Chile, Santiago de Chile, 6 de mayo de 2003.

Universal de los Derechos Humanos, o las distintas Constituciones y Códigos deontológicos profesionales.

Pero más allá de una postura general de un "mínimo digno", supuestamente garantizado por el Estado y sus instituciones políticas y jurídicas (Beauchamp y Childress[17]; Daniels[18]), es imprescindible crear una cultura de prevención económica y socialmente sustentable, así como de promoción de estilos de vida más saludables para toda la población, que fomente una opinión pública informada y en ejercicio de sus derechos ciudadanos, que permita evaluar y controlar fehacientemente el funcionamiento de las instituciones para asegurar la eficiencia de los servicios.

La gestión de la salud pública, la medicina y la gerontología mantienen su especificidad teórica, práctica y normativa respectiva, a pesar de compartir la categoría genérica "salud", que abarca las distintas preocupaciones relativas al bienestar humano. El referente ético que subyace de manera universal respecto de las personas mayores, reside en un respaldo que trasciende el ámbito de las relaciones interpersonales, o el de usuarios y prestadores de servicios. Se extiende, por una parte, a poblaciones humanas y a sus contextos socio-ambientales, y por la otra a instituciones públicas y privadas responsables por la implementación de medidas de prevención y de cuidado.

En este contexto, resultan insuficientes las herramientas del modelo principalista para enfrentar los dilemas que actualmente emergen en la gestión de la longevidad. ¿Será posible apelar a otros principios para formular un nuevo modelo de análisis ético? Schramm y Kottow[19] examinan en profundidad la solidaridad y responsabilidad entre los fundamentos de la bioética contemporánea.

2.1.3 Fundamentos de la bioética contemporánea

- Solidaridad

La noción de solidaridad surge en el siglo XVIII en el pensamiento sociopolítico de Francia, en las encíclicas sociales del período leonino y en las de Juan Pablo II.

La solidaridad asume que la atomización de un grupo social hace más vulnerable a cada uno de sus miembros, por lo cual es recomendable entender este colectivo como un sólido (de ahí "solidaridad") que aúna los esfuerzos de todos para paliar infortunios, defenderse de agresiones, constituir un sistema de protección y elaborar en conjunto para la obtención de bienes comunes.

[17] Beauchamp y Childress, *Op. Cit.*
[18] Daniels, N., *Just Health Care*, Cambridge University Press, New York, 1985.
[19] Schramm, F. R. y Kottow, M., "Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas", en *Cadernos de Saúde Pública*, N° 17, Río de Janeiro, Julio/Agosto 2001.

El ser humano debe su supervivencia en el planeta a las fuerzas de la cooperación y la solidaridad. Los humanos han vivido, se han desarrollado y han crecido siempre en grupos; es inconcebible la existencia del hombre aislado, ya que el medio de desarrollo del ser humano es precisamente la grey, el grupo social.

La característica esencial de toda colectividad humana, que no se da en otros grupos animales, es la elaboración de valores de diverso tipo. Su generación varía según los intereses históricos del momento que el grupo está viviendo y corresponden a intereses profundos propios de la sociedad que los formula.

Los valores, finalmente, dan contenido a las culturas. Una cultura es, precisamente, un ordenamiento y jerarquización de valores, y se manifiesta en la forma cómo sus componentes hicieron ciencia, arte, filosofía, religión o justicia, esto es, en el sentido valórico que imprimieron a sus vidas[20].

Implícita en la solidaridad está la igualdad, tanto de esfuerzo realizado como de protección obtenida, y allí donde esta simetría se rompe, aparecen los abusos y las desprotecciones de los más débiles. El principio de solidaridad constituye uno de los principales ingredientes para poder pensar una sociedad equitativa y sustentable. Sin embargo, este principio se expone a innumerables discrepancias, sobre todo allí donde se lo utiliza para legitimar políticas de asignación de recursos, que son reconocidamente finitos y escasos en cualquier sistema sanitario.

Este principio, por sí mismo, no alcanza a resolver la compleja problemática de las políticas de la salud. Es impensable la solidaridad hacia otros como obligación ante la gran diversidad de situaciones de profunda necesidad.

- Responsabilidad

Responsabilidad viene del verbo "responder" y se refiere a hacerse cargo de lo realizado frente al afectado, corolario de lo cual puede ser el cuidar de otro ser humano cuando ese está amenazado en su vulnerabilidad.

La ética aplicada atribuye responsabilidades a los individuos a partir del presupuesto de que cada acto humano ha sido libremente elegido por un agente moral, quien siempre es responsable por sus decisiones y las consecuencias de ellas. Así como la libertad, también la responsabilidad está en la raíz de la ética como elemento constitutivo, siendo exigible sin que sea explícitamente formulada como un principio adicional.

[20] Figueroa Yáñez, G., "Ética y Política", en *Anuario de Filosofía Jurídica y Social*, Edeval, Valparaíso, 1987.

Sobre esto Jonas [21] explica que el deber ético primario es la preservación de la vida humana, que la responsabilidad es un asunto básicamente de personas, y que hay una responsabilidad cósmica en resguardar la vida humana.

No obstante surge un conflicto: no está claro qué autoriza el paso del imperativo de preservar la vida orgánica a la más específica conclusión de que el objetivo primario es preservar la existencia humana.

Con un cierto grado de imaginación puede detectarse un amplio espectro de tipos de responsabilidad, desde una responsabilidad por causas y efectos identificables, hasta responsabilidades propias del carácter moral de un individuo.

Estos tipos de responsabilidad indican que una persona moral debe ser responsable por las consecuencias de sus actos ante la sociedad y de acuerdo con normas validadas por una instancia superior.

De los múltiples tipos de responsabilidad reconocidos, dos parecen ser los candidatos más probables para una bioética en salud pública y ancianidad: la responsabilidad óntica o "responsabilidad para con el ser" (Hans Jonas), y la responsabilidad diacónica o "responsabilidad para con el otro" (Emmanuel Lévinas)[22].

Responsabilidad óntica y diacónica tienen en común, que emanan de la vulnerabilidad de alguien que evidencia una necesidad de amparo que le es ofrecido por un sujeto moral. Ambas son asumidas libremente o cuasilibremente (en el caso de un imperativo de la conducta individual), por lo cual no pueden ser consideradas deberes propiamente dichos en sociedades seculares y laicas.

Los modos de responsabilidad así asumidos, constituyen un compromiso genérico, sin un programa definido de beneficios a otorgar, ni ninguno de ellos puede trasladarse sin restricciones al ámbito de las políticas de ancianidad, ya que no existe una obligación de responder concretamente por otro sino una acción ética supra-erogatoria[23] demasiado exigente para una ética convencional.

Por estas razones, un tercer principio viene a sumarse a los anteriores para lograr una guía de los actos de un modo más comprometido, y al mismo tiempo viable.

- Protección

Etimológicamente, la raíz de la palabra ética es "ethos", palabra griega que significa la orientación de una persona hacia la vida.

En su acepción más antigua significaba "residencia", "morada", "lugar donde se habita" y se usaba sobre todo en poesía, con referencia a los animales, para aludir a los lugares donde se crían y encuentran, a los de sus pastos y guaridas,

[21] Jonas, H., *El principio de responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica*, Ed. Herder SA, Barcelona, 1995.
[22] Lévinas, E., *Autrement qu'Être ou Au-delà de l'Essence*, Martinus Nijhoff, La Haya, 1974.
[23] Acción que va más allá de lo debido y supera el *deber positivo.*

hasta que en la época aristotélica, "ethos" no se refiere ya al lugar exterior o país en que se vive, sino al "lugar" que el hombre porta en sí mismo, a su actitud interior, su referencia a sí mismo y al mundo.

Es el suelo firme, el fundamento de la praxis, la raíz de la que brotan todos los actos humanos[24]. La bioética de la protección, nace del propio origen del vocablo ética, la orientación hacia la vida y la guarida que brinda refugio.

El principio de protección está en el fundamento del Estado mínimo que reconoce su obligación de cautelar la integridad física y patrimonial de sus ciudadanos a partir del siglo XVIII, siendo por ende también el fundamento moral del Estado del bienestar contemporáneo.

La salud pública nace en el siglo XVIII con el propósito de dar protección sanitaria a la fuerza laboral. Así, el principio de protección subyace, desde hace por lo menos tres siglos, a las acciones públicas, tanto políticas como sanitarias, por lo que es sorprendente que la bioética no haya explícitamente incorporado este principio en su elenco de cuestiones pendientes.

La protección es la actitud de dar resguardo o cobertura de necesidades esenciales, aquellas que deben ser satisfechas para que el afectado pueda atender a otras necesidades u otros intereses.

Para discurrir sobre un principio de protección y distinguirlo de otros principios, conviene asignarle por lo menos las siguientes características:

a) Inexistencia de un compromiso a priori de asumir actitudes protectoras;

b) Vinculación, para que una vez asumida libremente la responsabilidad se convierta en un compromiso irrenunciable;

c) Cobertura de las necesidades entendidas desde el afectado.

De lo anterior se deduce que el principio de protección no se limita a la beneficencia o a algún tipo de paternalismo. La legitimidad moral de la beneficencia depende de la evaluación del afectado que es el único que puede decidir si un acto será para él beneficioso.

En el caso del paternalismo es el agente quien decide lo que es beneficioso para el afectado, en independencia o aún en contra de la opinión de dicho afectado. Por lo tanto, estos principios difieren sustancialmente de lo que aquí entendemos por protección.

[24] Aranguren, J. L., *Ética*, Alianza Editorial, Madrid, 1990.

La introducción del principio de protección para la evaluación moral de políticas públicas en salud colectiva será por ende bajo las siguientes condiciones concretas:

a) Corresponde considerar la protección cada vez que determinados objetivos sanitarios son públicamente aceptados como mandatorios por estimarse indispensables.

b) La aceptación de programas de salud pública implica la certeza (o la elevada probabilidad) que las medidas propuestas sean necesarias y suficientemente razonables para prevenir los problemas sanitarios abordados.

c) Una vez aceptado como pertinente, el principio de protección puede cumplir su rol cabalmente, no pudiendo ya ser desestimado por razones secundarias, en vista que existe una necesidad social de ejercer la protección a través de las acciones programadas. Es decir que cualquier volumen de efectos negativos no resulta invalidante.

Las políticas de protección de salud pública aparecen como propuestas frente a necesidades sanitarias colectivas y una vez aceptadas, se vuelven obligatorias; permitiendo que bajo el cumplimiento de las medidas de resguardo, las mismas ejerzan un legítimo poder de disciplina y autoridad que determine su efectividad.

También se justifica someter la autonomía individual a los requerimientos del bienestar colectivo, en principio sin contemplar excepciones. La legitimidad de las acciones sanitarias y la inevitable restricción de la autonomía individual constituyen características de los actos protectores; la protección adquiere así una forma de poder *sui generis,* avalado por el principio de responsabilidad y caracterizado por la postergación de obligaciones frente a los individuos, mediante el cual, la justicia sanitaria prevalece sobre la autonomía individual.

Validada y aceptada la eficacia de un programa sanitario, es razonable suponer que el principio de protección, a diferencia del tradicional principio de responsabilidad, no implica en cada caso concreto exigencias y legitimaciones adicionales acerca de resultados esperados, riesgos, complicaciones o falencias, ya que todo habrá de ser previsto y explicado en el momento de la planificación, presentación y aceptación del programa.

En caso de no ser aceptable, el programa será revisado y renegociado, siempre bajo la premisa que los requerimientos individuales deben ceder ante las necesidades sanitarias del bien común.

2.2 Problemas éticos en la ancianidad

Pueden presentarse en cualquier circunstancia en que el anciano o sus familiares se enfrenten con un conflicto que atente contra la dignidad o el respeto a alguien, incluidos ellos mismos: obligar al anciano/a a permanecer aislado, a experimentar con él nuevos fármacos, abandonarlo o ser negligentes en su cuidado, maltratarlo, excluirlo de algunos servicios asistenciales por razones utilitarias y/ó abusar de su estado de vulnerabilidad o incapacidad.

Veamos a continuación un panorama general de los males que aquejan a las personas ancianas, a través de los problemas éticos más frecuentes en esa etapa de la vida:

- Ingreso no voluntario en una institución geriátrica de larga estadía geriátrica. ¿Es una necesidad imperiosa?

- Directrices anticipadas y testamentos vitales. ¿Se deben respetar siempre?

- Decisiones subrogadas. ¿Quién debe tomarlas? ¿Quién controla la moralidad de tales decisiones?

- Designación del tutor legal y responsabilidad moral del mismo ¿Quién lo designa? ¿Es necesaria siempre la figura del tutor? ¿Se puede imponer?

- Incapacidad de hecho y de derecho. ¿Quién la otorga? ¿Cuáles son los criterios para incapacitar a una persona?

- Intimidad y privacidad. ¿Es un derecho absoluto? ¿Qué límites o excepciones tiene?

- Abuso y maltrato. ¿Qué tipos de injusticias se cometen con estas personas?

- Principio de autonomía y consentimiento informado. ¿Hasta dónde son autónomos los ancianos que han quedado bajo la custodia o cuidado de otros? ¿Cómo se lleva a cabo un consentimiento informado válido?

- Despido laboral. ¿Puede ser la ancianidad un criterio de exclusión y de despido?

- Problemas clínico-asistenciales: manejo de las limitaciones físicas, intensidad del tratamiento médico, utilización abusiva de fármacos y cuidados en la fase terminal de la enfermedad. ¿Qué aspectos deben abarcar los protocolos clínicos?

- Deberes y obligaciones de la familia. El abismo entre el deber de dar alimentos y el deber de dar afecto. ¿Hasta dónde se extiende la responsabilidad moral de los hijos?

- Papel de la sociedad y del Estado. ¿Qué corresponsabilidad debe jugar el Estado?

- Vivir y morir con dignidad. ¿Cómo lograr una buena calidad de vida y una buena calidad de muerte?

Intentaremos ahora sistematizar una propuesta de problemas concretos que tienen lugar en el ámbito asistencial para con los ancianos y ante los cuales, la bioética debe producir respuestas.

Desarrollaremos a continuación algunos de los puntos precedentes que consideramos más ligados a la problemática de la longevidad y a nuestro medio latinoamericano.

2.2.1 "Ageísmo" social

La vejez es una etapa biográfica. Señalada por ciertos atributos exteriores, de acuerdo con el reloj social de cada comunidad, tiene asignados deberes y derechos. Internamente, esa etapa está marcada más por lo que se es que por lo que se hace. No es infrecuente encontrar personas afectadas por la opinión que de ellas tienen los otros, mantenida a lo largo de años, que contrasta con la opinión propia.

Esta dualidad entre la consideración externa y la interna es crucial para entender algunos problemas psicológicos asociados a esta fase de vida. El *sentido* que dan los demás a una vida contrasta a veces agudamente con el *significado* que a sí mismas se dan las personas.

El sentido social, por ejemplo, está asociado a una ética del trabajo. *Hacer* es más importante que *ser* y es la base de la categorización usual entre adultos. Constituye la primera pregunta de cualquier cuestionario después del nombre y del estado civil. El significado personal, en cambio, es una construcción individual de identidad.

Y así como hay una discrepancia entre el cuerpo percibido por las propias personas y el mismo cuerpo percibido por otros, así también la imagen interna difiere al ser construida por el sujeto o por el grupo al cual pertenece. Sentido y significado de la vejez raramente coinciden. Armonizarlos o al menos aceptar sus diferencias es una tarea vital.

Se relaciona con el principio de realidad que cada persona experimenta durante el proceso de maduración. La diferencia reside en que la etapa de la vejez se asocia a conceptos de irreversibilidad e imposibilidad de cambio.

El proceso de desvalimiento u obsolescencia (*disablement process*) que se observa en las sociedades contemporáneas puede equipararse a una forma de desvalorizar lo que las personas de edad pueden hacer. La vejez va asociada a una pérdida de *aprecio*, que es equivalente a una pérdida de *precio* de los servicios de

los viejos. Esa pérdida de *precio* se transforma insensiblemente en pérdida de *valor*.

El contraste ya señalado entre el sentido externo y el significado interno, permite dar un contexto apropiado a la noción de "muerte social". Mueren socialmente personas que siguen biológicamente vivas: los leprosos, los enfermos de sida, los estigmatizados sociales. Aunque reclamen derechos, aunque deseen continuar en la vida y contribuir a la sociedad, ésta los declara excluidos.

En algunas tribus primitivas y en no pocas sociedades modernas, quienes sufren exclusión y estigma efectivamente enferman, decaen y hasta mueren. Muchos ancianos experimentan los efectos de ese proceso de pérdida de precio/valor, que con el transcurso de los años se produce de manera más dolorosa porque es gradual y plenamente sentido por quienes lo padecen. Se destruyen los lazos significantes y significativos de a poco.

Tal vez por eso la cultura moderna celebra la muerte súbita como preferible a los antiguos rituales de despedida, ahora convertidos en tabúes por el sentimiento popular.

La marginación de los ancianos es un hecho derivado de una organización social y económica basada en la capacidad personal de producción. Cuando una persona cesa en su accionar productivo como es el caso de las personas retiradas por jubilación, se la condena a una pérdida de prestigio social. Pasa a revistar en la clase pasiva del Estado, lo que supone automáticamente su marginación.

La marginación del anciano opera a todos los niveles: económico, educativo, cultural y sanitario. A todo esto hay que añadir el fenómeno de la "automarginación", como consecuencia de la soledad y pérdida de identidad a que se ve sometido el individuo dentro de un medio despersonalizado y carente de solidaridad.

2.2.1.1 Utilización de recursos socio-sanitarios

El destino que la sociedad y las instituciones reservan a los ancianos o a los enfermos crónicos, se traduce, dentro de las instituciones hospitalarias o geriátricas, en una serie de reacciones defensivas, tanto a nivel administrativo como a nivel asistencial. Esto parte de la concepción real pero injusta de que los ancianos y otras personas en estado de dependencia o vulnerabilidad suponen una triple carga social:

- Carga económica: la escasez de recursos, junto con los elevados costos de tratamiento de muchas patologías concernientes a la ancianidad, plantea el problema de reparto de recursos.

- Carga sanitaria: el aumento de la esperanza de vida y la mayor eficacia de los tratamientos médicos hace que los enfermos

crónicos demanden una mayor utilización de recursos sanitarios y asistenciales.

- Carga familiar: el largo proceso de degeneración cognitiva y funcional de muchas de estas personas exige una alta dosis de calidad moral y de responsabilidad, cosas que normalmente recaen en una sola persona: el cuidador principal.

El desarrollo tecnológico ha permitido la supervivencia de personas afectadas por diversas enfermedades que en otras épocas habrían muerto como consecuencia de ciertos procesos patológicos propios de la vejez. Estas nuevas técnicas y procedimientos terapéuticos permiten una mayor supervivencia pero también favorecen una mayor preponderancia de enfermedades crónicas, algunas gravemente discapacitantes como el Alzheimer, la esclerosis, el Parkinson, las cardiopatías, entre otras.

Pero este desarrollo tecnológico también tiene otros aspectos negativos: cada vez es más caro y cada vez se exige una mayor demanda de medidas asistenciales y frente a las grandes erogaciones que suponen estos nuevos procedimientos, se alzan voces de protesta en diversos ámbitos, proponiendo límites a las prestaciones sanitarias.

Estas limitaciones se dirigen fundamentalmente a la asistencia geriátrica, planteando dilemas en relación con lo expuesto:

- ¿Las prestaciones sanitarias son ilimitadas y universales?, es decir, ¿hay que aplicar todo el arsenal diagnóstico y terapéutico de que se dispone y, además, a toda la población? Los recursos son limitados y sería injusto aplicar irracionalmente todo para todos (esto pondría en peligro todo el sistema sanitario público), así como alargar procesos crónicos con tratamientos médicos inútiles.

- Si hay que poner límites, ¿qué criterios hay que seguir a la hora de realizar las limitaciones? Es evidente que habrá que poner límites y restricciones para la contención del gasto, pero todos los criterios que se tengan en cuenta deberán venir avalados por dos conceptos clave: Racionalidad y Justicia.

2.2.1.2 Conciencia de constituir un estorbo

La sensación de saberse y sentirse molesto supone una carga difícil de soportar, en particular cuando el anciano advierte que su condición impide también a quienes lo rodean, gozar de su plena libertad y autonomía.

Por eso, es frecuente que, entre los miedos más aterradores de cara al futuro, se descubra en cada uno de nosotros esta posibilidad: el temor de ser no sólo inútil, sino de ser además, una carga que otros deben soportar.

No es extraño, por tanto, que la soledad y el abandono sean los compañeros inevitables y frecuentes de esta época y constituyan uno de los fantasmas que más asustan y molestan cuando se piensa en la ancianidad, junto al miedo a la incapacidad y a la muerte.

No obstante, para ser realistas, hay muchas situaciones en las que la propia familia es impotente para atender correctamente a estas personas. Hay circunstancias y condiciones personales o familiares que impiden o dificultan la atención necesaria.

Frente a esta concepción social e ideológica de la vejez como un estorbo, y desde una ética civil, plural y dialógica, es imprescindible reivindicar que toda persona anciana es valiosa y además un fin en sí misma.

La percepción del fenómeno en la Argentina es claramente visible desde los siguientes testimonios, citados por Silvia Gascón [25] que dan cuenta de la visión enfocada desde la gestión pública nacional y provincial de la situación de los mayores en Argentina:

"La percepción de la vejez en nuestro país está relacionada con una sociedad exitista y consumista, en donde el ser joven, lindo, esbelto, atlético, de preferencia varón, conduce a la fama, al éxito, al triunfo. Pasados los 40 años, conseguir un trabajo resulta un milagro. Todo tiene que ser rápido y ya, y la vejez está relacionada con lo lento, con lo que ya fue (lo viejo), lo no útil, lo no práctico, lo que ya no se usa y lo físicamente feo [...] No son muchos los que ven a las personas de edad como sujetos activos, comprometidos socialmente, luchadores, organizados, solidarios, valiosos, parte de un todo en un continuo cambio como es la realidad [...]"

(Dra. Mónica Roqué. Funcionaria Nacional)

"Considero que la percepción comunitaria de la vejez en la Argentina es la de decadencia [...] Creo que el imaginario social influye en la situación social dado que al diseñar las políticas sociales, si bien se considera a "la familia", pareciera que el viejo no está incluido dentro de ella, priorizando otros grupos etarios"

(Lic María Rosa Spinetto. Funcionaria de la Provincia de Buenos Aires)

[25] Gascón, S. y col., *Vejez y pobreza en Argentina: la visión de las personas de edad.* Ediciones ISALUD, Buenos Aires, 2007.

2.2.2 Humanización de la praxis asistencial

La humanización de la asistencia sanitaria preocupa fundamentalmente a los ancianos, a las familias y al personal sanitario, pero hoy en día se extiende a sectores tan importantes como los Servicios Sociales y la gestión de la sanidad pública y privada.

Aún cuando el medio socio-sanitario pueda ostentar un nivel aceptable de calidad técnica asistencial; crece en las sociedades el deterioro de la calidad humana. Al respecto alertaba René Favaloro[26] sobre la invasión de la tecnología en la consideración del ser sufriente:

"[...] una resonancia magnética, una tomografía, un estudio de alta complejidad, pueden mirarse, analizarse, y brindan información cada vez más precisa. Pero quien tiene en sus manos la angustia, el temor, la ansiedad del hombre que sufre, no debe olvidarse de tomarle el pulso [...]"

Quizá esta deshumanización, que persiste, no sea otra cosa que un reflejo de la sociedad actual, y del derrumbe de las referencias de la religión, la filosofía o la política.

Estas falencias impregnan la relación asistencial con personas que experimentan el dolor de la vejez. Algunos fenómenos conexos acompañan estas realidades y ameritan ser resueltos en los programas asistenciales:

- La gestión de la atención geriátrica debe balancear el objetivo económico y político con el servicio. No se trata de abandonar la racionalidad en el uso eficiente de los recursos, ni de apartarse de los lineamientos de la política. Se trata de ofrecer a los ancianos lo mejor, dentro del marco de lo posible.

- Todo lo concerniente a la biografía del anciano dependiente o enfermo; su historia, sus valores, su familia, su ética, su fe, sus angustias, no puede distanciarse de la aproximación a él desde la técnica, la profesión, o la ciencia.

Retomaremos estas cuestiones en el capítulo IV al tratar la arquitectura de la gestión eficiente de la longevidad.

[26] Favaloro, R., Seminario "La Asistencia Médica", en *Programa de integración hacia la Calidad Total,* Fundación OSDE, Buenos Aires, 13 de mayo de 1993.

2.2.3 Integración y convivencia familiar: un problema ético bidimensional

Aquí surgen varios puntos conflictivos: primero, cuestionarse si la responsabilidad de atender a los mayores debe recaer prioritariamente en las propias familias; segundo, cuál es el rol que a desempeñar por la sociedad y el Estado en la asistencia y cuidado a los ancianos; y tercero, la problemática de la mujer en este complejo panorama, ya que suele ser ella quien ha sido y es destinataria de la carga como cuidadora de ancianos.

La idea que los más jóvenes tienen obligaciones para con los viejos es muy antigua. Está implícita en la idea misma de familia como engranaje de generaciones.

Cuando se la examina con mayor detención, sin embargo, se revela insuficiente e incorrecta. La tesis de una obligación contractual de hijos hacia padres, por ejemplo, es insostenible. No puede haber contrato allí donde no hubo intención de contraer vínculo. Es el caso de los hijos, que nacieron sin poder oponerse a ello y sin dar expresa manifestación de voluntad.

La idea de contrato como fundamento de obligación no es útil. La noción de necesidad también ha sido invocada. Tiene límites relativamente obvios y diferencias muy marcadas según las personas. La compasión no puede fundar obligaciones. A lo sumo, una tendencia a ayudar[27].

Los cambios en la vida económica contemporánea han afectado y transformado la estructura familiar. La incorporación de la mujer al mundo laboral ha convertido la dedicación familiar en un problema social.

En España por ejemplo (y en general el Sur de Europa), donde la base de las tareas de cuidado se encuentra en el trabajo femenino familiar, se experimentaron importantes cambios demográficos y sociales que modificaron el "natural" equilibrio de asistencia bajo el cual se han mantenido hasta la actualidad. La caída de la natalidad, el aumento de la esperanza de vida, la aparición de la mujer en el mundo del trabajo y los negocios, y la tendencia hacia la privatización de la política social[28], son algunos de esos factores que desestabilizan los niveles de la demanda de cuidados y de las personas que ofrecen asistencia.

La provisión de estos cuidados, que en muchos casos son de larga duración, ha estimulado la búsqueda de soluciones que aseguren tanto la viabilidad financiera como el suministro de trabajo de asistencia.

[27] Lolas Stepke, F., "La vejez como etapa vital: consideraciones bioéticas", en *Documentos de Gerontología,* Universidad de Chile, Santiago de Chile, 2004.
[28] Martínez Buján, R., "Inmigración y envejecimiento desde una perspectiva asistencial", Universidad de La Coruña, 2008.

Dichas particularidades han favorecido el reemplazo del cuidado familiar no remunerado por la contratación de distintos tipos de servicios en el seno del sector doméstico.

La magnitud del problema familiar se agrava en el caso de que se sume la dependencia. En estos casos, el responsable de la familia que tiene a su cargo el cuidado diario, necesita soporte psicosocial, socio-sanitario y socioeconómico que alivie la complejidad de la situación.

En la Argentina, a partir de la década de 1980 el tema del cuidado familiar surgió como foco de interés de la inquietud gerontológica: factores como el aumento de la expectativa de vida, el deterioro económico y la retracción del Estado de bienestar se conjugaron para desplazar la atención de salud y el cuidado cada vez más al ámbito hogareño, con una sobrecarga convertida en una imposición que demanda servicios a una familia que no siempre está preparada para brindarlos.

Hasta poco tiempo atrás no existía, salvo casos aislados, la situación de tener que hacerse cargo de padres de más de 70 años y, quizá, de abuelos de más de 90. Pese a que en Argentina el grupo de las personas mayores es el que está más cubierto por la seguridad social (fundamentalmente por el PAMI pero también por otras obras sociales) a la hora de requerir servicios vinculados a la dependencia, la única oferta existente es la internación geriátrica.

Y como la gama de servicios que abarcan atención domiciliaria, tele asistencia, hogar de día, hospital de día, etc. no está suficientemente articulada, el principal cuidador de las personas mayores dependientes son las propias familias, particularmente las hijas mujeres.

Expresa Silvia Gascón[29] que según un estudio hecho en Buenos Aires con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el 60% de esas "cuidadoras" dicen "no poder más" y tal "no poder más" implica un deterioro de la propia salud física y psicológica.

El 80% de estos cuidadores tiene graves dificultades para afrontar los gastos de la persona mayor viviendo en su casa.

Se trata del panorama de una generación de mujeres, de 60 a 65 años, en algunos casos hasta de 70 años o más: las llamadas "mujeres sándwich", que viven entre el cuidado de sus nietos, sus hijos que a veces se han separado o divorciado y al regresar también cuidan a sus padres.

No hay legislación laboral que las ampare y paradójicamente, son las mismas protagonistas de aquellas luchas que le dieron beneficios como las licencias por maternidad cuando eran jóvenes que hoy carecen de todo apoyo para asistir a sus padres dependientes.

[29] Entrevista a la Dra. Silvia Gascón, realizada en Buenos Aires en octubre de 2008.

2.2.4 Pérdida de autonomía

Los principios bioéticos aplicados a la práctica asistencial plantean un nexo de unión entre la beneficencia, la no maleficencia y la autonomía; de tal forma que el mejor cuidado o tratamiento y (cuando éste no es posible) el no producir daño, conllevan el desarrollo del máximo potencial de autonomía de la persona tratada y cuidada o cuando menos su mantenimiento.

El instrumento que vincula ambos principios es la comunicación, el establecimiento y mantenimiento de una relación interpersonal de ayuda que practique una comunicación veraz y auténtica.

Así se diseña el único camino a seguir en la atención y el cuidado de las personas, el que permite tomar las mejores decisiones de sistemas de vida y de terapias y tratamientos adecuados, fomentando al mismo tiempo la autonomía.

Los planteos de cuidados estandarizados, segmentados y aplicados por decisión unilateral, deben quedar atrás pues focalizar la preocupación sanitaria en las patologías, en la tipicidad de los males de la vejez, es una práctica perimida que debe quedar en el pasado como así también hay que relegar al olvido esa presunta profesionalidad del paternalismo, que ignora el respeto por la persona, no importa cuál sea su edad cronológica.

La bioética está muy lejos de la manipulación y de la coacción y también de los logros de aceptación de las guías de vida por parte del anciano, aún cuando provengan de profesionales de prestigio.

El marco bioético compromete a los profesionales de las distintas disciplinas en centrar la atención en las necesidades de salud y bienestar de las personas y a proporcionar la información de forma que esta pueda entenderla y hacerla suya, pueda dudar y preguntar, pueda darse cuenta de la ayuda que puede recibir y de lo que eso significa.

Un anciano acaso puede tener sus funciones biológicas y cognitivas disminuidas, y puede padecer de problemas de comprensión, de orientación o de elaboración de una respuesta coherente, pero estos déficits no invalidan totalmente su posibilidad de tomar decisiones autónomas.

Desde luego pueden presentarse casos de severo deterioro en todos los órdenes y de incapacidad manifiesta, pero deben tomarse como situaciones excepcionales que no constituyen fundamentos de una norma.

Es lógico suponer que en el proceso de envejecimiento el deterioro orgánico aumente de forma progresiva, sobre todo si a este proceso se le suma alguna enfermedad neurodegenerativa. Cuando las limitaciones y deficiencias, aunque pequeñas, empiezan a multiplicarse en estas personas, disminuye su capacidad de autonomía, pasando a ser considerado como un "anciano dependiente".

Por eso, como afirman algunos autores, la cuestión esencial es saber a partir de cuando la dependencia de las personas ancianas comienza a ser, además de un problema personal y familiar, un problema social.

Muchos ancianos van perdiendo capacidad y competencia, por eso aparecen múltiples conflictos éticos cuando se dificulta diferenciar decisiones y actuaciones autónomas de las que no lo son. Pero la autonomía siempre deberá ser respetada salvo en los casos en los actos resulten claramente perjudiciales para el interesado o para los demás.

A toda persona anciana se le debe fomentar la independencia hasta donde sea posible.

2.2.5 Maltrato

Es sumamente difícil detectar informes o estudios sociológicos que revelen el grado y circunstancias de las conductas y acciones dañinas para con estas personas.

Según explica García Férez en un informe de "Portal Mayores"[30], la causa de la falta de datos obedece a alguna o varias de las siguientes causas:

- El maltrato a la persona anciana, en general es algo negado por la misma sociedad.;

- Es muy difícil que los propios ancianos denuncien malos tratos, más aún si quien los maltrata es la misma persona que los atiende, y ésta es parte de su familia o su entorno cercano;

- No hay casi nunca para el maltratado, una alternativa mejor que el silencio. Por eso no se formulan denuncias que para el anciano constituyen situaciones humillantes o degradantes.

La Asociación Médica Americana produjo la siguiente definición de maltrato: "resultado de daño o amenaza de daño contra la salud o el bienestar de la persona anciana".

Se puede manifestar de diversas maneras e incluye daños físicos, psíquicos, violación de derechos o negligencia en el cuidado.

Veamos los diversos subtipos:

[30] García Férez, J., "Bioética y Personas Mayores", *en Portal Mayores, IMSERSO-CSIC, Informes Portal Mayores*, N° 4, Madrid, 31 de marzo de 2003.

- Maltrato físico: lesiones materiales (golpes, castigos, quemaduras);
- Maltrato psicológico: agresiones verbales, intimidación, chantajes, humillación o conductas degradantes;
- Violación de derechos: confinamiento, explotación financiera (asistencia brindada con el propósito encubierto de apropiarse de sus bienes o de los ingresos que perciben por jubilación o pensión), exclusión de la asistencia sanitaria;
- Abandono o negligencia: falta de custodia y de solicitud en el cuidado (nutrición, hidratación e higiene, tratamientos, medicamentos)

Aún cuando existen muchos tipos de maltrato, la mayor parte de ellos no se detectan o no se denuncian. En ello influyen algunos condicionantes o factores de riesgo socioculturales que afectan directamente a la familia en donde se inserta el anciano enfermo, como por ejemplo:

- Por parte del anciano: pobreza, dependencia, discapacidad, problemas familiares con los hijos o con su pareja;
- Por parte de los cuidadores: condición de obligación no deseada, modo de vida de la familia, situación laboral y económica;

De todos modos, en cualquiera de los supuestos posibles, la familia y la sociedad tienen el deber moral, y más aún, la obligación legal, de no ser maleficentes con los ancianos. Sólo desde el respeto a la dignidad del anciano puede arribarse a un sistema de asistencia plenamente ético.

Un hombre clarividente en muchos aspectos como lo fue Adam Smith, decía en 1759:

"Se podría confiar en que los hombres buscaran su propio interés sin dañar indebidamente a la comunidad no sólo por las restricciones impuestas por las leyes, sino también porque ellos están sujetos a una limitación incorporada que se deriva de la moral, la religión, las costumbres y la educación"[31].

[31] Smith, A., *La teoría de los Sentimientos Morales*, Alianza Editorial, Madrid, 2004.

2.2.6 Distribución de los recursos

Los recursos sanitarios disponibles actualmente pueden aumentar en razón de las demandas de asistencia socio-sanitaria, pero nunca al ritmo de ellas, esto quiere decir que si bien están aumentando, ya no es posible cubrir, por su elevado número, todas las demandas asistenciales que requiere la población anciana.

Existen muchos factores que producen un gasto sanitario excesivo y que tienen que ver más con una deficiente disposición de recursos que con el efecto del proceso de envejecimiento.

Estos factores son bien conocidos: carencia de estructuras adecuadas para el cuidado social y sanitario de los ancianos (centros de día, unidades geriátricas, residencias asistidas), inexistencia de servicios asistenciales alternativos de menor costo, preferencia de la cobertura pública para financiar los hospitales y la atención ambulatoria frente a otros servicios, y falta de coordinación entre los distintos sectores de atención (ruptura entre la dimensión sanitaria y la social)

Han pasado casi 20 años desde que Daniel Callahan analizó en su obra "Poner límites sobre los fines de la medicina en una sociedad que envejece", el dilema económico, ético y sanitario derivado del acelerado envejecimiento de la población.

Callahan, considerado como una de las figuras de mayor prestigio de la bioética, afirmaba que la edad debe de ser uno de los criterios predominantes en la distribución de recursos sanitarios, ya que sería imposible garantizar a los ancianos indefinidamente los beneficios ilimitados del progreso médico a costa del gasto público.

La pregunta polémica que formuló fue ¿dónde y cómo establecer unos límites razonables y justos? ¿Cuáles son las obligaciones hacia los ancianos? ¿Debe suministrarse todo el cuidado que requieran, a cualquier edad y a cualquier precio? ¿Deben otorgarse a una persona de 90 años exactamente los niveles de prestación que a la población infantil? Callahan dio respuesta en su obra a estas preguntas, sembrando duras críticas.

Estas preguntas en la actualidad siguen motivando controvertidas reflexiones éticas[32].

Los estudios económicos en la década de los 70 en EE.UU. predijeron para finales del siglo XX la quiebra del *Medicare*, el sistema de aseguramiento que presta cobertura a la población anciana. Otros países como Gran Bretaña, se concentraron en la racionalización de los procedimientos médicos de alta tecnología, con el fin de enfrentar un incremento del gasto sanitario.

Sin embargo, hasta el presente no se ha presentado la crisis anunciada.

[32] Callahan, D., *Poner límites. Los fines de la medicina en una sociedad que envejece*, Editorial Triacastela, Madrid, 2004.

En 1978 el economista de la salud canadiense Robert Evans demostró que la edad influye en una pequeña parte del costo y utilización de los servicios sanitarios[33].

A finales de la década de los 90 empiezan a leerse con interés en Europa estudios que demuestran que la edad tiene un limitado efecto sobre el crecimiento de los costes sanitarios. Estos resultados explicarían por qué países como Japón y Alemania, con una población mayor de 65 años, no padecen las consecuencias económicas de esta situación.

Hoy las personas tienen vidas prolongadas a partir de los 65 años y debido a que viven más, su costo sanitario disminuye a medida que van cumpliendo más años, en base a la evidencia que observa una disminución de los índices de discapacidad entre los ancianos, es decir; viven más y con mejor salud y este hecho explica la disminución del costo mencionado.

La longevidad en esta población no afecta en sí misma al gasto sanitario en su conjunto. La mayoría de los estudios que se realizan analizan el factor edad, pero no la edad en combinación con otros factores, por lo tanto, los resultados cuantitativos arrojan un aumento en su costo de salud, aunque los determinantes de dicho aumento deben buscarse en la intensificación tecnológica de los tratamientos y en el uso creciente de estudios y métodos de alta complejidad y no en la edad del sujeto exclusivamente.

Reflexionemos también sobre el progreso socio-sanitario: en el presente se requieren menos intervenciones agudas que en las décadas del 60 y 70. Sin embargo, los procedimientos médicos asociados a la longevidad son de alto costo.

Ha disminuido la discapacidad, pero en las edades superiores a los 80 años, predomina un conjunto de patologías, entre ellas osteoporosis, fracturas, demencia, diabetes, y otros males que suelen concentrarse en los llamados "gigantes de la geriatría" (esto se verá en detalle en el capítulo IV). La necesidad de cuidados de enfermería a largo plazo es también creciente en este segmento.

La ciencia ha logrado el objetivo de una vida más larga aún con enfermedades crónicas y como en los países desarrollados y en vías de desarrollo se da el fenómeno de familias cada vez más pequeñas, el cuidado de los ancianos supone una carga adicional, sea cual fuere la modalidad de ésta (domiciliaria, institucional, por cuidadores familiares o de otro tipo). Este es el verdadero costo de atención de la longevidad que resulta del progreso conseguido.

Ahora retornemos al interrogante que conduce inexorablemente a los dilemas bioéticos en el terreno de la longevidad: ¿deben ponerse límites a la asistencia de los ancianos?, ¿deben reasignarse los recursos de la salud entre los segmentos de población en razón de sus edades?

[33] Evans, R., y col., "Apocalypse No", citado en Molina Domínguez, E. y Ortega Carnicer, J. O., *Las sociedades envejecidas y los recursos sanitarios,* en Revista Electrónica de Medicina Intensiva, Artículo Especial Nº 65, Vol. 7, Nº 2, Madrid, febrero de 2007.

Utilizar la edad como argumento para limitar la asistencia sanitaria sería discriminatorio e injusto. La edad como tal no debería emplearse como criterio de distribución de los recursos, ya que no es un buen indicador de la salud aunque sea una variable relevante para el diseño de los programas de asistencia.

La salud pública debe garantizar a los ancianos el acceso a la asistencia sanitaria universal, como a cualquier otro grupo y lograr un mejor equilibrio entre el cuidado y la curación, aunque el envejecimiento y la muerte sean inevitables, y las políticas públicas racionales no pueden aplicar ilimitadamente recursos para combatirlos.

Si se emprende la tarea de lograr que los jóvenes tengan la posibilidad de llegar a viejos en condiciones saludables, el resultado probable sería el justo equilibrio de una larga existencia, prolongada hasta el límite del bienestar de unos sin perjuicio de otros.

Esta respuesta sería polémica y controversial si se encuadrara en la pretensión de dictaminar sobre la vida humana. Pero sólo es una manera de enfocar prioridades en el manejo de los recursos públicos.

2.2.7 Los tres discursos de la Muerte Digna

Afirma Fernando Lolas Stepke[34] que sobre vejez y muerte existen tres discursos: desde luego, el *biológico*, entendido como el fundamento tecno-científico de su definición. Lo "biológico" en realidad epitomiza en el imaginario social lo científico como paradigma de lo racional.

De este modo, lo biológico -y por extensión, lo "médico"- se asocia a procesos sometidos a leyes o principios supraindividuales e ineluctables. El "espacio semántico" de este discurso es el de las reglas de enunciación universales y cosmopolitas, en el cual imperan la precisión y la rigurosidad, y sus custodios y encargados son los expertos acreditados que adquieren un poder jurisdiccional sobre sus enunciados.

En tal sentido, como discurso nuclear, lo biológico se impregna con muchos modos de concebir la vejez, el envejecimiento y la muerte y obliga a una uniformidad en el tratamiento disciplinario: lo social se biologiza y esto hace que se intente transformar otras experiencias humanas siguiendo el modelo de las ciencias "básicas".

Si bien tal reduccionismo ha sido celebrado como la clave de importantes progresos en la concepción de la vida y del mundo, desde el punto de vista individual y social, hay fenómenos y estados que no se pueden reducir ni asimilar al discurso biológico. Esta esfera de las vivencias puede insertarse en el discurso biográfico ya que sus enunciados pertenecen a un espacio semántico diferente, con reglas combinatorias de otro orden.

[34] Lolas Stepke, F., *Op. cit.*

"El corazón, decía Pascal, conoce razones que la razón desconoce" Este segundo ámbito encuentra también expresión en las experiencias colectivas que marcan su impronta a distintas generaciones. No es lo mismo envejecer durante la guerra de Vietnam que durante la Segunda Guerra Mundial. Vivir la revolución informática desde sus comienzos implica una experiencia grupal distinta a la de conocerla ya avanzada.

Lo biográfico y lo generacional (la experiencia individual y social) califican el discurso sobre la vejez y la muerte de modo distinto a lo biológico y lo científico. Lo esencial de esta diferencia reside en la universalidad y cosmopolitismo de los enunciados, que en el primer discurso son atributos sustantivos y en el segundo no lo son.

Junto a estos dos ámbitos discursivos, el biológico y el biográfico, existe un tercero, al que cabe llamar "valórico". Su integración con los anteriores es tan intensa que su segregación sólo es producto del análisis.

La norma ética es una amalgama de naturaleza y cultura que depende del contexto histórico. En relación con el envejecimiento y la muerte, los límites entre lo "natural" y lo "cultural" o lo "artificial" han sido revisados profundamente en los últimos tiempos.

Lo más significativo es que el discurso sobre la muerte se ha biologizado hasta el grado de exigir para ella el carácter de "hecho" o "evento" temporalmente identificable, es decir de manera precisa en el eje del tiempo y fuera del discurso biográfico y social.

De ahí que esta región de lo valórico se impregne a veces con el debate sobre lo que es apropiado según el arte, lo que es bueno para las personas y lo que es justo para la sociedad: lo propio, lo bueno y lo justo.

Esta región de "aquello valórico" es la región social del "se". "Se hacen" o "se dicen" ciertas cosas en ciertos momentos y todos los miembros de una comunidad reconocen si son (o no) correctas.

El "reloj social" prescribe el comportamiento según la edad y anticipa lo correcto y lo incorrecto. La muerte se hace digna o indigna según quién y cuando la contemple.

2.2.7.1 Consenso sobre derechos y atención

En la dignificación del acto de morir, la vivencia del ser sólo puede intuirse de la manera más profunda posible. Quizás el principal hecho a remarcar es el de atención integral. No es una cuestión que pueda reducirse a desconectar aparatos o a suministrar sustancias letales, sino que hace referencia a un conjunto de relaciones humanas y familiares, a una prolongación racional de la vida respetando los valores existenciales de la persona.

El derecho a morir con dignidad también encierra el derecho a ser "cuidado"; pues cuando el "curar" no es posible, perdura la obligación ética de "cuidar", aun en casos de padecimientos incurables o terminales. La bioética del cuidado supone tener en consideración tanto la asistencia humana como la asistencia médica.

Existen numerosas opiniones tanto de la ciencia como de otras fuentes sobre el significado de este concepto. Para algunos se centra en la posibilidad de elegir el momento de la muerte; decir no a una culminación provocada por el agotamiento de procesos artificiales (encarnizamiento terapéutico) o simplemente morir humanamente, sintiéndose persona.

En cualquiera de estos sentidos surgen movimientos y corrientes de pensamiento a favor de una muerte digna. Pero no es posible definir esta expresión, salvo por ciertos elementos presentes en ella, sobre los cuales sí puede haber consenso: afecto y asistencia adecuada que involucre reemplazar "el curar" por el "cuidar con el menor sufrimiento y dolor", sin provocación del momento ni la extensión irracional del mismo, evitando manipulaciones inconducentes (médicas o de cualquier otro tipo) que conlleven a la aceptación de la muerte como parte de la condición humana.

2.3 Modelos bioéticos de asistencia para la longevidad

Las anteriores reflexiones pueden resumirse en algunos temas que deben formar parte de todo plan de asistencia a los mayores. Es necesario reivindicar para ellos cuatro modelos bioéticos[35]:

- Ética del cuidado: un desafío que requiere destinar recursos para necesidades no cubiertas, y mejorar la capacitación para dar respuesta a la magnitud del fenómeno de la longevidad. Es necesario hacer de la necesidad del cuidar un auténtico arte, que lleve a la realización de quienes lo ejercen y a mejorar el presente y el futuro de asistidos y asistentes. El cuidado y la compasión es quizá el escalón máximo de la perfección humana.

- Ética del respeto: dejar de hacer que la "tercera edad" deje de ser, una "edad de tercera" y hacer que la vida merezca la pena de ser vivida. Lograr que en una sociedad influida por valores antagónicos al mundo de los mayores, ellos puedan vivir felizmente es, sin lugar a dudas, el mejor indicador de que la sociedad se va humanizando realmente. Por eso pensamos que tener respeto ético hacia estas personas, son signos no sólo de humanidad sino de calidad humana. Sobre las actitudes ambiguas afirma Fernando Lolas Stepke [36]:

[35] Consejo Estatal de Población, *Boletín Mensual de Información*, N° 3, Vol. 1, Aguascalientes, noviembre de 2003.
[36] Lolas Stepke, F., *Op. cit.*

"[...] al cifrarlo todo en los rendimientos perceptibles, cuantitativos, de la vida laboral y de la contribución al bienestar social, el proceso de envejecer es aludido ambiguamente. Por un lado, como fuente de respeto y aprecio. Por otro, como factor de marginación. Ello se refleja en las actitudes frente a los ancianos, a quienes se dice querer mas no se respeta y que aún en las sociedades con estructuras familiares más cohesionadas significan una carga no siempre deseada [...]".

- **Ética de la solidaridad:** Cicerón afirmaba que el hombre tiene un deber natural de velar por los otros: "la naturaleza prescribe que el hombre mire por el hombre, cualquiera que sea su condición, por ser precisamente hombre". Todos podemos tener, más o menos claro, que es preferible vivir solidariamente a no hacerlo, que es preferible vivir en una sociedad donde todos se preocupen de todos a vivir en otra que se rija por el "sálvese quien pueda". La ética solidaria sirve para hacer un mundo más justo y más humano. Pero se puede hacer de dos maneras: desde la mente, desde las reflexiones teóricas que señalan lo que se debe hacer, o desde los sentimientos, desde lo que nace del interior que es el verdadero signo de calidad humana.

Para Lolas Stepke [37] la idea de solidaridad puede descomponerse al menos en dos aspectos. La solidaridad vertical, de todo el cuerpo social hacia sus superiores y gobernantes y la horizontal, de sus miembros entre sí. En la primera forma, se debiera apoyar a los viejos para que sean ciudadanos cabales. En la segunda, se los debiera ayudar para que entren al diálogo intergeneracional.

- **Ética de la esperanza:** Los profetas señalaban una ética basada en la esperanza y en un corazón contrito delante de Dios. Para sanar las enfermedades sociales no esperaban al Estado ni a soluciones políticas. Hablaban de un nuevo pacto en el que Dios pondría en las personas un nuevo corazón, y señalaban a las injusticias sociales como maneras indirectas de robar y matar. Heráclito escribió en el siglo VI a.C, que quien no espera lo inesperado, no lo encontrará. Aristóteles habla de la esperanza como el sueño de los hombres despiertos, como ese estado de vigilia en el que somos permeables, atentos a la realidad que nos rodea, capaces de emocionarnos y de engendrar sueños que han de ser motor de vida.

La calidad de vida es multidimensional: engloba sin duda a los bienes materiales y a la salud, pero también se extiende a aspectos espirituales, de capacidad para desplazarse, de independencia y de satisfacción de necesidades, un

[37] Lolas Stepke, F., *Op. cit.*

pasado sin remordimientos, un presente activo y un futuro de proyecciones y esperanzas[38].

Aún cuando ya no se esperen tiempos mejores, es exigible ser respetado y reconocido como portador de dignidad.

2.4 Barreras sociales. Percepciones y equívocos

La frase "envejecimiento de la sociedad" parece transmitir una idea de decadencia de la civilización humana cuando en realidad se trata de un triunfo, una muestra del éxito de la especie, del control de las enfermedades y la natalidad.

También hay asociaciones equívocas muy fuertes y difundidas. Una es asociar automáticamente **vejez** con **pobreza.** La pobreza no es el resultado del envejecimiento, sino el resultado de las políticas económicas, por lo tanto no se resuelve desde las políticas sociales, sino desde una mejor distribución del ingreso.

Y en el caso particular de la Argentina, las personas mayores son el grupo menos pobre: alrededor del 17 por ciento son pobres por ingreso y el 4 por ciento por indigencia, cuando el 50 por ciento de los niños son pobres[39].

Esta asociación debería desterrarse para hacer que el discurso acerca de los viejos y las acciones políticas resultantes se concentren en el reconocimiento de sus derechos y de sus necesidades diferenciales en cada etapa de la vida y no en la asistencia a los desposeídos.

Si hacemos una comparación con otros países de América Latina, la situación de las personas mayores es mejor que en Bolivia o en Perú, sobre todo porque la proporción de personas pobres es mucho menor. Argentina tiene una larga tradición en materia de previsión social, pero de todas maneras quienes viven de una jubilación o pensión sienten con más fuerza que sus pares de otros países la sensación de ser pobres.

La otra asociación errónea es vincular vejez con discapacidad. El 80% de las personas mayores de 60 años puede realizar todas las actividades de la vida diaria sin ninguna ayuda. Debería terminar el clientelismo que genera "espacios" especiales para adultos mayores, cuando lo cierto es que pueden utilizar los mismos espacios que todo el mundo, sin necesidad de grandes inversiones: un banco en una plaza, una baranda en la escalera, veredas transitables.; son inversiones que benefician tanto a viejos como a jóvenes, y posibilitan el confort de disfrutar de los espacios comunes.

[38] Lolas Stepke, F., *Escritos sobre vejez, envejecimiento y muerte*, Ediciones Universidad Arturo Prat, Iquique, 2006.
[39] "Argentinos pobres y viejos", Entrevista a Silvia Gascón, en *Línea Capital*, Sección Sociedad, Misiones, 28 de octubre de 2008.

A riesgo de resultar reiterativos, remarcamos que el eufemismo "espacios especiales para adultos mayores" se refiere a instalaciones para discapacitados (mayores o menores), y en el caso de los viejos, solo abarca un 20% de ellos (en la Argentina).

En cuanto a la imagen de la carencia que descarta lo positivo de la contribución de los viejos, hay que rescatar todo lo que los mayores aportan. Siguiendo con el ejemplo argentino, en los quintiles más bajos, en el 70% de los hogares, el principal ingreso proviene de los adultos mayores. No está medido su costo en pesos, pero el cuidado que los abuelos hacen de sus nietos para que sus padres trabajen, es una contribución importantísima, más allá de todas las otras contribuciones, de sostén afectivo y desarrollo cultural, que no son menores.

Pero en la imagen social todo está centrado en el déficit: nadie quiere ser viejo, nadie quiere ocuparse de un tema que lo afectará directamente más pronto o más tarde. Es bastante frecuente que los propios funcionarios del campo de la salud y del campo social nieguen para sí mismos que son personas mayores; habrá que esperar hasta que les llegue el turno de serlo verdaderamente para que lo quieran ver.

Este fenómeno es el que hemos identificado en la primera parte de este capítulo como "ageísmo" o "viejismo", discriminación que se hace sobre un grupo del cual alguna vez todas las personas que sobrevivan a verdaderas afecciones de la salud o a incidentes traumáticos como accidentes, catástrofes o actos delictivos, formarán parte.

A los viejos se los define por lo que no son: son "no jóvenes". Cualquier ente que se define por lo negativo, identifica una carencia. En este caso, la carencia es irreversible. Es así como pertenecer a un conjunto que privilegia un atributo imposible, es también imposible.

Si a esto se le suman las asociaciones equívocas de los párrafos precedentes, ¿a quién le interesa ser un pobre abuelito viejo, discapacitado y pobre?

Al respecto relata Silvia Gascón[40]

"Existe el mito de que en las tribus los viejos eran considerados sabios, pero es una idea que ha quedado en el imaginario pero sin demasiado asidero. También habría que ver qué edad tenían aquellos que eran llamados viejos o sabios, quizás tenían 40 años. Por lo que yo he leído y estudiado, nunca la vejez fue una etapa de la vida muy valorada, y paradójicamente a veces lo que se valora de una persona mayor es que

[40] Entrevista a la Dra. Silvia Gascón, realizada en Buenos Aires en octubre de 2008.

parece joven. Un periodista tuvo que escribir una nota para un periódico que yo dirijo y le aconsejé que fuera a ver a unas mujeres mayores, de 80 años, que a veces juegan al tenis conmigo, y escribió en la nota "corren como jóvenes". Yo lo corregí: 'NO. No corren como jóvenes, corren como una persona de 70 años que corre bien'. Yo tengo divergencias con los psicólogos cuando interpretan que cuando la gente dice 'no me siento viejo', significa que nadie quiere asumir que es viejo. Yo afirmo que cuando alguien dice 'no me siento viejo', está diciendo 'no soy ese estereotipo'. El eje de las políticas sociales debería basarse en la realidad. Algunos son pobres y no tienen vivienda o son dependientes y necesitan una protección esencial El resto de los mayores envejecen como envejezco yo, como envejece el político Antonio Cafiero o la actriz China Zorrilla. Entonces no necesitan una protección esencial, necesitan que se reconozcan y se respeten sus derechos: decidir sobre su vidas, cómo quieren vivir, cómo quieren morir, qué quieren hacer con sus bienes."

2.4.1 Los estereotipos y sus efectos sociales

Jean Paul Sartre alguna vez caracterizó como "mala fe" al hecho de tomar demasiado seriamente nuestros estereotipos sobre la gente y tratar estos estereotipos como si ellos capturaran la esencia de los otros.

La asimilación de vejez y enfermedad ha sido señalada cómo el prejuicio más extendido en el marco del conjunto de estereotipos que constituyen el "viejismo"[41].

Existe consenso general entre autores de diversas disciplinas en cuanto a que en ninguna época de la historia la discriminación por edad tuvo tanta fuerza como en las sociedades industrializadas.

Durante más de dos mil años de historia humana la edad ha sido enfocada bajo un criterio de status social. Las personas mayores eran pocas y esto junto a su experiencia vital, las colocaba en una posición de respeto y obediencia para la mayoría. Las personas de edad avanzada tenían peso político, económico y espiritual. Muy excepcionalmente se cuestionaban sus decisiones. Su status social estaba basado en la organización de las instituciones (familia, economía, sistema político).

[41] Salvarezza, L., *Psicogeriatría. Teoría y clínica*, Paidós, Buenos Aires, 1988.

En las sociedades agrícolas preindustriales los viejos ocupaban, típicamente, puestos de alto rango social debido a su control sobre recursos cruciales tales como información, tierras, autoridad familiar y política.

Explica Mc Gowan[42]:

"La industrialización alteró fundamentalmente la organización de estas instituciones sociales y con ello la posición social de los viejos. La ventaja histórica que estos tenían por sus muchos años de experiencia en su trabajo se perdió debido a que los métodos de producción se industrializaron y para operar las maquinarias se necesitaba más entrenamiento y menos destreza. La mayor experiencia de los viejos fue rápidamente en disminución en un mundo caracterizado por rápidos cambios sociales y tecnológicos".

Esta situación crea los primeros antecedentes de un conflicto generacional en el mercado de trabajo: los empresarios consideraron a los jóvenes más aptos para realizar los trabajos repetitivos propios de la producción fabril que no requerían conocimientos especiales.

Una encuesta formulada en 2001 por Palmore[43] compara las creencias generalizadas acerca de las supuestas minusvalías de los mayores y las realidades. Entre los prejuicios menciona la "enfermedad y discapacidad" que les impide continuar trabajando, en tanto que los hechos revelan que la mayoría de los trabajadores de avanzada edad trabajan eficazmente, y tienen el mismo rendimiento que los jóvenes.

Las consecuencias de este tipo de prejuicios se reflejan también en los servicios de salud. Daniel Callahan desató una gran polémica cuando se publicó su libro "Poner límites. Los fines de la medicina en una sociedad que envejece", en el que afirmó que la edad es una base legítima para la racionalización de los costos en la atención de la salud. Su explicación alude a la edad como una categoría objetiva, precisa y universal entre los grupos sociales.

No estuvo en las intenciones del autor anticipar una catástrofe, tan sólo advirtió que las sociedades exitosas operan con alguna forma de racionamiento de los bienes sociales, y que éste se puede hacer azarosamente dejando sin racionalidad muchas decisiones y logrando éxitos muy contradictorios. Pero

[42] McGowan, T., "Ageism and Discrimination", en Birren, J., *Encyclopedia of Gerontology*, Academic Press, New York, 1996.

[43] Palmore, E., "The ageism survey: first findings" (*The Gerontologist*, N° 41, 2001), en Losada Baltar, A., "Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención", *Portal Mayores, Informes Portal Mayores*, N° 14, Madrid, 28 de febrero de 2004.

cuando se difundió el libro en su país, Estados Unidos, se daba la paradoja de que los más viejos estaban recibiendo más ayuda estatal que los más jóvenes.

La alarma acerca del incremento de los costos en salud surgió a partir del peso que el aumento de ancianos con enfermedades terminales significaba para el presupuesto.

Pero lo cierto es que se ha podido determinar que el costo en atención de la salud de los ancianos, no es mucho mayor que el que representan las personas de mediana edad, pero los que tienen enfermedades terminales consumen nueve veces más. Por lo tanto, podría pensarse que la racionalización de los costos podría establecerse para enfermos terminales sin tener en cuenta la edad, sino la calidad de vida[44].

En cuanto a los efectos en general de la discriminación por viejismo, es pertinente recordar que quienes sufren discriminación tienden a adoptar la imagen negativa que se les impone, comportándose de acuerdo con los estereotipos que conforman dicha imagen.

Estos estereotipos presuponen que los viejos son asexuados, rígidos, improductivos y des-comprometidos. Como resultado, muchos viejos tienden a evitar las relaciones sexuales, las ideas nuevas, la actividad productiva y creativa y el compromiso social.

Este es un claro ejemplo de profecía autocumplida.

[44] Entrevista a la Dra. María Julieta Oddone, realizada en Buenos Aires en marzo de 2009.

CAPITULO III

Salud y longevidad

3.1 El envejecimiento como un proceso
- 3.1.1 Inicio y etiología del proceso
- 3.1.2 La influencia de la cultura
- 3.1.3 Modelos de envejecimiento
- 3.1.4 Factores que determinan los modos de envejecer
- 3.1.5 Criterios para diferenciar los distintos grupos etáreos
- 3.1.6 Envejecimiento activo y envejecimiento saludable
- 3.1.7 Aproximaciones políticas al proceso de envejecimiento
  - 3.1.7.1 Un acercamiento desde el ciclo vital
  - 3.1.7.2 Un acercamiento desde las políticas de desarrollo
- 3.1.8 La "cuarta edad" en Argentina
  - 3.1.8.1 Datos demográficos
  - 3.1.8.2 Situación laboral
  - 3.1.8.3 Composición de los recursos económicos
  - 3.1.8.4 Consideraciones sobre la integración familiar
    - 3.1.8.4.1 Composición del hogar
    - 3.1.8.4.2 Estado civil (limitado a casados y viudos)
    - 3.1.8.4.3 Convivencia con familiares
    - 3.1.8.4.4 Actividades que se realizan para la familia
    - 3.1.8.4.5 Relación con la familia
    - 3.1.8.4.6 Maltrato y violencia
- 3.1.9 Situaciones de vulnerabilidad y riesgo
  - 3.1.9.1 La vulnerabilidad social
  - 3.1.9.2 Vulnerabilidad y emergencias
  - 3.1.9.3 Vejez, pobreza y vulnerabilidad en América Latina
  - 3.1.9.4 Vejez y pobreza en Argentina
- 3.1.10 Construcción de un enfoque preventivo del envejecimiento

3.2 Salud y hábitat

3.2.1 El impacto de la urbanización. La gestión ecológica de las ciudades y su efecto en la minimización de la dependencia.

3.2.2 El derecho a la ciudad

3.2.3 Algo más sobre las ciudades *amigables*

3.2.4 Derecho a la vivienda

3.2.5 La interacción con el entorno y la estructura de la población

3.2.6 Gestión de la habitabilidad

3.2.6.1 Modelos de habitabilidad para adultos mayores

3.2.6.2 Hogares de Día

3.2.6.3 Establecimientos de Larga Estadía

3.2.6.3.1 Residencias de larga estadía

3.2.6.3.2 Vivencias en diferentes ámbitos

3.2.6.3.3 La situación en la provincia de Mendoza (Argentina)

3.2.6.3.4 El caso de la Florida Agency for Health Care Administration

3.2.6.3.5 El caso de los adultos mayores dependientes

3.2.6.3.6 El marco regulatorio actual en la Ciudad de Buenos Aires

3.2.6.4 Soluciones de habitabilidad para adultos mayores. Selección de ejemplos en varias ciudades del mundo.

3.2.6.4.1 Urbanización Lliri Blau

3.2.6.4.2 Viviendas protegidas de la ciudad de Barcelona

3.2.6.4.3 Un innovador programa español de viviendas en Alicante

3.2.6.4.4 El ejemplo de Valparaíso, Chile

3.2.6.4.5 Programa de vivienda protegida para mayores MINVU y SENAMA

3.2.6.4.6 Una experiencia en Montevideo, Uruguay

3.2.6.4.7 AMIGOUR en Israel

3.2.6.4.8 Programa "Egged" en Haifa, Israel

3.2.6.4.9 Ciudad para ancianos en Chile

3.2.6.4.10 Ciudades de tercera edad.

3.2.6.4.11 Residencia Patricia (Benidorm – Alicante)

3.2.6.5 Tecnología Asistencial desarrollada por la Universidad de Missouri

3.2.6.6 Ejemplos de Hogares de Día

3.2.6.6.1 Hogares de Día del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

3.2.6.6.2 - Hogar de Día de Coronel Vidal

ANEXO I. LEY N° 2.935 Funcionamiento de los establecimientos residenciales de la Ciudad de Buenos Aires.

3.1 El envejecimiento como un proceso

Uno de los hechos más significativos en la evolución del pensamiento sobre la vejez es que se ha constituido en un proceso y en una etapa *vital* de la vida humana. Siempre se ha hablado de jóvenes y de viejos y la vida humana es un continuo, pero ahora, la etapa vital llamada vejez se configura con caracteres especiales.

Es, por de pronto, una determinación biológica. Y aunque puede discutirse cuándo se inicia en realidad, hay signos que permiten identificarla. Tanto el discurso profano como el discurso científico explican la vejez como una fase en la que en el plano de lo visible y en la de los rendimientos, el cuerpo biológico se transforma y deja de ser lo que era. Está demostrado que no todo el organismo envejece al mismo ritmo. Cada sistema orgánico tiene el suyo propio, a menudo influido por factores genéticos.

Desde el punto de vista fisiológico, las funciones del cuerpo humano alcanzan un nivel óptimo a los 20 años y desde ese nivel comienzan a decaer, en forma casi lineal, hasta los 80 años, tiempo en que el porcentaje de la función inicial que se conserva es del orden del 30 al 50%. Las funciones que más se afectan son las del sistema nervioso central (como la memoria o la respuesta neuro-muscular)

Dentro del sistema nervioso central, los procesos de declinación no son uniformes. Este factor debe tenerse en cuenta al hacer afirmaciones sobre el envejecimiento. La heterogeneidad, que es de regla en el comportamiento, se encuentra también en el sustrato biológico. Señala Lolas Stepke, que la vejez es una etapa biográfica[45]. Visualizada por ciertos atributos exteriores, es una etapa marcada por una dualidad entre la consideración externa y la interna de cada ser humano. Esto es esencial para entender algunos problemas psicológicos asociados a esta etapa de la vida.

El especialista Juan Hitzig[46] habla de un modo de vida que tiene como centro el ***proceso de envejecimiento*** que comienza el día en que nacemos. En cambio la ***vejez*** está más ligada a las discapacidades. Es decir que es posible envejecer sin ser viejo. Hitzig diferencia tres aspectos: la biología, los efectos y las enfermedades del envejecimiento.

La biología protagoniza el proceso que acompaña toda la vida y que guarda relación con el envejecimiento de las células y con la declinación de las funciones fisiológicas.

Los efectos tienen relación con las prácticas de vida. Hay prácticas saludables y prácticas poco saludables. Una persona que siempre exigió de manera incorrecta su peso sobre la cadera es probable que desarrolle una artrosis

[45] En el capítulo anterior se describe esta etapa. Ver *2.2.7: Los tres discursos de la Muerte digna.*
[46] Hitzig, J. F., *Cincuenta y tantos. Cuerpo y mente en forma aunque el tiempo siga pasando.* Grijalbo, Buenos Aires, 2005.

de cadera. Y hay personas que pueden parecer excepcionales, como Indra Devi, decana del yoga en Argentina, que falleció a los 103 años, pero que son, en realidad personas que han llevado a cabo un proceso saludable de envejecimiento.

Y, por último respecto de las enfermedades, afirma Hitzig, que no existen prácticamente enfermedades propias de la tercera edad sino en realidad, consecuencias de la falta de prevención y de actividad. No obstante, reconoce que hay patologías como la enfermedad de Parkinson y ciertas demencias que sí son propias de la vejez. Por tanto, debería hablarse de envejecimiento neuronal y dejar de lado los prejuicios acerca de que los viejos están llenos de enfermedades.

Tener hábitos sanos más allá de los 70 años no parece una simple expresión de deseos. "Tendríamos que lograr que cada vez más gente muera lo más tarde posible y de la mejor manera posible"[47], sostiene Hitzig. En la Argentina la expectativa de vida al nacer es de 74 años mientras que en Japón —el primero en el mundo— asciende a 80. Sin embargo, la diferencia aparece cuando se mide sobre la vida saludable libre de dolencias incapacitantes. Japón, tiene una expectativa de vida saludable de 76 años mientras que la Argentina exhibe apenas 68. "Si no revertimos esto, en los próximos años tendremos cuatro geriátricos por manzana", advierte el especialista.

La diferencia entre el proceso de envejecimiento y el estado de la vejez está dada por la combinación de dos edades: la cronológica y la biológica. La primera es la dada por la fecha de nacimiento y el tiempo vivido, mientras que en la segunda entra a jugar la manera de gestionar cinco variables: la biología y su mantenimiento (la medicina), el alimento, el movimiento, el pensamiento y el sentimiento. Alejarse de la invalidez y mantener la autonomía a los 80 o incluso a los 90 años dependerá de la aceleración o no de la edad biológica. Hitzig manifiesta que la misión es retardarla y que es muy importante manejar de la mejor manera posible las emociones negativas, ya que el estrés es la principal causa de aceleración de la edad biológica. Y según sus expresiones "uno puede hacer mucho más por su envejecimiento que lo que el envejecimiento puede hacer de uno mismo". Son muy ilustrativos los relatos de sus experiencias sobre los diferentes estilos de envejecer entre los cuales cita a un colega que expresaba "yo nunca voy a ser viejo...viejos siempre son los que tienen cinco años más que yo", o la afirmación del octogenario actor Maurice Chevalier "...envejecer podrá no ser lo mejor...pero la alternativa es aún mucho peor". Nos parece importante reproducir algunas de sus experiencias recogidas durante treinta años de trabajo como médico asistencial y director médico de un Centro de Asistencia Gerontológica y Residencia Protegida. Resumimos sus reflexiones en los párrafos que siguen:

La institución contaba con 200 camas, de las cuales la mitad estaba destinada a la sección de cuidados intensivos de enfermería y rehabilitación o "nursing home" y la otra a una residencia protegida para ancianos sanos. Las 100 camas del "nursing home" estaban ocupadas por personas que estaban allí ante todo por su enfermedad, más que por su edad. La verdadera causa de su ingreso no habían sido problemas inherentes a la biología del envejecimiento, sino

[47] Entrevista al Dr. Juan Hitzig, realizada en Buenos Aires en abril de 2009.

patologías conducentes a la discapacidad, como trastornos vasculares, músculo-esqueléticos y neurológicos. Pero lo más movilizador de la experiencia fue comprobar que el 80% de esas discapacidades podrían haberse evitado con un programa de medicina preventiva. Y ese programa debió haber comenzado 30 años antes, es decir alrededor de los 50 años de edad.

Pero más apasionante es la segunda parte de su relato: los octogenarios y nonagenarios que vivían en la residencia protegida, prácticamente no tenían discapacidades, y sus vidas se desarrollaban en total plenitud hasta edades que superaban en quince o veinte años el promedio de vida. Estas personas no sufrían de enfermedades crónicas, y cuando enfermaban lo hacían de la misma manera que un adulto joven, con un rápido poder de recuperación. Lo más importante es que cuando sus vidas llegaban a su fin, morían sanos, y a edades muy avanzadas.

Estos longevos hacían envejecimientos tan largos que prácticamente no les quedaba tiempo para conocer la vejez, y de ser así, ésta duraba muy poco tiempo. El tiempo necesario para hacer un desprendimiento de este plano de la realidad para ingresar a otra dimensión en total paz y serenidad. Cómo Indra Devi, antes mencionada, quien solía decir que al morir nos desprendemos de nuestro cuerpo físico, como quien al irse de un restaurante deja atrás, colgado en el perchero, un sobretodo viejo y raído.

Estas personas desarrollaban un envejecimiento prolongado y una vejez corta y tardía. En otras palabras, el modelo ideal de longevidad que hace que envejecer sea una cuestión de jóvenes. El principal determinante del proceso no es un punto fijo sino el curso de la vida. En una persona de 88 años, saludable y activa, el mérito no está en los 88 años de ese momento, sino en el tiempo transcurrido hasta que llegó ahí.

Los longevos saludables tienen en común un patrón de actitudes y conductas que los distinguen: su forma de pensar y actuar modela su biología. Las emociones tienen que ver con lo biológico y con lo psiconeuroinmunohormonal. "El cuerpo material es, finalmente, la expresión de la energía del cuerpo espiritual...hay mucho que aprender de los longevos saludables. Gracias al buen manejo del estrés emocional, han balanceado sus hormonas de manera que las inmunoactivas han actuado más que las inmunodepresoras. Cada pensamiento genera una emoción y ésta moviliza un circuito hormonal que impacta sobre los cinco trillones de células que forman un organismo. Resignación, resentimiento, bronca e insatisfacción son respuestas que promueven el cortisol, una hormona corrosiva. La aceptación, en cambio, produce serenidad y ésta promueve secreciones serotonínicas que retardan los efectos del envejecimiento"[48].

[48] Conceptos del Dr. Juan Hitzig, en "La vida, larga y bella", *La Nación Revista*, Buenos Aires, 2 de octubre de 2005.

3.1.1 Inicio y etiología del proceso

En el Festival de Ciencias de la Asociación Británica para el avance de la ciencia -que se realizó en Irlanda en 2005- Ian Robertson, decano de investigación del Instituto de Neurociencias del Trinity College, durante su presentación sobre cómo mantener en forma el cerebro después de los 50, aseguró que "la nueva edad adulta oscila entre los 50 y los 80 años, un período mayor que el de la juventud, antes de que se instale la vejez propiamente dicha" Robertson ensayaba una respuesta a una pregunta que aún sigue pendiente: ¿a qué edad comienza la vejez?

El investigador estadounidense Pankaj Kapahi no coincide con Robertson. En su opinión simplemente, la ciencia no cuenta con indicadores fiables de la vejez. "Lo único cierto en este sentido es que a partir de los 35 años la estructura ósea empieza a ponerse vieja. El envejecimiento es quizás el proceso más multifactorial y diverso que existe, en el que cada célula envejece de manera diferente. Por eso resulta difícil llegar a una conclusión sobre cuándo comienza la vejez"[49].

Una respuesta pragmática a la pregunta ¿a qué edad comienza la vejez?, es ofrecida por el investigador argentino Alberto Boveris que expresa: "a los 50 años", por ser el punto medio de la declinación fisiológica que ocurre entre los 20 y los 80 años"[50].

Según Pablo Argibay, director del Instituto de Ciencias Básicas y Medicina Experimental del Hospital Italiano, "al nacer se pone en marcha el reloj biológico, en el que la vejez está genéticamente determinada y es la pérdida progresiva de la capacidad de autorregeneración que tienen las células.

El envejecimiento que comienza desde el momento en que nacemos, posee mecanismos genéticos que impiden que las células se renueven ilimitadamente. El sistema está preparado para que uno viva determinada edad por default, sin grandes cambios degenerativos en el organismo. Aunque el programa genético está determinado por la biología y el ambiente del individuo, hay formas de adelantar o retrasar el envejecimiento. Lo primero se logra con los malos hábitos de vida: fumar, no variar la alimentación, no hacer actividad física, no compensar el estrés, acumular sustancias tóxicas. Lo segundo, en cambio, con un estilo de vida saludable que no sólo incluya ejercicio físico regular, sobre todo a partir de los 50, para prevenir problemas óseos, sino también la actividad intelectual."

El proceso de envejecimiento está sometido a múltiples variables. No hay viejos con conductas homogéneas. Hay personas, con todas sus diferencias y semejanzas incluidas en un proceso sometido a condiciones ligadas tanto a complejidades regionales como a caracteres peculiares de los grupos de pertenencia. "Se envejece como se ha vivido... El envejecimiento de los sectores más vulnerables de la sociedad producirá una doble marginación: por la edad y

[49] "La pregunta que más desvela: ¿cuándo se empieza a envejecer?", *La Nación, Sección Ciencia y Salud*, Buenos Aires, 18 de septiembre de 2005.
[50] Boveris, A., Comunicación personal realizada en junio de 2009.

por lo económico, que modificará indefectiblemente el proceso en su manera de estar en el mundo y preservar la autonomía"[51].

El proceso de envejecimiento es diferencial. Resulta de la clase social de pertenencia, del nivel de educación, del género, del tipo y condiciones del devenir laboral, del hábitat, y del contexto socio cultural en el que el individuo cumple el proceso irreversible de vivir y morir. "Cada grupo cultural produce su propio tipo de envejecimiento, sus propios viejos y las cualidades que designan a este producto deberán ser leídas dentro del momento socio-histórico de su producción"[52].

3.1.2 La influencia de la cultura

La investigación de los efectos del cambio contextual cultural sobre la vejez, efectuada por Langer[53] ilustra sobre los resultados experimentales del entorno cultural, en un grupo de sujetos varones de 75 a 80 años de edad, divididos en un grupo que se comportara y hablara como si ellos vivieran 30 años antes y un grupo control que fue instruido para que solamente recordara lo sucedido hace 30 años, manteniendo su contexto en el presente.

En el área donde el grupo experimental fue hospedado; toda la música, noticias, vestidos, conversaciones y el ambiente reflejaba la era que se les indicó recrear, mientras que el grupo control vivía en un ambiente que reflejaba el presente.

Se tomaron mediciones previas y posteriores en la fuerza del apretón de manos, anchura de hombros, pliegue de la piel del tríceps, visión con o sin anteojos, memoria visual y otros marcadores físicos y cognitivos de "la vejez". Se repitieron diferentes mediciones durante varios días y el experimento concluyó después de cinco días. Las mediciones mostraron mejoría en todas las áreas para el grupo experimental, sin cambio en el grupo control.

Notablemente, observadores independientes reportaron que los sujetos en el grupo experimental parecían en promedio tres años más jóvenes en las fotografías tomadas al cabo de sólo cinco días de experiencia, mientras que no se notaron diferencias para el grupo control.

En una revisión comparativa de la práctica médica, Payer[54] demuestra como la etiología de la migraña es vascular en los Estados Unidos, hepática en Francia y gastrointestinal en Gran Bretaña. Adicionalmente, mientras que la hipotensión es predictora de longevidad en los Estados Unidos, en Alemania la

[51] Barenblit, V. y Molina, S, "Salud comunitaria. Aspectos promocionales en la salud del adulto mayor", en *Aspectos Psicosociales del Adulto Mayor. Salud comunitaria, creatividad y derechos humanos*, Ediciones de la UNLa, Departamento de Salud Comunitaria, Lanús, Buenos Aires, diciembre de 2004.
[52] Serejilevich, M., "Vejez", en *Temas de Psicogeriatría*, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1990.
[53] Langer, E. J., *Mindfulness. Reading,* Perseus Books, Massachusetts, 1989.
[54] Payer, L., *Medicine and culture*, H. Holt & Co, New York, 1996.

hipotensión es diagnosticada como una condición patológica llamada Herzinsuffizienz (insuficiencia cardiaca).

Payer también reporta un estudio conducido con una población normal en Hamburgo que evaluó el funcionamiento cardíaco en el cual cuarenta por ciento de los sujetos fueron diagnosticados con un ECG anormal aplicando las reglas de diagnóstico de Alemania mientras que solamente el cinco por ciento de los ECG fueron encontrados anormales utilizando criterios norteamericanos. Argumentó que el avance de la edad es la acumulación cognitiva y biológica del tiempo, mientras que el envejecimiento es la consecuencia de la conducta contextualizada dentro de una historia cultural.

En otras palabras, el paso del tiempo es condición necesaria pero no suficiente para los cambios cognitivos y biológicos que acontecen en el proceso del envejecimiento.

La cultura define los portales bioculturales, como así también la interpretación de la salud y de la calidad de la vejez. Los portales bioculturales son definidos por las creencias científicas, estéticas y trascendentales que se asimilan de la cultura. Por ejemplo, mientras que a los 62 años de edad en una cultura industrializada se llevan a cabo conductas del retiro, un indio Tarahumara de la misma edad, de la región de Chihuahua en México, corre más de 200 millas en una competencia deportiva denominada "puntapié a la pelota" que dura varios días[55].

Los Tarahumaras, conocidos por su longevidad, creen que en la vejez ellos son más fuertes y en consecuencia corren mejor. El retiro no es uno de sus portales bioculturales. Al contextualizar un futuro en el que sus habilidades físicas aumentan al envejecer, la "crisis de la edad media" es desconocida y la patología degenerativa asociada con la vejez es rara en esa cultura.

Un aspecto tangencial que se vincula con la cultura es la cuestión de género. Para comprender la diversidad que existe en el proceso de envejecimiento es preciso establecer un marco teórico adecuado que integre el género y la edad, que son dos variables que en el mercado laboral perjudican a las mujeres.

Existe una barrera que limita sus posibilidades de ascenso y su carrera profesional, siendo atribuible el proceso a ciertas actitudes de los directivos ante el envejecimiento. Las mujeres llegan a tener problemas para el ascenso a una edad inferior que los hombres; se considera a las mujeres como "mayores" antes que a los hombres (quienes así piensan son sobre todo hombres y no mujeres)[56].

[55] Pelletier, K. R., *Longevity: Fulfilling our biological potential*, Dell Publishing Co, New York 1981.
[56] Giménez López, D., "Relación entre género y envejecimiento", en *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales,* Nro. 40, Madrid, diciembre de 2002.

Consideremos también situaciones de exclusión de la mujer en el acceso a ciertos beneficios. El caso de Ecuador es sumamente ilustrativo. Veamos una síntesis de la situación[57]:

En 1991 se promulgó en Ecuador la Ley del Anciano que incentiva a las personas de la tercera edad a participar en actividades sociales y económicas.

La Constitución Ecuatoriana ampara el cumplimiento de derechos para con los adultos mayores.

Sin embargo existe una situación de vulnerabilidad en las mujeres de la tercera edad criadas bajo una cultura de subordinación, apegadas a la dependencia masculina.

La cultura ecuatoriana, desde inicios del siglo pasado, relega a la mujer a un rol servil. El hombre puede descansar porque trabajó toda su vida y como las mujeres se dedicaron al trabajo doméstico y eso no es considerado como trabajo real, no tienen derecho a descansar a pesar de su edad.

De acuerdo con datos del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) en ese país hay 836.171 adultos mayores. De ellos el 40% reside en zonas rurales del Ecuador, lo que hace que los niveles de acceso a salud y servicios básicos sean deficientes, otorgándole un bajo nivel de vida.

Pero según los mismos datos del INEC, esta situación vulnera aún más a las adultas mayores, ya que ellas tienen menos garantías de protección en lo referente al acceso de salud, jubilaciones, trabajos acordes a su edad y ayudas sociales. Y esto se debe a que han dependido de una figura masculina.

El problema extra de inequidad en la vejez afecta a las mujeres, porque tienen un mayor nivel de supervivencia. Así, por ejemplo, siempre en referencia a Ecuador, de las personas de la tercera edad que fallecieron en 2007, 15.316 fueron hombres, mientras que 14.700 fueron mujeres.

A nivel de América Latina, los estudios médicos demuestran que las mujeres viven de 5 a 7 años más que los hombres, pero en ciertos países tienen un deterioro mayor de su salud física, mental y emocional, por la dependencia económica que tienen del ámbito familiar, que se contradice con la responsabilidad de encargarse en la totalidad de su bienestar.

Este fenómeno, que coloca a las ancianas en una condición vulnerable, ocurre principalmente en poblaciones indígenas, aunque este referente es replicado en familias de ideas conservadoras y machistas.

Es necesario trabajar en la eliminación de la discriminación. La gerofobia, es decir el prejuicio hacia las personas de edad avanzada, se hace más fuerte para con las mujeres cuando impera una idea social sexista.

[57] *www.demayores.com*, "En Ecuador las mujeres no se jubilan", 9 de marzo de 2008.

La sociedad emite mensajes que consideran vieja a la mujer incluso a temprana edad. Los cambios físicos provocados por el paso del tiempo en un hombre, pueden darle un toque de distinción, mientras que en las mujeres muestran la decadencia.

Las conexiones entre el género y el envejecimiento están íntimamente relacionadas, ya que tienen que ver con las funciones asignadas a hombres y mujeres lo que hace que el envejecimiento masculino sea diferente al femenino.

En sociedades como la ecuatoriana, las mujeres no representan una carga siempre y cuando estén en edad reproductiva. Se rinde culto a la juventud, por lo que la vejez se convierte en sinónimo de enfermedad.

Como parte de la política de protección para la tercera edad, el Estado ecuatoriano ha implementado tres programas sociales: el Programa de Protección Social (PPS), el Programa "Aliméntate Ecuador" y el Programa de Aseguramiento Universal de Salud.

Los programas no son específicos para los adultos mayores, pero los incluye. En el caso de PPS, a partir de febrero del 2007 los adultos mayores se benefician con la pensión asistencial de 30 dólares. Asimismo, pueden acceder por medio del subprograma de "Microcrédito Solidario" a un préstamo de hasta 600 dólares para la iniciación de un micronegocio.

Para la Red Latinoamericana de Gerontología se deben incentivar estos proyectos sobre todo para las mujeres, porque la mujer es más discriminada, sobre todo si es pobre.

Similares situaciones se observan en Guatemala, Haití y Honduras, donde más de la mitad de la población de 60 años y más reside en zonas rurales y donde como en el resto de América Latina la población femenina está mas envejecida que la población masculina. En la región, las mujeres mayores representan entre el 10 y el 11% del total de población femenina. En las ciudades residen más mujeres de edad avanzada que en las áreas rurales[58].

También en Europa la cuestión ha merecido señales de alerta. El continente tiene la proporción más elevada de mujeres mayores en el mundo, con tres mujeres cada dos hombres entre 65 y 79 años de edad. La cantidad de mujeres de 80 años de edad o más, es el doble que la de los hombres. La proporción de mujeres mayores que viven solas probablemente aumentará ya que las mujeres viven más años que los hombres y tienden a casarse o a cohabitar con hombres mayores que ellas mismas.

Las mujeres en edad avanzada que viven solas constituyen un riesgo significativo de pobreza debido a que en su vida laboral han tenido ingresos más

[58] Huenchuan, S., "El envejecimiento poblacional en América Latina y el Caribe. Desafíos y oportunidades de construir una sociedad para todas las edades", CELADE-División de Población de la CEPAL, Naciones Unidas, 2006.

bajos y, como consecuencia, reciben pensiones más bajas, lo cual afecta de una manera determinante su estado de salud[59].

3.1.3 Modelos de envejecimiento

No es sencillo precisar cuánto hay de cierto entre los modelos que se presentan como explicaciones al proceso que nos ocupa. Uno de ellos, el ***biológico*** en la dirección caracterizable como médico-psiquiátrica, ofrece respuestas intervencionistas y preventivas, basadas en la supuestas "enfermedad" de la vejez y en los tratamientos farmacológicos. El modelo ***social***, cultural – relacional – comunitario, enfatiza propuestas desde lo sociopolítico a través de la construcción de redes de apoyo y contacto.

La longevidad no es un proceso patológico. Su incumbencia por parte de la psiquiatría y la farmacología, está plagada en general de errores y prejuicios. Para que una vejez pueda ser evaluada como satisfactoria, se debe integrar el cuerpo con la mente. Éstos a su vez deben nutrirse tanto de lo biológico como de lo social. De esta interacción recíproca, puede pasarse a la noción de un proceso satisfactorio. Dado que se trata de una evolución natural, no de una enfermedad, los efectos pueden ser postergados o parcialmente detenidos, pero no eliminados. Sin embargo, la mente es la gran compensadora de la declinación del organismo. Lo cierto es que el cerebro es el único órgano capaz de mejorar sus funciones durante el proceso de envejecimiento. Lo hace integrando mejor su funcionamiento global, y por tanto compensando la declinación de algunos de sus componentes, como la memoria, la agudeza perceptiva, los reflejos veloces.

Los datos disponibles sobre la pérdida neuronal en la vejez, son conflictivos y contradictorios, excepto en el consenso de la disminución observable en la enfermedad de Alzheimer, que presenta cambios en el hipocampo, aunque también este fenómeno es visualizable en la vejez normal. Pero fuera de esto, es posible asegurar que el cerebro goza de la importantísima cualidad conocida como "neuroplasticidad" (facultad de armar nuevos circuitos ante la declinación o pérdida de otros).

El modelo biológico incluye el certificado de veracidad que se le otorga al remedio y que el remedio otorga. Para tal enfermedad, tal remedio. De aquí resulta la enorme repercusión que tiene la industria farmacéutica en el mundo contemporáneo. Cómo dato ilustrativo, menciona Peter Wright[60] que en 1999, la venta de psicotrópicos en los Estados Unidos, sobrepasó los siete billones de dólares, y que un tercio del presupuesto de los grandes laboratorios fue utilizado en marketing. Esto debería alertar, dada su enorme influencia y poder, acerca del peligro de la medicalización de la vejez.

[59] "Envejecimiento Saludable. Un Desafío para Europa. Una versión reducida", Instituto Sueco de Salud Pública, Estocolmo, julio de 2007.
[60] Wright, P., "El envejecimiento según dos modelos: el Biológico y el Social" en *Aspectos Psicosociales del Adulto Mayor. Salud comunitaria, creatividad y derechos humanos*, op. Cit.

Afirma el autor que los mayores esfuerzos deben dirigirse a la construcción social y política de redes de apoyo y bienestar para las personas de este segmento de la sociedad.

3.1.4 Factores que determinan los modos de envejecer

La biología, la genética y la capacidad de adaptación son tres factores fundamentales que determinan cómo envejece una persona, según informa el Dr. Sergio García Vicente, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.[61]

Los cambios que acompañan al envejecimiento progresan gradualmente y las diferencias individuales son significativas. Por ejemplo, el rendimiento físico de una persona de 70 años de edad que se mantiene en forma puede ser similar al de una persona de 40 años que no se mantiene en forma. Durante el proceso de envejecimiento ciertas capacidades intelectuales como el tiempo de reacción, la velocidad de aprendizaje y la memoria, disminuyen de forma natural. Sin embargo, esto puede compensarse con un incremento de los conocimientos y de la experiencia.

La falta de actividad práctica, la falta de motivación y de confianza, el aislamiento y la depresión, son con más frecuencia las causas de disminución del rendimiento cognitivo que el envejecimiento en sí mismo.

Para García Vicente, la influencia de los factores genéticos sobre el desarrollo de enfermedades crónicas como las cardiopatías, la enfermedad de Alzheimer y ciertos tipos de cáncer varía considerablemente de persona a persona. Para el especialista, no padecer enfermedades ni discapacidades en la vejez depende por igual, de la herencia, de la conducta personal, de la adaptación a la vida cotidiana y del entorno físico, social y económico. Las personas mayores que se adaptan bien tienden a tener un autocontrol y una actitud positiva y confían en alcanzar las metas que se proponen.

Son también determinantes los ***factores conductuales***. Uno de los mitos sobre el envejecimiento gira sobre la idea de que adoptar un estilo de vida saludable en la vejez es demasiado tarde, pero hay determinados factores de este orden que influyen positiva o negativamente sobre la salud de los mayores. En Portal Mayores[62] se mencionan: horas de sueño, actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, obesidad, pautas de alimentación y actividad social. García Vicente agrega el uso de medicamentos, cuya administración correcta influye notablemente en la prevención y control de enfermedades en la vejez.

El ***medio ambiente interior y exterior*** afecta la capacidad de las personas mayores de permanecer activas y de participar y contribuir a la sociedad. Según lo que se establece en el Proyecto para la Unión Europea ya mencionado, las mejoras

[61] García Vicente, S., en *www.netdoctor.es*, Madrid, 6 de septiembre de 2008.
[62] *Portal Mayores*, Portal Especializado en Gerontología y Geriatría, en www.imsersomayores.csic.es, Madrid, 13 de noviembre de 2008.

medioambientales tienen un impacto directo en la calidad de vida de las personas mayores y del personal asistencial.

Un número importante de personas mayores podría moverse más y tener más actividad. Quienes tienen escasa movilidad y quienes padecen discapacidades necesitan instalaciones recreativas y de rehabilitación cercanas al lugar en donde viven. Las áreas verdes accesibles y al aire libre han sido destacadas como factores determinantes para una buena salud. La contaminación del aire es responsable de una de las mayores cargas de enfermedades relacionadas con el medioambiente que afectan a personas mayores. Veinte millones de europeos sufren de problemas respiratorios, muchos de los cuales son ancianos y /o están socialmente marginados.

El cambio climático global puede tener un impacto generalizado en el estado de salud de la población de mayor edad en el futuro, debido a la mayor incidencia de episodios de graves fenómenos climatológicos

3.1.5 Criterios para diferenciar los distintos grupos etáreos

La tendencia de la ciencia se orienta a extender la vida humana a límites extremos, y la vejez se convierte en un período de la vida que puede prolongarse por más de 50 años.

Como consecuencia, los gerontólogos han replanteado la consideración de la etapa de la vida llamada vejez y sus características. Tradicionalmente, se ha adoptado la definición de la Primera Asamblea Mundial del Envejecimiento de Viena (1982), según la cual se considera anciano a todo sujeto mayor de 60 años de edad. Pero sabemos que la edad cronológica no es un criterio válido, porque el proceso de envejecimiento no es idéntico para todas las personas. Hemos aludido en el punto **3.1.1** a los factores del llamado "envejecimiento diferencial" desde la perspectiva del curso de la vida.

En un contexto de pobreza rural, es muy probable que tanto desde su propia comunidad, como desde la conceptualización de los roles específicos, puedan ser consideradas ancianas personas de menos de 60 años, que según esta convención no serían categorizadas coma tales, y por tanto quedarían fuera de todo tipo de plan y programa asistencial para la vejez.

Ya hacia fines del siglo XX la prolongación de la vida, junto con el descenso de la mortalidad, hicieron que la gente viviera más años. La denominada "tercera edad" se volvió casi tan larga como las otras dos. Y justamente lo arbitrario de la definición ha hecho necesario comenzar a diferenciar subgrupos dentro del grupo de los viejos.

Los gerontólogos de origen francés optaron por diferenciar la tercera edad, de los 65 a los 75 años, de una "cuarta edad", más allá de los 75, edad que actualmente se ha desplazado a los 80 años, mientra que en otros países sólo se distingue a los viejos - jóvenes de los viejos – viejos.

Se ha recurrido a la edad cronológica como criterio para la organización de las instituciones sociales por la simplicidad de su aplicación y por ser considerada una categoría igualitaria y equitativa debido a su universalidad. Además, cuando se considera la edad cronológica nadie puede sentir invadida su intimidad, lo que no ocurre cuando se recurre a cualquier otra taxonomía de la vejez. Si embargo, su aplicación plantea ciertos problemas:

- En cuanto al conocimiento científico, una explicación basada en la cronología no es útil, dado que en sí misma no constituye un principio explicativo

- En cuanto a su aplicación práctica, la edad no puede predecir de manera general la forma de vida ni las necesidades de las personas

- En cuanto a la difusión del conocimiento, la edad puede conducir a la cristalización de estereotipos que contribuyan a encasillar indebidamente a los individuos (este punto corresponde a los conceptos desarrollados en el Capítulo II bajo el título de *viejismo* o *ageismo*)

¿Qué criterio debe utilizarse entonces para definir al grupo que nos ocupa? Para las políticas sociales se trata de encontrar un criterio que permita adecuadamente evaluar las necesidades del grupo. Difícilmente se encontrará un criterio más confortable que la edad cronológica, pero ya se han señalado sus deficiencias. Hay propuestas que señalan como criterio el estado funcional de la persona a través de la evaluación de las actividades de la vida diaria.

El criterio de la salud funcional agrupa a las personas en función de su capacidad para desempeñar las tareas cotidianas y por lo tanto de su autonomía. Se diferencian así en dependientes, frágiles e independientes. Christian Lalive d´Epinay utiliza este el criterio y expresa: "...el estado funcional por sí mismo no indica ni la edad biológica ni la psicológica ni la edad social de un individuo, pero está relacionado con cada uno de esos aspectos.

En nuestras sociedades, después de la jubilación, el estado funcional es el indicador adecuado de la edad social de un individuo: de su estado funcional se deduce tanto lo que su entorno y la sociedad esperan de él (que corresponde a la definición sociológica del rol) como lo que él mismo tiene derecho a esperar de su entorno y la sociedad (que corresponde a la definición de su status social)"[63]

Si por el contrario, con un criterio cronológico, se distinguen una tercera y una cuarta edad, suponiendo que la primera agrupa a las personas mayores más activas y saludables, y la segunda a las más frágiles y dependientes, y si se tiene en cuenta que el grupo de más de ochenta es el de mayor crecimiento demográfico, se podría llegar a difundir una idea catastrófica acerca del aumento de los gastos de salud que este grupo podría causar.

[63] Oddone, M. J. y Aguirre, M. B., "Ochenta y más: los desafíos de la longevidad", en *Aspectos Psicosociales del Adulto Mayor. Salud comunitaria, creatividad y derechos humanos*, op.cit.

En atención a estas cuestiones, María Julieta Oddone[64], de acuerdo con el concepto de envejecimiento diferencial, presenta un estudio sobre distintas maneras de envejecer. En él se tienen en cuenta cortes por grupos de edad, por género, por nivel socio-económico, y se incluye el tamaño de las ciudades de residencia a fin de determinar si hay un ámbito más protector en ellas que en las más grandes. El estudio se realizó sobre 1506 personas de más de 60 años, autoválidas, residentes en distintas ciudades de Argentina[65] diferenciadas por su cantidad de habitantes.

En línea con la idea del envejecimiento diferencial, el estudio presenta datos sobre las distintas maneras de envejecer. Como esta idea se ajusta a las consideraciones del siguiente punto, algunas de las observaciones serán expuestas a continuación del mismo, con las limitaciones que supone el haber centrado el objeto de análisis en la población urbana.

3.1.6 Envejecimiento activo y envejecimiento saludable

El envejecimiento de la sociedad es un gran desafío desde que supone una mayor exigencia social y económica. Y el verdadero reto es la calidad de vida de los mayores, que les va a permitir mantener la actividad y la independencia: cómo vivir los años "extra" y cómo disfrutarlos.

La mayoría de las personas se adapta a los cambios que conlleva el envejecimiento y sigue siendo independiente incluso ya muy mayor. Hasta un 80% de las personas con 70 años mantiene una forma física y mental que les permite llevar su vida diaria con plena normalidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el *envejecimiento activo* como "el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez". Esta definición no sólo contempla el envejecimiento desde la atención sanitaria, sino que incorpora todos los factores de las áreas social, económica y cultural que afectan al envejecimiento de las personas.

Envejecimiento saludable es aquel que tiende a asegurar un equilibrio entre la capacidad de la persona y sus objetivos. Desarrollado con medidas promocionales de la salud, planeadas sistemáticamente, fue mencionado ya en 1998 como Objetivo 5 en el documento de la OMS "Salud para todos en el siglo XXI".

El envejecimiento saludable (de acuerdo con la definición de la Comisión Europea) incluye el aprendizaje durante toda la vida, poder trabajar más tiempo,

[64] Oddone, M. J., *Actitudes, percepciones y expectativas de las personas de mayor edad. Convenio FLACSO. Secretaría de la Tercera Edad y Acción social*, Buenos Aires, 2001.

[65] Las ciudades son: Buenos Aires, Gran Buenos Aires, Gran Córdoba, Gran Rosario (agrupadas como grandes ciudades); Gran Paraná, Gran Posadas, Neuquén-Plotier-Cipoletti, San Rafael y Tandil (agrupadas como ciudades medianas); Jesús María, Libertador General San Martín, Puerto Madryn, Rivadavia, Tafí Viejo y Villa Ángela (agrupadas como ciudades pequeñas).

jubilarse más tarde y en forma gradual, tener una vida activa después de la jubilación y ocuparse en actividades que mejoren la capacidad y mantengan la salud. La capacidad de las personas mayores, sus objetivos y el medio ambiente son tres factores interrelacionados que necesitan ser considerados simultáneamente en el fomento del envejecimiento saludable.

El proyecto "Ciudades saludables" de la OMS lo define como "el proceso para optimizar las oportunidades de salud física, social y mental que permitan a las personas mayores tomar parte en la sociedad sin discriminación y gozar de una buena calidad de vida e independencia".

Durante la Asamblea Mundial de la Salud de 2002, la Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora General de la Organización Mundial de la Salud, declaró que "Disponemos de un remedio inmediato, seguro y fiable para algunos de los riesgos principales derivados de un consumo no saludable. Es gratuito. Sirve tanto a los ricos como a los pobres, a los hombres y las mujeres, a los jóvenes y los ancianos. Se trata de la actividad física. Al menos 30 minutos diarios."

Para lograr la consolidación de una cultura del envejecimiento activo y saludable la sociedad debe producir políticas y acciones que promuevan que las personas mayores:

- Sufran menos por las discapacidades relacionadas con las enfermedades crónicas.
- Requieran una menor atención sanitaria y social.
- No padezcan situaciones de soledad, manteniendo su independencia y su propio sistema de vida.
- Sigan participando en el ámbito económico, social, cultural y político, tanto a través de trabajos remunerados como de colaboraciones de otro tipo.

Este apoyo debe proporcionarse en las áreas de sanidad, economía, trabajo, educación, justicia, vivienda y transporte.

Para lograr hacer realidad esta cultura es necesaria la interacción de factores de índole sanitaria, económica, del entorno físico, personales, sociales y conductuales.

Los factores vinculados a los *sistemas sanitarios y sociales* comprenden a los sistemas públicos y privados que deberían colaborar en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, poniendo en marcha programas de educación nutricional, de salud bucal, y de ejercitación para el mantenimiento o recuperación de la movilidad y fuerza.

Estos programas permitirían evitar o reducir las discapacidades físicas y mentales en la vejez y alcanzar así el equilibrio entre el autocuidado de los mayores, el apoyo de los cuidadores informales y lo profesionales. Hay que hacer notar que a los cuidadores "informales", en su mayoría mujeres, se les debería prestar una atención especial, por el elevado riesgo que padecen tanto en lo que hace al agotamiento, como a los peligros psico-físicos a los que están expuestos por la intensidad y continuidad de su labor. Esta atención se centra en formación, asistencia temporal y/o ayuda financiera.

Dentro de los *factores económicos* se incluyen los ingresos, el trabajo y la protección social:

- Ingresos

En este aspecto las personas que más preocupan son aquellas que viven solas, sin hijos ni familiares, ya que en ellas se acentúa el peligro de caer en la indigencia. También preocupan los mayores que viven en el medio rural ya que de entrada sufren un mayor aislamiento que los que viven en un medio urbano.

- Trabajo

En el terreno laboral, es necesario apoyar la contribución activa y productiva de los mayores, tanto en trabajos remunerados como sin remunerar (el hogar, el cuidado de niños o de otros mayores) y en labores de voluntariado (en colegios, comunidades, organizaciones públicas, museos y empresas privadas).

Estas actividades mantienen y aumentan el contacto social y el bienestar mental, a la vez que hacen que generan un estado de satisfacción al experimentar una contribución a la sociedad. También se puede apoyar esta área con programas de jubilaciones graduales o parciales, o con la postergación del retiro obligatorio.

Sobre este último punto, se cuenta con un gran consenso, incluyendo la opinión de pensadores de la talla de Peter Drucker y Amartya Sen, cuyos pareceres se exponen en los capítulos IV y V respectivamente. La edad forzosa del retiro, que hasta el presente ronda los 65 años, hace que una fuerza laboral experimentada, con necesidad de incrementar su ingreso y consiguientemente su seguridad social, sea dejada de lado y expuesta a situaciones de vulnerabilidad resultantes de la inactividad y la desprotección sociosanitaria.

Un efecto colateral indeseable de esta situación es el descenso de la autoestima con todas sus características psicosociológicas, la sensación de ser un estorbo y numerosos rasgos que ya hemos analizado al tratar el tema de bioética, en el capítulo II.

- Protección social

La familia sigue siendo el principal apoyo de los mayores. De todas formas, debido al cambio actual en la estructura familiar por la disminución del número de miembros y por la incorporación de la mujer al mundo laboral, es

necesaria una mayor protección pública para evitar la soledad y la mayor vulnerabilidad.

Los factores del *medio físico* pueden ser determinantes en el control y minimización de la dependencia. Por ejemplo, es más probable que una persona mayor sea física y socialmente activa si puede deambular con seguridad en parques bien iluminados y acceder al transporte local con facilidad. Las personas mayores que viven en zonas inseguras o contaminadas salen menos de sus casas y, por tanto, son más proclives al aislamiento y a la depresión, así como al empeoramiento de su estado físico y a la aparición de problemas de movilidad.

El medio incluye a la vivienda. Una vivienda segura y adecuada es especialmente importante para el bienestar de los mayores. El desarrollo de fórmulas alternativas de vivienda, como viviendas compartidas o tuteladas que favorezcan el desarrollo individual y social, evitando a la vez el aislamiento. Desarrollaremos este tema al tratar el punto "Salud, hábitat y envejecimiento"

Los factores *personales* hacen a la genética, la biología, la estructura de personalidad. Todos ellos pueden ser analizados y si bien la genética no es susceptible de gestión personal alguna, su conocimiento puede conducir a prevenir situaciones y ejercer cuidados tempranos cuando fuere necesario. Los factores psicológicos y biológicos merecen el mismo comentario, aunque éstos si pueden ser objeto de acciones terapéuticas, y de otro tipo.

Los factores *conductuales* se relacionan con los hábitos.

Los factores *sociales* hacen al cuadro familiar y de vinculación cercana con todo su contexto educacional, cultural y afectivo.

El modelo de la OMS establece los siguientes determinantes del envejecimiento activo:

DETERMINANTES DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO	VARIABLES
Transversales	.Cultura y género
.Relacionados con sistemas Sociosanitarios	Promoción de la salud, prevención, Servicios curativos, asistencia de larga Duración, servicios de salud mental
Conductuales	.Tabaquismo, actividad física, alimentación sana Alcoholismo, medicamentos, Cumplimiento terapéutico
.Factores personales	.Biología y genética, factores psicológicos
.Entorno físico	.Seguridad de la vivienda, caídas, agua y aire puros, calidad de alimentación, etc.
.Entorno social	.Apoyo sociofamiliar, violencia, abuso, grado de educación
.Económicos	.Ingreso, protección social, trabajo, Actividades económicas

Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Cuadro 3.1: Determinantes del Envejecimiento Activo.

Entre los predictores indudables del envejecimiento activo pueden mencionarse el *locus de control,* la *autoeficacia,* y la *actividad física y mental*[66].

El *locus de control* interno es aquel estilo de personalidad que es capaz de modificar su conducta independientemente de los factores ambientales, pensando que en sus manos están las fuentes de cambio. Con referencia a la percepción de control interno y autoeficacia, sabemos que el locus de control interno ejerce influencia en la salud porque aumenta las conductas de auto-cuidado, influye en la búsqueda activa de información, mantiene la realización de las actividades de la vida diaria y proporciona mayor satisfacción. Del mismo modo el externo dependería más de "los otros" y en este caso, sería menos modificable para el individuo, ya que no son atribuibles a él mismo dichas fuentes.

La *autoeficacia* influye en las expectativas, esfuerzos, perseverancia, resistencia a la adversidad, vulnerabilidad al estrés y a la depresión.

En cuanto a la actividad física y mental, las recomendaciones conductuales para conseguirlo de una manera óptima se basan en tipos de actividades a desarrollar. Algunos ejemplos para lograr manifestaciones modificables son:

Para:

Declive intelectual: ejercicios mentales.

Olvido: aprender estrategias para recordar.

[66] López González, F. J. y Pérez Marín, J. J., "Revisión sobre los factores psicológicos favorecedores de un envejecimiento saludable", en *Revista Electrónica de Psicología Científica*, 12 de noviembre de 2008.

Lentitud: ejercicios.

Movilidad reducida: estiramientos.

Insomnio: relajación, higiene del sueño.

Depresión: actividades agradables, reestructuración cognitiva.

Aburrimiento: creación de nuevos aprendizajes.

Retomando ahora el concepto de envejecimiento saludable entendemos que el mismo resulta de una interacción entre variables personales y el entorno: una síntesis de capacidad de los individuos, objetivos y medio ambiente. El bienestar y la salud en la vejez, dependen por tanto de diversas variables, entre las intrínsecas, los factores psicológicos juegan un gran papel y por tanto, la psicología tiene un peso decisivo en la promoción del envejecimiento saludable y activo.

En "Envejecimiento saludable. Un desafío para Europa"[67] se hace notar que en el año 2050 habrá dos personas en edades de 15 a 64 años por cada persona de 64 años o mayor. Más de la tercera parte de la población europea en este momento esta constituida por personas que tienen entre 25 y 49 años de edad. En el año 2025 el 44 por ciento de la población tendrá más de 50 años y estará, o jubilado, o preparándose para jubilarse. El pronóstico para el año 2050 es que la mitad de la población va a tener 50 o más años de edad.

Todo esto significa que una proporción decreciente de personas en edad laboral deberán mantener a aquellos que estén jubilados. Comparativamente, serán más los trabajadores que dejen la vida laboral activa que aquellos que ingresen a ella y los países europeos van a experimentar problemas en el reclutamiento de trabajadores calificados. La situación se hace aún más grave por la reducción de la tasa de nacimientos.

Una alternativa posible para superar este problema es ofrecer a las personas mayores la oportunidad de extender la vida laboral más allá de la edad actual para la jubilación. Como la razón más importante para una jubilación anticipada es la mala salud, las propuestas para promover la salud que apoyen el envejecimiento saludable y valoren las contribuciones que hacen las personas mayores que continúan en la vida laboral, han de ser consideradas no solamente como una ventaja para el fomento del bienestar, sino también una inversión de cara al suministro de mano de obra

Si bien el documento se centra en la situación de Europa, no es difícil extrapolar sus conceptos a nuestro medio.

Las claves para la acción que cita el documento son:

[67] "Envejecimiento Saludable...", *op. Cit.*

- El proceso de reconocimiento de las circunstancias de los mayores con pleno ejercicio de su autonomía. Esto requiere respeto de todo su entorno de tal condición, para dotarlos, cuando están en estado de hacerlo, de la libertad de disponer y decidir sobre su persona y posesiones.

- La convocatoria a los mayores a participar en el diseño, planeamiento y ejecución de los programas de los cuales son destinatarios

Los aspectos a gestionar que se consideran prioritarios para emprender la acción son:

- El tiempo previo a la jubilación y la vida después de la jubilación
- Capital social
- Salud mental
- Entorno
- Nutrición
- Actividades físicas
- Prevención de lesiones
- Uso/abuso de sustancias
- Medicamentos y problemas relacionados
- Servicios preventivos de salud

Volveremos sobre estos puntos en el capítulo siguiente al tratar los temas de gestión.

3.1.7 Aproximaciones políticas al proceso de envejecimiento

Los siguientes enfoques han sido tomados del documento de la OMS sobre el marco político del envejecimiento[68].

[68] OMS (Organización Mundial de la Salud), "Envejecimiento Activo. Un marco político", *OMS*, Washington DC, 2002.

3.1.7.1 Un acercamiento desde el ciclo vital

Un acercamiento al fenómeno del envejecimiento que tenga en cuenta el ciclo vital reconoce que las personas mayores no son un grupo homogéneo y que la diversidad del individuo tiende a aumentar con la edad.

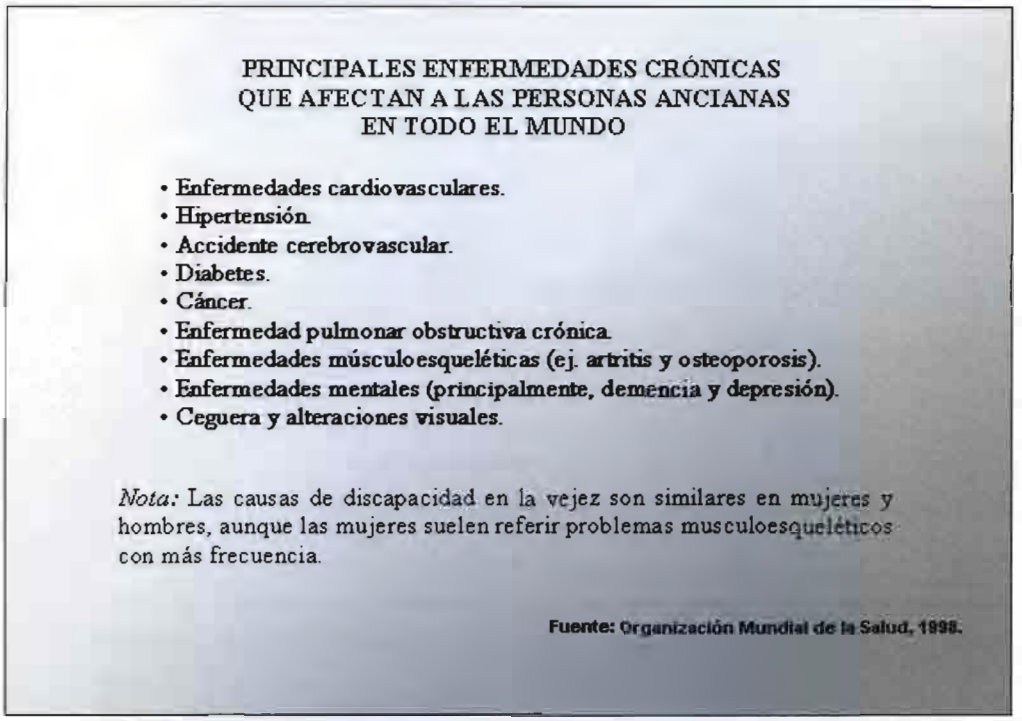
Las acciones que crean ambientes de ayuda y que fomentan opciones saludables son importantes en todas las etapas de la vida. A medida que envejecen las personas, las enfermedades no transmisibles (ENT), que esencialmente son propias de las edades avanzadas (ver cuadro siguiente), se convierten en las principales causas de morbilidad, discapacidad y mortalidad en todas las regiones del mundo.

Estas patologías son costosas para las personas, las familias y el Estado. Pero muchas de ellas pueden prevenirse o retrasarse. La falta de prevención genera enormes costos humanos y sociales que absorberán una cantidad desproporcionada de recursos, que podrían haber sido usados para hacer frente a los problemas de salud de otros grupos de edad.

A edad temprana, las enfermedades transmisibles, las enfermedades maternas y perinatales y las deficiencias nutricionales son las principales causas de muerte y enfermedad.

Al final de la infancia y en la adolescencia y juventud, las lesiones y las enfermedades no transmisibles comienzan a asumir un papel más importante. Hacia la edad de 45 años, y en edades posteriores, las ENT son responsables de la inmensa mayoría de las muertes y enfermedades.

La investigación muestra cada vez más que los orígenes del riesgo de enfermedades crónicas, como la diabetes y las dolencias cardíacas, comienzan en la primera infancia o incluso antes. Más tarde, este riesgo está determinado y modificado por factores, como la situación socioeconómica y las experiencias durante toda la vida. El riesgo de desarrollar ENT sigue aumentando a medida que las personas envejecen.



Cuadro 3.2: Enfermedades crónicas que afectan a las personas ancianas.

Pero el tabaquismo, la ausencia de actividad física, una dieta inadecuada y otros factores de riesgo establecidos para los adultos son los que colocarán a las personas en el riesgo, relativamente mayor, de desarrollar ENT en la ancianidad. Por lo tanto, es importante afrontar los riesgos de enfermedades no transmisibles desde los primeros años de la vida hasta una edad avanzada. es decir, a lo largo de todo el ciclo vital.

3.1.7.2 Un acercamiento desde las políticas de desarrollo

Un enfoque desde las políticas y programas de desarrollo ofrece la posibilidad de afrontar muchos de los retos tanto de las personas como de las poblaciones que están envejeciendo.

Cuando la salud, el mercado de trabajo, el empleo y las políticas educativas y sanitarias apoyen el envejecimiento activo, posiblemente habrá:

- Menos muertes prematuras en las etapas más productivas de la vida.
- Menos discapacidades relacionadas con enfermedades crónicas en la ancianidad.
- Más personas que disfruten de una calidad de vida positiva a medida que vayan envejeciendo.
- Más personas que participen activamente en los ámbitos sociales, culturales, económicos y políticos de la sociedad, en trabajos remunerados y sin remunerar y en la vida doméstica, familiar y comunitaria.

- Menos gastos en los tratamientos médicos y atención sanitaria.

Las políticas y los programas deben reconocer reconocen la necesidad de fomentar y equilibrar la responsabilidad personal (el cuidado de la propia salud), los entornos adecuados para las personas de edad y la solidaridad intergeneracional.

Las personas y las familias necesitan planificar su vejez y prepararse para ella, y llevar a cabo esfuerzos personales para adoptar prácticas de salud positivas y personales en todas las etapas de la vida.

Al mismo tiempo, se requieren entornos favorables que «hagan que las decisiones saludables sean decisiones fáciles».

Hay muy buenas razones económicas para promulgar políticas y programas que fomenten el envejecimiento activo en lo referente al aumento de la participación y la reducción de gastos de asistencia. Las personas que permanecen sanas a medida que envejecen tienen menos impedimentos para continuar trabajando.

La tendencia que favorece la jubilación anticipada en los países industrializados es, en gran medida, el resultado de políticas públicas que han alentado la jubilación precoz. A medida que envejezcan las poblaciones, aumentarán las presiones para que cambien tales políticas, especialmente si cada vez hay más personas que llegan a la vejez con buena salud, es decir, siendo «aptos para el trabajo».

Esto ayudaría a compensar el aumento de los costos de los esquemas de seguridad social basados en los ingresos, así como los relacionados con los gastos de asistencia médica y social.

Por lo que respecta al aumento del gasto público por asistencia médica, los datos disponibles indican cada vez más que la vejez en sí misma no está asociada con el aumento de los gastos sanitarios. Lo costoso es la discapacidad y la mala salud.

A medida que las personas envejezcan con un mejor estado de salud, es posible que el gasto médico no aumente tan significativamente.

Los responsables políticos necesitan tener una visión de conjunto y considerar el ahorro conseguido gracias a la disminución de la tasa de discapacidad. En los Estados Unidos, por ejemplo, tal disminución puede reducir el gasto médico en cerca de un 20 por ciento durante los próximos 50 años[69].

Por otra parte, si las personas mayores sanas (cuyo número va en aumento) ampliaran su participación en la fuerza laboral (mediante el empleo completo o a tiempo parcial), su contribución a la renta pública aumentaría continuamente.

[69] Fuente citada en Cutler, D., *Declining Disability Among The Elderly*, Health Affairs, Bethesda, Maryland, 2001.

Por último, a menudo es más barato prevenir la enfermedad que curarla. Por ejemplo, se ha calculado que una inversión de un dólar en medidas para fomentar la actividad física moderada conlleva un ahorro de 3,2 dólares en gastos médicos[70].

3.1.8 La "cuarta edad" en Argentina

La Argentina reproduce lo que ocurre en buena parte del mundo: en 2008 había alrededor de 800.000 adultos mayores, que en las proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) se traducirán en alrededor de 1.000.000 de personas a fines de 2009.

Por otra parte, las personas llegan hoy a los 80 años con mejor nivel de salud general que lo que lo hicieron las generaciones anteriores. Muchos ancianos dejaron de fumar cuando eran jóvenes o nunca lo hicieron, se alimentaron bien, hicieron deportes y, además, los que pertenecen a las clases media y alta, accedieron en general a tecnologías de alta complejidad para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

Esto explica la variación de la expectativa de vida según los distintos estratos sociales y regiones del país. Mientras los mayores de 65 años de la Ciudad de Buenos Aires esperan vivir 17,5 años más, el grupo de la misma edad de Chaco espera vivir 14,3 años más. El aumento de la proporción de personas de 80 años y más, es el principal promotor de la necesidad de programación de servicios para personas dependientes de terceros a causa de déficit físicos o cognitivos.

Debido al aumento en la expectativa de vida, en promedio, las mujeres de 80 pueden llegar a vivir hasta los 88 años y los varones hasta los 86 según informa Nélida Redondo, especialista en Sociología del envejecimiento.[71]

A medida que se amplía el grupo de ancianos mayores aumenta la potencial dependencia que ellos podrían tener de sus hijos de entre 50 y 64 años. Según las estimaciones de Redondo, por cada 10 adultos de 50 a 64 años hay casi 2 ancianos mayores que podrían necesitar de sus cuidados.

Los datos de la población que envejece en la Argentina

Se analizan en este punto algunas de las consideraciones del trabajo de M.J. Oddone sobre envejecimiento diferencial[72] en relación con los datos que en él se presentan referidos a la población urbana sobre los cuales hemos realizado una elaboración propia.

[70] Fuente citada en el documento de la OMS, "Centro para el Control de las Enfermedades de los EE.UU.", 1999.

[71] Ferreyra, P., "Cuarta edad. Los mayores de 80 ya son casi un millón en el país", *Clarín*, Buenos Aires, 28 de julio de 2008.

[72] Se ha anticipado este estudio en el punto *3.1.5 Criterios para diferenciar los distintos grupos etéreos.*

3.1.8.1 Datos demográficos

El grupo de 80 años y más constituye el 80% del total de la muestra y es en las grandes ciudades donde residen con frecuencia. La distribución por género muestra un 43,2% de varones y un 56,8 % de mujeres, pero en el subgrupo de 85 años y más, las mujeres triplican prácticamente al grupo de varones. Este dato refuerza el concepto de feminización de la vejez, reiteradamente tratado por Pérez Díaz, en especial en su obra La Madurez de Masas[73].

Los recursos económicos mediante los cuales hacen frente a sus necesidades es otro de los aspectos que puntualizan diferencias entre los grupos de edad, como surge de los siguientes cuadros:

3.1.8.2 Situación laboral

El conjunto de jubilados y pensionados representa un 66,2% del total de la población. Un 32,2 % no pertenece a ninguna de estas categorías. Pero al tomar en cuenta subgrupos de edad, se observan diferencias notables. El 96% de los "viejos viejos" son jubilados o pensionados y de ahí provienen sus ingresos.

En el grupo de viejos – jóvenes (el segmento de 60 a 64 años) sólo el 36% está bajo este régimen, lo que supone que continúan en la vida laboral activa. Esto es muy importante para evitar caer en generalizaciones a partir de los 60 años. Existe una evidente polarización entre los dos extremos.

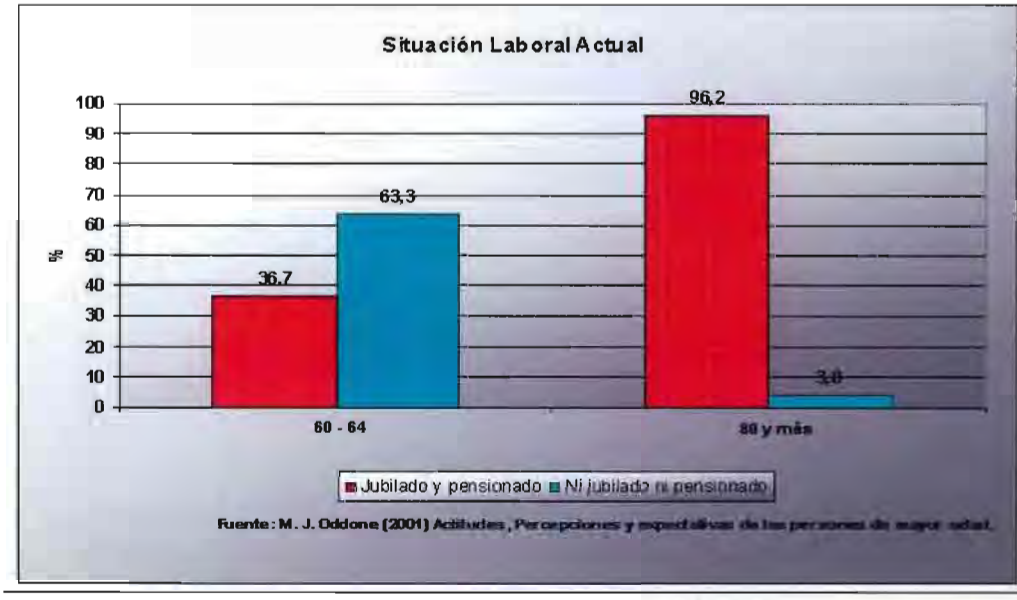


Figura 3.1: Situación Laboral Actual

[73] Pérez Díaz J. *La madurez de masas.* Imserso, Madrid, 2003

3.1.8.3 Composición de los recursos económicos

Clasificando los recursos en provenientes de jubilación, pensión y actividad laboral, puede observarse que mientras que en el segmento de 60 a 64 años, un 12% son pensionados, en tanto que en el grupo más envejecido, los pensionados ascienden a un 35% que preponderantemente son mujeres viudas.

La jubilación es un componente básico de los ingresos de las personas mayores. A fines de 2001 la jubilación representó el 60% del total de los ingresos de las personas de 65 y más años de todos los aglomerados urbanos del país. Y en 2003 se eliminaron los cupos presupuestarios y se extendió la cobertura de las pensiones asistenciales de la vejez a las personas mayores de 70 años de escasos recursos[74].

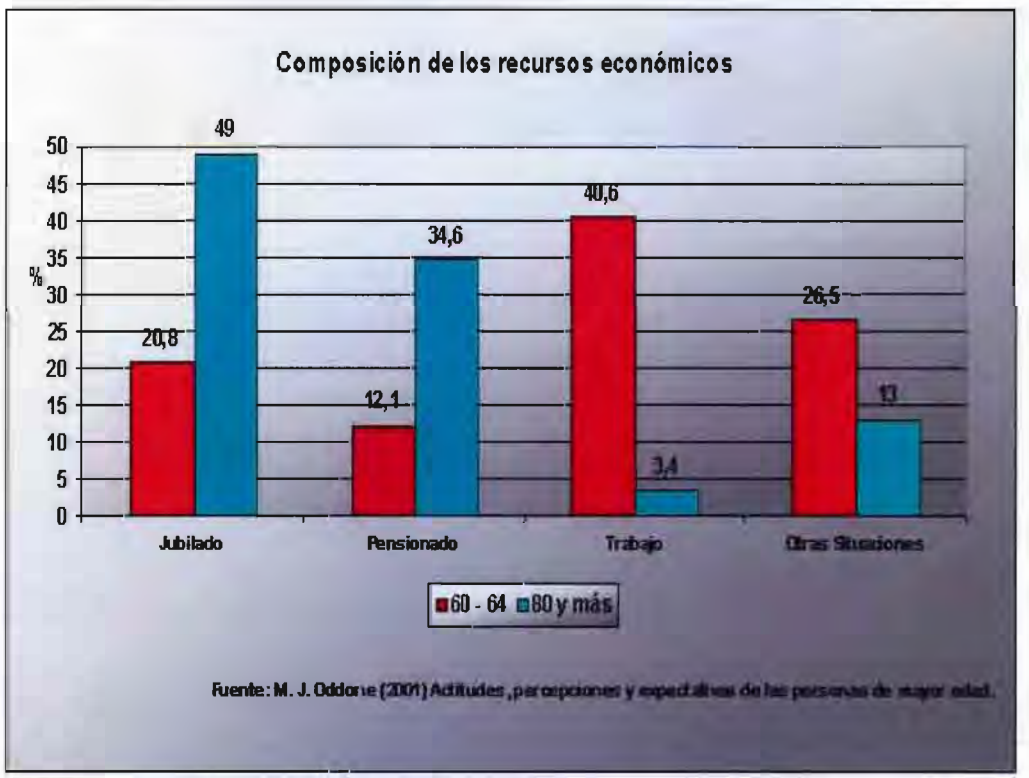


Figura 3.2: Composición de los recursos económicos

[74] Redondo, N., citada por Ferreira, P., *Op. cit.*

3.1.8.4 Consideraciones sobre la integración familiar

3.1.8.4.1 Composición del hogar

Considerando los grupos de edad, puede observarse que a medida que aumenta la edad se produce una disminución de hogares compuestos por cónyuge e hijos y un aumento de personas que viven solas.

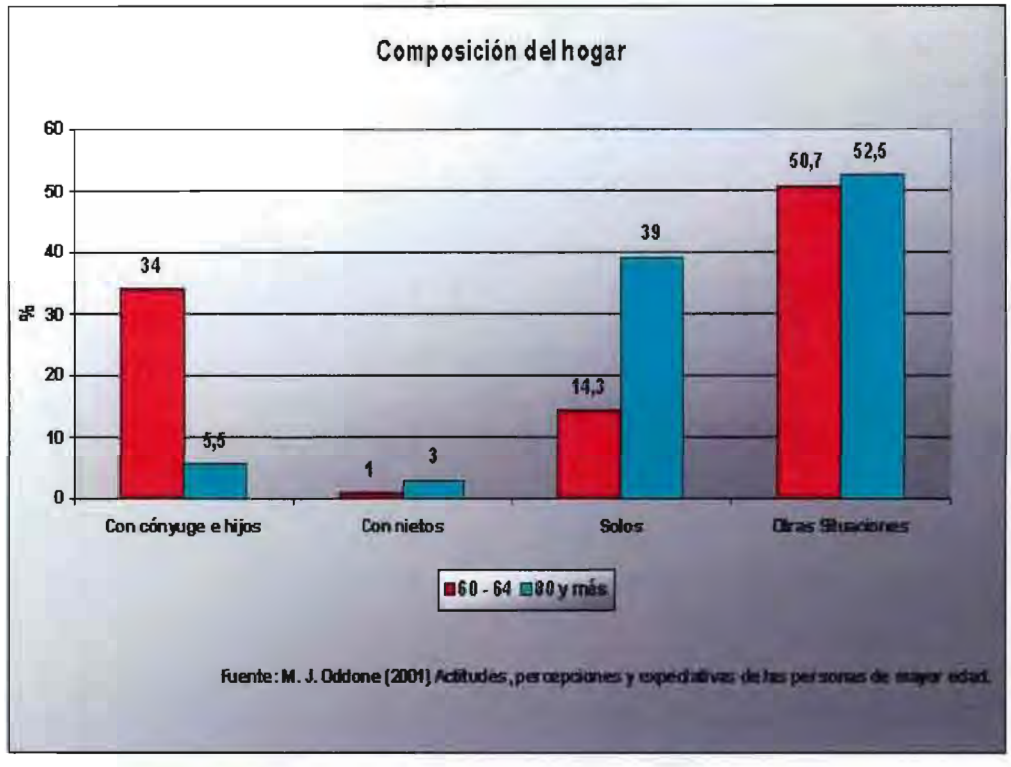


Figura 3.3: Composición del hogar

3.1.8.4.2 Estado civil (limitado a casados y viudos)

Al comparar los grupos de edad viejos-jóvenes y viejos-viejos, se invierten las proporciones entre casados y viudos. Cabe agregar la consideración de que si bien es lógico que al avanzar en la edad se incrementen las posibilidades de viudez, este estado en su mayor parte corresponde a mujeres viudas.

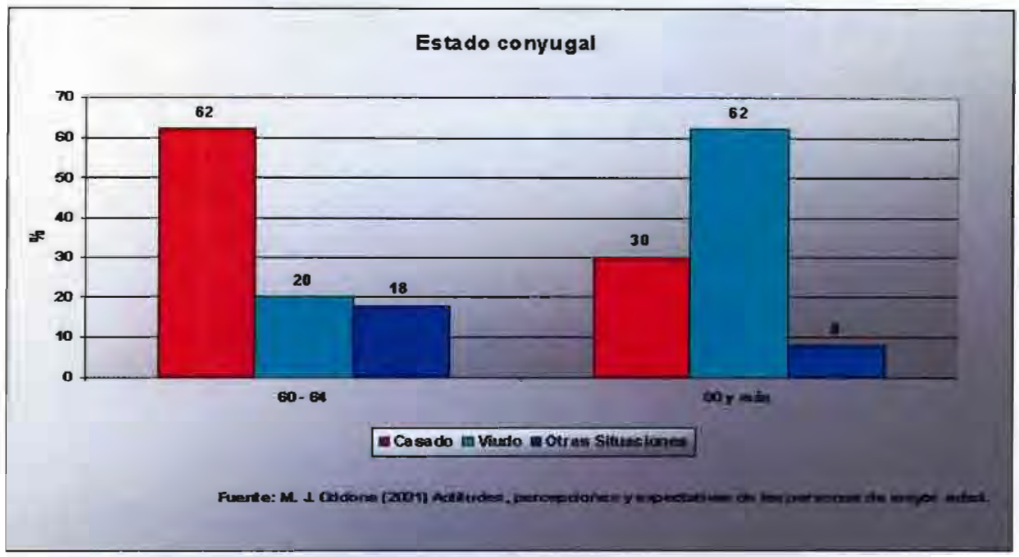


Figura 3.4: Estado Conyugal

3.1.8.4.3 Convivencia con familiares

Una amplia mayoría vive en su propia vivienda, ligeramente en mayor proporción el grupo más joven.

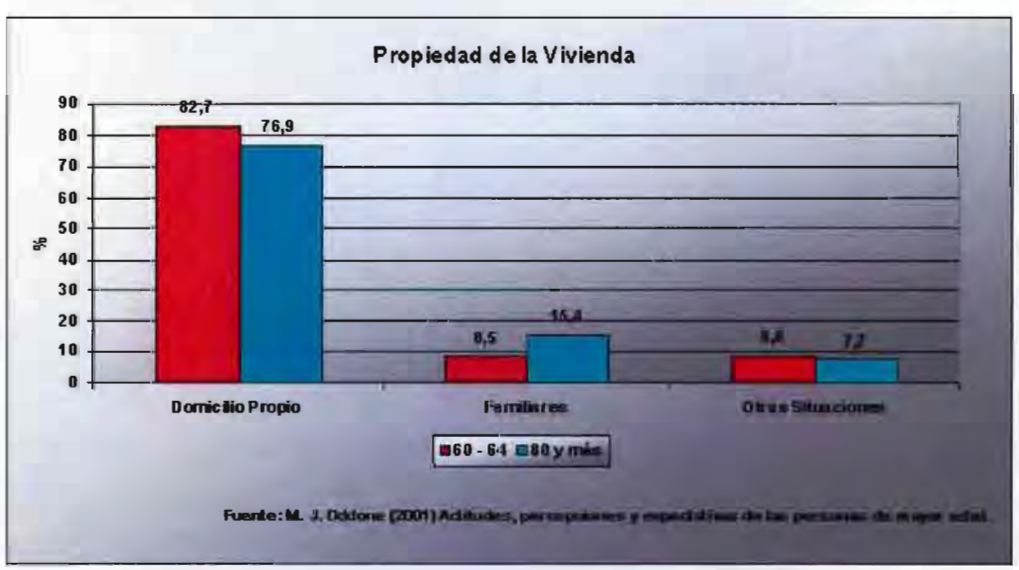


Figura 3.5: Propiedad de la Vivienda

3.1.8.4.4 Actividades que se realizan para la familia

Se ha limitado la gama de actividades al cuidado de niños de la familia y a la realización de trámites. Se agrega una tercera opción que es la ausencia de tareas.

La atención de niños disminuye progresivamente a medida que aumenta la edad, siendo los extremos de esa progresión, 31,6% para el grupo de 60-64 años y 9,7% para el de 80 y más años.

Es importante detenerse en el alto porcentaje (40%) del grupo de 80 y más años, que declara no realizar tareas para la familia, y también en el exiguo número de ancianos de este mismo grupo que se ocupan de hacer trámites y gestiones (apenas un 2,2%).

Estas magnitudes indican al menos en términos generales, que los 80 años han pasado a constituirse en el punto de inflexión que separa la "tercera edad" de una cuarta edad, o en otros términos a los "viejos jóvenes" de los "viejos viejos"

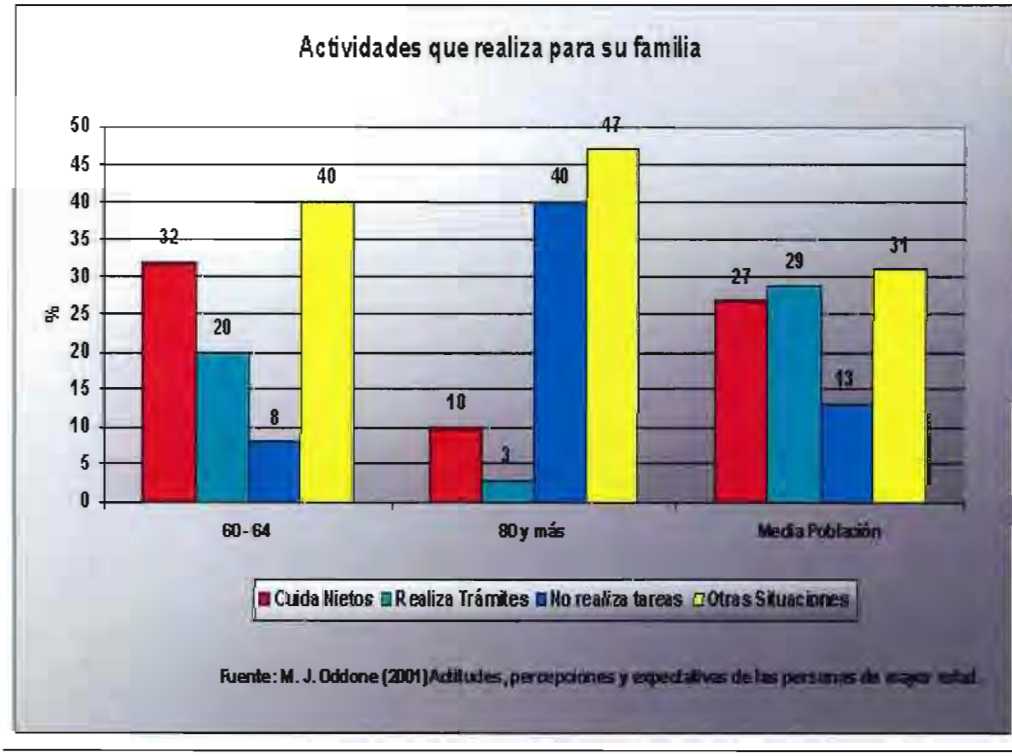


Figura 3.6: Actividades que realiza para su familia

3.1.8.4.5 Relación con la familia

Las expresiones que figuran a la izquierda del gráfico siguiente reflejan la percepción de su situación familiar.

Llama la atención el tema de la sobreprotección. Hay que hacer notar que los que mayoritariamente perciben que la familia los sobreprotege y no solicita su ayuda pertenecen al grupo de 80 y más. Esto motiva un interrogante: ¿hasta dónde debe llegar el cuidado para no ser motivador de inhabilidades y exclusión?. La sobreprotección que involucra el no dejar hacer poniendo límites a la acción puede originar involuntariamente dependencia y aislamiento, es decir, aquella profecía autocumplida de la que hablaba Palmore.

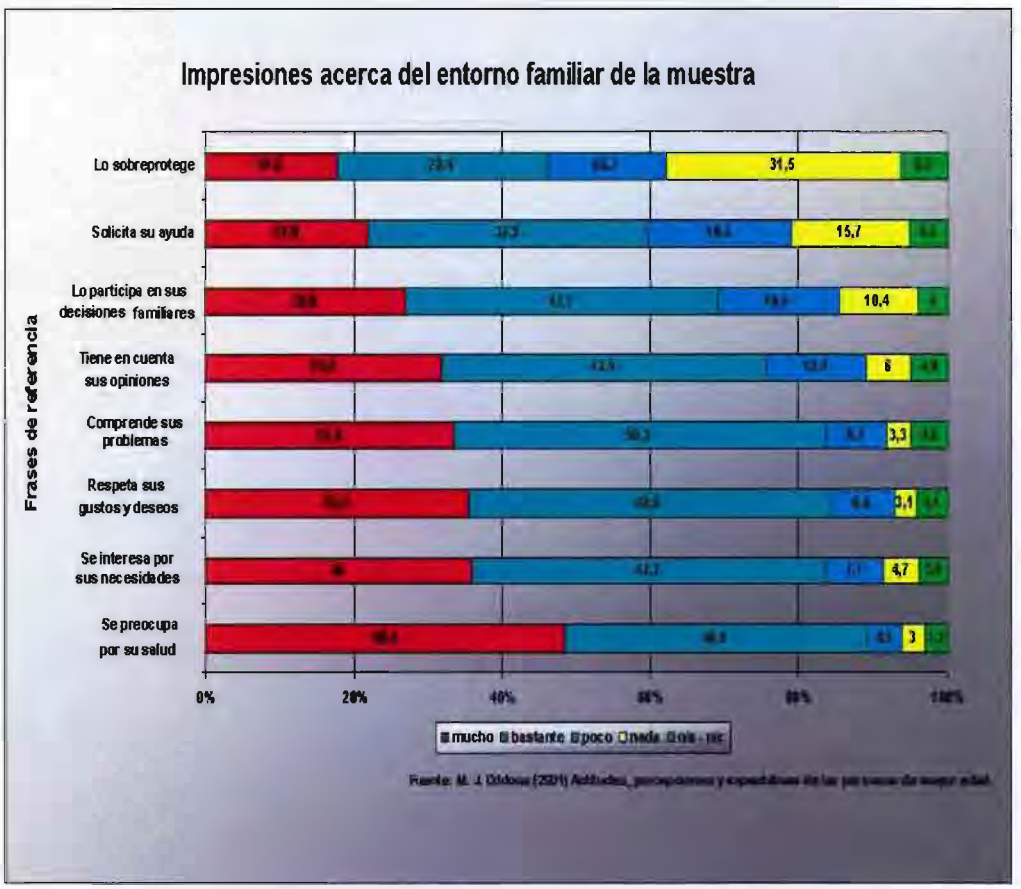


Figura 3.7: Impresiones acerca del entorno familiar de la muestra

3.1.8.4.6 Maltrato y violencia

A los fines de interpretar debidamente los datos que se exhiben en el cuadro siguiente, se entiende por "violencia familiar" cualquier acción u omisión o negligencia que ponga en peligro la salud o bienestar de una persona del entorno de la familia, en este caso de un anciano.

Es de destacar que en la medición efectuada, que abarca sólo zonas urbanas, el índice de violencia registrado (8,5%) es notablemente superior al estimado por la OMS en su informe de 2002 (entre 4 y 6%). Se observó que en las pequeñas ciudades donde es frecuente que los ancianos convivan con varias generaciones, la violencia era más frecuente. También hay que subrayar el hecho de que sufren más situaciones violentas los viejos- jóvenes que los viejos- viejos. El gráfico evidencia que a medida que se incrementa la edad, disminuyen las situaciones de violencia. Es decir que la mayor vulnerabilidad no implica un estímulo para el maltrato.

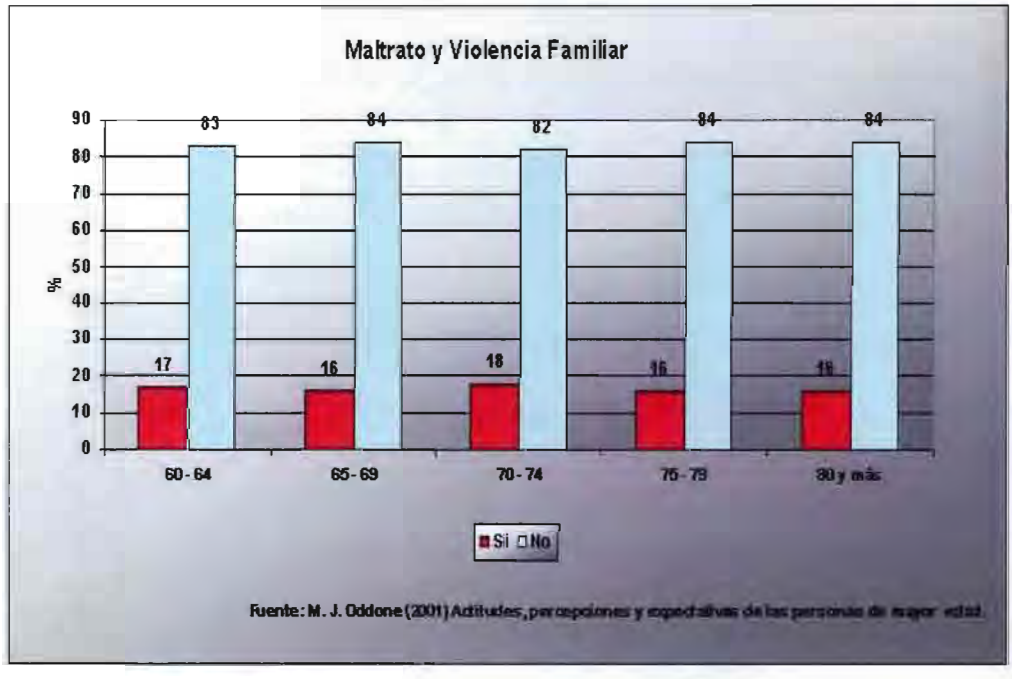


Figura 3.8: Maltrato y Violencia Familiar

Los datos y comentarios que anteceden, brindan apoyo para la conceptualización de una "cuarta edad" La marcada disminución de la actividad a partir de los ochenta años, marca una tendencia que avala esta categoría.

3.1.9 Situaciones de vulnerabilidad y riesgo

El concepto de vulnerabilidad quizás sea el que mejor exprese el punto de partida para el diseño de políticas sociales y el ajuste de las mismas a las cambiantes realidades a las que este sector se ve sometido.

Vulnerabilidad es una condición en la que el bienestar físico y mental que se requiere para llevar una vida normal se ha deteriorado y está en riesgo constante.

El grupo de los adultos mayores es vulnerable por las características de sus cambios biológicos (en particular los ligados a los sentidos y al sistema hormonal) y por la acción de factores psicológicos y sociales. Según los sociólogos Adriana Fassio y Enrique Amadassi[75] la persona mayor es vulnerable en la medida en que sus recursos externos e internos son insuficientes para aliviar el estrés que le producen sus propias necesidades o problemas y el medio en el que está inserta.

Según la Organización Mundial de la Salud, los grupos de ancianos en situación de vulnerabilidad y riesgo son aquellos que poseen algunas de las características siguientes:

- Los muy ancianos (los viejos-viejos), mayores de 80 años
- Los que viven solos en una vivienda
- Las mujeres ancianas, sobre todo solteras y viudas
- Los que viven en Instituciones
- Los que están socialmente aislados (individuos o parejas)
- Los ancianos sin hijos
- Los que tienen limitaciones severas o discapacidades
- Las parejas de ancianos en las que uno de los cónyuges es discapacitado o está enfermo.
- Los que cuentan con muy escasos recursos económicos.

A estos caracteres, Groba y Fustinioni[76] agregan como puntos determinantes fundamentales para entender y comprender la situación en la población:

- Bajo nivel sociocultural
- Carencia de redes de apoyo (redes sociales de contención)
- Aislamiento emocional

[75] Fassio, A. y Amadassi, E., "Resoviendo problemas conceptuales y de investigación para la formulación de políticas públicas: el caso de la vulnerabilidad en la Tercera Edad", *Documento de trabajo N° 2, Subsecretaría de Programación Macroeconómica*, Buenos Aires, 1997.

[76] Groba, G. y Fustinioni, A. M., *Población vulnerable en la Ciudad de Buenos Aires. Hogares de día para la tercera edad. Un estudio de caso,* Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Documentos de Políticas Sociales, Buenos Aires, 2001

3.1.9.1 La vulnerabilidad social

La edad adulta está marcada por el retiro de la vida productiva y la progresiva desvinculación de la red social forjada en torno al trabajo. Este cambio trascendental de la vida social se une a un cambio en las fuentes de ingresos. Éstos pasan a depender de lo acumulado en la edad activa, la inserción en el sistema previsional y las redes de ayuda familiar o social.

Según el Programa Nacional de Promoción y Prevención Sociocomunitaria[77], el conjunto de transformaciones laborales, económicas y sociales que atraviesan los adultos mayores, los convierte en un grupo vulnerable a los riesgos de la pobreza y la exclusión social.

La vulnerabilidad social se define en este programa como un estado de inseguridad producido por una insuficiente capacidad para acumular o movilizar recursos materiales y no materiales y garantizar la reproducción social o afrontar los cambios del ciclo económico o del entorno ambiental o social. Este conjunto de recursos (activos) comprende las distintas dimensiones del capital: *económico financiero, físico, social y natural.*

La CEPAL[78] indica que la vulnerabilidad social se entiende como la combinación de:

a) eventos, procesos o rasgos que entrañan adversidades potenciales para el ejercicio de los derechos ciudadanos o el logro de los proyectos de las comunidades, los hogares y las personas;
b) la incapacidad de respuesta frente a la materialización de tales riesgos;
c) la inhabilidad para adaptarse a las consecuencias de su materialización.

Es decir que las eventualidades "arrastran hacia la pobreza a hogares que no se encuentran en situación de pobreza y perpetúan en ella a hogares que ya la padecen" Especialmente, en el caso de Centroamérica, además de los elevados niveles de pobreza, hay una alta concentración de hogares con ingresos per cápita apenas superiores a la línea de pobreza, lo cual los hace considerablemente vulnerables a caer en ella, pues pequeños cambios en algunos factores que los afectan pueden reducir sus ingresos hasta llevarlos a una situación de pobreza [79].

La vulnerabilidad de los adultos mayores deviene, en la región, de las sucesivas crisis económicas y posterior proceso de reformas estructurales, que afectaron el sistema de protección social restringiendo el acceso y la calidad de la cobertura previsional, la capacidad de consumo y la obtención de bienes básicos como la alimentación, la vivienda y la salud.

[77] Programa aprobado por Resolución 585 del INSSJP del 15 de mayo de 2008.
[78] CEPAL, "Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas" (LC/R.2086), División de Población de la CEPAL – Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), Santiago de Chile, 2002.
[79] Sauma, P. y Sojo, A., "Pobreza y vulnerabilidad social: mercado de trabajo e inversión social en el istmo Centroaméricano a inicios del milenio", CEPAL, México, 2003.

El centro de análisis de la CEPAL acaba de difundir su informe *Panorama social de América Latina 2008*, en el que advierte que "las previsiones indican un deterioro del ingreso de los hogares que se concentraría en los trabajadores por cuenta propia y los asalariados informales, cuyos empleos son más sensibles al ciclo económico".

Recomendó "reforzar la asistencia social a grupos vulnerables a la crisis, a través de canastas alimentarias, pensiones de emergencia, programas de empleo y otras iniciativas similares" y para hacer frente a los problemas de desempleo afirmó que es necesario poner en marcha "programas especiales de inversión pública en infraestructura y ampliar los seguros de desempleo".

El Banco Mundial[80] habla de "vulnerabilidad a la pobreza" como un concepto dinámico que involucra una perdida negativa del bienestar de un hogar a causa de factores externos o internos, económicos, sociales, ambientales o jurídicos. Identifica dos características combinadas:

- Estar en una situación precaria, es decir que hay factores externos que inciden en su situación socioeconómica,
- Tener baja calidad de respuesta (debe entenderse que esto está vinculado al escaso o nulo acceso a disponer de activos para enfrentar la situación desfavorable)

El INSSJP amplía esta perspectiva explicando que en el desarrollo de las prácticas cotidianas se observa que la enfermedad y la discapacidad afectan no sólo al directamente involucrado sino también a su grupo conviviente, por cuanto requieren de una fuerte contención afectiva, seguimiento sanitario, y disponibilidad de medios e insumos para tratamientos prolongados o intensivos.

Es por ello, que uno de los aspectos más comúnmente analizados para identificar situaciones de vulnerabilidad socio sanitaria es el grado de contención familiar, entendiéndose por ella a la existencia de redes primarias con capacidad vincular y material para contener procesos de enfermedad o discapacidad funcional.

3.1.9.2 Vulnerabilidad y emergencias

Un documento emanado de HelpAge International[81] contiene los temas clave para proceder en situaciones de emergencia en las que se deba proteger a personas ancianas[82]. Esta organización produjo las guías sobre las acciones que

[80] Banco Mundial, "Shocks and Social Protection: Lessons from the Central American Coffee Crisis. Volume II. Detailed Country Analyses", Poverty Reduction and Economic Management and Human Development Sector Management Units, Latin America and the Caribbean Region, October 8, 2004.

[81] Red global de organizaciones sin fines de lucro cuya misión es trabajar con las personas ancianas menos favorecidas de todo el mundo con el propósito de mejorar la calidad de vida de todas ellas.

[82] *www.helpage.org*, Portal de HelpAge Internacional, "Temas clave de las personas mayores en situaciones de emergencia", 9 de febrero de 2007.

pueden ayudar a la comunidad humanitaria a reducir la vulnerabilidad de los ancianos en dichas circunstancias, así como sugerencias sobre formas de fortalecer las capacidades y la contribución de los ancianos.

De acuerdo con la experiencia en el trabajo con ancianos, estos constantemente solicitan lo siguiente:

- ser vistos, escuchados y comprendidos
- igualdad de acceso a servicios básicos de apoyo
- que se reconozca, valore y apoye su capacidad y sus contribuciones

También, los ancianos identificaron los siguientes aspectos como puntos básicos y necesarios en caso de una emergencia:

- necesidades básicas
- movilización
- salud
- familia y aspectos sociales
- aspectos económicos y legales

Las guías a seguir son las siguientes[83]:

- Identifique las necesidades de los ancianos

El principio clave de una buena práctica es estar consciente de la presencia de ancianos en la escena de una emergencia y tomar las medidas necesarias para localizarlos e identificarlos. Es necesario que las intervenciones de ayuda se lleven a cabo en consulta con la comunidad beneficiada. Además, en todas las etapas del proceso se debe consultar directamente a los ancianos sobre las acciones que se llevarán a cabo.

- Cubra sus necesidades básicas

Los ancianos mismos han identificado varias necesidades básicas, entre ellas, material de construcción (en caso de que sus casas hayan colapsado), alimentos, ayuda para recolectar material combustible, formas que le faciliten el acceso a alimentos preparados, ropa, cobijas, utensilios de cocina y un lugar cómodo para dormir de modo que puedan evitar molestias o dolores musculares provocados por dormir en el piso.

- Movilización

En este ítem se identificaron cuatro problemas principales:

[83] Guías difundidas por CRID (Centro Regional de Información sobre Desastres. América Latina y Caribe), Documento 14708.

a) incapacidad que puede limitar el acceso de los ancianos a servicios básicos.

b) dificultad para subir a ómnibus o el riesgo de ser abandonados por ser más lentos en sus movimientos.

c) si no existen facilidades para su transporte, los ancianos tienen menos posibilidades para llegar hasta los lugares donde se les brindan los servicios básicos.

d) algunos ancianos pueden tener problemas para movilizarse por haber perdido prótesis o anteojos, o por necesitar tratamientos de fisioterapia que los ayude a reducir dolores musculares.

- Igualdad de acceso a los servicios básicos

Cuando los problemas de aislamiento, de movilización o físicos hagan difícil el acceso de los ancianos a los centros que brindan servicios básicos, se hace necesario adaptar estos servicios con el fin de que la atención sea equitativa.

- Necesidades sociales, psicosociales y familiares

Se han identificado los traumas sociales y psicológicos que sufren los ancianos como consecuencia de un desastre. El estar separados de su familia y, en algunos casos, la muerte de familiares, los lleva a un estado de soledad y a la pérdida de apoyo. Además, la destrucción de las estructuras sociales puede causar la pérdida del apoyo por parte de la familia o de la sociedad y la pérdida de respeto hacia los ancianos por el rompimiento de valores sociales y culturales. Los ancianos también mencionan la necesidad de ser protegidos del robo y del abuso físico y sexual.

- Reconozca y apoye las contribuciones de los ancianos

Es importante reconocer la experiencia y las responsabilidades de los ancianos. Los ancianos desean cambiar la imagen común que se tiene de ellos como personas discapacitadas, improductivas y dependientes, y establecer una visión más balanceada que incluya tanto sus capacidades como sus necesidades.

3.1.9.3 Vejez, pobreza y vulnerabilidad en América Latina

En América Latina, la *vejez se da en un contexto en el que* la mitad de la población mayor de 60 años no tiene ingresos. Ser viejo es casi sinónimo de ser pobre, ya que la vejez se da en un contexto de mucha pobreza, persistente desigualdad social y baja cobertura de la seguridad social[84].

En un momento de envejecimiento paulatino de la región, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) propone en su estudio "Las personas mayores en América Latina y el Caribe: diagnóstico sobre la situación y

[84] Centro de prensa CEPAL. Documento 23 de marzo 2004, editado por RLG 27/04/2004.

las políticas", que se visualice este fenómeno en toda su extensión y se diseñen políticas que contribuyan a garantizar el derecho a una vejez digna.

Sólo dos de cada cinco personas mayores latinoamericanas reciben ingresos provenientes de la seguridad social en el área urbana, y una de cada cinco en las zonas rurales. Esto obliga a muchos adultos mayores a seguir trabajando, todo lo contrario a lo que acontece en los países desarrollados. Durante los años 90, las tasas de ocupación aumentaron debido al monto modesto de las jubilaciones o pensiones, o bien por no tener acceso a ellas, o no haber efectuado aportes, o por la necesidad de compensar los ingresos familiares durante las crisis.

El estudio revela que las personas mayores se insertan en empleos informales de baja calidad y que el ingreso que perciben es inferior al logrado por el grupo de 50 a 59 años por el mismo trabajo.

La familia es actualmente el principal sostén de los ancianos, ya sea a través de aportes directos en dinero o de cuidados.

Entre el 40% y el 65% de las personas mayores vive con sus hijos, según datos de SABE (encuestas multicéntricas sobre salud, bienestar y envejecimiento) realizadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en siete ciudades. Las proporciones son mayores en Ciudad de México, Santiago y La Habana y menores en Buenos Aires, Montevideo y Bridgetown.

Los adultos mayores viven en pareja. Entre un 70% y un 85% de los hombres y entre un 55% y un 60% de las mujeres se declaran casados o unidos. La diferencia según el sexo obedece a una combinación de mayor viudez femenina y a que los hombres tienden a unirse de nuevo tras separarse o enviudar. Pocos viven solos, entre un 5% y un 16%, según los censos.

En comparación con otros grupos de edad, las personas mayores tienen menos años de estudio y una tasa de analfabetismo más alta, con disparidades según el género que son desfavorables para las mujeres.

Las circunstancias demográficas predominantes indican que la disminución de la fecundidad reducirá el tamaño de la red de apoyo potencial. El estudio de la CEPAL estima "difícil" la situación de las personas que llegarán a ser mayores en los próximos años, quienes deberán prepararse para su propia vejez en las condiciones poco propicias ya descriptas, al mismo tiempo que deberán ayudar a sus ancianos.

El paulatino envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe presenta dos rasgos principales: se trata de un proceso generalizado en la región, que se ha producido a un ritmo mucho más rápido que en los países desarrollados. A la vez, este proceso transcurre en un escenario social, económico y cultural caracterizado por una alta incidencia de pobreza, una persistente inequidad social, una baja cobertura de la seguridad social y una probable tendencia hacia el deterioro de las estructuras familiares de apoyo a los adultos mayores.

El examen de 15 países de la región (áreas urbanas) revela que en 11 de ellos la incidencia de pobreza entre los adultos mayores es algo menor que en la población de 15 a 59 años. Solo en República Dominicana estos son relativamente más pobres que el resto de la población, en tanto que en Costa Rica, El Salvador y Honduras los niveles de pobreza de los adultos mayores son similares al promedio nacional[85].

La problemática de la pobreza domina los supuestos de vulnerabilidad en el sentido de que prácticamente todos los aspectos contemplados por la OMS derivan en situaciones provenientes de la existencia de bajos recursos. Es aquí donde conviene conceptualizar la noción de pobreza en relación con el riesgo de vulnerabilidad.

La pobreza ha sido objeto de estudio en la Argentina durante las tres últimas décadas. La producción de información se ha centrado en su magnitud, intensidad y/o evolución en distintos períodos, así como en las posibles causas de su crecimiento o disminución. Para estudiar la pobreza es necesario circunscribir un concepto, y alrededor del mismo construir indicadores para medirla. Silvia Gascón presenta distintos enfoques[86].

Uno de ellos identifica al pobre con el marginado social, aquél que está fuera del sistema productivo. Otra perspectiva define a la pobreza como una condición de dificultad para resolver la provisión de necesidades básicas. Un tercer punto de vista define a los pobres como a quienes tienen bajos ingresos. La cuarta acepción traslada el debate sobre pobreza desde los medios (rentas) a los fines (capacidades).

Este es el parecer de Amartya Sen[87] Es un enfoque complejo de pobreza, que plantea la misma como la privación de las capacidades y derechos de las personas. Es decir, en palabras de Sen, se trata de la privación de las libertades fundamentales de que disfruta el individuo "para llevar el tipo de vida que tiene razones para valorar" y no meramente como la falta de ingresos, que es el criterio habitual con el que se identifica la pobreza. "Esto no significa un rechazo a la idea de que la falta de ingreso sea una de las principales causas de la pobreza, pues "la falta de renta puede ser una importante razón por la que una persona está privada de capacidades".

No obstante, como lo enfatiza el autor, "lo que hace la perspectiva de las capacidades en el análisis de la pobreza es contribuir a comprender mejor la naturaleza y las causas de la pobreza y la privación, trasladando la atención principal de los medios (y de determinado medio que suele ser objeto de una atención exclusiva, a saber, la renta) a los fines que los individuos tienen razones para perseguir y, por lo tanto, a las libertades necesarias para poder satisfacer estos fines. Solo así podemos comprender mejor la pobreza de las vidas humanas y las libertades a partir de una base de información diferente (que implica un tipo

[85] Cifras de CEPAL, 2003.
[86] Gascón, S. y col., *Vejez y pobreza en Argentina. La visión de las personas de edad,* Ediciones Isalud, Buenos Aires, 2007.
[87] Sen, A., *Desarrollo y Libertad,* Planeta, Buenos Aires, 2000.

de estadísticas que la perspectiva de la renta tiende a dejar de lado como punto de referencia para analizar la política económica y social)". Hay varios supuestos con los que Sen sustenta esta afirmación.

Por ejemplo, "ser relativamente pobre en un país rico puede ser una gran desventaja desde el punto de vista de las capacidades, incluso cuando la renta es alta según los parámetros mundiales", pues "se necesita más renta para comprar suficientes bienes que permitan lograr las mismas funciones sociales" Igualmente, "la mejora de la educación básica y de la asistencia sanitaria no sólo aumenta la calidad de vida directamente sino también la capacidad de una persona para ganar una renta y librarse, asimismo, de la pobreza de renta", por eso, "cuanto mayor sea la cobertura de la educación básica y de la asistencia sanitaria, más probable es que incluso las personas potencialmente pobres tengas más oportunidades de vencer la miseria".

Como es visible, la gran mayoría de los abordajes de la pobreza abarcan los aspectos destacables de la vulnerabilidad. También hay otro punto de vista que en definitiva converge en el mismo conjunto de significados: Rubén Katzman[88] entiende a la vulnerabilidad como la incapacidad de las personas o de las familias para aprovechar las oportunidades de mejora del bienestar o de minimización del deterioro.

Para resumir las consideraciones sobre vulnerabilidad y riesgo, la constelación de significados remite, en todos los casos, al menos en América Latina, a la situación de pobreza. A riesgo de resultar limitativos en la focalización del problema, la condición de vulnerabilidad de los adultos mayores en Argentina será visualizada desde esta perspectiva.

En el cuadro general de América Latina, aseguran Sandra Huenchuan y Alejandro Morlachetti[89] que en términos concretos, las personas mayores, por su edad cronológica, y aún más cuando a ello se suman otras fuentes de desigualdad como el origen étnico o el género, están expuestas a sufrir pobreza, invisibilización, discriminación o fragilización, lo que se manifiesta en diferentes expresiones (ver cuadro).

[88] Katzman, R., "Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social. Borrador para discusión", *5to. Taller Regional. La medición de la pobreza: métodos y aplicaciones*, BID–BIRF–CEPAL, Aguascalientes, junio de 2000.

[89] Huenchuan, S. y Morlachetti, A., "Derechos sociales y envejecimiento: Modalidades y perspectivas de respeto y garantía en América Latina", en *Notas de Población Nro. 85*, CEPAL, 2001.

RIESGOS ASOCIADOS A LA VEJEZ	EFECTOS
.Pobreza	.Carencia de ingresos suficientes
.Marginación	.Falta de acceso a ámbitos de acción sociales y económicos
.Invisibilización	.Inexistencia en la agenda del desarrollo
.Discriminación	.Imagen estereotipada y negativa
.Fragilización	.Carencia de recursos adecuados para fortalecer la autonomía

Fuente: Huenchan S. y Morlachetti A., Notas de Población N° 85, CEPAL.

Cuadro 3.3: Riesgos y Efectos asociados a la Vejez.

En algunos países de la región, debido a la escasa cobertura de seguridad social, las personas mayores están expuestas a la pobreza por la inexistencia de programas no contributivos que les permitan acceder a un ingreso. También es evidente la invisibilizacion del grupo de 60 años y más en las políticas públicas, ya sea en su diseño o en la evaluación de los asuntos que les afectan, y la discriminación de las personas mayores es cada vez mayor debido a una imagen estereotipada y negativa de esta etapa de la vida, algo que se da con mayor intensidad en determinados países.

En el ámbito de la salud, las personas mayores, por no contar con programas especiales en esta materia, pueden ver reducidas sus posibilidades de mantener la autonomía funcional. A esto se agregan las dificultades que ofrece el medio en el que se encuentran. En el contexto actual, la vejez constituye cada vez más una causa de conculcación de derechos.

En la actualidad, el grupo social de las personas mayores tiene un poder limitado para hacer efectivos sus derechos. Se ubican entre los excluidos sociales, tal como las mujeres y los indígenas, por lo cual se perpetúa la asimétrica distribución de los recursos y beneficios que genera el desarrollo.

En este escenario, queda claro que el mero reconocimiento formal de la igualdad de derechos sin distinción alguna, no ha supuesto un cambio significativo en la situación de desventaja social de las personas mayores, puesto que la estructura y la ideología hegemónicas impiden su realización práctica.

Hay que reconocer, sin embargo, que este problema no es privativo de las personas mayores, puesto que otros grupos sociales han expresado las mismas

preocupaciones, lo que ha derivado en la adopción de convenciones específicas sobre un grupo determinado de derechos, a fin de reafirmar la aplicación de los ya reconocidos de manera general en otros instrumentos de derecho internacional, como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979) y la Convención sobre los Derechos del Niño (1989).

3.1.9.4 Vejez y pobreza en Argentina

Aproximadamente nueve de cada diez adultos mayores habitan en aglomerados urbanos. Mientras que el 40,2% de la población total urbana del país es pobre por ingresos, entre los mayores lo es el 21%, y en este grupo, el 6% no llega a cubrir la canasta básica alimentaria.

Valores (en pesos) de la Canasta Básica de Alimentos (CBA) y de la Canasta Básica Total (CBT) para personas de 60 y más años por sexo.

Región	Línea de Indigencia		Línea de Pobreza	
	Varón 60 y +	Mujer 60 y +	Varón 60 y +	Mujer 60 y +
Cuyo	91,2	71,2	180,3	140,7
Gran Buenos Aires	102,2	79,7	206,5	161,2
Noreste	91,7	71,6	182,9	142,8
Noroeste	89,9	70,2	178,4	139,3
Pampeana	96,4	75,3	187,1	146,1
Patagonia	105,7	82,5	196,3	153,2

Fuente: Dirección de Políticas del Adulto Mayor sobre datos INDEC. Informe Prensa Marzo 2006.

Cuadro 3.4: Valores de la Canasta Básica de Alimentos y de la Canasta Básica Total.

Sin embargo, existen heterogeneidades profundas. En el siguiente cuadro se presenta la situación de las provincias, en el que puede observarse que en la región del norte, entre cinco y seis personas de cada diez son pobres (Chaco, Corrientes, Salta, Tucumán, Jujuy, Formosa). En la provincias patagónicas (Santa Cruz y Tierra del Fuego) y en la ciudad de Buenos Aires, sólo lo es algo más de un anciano de cada diez.

En mayo de 2003 el 32,8 de la población de 60 años y más era pobre por ingresos. Con las medidas previsionales que se tomaron a partir de entonces, se redujo progresivamente la pobreza. Según cifras de la EPH (Encuesta Permanente de Hogares) del primer semestre de 2006, el 17,3% de la población adulta mayor es pobre por ingresos. De ellos, un 4,9% son indigentes, es decir, no acceden a la canasta básica alimentaria.

Según datos del INDEC (2001) el 41% de la población de 60 años y más, no percibe beneficios previsionales, condición que se acentúa en el grupo de las mujeres.

A medida que avanza la edad avanza la cobertura. Nueve de cada diez mayores de 80 años están cubiertos, en tanto que en el grupo de 65 a 74 años sólo lo está algo más de la mitad. El crecimiento de la cobertura en personas muy mayores, resulta de la percepción de jubilaciones por edad avanzada, de jubilaciones ordinarias otorgadas a mayor edad que la estipulada como requisito, y a las pensiones otorgadas por defunción del cónyuge (en este último caso son las mujeres las principales beneficiarias: el 50% de las mujeres de 65 y más años son viudas, en tanto que los viudos sólo ascienden a un 15%).

Porcentaje de población de 60 y más años que percibe ingresos por jubilación o pensión según edad y sexo

Grupo de Edad	Varones	Mujeres	Total
60 - 64 años	21	33,6	27,7
65 - 74 años	64,6	58,2	61
75 - 79 años	86,2	77,1	80,7
80 y + años	90,2	85,6	87,1
Total	58	60,1	59,2

Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda 2001.

Cuadro 3.5: Porcentaje de Población de 60 y más años que percibe ingresos por jubilación o pensión según edad y sexo.

Otra visión del fenómeno es la condición de ingresos de la seguridad social para el hogar, es decir la existencia de por lo menos una persona cubierta por los beneficios.

Porcentaje de población de 65 y más años que, por sí o por el cónyuge, recibe ingresos por jubilación o pensión, según edad y sexo

Grupo de Edad	Varones	Mujeres	Total
65 - 69 años	63,3	72,5	68,8
70 - 74 años	82,4	84	83,4
75 - 79 años	87,4	87,9	87,7
80 y + años	92,4	94,5	93,8
Total	78,5	83,3	81,5

Fuente: Bertranou, F.; C. Grushka y Rofman, R. en MDS Informe sobre la Tercera Edad en Argentina, 2001, sobre la base de la EPH.

Cuadro 3.6: Porcentaje de Población de 65 y más años, que por sí o por el cónyuge, recibe ingresos por jubilación o pensión, según edad y sexo.

Un 22% de los mayores no percibe ingresos de ningún tipo.

Porcentaje de población de 65 y más años por condición de ingresos y tipo de ingresos, según quintiles de ingreso *per capita* del hogar

Condición de percepción de ingresos y tipo de ingreso	Escala de ingresos per cápita del hogar					
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Total
1. Que percibe ingresos	47,8	70,3	84,2	87,5	90,4	78,2
1.1.Ingresos por jubilación o pensión, solos o combinados con otros ingresos	38,7	62,4	73,9	80,2	85,3	71,2
1.2 Otros Ingresos (laboral / ayudas, exclusivamente)	9	7,8	10,4	7,3	5,2	7,1
2. Que no percibe ningún ingreso	52,2	29,7	15,8	12,5	9,6	21,8
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, INDEC-MECOVI 2001

Cuadro 3.7: Porcentaje de Población de 65 y más años por condición de ingresos y tipo de ingresos, según quintiles de Ingreso per cápita del hogar.

En lo referente a necesidades básicas insatisfechas, la sola presencia de uno de los cinco indicadores NBI[90] que conforman el conjunto, determina que un hogar y las personas que lo habitan se encuentren en situación de pobreza. En 1991 se estimaba que el 7,6% de los mayores se ubicaban en este status, en tanto que diez años más tarde el nivel ascendió a 11,8% como puede verse en el cuadro siguiente:

Porcentaje de la población de 60 y más años por condición de NBI según jurisdicción. Total del País.

Provincia	NBI%
Capital Federal	3,9
Buenos Aires	10,3
Catamarca	16,4
Córdoba	11,1
Corrientes	24
Chaco	26,5
Chubut	14
Entre Ríos	14,6
Formosa	27,6
Jujuy	24,1
La Pampa	10,9
La Rioja	14,7
Mendoza	12,3
Misiones	23,3
Neuquén	17,8
Río Negro	17,3
Salta	23,9
San Juan	12,8
San Luis	13,8
Santa Cruz	11,5
Santa Fe	10,2
Santiago del Estero	25,7
Tierra del Fuego	12,8
Tucumán	17,2
Total	11,8

Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda, INDEC, 2001.

Cuadro 3.8: Porcentaje de Población de 60 y más años por condición de NBI según jurisdicción (Total del País).

[90] El índice surge de cinco indicadores que no tienen en cuenta la especificidad de las necesidades de los adultos mayores. Se compone de a) Vivienda inconveniente, b) Condiciones sanitarias iandecuadas, c) Hacinamiento, d) acceso a la educación primaria de los niños en edad escolar, e) Capacidad de subsistencia.

Partiendo de la concepción de pobreza como falta de recursos suficientes para afrontar las necesidades, se impone una reflexión acerca del analfabetismo. Seis de cada cien mayores son analfabetos, y existe mayor probabilidad de serlo en el grupo de mujeres de edad muy avanzadas (ver cuadro siguiente), probablemente por el estado de el educación pública en las décadas de 1920 y 1930.

Porcentaje de población de 60 y más años analfabeta según edad y sexo de todo el país

Grupo de Edad	Varones	Mujeres	Total
60 - 64 años	4,7	4,9	4,8
65 - 69 años	5	5,3	5,2
70 - 74 años	5,2	5,7	5,5
75 - 79 años	6,1	6,8	6,5
80 y + años	7,6	8,6	8,2
Total	5,4	6,1	5,8

Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda, INDEC, 2001.

Cuadro 3.9: Porcentaje de Población de 60 y más años analfabeta según edad y sexo de todo el país.

3.1.10 Construcción de un enfoque preventivo del envejecimiento

En 1980 James Fries, de la Universidad de Stanford, publicó un artículo en el que postulaba que la adopción de estilos de vida más saludables y los avances en la tecnología médica no sólo provocarían una reducción en las tasas de mortalidad, sino que además permitirían que las enfermedades crónicas y las incapacidades funcionales experimentaran un proceso de «compresión» (esto es, se manifestaran durante períodos cada vez más cortos de tiempo antes de la muerte). Explica que el futuro de la creciente población anciana dependerá de dos factores: la edad del comienzo de la morbilidad y la edad de la muerte y concluye abogando por la puesta en marcha de programas preventivos que mejoren el estado de salud, disminuyan la utilización de recursos y reduzcan los costos[91].

Las principales implicaciones de la hipótesis de Fries son, en resumen, las siguientes: a) la postergación de la edad de inicio de las enfermedades crónicas, combinada con la imposibilidad de aumentar el promedio máximo de vida potencial; b) en consecuencia, estas enfermedades tienden a concentrarse al final de la vida, y c) el tiempo de vida saludable (previo a la aparición de la enfermedad) tiende a ser mayor. Señala en sus supuestos que duración la vida

[91] Perlado, F., *Teoría y práctica de la geriatría.* Ediciones Díaz de Santos, Madrid, 1995.

tiene un límite que se halla prefijado por las características biológicas del organismo humano; y que mientras ha aumentado claramente la duración media de la vida, el porcentaje de centenarios no lo ha hecho.

En un comentario formulado 29 años después de la difusión de la hipótesis mencionada, el Profesor Josep Vaqué Rafart[92] reflexiona sobre su contenido, enunciando que hoy en día los avances habidos en biología permitirían añadir mucha información a este postulado de la existencia de un límite fijo de la vida, por ejemplo, los conceptos de apoptosis[93], reloj biológico, etc. Actualmente existen muchas voces a favor del continuado crecimiento de este límite, aunque no existen datos demográficos ni estadísticos claros a su favor. Respecto de la apreciación de Fries sobre el porcentaje de centenarios, está bien claro que ha quedado desactualizada, ya que existen estudios que atestiguan su aumento en numerosos países.

En resumen, a pesar de que algunos supuestos han derivado en resultados diferentes o no se han cumplido, el artículo conserva todo el atractivo de un modelo, producto de una búsqueda constante de significados para la longevidad. Una búsqueda que siempre estará presente en los seres humanos y en la ciencia, como se expondrá en detalle en el capítulo siguiente. Y el enfoque preventivo que a la vez que provoca un salto cualitativo en la salud, conlleva una reducción en sus costos, sigue conservando total vigencia.

El Programa Nacional del INSSJP al que nos hemos referido al encarar la problemática de la vulnerabilidad social, presenta la estrategia de la prevención como la única herramienta eficaz para impedir que la madurez y el envejecimiento de masas se conviertan en un paradójico "fracaso del éxito" en el que las sociedades agobiadas deban dedicar cada vez más recursos a la atención de patologías crónicas y discapacidades y las personas jóvenes, envejeciendo también, se vean obligadas a atender ancianos, sin disfrutar de la vida. Dicha estrategia, si bien puede decirse que debe iniciarse con el comienzo mismo de la vida, habrá de aplicarse rigurosa y sistemáticamente a partir de la cuarta década, en la que se comienzan a constituir y organizar definitivamente los condicionantes del proceso que devendrá en estado de vejez.

Lo expresado cobra sentido sólo si se acepta su validez para definir políticas orientadas a los adultos mayores que beneficiarán a la sociedad en su conjunto.

La mayor longevidad de nuestra sociedad reclama que las personas aprendan a pensar y a construir las vías para aumentar la calidad de los años de vida. Esta construcción debe realizarse individual y colectivamente; tienen responsabilidad y competencias los gobiernos así como también las tienen las personas de las distintas generaciones.

[92] Vaqué, J., "Envejecimiento y prevención", en *www.vhebron.net.*

[93] En griego "caída de las hojas de un árbol o de los pétalos de una flor": término introducido en la década de los 80, para definir las características morfológicas particulares de un tipo de muerte celular fisiológica, programada genéticamente, a diferencia de la muerte celular patológica o necrosis celular.

3.2 Salud y hábitat

La salud no se define actualmente como la ausencia de enfermedad, sino como un equilibrio bio-psico-social, derivado de la naturaleza bio-psico-social del ser humano.

El medio ambiente, en lo relacionado con la ecología, el clima, el agua, la contaminación, el tratamiento de los residuos, son fuertes condicionantes de la salud, junto con la biología humana, el estilo de vida, la atención sanitaria y el entorno físico en el cual se desarrolla el individuo.

El hábitat, como concepto general, se refiere al espacio habitado por los seres humanos, y que reúne las características físicas y biológicas necesarias par la supervivencia y reproducción de una especie.

El hábitat humano abarca los factores materiales e institucionales que condicionan la existencia de grupos localizados de seres humanos. Está determinado por razones históricas, económicas, sociales, culturales, geográficas y climáticas. Un hábitat satisfactorio es beneficioso para la salud y el bienestar, ya que mejora la calidad de vida.

Hoy en día, el enfoque sobre la salud pública ha cambiado, al pasar de la concepción de las causas específicas de las enfermedades como el único factor limitativo de la salud, a incluir todos los factores de riesgo: ambientales, psico-biológicos y sociales.

La salud humana es un recurso de la sociedad, tal como lo son los recursos materiales, tecnológicos y humanos. Desde el diseño y la arquitectura, es posible optimizar ese recurso, brindando a los mayores un hábitat adecuado. De este modo, se puede contribuir al proceso de "envejecimiento activo", que la OMS ha definido como "el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen"

Para favorecer la creación de entornos propicios y favorables al envejecimiento, se recomienda "adoptar políticas que habiliten a las personas de edad y respalden sus aportes a la sociedad. Esto incluye el acceso a los servicios básicos, tales como el agua potable y los alimentos adecuados. Es necesario también, adoptar políticas que fortalezcan el desarrollo y la independencia durante toda la vida presten apoyo a las instituciones sociales sobre la base de los principios de la reciprocidad y la interdependencia"[94].

[94] Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento, ONU, 2002.

3.2.1 El impacto de la urbanización. La gestión ecológica de las ciudades y su efecto en la minimización de la dependencia.

El mundo se vuelve cada vez más urbano. La Organización Mundial de la Salud (OMS) da cuenta de que en 2007 más de la mitad de la población global vivía en ciudades, y para el año 2030, al menos tres de cada cinco personas vivirá en las urbes. Al mismo tiempo la población mayor de 60 años llegará al 22% en 2050.

Esta condición ha puesto en evidencia que ni las ciudades ni las viviendas actuales están en condiciones de garantizar la calidad de vida a que los mayores tienen derecho, como una de las formas de asegurar su plena inclusión social.

La OMS presentó el 1° de octubre de 2007 una guía de ciudades amigables con la ancianidad, en el marco de las celebraciones de la Jornada Mundial para las Personas Mayores. La publicación está basada en una consulta realizada en 33 ciudades de 22 países en las que se identifican entornos urbanos que ofrecen servicios sociales o infraestructura accesible para sus edades. Entre ellas se encuentran la ciudad de México y Río de Janeiro. ¿Qué características ofrecen las ciudades amigables? Entre otras, la experta de la OMS, Louis Plouffe señaló en la presentación de la guía: "tienen edificios públicos accesibles para personas con diferentes niveles de discapacidad. Las aceras son seguras y bien mantenidas. Los parques y plazas están aseados y tienen suficientes asientos. Y especialmente suficientes baños en condiciones higiénicas"

En las 33 ciudades de todas las regiones de la OMS, la Organización trabajó con grupos de personas mayores que describieron las ventajas y los obstáculos que experimentan en aspectos distintos de la vida urbana. En la mayoría de las ciudades, las observaciones de los mayores se complementaron con opiniones de grupos de cuidadores y proveedores de servicios de los sectores público, voluntario y privado.

El envejecimiento y la urbanización de la población son dos tendencias mundiales que, combinadas, suponen un potente fenómeno que dará forma al siglo XXI. Al mismo tiempo que crecen las ciudades, aumenta la proporción de sus moradores que tiene más de 60 años. Las personas mayores son un recurso para sus familias, sus comunidades y sus economías si viven en un entorno que las apoya y las favorece. La OMS considera que el envejecimiento activo es un proceso que dura toda la vida y que depende de varios factores que, tanto de forma independiente como combinados, favorecen la salud, la participación y la seguridad del adulto de más edad.

Inspirado por este enfoque sobre el envejecimiento activo, el propósito de la guía fue el impulsar a que las ciudades se conviertan en lugares accesibles para las personas mayores con el fin de aprovechar el potencial que representan para la humanidad.[95]

[95] OMS, *Ciudades globales amigables con los mayores. Una guía*, OMS, 2007.

En la guía se distinguen ocho referencias que determinan en qué medida una ciudad es más o menos amigable. Son: transporte, vivienda, participación social, respeto e inclusión social, participación cívica y empleo, comunicación e información, servicios sociales y espacios al aire libre y edificios. Tales son las dimensiones que se consideran con influencia directa en la calidad de vida de los mayores[96].

En la Argentina, el estudio se realizó en la ciudad de La Plata. Allí se registraron las dificultades de la gente mayor (sobre todo los mayores de 75 años) para participar y estar incluidos en las actividades de la ciudad. Se identificaron como principales barreras, en primer lugar el transporte: los mayores de 75 prácticamente no pueden usar el transporte público, o sea que quienes carecen de recursos para viajar en taxi o de familiares o amigos que los transporten en automóvil, no pueden salir del barrio donde viven, ni siquiera para comprar indumentaria o alimentos. Otra de las barreras identificadas fueron las aceras rotas que impiden caminar o que presentan riesgos de caídas o tropezones, e imposibilitan el desplazamiento en silla de ruedas, esto último agravado por la ausencia de rampas en todo tipo de accesos.

En el estudio, también se destacaron otros aspectos poco amigables, como la falta de respeto y el maltrato de la gente en la ciudad. Si bien la ciudad de La Plata es una ciudad con gran actividad cultural y recreativa, la opinión de los mayores de clase media y media alta, en particular los que habitan en el área del centro, hizo notar y lamentó estas actitudes, porque en la ciudad hay muchas actividades destinadas a personas mayores, e incluso muchas de ellas son gratuitas[97].

3.2.2 El derecho a la ciudad

En general, las ciudades, los lugares de trabajo, servicios, estudio y esparcimiento, no conforman un hábitat adecuado para la mayoría de las personas mayores (y en verdad, tampoco para el resto de los habitantes)

En el año 2003, en la Universidad de Valladolid se creó un *Grupo de investigación* para impulsar la incorporación de los derechos humanos al debate urbanístico. La ciudad está en la génesis y cuidado del derecho, y es el ámbito más adecuado para una plasmación real del mismo. El grupo, que culminará sus trabajos en 2012, tiene entre sus objetivos la elaboración de estudios para la redacción de una CARTA INTERNACIONAL DE DERECHOS URBANOS. No sólo del derecho de asentamiento, sino también del derecho más amplio "a la ciudad", fruto de un consenso sobre el urbanismo de la igualdad[98].

[96] Veremos en el punto siguiente, que todo ello repercute en la calidad de vida de todas las personas.
[97] Información proporcionada por la Dra. Silvia Gascón, líder del proyecto en la ciudad de La Plata.
[98] *Grupo de investigación sobre ciudad y derechos humanos,* Escuela Superior de Arquitectura, Universidad de Valladolid, 2003.

El modo en que el ser humano toma posesión del espacio en que habita hace a su identidad. El espacio de las personas ancianas refleja su inserción social. Las ciudades y las viviendas no accesibles despojan a los ancianos del futuro por ellos construido.

Para que los mayores tengan efectivo derecho a la ciudad, ésta debe estructurarse en un marco de inclusión, con todos los elementos que hacen accesible al medio físico, es decir sin barreras arquitectónicas, urbanísticas, de transporte y de comunicaciones.

La accesibilidad al medio físico constituye el más alto nivel de adecuación del entorno material a los requerimientos de todas las personas. A esto se refiere el proyecto de Valladolid en su alusión al "urbanismo de la igualdad"

Las ciudades que no eliminan las barreras mencionadas, son simplemente organizaciones destinadas a la producción y el tránsito automotor, para individuos que trabajan en ellas, sean o no habitantes. El diseño centenario de las ciudades no está preparado para el desafío de los procesos de envejecimiento que se manifestaron a partir del siglo XX.

Es muy interesante el caso exitoso de transformación de una ciudad milenaria (y por ello no accesible) como Barcelona, que desde la última década del siglo XX se ha convertido en una ciudad accesible para todos. Según el Arq. Francesc Aragall[99], Barcelona ha sido y sigue siendo un referente en este campo gracias al trabajo en equipo de ciudadanos, políticos, técnicos y especialistas. Por otro lado, alegra el espíritu observar como una mayor número de ciudades grandes y pequeñas llevan adelante proyectos de accesibilidad en todo el mundo. La accesibilidad forma parte del proyecto desde el principio de tal forma que, a veces, es invisible (el arquitecto agrega que para su gusto, el Museo Guggengheim de Nueva York es un edificio bello y accesible pero también lo es una choza). Los objetos funcionales son bellos y las cosas bellas son más accesibles porque nos atraen. El que, según su escala de valores, pretende que una calle sea bella deberá, además, hacerla útil para todos. El que pretende hacerla accesible deberá hacerla bella para que sea aceptada por todos.

Las premisas elaboradas por el CRID (Consorci de Recursos i Documentació per a l'Autonomía Personal) para la ciudad de Barcelona son las siguientes:

1. La Accesibilidad es calidad de vida para todos, tanto para los ciudadanos como para aquéllos que visitan la ciudad.
2. La Accesibilidad significa una mayor libertad y autonomía de los ciudadanos, evitando dependencias no deseadas.
3. La Accesibilidad no es un aspecto limitador en el diseño, sino la incorporación de nuevas especificaciones que deben tenerse en cuenta en la etapa inicial del proyecto.

[99] Responsable de Diseño y Dirección del CRID (Consorci de Recursos i Documentació per a l'Autonomia Personal), Entrevista en www.*accesible.com.ar,* Buenos Aires, 22 de abril de 2005.

4. La Accesibilidad planificada no supone ningún sobrecosto en el presupuesto de inversiones sino que se acaba convirtiendo en un valor agregado en el diseño de la ciudad.
6. La Accesibilidad es el instrumento mediante el cual la participación ciudadana lidera la construcción de su ciudad.
7. La Accesibilidad genera sinergias entre diferentes aspectos que se presentan en la configuración de la ciudad: persona–medio, estética–funcionalidad; tránsito rodado–peatones; diversidad–igualdad; consumo–sustentabilidad.

3.2.3 Algo más sobre las ciudades *amigables*

Ya hemos anticipado en el punto anterior que en el año 2006 la OMS inició un programa de "Ciudades amigables" en todo el mundo. El trabajo comenzó a partir de un protocolo desarrollado en Río de Janeiro. La metodología fue adoptada y adaptada a más de treinta ciudades entre las que figuran las grandes urbes, y también otras no tan grandes pero sí influyentes como Ginebra. Sobre la base de los primeros resultados se formuló una guía que se publicó en octubre de 2007.

En cada una de las ciudades la metodología fue la misma: un estudio cualitativo, buscando la conocer la situación de las personas mayores que viven en esos entornos, y su opinión sobre los temas que condicionan su calidad de vida además de temas vinculados al transporte, los espacios públicos, la vivienda, la participación e inclusión social, entre otros.

A partir de entonces se fueron incorporando otras ciudades. España estaba al margen de este proceso, pero en marzo de 2009 se suma San Sebastián, capital del estado de Guipúzcoa, siempre con la idea de que nadie como los mayores conocen mejor las dificultades a las que se enfrentan. Se espera contar con los primeros datos en junio de 2009. El trabajo se instrumenta a través de grupos y entrevistas individuales, y también de consultas a proveedores de servicios. En el caso de que la ciudad pase a formar parte de las ciudades que cumplen con los requisitos, será objeto de reevaluaciones periódicas como en el resto de los casos. En estos controles siempre se contará con la participación de las personas mayores.

El responsable y encargado de promover la incorporación de la capital guipuzcoana a la Red de Ciudades Amigables es Alexandre Kalache, experto de la OMS y creador del proyecto. Cabe destacar que Guipúzcoa suma tres mil quinientos mayores más por año (según cifras de marzo de 2009). Según Kalache, las personas mayores constituyen un grupo en extremo influyente, "no sólo por el aspecto numérico, sino porque están empezando a jubilarse personas con un nivel de conciencia y participación política y social mucho mayor que la generación que les precede. Son los *baby boomers*, que han protagonizado la revolución sexual de los años sesenta, la emancipación de las mujeres y la lucha por los derechos. Están capacitados para exigir de las autoridades demandas que sus abuelos ni tan siquiera se hubieran podido plantear"[100].

[100] Red Latinoamericana de Gerontología, Canal *Documentos*, 5 de Marzo de 2009.

3.2.4 Derecho a la vivienda

La diversidad de las capacidades, el envejecimiento de la población, la introducción de nuevas tecnologías en la vida cotidiana y los cambios que se producen en la unidad familiar hacen necesario un replanteo de los standards de vivienda actuales.

3.2.4.1 El diseño para todos como respuesta a la diversidad

La eficacia de nuestra interacción con el entorno depende de nuestras propias capacidades y de cómo están diseñados los objetos que nos rodean. En la vida como adultos encontramos innumerables situaciones que dificultan temporalmente el diálogo con el entorno (una mano vendada, un yeso, un par de anteojos que se cae al suelo, vivir en un país cuyo idioma no dominamos...).

A medida que pasan los años, decrece nuestra fuerza, los sentidos perciben con deficiencia, las articulaciones no responden, la memoria disminuye. También es posible, aunque no tan frecuente, que se contraiga alguna discapacidad física, psíquica o sensorial, tal como ocurre con el 10% de la población menor de 65 años[101].

Pero si esto no sucede, sumando el tiempo durante el cual tenemos conflictos con el entorno (porque nos hemos torcido un tobillo esquiando, porque somos niños, o porque nuestras capacidades al envejecer ya no son las mismas, al menos durante un 40% de nuestra vida estamos en situación de desajuste con el entorno. ¿Por qué entonces, el diseño del entorno suele estar tan distante de nuestra realidad?

Puesto que somos una especie que ha modificado el medio natural para sobrevivir, tendemos a suponer que no es posible hacer que las cosas sean aún más fáciles para servirnos de ellas, y que reiterados fracasos en el uso de objetos cotidianos se deben atribuir a nuestra torpeza y no a su diseño defectuoso.

Sin embargo, vivimos en un medio creado o adaptado por seres humanos para sus congéneres, y lo cierto es que cualquier desajuste con el entorno obedece a una inadecuación de éste a las necesidades humanas, y no a la de las capacidades humanas ante el medio.

Un error frecuente en el diseño, es considerar la media de la población, y utilizar erróneamente las tablas antropométricas. ¿Es tan difícil recordar que el "Señor Media" no existe? ¿Qué es simplemente el resultado de sumar un parámetro de todos los individuos de una muestra y dividirlo por el número de medidas tomadas?

[101] Aragall i Clavé F.; *Hogares diseñados para todos*, Consorci de Recursos I Documentació per L'autonomía Personal (CRID), Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO), Universidad de Salamanca, 1999.

El hecho es que todos nos alejamos poco o mucho del "Señor Media", y si un producto ha sido diseñado pensando en él, cuanto más nos alejemos de su perfil, más incómodo nos resultará el producto. Por ello, suele ser más satisfactorio tomar en cuenta las características de los individuos que se encuentran en los extremos de la campana de Gauss, e intentar dar respuesta a sus necesidades.

Observemos la disfunción que surge de los fabricantes o empresarios que ignoran las expectativas y minusvalías de los usuarios y siguen fabricando por ejemplo:

- visores casi invisibles desde la distancia desde donde se mira la pantalla del televisor
- botones pequeños y mal diferenciados
- comandos de control remoto con funciones cuya utilidad no se recuerda con facilidad. Formas diseñadas para situarlo debajo del aparato de TV que requiere inclinarse para manipular el aparato

Esto es un mero ejemplo de la pérdida de tiempo y de utilidad que acarrean los productos y servicios diseñados sólo focalizando un segmento no generalizable en sus capacidades y expectativas.

Una razón poderosa que impulsa el "diseño para todos" es la minimización de accidentes y errores que suponen un alto costo en vidas y recursos materiales (ingestión involuntaria de tóxicos, resbalones en la bañera o en pavimentos excesivamente pulidos, indicadores defectuosos en las rutas, quemaduras en las cocinas..., etc.). Cómo es visible, hay un sinfín de situaciones de riesgo en las personas que cometen errores derivados del desajuste en su comprensión del entorno.

Es evidente que llevar una vida autónoma, en la que cada uno seleccione su nivel de dependencia con los demás es un modelo enriquecedor y de menor costo que el de los servicios de residencia, en los cuales el grado de dependencia viene impuesto por la estructura.

La experiencia muestra que se han desarrollado productos y servicios pensando en las personas mayores o en otras con capacidades disminuidas y se reflejan en barandas auxiliares, mandos a distancia, autobuses de piso bajo, etc. Pero sería impropio extrapolar estos logros para dotar a todas las personas con problemas físicos, de elementos que las ayuden a superar sus discapacidades. Eso no ayuda a diseñar un sistema, sino a atender una situación puntual.

Por ejemplo: aunque todos los usuarios que dependen de sillas de ruedas para deambular, dispusieran de un modelo apto para subir y bajar escaleras, esto no resolvería el problema de aquéllos que en un nivel de discapacidad equivalente, dependieran del uso de muletas o bastones, o bien se vieran en imposibilidad e elevar los miembros inferiores.

Cómo se observa, hay innumerables situaciones a las que se enfrenta el adulto mayor, y otras personas en situaciones de vulnerabilidad permanente o temporaria.

Las personas evolucionan y a lo largo de su vida se van presentando diferentes grados en sus capacidades, aptitudes y actitudes. Desde una dependencia total del recién nacido, hasta una interdependencia con las personas y el entorno que permite niveles distintos de autonomía a lo largo de la vida en función de la edad, las características personales, la capacidad económica, etc.

El "diseño para todos" tiene como finalidad, que la mayor cantidad posible de personas puedan desenvolverse con autonomía en un ambiente solidario, respetuoso de la diversidad de la especie humana.

¿Qué significa esto para la Administración Pública? En primer lugar la igualdad de oportunidades aprobada por la Declaración de los Derechos del Hombre y en las Normas Uniformes (Standard Rules). En segundo término ante la realidad visible del envejecimiento poblacional, se plantea que o bien los gobiernos se abocan a la creación de innumerables servicios asistenciales, o bien se aseguran de que los adultos mayores vivan de manera autónoma la mayor cantidad de tiempo posible. Es decir que los transportes, las comunicaciones, los productos de consumo, y las viviendas faciliten su uso por parte de quienes presentan inconvenientes para interactuar con ellos.

Es casi obvio que avanzar por el camino de lograr mayor autonomía, en un sistema en el que cada uno pueda (y logre) elegir cómo manejar su espectro de dependencias, es mucho más enriquecedor que los servicios de residencias, en los que los modos de dependencia vienen impuestos por la estructura.

Pero, tampoco hay que pensar que dotar a las personas que sufren discapacidades de algún tipo, de elementos específicos para resolver su situación, es el camino para la panacea generalizada de atención social para definir la solución de interactuación con el entorno. Para ejemplificar esto: supongamos que todos los usuarios dependientes de movilizarse con sillas de ruedas, dispusieran de salvaescaleras, ¿solucionaría ello el caso de las personas que se movilizan con muletas o bastones, o que empujan un cochecito de niño, o que padecen dificultades para levantar las piernas.

Esto no significa que deban dejar de producirse tales ayudas técnicas, sino que su aplicación se focaliza en situaciones en las cuales a pesar d los esfuerzos en acciones de adaptación al entorno de los casos de capacidades limitadas, ello no ha sido suficiente o no cabe situar el caso individual en las soluciones generales.

En materia de vivienda, es bueno desterrar el mito de que la accesibilidad es cara. La buena accesibilidad procede más de un diseño consciente y minucioso en las entradas y espacios interiores de los edificios que de una mayor superficie o equipamientos. Según Fernando Alonso[102] el incremento de costo por la mejora de la accesibilidad no debería superar el 5%. El mismo autor informa sobre un

[102] Alonso, F., "Accesibilidad en las viviendas", en *Boletín N° 27*, CEAPAT, Madrid, 1999.

trabajo de investigación desarrollado por el Instituto Universitario de Estudios Europeos (IUEE) de la Universidad Autónoma de Barcelona, en convenio con el IMSERSO.

En él se analizaron los costos más relevantes de la mejora de accesibilidad en las viviendas de nueva construcción a partir de diversos estudios y experiencias piloto realizadas en Europa. Faltaban, en cambio, trabajos que estimasen directamente sus beneficios, sin los cuales nunca se podría justificar plenamente la rentabilidad de la accesibilidad. Ese ha sido el aporte fundamental del trabajo. A través de un método de valoración económica basado en encuestas, se calcularon las consecuencias para todo tipo de beneficiarios de la mejora de accesibilidad en las viviendas (ancianos, embarazadas, niños, personas que deben mover carritos o bultos, etc.).

En un total de 1.107 encuestas que se realizaron en hogares de Madrid y Barcelona. En ellas, mediante la creación de un mercado hipotético, se dedujo lo que las familias aceptarían pagar por cambiar de una vivienda con diversos tipos de barreras a una plenamente accesible. El resultado final es que un hogar medio de ambas ciudades estaría dispuesto a pagar un 12,5% más por el cambio.

Esta valoración midió todo tipo de hogares, no sólo los que albergaban ancianos dependientes o personas discapacitadas. Esto muestra que todo tipo de personas puede percibir su propio interés en mejorar la accesibilidad.

¿Por qué es importante pensar en viviendas de tal naturaleza? Porque por una parte minimizan riesgos para todos los individuos, constituyendo un elemento de prevención. Y por otra parte incrementan la condición de autonomía de aquéllos que presentan algún tipo de minusvalía.

3.2.5 La interacción con el entorno y la estructura de la población

En este punto tomaremos como referencia un caso en extremo complicado dentro del panorama que nos interesa. Como surge a simple vista de los datos de población expuestos en el Capítulo I, la tercera parte de Unión Europea produce para la totalidad. Los mayores de 65 años representan una cifra alarmante y además se perpetúa la tendencia a la disminución de nacimientos. Se supone que esta situación se intensificará en el futuro, y la pirámide poblacional será estrecha en la base y más ancha en la cúspide.

En consecuencia, si no se logra que los adultos mayores adquieran la mayor autonomía posible en su interacción con el entorno, no quedará casi población activa que contribuya al costo ni habrá cuidadores suficientes para asistirlos. Esto nos conduce directamente a evaluar una serie de medidas que deberían promoverse desde la Gestión Pública para implementar un conjunto de standards mínimos para garantizar la accesibilidad o adaptabilidad de las ciudades y las viviendas.

Como ejemplo relativo a las viviendas, cabe citar el ejemplo del Condado de Kent, que ha desarrollado un programa de standards mínimos que deben respetarse en su diseño y construcción para ser objeto de los beneficios emergentes de considerarlas dentro del encuadre de "viviendas sociales". En el punto **Gestión de la Habitabilidad** se exponen los criterios de construcción de este programa.

3.2.6 Gestión de la habitabilidad

El envejecer, es el resultado de un hecho biológico natural, por lo cual el proceso de envejecimiento es la condición final de cualquier individuo. El adulto mayor debe ser considerado como activo pero (en general) está desvinculado del sistema productivo de la sociedad, rodeado de una situación de pasividad aparente, en donde el concepto del tiempo es una variable del quehacer cotidiano.

Las personas de la tercera edad, generalmente poseen un constante control sobre su espacio y los elementos que lo componen, registran infinidades de detalles en una memoria asociativa siempre presente.

Así también, están en constante búsqueda para dominar el universo que les ha sido restringido por su condición. Esto es un proceso natural que se hace adverso cuando existe desconocimiento sensible del tema, relegando las posibilidades proyectuales que ofrece el adulto mayor enfrentado a la comunidad.

En el marco de su entorno social, procuran ser participes del sistema social urbano. Complementarse con el medio a través de su actividad y actitud reflexiva. Si no lo logran, se refugian en la reclusión, dentro de sistemas que hacinan más que albergar su quehacer, incluso en su propia vivienda.

Esta limitación en su proceso de vida hace necesario establecer sistemas de comunicación, que faciliten la evolución natural dentro de esta etapa.

Su carácter participativo y social, propone una constante alternancia con otras generaciones, con los cuales interactúa, sin perder su individualidad. Este carácter participativo se ve fortalecido al estar en disposición grupal con sus pares, pues juntos se expresan en actividades o en el simple hecho de acompañarse en torno a algo común. Una plaza, un árbol, un jardín, un paisaje, una caminata.

En el marco de su entorno físico buscan lugares dentro de su actitud reflexiva que le permitan ser partícipe dinámico del entorno de actividades. Hacen uso del mobiliario urbano con una disposición estratégica inserta en un sistema. El proceso natural de la edad que ha restringido su universo de acción, conlleva a que el desarrollo de proximidades los atraiga e inciten a participar como actores o como espectadores en horizontes de lo inmediato. Esto no los convierte en personajes inactivos, sino que los induce a hacer de lo inmediato un complejo y minucioso laboratorio espacial, tipificado en la vivienda.

En el marco de su proceso de envejecimiento han visto restringido su universo de acción. Su vivienda se vincula con su calidad de vida, y espontáneamente asocian la infraestructura con su espectro de necesidades. Albergan un sentimiento de pertenencia que se vincula a un entorno accesible e independiente, que perfectamente puede asociarse a fines terapéuticos en la implementación del entorno: uso de rampas y elementos que propongan circuitos buscando paseos u otros tipos de actividad.

Michel Foucault, describe magistralmente esta búqueda [103] en su alusión a "Los contraespacios, lugares reales fuera de todo lugar" y así lo expresa:

> *"...creo que hay –y esto vale para toda sociedad– utopías que tienen un lugar preciso y real, un lugar que podemos situar en un mapa, utopías que tienen un lugar determinado, un tiempo que podemos fijar y medir de acuerdo al calendario de todos los días. Es muy probable que todo grupo humano, cualquiera que éste sea, delimite en el espacio que ocupa, en el que vive realmente, en el que trabaja, lugares utópicos, y en el tiempo en el que se afana, momentos ucrónicos. He aquí lo que quiero decir: no vivimos en un espacio neutro y blanco; no vivimos, no morimos, no amamos dentro del rectángulo de una hoja de papel. Vivimos, morimos, amamos en un espacio cuadriculado, recortado, abigarrado, con zonas claras y zonas de sombra, diferencias de nivel, escalones, huecos, relieves, regiones duras y otras desmenuzables, penetrables, porosas; están las regiones de paso: las calles, los trenes, el metro; están las regiones abiertas de la parada provisoria: los cafés, los cines, las playas, los hoteles; y además están las regiones cerradas del reposo y del recogimiento.*
>
> *Ahora bien, entre todos esos lugares que se distinguen los unos de los otros, los hay que son absolutamente diferentes; lugares que se oponen a todos los demás y que de alguna manera están destinados a borrarlos, compensarlos, neutralizarlos o purificarlos. Son, en cierto modo,* ***contraespacios****. Los niños conocen perfectamente dichos contra-espacios, esas utopías localizadas: por supuesto, una de ellas es el fondo del jardín; ...el granero o, mejor aun, la tienda de apache erguida en medio del mismo...*
>
> *La sociedad adulta organizó ella misma, y mucho antes que los niños, sus propios* ***contraespacios****, sus utopías situadas, sus lugares reales fuera de todo lugar. Por ejemplo, están los jardines, los cementerios; están los asilos, los burdeles; están las prisiones, los pueblos del Club Med y muchos otros.*

¿Qué rasgos optimizan la construcción de "contraespacios" destinados a los adultos mayores?

Hay tres elementos esenciales: integración, interacción y diversidad.

[103] Foucault, M., "Utopías y heterotopías", conferencia radiofónica de diciembre de 1966, reproducida en *Revista Fractal N° 48*, México, 23 de noviembre de 2008.

1)Integración al medio, a un vivir cotidiano común, y a una propuesta de accesibilidad. La continuidad dentro de la ciudad, una ciudad para todos, una ciudad total hace protagonista al adulto mayor en el devenir de todos los días, tanto social como físicamente, con el grado de participación que él desee

La libertad de incluirse dentro de la comunidad debe ser guiada por él mismo, sin intervenir en su aislamiento ni en su dependencia prematura. Aquí se imponen los medios para sortear las dificultades de accesibilidad que involucran desplazamientos, medidas referenciales, seguridad, ergonomía, desarrollo de una "amabilidad de las formas" para que pueda integrarse.

Es desafío pasa por lograr la conformación de un mobiliario urbano capaz de posibilitar a todas las personas. En este sentido es preciso poner en práctica el diseño universal e incluyente, pues si algo facilita el uso por parte de una persona con algún grado de problema motriz, indudablemente facilitará el uso por otra físicamente normal.

2)Interacción tanto con sus pares como con otras generaciones y realidades, alternando vivencias e intercambio de experiencias. El adulto mayor tiene una necesidad de establecer vínculos minuciosos con su entorno. Utiliza elementos para el amparo de sus actividades, lugares en torno a un árbol, bancos en una plaza, y diversos universos de acción, entre ellos su casa. La tendencia a aislar los espacios destinados a los viejos, es un problema recurrente, porque los aisla en su comunicación con el exterior, y niega su participación en las relaciones sociales.

3)Diversidad que se traduce en la búsqueda de múltiples escenarios y de un espectáculo continúo en el que se mueva como espectador y actor, en una alternancia participativa. La ocupación activa, en el sentido de plantearse actividades múltiples y diversas, conduce al encuentro de fórmulas espaciales que dan respuesta a un hábitat incluyente.

Como puede deducirse, los principios enunciados abarcan todos los espacios públicos y privados que utiliza el adulto mayor, y que garantizan la satisfacción de las necesidades elementales de habitación, salud, alimentación e integración social y productiva.

En cuanto a la arquitectura para la tercera edad debe pensarse dentro de un sistema evolutivo, desde la prolongación de la vida en la casa propia, pasando por lo que llamamos vivienda protegidas o tutelares, hasta la institución geriátrica de larga estadía.

El ámbito edilicio presenta a veces "barreras" por la escasa adaptación en la construcción y en el uso correcto de materiales desde el ángulo de una buena interacción percibida por el anciano. Estas barreras no son precisamente vallas estables, sino escollos que van perfilándose a medida que la persona envejece. Pueden ser de distinta naturaleza: arquitectónicas, urbanísticas, del transporte y de la comunicación.

Hay que pensar que el problema no es que las personas difieran de los estándares, sino que los entornos no suelen tener en cuenta la diversidad humana. Esta reflexión es la base de un nuevo concepto de diseño inclusivo que permite desarrollar herramientas y estrategias útiles para reducir las desigualdades e influir sobre el medio.

Las **barreras arquitectónicas** son los impedimentos y las dificultades que presenta el entrono construido, que pueden afectar a todas las personas, pero en especial a aquéllas con movilidad o comunicación limitada. Atentan contra su seguridad, su desplazamiento, su recreación, y en definitiva contra su bienestar. Para eliminar o corregir las barreras y minimizar los riesgos, deben respetarse algunos principios. Entre ellos:

- Pisos antideslizantes, sin desniveles. Alfombras con pelo que no obstaculice la superficie. No deben dejarse alfombras sueltas.
- Escaleras de tramos rectos, no compensadas. Alzadas materializadas de entre 15 y 18 cm. Pedanas de entre 26 y 30 cm. Descansos amplios con intervalos breves entre alzadas. Pasamanos continuos a ambos lados. Escalones antideslizantes.
- Aberturas con formas, dimensiones y herrajes accionables con facilidad.
- Baños con puertas corredizas o abertura hacia fuera. Barrales de sujeción. Espacio suficiente para desplazamiento asistido. Artefactos accesibles. Lavatorios sin pedestal. Cañerías de agua caliente protegidas. Espejos inclinados hacia abajo.
- Alacenas bajas en las cocinas. Espacio libre bajo mesadas con bachas en baños y cocinas. Griferías con diseño en cruceta o monocomando.
- Iluminación no deslumbrante. Luces vigías de baja intensidad en paredes de pasillos y dormitorios.
- Ventilación correcta. Extractores en baños y cocinas.
- Instalación eléctrica segura. Disyuntores o dispositivos de corte. Cables protegidos y sin extremos sueltos. Llaves de luz visibles e iluminadas
- Mobiliario de diseño ergonómico
- Colores suaves y contrastantes entre distintos planos, superficies y aberturas.

Las **barreras urbanísticas** son los impedimentos y dificultades que se hallan en el espacio urbano y en su mobiliario y que pueden obstaculizar su aprovechamiento pleno. Comprenden el ámbito público y privado, los sitios históricos y turísticos, los espacios libres parquizados o no. La supresión de estas barreras supone la inclusión de elementos como los siguientes en el espacio urbano:

- Solados de advertencia y solados-guía (texturas que indican la proximidad de riesgos o la indicación de una senda a personas con visión reducida o nula)
- Vados en todas las esquinas
- Veredas sin desniveles y correctamente conservadas
- Sendas peatonales bien demarcadas en los cruces

- Volúmenes libres de riesgo: espacio de circulación sin obstáculos, respetando las alturas mínimas y las referencias permitidas en las áreas edificadas y en parques y plazas (marquesinas, toldos bajos, persianas, maceteros, equipos de climatización, mostradores, ramas, raíces, etc).
- Mobiliario urbano: papeleros, bebederos, baños públicos, paradas de transporte cubiertas, asientos bien conservados en paradas de transporte, parques, paseos y plazas, semáforos, locales de información turística.

Las **barreras en el transporte** son los impedimentos que presentan para todas las personas los diferentes medios de transporte público o privado, terrestre, subterráneo, aéreo, fluvial o marítimo, de corta, media o larga distancia. Entre este tipo de barreras también se incluye la falta de estacionamiento accesible con su debida señalización. La accesibilidad del transporte colectivo requiere asegurar la cadena de la movilidad trabajando en cuatro áreas: infraestructura, material móvil, vínculo entre vehículo e instalación fija y prestación del servicio.

Como ejemplo de línea subterránea amigable, la N° 12 (línea Oedo) comenzó a funcionar en Tokio, Japón, en diciembre del 2000, 10 años después de iniciarse su construcción. Observemos las medidas llevadas a la práctica como parte de los desafíos asumidos por Japón tras la aprobación, en noviembre del 2000 de la "Ley para Promover la Facilidad del Acceso al Transporte Público para Ancianos y Personas con Discapacidad.":

- Cada estación tiene sus ascensores y escaleras automáticas, y además barandas dobles, mapas guía con sistemas de respuesta por audio y títulos en Braille, con servicios sanitarios accesibles para usuarios de sillas de ruedas.
- Muchas estaciones tienen puertas de entrada automáticas más amplias para facilidad de las personas que usan sillas de ruedas.
- En todas las estaciones puede hallarse el mapa guía auditivo en el mismo lugar. En él se informa la ubicación de las salidas y las instalaciones de la estación, como servicios sanitarios, puntos de conexión con autobuses y demás detalles[104].

Barreras en la comunicación son impedimentos en interferencias en códigos y en formas de emisión, transmisión y recepción de mensajes, que se presentan en los sistemas de comunicación. Para salvar esos obstáculos es necesario contar con elementos como los siguientes:

- Indicaciones acústicas, visuales y en Braille en semáforos, ascensores, letreros informativos en estaciones de transporte y en las paradas. Señales acústicas en los semáforos que indiquen los cambios de luz.
- Planos hápticos[105] y sistemas de lectura Braille en edificios públicos, museos, salones de exposiciones, etc.
- Señalización con tipografía legible y con contraste entre figura y fondo.

[104] Sociedad Japonesa para la rehabilitación de las personas con discapacidad, "Abriendo nuevas avenidas hacia un Japón libre de barreras", en *Disability World* (*www.disabilityworld.org*), N° 11, nov-dic 2001.
[105] Con cualidad perceptible al tacto.

No se trata de desarrollar una arquitectura ortopédica. La accesibilidad es sólo una parte del núcleo del tema pero no el todo. Según el Arq. Eduardo Frank[106] se trata de una concepción filosófica, ética e interdisciplinaria de la arquitectura y del rol profesional. Los países desarrollados muestran que el problema va mucho más allá de consideraciones técnicas y académicas, y que el Estado cumple un rol decisivo en el avance hacia un modelo de inclusión.

3.2.6.1 Modelos de habitabilidad para adultos mayores

- **Viviendas Tuteladas:** El modelo de vivienda tutelada se basa en que los mayores autogestionan su vida al interior de ella y reciben apoyo sociocomunitario que promueve su socialización e integración. Se focaliza en general en personas mayores autoválidas que requieran solución habitacional, para vivir solas o en pareja afectiva – excepcionalmente, parejas de amigos de 60 años o más- dispuestas a participar en un modelo de apoyo sociocomunitario. La vivienda de este tipo tiene características colectivas pero no institucionales. En el caso de la vivienda "tutelada" el apoyo proviene de un grupo humano.

Puede ofrecer la posibilidad de servicios optativos, en un entorno con caracteres arquitectónicos que enfaticen la esencia residencial y optimicen la independencia de los residentes que pueden realizar por sí mismos las AVD (actividades de la vida diaria)

- **Viviendas Tutelares:** Como alternativa a una internación prematura surgen las viviendas tutelares. Se diferencian del tipo anterior en que en este caso es el entorno espacial y no el humano el que protege al anciano. Son grupos de viviendas diseñadas como para recibir todo el equipamiento asistencial necesario, de forma tal que, el habitante sienta que cuando cierra la puerta está habitando su propia casa. Estas viviendas tutelares están soportadas por un grupo de servicios compuestos básicamente por cuatro áreas:

  1) Área de mantenimiento y seguridad
  2) Área de abastecimiento
  3) Área de servicios paramédicos
  4) Espacios comunitarios para producir, mejorar y estimular la socialización. Este sistema de servicios también podría abastecer la atención domiciliaria del barrio, aprovechando económicamente estos recursos.

Estas viviendas protegidas se han impuesto en otros países (Holanda, Dinamarca, Alemania, Canadá, Israel, etc.) como variables menos rígidas, de probado rendimiento y eficacia para el desarrollo de políticas de Estado en relación con la tercera edad como variables alternativas al modelo institucional geriátrico.

[106] Frank, E., "Vejez, arquitectura y sociedad", en *www.accesible.com.ar*, Buenos Aires, diciembre de 2004.

Según el grupo EA/3E[107] (Estudio de Arquitectura para la Tercera Edad), un 85% de las personas que sobrepasan la edad de 65 años son autoválidas, pudiendo prescindir de ayudas de terceros para su desarrollo diario, y no es recomendable su institucionalización, excepto cuando su autonomía se ve afectada. El panorama es sumamente rico en oportunidades para mejorar sus condiciones de vida, y en diversidad de viviendas amigables con diseños que permiten envejecer dentro de espacios que minimizan las barreras arquitectónicas.

Este grupo sostiene que *es muy económico diseñar y construir nuevas tipologías tutelares eficientes para cobijar ancianos; tal el caso de unidades de vivienda provistas con todos los servicios, autárquicas, de 1, 2 o más ambientes, con espacios de uso común que presten servicios a la comunidad, y en barrios consolidados donde vive gente de diversas edades y profesiones, para evitar la conformación de* guetos *de ancianos.*

La luz natural, los contrastes de colores y texturas que permitan diferenciar los límites de cada objeto, dimensiones, alturas, iluminación algo más intensa, ventilación, se calibra y optimiza para que el espacio se ponga al servicio del habitante de la tercera edad, promoviendo su independencia, desarrollo y bienestar.

Viviendas sociales (según normas para el condado de Kent, UK) *A continuación se enumeran los criterios de construcción orientados a conseguir "Casas para toda la vida". Aragall i Clavé [108] considera que una de las medidas más eficaces a promover para una buena gestión pública de la habitabilidad, es implementar un grupo de standards mínimos que garanticen el acceso, uso y fácil adaptación de una vivienda, cualesquiera que sean las capacidades de sus ocupantes. Como ejemplo de ello proporciona los que guiaron el proyecto de referencia:*

Accesos

- Si el estacionamiento para automóviles es adyacente a la casa, deberá ser susceptible de modificación para obtener una ampliación de 3,30 metros de ancho.
- La distancia entre el estacionamiento y la casa debe ser mínima y el recorrido debe ser llano o muy ligeramente inclinado.
- El acceso a todas las entradas deberá estar a nivel o ligeramente inclinado.
- Todas las entradas deberán estar iluminadas y la entrada principal deberá estar cubierta.
- Si se ingresa mediante ascensor, éste contará con acceso para silla de ruedas.

[107] *Centro EA/3E - Estudio de Arquitectura para la Tercera Edad: Frank, Eduardo Daniel y Sharovsky, Norma Haydee*, Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo, UBA, en "Viviendas inclusivas", en *www.todoarquitectura.com*, N° 37, Diciembre de 2006.

[108] Aragall i Clavé, Francesc, *Diseño para todos. Un conjunto de instrumentos.* Documentación técnica de la Coordinadora de Diseño para todas las personas, Barcelona, 2003.

Interior de la casa

- El ancho de las puertas y del vestíbulo, deberá seguir los estándares marcados por el Access Committee for England (Comité de Accesibilidad para Inglaterra).
- Deberá existir espacio de giro para las sillas de ruedas en la cocina, comedor y salas de estar, así como adecuación de todo el espacio para usuarios de estos medios de desplazamiento.
- La sala de estar o la sala principal, estará situada al mismo nivel que la entrada.
- En las casas de dos o más plantas, deberá haber suficiente espacio para poder habilitar una cama en la planta baja.
- La planta baja contará con un lavatorio accesible para silla de ruedas, con desagüe para la eventual instalación posterior de una ducha.
- Las paredes de lavatorios y baños serán apropiadas para la instalación de barras de apoyo.
- El diseño deberá prever la instalación de una plataforma elevadora con un espacio debidamente identificado para la eventual instalación futura de un ascensor.
- El techo del baño y dormitorio, tendrá resistencia suficiente para soportar una grúa suspendida para traslados en caso de requerirse este equipo en el futuro.
- Entre la pared del baño y el dormitorio se debe prever la instalación de una puerta desde el piso hasta el techo que permita conectar dos estancias mediante una grúa.
- La distribución del lavabo deberá ser diseñada para ser accesible y además para posibilitar la accesibilidad al inodoro.

Accesorios fijos y transportables de la casa

- Los cristales de la ventana de la sala de estar deberán estar a una altura máxima de 80 cm. Las ventanas deberán ser de fácil apertura.
- Los interruptores, enchufes y todo tipo de comandos de control deberán estar situados a una altura accesible a todas las personas (por ejemplo, entre 60 cm y 120 cm desde el suelo).

- **Previsión del avance tecnológico en las construcciones:** Cuando se piensa en que una vivienda construida hoy, debe ser apta para su uso durante toda la vida de modo ininterrumpido, surge la necesidad de asegurar algo más que accesibilidad y elementos facilitadores para las personas ancianas o de capacidad limitada. Hay que agregarle la flexibilidad necesaria para adoptar progresivamente las tecnologías emergentes. Y también contar con un diseño de anticipación en materia de energías alternativas, sistemas de iluminación, avance en las nuevas propuestas de electrodomésticos, sistemas de comunicación y todo tipo de dispositivos informáticos.

- **Viviendas domóticas.** La expresión primitiva de origen inglés: "viviendas inteligentes" (*smart houses)* se creó a comienzos de la década de los 80. A partir de 1986 se comenzó a difundirse el término "domótica" que puede definirse como el conjunto de técnicas y de estudios tendientes a integrar el hábitat con todos los automatismos en materia de seguridad, energía, comunicaciones y bienestar. Una vivienda domótica a su vez se define como aquélla en la que existen agrupaciones automatizadas de equipos normalmente asociados por funciones, que disponen de la capacidad de comunicarse interactivamente entre sí y de una banda ancha doméstica multimedia que las integra.

La domótica ofrece infinidad de posibilidades para adultos mayores: detección de intrusos y de rotura de vidrios, detección de vientos con cierre de persianas y toldos, automatización de bombas de riego y de piletas de natación. Permite mediante control remoto, reducir la necesidad de movimiento o de esfuerzo físico.

Ya sea desde el interior o desde el exterior posibilita accionar artefactos como cocinas, hornos, equipos de climatización, portones, dispositivos de iluminación, sensores, alarmas, y otros elementos con optimización de tiempo y aportando seguridad. Ofrece también la ventaja de acceder a servicios externos como telecompra, teleasistencia o telemedicina. Veamos las características de estas aplicaciones:

La **teleasistencia** puede manejarse desde un dispositivo electrónico que conecta al adulto mayor que vive sólo, con una central atendida por personal técnico especializado, que puede prestarle cualquier tipo de ayuda en cualquier momento a través de la vía telefónica con un sistema de manos libres. Es un servicio dirigido a quienes presentan un elevado grado de dependencia o alto riesgo sanitario, no exclusivo para quienes viven solos. Conjugado con los servicios sociales y con la atención domiciliaria, hace más eficientes sus prestaciones y posibilita la evolución del envejecimiento en el hogar.

La **telemedicina** complementa la teleasistencia mediante la utilización de telecomunicaciones para diagnóstico médico y cuidado de pacientes. Por ejemplo:

- En casos leves es posible para el médico, con un simple sistema de video-conferencia y un kit domestico de medicina remota digital, diagnosticar al paciente y eludir un traslado al hospital, complejo para muchos ancianos y a veces prescindible.
- Para controles diarios de gente mayor (tensión o nivel de azúcar), la medición puede ser realizado por el paciente en su casa. Los equipos transmiten los datos al centro de salud u hospital que confirma la recepción y se pone en contacto con el paciente si hace falta.
- Algunas personas que padecen enfermedad de Alzheimer u otras enfermedades de demencia, necesitan algún tipo de control varias veces al día. Por ejemplo para comprobar si han realizado tareas básicas como levantarse por la mañana, tomar medicamentos, vestirse, salir, acostarse por la noche. Parte de las visitas rutinarias de control del personal que los

realizan pueden ser sustituidas con sensores, por ejemplo de presencia en el baño, movimiento en la caja de medicinas, en la cama que avisa que la persona esta acostada por la noche o que se ha levantado por la mañana.
- Gran parte de los individuos de edad avanzada o con discapacidades puede vivir una vida independiente en su propia casa. Pero muchas veces necesita algún tipo de simple apoyo, control o ayuda para la realización de ciertas tareas como vestirse correctamente por la mañana o preparar la comida. Sin embargo las visitas continuas dos o tres veces al día de personal de asistencia viola la intimidad y el espacio de la gente mayor o con discapacidades. Muchas de estas visitas pueden ser sustituidas por visitas digitales de video comunicación con buen resultado.
- Una parte importante de la salud es la medicina preventiva. Muchas de estas consultas pueden ser realizadas con acceso directo a la información o consultas de videoconferencia o "chat", a través de sistemas digitales desde el hogar.

En Argentina, el Primer Congreso Argentino de Domótica, realizado en octubre de 2007 reveló que más allá del campo gerontológico, la domótica es una solución para todos los grupos etáreos, ya que puede brindar seguridad, confort y ahorro de energía.

3.2.6.2 Hogares de Día

Son espacios de funcionamiento diurno que dan servicios socio-sanitarios y de apoyo familiar en aspectos. Pueden ser públicos o privados. Su efectividad se maximiza cuando están en las proximidades del área de pertenencia barrial de sus usuarios.

Representan una solución para los adultos mayores que viven en sus casas o en las de sus familiares, y que por distintos motivos no pueden o no desean permanecer en sus domicilios durante todo el día.

Este tipo de institución ayuda a resolver situaciones en que la contención socio-familiar es escasa o se encuentra en crisis. Neutralizan en estos casos la falta de estímulo y de autonomía, junto con el sedentarismo, que aceleran el proceso de envejecimiento. Asimismo complementa los cuidados domiciliarios y alivia el trabajo de los cuidadores habituales.

De esta forma se favorece la postergación de la institucionalización o del ingreso a viviendas especiales.

Existen distintos tipos de Hogares de Día. Los básicos son:

- Para autoválidos o semidependientes
- Para personas con trastornos cognitivos que pueden tener dificultades de integración social, y que no requieren internación en servicios de salud mental.

Un Hogar de Día se define por su programa, y éste por los tipos de usuario, es por ello que hay distintos modelos de Hogares de Día. Sin embargo los programas tienen algunos aspectos en común:

- Prevención y promoción de la salud psico-física
- Preservación de las capacidades existentes
- Estímulo de la rehabilitación psico-física
- Socialización e integración con el grupo familiar

3.2.6.3 Establecimientos de Larga Estadía

3.2.6.3.1 Residencias de larga estadía

Son instituciones no sanatoriales destinadas al alojamiento temporario o permanente, alimentación, cuidado y servicios, recreación y rehabilitación psico-física de adultos mayores (no exclusivamente, pero sí mayoritariamente). Las personas institucionalizadas pueden o no, tener algún grado de dependencia. Los equipos de atención son multidisciplinarios y la atención médica es periódica.

La residencia de larga estadía para adultos mayores tiene como finalidad brindar un ámbito integral adaptable a los requerimientos del individuo en las diversas etapas evolutivas del proceso de envejecimiento. Éstos presentan una diversidad de variables, por lo tanto el aspecto más valorado para el logro eficiente de los objetivos, reside en una gran flexibilidad y múltiples habilidades en la tarea de lograr bienestar para los internados. Esta el la premisa primordial a considerar al definir los servicios de un establecimiento de este tipo.

La institucionalización es uno de los hechos de mayor trascendencia en la vida de un anciano. Y aquí es oportuno remontarnos a uno de los principios enunciados al tratar los postulados de la ***bioética:*** el principio de protección. Y a dos de los aspectos relativos a la responsabilidad, aplicables a este caso:

- Una vez asumida libremente la responsabilidad se convierte en un compromiso irrenunciable;
- La cobertura de las necesidades deben ser entendidas desde el afectado.

La institucionalización es necesaria cuando el anciano no puede desarrollar con autonomía e independencia las Actividades de la Vida Diaria y son ineficaces las redes de apoyo familiar, como así también las viviendas resulten razonablemente inadaptables para eliminar los riesgos que ofrecen las barreras arquitectónicas.

La idea subyacente a la existencia de las residencias de larga estadía, se expresa con la institución consustanciada con la rehabilitación psico-física, y no con la empobrecida imagen de un "depósito de ancianos".

Para clasificar las residencias de larga estadía es útil lo indicado en la ley N° 1003/2003 del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que enuncia la siguiente taxonomía:

- Residencias para Adultos Mayores autoválidos
- Residencias para Adultos Mayores dependientes y semidependientes
- Residencias para Adultos Mayores con trastornos cognitivos y que no requieren internación en un servicio de salud mental

Dentro de estas categorías, la tarea del equipo multidisciplinario estará guiada por la responsabilidad antes definida, y el apoyo para sostener en lo posible la autonomía y la independencia de los residentes. La verdadera gestión institucional consiste en lograr eficacia y flexibilidad en la atención y una mejora continua en la calidad de los servicios.

Como caso emblemático de residencia para autoválidos, en octubre de 2006, el entonces vicario episcopal de Belgrano, monseñor Horacio Benites Astoul, bendijo en el barrio de Belgrano, el edificio donde funciona una Residencia para personas mayores autoválidas, (no es un geriátrico), en la que los residentes disponen de un departamento para uso exclusivo y comparten amplios espacios comunes.

Se trata de una residencia para mayores de 55 años, que consta de 30 unidades de vivienda monoambiental, de amplio espacio, con 725 m2 de espacios comunes, una amplia sala de estar, un salón comedor, una Capilla donde se celebra diariamente la Santa Misa. Se brindan servicios opcionales (comedor, lavadero, etc). El autor de la iniciativa es el presbítero Néstor Menéndez, párroco emérito de Nuestra Señora de Fátima. "Es una experiencia interesante -explica el padre Menéndez-, donde el acompañamiento mutuo va generando una gran amistad según testimonian sus mismos residentes. Servicios opcionales permiten cubrir las necesidades vitales de toda persona: entre otras la alimentación e higiene".

La residencia está en funcionamiento desde principios de 2006. Entre los residentes figura un grupo de 4 personas octogenarias, 7 de menos de 70 años, un matrimonio y el resto alcanza los 70, totalizando 30 habitantes. La "Residencia Santa María" (RESAMA) constituye un ejemplo de éxito en materia de proyectos para autoválidos. Dado el éxito del mismo, el padre Menéndez manifestó su deseo de que este emprendimiento sea imitado por otros, para ampliar así las soluciones a los problemas de las personas adultas mayores que desean conservar su independencia personal con asistencia a sus necesidades mínimas indispensables[109].

[109] "Una buena noticia para los adultos mayores", *Agencia Informativa Católica Argentina (AICA)*, en www.aica.org, Buenos Aires, 12 de octubre de 2006.

3.2.6.3.2 Vivencias en diferentes ámbitos

En el área privada los objetivos de los establecimientos tienden a centrarse en factores de rentabilidad, circunstancia no discutible siempre que haya un sustento de responsabilidad empresaria que atienda a los fines últimos de la entidad.

Cuando no es así, el caso se agrava, entre otras causas, por la falta de mecanismos apropiados de control y legislación que proteja los derechos de los usuarios. Por otra parte estos establecimientos no tienden a crear un ambiente de consideración a las diferencias individuales.

En el área de los establecimientos públicos es importante citar una experiencia realizada en el Hogar Municipal de Ancianos de Mar del Plata[110]. La iniciativa se originó en la al comprobarse la ocurrencia simultánea de las siguientes circunstancias:

- una creciente demanda de internación en el establecimiento
- un perfil sanitario de la población de residentes caracterizado por el incremento de las patologías invalidantes
- la reducción presupuestaria que redundaba en recursos esenciales para la atención.

Dicho marco motivó un estudio psicosocial dirigido a extrapolar conocimientos aplicables a una mejora de la calidad de vida de los residentes, ya que en el área municipal no hay establecimientos alternativos de larga estadía.

En el estudio se observó que los ancianos institucionalizados presentaban una deficiencia de las redes sociales de apoyo y un debilitamiento de los recursos personales, ocupando los cuidadores formales un lugar significativo debido a esta ausencia. El personal de atención directa (cuidadores) se caracterizó por su bajo nivel de instrucción en relación a la complejidad de la tarea. En su mayoría alcanzaban el primario completo. Sólo dos de ellos poseían título universitario de enfermería, y en todos se denotaba una insuficiente ó ausente formación en gerontología y geriatría.

En relación a la población asistida, los datos correspondientes al mes de marzo de 2004 arrojaron un total de 64 mujeres y 70 hombres, en su mayoría dependientes a nivel físico y/o cognitivo. El 60% de la población de residentes había ingresado a la institución en los últimos cinco años. Más del 56% de las mujeres superaba los 76 años, y a diferencia de los hombres, un 10% de esta población superaba los 91años. Entre los varones un 41% de población se concentraba entre los 76 y los 85 años; sólo el 12,8% superaba los 86 años y ninguno de ellos excedía los 91 años.

[110] Buzeki, M., "Prácticas de cuidado y calidad de vida. Estudio de las perspectivas de ancianos y cuidadores en el Hogar Municipal de Ancianos de Mar del Plata", *Anuario de Investigación* UNMdP, 2004.

La comparación de los datos relativos a cantidad de residentes y cantidad de personal permite inferir la escasez de recursos humanos asignados a la atención directa de los ancianos. En relación al servicio ofrecido por los cuidadores formales, la deficiencia de formación y de conocimientos, induce a acentuar la dependencia, despersonaliza la atención y desalienta la participación.

La imagen presentada es concordante con las expresiones de la Sociedad de Ética en Medicina de México[111], según las cuales, uno de los problemas éticos más frecuentes relacionados con la institucionalización se concentra en la calidad asistencial de las instituciones (el otro aspecto a profundizar es la decisión de institucionalizar, que no analizaremos en este punto). En tal sentido los representantes de dicha entidad refieren: "Aun las instituciones más modernas, con buen equipamiento e idóneo personal, tienen algo de deshumanizantes, ya que la institucionalización se basa en la suposición de que las personas no son capaces de llevar una vida independiente como integrantes de la comunidad, y de esa manera los residentes son animados a volverse pasivos y dependientes. El desafío para el cambio en relación a las residencias de larga estadía recae sobre todo en los directivos que deben ser responsables de todo lo que sucede en la institución como en el personal profesional y no profesional (sobre todo en las asistentes geriátricas) que requieren una formación permanente y sistematizada en los aspectos básicos de la atención de residentes. Podríamos decir que una institución es apropiada si desde los directivos hasta los asistentes geriátricos pasando por los distintos profesionales se encuentran calificados para la tarea"

Para ello es indispensable:

- Atención médica especializada y alimentación supervisada
- Formación de los profesionales en el abordaje de las situaciones clínicas previsibles
- Promoción de la participación del paciente y familia en el plan de cuidados, tratamientos y en las decisiones de hospitalización.
- Criterios para la el monitoreo de las medidas de restricción físicas y farmacológicas empleadas.
- Respeto a la dignidad y privacidad de los residentes;
- Promoción de la autonomía del paciente en las actividades de la vida diaria, vigilancia y flexibilización de las normas restrictivas en exceso (dietas, horarios);
- Promover la participación de los residentes en actividades programadas
- Ejecutar programas laborales específicos destinados a conceder a los ancianos la posibilidad de realizar una actividad productiva adecuada a sus capacidades y vocaciones.

[111] Alfano, A.; Andrés, H.; Rodríguez Elénico, L. y Vitelli, M., "Desafíos Éticos en la Práctica de Atención de Adultos Mayores", trabajo presentado en el *IV Congreso Panamericano de Gerontología y Geriatría*, Puebla, mayo de 2007.

No debe olvidarse que al producirse el cambio de domicilio (en este caso por el ingreso a una residencia), se genera una situación que tiene una influencia etiopatogénica en la producción de gran parte de las enfermedades de la vejez. [112]

Desde este ángulo es importante la supervisión especializada de la evolución del anciano, ya que implementar la institucionalización comporta una modificación en los mecanismos de defensa. Acontecimientos que tienen que ver con el alimento, el movimiento y la manera de manejar el sentimiento y el pensamiento ocasionan que el potencial biológico se quiebre antes de tiempo, haciendo declinar prematuramente la vitalidad, prolongando la discapacidad y anticipando la muerte. Esto es exactamente lo que sucede con muchas personas que actualmente habitan los centros de atención gerontológica[113].

La salud y el ritmo en que se desarrolla el envejecimiento de una persona están determinados, entre otros factores, por su interacción con el entorno. Se podría agregar además que esto depende de una interacción entre el entorno interno y el externo, siendo el interno no sólo su biología sino también su bagaje de emociones, memoria, sentimientos y creencias, y el externo todo tipo de estímulos del mundo que lo rodea[114].

En todas las instituciones de larga estadía debería existir un control permanente del Estado en relación al funcionamiento y a la calidad de las prestaciones brindadas.

Los consejos que brinda y recomienda verificar a los futuros residentes o a sus familias la Asociación Española de Ayuda al Anciano sobre Residencias son:

1. Licencia o autorización de funcionamiento para válidos y/o dependientes
2. Normas internas (derechos y deberes del residente y de la residencia)
3. Existencia de libro de quejas o reclamos.
4. Terapia Ocupacional efectiva y demostrable (lista de tareas, horarios y responsable).
5. Existencia de actividades de gimnasia para todos y rehabilitación con fisioterapeuta.
6. Plan Semanal de Comidas: variado, completo, adaptado y firmado por un nutricionista.
7. Horario de Visitas mínimo de 6 horas, salvo en las horas de comidas o descanso.
8. Contrato de ingreso (en entidades públicas y privadas) con tarifas especificadas, copagos, o gratuidad en su caso.
9. Servicios incluidos y excluidos del precio. Grado de subvención de elementos ortopédicos, pañales y medicamentos.
10. Constancia de recepción y custodia de todo el historial médico y análisis.

[112] Tobaruela González, J.L., "El envejecimiento desde la perspectiva biológica", en Agüera Ortiz, L; Cervilla Ballesteros, J; Martín Carrasco, M., *Psiquiatría Geriátrica*, Ed. Elservier Masson, Barcelona, 2006.
[113] Hitzig, J. F., *Cincuenta y tantos...*, *Op.cit.*
[114] Hitzig, J. F., *Op.cit.*

Las consideraciones de Félix Nallim, presidente de la Asociación Gerontológica Argentina sobre lo que hay que saber a la hora de elegir un hogar, una vez tomada la decisión de internar a un familiar en un geriátrico se centran en la evaluación del lugar, el personal y las actividades propuestas para poder elegir la opción que mejor se ajuste a la familia y al propio anciano. Aconseja en primer lugar, averiguar si la institución está autorizada para funcionár. Estos datos se pueden obtener en el Departamento de Recursos Físicos del Ministerio de Salud.

En segunda instancia, insta a averiguar quién es el médico responsable de la institución. A veces no es posible la presencia permanente de un médico, pero sí hay que asegurarse de la visita diaria del profesional al hogar. Indagar, además, si es factible que ingrese su médico de confianza ante cualquier eventualidad.

Otro de los consejos es conocer el hogar por dentro, verificar el grado de higiene. También es vital observar el trato que brindan los cuidadores a los internados. Si el tono es aniñado, no sólo es irrespetuoso sino también perjudicial. "Quien ha tenido una carrera y ha sido referido como doctor, ingeniero o profesor, y de pronto es llamado *abuelo, papi, o pibe*, puede vivirlo como una agresión, o desvalorización"

Las condiciones edilicias deben cumplir con las exigencias de la normativa legal aplicable a cada jurisdicción. Sin embargo hay otras cuestiones sugeridas para asegurar el bienestar del internado. Por ejemplo la climatización del lugar. Una manera de darse cuenta de si es la adecuada consiste en observar si el personal que está circulando por el lugar viste mangas cortas. También es importante detectar si existen espacios privados para que el anciano pueda estar solo si lo desea. Es fundamental no temer en preguntar y controlar porque de la calidad del servicio que se contrate dependerá el bienestar del internado.

3.2.6.3.3 La situación en la provincia de Mendoza (Argentina)[115]

Según estimaciones que maneja la Dirección de Adultos Mayores, dependiente de la Dirección de Niñez, Adolescencia, Ancianidad, Discapacidad y Familia (Dinaadyf), en Mendoza la cantidad de geriátricos ilegales triplica el número de centros legalmente establecidos. Una cifra similar maneja la Asociación Gerontológica Argentina. Actualmente la responsable para la habilitación de estos hogares y la que tiene el poder de policía sobre ellos es la Dirección de Recursos Físicos del Ministerio de Salud. En sus registros figura que existen en toda la provincia 317 establecimientos privados que en alguna oportunidad iniciaron el expediente para comenzar a funcionar.

El solo hecho de iniciar el trámite ya otorga una habilitación provisoria y posteriormente dos de los seis inspectores con que cuenta la repartición corroboran que se cumpla con las exigencias mínimas establecidas en la ley y

[115] Ver *Geronto–geriatria on line* (*www.gerontogeriatria.org.ar*), Órgano Oficial de la Federación Argentina de Geriatría y Gerontología y de la Asociación Gerontológica Argentina, 18 de agosto de 2008.

resto de las disposiciones que regulan la instalación y funcionamiento de estos centros.

El mecanismo tiene al menos un problema: no se sabe a ciencia cierta cuántos de esos 317 hogares están funcionando verdaderamente, porque ese número responde a los que alguna vez iniciaron el trámite. El director de Recursos Físicos, Ricardo Flores, señala que para empezar a ordenar un poco las cosas, desde esa repartición han trazado un plan con los municipios para rastrillar en conjunto los departamentos y así detectar y sancionar a los geriátricos clandestinos. **Juan Carlos Scipioni,** director de Adultos Mayores, aclara que "es muy aventurado dar cifras pero si tengo que arriesgar un número creo que los no habilitados triplican el número de habilitados".

Una cifra similar maneja **Félix Nallim, presidente de la Asociación Gerontológica Argentina:** "Yo diría que el 80% de las instituciones que funcionan actualmente son clandestinas. Hay muchísimas casas de familia que a lo mejor tienen dos o tres habitaciones y albergan ancianos. Y si en alguna oportunidad los detectan (los inspectores), automáticamente se mudan a otro lugar, tal que cuando nuevamente se inspecciona el lugar, el mismo ya no existe".

En la Dirección de Adultos Mayores estiman que la raíz del problema está en que las normas de habilitación "fueron hechas bajo la concepción de que todos los viejos son pacientes geriátricos (aquellos que no pueden cumplir con las actividades habituales e instrumentales de la vida diaria como comer, vestirse, ir al baño, pagar cuentas o hacer las compras). Por eso requieren de un equipamiento y una estructura operativa de alto costo. Quienes pueden asumir ese costo son aquellos que tienen recursos. Pero si el anciano vive en una casa pobre, va a parar al geriátrico ilegal, que no tiene esa estructura socio sanitaria", reflexiona Scipioni.

Para Nallim, el riesgo de esta situación es que "se trabaja con personas de alto grado de vulnerabilidad. En estos lugares clandestinos, cuando el cuidador a cargo advierte un riesgo ya es tarde. Suelen tener un médico que acude cuando se lo llama. Pero en el trabajo con personas con alto grado de vulnerabilidad, la rapidez tiene mucha importancia".

Para intentar regularizar estas situaciones, la Dirección de Adultos Mayores elabora con la Legislatura un proyecto para crear otro tipo de instituciones en las cuales se albergue a ancianos que no necesiten gran infraestructura médica, haciendo más hincapié en la contención psicológica y social de los adultos mayores.

El Estado provincial tiene bajo su órbita al menos 30 residencias y hogares para albergar adultos mayores de 65 años, edad que al menos administrativamente está señalada como la llegada de la tercera edad. Uno de los más populares es "Santa Marta", el hogar más grande de todos los estatales, ya que reúne el 30 % de las camas que posee el Estado para albergar ancianos. En él, además del servicio médico se brindan servicios de odontología, kinesiología, terapia ocupacional y nutricional.

El resto de los macrohogares se ubican en el interior de la provincia, en tanto que la mayoría de los microhogares están ubicados en el Gran Mendoza.

Dependiendo de la Dirección de Adultos Mayores, además existe un programa de residencias protegidas y unas 30 casas en comodato. Por este último programa se le cede una vivienda al anciano para que viva con cuidadores de la Dirección o bajo su supervisión.

Las **obligaciones** de los establecimientos son:

- Prestar sólo atención médica de tipo domiciliaria. Ante una patología de mayor complejidad se debe enviar al residente a un centro asistencial.
- Llevar una historia clínica por cada asilado y realizar controles de salud a los semidependientes cada 15 días y semanales para los dependientes.
- Destinar el edificio para el uso exclusivo del geriátrico.
- Contar con los elementos necesarios de prevención, protección y seguridad del edificio y de los usuarios contra incendios y descargas eléctricas y atmosféricas.
- Disponer de un reglamento interno sobre el funcionamiento, atención y actividades a desarrollar en el que consten los horarios de reposo, comidas, visitas y actividades recreativas.

3.2.6.3.4 El caso de la Florida Agency for Health Care Administration

En lo referente al necesario control del Estado en el funcionamiento de todo tipo de establecimientos para Adultos Mayores, cabe destacar la necesidad de monitoreo permanente , que se puede ejemplificar acabadamente tomando como ejemplo los datos del informe de la Florida Agency for Health Care Administration (AHCA) de octubre de 2007[116]. A continuación ofrecemos una síntesis del mismo:

El informe intenta dilucidar cuán apropiada puede ser una firma de inversiones al establecer un hogar de ancianos. Dada una firma privada hipotética, persiguiendo un objetivo de máximo beneficio, ¿qué tan propensa es a reducir costos que impliquen la afectación significativa de los servicios de cuidado prestados a los residentes?

El informe concluye que este tipo de iniciativas privadas pueden beneficiar a la comunidad en edad avanzada, si y solo si, un Estado (el de Florida en este caso) ejerce un control y monitoreo permanente, a través de auditorías de calidad de servicios y regulaciones muy estrictas que garanticen que los pacientes no se vean perjudicados por *desvíos administrativos.*

[116] "Long Term Care Review: Florida Nursing Homes. Regulation, Quality, Ownership and Reimbursement", *Florida Agency for Health Care Administration (AHCA)*, Florida, octubre de 2007.

Los Hogares de Ancianos (hospicios) se encargan de brindar cuidados permanentes (durante las 24 hs.) por largo plazo a residentes que requieren cuidados y supervisión sub-aguda. Los usuarios son generalmente frágiles; presos de situaciones de vulnerabilidad física y psicológica, altamente dependientes de atención y cuidados externos y, en algunos casos, cercanos al fin de sus vidas. Estos usuarios, habitan un ambiente en el que dependen de otros, con lo cual están expuestos a riesgos de abuso, negligencia y explotación.

Las licencias que el Estado otorga (y a su vez certifica y controla en los EEUU) a las empresas, deben proteger a estas personas vulnerables, permitirles acceder a servicios de cuidado y atenciones que mantengan sus niveles de bienestar de forma transparente.

¿Qué incentivo económico puede tener una empresa privada para entrar en el mercado, si no puede aumentar libremente su ganancia, dadas las inmensas regulaciones estatales? La organización privada puede entrar en un déficit recurrente al tener que sostener el máximo bienestar de sus clientes, descuidando –la mayoría de las veces- el suyo propio.

La respuesta a estos interrogantes se encuentra en la gran proporción que los subsidios estatales poseen en el presupuesto de las empresas dedicadas a este sector. Esto genera una elevada dependencia de fondos públicos y hace necesaria una planificación política estatal que logre el equilibrio a mediano o largo plazo entre un mercado altamente regulado y un mercado lo suficientemente flexible que atraiga inversores.

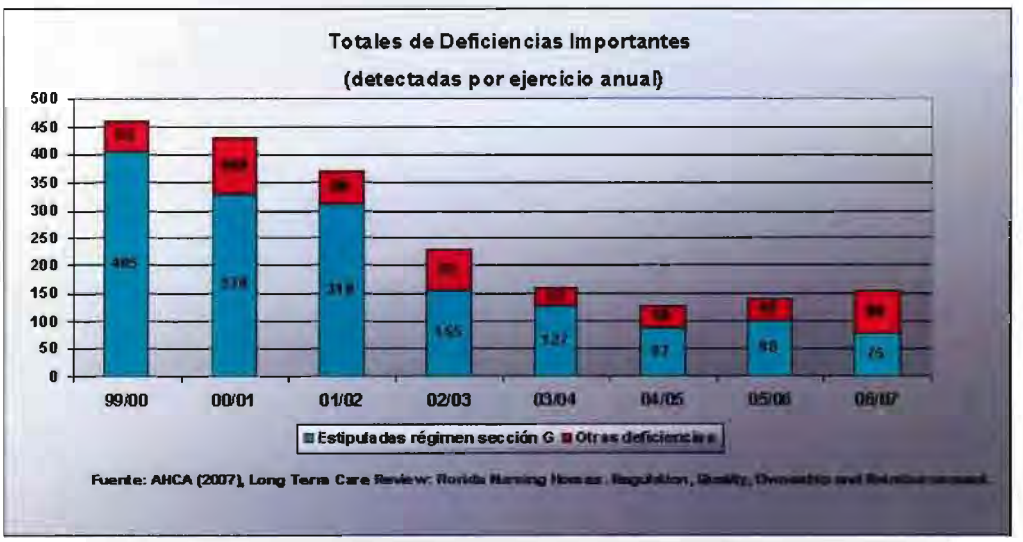


Figura 3.9: Totales de Deficiencias Importantes (detectadas por ejercicio anual)

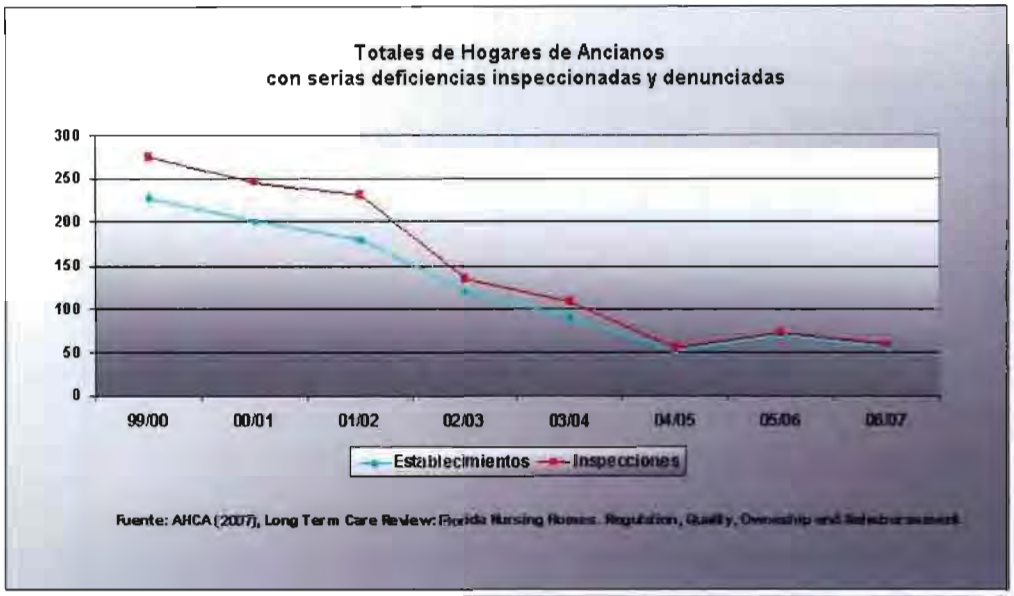


Figura 3.10: Totales de Hogares de Ancianos con serias deficiencias inspeccionadas y denunciadas

3.2.6.3.5 El caso de los adultos mayores dependientes

Para ilustrar convenientemente este punto, citaremos un estudio realizado en la República Argentina sobre las condiciones de vida de las personas dependientes internadas en instituciones de larga estadía[117].

El estudio formó parte de una investigación más amplia a la que nos referiremos al final de la exposición de este trabajo. Para llevarlo a cabo se efectuó en una muestra estadísticamente representativa de los hogares de ancianos situados en la Ciudad de Buenos Aires y en los partidos del primer cordón del Gran Buenos Aires.

La propuesta se dirigió a conocer los marcos de valor, los comportamientos y las actitudes asociados a la internación de personas dependientes a través del análisis de la opinión de los actores clave (responsables de los establecimientos, residentes, y familiares de internados con dificultades cognitivas que no podían responder por sí mismos).

La muestra aleatoria de establecimientos del Área Metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires permite definir el perfil típico de las instituciones: establecimientos de alrededor de treinta y dos camas, distribuidas en cerca de once habitaciones, casi en su totalidad compartidas entre dos y tres personas. La totalidad de las instituciones incluidas en la muestra son privadas, y la mayor parte de los mismos tiene fines de lucro, casi todos poseen habilitación por los

[117] Redondo, N., "Exclusión social de discapacitados físicos y mentales dependientes institucionalizados en América Latina y el Caribe", *Informe Argentino ISALUD-OPS-BID*, Buenos Aires, julio de 2007.

organismos sanitarios competentes, aunque la habilitación por parte de los bomberos es menos frecuente.

La mayoría de los establecimientos está bajo la responsabilidad de su propietario y, en segundo lugar en orden de frecuencia, de personal no médico que cumple la función de director o encargado. Esto conduce a los investigadores a la conclusión de que las decisiones que se toman en la mayor parte de los establecimientos están prioritariamente vinculadas a la rentabilidad.

La totalidad de las residencias cuenta con la asistencia regular y sistemática de un médico, que completa los registros clínicos, examina a los residentes al menos una vez por mes y actualiza la prescripción de medicamentos. El nivel de reglamentación y protocolización es alto, tal como se puede inferir observando la gran cantidad de establecimientos que declara poseer registros de cada uno de los alojados completados por el personal propio, por otros profesionales que asisten al lugar, por la actuación de nutricionistas y de encargados de una diversidad de actividades que realizan los residentes cotidianamente.

En cuanto a los planes de cuidados, se dirigen al ordenamiento intrainstitucional; los residentes o sus familiares no participan con frecuencia en el proceso de su elaboración. La sujeción física y la sedación farmacológica, dos indicadores de funcionamiento interno apegado a los modelos tradicionales de "policiamiento" intrainstitucional, están asociados al tamaño más grande de los establecimientos, es decir, a los que muestran los mejores niveles de protocolización y organización. En la práctica cotidiana la contención se refleja en procedimientos que "adaptan" las conductas individuales a los ámbitos colectivos de residencia, a los horarios establecidos y a las pautas de recreación dirigida.

En el universo referido, el residente "típico" (mediana) tiene 82 años de edad, más del 70% es del sexo femenino y 60% es viudo/a. La casi totalidad (más del 95%), tiene familiares. El 80% de las personas son de raza blanca de origen europeo y la mediana de escolaridad formal se ubica en los siete años de estudio. El 80% provenía de su domicilio en el momento de ingreso, la mayor proporción relativa vivía en hogares unipersonales. La mediana del tiempo de internación en el establecimiento se ubica en dos años, aunque algunos individuos ingresados en los últimos dos años provenía de otros establecimientos, es decir, el tiempo total de permanencia internado supera el lapso de dos años. Algo más de la mitad de los residentes expuso que el motivo de su ingreso fue la necesidad de cuidados. Más del 10% ingresó por razones de pobreza, falta de familia o de vivienda, o abandono, más del 12% fue colocado allí por terceras personas o servicios profesionales. Es decir, alrededor del 23% de los residentes explica que su internación obedeció a lo que se suelen denominar "razones sociales" o "asistenciales".

La información proporcionada permite inferir una fuerte orientación de las obras sociales y del Estado a subsidiar la internación de la pobreza, que en su mayor proporción tiene menos edad, antes que apoyar la institucionalización de la denominada "vejez frágil y dependiente" de sectores sociales "no pobres".

Las personas que sienten que han decidido por sí mismas su ingreso, o que la internación se postergó hasta el momento en que cambiaron su disposición negativa, son las que se muestran más adaptadas a la dinámica de la institución y tienden a valorarla positivamente. El ámbito interno del establecimiento es evaluado en general como "deprimente" debido, fundamentalmente, a la presencia mayoritaria de personas con alto grado de dependencia o severos problemas cognitivos. Desde la perspectiva de los residentes, éste es el motivo por el que los familiares o amigos evitan visitarlos. Según los testimonios, las visitas de la familia se limitan al pago de la cuota mensual y a llevar a su familiar a su casa o de paseo los fines de semana. La salida de fin de semana es el medio privilegiado, y prácticamente único, de integración con la comunidad.

Las personas que carecen familia y tienen dificultades para movilizarse, en la casi totalidad de los casos, permanecen en los establecimientos, dependiendo de los paseos organizados por la institución para salir al exterior.

La insatisfacción vital es una emoción estresante, y puede conducir a la caída inmunitaria y a la vejez prematura[118].

A través de algunos testimonios se revela la falta de privacidad, de independencia y de exteriorización de las características individuales en la vida cotidiana de estos ámbitos colectivos. La casi totalidad de las personas internadas en instituciones de larga estadía del Área Metropolitana de Buenos Aires manifiesta que prevalecen los regímenes de vida masivos, sin que se observe la existencia de una adecuación a las necesidades particulares o a los gustos personales.

En la muestra quedó incluida una institución de gestión privada sin fines de lucro, que constituye un caso ejemplar de "buena práctica" en materia de establecimientos de larga estadía para personas dependientes. La captación de este caso pone en evidencia que, aunque no sea un perfil predominante, en el Área Metropolitana de Buenos Aires funcionan residencias de larga estadía que se adecuan a los nuevos modelos de gestión y orientan sus prácticas según el paradigma de respeto de los derechos de las personas dependientes.

El trabajo cuyos resultados se han resumido precedentemente, forma parte de un proyecto que se desarrolló, durante los años 2005 y 2006, en Argentina, Chile y Uruguay, con la coordinación general del doctor Pedro Paulo Marín, director del área de Geriatría de la Universidad Católica de Chile.

Las sedes académicas fueron: la ya mencionada Universidad Católica de Chile, la Universidad Católica de Uruguay y la Fundación ISALUD de la Argentina. La ejecución del proyecto fue posible merced al apoyo financiero del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el aporte del área del Adulto Mayor de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

[118] Hitzig, J. F., *Cincuenta y tantos...*, *Op.cit.*

La investigación en la Argentina se llevó a cabo bajo la dirección de la investigadora nacional, doctora Nélida Redondo, profesora e investigadora del Departamento de Ciencias Sociales del Instituto Universitario ISALUD. La profesora Silvia Gascón, directora del Departamento de Ciencias Sociales del Instituto ISALUD, tuvo a su cargo la interrelación entre los organismos nacionales e internacionales participantes del proyecto.

3.2.6.3.6 El marco regulatorio actual en la Ciudad de Buenos Aires

Se exhibe en el Anexo I el texto de la ley 2935 sancionada en noviembre de 2008 y publicada en el Boletín Oficial el 9 de enero de 2009. La disposición actualiza la regulación del funcionamiento de los establecimientos residenciales para adultos mayores en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

3.2.6.4 Soluciones de habitabilidad para adultos mayores. Selección de ejemplos en varias ciudades del mundo.

3.2.6.4.1 Urbanización Lliri Blau[119]

Diseñada por el arquitecto Luis de Garrido, cumple con los todos los indicadores de sustentabilidad, que la sitúan como un referente a nivel europeo del desarrollo sostenible y de la construcción respetuosa con la salud y el ambiente. El complejo residencial, situado en la ciudad de Massalfassar en Valencia, tiene un gasto energético de un 30 a un 40% inferior al de los edificios convencionales.

La urbanización está compuesta por 130 viviendas dotadas con todo tipo de servicios y equipamientos. En este conjunto, se incluyen áreas comerciales, oficinas, centros de ocio, una residencia de ancianos y guarderías. Se destaca su singular diseño arquitectónico, su cualidad bioclimática y sostenible, sus espacios de convivencia, nuevas tipologías de hábitat que incluyen patios a diferentes alturas y perforaciones que generan microclimas.

Estos microclimas permiten el acondicionamiento térmico natural, así como la convivencia humana. Los ocupantes de las viviendas pueden elegir entre una intimidad completa y la posibilidad de conectarse visualmente con un conjunto reducido de vecinos.

Todas las viviendas del complejo están equipadas con sistemas domóticos clasificados en 4 áreas: la seguridad y dispositivos de alarma, el control del consumo energético mediante programación horaria y control de la temperatura deseada, el control de automatismos, como persianas, riego, cortinas, iluminación, detectores de gas y detectores de inundación, y por último, los sistemas de telecomunicaciones.

[119] *www.domoticaviva.com*, "Lliri Blau, la primera urbanización de viviendas 100% sostenibles es ya una realidad", publicado el 2 de octubre de 2005.

Respecto del control de automatismos, las viviendas funcionan correctamente con apenas cinco controles:

1. Control de la calefacción (radiadores eléctricos con una potencia 10 veces inferior a la necesaria para cualquier vivienda. La potencia total instalada de los radiadores con tarifa nocturna es de sólo 1.500 watios por vivienda).
2. Control de iluminación de las luminarias de bajo consumo.
3. Control de los detectores de inundación.
4. Control de las luminarias cercanas a las ventanas (cuando al caer la tarde empieza a haber menos iluminación se van encendiendo gradualmente los diferentes circuitos de alumbrado tan solo de las luminarias mas cercanas a las ventanas).
5. Control de riego

Con respecto a las comunicaciones, un controlador telefónico monitorea los mecanismos señalados. Existe la posibilidad de dialogar directamente con el centro de control de las viviendas con el fin de reprogramar su funcionamiento, conocer las incidencias ocurridas o activar cualquier automatismo o electrodoméstico.

3.2.6.4.2 Viviendas protegidas de la ciudad de Barcelona[120]

Están programadas para alojar a adultos mayores, que deben cumplimentar los siguientes requisitos para acceder a una vivienda:

- Tener más de 60 años, excepto en el caso de que se solicite una vivienda reservada para personas con hijos con disminución a cargo, en que no será necesario que los hijos reúnan este requisito.
- Composición familiar de una o dos personas. En todos los casos - matrimonio, pareja de hecho, hermanos, amigos-, todos tienen que tener más de 60 años.
- En el caso de solicitar una vivienda reservada para personas con hijos con disminución a su cargo, la composición familiar podrá ser de hasta tres personas y sólo una podrá tener menos de 60 años.
- Condiciones personales que garanticen una vida autónoma. El grado de autonomía funcional se delimitará de acuerdo con lo que establece la solicitud de programas y servicios sociales de atención a las personas mayores para este tipo de equipamientos, excepto en el caso de que se solicite una vivienda adecuada para personas con movilidad reducida.
- Acreditar, con el empadronamiento, que se ha residido de forma continuada en Barcelona en los últimos cinco años.

3.2.6.4.3 Un innovador programa español de viviendas en Alicante[121]

Un plan intergeneracional: ancianos y jóvenes comparten sus vidas en el edificio Plaza de América. Los adjudicatarios de pisos en régimen de alquiler del

[120] *www.bcn.es/habitatge/esp/, Sección Vivienda,* Página web del Ayuntamiento de Barcelona.
[121] "La verdad", Alicante, 24 de noviembre de 2008, citado en Boletin RLG, N° 110, Marzo de 2009.

proyecto de viviendas intergeneracionales Plaza de América pagan una suma mensual de 169 euros. Lo novedoso de este programa es que se trata de un edificio que aúna viviendas para jóvenes y ancianos, un centro de salud para el barrio, un centro de día y un estacionamiento público con capacidad para 256 vehículos. Son en total 72 viviendas para adultos mayores y también para jóvenes menores de 35 años.

3.2.6.4.4 El ejemplo de Valparaíso, Chile[122]

En la región, el Servicio de la Vivienda y Urbanización tiene 477 viviendas para personas de tercera de edad. De ellas, 16 son reparadas para que SENAMA (Servicio Nacional del Adulto Mayor) las asigne a sus usuarios prioritarios.

Con el objetivo de optimizar el uso de las viviendas sociales que el Ministerio de Vivienda y Urbanismo dispone para personas de tercera edad, SERVIU (Servicio de Vivienda y Urbanismo) firmó un acuerdo con SENAMA, para que sea el Servicio Nacional del Adulto Mayor el que administre las propiedades y determine su asignación entre los usuarios que esperan alcanzar una solución habitacional digna en sus último años de vida.

En la Región de Valparaíso, SERVIU tiene 477 viviendas para adultos mayores. De ellas, las primeras 16 son refaccionadas a través del subsidio del Programa de Protección del Patrimonio Familiar (PPPF), con el objetivo de asegurar una habitabilidad óptima para sus usuarios. Del grupo, dos ya son habitadas por adultos mayores.

El Servicio está materializando en la región un acuerdo a nivel nacional entre el Ministerio de Vivienda y Urbanismo, y SENAMA. El convenio establece que el Servicio Nacional del Adulto Mayor se compromete a cuidar las viviendas y a reforzar lazos con entidades especializadas en personas de la tercera edad y municipios para optimizar la asignación y garantizar una vivienda de la mejor calidad.

Entre los criterios que establecerá SENAMA para asignar las viviendas se considera un puntaje de carencia habitacional hasta 4200 puntos. Se privilegia, además, a adultos mayores que hayan sufrido maltrato o situaciones de emergencia, o que sean beneficiarios/as del Programa Vínculos de Chile Solidario.

La región de Valparaíso tiene una población estimada de 227.194 adultos mayores, lo que la sitúa entre las que concentra más personas de la tercera edad en Chile.

[122] "Serviu traspasa a Senama. Stock de viviendas para adultos mayores", en Diario *Proa Regional* (*www. elproa.cl*), 24 de febrero de 2009.

3.2.6.4.5 Programa Vivienda protegida para mayores MINVU y SENAMA[123]

Este Programa, que se ejecuta en conjunto entre el Ministerio de Vivienda, MINVU y el Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA, busca contribuir a asegurar a las personas mayores en situación de vulnerabilidad la posibilidad de habitar en una vivienda digna y en un entorno amable, así como al mejoramiento de su vivienda, a fin de promover su independencia y autonomía.

Tiene como finalidad que cada persona mayor en situación de vulnerabilidad con requerimiento de vivienda tenga la posibilidad de acceder a una solución habitacional que le permita resolver su dificultad de acuerdo a su necesidad específica y a su propio nivel de funcionalidad y dependencia de manera integral, en forma oportuna, expedita y eficaz a través de oferta pública de vivienda y de servicios de apoyo y cuidado adecuada para su situación articulada por SENAMA.

Objetivos Específicos:

- Gestionar el adecuado traspaso y habitabilidad de las viviendas SERVIU destinadas a personas mayores
- Contribuir a que los asignatarios de viviendas SERVIU, traspasadas a SENAMA, accedan a la oferta programática local para personas mayores y se vinculen a la comunidad
- Generar una oferta nueva de viviendas protegidas que contenga servicios de cuidado y apoyo a personas mayores con déficit en su funcionalidad en Establecimientos de Larga Estadía
- Generar una oferta nueva de viviendas protegidas con servicios de apoyo a personas mayores autovalentes en modalidad de condominios tutelados

Operación del Programa

El programa consiste en la administración y entrega de soluciones habitacionales sin titularidad de dominio (sólo derecho de uso) a personas mayores autovalentes, semivalentes y postradas, que incluye viviendas nuevas o usadas, individuales o colectivas, y que podrán ser administradas por entidades operadoras acreditadas por SENAMA (municipios o entidades especializadas en atención de personas mayores).

La administración de las viviendas conlleva asignar adecuadamente los cupos, asegurar el acceso a atención de salud primaria y promover la integración de los mayores residentes a actividades recreativas y de participación social o comunitaria. Es decir, la relación con las familias, con personas mayores organizadas o no organizadas, juntas vecinales, organizaciones deportivas, vecinos, municipio, instituciones públicas y/o privadas, etc.

[123] Programa de viviendas "Derecho a Techo", Gobierno de Chile, SENAMA, 2008.

Los cupos o viviendas no se entregan en propiedad, sino con derecho de usufructo. La propiedad de las viviendas seguirá siendo estatal.

Las viviendas o cupos serán asignados gratuitamente o mediante arrendamiento a personas de 60 años o más en situación de vulnerabilidad, dependiendo de su puntaje en la Ficha de Protección Social. Además, se considerará un Informe Social para evaluar la situación de cada persona.

El programa tiene dos componentes:

Componente N°1: Viviendas SERVIU

Los SERVIU poseen poco más de 3000 viviendas sociales a nivel nacional que fueron entregadas en comodato o arrendamiento a personas mayores, a través del antiguo Programa Habitacional del Adulto Mayor. Alrededor de 200 se encuentran desocupadas y están siendo traspasadas gradualmente a SENAMA para que intermedie su entrega a personas autovalentes de 60 años o más en situación de vulnerabilidad.

Estas viviendas serán reparadas por cada SERVIU y acondicionadas con elementos de accesibilidad básicos (rampas, barras de agarre en pasillos y baño, piso antideslizante, manillas de palanca en puertas, etc.).

Componente N°2: Diseño y Construcción de Viviendas

Anualmente MINVU destinará recursos del Programa Fondo Solidario para financiar proyectos de diseño y construcción (no reparación) de viviendas protegidas para personas mayores apuntando a satisfacer las necesidades específicas de los beneficiarios.

Las viviendas protegidas -que se construirán a partir de 2009- son de 2 tipos:

1.- Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM) para mayores con dependencia leve, moderada y severa
2.- Condominios de Viviendas Tuteladas para mayores autoválidos

Tipos de Viviendas a construir:

Condominios de Viviendas Tuteladas: Conjuntos habitacionales con espacios comunes, constituidos por 10 a 20 viviendas, una sede comunitaria (con sala multiuso, comedor y cocina comunitaria) así como áreas verdes con jardines y espacio en que los mayores puedan cultivar hortalizas, frutas, etc.

Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM): Residencias colectivas de larga estadía, que estarán dirigidas a personas de 60 años o más con pérdida de funcionalidad física o cognitiva, que requieran apoyo de terceros para desarrollar actividades de la vida diaria. Específicamente, personas mayores que presenten dependencia moderada a severa.

El programa apunta tanto a la atención directa de los mayores en los aspectos sociosanitarios de la atención usuaria, como a su integración sociocomunitaria, promoviendo la participación de los residentes del ELEAM en la red local y en el barrio.

Estado de evolución del programa:

Para el año 2008 MINVU y SENAMA definieron el desarrollo de un programa Piloto en 6 regiones, para lo cual MINVU destinó 306.000 UF (M$6.500.000) para construir.

A efectos de llevar a cabo este plan, los SERVIU de las 6 regiones emprendieron un proceso de licitaciones del diseño y ejecución así como la adquisición de los terrenos a objeto de comenzar a construir en el primer semestre de 2009.

Para el proceso presupuestario 2009, SENAMA levantó 37 proyectos para desarrollar durante el año a lo largo de todo el país. La inversión de MINVU para construir dichos proyectos es de aproximadamente $8.600.000.000.

Programa de Protección del Patrimonio Familiar: permite la adaptación de viviendas para superar las limitaciones que afectan a los adultos mayores, proporcionándoles una vivienda segura desde el punto de vista de la habitabilidad (anchos de puertas, incorporación de barras de apoyo, pisos antideslizantes, instalación de ducha libre de obstáculos, etc.). También permitirá a los adultos mayores reparar la vivienda que habita, siempre que sea propietario o asignatario de ella. (Servicio de Vivienda y Urbanización (SERVIU), Ministerio de Vivienda y Urbanismo).

Programa de Vivienda para el Adulto Mayor: nuevo programa destinado a adultos mayores válidos, parcialmente válidos y/o postrados. El programa financia la construcción de viviendas tuteladas y/o centros de larga estadía para adultos mayores, a través de concursos. Oferta dirigida a municipalidades y a entidades especializadas en la atención del Adulto Mayor. El programa se realiza en coordinación con el Servicio Nacional del Adulto Mayor. (Servicio de Vivienda y Urbanización (SERVIU), Ministerio de Vivienda y Urbanismo).

3.2.6.4.6 Una experiencia en Montevideo, Uruguay

El 8% de la población total de Montevideo vive en hogares unipersonales, es decir, solos. Y un 44 por ciento de quienes viven en soledad tiene más de 65 años, de acuerdo con el censo realizado en 2004 por el Instituto Nacional de Estadística.

Por otra parte, una de las cosas que más valora el adulto mayor es su autonomía y su capacidad para desenvolverse en la vida sin depender de nadie.

Con el objetivo de mantener la autonomía, mejorar la autoestima y combatir la soledad de muchas personas de más de 65 años, el municipio puso en marcha el programa "Residencias compartidas". La iniciativa busca vincular grupos de adultos mayores de Montevideo. Esto se lleva adelante a través del alquiler de viviendas entre dos y cuatro personas de más de 60 años.

El programa no es para indigentes, sino para adultos mayores que cobran una jubilación o pensión y quieren compartir su vivienda con otros pares. El municipio se contacta con las inmobiliarias y busca viviendas baratas y accesibles para personas de esa edad, como por ejemplo que estén en una zona donde haya comercios y también medios de locomoción.

Además del alquiler, los adultos mayores tienen que pagar sus gastos, y el contrato dura dos años. "Como no se puede rescindir el contrato antes de cumplir los dos años de alquiler, el municipio analiza las solicitudes, busca perfiles similares y personalidades compatibles para tratar de lograr una convivencia pacífica. Pero las viviendas son seleccionadas por los residentes y el precio del arrendamiento es el que determina previamente cada grupo de adultos en relación a sus ingresos.

Actualmente hay cinco residencias compartidas: tres de mujeres y dos de hombres, ya que no están permitidas las viviendas mixtas. Un equipo interdisciplinario no sólo analiza las compatibilidades sino que además realiza un seguimiento de la vivienda compartida.

3.2.6.4.7 AMIGOUR en Israel[124]

Bajo el lema "Servir a las personas de la tercera edad en Israel", ante la ausencia de vivienda de bajos costos para alquilar en el país, AMIGOUR es el líder en la administración de vivienda pública y protegida en Israel, proveyendo a las poblaciones vulnerables soluciones de vivienda a precios asequibles.

AMIGOUR administra actualmente cerca de 22.000 apartamentos de alquiler para 70.000 inquilinos - nuevos inmigrantes, israelíes veteranos, familias uniparentales, parejas jóvenes y ciudadanos de la tercera edad - en 23 localidades a lo largo de Israel, más 8.000 unidades de alquiler adicionales que son propiedad del gobierno de Israel.

La organización ha construido un modelo de vivienda pública y protegida y administración social que está conteniendo la corriente de personas sin techo y proveyéndoles la básica necesidad humana de refugio.

En la actualidad, la población de Israel mayor de 65 años de edad es de aproximadamente 600.000 personas. Muchos viven por debajo o cerca del umbral de la pobreza y no pueden permitirse alquilar o adquirir una casa propia. Este

[124] "Amigour. Sheltered Housing for Elderly Inmigrants", in *Strengthening Israel Society*, Keren Hayesod official site, 02 de Julio de 2008.

problema es particularmente agudo entre los ancianos indigentes y los ancianos inmigrantes de la antigua URSS y otras zonas en peligro.

AMIGOUR proporciona soluciones inmediatas de vivienda a un gran número de inmigrantes de la tercera edad que llegan a Israel y no tienen opciones de vivienda viables. Sin esta asistencia, estos nuevos inmigrantes no podrían acceder a una vivienda. La agencia opera 57 hogares protegidos en todo Israel, que sirven a más de 7.500 adultos mayores. Los residentes pueden gozar de una vida independiente en su propio apartamento, siendo a la vez parte de una pequeña comunidad cerrada. Cada establecimiento de vivienda protegida cuenta con una red comunitaria operada por un comité que incluye al director del hogar, un ama de llaves y un asistente social.

Además de responder a la necesidad física de tener un lugar en el cual vivir, se ofrece una amplia variedad de servicios sociales y culturales que mejoran el bienestar de los residentes y les brindan la oportunidad de participar dinámicamente en actividades colectivas.

Las actividades de enriquecimiento incluyen cursos de artes manuales, economía doméstica, ejercicios, estudio de hebreo, jardinería y trabajos voluntarios. Muchas de las actividades son llevadas a cabo conjuntamente con centros comunitarios, escuelas, soldados y voluntarios comunitarios, acercando a los residentes de AMIGOUR al marco de la comunidad. Recientemente se han agregado cursos de computación.

Además de construir y mantener vivienda pública y protegida, la División de Asuntos Sociales opera una amplia red de actividades que incluyen el establecimiento y funcionamiento de comités de vecinos y reuniones de inquilinos y la organización de residentes para que participen activamente en el mantenimiento de sus establecimientos.

La organización presta la máxima atención a los inmigrantes de la tercera edad de pocos recursos en Israel, para asegurar que envejezcan con confort y dignidad.

3.2.6.4.8 Programa "Egged" en Haifa, Israel [125]

En esta obra coexisten viviendas, servicios comunitarios y de salud.
Consta de tres sectores principales:

1) Sector residencial, con 129 departamentos diseñados para adultos mayores, en 3 torres de 6 y de 7 pisos, con ocho departamentos por piso. El 75% por ciento tiene dos ambientes, el resto un ambiente y medio, más baño, cocina y lavadero. Hay dos niveles de estacionamiento bajo la planta baja. En estos

[125] Di Véroli, D. y Schmunis, E., *Arquitectura y envejecimiento. Hacia un Hábitat inclusivo.* Nobuko, Buenos Aires, 2008.

niveles se incluyen también salas de estar, locales, talleres de actividades y un lavadero común

2) Sector público. Es muy amplio dado el objetivo de servir como un gran centro social para personas de todas las edades que viven en el vecindario y para los adultos mayores que habitan en el hogar. El área incluye un amplio hall, biblioteca, templo, gimnasio, piscina, solario, un minimercado cooperativo, restaurante, cafetería, plazas y galerías.

3) Sector de cuidados de salud. Consta de tres pisos. Tiene dos alas de internación y una sala de cuidados especiales. Este sector es accesible desde el nivel intermedio del sector público.

3.2.6.4.9 Ciudad para ancianos en Chile[126]

Ciudad del Adulto Mayor, así se llamará la primera ciudad en Chile solo para ancianos. Esta iniciativa llevada adelante por la Corporación Adultos Mayores de Chile cuenta con el apoyo del MINVU contempla la construcción de cerca de 3.000 viviendas especialmente diseñadas para los abuelos, en una Zona de Desarrollo Condicionado al norte de Santiago.

El proyecto es sin duda innovador, pero bastante conflictivo por la filosofía del aislamiento y de la falta de interacción generacional.

Pensar en agrupar a un número relevante de ancianos en una ciudad especialmente diseñada para ellos, es quizás el sueño de muchos y la pesadilla de otros.

No todos podrán acceder a esta "abuelópolis". Hay ciertos requisitos para ello:

- Deben tener más de 55 años de edad
- El interesado debe acceder a estas viviendas vía subsidio habitacional (siempre y cuando no haya obtenido este beneficio antes)
- Tener un ahorro previo de 20 UF (algo así como 360.000 pesos chilenos) y un crédito hipotecario.

Aquellos que cumplan los requisitos podrán disfrutar de esta ciudad, que incluye equipamientos comerciales con amplias áreas de esparcimiento, bibliotecas, gimnasios y piscinas climatizadas. También se plantea instalar un centro médico eficiente y con capacidad para atender a todos los habitantes. El tamaño de las viviendas oscila entre los 21 y los 48 metros cuadrados, las cuales estarán distribuidas en edificios de siete pisos con ascensores y salas de estar. Además se contemplan casas de uno y dos pisos para diversificar la oferta.

Este proyecto registra como antecedente, algunas experiencias piloto en otras comunas. A la fecha existen trece experiencias menores en la Región

[126] Vergara Petrescu, J., "Ancianolandia y la primera ciudad para abuelos en Chile", en *Plataforma Urbana*, Santiago de Chile, 12 de diciembre de 2005.

Metropolitana. En Maipú hay un conjunto de dieciséis pequeñas viviendas. En comparación con este gran proyecto de 3.000 viviendas no es mucho, pero están sustentados en el mismo modelo de protección.

3.2.6.4.10 Ciudades de tercera edad. Pisos tutelados para mayores y complejos residenciales para jubilados en las costas españolas[127]

En la costa levantina, especialmente en Alicante y en la Costa del Sol, en particular en Málaga, están surgiendo "Ciudades de Tercera Edad" (como Ciudad Patricia en Benidorm que se describe en el punto siguiente), complejos residenciales para mayores, urbanizaciones para jubilados españoles, europeos y asiáticos, pisos tutelados en primera línea de playa para personas de edad con buen estado de salud y todo tipo de edificaciones pensados para las personas mayores.

La demanda parece provenir no sólo de los jubilados españoles que deciden vender sus viviendas e inmuebles del interior de la península e irse a vivir junto al mar, sino también y quizás en mayor medida de jubilados extranjeros, europeos (británicos y alemanes en su gran mayoría) y asiáticos (chinos y japoneses) que buscan viviendas para comprar o alquilar en busca de confort, servicios, buen precio y buen clima.

3.2.6.4.11 Residencia Patricia (Benidorm – Alicante)

Es un centro de asistencia sanitaria y de rehabilitación. Forma parte de la Residencia Ciudad Patricia, situada en las colinas verdes en las afueras de Benidorm, igual que los apartamentos y el edificio central. Según los informes de la Organización Mundial de la Salud, esta región es una de las más sanas de Europa. Gracias a su ubicación protegida la temperatura oscila entre los 15° y 30° todo el año. Aquí muchas personas se sienten mejor, en concreto los asmáticos y los reumáticos, o personas con enfermedades cardiovasculares, artrosis, alergias y/o afecciones cutáneas.

La residencia tiene el centro médico a la entrada en un amplio parque. Fue inaugurada en 1999, y su diseño se basa en los más modernos criterios de construcción. Cuenta con amplias habitaciones con balcón con vista al parque, instalaciones sanitarias acondicionadas para su acceso por personas con movilidad limitada o asistida, o en silla de ruedas, central de alarma, línea de televisión para los canales nacionales e internacionales y aire acondicionado. El área de convalecencia atiende las 24 horas, y prácticamente todo el personal habla varios idiomas. El equipo multidisciplinario incluye psicólogos, ergoterapeutas, fisioterapeutas y logoterapeutas.

[127] "A las empresas privadas dedicadas a las residencias de mayores no les va mal el negocio", en *www.demayores.com*, 5 de mayo de 2006.

3.2.6.5 Tecnologia Asistencial desarrollada por la Universidad de Missouri[128]

Para los mayores que desean y están en condiciones de conservar su independencia y actividad el mayor tiempo posible, envejeciendo en su hogar, y evitando su traslado a instituciones y residencias, la Universidad de Missouri, desarrolla computadoras, sensores y sistemas de comunicación, con el apoyo de los servicios sanitarios, para vigilar la salud de los adultos mayores que residan en su hogar.

Según los investigadores, las redes de sensores de movimiento instalados ya en asilos de ancianos pueden detectar cambios en el comportamiento y actividad física, incluyendo el caminar y los hábitos de dormir. La identificación temprana de estos cambios puede contribuir en gran medida a la prevención de problemas de salud

Esta tecnología denominada está siendo implementada mediante la instalación de redes de sensores en una residencia de apartamentos en Tiger Place, una comunidad de retiro que ayuda a personas mayores a cuidar y mantener su salud, evitando su hospitalización o desarraigo.

Los ingenieros de la Universidad de Missouri recogieron datos de los sensores que continuamente registraron la información por un periodo superior a dos años. Fue así como los investigadores pudieron identificar infinidad de patrones para poder proporcionar pistas enfocadas a predecir situaciones adversas para la salud.

El sistema permite a los ancianos permanecer en el ambiente de su elección y recibir el apoyo de los servicios sanitarios cuando sea necesario. Con este tipo de atención, la mayoría de las personas no necesitan institucionalización. El monitoreo de los patrones mediante sensores es una manera eficaz y discreta de proteger al mismo tiempo la salud y la vida privada.

Los sensores han probado la detección de cambios en los residentes mediante condiciones que no fueron reconocidas por las evaluaciones tradicionales de atención sanitaria. Los investigadores se han propuesto perfeccionar la tecnología implementada en Tiger Place como modelo de pruebas, a fin de extender estos avances de apoyo y servicios de atención para ponerlos a disposición de personas de la tercera edad en todo el país.

El propósito de los trabajos se centra en generar alertas automáticas que comunicarán a los cuidadores los cambios producidos en las condiciones de los residentes, de tal modo que les permitan intervenir y prevenir eventos adversos para la salud. Adicionalmente se procura establecer mejoras en las alertas sanitarias, como mejoras en confiabilidad y exactitud de la red de sensores,

[128] Nallim, F., "Tecnología Asistencial a personas de la Tercera Edad", en *www.gerontogeriatría.org.ar,* 10 de Enero de 2009.

aplicaciones de sensores de vídeo, y perfeccionamiento de una interfaz web, para que sea aún más fácil de usar y más cómoda, orientada a los servicios médicos.

El "Tiger II", inaugurado el 1 de enero de 2009, se encuentra localizado en la comunidad Tiger Place. Cuenta con 22 unidades instaladas. Los habitantes de esta comunidad recibirán los servicios de salud y bienestar a través del sistema "Tiger Care" basado en esta novedosa tecnología, conectado al servicio de salud de la Escuela de Enfermería de Sinclair. Los residentes reciben atención y servicios médicos cuando lo requieren en la intimidad de sus casas.

La Universidad de Missouri hace también posible que los residentes puedan participar en varias de las instituciones educativas, culturales y proyectos de investigación llevadas a cabo por la Facultad de Ingeniería y la Escuela de Enfermería. El estudio completo de esta tecnología, se presentó en la "Conferencia Internacional sobre casas inteligentes y salud Telemática 2008". La investigación fue financiada por la Administración de los EE.UU. y la National Science Foundation.

3.2.6.6 Ejemplos de Hogares de Día

3.2.6.6.1 Hogares de Día del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

La creación de estos hogares es una decisión política, enmarcada en la Ley N° 81 sobre personas mayores para ayudarlos entre otras cosas a administrar su tiempo libre[129]. Durante la mayor parte de la vida de una persona, su agenda viene organizada desde el exterior a sí misma: escuela, trabajo, obligaciones sociales, etc. Pero en la edad avanzada, el tiempo aparece de pronto como un todo disponible, y no es fácil aprender a utilizarlo y distribuirlo para la mayoría de la gente. Allí es donde entra en acción el personal del Hogar: trabajadores sociales, psicólogos, abogados y terapistas ocupacionales.

El taller de Memoria es un ejemplo de estimulación; ayuda a traer al presente los recuerdos en forma de juegos que se practicaban en la niñez, el aspecto de la ciudad cuando los ancianos eran jóvenes, tanto en lo referente a los servicios públicos como a la vida cotidiana. Reviven así el almacén, la yapa, el tranvía o el yo-yo, vivencias que luego son compartidas con niños y adolescentes en toda su riqueza.

Es importante destacar que los adultos mayores son competentes en muchas áreas, no sólo en la que los afectan directamente. Tienen un gran conocimiento sobre el gerenciamiento de los servicios públicos, saben a que oficina hay que dirigirse y de que manera, por inconvenientes con el servicio telefónico, la energía eléctrica, el gas o los impuestos. Conocen los horarios de los servicios médicos de los distintos centros de salud y siempre están dispuestos a compartir lo que saben con aquellos que quieran escucharlos. Desde luego, el

[129] Cela, J., "Un espacio de contención y aprendizaje", entrevista a la lic. Gabriela Groba, en Revista *En San Telmo y sus alrededores,* N° 78, abril 2005.

desarrollo de sus habilidades y potencialidades se produce luego de un período, generalmente breve, de aclimatación al nuevo ambiente.

En los primeros quince días posteriores a su admisión se les realiza un chequeo médico (independientemente del certificado de aptitud que obligatoriamente aportan) y se les abre una ficha personal, que funciona con carácter de historia clínica y donde los distintos profesionales vuelcan toda la información relativa a cada persona.

Se les hace un seguimiento permanente, y en los casos en que no se presentan, la asistente social o algún vecino, se acerca hasta su domicilio (una de las cosas que estimulan los Hogares es el sentido de pertenencia). Los usuarios saben que si no asisten alguien se va a interesar por saber si algo les pasa. Hay muchos usuarios que viven solos, aspecto de la vida social que tiene repercusiones en otras esferas, como la alimentación. Por lo general las personas que viven solas a veces no preparan sus comidas, toman un ligero refrigerio o un café con leche y creen que eso es suficiente. Se han detectado en algunos ancianos, cuadros leves de desnutrición que se superan rápidamente una vez ingresados al sistema.

Los asistentes a los Hogares interactúan con los centros de jubilados y demás organizaciones sociales en forma permanente. También se cuenta con "Talleres de Preparación para la jubilación" que sirven para orientar a las personas próximas a culminar su etapa laboral. Sirve para orientar a las personas próximas a culminar su etapa laboral. En este punto, es pertinente recordar que la mayor franja de suicidios entre los adultos mayores se produce por la angustia generada al dejar de pertenecer al ese ámbito.

Este taller es un servicio dirigido a las personas mayores de 55 años residentes en la Ciudad de Buenos Aires y que se encuentren próximas a jubilarse. Tiene como objetivos no sólo proveerlos de herramientas para un uso adecuado de su tiempo libre sino además facilitarles su inserción en aquellos nuevos ámbitos sociales a los cuales antes, no podían acceder debido a sus ocupaciones.

Actividades: Brindan prestación integral a adultos mayores de 60 años. Ofrecen orientación psicológica, social y jurídica. También brindan propuestas de actividades en las áreas reflexiva, recreativa, cultural, corporal y de la esfera cognitiva.

El Ministerio de Derechos Humanos y Sociales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires aporta los equipos técnicos y profesionales. Estos están integrados por un/a coordinador/a y dos auxiliares gerontológicos, un/a psicólogo/a, un trabajador/a social y un grupo de talleristas. Además brinda prestación alimentaria.

El servicio es de atención permanente en el tiempo.

Dentro del Departamento Hogares de Día y con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores de la ciudad, se crearon una serie de propuestas:

Centros de Actividades: son espacios abiertos a la comunidad que ofrecen actividades gratuitas con modalidad de taller de variadas temáticas (yoga, danza armonizadora, estimulación de la memoria, reflexión, etc.)

Centro Cultural Palermo Grande: se trata de un ámbito de formación, experimentación y esparcimiento que ofrece actividades culturales para los adultos mayores de la Comuna en forma libre y gratuita.

El programa ofrece una batería de talleres y actividades para favorecer la autonomía y el envejecimiento exitoso. Los concurrentes pueden asistir a las propuestas de actividades de su interés sin acceder al servicio alimentario, si así lo desean. Para el caso de que requieran la prestación alimentaría, esta consiste en una dieta hiposódica. Este servicio es para consumo dentro de los Hogares de Día.

Hogar de Día N° 19 para la Tercera Edad: se puso en funcionamiento en diciembre de 2002. Este centro de atención diurna funciona entre las 9 y las 16 hs. Los adultos mayores tienen allí un espacio de contención y aprendizaje que los ayuda a organizar su tiempo libre a través de talleres (Yoga, Memoria, Reflexión, Plástica, Literatura, Artesanía, Música, Tango) o con servicios como terapia ocupacional y asesoramiento jurídico y social.

Se brindan asimismo en forma complementaria prestaciones alimentarias (desayuno, almuerzo y merienda). Los requisitos para acceder al servicio son mínimos: tener más de 60 años, vivir en la ciudad de Buenos Aires y en lo posible, valerse por sí mismos (o con un grado leve de dependencia). En este hogar funciona un taller de preparación para la etapa jubilatoria, coordinado por un psicólogo y una trabajadora social.

3.2.6.6.2 Hogar de Día de Coronel Vidal

Se inauguró en septiembre de 2006. Brinda también servicio alimentario y atención profesional a los habitantes de Mar Chiquita. En marzo de 2007 se llevó a cabo en este Hogar de Día la entrega de certificados de Cuidadores Domiciliarios en Coronel Vidal[130]. El complejo se complementa con el centro de asistencia "Evita" en Mar de Cobos que funciona desde septiembre de 2007 y un proyecto de polideportivo en Coronel Vidal.

[130] *www.prensamarchiquita.com.ar*, "Acto de entrega de certificados de Cuidadores Domiciliarios de Coronel Vidal", *Dirección de Prensa del Partido de Mar Chiquita*, 30 de marzo de 2007.

ANEXO I

LEY N° 2.935
FUNCIONAMIENTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Buenos Aires, 20 de noviembre de 2008

La Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
sanciona con fuerza de Ley

MODIFICATORIA DEL MARCO REGULATORIO PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Artículo 1°.- Se sustituye el texto del artículo 2° de la Ley N° 661 (BOCBA N° 1300), por el siguiente:

"Artículo 2°.- DERECHOS DE LAS PERSONAS: La Ley reconoce derechos específicos a las personas que viven en residencias u hogares, y/o a sus familiares o responsables:

1. A la comunicación y a la información
2. A la intimidad y a la no divulgación de los datos personales.
3. A considerar la residencia u hogar como domicilio propio.
4. A la continuidad en las prestaciones del servicio en las condiciones preestablecidas.
5. A la tutela por parte de los entes públicos cuando sea necesario.
6. A no ser discriminadas.
7. A ser escuchadas en la presentación de quejas y reclamos.
8. A mantener vínculos afectivos, familiares y sociales.
9. A entrar y salir libremente, respetando las normas de convivencia del establecimiento, siempre que ello no lesione los derechos y garantías de los residentes.
10. A crear espacios propios de organización sobre su vida institucional.
11. A ingresar a cualquiera de los establecimientos con el consentimiento del residente o familiar o responsable a cargo. En estos últimos casos, solo si el residente no pudiera dar su consentimiento producto de alguna discapacidad mental, según indicación médica.
12. A recibir tratamiento médico garantizando el bienestar biopsicosocial.

13. A que todo cambio en el diagnóstico y tratamiento médico y/o en la medicación deba ser comunicado al residente y a los familiares o personas a cargo del mismo toda vez que el primero exprese su consentimiento para ello o que mediare declaración de incapacidad. En ambos casos será mediante constancia escrita.

14. A tener historia clínica y acceder a ella.

Artículo 2°.- Se sustituye el texto del Artículo 5° de la Ley N° 661 por el siguiente:

"Artículo 5°.- FUNCIONES Y ATRIBUCIONES DE LA AUTORIDAD DE APLICACION:
Son funciones y atribuciones de la Autoridad de Aplicación, las siguientes:

1. Confeccionar y mantener actualizado el Registro creado por la presente Ley.

2. Coordinar sus tareas con las otras áreas competentes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

3. Controlar el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 6° con relación a la clasificación de los establecimientos inscriptos en el Registro Único de Establecimientos Residenciales para Personas Mayores.

4. Evaluar la calidad de las prestaciones que brindan los Establecimientos Residenciales para Personas Mayores, en relación a:

    a. Los aspectos referidos a la conducción técnica administrativa y a su responsabilidad legal, a cuyo fin, la dirección de la institución deberá proveer la documentación que lo certifique.

    b. Los procedimientos que se utilizan para la admisión, permanencia y/o derivación de los residentes.

    c. La dotación de personal y la existencia de equipos profesionales suficientes, idóneos y capacitados.

    d. La calidad y la cantidad de la alimentación ofrecida al residente con certificación profesional.

    e. La calidad de los medicamentos.

    f. La metodología prevista por la residencia ante situaciones de urgencias y/o derivaciones de residentes a centros asistenciales.

    g. Los aspectos clínicos, psicológicos, sociales, de enfermería y nutricionales.

    h. Las actividades de rehabilitación en los aspectos físicos, psíquicos y sociales.

    i. Las normas de bioseguridad e higiene, la forma de desplazamiento de los residentes, accesos y circulaciones que permitan su desplazamiento, tanto de los autoválidos N° 3092 - 09/01/2009

Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires Página N°8 como de los semidependientes y dependientes.

j. El estado y funcionamiento de las instalaciones, las dimensiones de los ambientes y su relación con la cantidad de plazas, estado de conservación del edificio y del equipamiento.

k. Las expectativas, intereses y necesidades de los residentes, desde el punto de vista socio ambiental.

l. Y toda otra evaluación que dicho organismo disponga para hacer más efectivo el cumplimiento de la presente.

5. Detectar las irregularidades y faltas que ocurran e intimar al establecimiento a su regularización bajo pena de ser suspendido provisoriamente o eliminado del Registro Único y Obligatorio de Establecimientos Residenciales para Personas Mayores y formular las denuncias que correspondan ante las autoridades administrativas o judiciales.

6. Elaborar estadísticas de las prestaciones brindadas en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires".

Artículo 3°.- Se sustituye el texto del artículo 7° de la Ley N° 661 que quedará redactado de la siguiente manera:

"Artículo 7° - Habilitaciones y Funciones. Condiciones:
Modifíquese el Punto 9.1.4, Condiciones para su habilitación y funcionamiento, del Anexo II, sección 9, DE LA SANIDAD, EDUCACION Y CULTURA, capítulo 9.1, ESTABLECIMIENTO GERIATRICO, de la Ordenanza 34.421, AD. 700.44 (Código de Habilitaciones y Verificaciones), que quedará redactado de la siguiente manera:
9.1.4 Condiciones para su habilitación y funcionamiento:
Autoridades a cargo:
Los Establecimientos Residenciales para Personas Mayores que soliciten su habilitación, a partir de la vigencia de la presente ley, son dirigidos por un Director/a con título profesional universitario afín a la actividad o prestaciones desarrolladas.
El Director/a de un Establecimiento Residencial para Personas Mayores habilitado a la fecha de vigencia de la presente ley que no posea título profesional, cuando acredite más de cinco (5) años de ejercicio en el mismo, podrá mantener a su cargo solo en un establecimiento y por el plazo establecido por el Poder Ejecutivo a través de la reglamentación, a efectos de adecuar la dirección de estos establecimientos a las condiciones exigidas en el párrafo primero del presente artículo.
Responsabilidades:
Es responsabilidad del Titular del Establecimiento garantizar la mejor condición bio-psico-social de los residentes y usuarios de los servicios que se brindan en el establecimiento, en la admisión, permanencia y derivación.

El Director/a es responsable solidariamente con el titular del establecimiento, del cumplimiento de las obligaciones expresadas en el presente ordenamiento y de cualquier otra normativa reglamentaria o complementaria que se dicte.
Se permitirá el ingreso, sin perjuicio del horario habitual de visitas, de las personas a cargo de los adultos mayores allí alojados en cualquier momento del día, con el objeto de comprobar que se cumplan las condiciones generales de alojamiento, preservando el descanso, la tranquilidad y las condiciones de seguridad de las personas mayores alojadas.
Esta obligación deberá ser exhibida por escrito en lugar visible en el ingreso al establecimiento y comunicada por escrito a las personas a cargo de los alojados.
Todo cambio en el diagnóstico y tratamiento médico y/o en la medicación debe ser comunicado al residente y a los familiares o personas a cargo del mismo toda vez que el primero exprese su consentimiento para ello o que mediare declaración de incapacidad. En ambos casos será mediante constancia escrita.
El establecimiento debe contar con:

1. Libro de Registro de Inspecciones foliado para asentar las inspecciones conforme lo N° 3092 - 09/01/2009 Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires Página N°9 determina la reglamentación.

2. Libro de Atención Médica rubricado por la Autoridad de Aplicación, donde se asiente la atención médica de los residentes, los que deben ser examinados con la periodicidad que se fije por vía reglamentaria. Esta atención debe ser prestada por el profesional médico responsable del establecimiento o por el médico personal del residente cuando éste lo solicite. En ambos casos se debe dejar asentado el diagnóstico. En el caso de que al residente se le prescriba sujeción o se le limite la salida del establecimiento, deberán quedar asentados los motivos que originaron dicha restricción.

3. Libro de Registro de Residentes o Libro de Registro de Concurrentes permanentemente actualizado, donde deben consignarse: datos personales del residente y de quien prestare el consentimiento para su ingreso, filiación y cualquier otro dato que establezca la reglamentación, en concordancia con lo determinado por la Ley N° 1845. La Autoridad de Aplicación constatará todos los datos registrados y, si de los mismos surgen irregularidades o la posibilidad de la comisión de algún delito, dará intervención a la Autoridad Competente. Se debe comunicar a la Autoridad de Aplicación en forma fehaciente y periódica la nómina de personas alojadas.

4. Programa y Plan de Evacuación: Es obligación de las residencias formular programa y plan de evacuación elaborado con el asesoramiento de personal competente de bomberos y/o Defensa Civil para casos de emergencia. Asimismo, las salidas deberán estar señalizadas en el interior del local de forma visible y adecuadamente iluminadas, de acuerdo a lo estipulado por Ley N° 1346.

5. Calefacción: Quedan prohibidos los sistemas de calefacción a garrafas, a cuarzo o kerosene, radiadores eléctricos con fluidos que emitan gases

tóxicos, y/o cualquier tipo de calefactor a gas sin salida al exterior o de llama expuesta.

6. Seguro de responsabilidad civil que cubra los riesgos por siniestros que afecten la integridad física de los residentes de conformidad con la capacidad de alojamiento del establecimiento
La falta de cumplimiento de cualesquiera de los requisitos establecidos por el presente artículo quedará sujeta a las sanciones que correspondiere de acuerdo a la legislación vigente.

Clasificación: Los Establecimientos Residenciales de Personas Mayores se clasifican en:

a. Residencia para Personas Mayores Autoválidas con autonomía psicofísica acorde a su edad: establecimiento no sanatorial destinado al alojamiento, alimentación y actividades de prevención y recreación con un control médico periódico.

b. Hogar de Día para Personas Mayores Autoválidas con autonomía física acorde a su edad: establecimiento con idénticas características que las definidas en el inc. a), con estadía dentro de una franja horaria determinada.

c. Residencia para Personas Mayores que requieran cuidados especiales por discapacidad física que limite su autonomía.

d. Residencia para Personas Mayores que por trastornos de conducta o padecimientos mentales tengan dificultades de integración social con otras personas, y no requieran internación en un efector de salud.

e. Hogar de Día para Personas Mayores con trastornos de conducta o padecimientos mentales que tengan dificultades de integración social con otras personas, y que no requieran internación en un efector de salud, con estadía dentro de una franja horaria determinada.

f. Hogar de Residencia: Establecimiento que brinda, exclusivamente, alojamiento, alimentación y demás servicios de cuidados, con fines de lucro, a personas mayores con autonomía psicofísica acorde a su edad, certificada por profesional médico. Solo N° 3092 - 09/01/2009 Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires Página N°10 están autorizados a albergar hasta cuatro (4) personas mayores.

Cada uno de los establecimientos enumerados ut supra debe cumplimentar las siguientes normas de funcionamiento:
Contar con la correspondiente inscripción actualizada en el registro creado a tal fin. La clasificación otorgada por la Autoridad de Aplicación debe constar en toda la documentación oficial.
Pueden ser habilitados para prestación unimodal o polimodal. La planta física de cada una de las áreas habilitadas en los inmuebles de aquellos establecimientos que brindan prestaciones polimodales de las clasificaciones d) y e) deben constituir una unidad independiente de uso exclusivo dentro del establecimiento, totalmente diferenciado del resto, pudiendo solo compartir servicios de

infraestructura: cocina, mantenimiento, dependencias del personal, lavadero y administración.
En caso de deterioro del residente autoválido, posterior a su ingreso, arbitrar las medidas necesarias para su tratamiento dentro de la residencia, en la medida que su situación lo permita, con notificación a la Autoridad de Aplicación y a la/s persona/s a cargo del residente.
Asimismo, se debe tratar de evitar la separación de cónyuges o convivientes que residan conjuntamente.
Se deben promover y fortalecer los vínculos del residente con su núcleo familiar y propiciar la inserción en los programas para la tercera edad que promueve el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Los Establecimientos Residenciales y los Hogares de Residencia de Personas Mayores deben exhibir en lugar visible el certificado de habilitación y de inscripción en el Registro Único y Obligatorio de Establecimientos Residenciales para Personas Mayores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Artículo 4°.- Se sustituye el texto del punto 9.1.4 bis del Anexo II, sección 9, DE LA SANIDAD, EDUCACION Y CULTURA, capítulo 9.1, ESTABLECIMIENTO GERIATRICO, de la Ordenanza 34.421, AD. 700.44 (Código de Habilitaciones y Verificaciones), por el siguiente:

"9.1.4 bis Personal:
De acuerdo a la clasificación establecida en el presente código, los Establecimientos Residenciales para Personas Mayores cuentan con un Director responsable y con el siguiente personal que presta servicios con la periodicidad que se fija por vía reglamentaria:

a. Residencia para Personas Mayores Autoválidas con autonomía psicofísica:
    - Médico/a.
    - Licenciado/a en Psicología.
    - Licenciado/a en Nutrición.
    - Licenciado/a en Terapia Ocupacional.
    - Licenciado/a en Trabajo Social o en Servicio Social.
    - Enfermero/a.
    - Asistente Gerontológico o Geriátrico.
    - Mucamo/a.
b. Hogar de Día para Personas Mayores Autoválidas:
    - Licenciado/a en Terapia Ocupacional.
    - Licenciado/a en Trabajo Social o en Servicio Social.
    - Licenciado/a en Psicología.

- Médico/a.
- Enfermero/a.
- Asistente Gerontológico o Geriátrico.
- Mucamo/a.
- Licenciado/a en Nutrición.

El Director tiene la obligación de brindar otros servicios, en caso necesario.

c. Residencia para Personas Mayores que requieran cuidados especiales por discapacidad física que limite su autonomía:

- Médico/a.
- Licenciado/a en Psicología.
- Licenciado/a en Kinesiología.
- Licenciado/a en Nutrición.
- Licenciado/a en Trabajo Social o en Servicio Social.
- Licenciado/a en Terapia Ocupacional.
- Enfermero/a.
- Asistente Gerontológico o Geriátrico.
- Mucamo/a.

d. Residencia para Personas Mayores que por trastornos de conducta o padecimientos mentales tengan dificultades de integración social con otras personas y no requieran internación en un efector de salud:

- Médico/a.
- Médico/a Psiquiatra Permanente.
- Licenciado/a en Psicología.
- Licenciado/a en Nutrición.
- Licenciado/a en Trabajo Social o en Servicio Social.
- Licenciado/a en Terapia Ocupacional.
- Asistente Gerontológico o Geriátrico.
- Enfermero/a.
- Mucamo/a.

e. Hogar de Día para Personas Mayores con trastornos de conducta o padecimientos mentales que tengan dificultades de integración social con otras personas, y que no requieran internación en un efector de salud, con estadía dentro de una franja horaria determinada:

- Médico/a.
- Médico/a Psiquiatra Permanente.
- Licenciado/a en Psicología.
- Licenciado/a en Trabajo Social o en Servicio Social.
- Enfermero/a.
- Asistente Gerontológico o Geriátrico.
- Licenciado/a en Terapia Ocupacional.
- Mucamo/a.
- Licenciado/a en Nutrición.

En todos los Establecimientos, de acuerdo con la particularidad de cada caso, el médico o el director profesional del establecimiento ordena la intervención de otros profesionales pertinentes, sin que esto represente un costo adicional para la persona mayor que requiera los servicios de conformidad con las condiciones y requisitos que fija la reglamentación.
En aquellas residencias que brindan prestaciones polimodales, las mismas deben contar con el personal acorde al presente artículo para cada una de las áreas habilitadas.
La reglamentación establece, teniendo en cuenta el número de camas ocupadas y la clasificación de los establecimientos, la carga horaria mínima del personal y la modalidad de guardia para el caso de los establecimientos que la requieran.
En todos los casos, los establecimientos cuentan como mínimo, con un/a integrante de cada categoría de las enunciadas, con la disponibilidad horaria necesaria para el cumplimiento de sus tareas específicas.
Es obligatorio que todo el personal de los establecimientos descriptos posean Libreta Sanitaria de conformidad con lo dispuesto por la Ley Nº 2183.
Es obligatorio que todo el personal de los establecimientos descriptos que presten servicios asistenciales a los alojados o concurrentes, tengan capacitación en gerontología, a través de cursos con reconocimiento oficial.
La Ciudad impulsa la capacitación en su ámbito para asegurar el cumplimiento de los objetivos de la presente Ley."

Artículo 5º.- Se sustituye el texto del punto 9.1.6 del Anexo II, sección 9, DE LA SANIDAD, EDUCACION Y CULTURA, capítulo 9.1, ESTABLECIMIENTO GERIATRICO, de la Ordenanza 34.421, AD. 700.44 (Código de Habilitaciones y Verificaciones), por el siguiente:

"9.1.6- "Prevención contra incendio"

Se ajustará a lo determinado en el Parágrafo 4.12. "De la Protección contra incendio" del Código de la Edificación."
Artículo 6°.- Se sustituye el texto del Capítulo III "De los Hogares de Residencia", de la Ley N° 661, por el siguiente:

CAPÍTULO III DE LOS HOGARES DE RESIDENCIA

"Artículo 12°.- Los Hogares de Residencia brindan, exclusivamente, alojamiento, alimentación y demás servicios de cuidado, con fines de lucro, a un máximo de cuatro (4) personas mayores con autonomía psicofísica acorde a su edad, los cuales deben cumplir con los siguientes requisitos:

1. La o las personas titulares son responsables de asegurar las condiciones de alojamiento, la alimentación adecuada y la atención sanitaria de las personas mayores alojadas y de garantizar que, durante las 24 horas, permanezca en el hogar, por lo menos una (1) persona a cargo del mismo.

2. La o las personas responsables deben presentar ante la Autoridad de Aplicación Certificado de Aptitud Psicofísica emitido por profesionales de efectores de salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y poseer capacitación permanente en gerontología y primeros auxilios con certificación de institutos con reconocimiento oficial.

3. Confeccionar un legajo personal de cada residente. En el mismo deben constar: datos de control médico ambulatorio y el diagnóstico y tratamiento que del mismo resulte incluyendo los controles de laboratorio indicados por el profesional actuante y plan alimentario indicado por el médico de cabecera, acorde al diagnóstico médico.

4. Contar con asesoramiento gerontológico tanto para los residentes como para los responsables.

5. Disponer de Botiquín básico de primeros auxilios.

6. Comunicar en forma fehaciente y periódica a la Autoridad de Aplicación la nómina de personas alojadas.

7. Llevar un Libro de Registro de Inspecciones foliado para asentar las inspecciones, conforme lo determine la reglamentación.

Los Hogares de Residencia quedan excluidos, en relación al personal, de dar cumplimiento con lo dispuesto por los incisos a), b), c), y e) del punto 9.1.4 bis del Anexo II, sección 9, DE LA SANIDAD, EDUCACION Y CULTURA, capítulo 9.1, ESTABLECIMIENTO GERIATRICO, de la Ordenanza 34.421, AD. 700.44 (Código de Habilitaciones y Verificaciones)."

Artículo 7°.- El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley en un plazo de sesenta (60) días contados a partir de su publicación.
Artículo 8°.- Abrógase la Ley N° 1710 (BOCBA N° 2237)

CLAÚSULA TRANSITORIA

La adecuación a las condiciones de funcionamiento deben cumplirse en un plazo máximo de ciento ochenta (180) días a partir de la reglamentación de la presente ley excepto aquellas relacionadas con las normas de seguridad contra incendio que se deben implementar en un plazo de sesenta (60) días a partir de la reglamentación de la presente Ley.

Artículo 9°.- Comuníquese, etc.

DIEGO SANTILLI
CARLOS PÉREZ

LEY N° 2.935

Sanción: 20/11/2008
Promulgación: De Hecho del 19/12/2008
Publicación: BOCBA N° 3092 del 09/01/2009

CAPÍTULO IV

Arquitectura de una gestión eficiente de la longevidad

4.1 Asignación de recursos en términos de los significados del envejecimiento
- 4.1.1 Cuatro escenarios

4.2 Los significados de la mortalidad
- 4.2.1 Mortalidad y variables económicas
- 4.2.2 Crecimiento del PBI per capita y expectativa de vida en Gran Bretaña.

4.3 El terreno de la gestión
- 4.3.1 Breve reseña histórica
- 4.3.2 Ensamble entre resiliencia y modelos de gestión
- 4.3.3 La crisis de los modelos hegemónicos
- 4.3.4 El agotamiento del modelo hegemónico en la Argentina. "Hacia un cambio de foco"
  - 4.3.4.1 Del eje en la institución al eje en las personas
  - 4.3.4.2 Evolución del sistema en cifras y prestaciones
  - 4.3.4.3 Un sistema basado en comunidad
  - 4.3.4.4 Importancia de la articulación en redes

4.4 La situación de la tercera edad en Argentina
- 4.4.1 Aportes para el diseño de políticas marco de administración de salud
- 4.4.2 Aspectos epidemiológicos de la tercera edad en América Latina
- 4.4.3 Aspectos epidemiológicos de la población de la tercera edad en la Argentina
- 4.4.4 Patologías prevalentes y programas de salud preventivos
- 4.4.5 Comparación de estas patologías con la situación en América Latina
- 4.4.6 Las acciones en Argentina desde el INNSJP

4.5 Los principales obstáculos para la atención socio-sanitaria en América Latina.

4.6 Las claves del sistema de gestión para Argentina

4.7 La longevidad y la formulación de políticas

4.8 El pensamiento de tres expertos
- 4.8.1 Acerca de la gestión y de las predicciones del eterno Peter Drucker
- 4.8.2 Las reflexiones de un prestigioso "baby boomer"
- 4.8.3 La salud y los conceptos de asimetría y selección adversa

4.9 La gestión de la salud. Obstáculos y éxitos
4.9.1 Los obstáculos para gestionar un sistema de salud para la tercera edad en la Argentina.
4.9.2 Los grandes obstáculos para la producción de salud en el mundo
4.9.3 Las dificultades de atención de la salud en América Latina
4.9.4 Las causas asociadas a los problemas de atención de salud
4.9.5 El impacto diferenciado de los problemas de atención de salud
4.9.6 Los grandes logros en la obtención de longevidad y bienestar
4.10 Modelos de gestión para la atención de la longevidad en Argentina
4.10.1 Elementos del modelo de atención progresiva
4.11 Claves para la promoción de un envejecimiento saludable
4.12 El tiempo previo a la jubilación y la vida después de la jubilación
4.12.1 Capital social
4.12.2 Salud mental
4.12.3 Entorno
4.12.4 Nutrición
4.12.5 Actividades físicas
4.12.6 Prevención de lesiones
4.12.7 Tabaquismo/alcoholismo
4.12.8 Medicamentos y problemas relacionados
4.12.9 Servicios preventivos de salud

ANEXO I: Estadísticas Oficiales de Vulnerabilidad Regional y Cobertura de Afiliados al INSSJP.
ANEXO II: Estadísticas Oficiales de Distribución Poblacional Afiliados al INSSJP.
ANEXO III: Programa de Patologías Prevalentes HADOB

4.1 Asignación de recursos en términos de los significados del envejecimiento

El problema de la escasez domina el campo de estudio de la ciencia económica. La escasez deriva a su vez de la contraposición de fines ilimitados y medios limitados. Expresa Ludwig Von Mises[131] que los medios resultan siempre escasos para alcanzar todos los objetivos a los que el hombre aspira. Si el hombre no se viera cercado por la escasez, su actuar carecería de objeto.

Trasladando este pensamiento de la economía neoclásica al caso de la vejez, la mejor opción para la asignación de recursos es la que produzca el mejor resultado con el menor costo posible.

La perspectiva económica puede asimilarse al planteo de Max Weber respecto de la acción social racional con arreglo a fines, guiada por el cálculo y la reflexión[132]. Pero para avanzar un paso más allá, recordemos que Weber distinguió dos conceptos sociológicos fundamentales: "comunidad" *(Vergemeinschaftung)* y "sociedad" *(Vergesellschaftung)* designando con el primero una relación social en que la actitud de la acción social se inspira en el sentimiento afectivo de constituir un todo, y con el segundo una relación social en que la actitud de la acción social se inspira en una compensación de intereses por motivos racionales.

El sociólogo alemán Ferdinad Tönnies ya se había referido a las formas de sociabilidad en su obra *Gemeinschaf und Gesellschaft* (1887), traducida al español como *Comunidad y sociedad.* A los efectos que nos interesan, los significados de los vocablos son los que el mismo autor explicó cincuenta años después en sus *Principios de sociología*, donde aludió a la conexión que guardan los integrantes de los grupos como "relaciones comunitarias" y "relaciones societarias" identificando a las primeras con la "voluntad esencial" del grupo y a las segundas como "voluntad de arbitrio".

La acción humana es de naturaleza compleja y ha sido objeto de estudio por muchos autores (Parsons, Gurvitch, Marx, Durkheim, etc.) y el tema de resolver problemas de elección es asimismo complejo.

Jürgen Habermas[133] opina que la sociedad no está sólo dominada por la razón del arreglo a fines (racionalidad teleológica), ni únicamente con valores como la ciencia, la moral y la religión. Para él, la sociedad se integra con los valores y con la "razón pura" por medio de la comunicación. Es por ello que el sistema político para tomar decisiones de asignación de recursos, requiere de un complejo aporte de lealtad de masas y cuando el sistema de legitimación no alcanza el nivel de lealtad requerido se produce una *crisis* de legitimación. En función de esto, es posible que la situación social exija que toda decisión sobre el envejecimiento y la asignación de recursos, deban ser debatidas en un trasfondo de aguda crisis de legitimación.

[131] Von Mises, L., *La acción Humana,* Unión Editorial, Madrid, 1980.
[132] Weber, M., *Economía y Sociedad,* FCE, México, 1994.
[133] Habermas, J., *Problemas de legitimación en el capitalismo tardío*, Amorrortu, Buenos Aires, 1986.

Para Habermas, la crisis de racionalidad es una crisis sistémica desplazada al igual que la crisis económica, mientras que la crisis de legitimación es directamente una crisis de identidad. El déficit de racionalidad del Estado significa que éste, en determinadas condiciones, no puede aportar al sistema económico rendimientos positivos ya que actúa para intereses no generalizables.

Asimismo, el déficit de legitimación significa que con medios administrativos no podrán producirse estructuras normativas. El sistema político tendrá entonces que desplazar sus límites hacia el interior del sistema sociocultural y no sólo del económico con lo que la crisis afectará a todas las esferas, incluidas las del "mundo de vida" y sus procesos ideológicos y simbólicos[134].

En suma, para Habermas, la Teoría de la Crisis se sintetiza en una enumeración de las contradicciones que afectan al sistema de las sociedades post-industriales avanzadas. Estas contradicciones se resumen en:

a) El sistema económico no produce la cantidad requerida de valores consumibles.
b) El sistema administrativo no aporta decisiones racionales en el grado requerido.
c) El sistema de legitimación no produce motivaciones generalizadas también en el grado necesario.
d) El sistema sociocultural no genera sentido motivador para la acción en el grado imprescindible y básico.

La conclusión última a la que llega Habermas es la articulación del concepto de crisis, no tanto sobre los procesos de carácter económico sino sobre los procesos ideológicos y significativos colectivos. Es aquí donde la motivación social y la racionalidad se convierten en los fenómenos más vulnerados por el sistema. La irracionalidad global de todas las esferas sociales, si no se toman medidas esenciales, puede ser el rumbo de las futuras sociedades de capitalismo tardío.

Para adentrarnos en la naturaleza del problema, la figura 4.1 presenta un esquema de intersecciones entre niveles de atención y promoción del envejecimiento productivo, con el espectro de preferencias de los distintos actores. Este es el panorama de opciones que se enfrenta ante la compleja situación de repartir los recursos escasos entre el cuidado y atención de ancianos incapaces y vulnerables y la promoción de la salud y el envejecimiento productivo, que a largo plazo equivale a un mejor nivel sanitario para un mayor número de individuos.

Estas elecciones tienen lugar constantemente, pero de manera velada y errática, ya que exponerlas aún cuando resulten de una aceptable racionalidad, cuando no están fundadas en el marco de un consenso ético, conlleva conflictos, arbitrariedades y enfrentamientos.

[134] Muñoz, B., "Teoría de la Crisis. Habermas / Offe", en Reyes, R., (Dir), *Diccionario Crítico de Ciencias Sociales,* Tomos I-IV, Ed. Plaza & Valdés, Madrid, 2008.

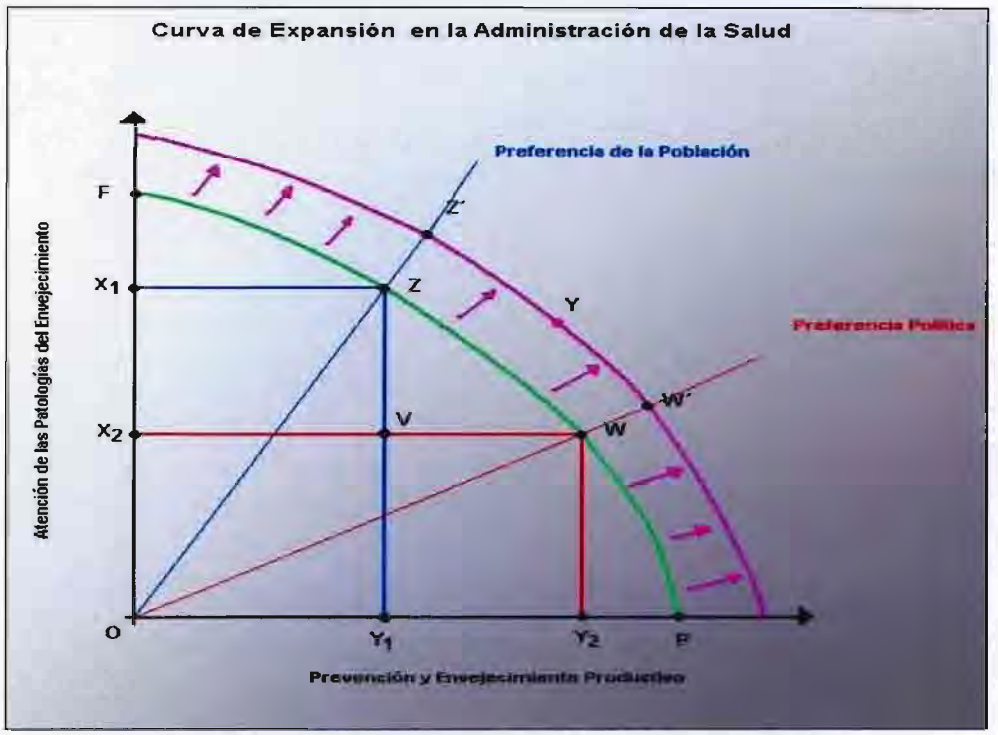


Figura 4.1: Curva de Expansión en la Administración de la Salud

Lo que nos lleva nuevamente a Habermas, ya que estas decisiones están afectadas por una "crisis de legitimidad". Los casos más ilustrativos son las decisiones de transplante, de diálisis renal[135], y en general de terapias de alto costo que se limitan en razón de la vejez.

Como puede deducirse, el problema no es técnico. Trasladarse en la curva de preferencias es posible. Lo difícil es hacerlo de modo que la decisión sea el resultado de un acuerdo explícito, en el cual cada individuo pueda reconocerse a sí mismo en las decisiones y en los valores que las inspiran.

La asignación de recursos para la salud de los adultos mayores, exige articular los fundamentos que individualicen las necesidades consideradas legítimas. Y para lograr esto es necesario poner el claro los significados de la vejez implícitos en la definición de sus necesidades. Utilizaremos para ello los escenarios planteados por Harry Moody[136], a los que sucintamente nos hemos referido en el Capítulo I *in fine*.

4.1.1 Cuatro escenarios

Cada uno de ellos supone un significado diferente de la longevidad y su consecuencia tiende al desarrollo de políticas distintas para la asignación de los recursos de la salud.

[135] El National Health Service, en Gran Bretaña, decidió durante muchos años con respecto a quiénes podían beneficiarse con el servicio de diálisis y quiénes no, en función de la edad, favoreciendo a los más jóvenes.
[136] Moody, H., "Ageing, Meaning...", *Op. Cit.*

Prolongación de la morbilidad

La expectativa de vida ha crecido entre los adultos mayores. Esto ha redundado en períodos más largos de buena salud entre los jóvenes-viejos (65-75) acompañados de enfermedades entre los mayores de 75 quienes se enfrentan a una creciente decrepitud.

Esta tendencia trae consigo que el futuro traiga un período más prolongado de morbilidad, con una supervivencia hasta edades muy avanzadas, con una muy pobre calidad de vida. Los avances en la atención de la salud que han permitido a gran cantidad de personas vivir hasta una edad muy avanzada, se han realizado bajo circunstancias que dan lugar a cuestionamientos sobre las ventajas de una continua supervivencia. Surge inmediatamente el interrogante de hasta que punto tiene sentido insumir recursos en cuidados de salud geriátricos.

Si buena vejez es calidad de la vejez, entonces las políticas de asignación de recursos deberían favorecer la finalización de los tratamientos y terapias sobre esta base. Obsérvese que este sistema de pensamiento no es inherente sólo a la vejez; puede ser aplicable a todos los grupos de edades, y puede definirse en términos de la generación de un valor social en los casos extremos de este escenario. Si se alcanza la longevidad, sin que se logre reducir el cuadro de enfermedades asociadas al envejecimiento, comienzan a plantearse los límites al incesante aumento de los costos por una parte, y al deterioro creciente por otra.

Día a día presenciamos situaciones en que los ancianos optan por una decisión estoica (permanecer en su hogar hasta que llegue el fin), antes que vivir encerrados y decadentes en un hogar geriátrico. El derecho al suicido asistido y la eutanasia, forman parte también de las visiones extremas posibles. La justificación filosófica de esta posición tiene sus raíces en el estoicismo, una perspectiva donde la libertad absoluta de la libertad individual frente al mundo exterior y al propio cuerpo, expresa también el sentido de la vida y los límites a una vida sin sentido.

Pero las decisiones individuales de esta clase, basadas en un patrón subjetivo de la prolongación de una vida sin sentido, no pueden extrapolarse de manera generalizada como materia de políticas públicas. Se plantea aquí el dilema de adoptar actitudes permisivas frente a la muerte autodeterminada, o retirar recursos que se emplean en la extensión de "calidades de vida indeseables"

Ahora bien: ¿cómo impedir los excesos y el avance hacia analogías impropias? ¿Cómo y por quién decidir que una vida humana carece de valor o de sentido? ¿Cómo encontrar el óptimo entre los dos puntos de la curva? ¿Cómo legitimar ese óptimo?

Reducción de la morbilidad

Este escenario remite a James Fries[137] quien parte del relevamiento de las condiciones y factores biomédicos modificables y no modificables que ocurren a lo largo del proceso de envejecimiento. Estos factores fundamentan la creación de programas basándose en modelos teóricos, cuyo objetivo general es la promoción de un envejecimiento positivo.

Los objetivos específicos procuran transmitir conocimientos básicos sobre el comportamiento necesario para envejecer activa y competentemente, promover estilos saludables, optimizar aptitudes personales y condiciones sociales, logrando a largo plazo mejorar la salud. Este modelo individual de envejecimiento con éxito intenta operar sobre diferentes factores para el logro de condiciones de salud, sociales y personales, eliminando los signos y síntomas negativos que aparecen en la máxima edad.

Se plantea aquí el escenario opuesto al caso anterior. Se parte de la aceptación de un límite biológico a la vida humana, de 120 años aproximadamente (es decir que se concibe que sigue existiendo el límite de la vida) pero se enfrenta el desafío de eliminar los signos y síntomas del envejecimiento que aparecen antes de esa edad máxima, transformando la vejez en un período de vida que se prolonga siempre y en el cual las posibilidades de realización personal se vuelven posibles a escala masiva.

El paradigma de la compresión o reducción de la morbilidad sostiene que cuanto más se posterga la edad promedio de la primera dolencia, incapacidad o enfermedad, mayor será el aumento de la esperanza de vida, posteriormente la duración del período de morbilidad quedará comprimido a un lapso breve, cercano al momento de la muerte.

Según Fries[138], las estadísticas oficiales de salud de los Estados Unidos, están apoyando su tesis y las incapacidades están cayendo un 2% por año, principalmente entre las personas que tienen una conducta de bajo riesgo quienes tienen una cuarta parte de las incapacidades que afectan a los que tienen factores de riesgo más altos. Además en este grupo, el inicio de las incapacidades se prorroga entre 7 y 12 años. Cuando llegan a viejos tienen mejor estado de salud y menor utilización de asistencia médica. Desde esta visión de las cosas, las políticas de asignación de recursos deberían reducir los métodos de rehabilitación para individuos severamente discapacitados, a favor de la investigación médica y la promoción de la salud con el fin de hacer más saludable a una mayor población de ancianos por un período más largo en la última etapa de la vida, postergando la morbilidad y haciendo de la vejez una extensión de la mediana edad, apuntando a una *"modernización de la vejez", "envejecimiento exitoso" o "envejecimiento productivo"*. En otras palabras, habría que identificar las decisiones con mayor probabilidad de ser efectivas para producir la mayor cantidad de años de vida de calidad para la mayoría de la población.

[137] Fries, J., "Aging natural death and the compression of morbidity", en *The New England Journal of Medicine*, Vol. 303, Massachusetts, 1980.
[138] Fries, J., "Measuring and Monitoring Succes in Compressing Morbidity", en *Annals of Internal Medicine*, Vol. 139, septiembre de 2003.

En materia de asignación de recursos a corto plazo, este escenario se funda en la visión utilitarista de máximo bienestar para el mayor número posible de personas, lo que transportado al esquema del gráfico significa descender desde el punto Z hacia el punto W no porque la gente más vieja tenga menos derecho a los recursos que los más jóvenes, sino porque los recursos darían mayor felicidad a un mayor número de personas.

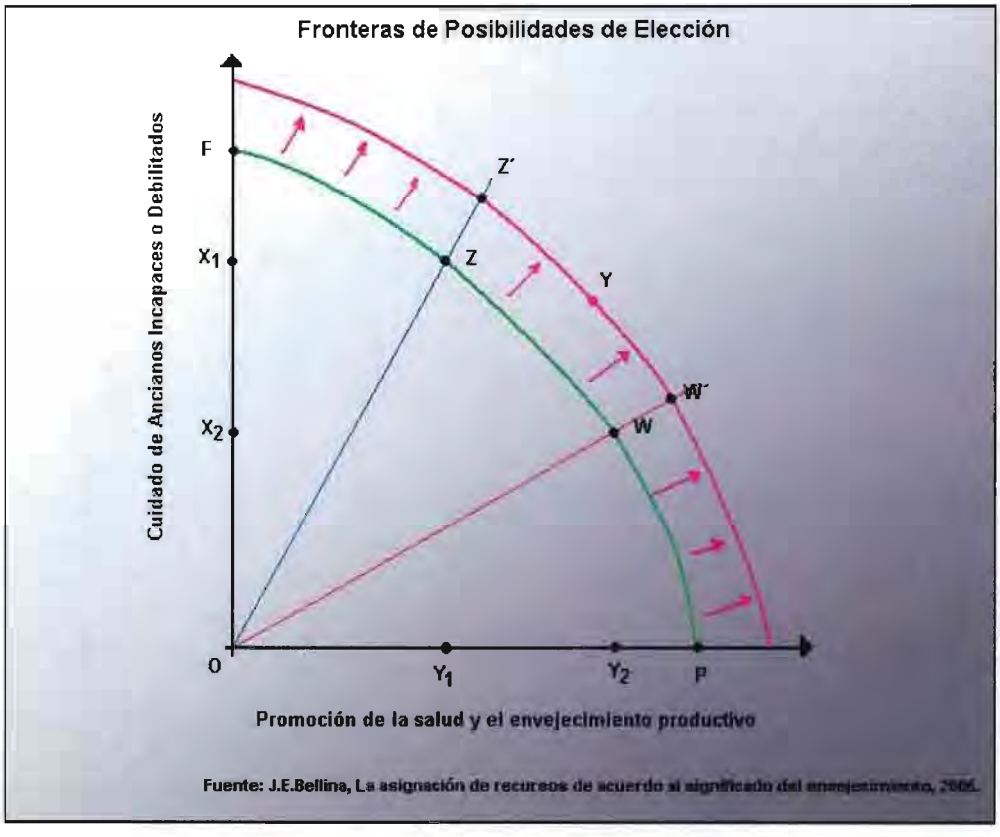


Figura 4.2: Cuidado de Ancianos Incapaces o Debilitados

Así presentado, este escenario en sí mismo no justifica la preferencia de una etapa de la vida por sobre otra, no hay curso alguno de vida "natural" al cual invocar. En realidad lo que sugiere es asumir el compromiso de rever la última etapa de vida, transformándola en algo diferente a lo que ha sido en el curso natural de la vida a lo largo de toda la historia.

Este escenario sólo sería posible si lograse posponer todas y cada una de las enfermedades y condiciones de cronicidad exactamente hasta el momento anterior a la muerte.

Puede deducirse que esta perspectiva es optimista respecto de la vejes, ya que aunque acepta un límite a la vida, dentro de ese límite propugna que la existencia humana florezca hasta el final. El hecho de que los ancianos permanezcan saludables durante mucho tiempo, hace aflorar una pregunta: ¿cómo justificar la asignación de recursos sociales para una vejez tan vital? Se

planteará en el caso de que se haga realidad un envejecimiento exitoso o productivo, la idea de requerir que la gente "devuelva" a la sociedad, parte de lo que ella invirtió para lograr ese objetivo. Porque en definitiva, la mayor productividad de la futura población en edad longeva, permitiría desplazar hacia fuera los puntos de intersección de las dos variables, tal que aún destinando una menor proporción de recursos al cuidado de los más débiles, en valores absolutos, tal reducción no sería traumática.

Ahora bien, no dejemos de lado que esta es una postura optimista de la tecnología médica, que implica el sacrificio de una generación a favor de otra. Aquí aparecen cuestiones de justicia intergeneracional respecto de las cuales el enfoque económico pasa a segundo plano.

Prolongevidad

El tercer escenario prioriza la inversión de los recursos para la investigación orientada al aumento de la expectativa de vida (prolongevidad). Según este esquema de pensamiento, el envejecimiento es un proceso que puede ser controlado, extendiendo la duración de la vida y el estado de salud hasta el límite biológico de aproximadamente 100 a 120 años para el ser humano. Cabe señalar que Jeanne Calment, con buenos registros de nacimiento y defunción en Arlés (Francia), alcanzo 124 de edad y es la persona más longeva conocida[139].

En el campo de las ciencias biológicas, hay múltiples teorías, hipótesis, escuelas de pensamiento, e investigaciones en desarrollo sobre el envejecimiento. Entre ellas se destacan: la ***teoría de los radicales libres, la hipótesis mitocondrial del envejecimiento, la teoría de los telómeros ó teoría del reloj celular, y las hipótesis inmunológica y endocrinológica.*** También hay posiciones que rechazan toda frontera temporal natural y consideran posible eliminar todos los límites a la extensión de la vida humana, ya que si en principio, la tecnología y la ciencia no reconocen limites, no hay razón para aceptar una longevidad máxima como algo dado.

La teoría de los radicales libres del oxígeno como el mecanismo molecular del envejecimiento con su hipótesis derivada de la producción mitocondrial de radicales libres es probablemente la línea de pensamiento más aceptada. La teoría fue enunciada en 1954 por la argentina Rebeca Gerschman y en 1956 por Denhan Harman. La línea de pensamiento sostiene que los radicales libres son productos secundarios de la respiración; interesantemente, la vida (respiración) conlleva la producción de los mensajeros del envejecimiento (radicales libres). La hipótesis mitocondrial del envejecimiento ha recibido interesante apoyo al asociar, en experimentos en ratas y ratones, mejorías en la mitocondrias de cerebro con mejorías en la función cognitiva y neuromuscular, en condiciones de ejercicio moderado, disminución de la ingesta calórica, alta actividad neurológica espontanea y suplementación con vitamina E[140].

[139] http://en.wikipedia.org/wiki/Jeanne_Calment.
[140] Navarro, A., Boveris, A., "The mitocondrial energy transduction system and the aging process", in *AJP Cell Physiology,* 292, C670-C686 (2007).

La teoría de los telómeros, (del griego: *telos*, final; *meros*; parte de la secuencia de ácidos nucleicos que se encuentran al final de los cromosomas) se apoya en la observación, por parte de investigadores de la Geron Corporation (California), de que cada vez que se produce una división celular, los telómeros se acortan y que el proceso lleva finalmente a la muerte de las células. Los telómeros humanos están programados para reducirse alrededor de 100 pares de bases por división celular y, cuando la pérdida total alcanza muchos miles de bases, las células dejan de dividirse y entran en la senectud (vejez). Las investigaciones apuntan a modificar ese mecanismo[141]-[142].

Las teorías inmunológica y endocrinológica se focalizan en detener la "inmunosenescencia" y la "endocrinosenescencia" que son disminución de las funciones inmunológicas y endocrinas asociadas al envejecimiento que va mermando la vitalidad del organismo. Para reactivar al sistema inmunitario y al sistema endocrino se propone la neutralización de los radicales libres de oxígeno generados por causas ambientales, la disminución del aporte calórico en las dietas, el aumento de la actividad física, y la prevención y control de shocks afectivos[143].

Hay otras teorías e investigaciones sobre las cuales no nos explayaremos aquí pero cabe la reflexión en este escenario, que es el más explicito en su rechazo de cualquier determinación de patrones éticos o económicos en la asignación de recursos. Esta posición lleva implícito un compromiso incondicional con el avance de la ciencia, y una duda permanente acerca de cualquier enunciación de "naturaleza humana" que limite la capacidad de aplicar el conocimiento a la extensión indefinida de la vida.

Actualmente, lograr una supervivencia indefinida bajo condiciones favorables de control tecnológico, y retrasar o eliminar el envejecimiento, supone un conocimiento de la biología del envejecimiento mucho mas avanzado que el que hoy se posee. Pero no hay que descartar que tal comprensión se produzca ante los resultados de inversiones en proyectos de avanzada, como por ejemplo el genoma humano.

Ahora bien, este escenario implica destinar un nivel importante de los recursos de salud hacia la investigación básica sobre el proceso de extensión de la vida humana.

Hay infinidad de científicos dedicados a la investigación tendiente a detener o suprimir el envejecimiento. La lucha contra la enfermedad, la vejez y la muerte, nunca había avanzado tanto como en el presente siglo. Sin los actuales medicamentos viviríamos hoy unos treinta años menos[144].

---

[141] Chuaire, L., "Telómeros y telomerasa: Breve recuento de una historia iniciada por Hermann Müller y Bárbara McClintock", en *Colombia Médica*, Universidad del Valle, Cali, septiembre de 2006.

[142] Trégouët, R., "La esperanza de vida puede duplicarse en el siglo XXI", en *www.tendencias21.net*, 29 de junio de 2004.

[143] Pérez y Pérez, F., "Sistema inmunológico y envejecimiento: Inmunosenescencia", *CEOMA – Confederación Española de Organizaciones de Mayores, VI Congreso*, Comunicación N° 30, Valladolid, 19-21 de octubre de 2003.

[144] Sánchez García, P., *ABC*, Madrid, 14 de enero de 1999.

Piénsese que en el mundo romano la esperanza de vida era de veinte años, y hoy la situamos en los ochenta. La longevidad, la prolongación por quince años, al menos, de la vida humana y de su relativa plenitud hasta edades muy avanzadas, constituye según Julián Marías[145], el hecho capital de nuestra época. Para ilustrar el concepto, pueden citarse las esperanzas de vida (promedio de vida de los fallecidos ese año) para 1901 y para 2000 en la ciudad de Buenos Aires y en todo el país de España. Para Buenos Aires: en 1901, 42,1 años para los varones y 47,5 años para las mujeres; en 2000, 70,6 años para los varones y 76,5 años para las mujeres (67,7 % y 61,0 % de aumento, respectivamente). Para España: en 1901, 33,8 años para los varones y 35,1 años para las mujeres; en 2000, 74,5 años para los varones y 82,1 años para las mujeres (120 % y 134% de aumento, respectivamente).

Recuperación del mundo de la vida

Este cuarto escenario acepta colectiva y voluntariamente los límites de la vida, rechazando la biomedicalización y biotecnologización de la vejez, o las llamadas "tecnologías duras" hospitalarias, diseñadas más desde la ingeniería que desde la medicina.

Fue Husserl[146] quien introdujo la expresión *Mundo de la Vida (Lebenswelt)*, en el sentido de que las crisis de la ciencia europea, residía en que se apoderaba de la vida en su totalidad, contribuyendo de ese modo a una crisis vital. El riesgo radicaba en que la ciencia podía derivar en una tiranía del *logos*, en una pretensión de conducir la vida de los hombres de acuerdo a una idea de racionalidad universal o de racionalidad científica.

Habermas coincide con Husserl en cuanto al riesgo del ilimitado avance de la ciencia y la técnica en situaciones que producen una descomposición de la vida. En su modelo, la sociedad debe analizarse con dos formas de racionalidad: la racionalidad sustantiva del mundo de la vida y la racionalidad formal del sistema.

El mundo de la vida representa una perspectiva interna como el punto de vista de los sujetos que actúan sobre la sociedad. El sistema representa la perspectiva externa, la estructura sistémica (la racionalidad técnica, burocratizada (weberiana) de las instituciones). En el análisis de Habermas, la sociedad es un conglomerado de sistemas complejos en la que el actor desaparece transformado en procesos[147].

La perspectiva del escenario que presentamos, se proyecta hacia el recupero de algunas de las virtudes de la idea tradicional de las "etapas de la vida", evocando el ideal de compromiso vital intergeneracional, rescatando la preocupación de los ancianos por el bienestar de las generaciones futuras, así

[145] Marías, J., "Profundidad", *ABC*, 2 de octubre de 1999.
[146] Husserl, E., *La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental.* Crítica, Barcelona 1991
[147] Vargas-Mendoza, J. E., *Teoría de la Acción Comunicativa: Jürgen Habermas,* Asociación Oaxaqueña de Psicología, México, 2006.

como la dedicación de los jóvenes a la atención de los viejos. Desde un punto de vista ético, en esta etapa de la vida, el deterioro de la energía del anciano debía dar lugar a un creciente deber de los jóvenes a quienes está encomendada esa vida en declinación.

El hombre anciano, por su parte, también debería aceptar el fin de la vida, y entender como obsequio todo lo que en cada ocasión se le conceda en tiempo y logros. En esta concepción, la longevidad puede restringirse por razones de solidaridad o justicia intergeneracional. Tanto el bien común como las necesidades de las generaciones futuras, serían valores para sostener la limitación de la longevidad en cualquier generación.

Este panorama, como es visible, supone el significado de la vejez en la finitud de la vida humana como condición a ser aceptada voluntariamente. Es optar por algo menos que el máximo de la prolongación de la vida que la tecnología pueda proveer.

Es fácil advertir que la adopción de estos principios conlleva serios problemas de equidad. Poniendo límites al gasto público en salud, algunas personas podrían en el ámbito privado seguir invirtiendo en investigaciones biomédicas para promover la extensión de la vida. Determinados grupos con mayores recursos accederían a estas tecnologías, con lo que las desigualdades resultantes serían difíciles de controlar.

En consecuencia, la aceptación voluntaria de los límites a la vida perdería consenso, y los controles de costos a la provisión de cuidados de salud públicos, perdería legitimidad.

4.2 Los significados de la mortalidad

Dice Amartya Sen recordando a Toynbee[148] "Cuando me descubro resintiendo el no ser inmortal, me obligo a la reflexión al preguntarme si en verdad me atrae la perspectiva de tener que llenar por un número infinito de años la declaración del impuesto sobre la renta". Quizá la vida perpetua, reflexiona Sen, imponga riesgos de mayor alcance, pero, el punto en discusión, es la diferencia entre la vida longeva y la de corta duración.

No cabe duda de que la vida longeva es una aspiración compartida por muchos. Aunque no es a lo único que aspiramos, una vida longeva se valora casi de manera universal, y además se valora bien. Esto ocurre no sólo porque la condición de la existencia está de por sí valorada, sino porque es requisito indispensable para llevar a cabo los planes y proyectos que tengamos razón de valorar.

Los grandes cambios en la mortalidad que siguen ocurriendo en el mundo no consisten en extender la vida por tiempo inimaginable. Se relacionan con

[148] Sen, A. y Kliksberg, B, *Primero la Gente. Una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado*, Temas Grupo Editorial, Buenos Aires, 2009.

evitar la muerte prematura de lactantes, niños y adultos jóvenes de mediana edad. Tal vez tiene razón el *Eclesiastés* al señalar que todo tiene su hora: la hora de nacer, la hora de morir, pero es excesivamente alto el número de muertes que se pueden prevenir, y sin embargo ocurren antes de esa "hora de morir".

La extensión de la perspectiva de vida, no sólo es típicamente valiosa por sí misma, sino también por sus características asociadas (como la reducción de la morbilidad). Éstas comprenden aspectos correlativos a la mortalidad, como la alfabetización de adultos, la educación de la mujer, las tasas de natalidad y fertilidad y otras, que no se vinculan directamente con la mortalidad, pero sí ésta con la morbilidad. Por ejemplo, para el grupo de 88 países de bajos ingresos y de ingresos medios bajos, según la definición del Banco Mundial en su Informe de Desarrollo Mundial 1994, la expectativa de vida tiene un rango de correlación de 0,86 con la alfabetización adulta total; de 0,89 con la alfabetización adulta femenina, de 0,88 con lo bajo de la tasa de natalidad, de 0,89 con lo bajo de la tasa de fertilidad; y de 0,95 con el IDH (Índice de Desarrollo humano del PNUD) que incluye varias variables adicionales a la expectativa de vida[149].

Es importante señalar estas conexiones causales y asociativas, porque los datos de la mortalidad se obtienen más fácilmente que la información sobre otros tipos de resultados asociados. En un contexto práctico, el significado de la información sobre mortalidad, descansa en una combinación de consideraciones que incluyen:

- La importancia que le damos a la vida
- El hecho de que muchas otras capacidades que valoramos, son contingentes al hecho de estar vivos
- Los datos sobre mortalidad específica por edad pueden, hasta cierto punto, servir como representación de logros y fracasos asociados que pueden considerarse importantes.

4.2.1 Mortalidad y variables económicas

Incuestionablemente los ingresos son un determinante básico de la supervivencia y de la muerte, como así también de la calidad de vida. Pero el ingreso es sólo una de las variables que afectan la posibilidad de disfrutar de la vida. Y algunas de esas otras variables son también influenciables por la política económica.

El PBI per cápita puede ser un buen indicio del ingreso real promedio de un país, pero los ingresos de las personas dependerán del patrón de distribución del ingreso nacional. Pero además la calidad de vida de una persona no depende sólo del ingreso sino de ciertas cualidades físicas y sociales.

[149] Estos datos son presentados por Amartya Sen en *Primero la Gente..., op,cit.* y se basan en los presentados en el Informe de Desarrollo Mundial 1994 y en el Informe de Desarrollo Humano 1994.

El medio epidemiológico en que vive una persona tiene un significativo impacto en la morbilidad-mortalidad. El acceso a los servicios de salud y la naturaleza del seguro médico tanto público como privado son influencias esenciales en la determinación de la vida y la muerte. Lo mismo ocurre con la educación básica, con el orden y la disciplina de la vida urbana y con el acceso al conocimiento.

Las variables económicas no son irrelevantes, pero son inadecuadas para captar muchas de las influencias causales de la calidad de vida y de la supervivencia humana.

Como ejemplo de estas aseveraciones, Sen aporta el caso del crecimiento del PBI per cápita en el Reino Unido para las primeras seis décadas del siglo XX y los incrementos de la expectativa de vida de los mismos períodos[150].

En el gráfico siguiente se observan dos características sorprendentes: la primera es que el patrón de aumento de la expectativa de vida es casi exactamente el opuesto a la expansión del PBI per cápita. Cualquiera que haya sido la causa del incremento de la esperanza de vida en esa época, no fue ciertamente el crecimiento económico.

Explica Sen, que este fenómeno no obedece tampoco a un desplazamiento en los efectos del avance del PBI de una década hacia la siguiente. Y arroja luz sobre la evolución de la longevidad, demostrando que los avances más significativos en la esperanza de vida se producen en las décadas 1911-1921 y 1941-1951, que corresponden a la Primera y Segunda Guerra Mundial. La explicación debe buscarse en la mejora de los servicios públicos de salud y de alimentación, condicionalmente asociados a los esfuerzos bélicos. Si bien el suministro total de alimentos se redujo durante la guerra, también disminuyó la desnutrición debido al uso eficaz de los sistemas de racionamiento que redundó en un modo equitativo de compartirlos.

Asimismo, en la década 1941-1951, surgió en Inglaterra el Servicio Nacional de Salud. Agrega Sen que también es posible que haya influido un mayor espíritu de solidaridad y el aumento de acciones de cooperación en los años de la guerra. Por tanto, es visible que existen elementos que inciden en el descenso de las tasas de mortalidad, y están vinculadas más que al ingreso per cápita, a la organización económica y al entorno social.

[150] Sen, A., *Primero la Gente... op cit.*

4.2.2 Crecimiento del PBI per cápita y Expectativa de Vida en Gran Bretaña.

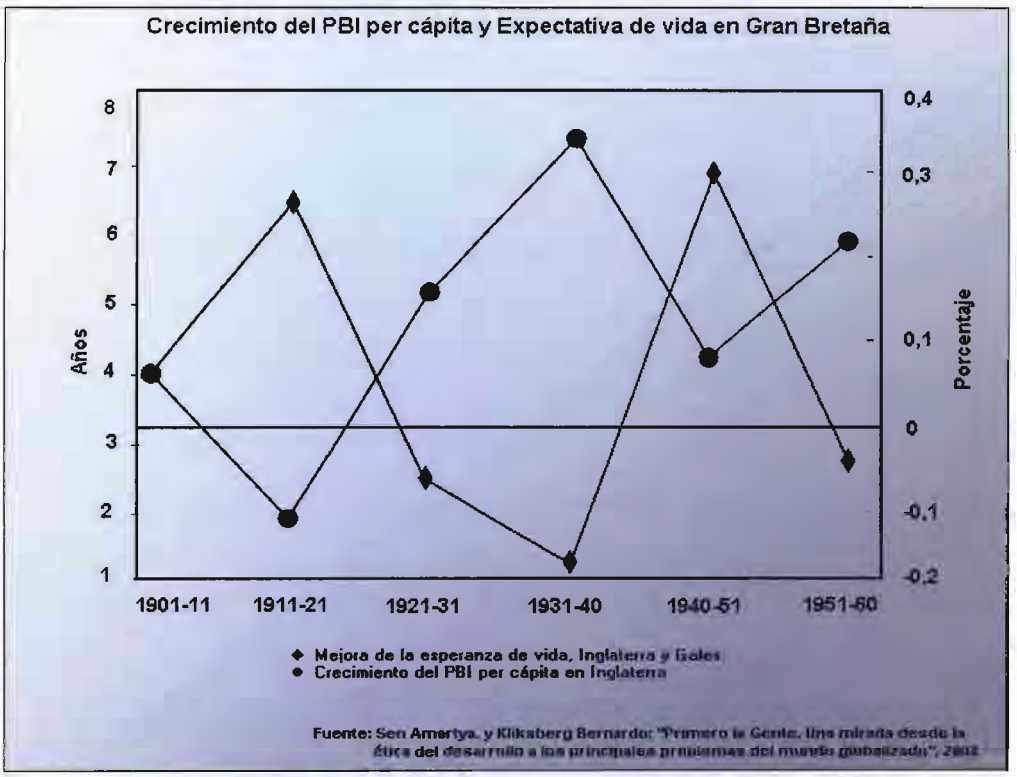


Figura 4.3: Crecimiento del PBI per cápita y Expectativa de vida en Gran Bretaña.

Es preciso aclarar que las cifras y datos que anteceden no implican que el crecimiento económico sea negativo para el aumento de la esperanza de vida. En realidad el crecimiento económico es conducente al aumento de la esperanza de vida ***en el caso de que se den otros supuestos.*** Más adelante nos referiremos a este tema, en el punto **Los grandes logros en la obtención de longevidad y bienestar** de este mismo capítulo.

4.3 El terreno de la gestión

Planteados las distintas corrientes de pensamiento sobre los significados y cursos futuros de la longevidad, abordaremos las diferentes dimensiones de la gestión, tanto en términos de eficiencia como de responsabilidad por el destino de los recursos. Esto se analizará desde la calidad de la administración de salud, y desde los distintos modelos de gestión.

Etimológicamente "gestión" proviene del latín *gestio - onis* , "acción de llevar a cabo", y abarca diferentes realidades: desde la ortodoxa noción de llevar a cabo la administración de los recursos, hasta la más amplia de agregar valor a los recursos. Todo un espectro de realidades que en su devenir, hablan de la gestión como un proceso continuo que "sintoniza necesidades, objetivos, bienes,

servicios, personas, y en general medios para abastecer las distintas maneras de *llevar a cabo*, los proyectos[151].

Dejaremos de lado por el momento el marco de opción entre las cuatro perspectivas expuestas. Muchos pensadores y especialistas se han expedido por unas u otras o por versiones que toman elementos mixtos. Pero tales opciones y sus proyecciones éticas, sólo pueden hacerse realidad mediante el funcionamiento de algún modelo de gestión de la salud que optimice la asignación de los recursos y proponga un sistema de agregar valor a los mismos, y consiguientemente a la vida humana.

Siendo así dedicaremos esta instancia a las características y formulación de los modelos de salud.

4.3.1 Breve reseña histórica

El primer canciller del imperio alemán, Otto Von Bismarck (1871), figura en la historia como fundador de la seguridad social en salud y su extensión a la tercera edad.

Durante la segunda parte de sus diecinueve años de gobierno inició un seguro de accidentes para la tercera edad, además de un modelo de medicina socializada. A partir de estas reformas se empezó a construir la seguridad social para los trabajadores durante la Revolución Industrial. Las áreas básicas de protección que se desarrollaron fueron la vejez y la invalidez, la supervivencia de viudas e hijos, el desempleo y también la salud.

Como hecho notable, ya a mediados del siglo XIX se establecieron autoridades nacionales de salud pública en Inglaterra, Francia, Alemania y los Estados Unidos de América. Ello impulsó el uso del análisis estadístico para organizar el enfrentamiento de los problemas de salud y se pudieron investigar las condiciones sanitarias en localidades y hogares en riesgo. También se organizaron los servicios hospitalarios materno-infantiles, lo que permitió iniciar el registro de los nacimientos.

En el siglo XX, la salud pública en el ámbito mundial ha debido considerar a los servicios de salud como un pilar importante en la estructura social de un país. En consecuencia, una de sus tareas prioritarias ha sido la organización de los servicios de salud, puesto que el Estado asumió su responsabilidad en este sentido y los nuevos descubrimientos han debido hacerse accesibles a toda la población, como instrumento de equidad social.

A comienzos de este mismo período, las condiciones de saneamiento ambiental mejoraban en Europa y los Estados Unidos, pero las condiciones sociales se habían deteriorado, aumentando los problemas de salud en los grupos

[151] Barbieri, A., *La gestión como clave en la integración iberoamericana,* Eudeba, Buenos Aires, 2008.

de menores ingresos. Por ello, muchos líderes sociales en el mundo, promovieron la responsabilidad social del Estado en la salud de la población.

Emergieron también las organizaciones internacionales en el campo de la salud, como la Oficina Sanitaria Panamericana, que se creó en 1902 y que en 1949 se constituyó como la oficina regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), pasando a llamarse Organización Panamericana de la Salud (OPS), organismo que ha establecido progresivamente lineamientos políticos y técnicos en el ámbito del adulto mayor como respuesta a los cambios demográficos y epidemiológicos regionales y mundiales.

La creciente crisis de los sistemas de financiamiento de la seguridad social en el mundo hizo que se estudiaran y aplicaran reformas en la mayoría de los ámbitos que involucran la seguridad de las personas, en particular aquellas relacionadas con los aspectos previsionales y gradualmente en materias de salud, entre otras.

La revolución científica y tecnológica que ocurrió particularmente después de la segunda guerra mundial aceleró la aparición de nuevos descubrimientos en el diagnóstico y la terapéutica médica. Al mismo tiempo, los costos de la atención médica han tendido a aumentar notoriamente. Por otra parte, los problemas de falta de equidad en el acceso a la misma se han agudizado en países de muy diferente orientación política y realidad económica.

El informe "Invertir en Salud" del Banco Mundial destaca como problemas actuales de los servicios de salud la asignación equivocada de recursos, la desigualdad en el acceso, la ineficiencia en el gasto y la explosión de los costos. Define algunas recomendaciones en el ámbito político-económico, tales como el fomento de políticas de crecimiento económico de los países, aumentando el ingreso *per cápita* y la disminución de las tasas de desempleo, aumento del nivel de educación general, mejoramiento del gasto público en salud con mayor énfasis en programas de intervención comunitaria de nivel primario, así como financiamiento y prestación de un conjunto de servicios clínicos básicos que deben dar respuesta a las características y condiciones epidemiológicas de cada país.

Además, establece la necesidad de mejorar la gestión de los servicios estatales a través de la descentralización en materias administrativas y presupuestarias, promoviendo la diversidad y competencia. Por otra parte, recomienda incentivar la generación de sistemas de seguros privados y públicos para enfermedades catastróficas y para aquellas no abarcadas por el conjunto de servicios básicos que otorgan los distintos planes.

4.3.2 Ensamble entre resiliencia y modelos de gestión

Alrededor de década de los cincuenta, especialistas en psicología y en sociología empezaron a detectar lo que se dio en llamar "resiliencia": capacidad de sobreponerse a situaciones traumáticas y, además, no tener secuelas o, incluso,

salir favorecido. Es el oculto potencial del ser humano[152].. El concepto de resiliencia no es nuevo en la historia. En la Biblia, Job, se sobrepone a la pérdida de todos sus bienes materiales.

En las últimas décadas la búsqueda de estrategias para promover la resiliencia en la tercera edad, se ha intensificado notablemente.

La razón es que el hombre se determina en función de las posibilidades, es decir de lo que puede ser pero todavía no es. En este sentido, Jaspers[153] reflexiona en un aspecto de suma importancia para la vida y el sufrimiento, en el hecho de que el hombre avanza y se detiene en la realización de su ser, y va superando tensiones y contradicciones, pero la vida es el descubrimiento del ser por su realización histórica, es trascendencia y satisfacción por lo completado, descubrimiento en el que se corre peligro, se extravía y se recupera.

El pensamiento de Jaspers penetra hondamente en las investigaciones sobre la tercera edad, ya que como psiquiatra, médico y filósofo, reflexionó durante toda su vida sobre el drama humano y sus problemas principales: la comunicación, el sufrimiento, la culpabilidad y la muerte.

La resiliencia forma parte del proceso evolutivo. El sujeto humano se ve sometido inevitablemente a adversidades frente a las cuales pondrá en juego su posibilidad de recuperarse y seguir adelante persiguiendo fines. Una de las temáticas evolutivas más característicamente propensa a significar adversidad, es es el envejecimiento. Plantea una puesta a prueba permanente de la posibilidad de conservar y renovar una vida significativa y productiva.

Las pérdidas sucesivas que supone el transcurso del tiempo en todos los órdenes, importan un desafío: aprender a compensar las pérdidas con ganancias, valorando y reforzando lo que no necesariamente se pierde: la sabiduría de la vejez.

Si bien la vida está signada por la muerte, la muerte es inherente a la vida y no a la vejez. Ésta debe colocarse del lado de la vida[154].

Con todo esto pretendemos afirmar que un modelo de gestión de salud para la longevidad debe fundarse en la inserción social, los vínculos afectivos, los objetivos de vida alentadores, y en suma en el proceso interactivo del sujeto envejeciente y su medio. Como hemos anticipado en la Introducción a este trabajo, se trata de un nuevo marco de pensamiento. De un paradigma diferente que nos lleve a solucionar los problemas de un modo racional dentro de un nuevo contexto.

Dada la obvia limitación de los recursos, y la necesidad de optimizar su asignación, los modelos de gestión basados en esta visión de la salud, no pueden

[152] Barbieri, A., *La gestión..., Op. cit.*
[153] Jaspers, K., *Psicopatología General*, Beta, Buenos Aires, 1977.
[154] Entrevista a la Dra. Graciela Zarebski, realizada en Buenos Aires en marzo de 2009.

coexistir con los antiguos. Como expresa Thomas Kuhn, deben imponerse de una vez, como el cambio de forma y fondo en la psicología de la Gestalt[155].

En síntesis, habrá que dejar de lado la vieja identificación de vejez con enfermedad, de asistencia sanitaria con hospitales y fármacos. Parafraseando a Marilyn Ferguson en su "Conspiración de Acuario"[156] habrá que reconocer que las profundas crisis que padecemos son formas de evidenciar la traición a la naturaleza perpetrada por nuestras instituciones.

4.3.3 La crisis de los modelos hegemónicos

Según el antropólogo mexicano Eduardo Menéndez[157], quién acuñó el concepto de modelo hegemónico aplicado a la salud, éste se caracteriza por el dominio del *biologicismo* en detrimento de otros niveles integrantes de la práctica clínica, epidemiológica y preventiva. Los componentes principales de dicho modelo son:

- biologicismo
- ahistoricidad
- individualismo
- exclusión del usuario al acceso a conocimientos
- tendencia a escindir la teoría de la práctica y la práctica de la investigación

Menéndez define al MMH como "el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado"[158]. La hegemonía de la biomedicina se acompaña a su vez de una expansión que Foucault llama "el fenómeno de la medicalización indefinida"[159].

El modelo entra en crisis según Menéndez, debido a las siguientes razones:

- Primariamente, el alza de los costos en medicamentos y equipo y secundariamente en el costo del personal. Esto ha conducido por lo menos en países capitalistas a crisis en los sistemas de seguridad social.

[155] Khun, T. S., *La estructura de las revoluciones científicas,* Fondo de Cultura Económica, México, 1971.
[156] Ferguson, M., *La conspiración de Acuario. Transformaciones personales y sociales en este fin de siglo,* Editorial Troquel, Buenos Aires, 1989.
[157] Menéndez, E., "Investigación antropológica, biografía y controles artesanales", en *Nueva Antropología,* Vol. XIII, N° 43, México, 1992.
[158] Menéndez, E., *Morir de Alcohol. Saber y Hegemonía Médica,* Editorial Alianza, México, 1990.
[159] Foucault, M., *La Vida de los Hombres Infames,* Editorial Altamira y Nordam Comunidad, Montevideo, 1996.

- Aumento correlativo del consumo de equipo y de fármacos; dentro de los fármacos se habría intensificado el consumo de aquellos que pueden conducir a consecuencias negativas en la salud.
- Aumento correlativo de la "intervención médica", una de cuyas expresiones más visibles y costosas son las intervenciones quirúrgicas, que en algunos casos está suponiendo normalizar determinado tipo de intervenciones como forma estandarizada de atención
- Aumento correlativo de la iatrogenia así como de la ineficacia.
- Predominio de los criterios de productividad y rendimiento en la atención, en detrimento de su calidad.
- Ampliación ideológica y técnica de la medicalización y reducción real de las áreas de eficacia.
- En general, carencia de relación entre el aumento de los costos, el perfil epidemiológico dominante y su control.
- La carencia de relación entre todos estos procesos y un panorama epidemiológico que en todos los contextos aparece determinado básicamente por factores socioeconómicos.
- Predominio de las estrategias curativas respecto de las preventivas en las instituciones de salud en general, y en particular en los sistemas de seguridad social, es decir en aquellos que cuentan con los mayores recursos financieros públicos.

Este panorama crítico conduce a Menéndez a la formulación de un modelo alternativo que en síntesis contemple:

- La importancia y legitimidad de la racionalidad cultural y social de los grupos.
- La importancia de las estrategias populares conducentes a un saber colectivo.
- La importancia del núcleo familiar y o comunal como el potencial del primer nivel real de atención.
- La importancia de la apropiación pragmática de los saberes y las prácticas de atención por el conjunto de las clases sociales.
- La incidencia de los mecanismos sociales de reciprocidad, y de los mecanismos de desigualdad social;
- La ponderación de las funciones de control y normalización de las prácticas curativas, y la necesidad del cuestionamiento institucional o por lo menos la apropiación colectiva de esos controles.

En el año 2006, el informe sobre Seguridad Social en América, publicado por la CISS (Conferencia Interamericana de Seguridad Social), tomando en consideración el contenido del informe de la OPS (Organización Panamericana de la Salud) en el que se advierte que el índice de envejecimiento se cuadruplicará para mediados de siglo, plantea como inevitable y urgente el diseño de

alternativas que hagan posible la subsistencia de los sistemas de la seguridad social. Las propuestas de las CISS ante tales proyecciones son las siguientes[160]:

- Acciones que prioricen la capacitación comunitaria
- Relevamiento y seguimiento gerontológico de grupos vulnerables en la Comunidad
- Investigación gerontológica comunitaria
- Establecimiento de programas preventivos con base comunitaria
- Diseño e implementación de un "vademecum no farmacológico" y acciones sobre el hábitat.

En la misma propuesta se aclara que estos son los desafíos de la CADAM (Comisión Americana de los Adultos Mayores) y su contribución a las acciones concretas a llevar adelante en el nuevo paradigma de planificar para la salud y no para la enfermedad.

4.3.4 El agotamiento del modelo hegemónico en la Argentina. "Hacia un cambio de foco"[161]

En la Argentina, es necesario transitar desde el modelo rígido y hegemónico de atención y financiamiento de la enfermedad a una modalidad amplia y más flexible con una óptica más avanzada que perciba otros horizontes. Según el Dr. Luciano Di Cesare, Director Ejecutivo del INSSJP – PAMI, la institución que dirige, requiere más de un modelo, es decir, todos los que sean necesarios, ya sea que respondan a la idea de retribución, de relación con los beneficiarios, o de relación con los efectores. Las circunstancias y el manejo de los recursos humanos y económicos y el panorama de necesidades no puede estar cristalizado en una manera de gestionar desvinculada de la estrategia y de la realidad.

En la actualidad, el sistema gira en torno a la enfermedad y no a la realidad de la búsqueda de salud. Es el propósito del Director, migrar de la situación de financiador de patologías a ser un promotor y protector de los usuarios en todos los sentidos inherentes a su estado de bienestar. Es en este aspecto que se requiere un "cambio de foco". La explosión de la longevidad no es el problema. En realidad, los extremos de la vida y la salud materno-infantil son los grupos que siempre requerirán mayor atención, pero no el tipo de atención que plantea el modelo económico, sino el tipo de atención que parte de nosotros mismos en la tarea de reconocer al otro.

Los adultos mayores están sometidos a una falsa identificación con la obsolescencia. Hay una distorsión de roles y una pérdida de derechos y de respeto y consideración hacia la soledad que los margina, los incomunica, los retira y les

[160] AMAOTE (Asociación Mutual de los Agentes de los Organismos de la Tercera Edad); CISS (Conferencia Interamericana de Seguridad Social) y CADAM (Comisión Americana de los Adultos Mayores), "Una década dedicada a la gerontología", México, agosto de 2008.

[161] Este punto responde íntegramente a conceptos vertidos por el Dr. Luciano Di Césare en la entrevista realizada en Buenos Aires, en mayo de 2009.

crea una visión de inaccesibilidad del mundo que los rodea...Eso es lo que hay que cambiar, y eso es lo que significa "reconocer al otro": recuperar su rol.

Ese objetivo no se alcanza construyendo más hospitales (sin perjuicio de que esto también se lleve a cabo). El proyecto integral va mucho más allá: trabajar con los municipios para construir centros de recreación, salas de usos múltiples, reformulación de clubes para adaptarlos a funciones como centros de día, etc.

¿Cuáles son las fases por las cuales pasa el proceso completo de atención? El momento inicial es el *padecer,* luego aparece el *malestar*, más tarde puede surgir el *enfermar,* y ahí se origina la obligación de atención sanitaria. Pero en todas las etapas previas, cabe la actuación propia de la gestión: por ejemplo, corrigiendo la soledad, el padecimiento y el malestar, puede que no aparezca la enfermedad. Y si aparece, por más que la patología sea indudable, la vivencia de ella será distinta, con una calidad de vida sustancialmente mejor.

El PAMI tiene para cada uno de sus beneficiarios un registro de prestaciones. Contiene el historial de exámenes realizados, la medicación que acostumbra tomar en orden de frecuencia, la individualización de su médico, dónde fue tratado, qué complicaciones ulteriores sufrió a posteriori del tratamiento, la terapia o la intervención, cuál es su expectativa de vida o su mortalidad. Toda esta información es apropiada para efectuar mediciones, y también para generar incentivos. Se mide el momento y período de internación, el motivo, y si es el caso el momento del deceso.

Dentro del panorama asistencial se evidencia un déficit, dado que la demanda más importante hoy en día es la consulta al especialista. Hay otros problemas, de los cuales los principales son:

- Déficit de camas
- Déficit de personal de enfermería
- Déficit dentro de las categorías de camas. En este ítem en las de terapia intensiva, en particular en momentos de alta epidemiológica.

En opinión del Dr. Di Césare, el Instituto es apto para atender patologías graves y de alta complejidad, ya que tiene cobertura total, en más amplia dimensión que cualquier institución similar, y en forma gratuita para el beneficiario. Pero en el caso de situaciones de mediana complejidad, se presentan obstáculos. Si bien se trabaja y se invierte para mejorar el segundo nivel de atención debido a sus dificultades, es de hacer notar que las mismas dificultades se presentan para todas las poblaciones en todos los segmentos de edad.

En nuestro país no hay ninguna alternativa disponible que haga posible brindar servicios de atención de segundo nivel, con excelencia y calidad, a cuatro millones de personas. Hay instituciones muy buenas, otras buenas y otras mediocres. Ese es el recurso que manejamos, el marco de acción. Lo que hace el PAMI es auditarlas y en función de ello, colaborar para que mejoren.

4.3.4.1 Del eje en la institución al eje en las personas

El sistema está totalmente orientado al beneficiario, con una misión y una visión explícita, a diferencia del modelo de la gestión precedente. La misión es dar alivio y contención en la forma más rápida y eficiente posible, llegar en tiempo y en forma para todo lo que se necesita.

El modelo de gestión es un modelo de transparencia y de libre concurrencia.

Se basa en el relevamiento de datos. Una vez que se cuenta con el conjunto de datos, se determina la metodología, se establece la viabilidad y las acciones precisas para llevarla a cabo, a continuación se hace el diseño y luego de consensuado éste, se desarrolla.

El relevamiento de datos permite conocer:

a) cuáles son los procedimientos eficaces
b) cuáles son los procedimientos eficientes, no solamente medicamentosos,
c) cuáles son las instituciones con menos morbi-mortalidad.
d) cuáles son los médicos de cabecera que tienen menos morbi-mortalidad.
e) cuáles son las enfermedades prevalentes,
f) cuál es el primer motivo de consulta
g) cuáles son las conductas prescriptivas

4.3.4.2 Evolución del sistema en cifras y prestaciones

A fin de ilustrar debidamente los cambios en el funcionamiento de la Institución el Dr. Di Césare exhibe las siguientes cifras:

- 2004: 3 millones setenta y cuatro mil beneficiarios.
- 2004: La institución tenía 72 contratos de prestadores, pero en términos reales sólo podían contabilizarse seis.
- 2004: Eran 9 mil los beneficiarios que podían acceder a medicamentos en forma gratuita.
- 2009: 4 millones doscientos mil beneficiarios.
- 2009: Más de 12 mil contratos, con muchos de los prestadores totalmente individualizados.
- 2009: Son 600 mil los beneficiarios que pueden acceder a medicamentos en forma gratuita.
  2009: Desde 2005 se le otorgan 45 pesos a aquellos mayores de 65 años que ganan menos de 800 pesos. Esto representa 1millón trescientos mil beneficiarios.
- 2009: 400 mil personas reciben ayuda alimentaria.
- 2009: 20 mil mayores residen en instituciones geriátricas, residencias u hogares.

4.3.4.3 Un sistema basado en comunidad

En la actualidad, continúa explicando Di Césare, se está consolidando un modelo de atención domiciliaria que incluye cuidados paliativos. Esto resuelve un tema muy difícil: hay casos en que las personas que padecen problemas sociales, por motivos diversos, ocupan una cama de hospital sin necesidad real de permanecer internado.

Hay que tender a "deshospitalizar". De este modo se puede contar con las camas necesarias para los casos reales de atención de terapia intensiva u otros supuestos igualmente demandantes de servicio hospitalario.

El hospital, dice De Césare, es sin duda indispensable, pero también son indispensables todas las instancias previas. La gente seguirá enfermando, no precisamente por la vejez, y seguirá consumiendo medicamentos en cualquier etapa de la vida, y seguirá requiriendo atención sanitaria.

El tema central es lograr una vida mejor en todo lo que sucede antes y fuera de él. Este es el modelo que no tiene fronteras inalterables, que es flexible y se modifica en la medida en que cambian las demandas y los recursos materiales y humanos. Este modelo no es simplemente "socio-sanitario". Es "socio-comunitario"

4.3.4.4 Importancia de la articulación en redes

Destaca el INSSJP en uno de sus programas[162], que los proyectos de promoción y prevención tendrán mayor impacto social si se gestionan en articulación con otras Instituciones y Organismos. Las organizaciones que el Instituto considera como Efectores Comunitarios a través de los cuales gestiona recursos preventivos son aquéllas representativas de los Jubilados y Pensionados, conformadas como Centros de Jubilados, pero también puede adquirir la misma categoría, cualquier otro organismo que con objetivos comunes concurra a la gestión articulada de proyectos socio-preventivos sin adquirir características de Prestador, pudiendo ser, a título de ejemplo:

- Instituciones Religiosas
- Centros Culturales
- Sociedades de Fomento
- Otras ONG
- Centros médicos asistenciales, públicos o privados
- Instituciones no médicas, nacionales, provinciales o municipales
- Instituciones educativas públicas o privadas
- Instituciones Deportivas

[162] INNSJP, *Programa de Promoción y Prevención Sociocomunitaria, Op.cit.*

Cuando se produce la articulación de un proyecto con otros organismos, es requisito de su efectividad y eficiencia, que se fijen las condiciones y términos conjuntos, con especificación de responsables, objetivos, aporte de cada participante, plazos, resguardos requeridos y compromisos de reciprocidad en la información y resultados obtenidos.

4.4 La situación de la tercera edad en Argentina

Un informe oficial sobre la Tercera Edad en la Argentina, emanado de la Secretaria de la Tercera Edad y Acción Social[163], brinda una perspectiva amplia y a la vez profunda de los aspectos más importantes de este sector de la población. Aporta información y reflexión para exponer la problemática de los adultos mayores, y provee algunos fundamentos al accionar del sector público y la sociedad civil.

En el Informe se indica que alrededor del 30% de la población mayor de 65 años carece de beneficios previsionales, y sólo el 42% de la población económicamente activa realiza aportes. La pirámide poblacional argentina tiende al envejecimiento, tiende a convertirse en un rectángulo. A la fecha de presentación del informe, el 13,3 % de sus habitantes tiene más de 60 años. Lo más interesante del informe es que derrumba algunos mitos asociados a la vejez. Rompe con la idea de que el "abuelito" es un jubilado: la tercera parte carece de jubilación o pensión. También con el imaginario de que el viejo es enfermo o inválido: la mayor parte goza de buena salud y se basta a sí mismo en sus tareas cotidianas. Y con el horizonte de que su destino es un geriátrico: una ínfima proporción fue internada.

Lo más llamativo es que la mayor parte de los ancianos institucionalizados no necesita ningún tipo de ayuda para prepararse una comida o buscar esparcimiento con amigos.

La población mayor de 60 años suma 4,9 millones de mujeres y hombres de 60 y más. En su mayoría, se concentra en la denominada Área Metropolitana (AMBA) -Capital Federal y Gran Buenos Aires–. En 1998, el 15% de la población del AMBA era mayor de 65 años. Y en 1991, el 37,1% de los ancianos residía en Buenos Aires y alrededores. En esa misma región es donde, curiosamente, se concentra el grueso de los geriátricos privados. De los 433 hogares relevados en el Informe, 73,9% son privados (el 64,7 % con fines de lucro), y casi el 60% del total se encuentra concentrado en las grandes ciudades. Además, de los 280 privados con fines de lucro, 230 tienen diez años de antigüedad.

El Informe impulsa un "replanteo en las políticas hacia la vejez". Deben ser repensadas, teniendo en cuenta el proceso de envejecimiento de la población y que la cobertura previsional todavía no es universal, afirmó el Secretario de la

[163] Secretaría de la Tercera Edad y Acción Social, "Informe sobre la Tercera Edad en Argentina", Buenos Aires, marzo de 2001.

Tercera Edad, en una entrevista periodística[164].. Que no reciban cobertura porque no hayan contribuido al sistema no resiste el menor análisis, porque dos tercios de los fondos que mueve el sistema no proviene de los aportes sino de los impuestos. El estado debe garantizar un beneficio previsional a las personas mayores, hayan aportado o no

Durante todo el siglo XX, la cantidad de nacimientos descendió y, según el informe, también bajó el número de muertes, situación traducida en la mayor sobrevivencia de personas en edad avanzada y en una mejor calidad de vida. Por último, los migrantes europeos de fines del 1800 y principios del 1900 maduraron, sin ser reemplazados por nuevos contingentes de jóvenes en edad de reproducirse.

La conjugación de los tres factores provocó que (en el año que precede al Informe) nuestro país alcanzara el tercer lugar entre las naciones latinoamericanas más envejecidas, con el 13,3 por ciento de la PAM (Población adulta mayor).

Medido por género y por distribución geográfica, el fenómeno incide con mayor crudeza entre las mujeres y sobre las zonas urbanas. La población femenina envejece más rápidamente que la masculina. En 2000, la proporción de adultas mayores en el total de mujeres fue del 15%; entre los hombres, la relación fue del 11,5%. Cuando el corte se realiza por región, la PAM aparece altamente concentrada en la región pampeana y, dentro de ésta, en el área metropolitana Buenos Aires. La población rural resulta la más joven de las subpoblaciones; el conglomerado Capital-Conurbano, la más vieja. En el mismo sentido, el informe oficial señala que las regiones de la Patagonia y el Nordeste se destacan por la menor proporción de P.A.M.

4.4.1 Aportes para el diseño de políticas marco de administración de salud

Como elemento fundamental para el diseño de políticas, y para focalizar niveles de gestión de instituciones y servicios, se requiere definir los perfiles socio-sanitarios de la población beneficiaria, entendida como la línea base de la demanda. Del conocimiento de las características de la población objetivo –composición por edad y sexo, nivel socioeconómico y cultural, distribución geográfica, etc.- y de su perfil epidemiológico –morbi-mortalidad, prevalencia de enfermedades, esperanza de vida, etc.-, surgen los elementos básicos para las políticas de salud, como así también para la gestión de la oferta de prestaciones médico-asistenciales.

El componente demográfico y el epidemiológico constituyen la base para el diseño y la implementación de los programas de prevención, protección y promoción de la salud. El caso de las poblaciones diferenciadas como la tercera edad, permite prever la magnitud, ponderación planificación y eventuales costos de atención, a través de la estimación de las tasas de utilización de los servicios

[164] "Uno de cada tres mayores de 65 carece de jubilación o pensión", *Página 12*, Sección Sociedad, Buenos Aires, 7 de mayo de 2001.

asistenciales (consultas, internaciones, cirugías, rehabilitación) y preventivos (rutinas, inmunizaciones, métodos de detección).

Este análisis constituye una sólida herramienta para gestionar la atención racional, permitiendo ejercer algún grado de predicción, tanto de casos como del manejo de los costos en los distintos programas.

Los estudios epidemiológicos aplicados a poblaciones mayores de 60 años indican que va cobrando cada vez mayor importancia la realidad de que los últimos años de vida están frecuentemente acompañados por una disminución de la capacidad funcional y por un incremento de discapacidades y enfermedades.

Los investigadores adoptan posiciones divergentes entre los que sostienen que los últimos años de vida (dos en promedio) son los que concentran la mayor carga de enfermedad, independientemente de la edad cronológica y los que argumentan que una mayor longevidad expone a la gente a un período más largo de mala salud. Los estudios más modernos evidencian que las personas mayores en las sociedades industrializadas, con mayor ingreso *per cápita* y tasas más bajas de mortalidad, no sólo viven más sino también en mejor estado que sus pares de los países en desarrollo.

Esto supone que las personas de edad, en su gran mayoría pueden gozar de un buen estado de salud y desempeñar un rol social activo hasta bien entrada la vejez. Por tanto, el centro de gravedad en el análisis del estado de salud de los mayores es la capacidad funcional real, más que las enfermedades, ya que el mantenimiento del máximo de capacidad funcional posible es tan importante como el verse libre de patologías.

Un buen ejemplo de cómo una enfermedad, más allá de su diagnóstico o presencia formal puede tener múltiples y diversas secuelas funcionales es el de la diabetes, que puede derivar en amputaciones, retinopatías y neuropatías severas, a la vez que aumenta en forma importante el riesgo individual de padecer cardiopatía isquémica y accidentes cerebro-vasculares.

La medición de la longevidad o de la esperanza de vida, que en el caso de los ancianos, no indica necesariamente la carga global de la enfermedad que acompaña a esos años de vida, está siendo paulatinamente reemplazada por estudios que centran sus esfuerzos en medir la esperanza de vida libre de discapacidad, o sea la esperanza de vida saludable, en los términos expuestos en el Capítulo 3. De los resultados que emanan de los países desarrollados, surge que el nivel de discapacidades graves está descendiendo en el grupo de los adultos mayores a razón del 1,5% anual.

Aquí es importante acotar, que una buena parte de las enfermedades crónicas que reducen la capacidad funcional, es el resultado de un modo de vida poco saludable. En su informe sobre la carga global de morbilidad, Murray y López[165] mencionan el alcoholismo como la causa principal de discapacidad

[165] Murray, C. J. L., López A. D., *The global burden of disease and injurie series,* Harvard School of Public Health, Boston, 1996.

masculina en los países desarrollados, y la cuarta entre la población masculina de los países en desarrollo. Para 2020 se estima que el tabaquismo será la mayor causa de muerte prematura y de discapacidades, sobrepasando al SIDA.

También señalan los autores que las enfermedades no trasmisibles, susceptibles de prevención en gran medida como las cardiovasculares y el cáncer, sigue siendo una causa importante de discapacidad en países desarrollados y en desarrollo. En este último caso, dado que muchos de ellos sufren aún enfermedades infecciosas y malnutrición, la carga es múltiple.

Por otro lado, los factores sociales también afectan la capacidad funcional y actúan como un círculo vicioso o una realimentación negativa sobre las reales posibilidades de cambios de hábitos de vida hacia opciones más saludables.

La educación deficiente, la pobreza, las malas condiciones de vida y de trabajo, el desempleo, aumentan las probabilidades de reducir la capacidad funcional en las etapas tardías de la vida. En línea con ellas, aumentan los potenciales costos esperables de los sistemas de salud, especialmente en cuidados crónicos y en institucionalización.

En el siguiente cuadro se presenta el perfil de morbi-mortalidad en los mayores de 60 años para los países en desarrollo

Enfermedades en mayores de 60 años, según AVAD, en países en desarrollo.

Mujeres	Varones
Enfermedad Cerebrovascular	Enfermedad Cerebrovascular
Enfermedad Cardioisquémica	Enfermedad Cardioisquémica
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Demencia	Demencia
Infecciones Respiratorias no TBC	TBC
Carditis	Infecciones Respiratorias no TBC
Diabetes	Carditis
TBC	Carcinoma digestivo
Traumatismos	Carcinoma broncopulmonar
Cataratas	Cirrosis

Fuente: Informe de Gestión INSSJP, Noviembre de 1997.

Cuadro 4.1: Enfermedades en mayores de 60 años, según AVAD, en países en desarrollo

4.4.2 Aspectos epidemiológicos de la tercera edad en América Latina

Es necesario contextualizar este tema con la interpretación de los fenómenos socioeconómicos de las décadas de 1980 y 1990 en los países en desarrollo de la Región. En la Argentina se produjo una regresión importante que intensificó los problemas sociales crónicos e históricos, y se marginaron los programas socio-sanitarios. Esto impactó fuertemente en los grupos vulnerables, entre ellos la población de la tercera edad para la cual las pautas técnicas de los sistemas de salud no contemplaban previsiones especiales.

Al inicio del año 2000, la situación de los mayores presenta cinco grandes tendencias a las que corresponde sumar riegos específicos de cada estrato social y localización territorial:

- Aumento acelerado del grupo etáreo.
- Crecimiento urbano desorganizado, marcado por grandes deficiencias en la infraestructura de los servicios básicos y situaciones de marginación o carencia de grupos familiares convivientes.
- Aumento de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles, violencia y accidentes.
- Aumento de problemas relacionados con conductas no saludables como sedentarismo, dieta inadecuada, tabaquismo, adicciones, etc.
- Persistencia y/o aumento en la zonas más rezagadas (en la transición epidemiológica) de enfermedades transmisibles: tuberculosis, cólera, dengue, sida, y para el caso de grupos de altos índices de pobreza, deficiencias nutricionales.

4.4.3 Aspectos epidemiológicos de la población de la tercera edad en la Argentina

La Argentina comparte la situación general de la región, si bien hay que tomar en cuenta una variedad de aspectos que reflejan la heterogeneidad del vasto territorio.

Cinco primeras causas de mortalidad en mayoresde 65 años, Argentina

Grupos de causas	Varones	Grupos de causas	Mujeres
Cardiovasculares	43,40%	Cardiovasculares	48,20%
Tumores	19,30%	Tumores	16,40%
Mal definidas	8,60%	Mal definidas	8,70%
Infecciones	6,40%	Infecciones	6,30%
Otras respiratorias	5,50%	Metabólicas	4,10%

Fuente: Relevamiento Organización Mundial de la Salud, 1998.

Cuadro 4.2: Cinco primeras causas de mortalidad en mayores de 65 años, Argentina

Perfiles de enfermedades crónicas en la población de 65 y más años, Argentina.

Enfermedades	Números Absolutos	Porcentaje Población
Hipertensión y afecciones cardíacas derivadas	577642	20,87
Enfermedades cardíacas y problemas circulatorios	441909	15,97
Enfermedades osteoarticulares	345490	12,48
Diabetes	183735	6,64
Respiratorias	191463	6,92
Parkinson y otras neurológicas	125907	4,55
Tumores	82051	2,96
Enfermedades renales	61752	2,23
Otras	216150	7,81
Total	**1615043**	**58,36**

Fuente: Relevamiento de Encuestas de Desarrollo Social, 2000.

Cuadro 4.3: Perfiles de enfermedades crónicas en la población de 65 y más años, Argentina.

Discapacidades y problemas físicos crónicos, población de 65 y más años, Argentina

Estado de salud	Números Absolutos	Porcentaje Población
Población que tiene alguna discapacidad		
Motora	170668	6,17
Sensorial	144236	5,23
Mental	25393	0,92
Población que tiene algún problema físico		
De la vista	1060151	38,31
De la audición	391586	14,15
De la movilidad	554393	20,03
Otros problemas	154727	5,6

Fuente: Relevamiento de Encuestas de Desarrollo Social, 2000.

Cuadro 4.4: Discapacidades y problemas físicos crónicos, población de 65 y más años, Argentina

La Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDI) realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) a partir del Censo de población 2001, indica que el 80% de las personas comprendidas en el rango de 65 a 74 años y el 62% de los de 75 años y más son autoválidos.

El Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), declara en sus nuevos programas de cobertura que el 73% de sus afiliados son mayores de 65 años. Siendo este Instituto el exponente de una de las más grandes obras sociales de América con más de tres millones de afiliados, es trascendente considerar su experiencia y datos proporcionados en las patologías prevalentes:

4.4.4 Patologías prevalentes y programas de salud preventivos

PAMI HADOB (Hipertensión Arterial-Diabetes-Obesidad)[166]

Se trata de tres patologías de altísima prevalencia en la población en general: hay gran cantidad de hipertensos, muchísimos diabéticos y la obesidad es una enfermedad en crecimiento.

Son a su vez patologías madres de otras patologías cuando no se corrige su curso, porque si bien no se pueden curar (al día de hoy), sí se pueden controlar, y de ese modo se previenen en alto grado las complicaciones.

El programa HADOB se aplica sobre la población que consulta en el primer nivel de atención.

Según el Dr. Marcelo Fiorentini, el verdadero secreto de la atención de la salud en la tercera edad está en que cuánto más se trabaje en prevención primaria y en prevención secundaria, más va a mejorar la calidad de vida del beneficiario, y al mismo tiempo se previenen las complicaciones y los gastos emergentes.

4.4.5 Comparación de estas patologías con la situación en América Latina

Un singular trabajo de Marta Peláez y Enrique Vega[167] hace referencia a la relación entre pobreza y diabetes. Si bien la diabetes parece afectar a las personas sea cual sea su status socio-económico, está bien documentado que las personas de áreas pobres se ven más afectadas que las de zonas más ricas. La pobreza va asociada a un bajo nivel académico y a un peor acceso a la sanidad; en las zonas urbanas, la pobreza va asociada a la obesidad. Además, hoy en día en América Latina y el Caribe, la mayoría de las personas ancianas ha sobrevivido a epidemias y malnutrición durante su infancia gracias a simples medidas de sanidad pública, como vacunas y antibióticos, pero no necesariamente debido a un mejor acceso a un entorno saludable o una sanidad adecuada.

[166] Entrevista al Dr. Marcelo Fiorentini, realizada en Buenos Aires en marzo de 2009.
[167] Peláez M. y Vega E., "Envejecimiento pobreza y enfermedades crónicas en América Latina y el Caribe", en *Diabetes y Sociedad* (*www.diabetesvoice.org*), Vol. 51, N° 4, Diciembre 2006.

Se espera, por lo tanto, que las personas de más de 60 años sigan envejeciendo con la carga que suponen las enfermedades crónicas, como la de diabetes y las discapacidades que genera. Los mayores con diabetes corren un riesgo particularmente alto de enfermar, de sufrir derrames cerebrales, lesiones visuales, enfermedad renal, amputación de miembros y depresión. En la encuesta SABE, al menos el 60% de las personas que declararon tener diabetes también manifestó tener problemas visuales. Entre quienes manifestaron tener al menos dos enfermedades crónicas, el 25% tenía síntomas de depresión.

Es de esperar que las personas mayores de 60 años envejezcan con la carga de enfermedades crónicas como la diabetes.

La prevalencia de esta enfermedad entre las personas de más edad en México y Barbados ronda el 22%. Según los hallazgos del SABE, en varias de las principales ciudades de América Latina la prevalencia de casos diagnosticados superaba el 12%.

Los adultos de más edad con menos de 3 años de escolarización tenían el doble de probabilidades de tener diabetes, fumar tabaco, sufrir sobrepeso y no realizar ejercicio que las personas ancianas con más años de educación.

Según el mismo estudio, en Ciudad de México se registraba una persona con un alto nivel de glucosa en sangre en ayunas y/o intolerancia a la glucosa por cada persona con diabetes ya diagnosticada. No hay datos comparables para el resto de los países, pero esas cifras son consistentes con la sugerencia de que existen frecuentes casos de diabetes no diagnosticada entre los ancianos lo que constituye el principal impedimento para que reciban los cuidados apropiados.

En los EEUU, los centros para el control de enfermedades informan que alrededor de 4,5 millones de mujeres de 60 años o más tienen diabetes, y la cuarta parte de las mismas (1,2 millones de mujeres) desconoce que tiene dicha afección.

4.4.6 Las acciones en Argentina desde el INNSJP

Por Disposición N° 0178 del 16 de julio de 2007, se aprobó el programa HADOB que incluye la Hipertensión Arterial, la Diabetes Mellitus y la Obesidad. El mismo contempla la incorporación de actividades terapéuticas no medicamentosas para impactar directamente en las causales de la enfermedad, manteniendo los criterios terapéuticos convencionales, para después evaluar y conocer resultados que, por su gran alcance a nivel nacional, sólo el Instituto puede obtener.

Se exhiben en la tabla de la página siguiente los datos de afiliados de todo el país actualizados al año 2003, a fin de ilustrar el alcance de la actividad del Instituto.

Total de Afiliados al INSSJP. Densidad y distribución porcentual por Jurisdicción y por grandes grupos de edades a Diciembre de 2003

Departamento	Total Afiliados	Superficie	Densidad Afiliados*	Distribución Porcentual por Jurisdicción	% Afiliados por grandes grupos de edad		
					00 - 14	15 - 59	60 y +
ÁREA METROPOLITANA	1060115	3753	287,8	35	2	12,6	85,4
CAPITAL FEDERAL	337886	200	1689,4	10,9	0,9	8,2	90,9
BUENOS AIRES	1269252	304900	4,2	41,8	2,4	14,5	83
PTDOS. GRAN BS. AS.	742229	3553	208,9	24	2,5	14,7	82,9
SAN MARTÍN	231654	1561	148,4	7,5	1,9	12,6	85,5
LANÚS	238860	1175	254,3	9,7	2,5	15,1	82,3
MORÓN	118130	488	242,1	3,8	3	15,9	81,1
SAN JUSTO	93585	329	284,5	3	3	16,6	80,4
RESTO BS. AS.	547023	301347	1,8	17,7	2,4	14,4	83,2
BAHÍA BLANCA	78150	68915	0,9	2,5	2	13,7	84,3
LA PLATA	84317	23900	3,5	2,7	2,1	13,6	84,2
MAR DEL PLATA	135054	61687	2,2	4,4	2,1	13,3	84,6
AZUL	45325	51104	0,9	1,5	2,4	13,4	84,3
JUNÍN	97644	58768	1,7	3,2	2	12,5	85,5
LUJÁN	106533	16953	6,3	3,5	3,6	19,1	77,4
CATAMARCA	15931	102602	0,2	0,5	6,6	25,3	68
CORDOBA	295107	165321	1,8	9,6	3	17	80,1
CORDOBA (cap)	255675	562	454,9	8,3	2,9	17,1	79,9
RÍO CUARTO	39432	721	54,7	1,3	3	16,2	80,8
CORRIENTES	54615	88199	0,6	1,8	9	26,7	64,2
CHACO	54515	99553	0,5	1,8	9	25,7	65,3
CHUBUT	28609	224686	0,1	0,9	6,7	26,9	66,4
ENTRE RÍOS	101477	78781	1,3	3,3	3,7	20,3	75,9
PARANÁ	49486	35193	1,4	1,6	3,5	19,9	76,7
CONCORDIA	51991	43588	1,2	1,7	4	20,7	75,3
FORMOSA	13965	72066	0,2	0,5	10,5	28,2	61,3
JUJUY	36858	53219	0,7	1,2	7,8	31,1	61,1
LA PAMPA	24087	143440	0,2	0,8	2,8	14,5	82,8
LA RIOJA	13137	89680	0,1	0,4	8,6	29,2	62,2
MENDOZA	121732	148827	0,8	3,9	3	16,9	80,1
MISIONES	47669	29801	1,6	1,6	10	30,4	59,6
NEUQUÉN	21961	94078	0,2	0,7	5,8	27,8	66,4
RÍO NEGRO	35907	203013	0,2	1,2	5,3	21,3	73,4
SALTA	58234	155488	0,4	1,9	7,4	27,9	64,7
SAN JUAN	39021	89651	0,4	1,3	5,6	24,5	69,9
SAN LUIS	21486	76748	0,3	0,7	4,8	20,2	75,2
SANTA CRUZ	10140	243943	0,04	0,3	6,1	30	63,9
SANTA FE	321481	133007	2,4	10,4	2,6	14,7	82,7
ROSARIO	200842	27559	7,3	6,5	2	13,5	84,5
SANTA FE	120539	105448	1,1	3,9	3,7	16,7	79,6
SANTIAGO DEL ESTERO	48621	136351	0,4	1,6	8,1	27,4	64,5
TIERRA DEL FUEGO	2922	21571	0,1	0,1	11,4	35,9	52,7
TUCUMÁN	91389	22524	4,1	3	5,7	24	70,3
TOTAL PAÍS	3086402	2777649	1,1	100	3,4	16,7	80

* Cantidad de Afiliados por km²

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda, 2001

Cuadro 4.5: Total afiliados al INSSJP, densidad y distribución porcentual por Jurisdicción y por grandes grupos de edades a Diciembre de 2003.

En la fundamentación del programa se expresa que la Argentina se encuentra dentro de los países en los que epidemiológicamente se ha realizado la transición demográfica, es decir, en la duración media de vida y en las patologías prevalentes, tanto en la infancia o adultez tardía; esto tiene consecuencias sistémicas y obviamente en el sistema de salud. En el Anexo III presenta el texto completo de la disposición por la cual se aprueba el programa y sus fundamentos.

Según Marcelo Fiorentini, el PAMI (INSSJP), siempre ha tenido programas en este sentido, pero hoy en día los ha cimentado en el trabajo del médico de cabecera. Un sistema que bien administrado debería dar sus frutos, ya que un médico conoce a su población, y puede obviamente medir los resultados de lo que aplica. Para el especialista, las patologías prevalentes en todo el mundo occidental se centran en enfermedades cerebrovasculares y cardiovasculares, accidentología, y cáncer.

En el mundo de la geriatría, hay cinco gigantes típicos que se generan por su aparición en la vejez, o porque de ellas se desprenden situaciones patológicas que comprometen la vida y que una vez instaladas comprometen muchísimo la existencia. Tales son: las incontinencias de los esfínteres, una situación muy compleja porque altera todo el ritmo de vida de la persona, altera a su familia y su vinculo social, el deterioro en general, el deterioro mental, la demencia, la depresión.

Típicamente se caracterizan como gigantes las cinco **"i": i**ncontinencia, **i**ncapacidad mental, **i**nmovilidad, **i**nestabilidad y caídas, **i**atrogenia (de *iatros* "médico" y *genesis* "creación", alude al estado desfavorable o de intoxicación del paciente provocado por el médico)

4.5 Los principales obstáculos para la atención socio-sanitaria en América Latina.

Las personas mayores de los países en vías de desarrollo deben afrontar dos principales obstáculos que dificultan su atención sanitaria: los relacionados con el individuo (económicos y educacionales) y los relacionados con los servicios sanitarios (falta de profesionales con formación en salud del adulto y atención geriátrica; ausencia de políticas y programas adecuados para la promoción de la salud, que incluyan la prevención y el control de los trastornos comunes entre las personas ancianas).

Los datos del SABE indican que una media del 70% de las mujeres de 60 años o más tiene al menos una afección potencialmente portadora de incapacidad, como algún tipo de deficiencia visual, artritis o incontinencia. En una encuesta sobre el estado de salud según los individuos, tan sólo el 42% de las ancianas y el 49% de los ancianos manifestaron tener una salud buena, muy buena o excelente. Más del 50% del total de personas ntrevistadas declaró que un médico o enfermero les había anunciado una enfermedad crónica.

En el núcleo de la calidad de atención, la idoneidad de los programas existentes dirigidos a cubrir las necesidades de la población de más edad, reviste especial importancia el acceso a los servicios sanitarios. Los ancianos reciben en su gran mayoría atención sanitaria de un proveedor de atención primaria. En la encuesta SABE, más del 80% de la población había visto a un médico por enfermedad en los últimos 6 meses.

Por lo tanto, el obstáculo principal parece ser la calidad de la atención y no el acceso a un centro sanitario. Alrededor del 60% de los fallecimientos de personas ancianas durante la última década se puede atribuir a la mala calidad de los servicios sanitarios y a la mala calidad de la atención médica.

La mayoría de los profesionales sanitarios tiene poca experiencia en el tratamiento de las personas ancianas. Los médicos suelen apoyarse en el tratamiento y no en la prevención. Muchos médicos creen que las enfermedades crónicas, el dolor y la discapacidad son consecuencias inevitables de la edad. Por lo general, la mayoría de los países carece de recomendaciones específicas, actualizadas y centradas en el paciente, así como de formación para el control de afecciones crónicas y el cuidado de las personas mayores. Esto representa un importante obstáculo en el terreno de la prestación de atención sanitaria de calidad para la tercera edad.

Por otra parte, la promoción de una sanidad integral, que incluya nutrición adecuada, ejercicio, dejar de fumar y en general adoptar comportamientos saludables, se deja de lado o se elude. En los establecimientos de atención primaria de toda la región, los servicios de atención preventiva centrada en el control de los factores de riesgo, como hipertensión, control de niveles de colesterol, mala nutrición, falta de actividad física y tabaquismo deberían convertirse en una prioridad del paquete de atención básica para personas ancianas. De no aplicarse medidas preventivas y utilizar servicios de rastreo de población, se potenciará la carga de afecciones crónicas.

4.6 Las claves del sistema de gestión para Argentina

Para planificar, organizar y controlar la salud en la tercera edad, sugiere Marcelo Fiorentini:

a) Definir bien la patología prevalente, que en Argentina esta bastante identificada.
b) Definir muy bien en que población actuar respecto de estas situaciones llamadas gigantes.
c) Analizar a conciencia los datos disponibles sobre esos gigantes
d) Estudiar el método de trabajo. Pensar que la gente va a vivir más tiempo pero va a llegar mas deteriorada. Es así como la realidad tendrá una incidencia igual o aproximadamente igual a las patologías de hoy. La incidencia implica que las patologías crónicas van a seguir existiendo. La longevidad también existe, y va a seguir existiendo. La pregunta es cuál es el número de individuos que llegarán sanos, y cuántos de ellos llegarán enfermos Se supone

que muchos llegarán con cronicidad y enfermedades hasta altas edades con un agravante (que enfoca el PAMI y probablemente sea una de las pocas instituciones de la seguridad social, o quizás la única que lo enfoca): la salud no es un mero estar bien desde el punto de vista orgánico, la salud es mucho mas complicada y tiene que ver con el contexto social y con el contexto familiar de la persona que llega a edades avanzadas.

e) Disminuir, y en lo posible eliminar la exclusión. Hoy el nivel de exclusión social y familiar del anciano es alto. De hecho basta ver un dato objetivo de la realidad, la demanda geriátrica es altísima en el tema de institucionalización. No es debido a maldad de la gente ni a la voluntad de alejar a los viejos de la familia. Es mucho más complejo, hay situaciones reales de familias en las que el problema es agudo y sigue aumentando. Resulta muy difícil hacerse cargo de los viejos, aunque muchos lo hacen. No se descarta que se produzcan también algunas situaciones abandónicas, pero sin tomar en cuenta esos extremos, el contexto social en general es un contexto expulsivo de la persona mayor, salvo en aquellos casos en los cuales es el único aportante o es la persona que lleva su jubilación a la casa.

f) Actuar sobre la base de la prevención. En la medida en que se logre morigerar la incidencia de las patologías prevalentes en la tercera edad, se llegará a trabajar sobre las variables de la economía de la salud.

g) Descentralizar el sistema de salud: los cambios más importantes se ven en lo asistencial en el Hospital de día y la cirugía ambulatoria. Esto minimiza los niveles de internación de la mano de la tecnología. El mundo va hacia la no institucionalización, hacia el Hospital o centro de día, como marca la tendencia desde hace unos años.

h) Implementar una buena gestión. Lo que le falta al sistema de salud y no solo en la atención de la tercera edad, es planeamiento estratégico y gestión. Esto se vincula a un desarrollo de metas de corto, mediano y largo plazo; tiene que ver con planeamiento en la salud y con un sinceramiento de los recursos. La Salud Pública en Argentina carece de los recursos suficientes, no sólo para atender a la tercera edad. Carece de todo lo necesario para afrontar cualquier tipo de demanda poblacional. Es imperioso dotar a la salud pública de los elementos necesarios. Hoy carece de todo. La atención primaria de la salud tiene como clave el planeamiento. Planificar la salud parte de un concepto que funciona desde una descentralización importante. En el enfoque operativo de lo que llamamos atención primaria a la salud, esto se traduce en efectividad: "Hágalo como quiera: con salas por barrio, con consultas planificadas para determinados especialistas ambulatorios, para la visita preventiva desde las escuelas, pero hágalo". Claramente, la mala gestión tiene que ver con la ineficaz utilización de recursos.

i) Cambiar el enfoque: el sistema de salud en Argentina se ocupa de atender la urgencia. En nuestro sistema, cualquiera puede solicitar y obtener atención. El problema no está en la accesibilidad. No ocurre lo mismo que en países como Estados Unidos de América, donde no hay aceptación para quién no está registrado y aceptado en el sistema. Aquí, el problema de fondo es que la dificultad de acceso pasa por el recurso. Seguimos asistiendo la urgencia. No planificamos la salud, aún contando con el capital humano valioso pero no incorporado al modelo. Se continúa en el viejo paradigma de tapar los baches, atendiendo la emergencia concreta.

j) Poner el acento sobre la capacidad de desarrollo, de trabajo y de escolaridad. Una familia socialmente contenida, es un receptáculo de salud mucho más eficiente que el de una familia disgregada y sin trabajo invadida por la inseguridad de toda índole. La salud no está divorciada de la realidad, es parte de ella. Cuando decimos que el problema es de gestión, no nos referimos tan solo al problema de gestión de la salud, sino al más abarcativo de gestión social. No es útil a la sociedad poseer un complejo y completo aparato de atención primaria, implantado en un páramo de gente sin trabajo, sin educación, sin vivienda.

El panorama de vulnerabilidad regional del INSSJP ilustra las consideraciones del Dr. Fiorentini en este último punto. Exponemos en el ANEXO I al presente capítulo, las estadísticas oficiales de los afiliados, según la Encuesta Permanente de Hogares del INDEC para el año 2003.

4.7 La longevidad y la formulación de políticas

Para evaluar los aspectos positivos y negativos del fenómeno de la longevidad, es importante destacar cuatro puntos fundamentales para enfrentar el desafío y formular políticas:

- El primero consiste en promover estilos y hábitos de vida saludables en los adultos sanos (aproximadamente para mujeres mayores de 40 años y varones mayores de 50 años. Las acciones reconocidas como saludables son: supresión del tabaquismo, disminución del sedentarismo, promover el ejercicio moderado y la actividad psíquica y promover una dieta saludable (dieta mediterránea).
- El segundo consiste en mantener y aumentar la independencia y autonomía de los adultos mayores para prevenir la aparición de dependencias y asegurar una buena salud en la vejez.
- El tercero apunta a extender y mejorar las medidas de readaptación para que las personas puedan recuperar una vida autónoma cuando ésta ha declinado.
- El cuarto consiste en encontrar respuestas a los problemas de fragilidad de los adultos mayores y brindar los cuidados necesarios.

Subyace a estos cuatro puntos, una conceptualización de la vejez según la cual esta etapa debe prolongar y mantener en todo lo posible el estilo y calidad de vida de la mediana edad. El envejecimiento productivo y el envejecimiento activo son las teorías que fundamentan esa perspectiva.

El objetivo de las políticas no podrá ser otro que asegurar una vejez saludable proporcionando medidas de prevención y de readaptación cuando la incapacidad se produce, ofreciendo cuidados especiales a quienes ya no pueden recuperar su autonomía. Este grupo debería limitarse en lo posible a los muy ancianos, de acuerdo con la ya enunciada división entre viejos jóvenes y viejos viejos.

Sin embargo existe la realidad de que la población vieja que requiere cuidados continuos, y que esta población que tiende a crecer numéricamente, tenderá asimismo a requerir cuidados numéricamente crecientes si no se actúa previamente en programas de estímulo a la vejez saludable.

La actual tendencia es pasar de las políticas de vejez dirigidas a asistir dependencias, a las de favorecimiento de la vejez con buena salud, sin descartar las primeras. ¿Cómo se logra este delicado equilibrio en un planteo de recursos de la salud permanentemente escasos?

Habrá que buscar la respuesta en las sabias propuestas de Marcelo Fiorentini: no se trata sólo de un problema de salud, sino de gestión social. Y también en el ya mencionado cambio de paradigma: dejar de lado la identificación de vejez con enfermedad y analizar las formas de vida junto con las necesidades integrales en sus distintas etapas.

En la mitología griega se trataba de evitar que llegara el sufrimiento de la vejez. En la Biblia, en las tradiciones japonesas y en general en todo Oriente, la vida es un bien preciado y se interpreta como un valioso don la condición que permite alcanzar edades avanzadas.

Hasta ahora la Medicina ha sido asistencial, en algunos momentos preventiva, pero fundamentalmente curativa, con mejora de condiciones y hábitos para aumentar la esperanza de vida.

Pero, ¿existen los instrumentos a usar para influir en la longevidad o sobre el propio proceso de envejecimiento?

La ciencia y la investigación avanzan sin cesar. Hoy está en estudio el Genoma Humano, que permitirá conocer factores predominantes de las patologías para poder evitarlas con anticipación y seguridad. Pero aún no hay conocimientos suficientes para precisar las relaciones de causa-efecto entre envejecimiento y las alteraciones que lo acompañan. Faltan también los estudios correspondientes a las interrelaciones que hay entre sí, de los factores biológicos y ambientales y de su incidencia en el envejecimiento. En suma, el rumbo está marcado, y algún día se arribará al destino ansiado. Lo que no sabemos es cuándo, ni si será pronto o no.

Lo que se sabe hasta ahora es que entre un 25 y un 30 % de los factores condicionantes de la duración de la vida están determinados por factores genéticos; mientras que entre un 70 y75% guardan relación con otros factores como son: estilos de vida, actitud mental positiva, relaciones humanas, aceptación de las propias limitaciones, tipo de alimentación, actividad física, actividad intelectual, en suma, todo lo que reiterativamente nos señala la ciencia, la medicina, la investigación, y también el sentido común como " hábitos saludables". Basta con examinar la incidencia del estilo de vida en enfermedades cardíacas, cerebrovasculares y oncológicas[168].

[168] Ver *Anexo I*, donde se exhiben las estadísticas oficiales del INSSJP sobre las principales enfermedades.

Las prestaciones integrales, que entienden la salud como un todo, están contempladas en las propuestas de casi todos los nuevos modelos, entre ellos el "Programa Nacional de promoción y prevención sociocomunitaria *Prevenir para seguir creciendo*" del INSSJP[169], que entre sus considerandos establece la necesidad de convertir en estrategia institucional las actividades recreativas, de ocupación del tiempo libre y de contención grupal, bajo el paradigma de salud integral, reconociendo el valor de la prevención con inserción comunitaria.

4.8 El pensamiento de tres expertos

4.8.1 Acerca de la gestión y de las predicciones del eterno Peter Drucker

Hace ya diez años, Drucker predijo el fenómeno y los efectos del envejecimiento. En su libro "Los desafíos de la administración en el siglo XXI", aludiendo a una población que envejece, el fenómeno demográfico más preocupantes para los economistas, políticos y público de todos los países desarrollados, expresó que no es un fenómeno nuevo. "Las expectativas de vida aumentaron en el mundo desarrollado desde el siglo XVIII y XIX. Ni siquiera crecieron mucho más rápidamente en los últimos cincuenta años que en los cien anteriores. Y también sabemos como enfrentar el problema: será difícil, doloroso, turbulento y terriblemente antipopular.

Pero en los próximos veinte o treinta años, la edad jubilatoria de todos los países desarrollados tendrá que subir hasta aproximadamente los 79 años, que es la edad que en términos de expectativas de vida y salud corresponde a los 65 de 1936, cuando Estados Unidos fue el último país occidental en adoptar un plan de jubilaciones"[170].

Continúa diciendo Drucker que algunas de las implicaciones son claras: durante los próximos veinte o treinta años, el fenómeno demográfico dominará la política de todos los países desarrollados, y se tratará inevitablemente de una política de gran turbulencia. Ningún país está preparado para estos problemas. En ningún país los partidos políticos se alinean en torno de la demografía. En cuanto a la jubilación, puede significar dos cosas diferentes. Es muy probable que la tendencia hacia la "jubilación anticipada" continúe. Pero ya no significará que una persona deje de trabajar.

Querrá decir que dejará de hacerlo en horario completo o como empleado de una organización durante todo el año. También es probable que las relaciones laborales, que tradicionalmente se cuentan ente las relaciones más rígidas y uniformes, sean cada vez más heterogéneas y flexibles, al menos para la gente mayor. Así sucederá de manera creciente a medida que el centro de gravedad de la población mayor pase de los trabajadores manuales a los trabajadores del

[169] Programa aprobado el 15 de mayo de 2008.
[170] Drucker P. F., *Los desafíos de la administración en el Siglo XXI,* Editorial Sudamericana, Buenos Aires, 1999.

conocimiento. En Estados Unidos este cambio comenzará alrededor del año 2010, cuando los nacidos en el *baby boom* de 1948 lleguen a la edad tradicional de jubilación, puesto que esa generación fue el primer grupo que se incorporó al trabajo del conocimiento.

En consecuencia, también constituye el primer grupo en la historia humana que luego de treinta o cuarenta años de trabajo de tiempo completo, no está físicamente agotado por duras labores manuales, sino que en su gran mayoría, se encuentra aún en condiciones de funcionar y trabajar, tanto física como mentalmente.

Es necesario encarar **ya** (en el momento de estas reflexiones, "ya" significa 1999), innovaciones fundamentales en el trabajo y el empleo en Europa y Japón. En Estados Unidos tal vez haya todavía suficientes jóvenes para postergar los cambios hasta aproximadamente 2010. No obstante, con grandes probabilidades, las nuevas relaciones de empleo se desarrollarán en primer lugar en ese país, sencillamente porque tiene los mercados laborales más flexibles y menos restrictivos, y una tradición de experimentación individual, tanto entre los empleadores como entre los empleados. En Estados Unidos, por lo tanto, las organizaciones que incorporen personal deben comenzar cuanto antes a probar nuevas relaciones laborales con personas mayores, en especial con los trabajadores del conocimiento de más edad.

La primera organización que logre atraerlos y retenerlos, por encima de la edad jubilatoria tradicional, y hacerlos plenamente productivos, tendrá una enorme ventaja competitiva. Por ejemplo la emergente del traslado de la curva del gráfico "Curva de expansión en la Administración de Salud" (presentado al comienzo de este capítulo) por el desplazamiento de las intersecciones que determinan los puntos **Z** y **W**, hacia los puntos **Z´** y **W´**).

La consideración final es que en todos los países desarrollados, la productividad de todos los trabajadores, ya sean de tiempo completo o parcial, y especialmente la de los trabajadores del saber, deberá incrementarse con mucha rapidez. De lo contrario tanto el país como sus organizaciones perderán posiciones y serán cada vez más pobres.

Cualquier estrategia, es decir, ***cualquier compromiso de recursos actuales para el cumplimiento de expectativas futuras*** (que es lo que estrictamente significa "estrategia") deberá partir de la demografía. De todas las tendencias, la demográfica (incluyendo el derrumbe de los índices de natalidad) es la mas inesperada, la más espectacular, y la única que no tiene absolutamente ningún precedente.

4.8.2 Las reflexiones de un prestigioso "baby boomer"

El Dr. Juan Hitzig, un estudioso de a longevidad, es a su vez un "baby boomer". En su libro "Cincuenta y tantos" [171] sostiene que el próximo desafío de la investigación biológica, en términos de fenómenos del envejecimiento será "aceptar menos y cuestionar más". Ya no importa tanto tratar las consecuencias del envejecimiento como trabajar sobre las causas. Mientras la mirada se fija en el viejo discapacitado, hay cada vez más gente a nuestro alrededor que está envejeciendo mejor. Llegó entones el momento de estudiar a los ***longevos saludables***, su biología, sus hábitos, sus conductas. Sostiene Hitzig que ellos son los normales. Los viejos dependientes y discapacitados pueden ser algo frecuente, pero no normal. Entonces, afirma, debemos investigar la biología y la bioquímica: los radicales libres, los genes, los telómeros celulares, la glicación, ... y también la importancia de la autoestima, la seguridad social y el equilibrio con el medio ambiente, porque es sabido que inciden el alto grado en el fenómeno de la longevidad saludable.

Nuestro organismo está diseñado para funcionar totalmente integrado a la vida natural. Los cambios de estilo de nuestra moderna forma de vivir nos han alejado mucho del camino: el stress emocional, la alimentación incorrecta, el sedentarismo, tienen gran influencia en la aceleración de los efectos del envejecimiento. Un ejemplo claro de esto es la presbicia, que en general impone la necesidad de utilizar anteojos a partir de los cuarenta años. Cuando esto sucede pensamos "me estoy poniendo viejo". Y sin embargo este episodio tiene que ve más con la vida urbana en la que limitamos nuestra visión entre los 50 cm del escritorio y los 50 metros de la pared más cercana que con la edad biológica. Los músculos internos del ojo, encargados de enfocar la imagen, se paralizan en este margen de distancia simplemente por falta de uso, y no por los años transcurridos. En las poblaciones rurales, acostumbradas a mirar desde la pequeña semilla a la inmensidad del horizonte, este fenómeno puede producirse hasta treinta años más tarde.

Otro tanto sucede con la artrosis. Generalmente esta afección es el resultado de una alteración de la arquitectura corporal cuya consecuencia es una sobrecarga articular por mala postura, de manera que el factor común ente artrosis y envejecimiento es el tiempo, pero ella no es una consecuencia irremediable, sino el efecto de un mal hábito.

Lo importante es tomar conciencia de que la mayoría de los efectos del envejecimiento son el resultado de hábitos, **y por lo tanto pueden ser modificados.** Lo grave es que tan fuertes han sido, aun en la comunidad científica, los mitos que relacionan la enfermedad con la vejez, que durante décadas se ha retrasado la investigación. Para ilustrar este camino errado, recordemos que la poliomielitis fue en algún momento de la historia una afección frecuente en la infancia. Sin embargo jamás se pensó que el destino de los niños era sufrir parálisis corporales. De haber sido así, y de considerarse esta afección como normal, hoy en día asignaríamos una enorme cantidad de recursos para

[171] Hitzig, J. F., *Cincuenta y tantos. Cuerpo y mente en forma aunque el tiempo siga pasando.* Grijalbo, Buenos Aires, 2005.

perfeccionar los centros de tratamiento de esta enfermedad. Por el contrario, hecha la investigación para el virus de la polio, pudo desarrollarse una vacuna que lo erradicó.

Hoy envejecer es un tema de los jóvenes. Los "viejos" ya han envejecido. Hay que tomar conciencia de que lo frecuente no es lo normal, y de que la excepción es en verdad la regla.

¿Se puede comprar la inmortalidad? En la actualidad se están llevando a cabo investigaciones y experiencias para prolongar la vida humana hasta límites impensables hasta ahora. Términos como "superlongevidad", e inmortalidad ya están en vocabulario de algunos científicos. ¿Quiénes tendrán acceso a estos beneficios?

Hitzig menciona en su libro los estudios de Michael Rose, biólogo de la Universidad de Irvine, en California, coautor de una investigación que permitió multiplicar por diez la vida de las moscas de la fruta. Dijo Rose "...hace veinte años que estoy trabajando mano a mano con la inmortalidad...Sé que la palabra inmortal suena extravagante, y es más de lo que la gente está dispuesta a oír...Pero estamos en eso".

4.8.3 La salud y los conceptos de asimetría y selección adversa

Joseph Stiglitz considera que el mercado de la salud tiene imperfecciones relacionadas con los conceptos de asimetría o información imperfecta y de selección adversa[172].

La asimetría de la información se observa en casi todos los mercados: el que solicita un préstamo sabe más que el prestamista sobre si va a poder cumplir o no con los pagos; el que contrata un seguro de salud sabe sobre sus enfermedades preexistentes más que el asegurador, etc. Es precisamente en el ámbito de la salud donde esta teoría cobra importancia vital, teniendo en cuenta la amplia brecha existente entre los conocimientos de los agentes involucrados.

En un mercado en donde predominan las relaciones contractuales, la selección adversa se caracteriza porque en el intercambio, o en la relación contractual, uno de los agentes económicos conoce algo que el otro desconoce, lo cual genera distorsiones relevantes en la toma de decisiones, pérdidas de eficiencia y, en algunos casos, la no existencia de equilibrio en el mercado. En el ámbito de la salud, no se presenta un equilibrio eficiente debido a:

- Selección adversa desde el punto de la demanda
- El comprador promedio del seguro tiene un riesgo superior a los no compradores
- Solo es eficiente contratar el seguro para los más riesgosos

[172] Stiglitz, J., "Incentives and Institutions in the Provision of Health Care in Developing Countries: Toward an Efficient an Equitable Health Care Strategy", *IHEA Meetings,* World Bank, 1999.

- Selección adversa desde el punto de vista de la oferta
- Las aseguradoras rechazan a personas con alto nivel de riesgo

Merecen singular atención las observaciones que realiza Stiglitz con relación a las diferencias entre la organización del Estado y el de las organizaciones privadas.

Reconoce tres aspectos clave que distinguen al Estado:

- la pertenencia obligatoria
- el poder de obligar o proscribir a las demás organizaciones
- la autoridad (dirección) que deriva de un proceso electoral

Las organizaciones privadas pueden decidir de qué manera eligen a sus directivos líderes. Por otro lado, sus accionistas pueden vender sus títulos a diferencia de la organización estatal, en la que los ciudadanos no sólo están imposibilitados de vender sus hipotéticas acciones, sino que éstas simbolizan y representan su patrimonio soberano.

Las organizaciones estatales enfrentan dos restricciones singulares que impactan sobre el grado de libertad de su accionar:

- eligen a sus funcionarios teniendo en cuenta un conjunto de aspectos que la mayoría de las veces no revelan su capacidad de gerenciamiento.

- obligan a cumplir contratos privados pero no hay mecanismos ágiles que a su vez los obliguen a que cumplan sus compromisos. Se han visto incluso casos en que un gobierno puede comprometer acciones que afecten las acciones de gobiernos posteriores.

Al profundizar sobre las características que hacen a los poderes y limitaciones de este tipo de organizaciones, Stiglitz aclara que significan un reto a la hora de diseñar un sistema de atención médica que reconozca equidades e incentivos y asegure un genuino desarrollo de este sector de la economía.

Esto obliga a repensar la definición de salud y el rol del Estado en esta cuestión. El mismo Stiglitz señala la actuación relevante del Estado en el área sanitaria.

El concepto de salud involucra tres condiciones simultáneas, según lo entiende la OMS (Organización Mundial de la Salud): un estado de bienestar físico, mental, social y espiritual. Esta trilogía está sostenida por un contrato social que incluye tanto derechos individuales inherentes al ciudadano, como responsabilidades colectivas que recaen sobre el Estado.

Según afirma Ignacio Katz [173] sólo una red de seguridad sanitaria garantiza la igualdad de un acceso equitativo y oportuno a un sistema integrado de salud, pero no en forma de beneficencia graciable, sino como un elemento fundamental en la articulación de una sociedad. A su vez, la salud debe ser entendida como un bien privado de provisión pública. Y este bien cuenta con especificidades muy diferentes a las de una mercadería: es un capital biológico, que debe ser gerenciado a fin de asegurar su potencial vital, no "stockeable" y requiere de servicios preferentes. Este concepto contiene la interacción entre economía aplicada y gestión.

En su interesante trabajo sobre los incentivos e instituciones para una equitativa y eficiente estrategia sanitaria[174], expresa Stiglitz que los países de bajos ingresos han logrado adicionar 15 años a la expectativa de vida su población, reduciendo en 17% la mortalidad adulta. Y, no obstante, detrás de estos éxitos yacen hechos y tendencias problemáticas. Muchos de los logros en la atención de la salud no han llegado a los más pobres entre los pobres. El quintil inferior en la mayoría de los países dentro del mundo en desarrollo, experimenta condiciones marcadamente peores que otros.

Stiglitz propone ir más allá de viejos debates, los cuales se focalizan ya sea sobre las fallas de mercado o las fallas de los gobiernos, coincidiendo en que ambos argumentos son incompletos y erróneos. Las críticas a programas gubernamentales, hacen notar sus fracasos y en particular su aparente inhabilidad para hacer que los servicios sean entregados a los más pobres, argumento utilizado a veces para un mayor apoyo al mercado. "Ellos se equivocan en entender no obstante, que aún en las mejores circunstancias los mercados no proveerán servicios adecuados a los más pobres, y esta fue precisamente la razón que llevaron a acelerar acciones gubernamentales en primer lugar. Es imperativo sin embargo, continuar la búsqueda de las acciones más costo-efectivas para mejorar el estado de la salud".

El problema, continúa Stiglitz, es que han sido extraídas erróneas conclusiones de aquellos estudios empíricos de casos que muestran las fallas de programas gubernamentales en el pasado. Los programas de gobierno *pueden* no haber funcionado y fracasado en la entrega de servicios a los más pobres, pero esto no implica necesariamente que estos programas *no puedan* funcionar. Sólo si estamos convencidos de que existe algo inherente respecto a la provisión publica que genera inevitablemente el fracaso – y esta falla es peor a la que los mercados producen –entonces un puede perder las esperanzas. Muy a menudo, las fallas del sector público pueden ser fácilmente asociadas a incentivos inadecuados; los gobiernos deben reconocer que los incentivos deben ser aplicados a ellos también no solo a los mercados.

Se deben focalizar todos los factores que afectan la salud. Los programas para mejorar el conocimiento, la nutrición infantil, el acceso a agua potable, vacunación – están entre los componentes centrales de tal estrategia. Pero

[173] Katz, I. "Articular el sector público con el privado es primordial para la salud", en *www.revistamedicos.com.ar*, N° 20, Buenos Aires, diciembre de 2001.
[174] Stiglitz, J., *Op. cit.*

también los programas bien diseñados de atención primaria de la salud, focalizados sobre inversión de alto impacto, pueden, no sólo entregar altos retornos por dólar gastado sino que serán un componente valioso en la estrategia de desarrollo global.

Stiglitz hace una clara distinción entre el financiamiento y la provisión de los servicios de salud y la necesidad de enfoque evolutivos. Expresa que una razón por la cual los gobiernos han fracasado en la entrega de servicios a los pobres es su persistencia en localizar los servicios públicos en las áreas urbanas.

Una mejor respuesta consiste en los gobiernos financiando la atención de la salud, pero permitiendo a la gente la búsqueda de atención - por cuenta y cargo del gobierno - en prestadores públicos o privados. Los países deben tomar compromisos pragmáticos tomando en consideración un enfoque evolutivo. Si las circunstancias en el país (por ejemplo el ingreso) y la satisfacción / insatisfacción con el sistema de salud cambia, entonces el sistema debe ser adaptado.

4.9 La gestión de la salud. Obstáculos y éxitos

4.9.1 Los obstáculos para gestionar un sistema de salud para la tercera edad en la Argentina.

Gestionar es fijar prioridades, planear de acuerdo a ellas. Fiorentini[175] insiste en que cuando hablamos de salud, hablamos también de escolaridad, de educación, de cuestiones más abarcadoras desde lo social, que no están separadas ni son paralelas. Son metas en el complejo entramado social. Si no se establecen estas metas, jamás se alcanzarán.

Hay buenos ejemplos de gestión en los Hospitales de Comunidad. La comunidad italiana, gallega, española, alemana, británica, conformaron en su momento una respuesta social y médica. Esta capacidad de unirse para lograr el bien común es lo que nos falta hoy para pensar en una sociedad distinta y una política de salud diferente. Pensar en el bien común es bien distinto del logro político de inaugurar una cinta hoy y dejar el hospital vacío mañana. En resumidas cuentas si el hospital, el centro de atención o lo que fuere, ya está en la foto, no importa en qué programa en qué plan en qué concepto social está inserto.

El INSSJP, agrega el experto, tiene dos estratos perfectamente claros: un estrato político y un estrato técnico, pero el Instituto está muy lamentablemente influenciado desde el punto de vista político y tiene mayor incidencia en las decisiones lo político que lo técnico, cuando debería existir un mayor equilibrio. Si se lograra que esos dos estratos funcionaran en armonía, se integraran en una gestión concreta y no se enfrentaran el uno con el otro para presentar mayores resultados acaso habría algún efecto positivo en la salud. El gran problema es que las gestiones políticas del PAMI denotan a la gestión técnica y la gestión técnica

[175] Entrevista al Dr. Marcelo Fiorentini, realizada en Buenos Aires en marzo de 2009.

aborrece a la gestión política. Es así como todo termina en la nada, en un panorama aberrante, y en un resultado deplorable para la salud.

Se gestiona de manera incomunicada, como compartimentos estancos: hay un estrato que no se une con el otro que esta ahí, a la vista. Hay mucho por hacer, pero no se abre la puerta de la participación.

El PAMI (INSSJP) tiene un actualmente un excelente desarrollo de recursos humanos propio que está absolutamente desperdiciado. Sería bueno integrar a los recién formados a los que ya tienes experiencia. Esa sencilla valoración del sentido común, está ausente.

El PAMI, una institución dedicada a la tercera edad, no valora a sus empleados más antiguos. Es un contrasentido pero es verdad. Sigue diciendo Fiorentini que en el transcurso del año 2008 hizo un diagnóstico cuyo resultado arrojó que el PAMI tiene un alto índice de "burn out", personas absolutamente desmotivadas para seguir adelante con su vida laboral. En estas condiciones no aportan todo lo que es de esperar de ellos, porque ya han llegado a un nivel de descrédito y de falta de entusiasmo muy grande, provocado en parte por la falta de reconocimiento que emana de la gestión.

En este terreno se valora al joven con la fidelización de una gestión, el joven fiel es el que tiene el *target,* en cambio el viejo buen profesional, pasa automáticamente a estar fuera por pertenecer a estratos anteriores porque su labor puede estar teñida con alguna connotación política relacionada con gestiones anteriores. En realidad al empleado viejo del PAMI se lo ve como un enemigo sin ninguna razón, bajo el aforismo "no te necesitamos, pero te soportaremos hasta el día de tu jubilación".

Otro gran abismo son **los compartimentos estancos** (Nación, Ciudad, Provincias): El secretario de la tercera edad de la Ciudad no tiene en su agenda recurrente reuniones con el PAMI y con el Gobierno Nacional. Trabajan solos, aislados y desperdiciando la sinergia de una aproximación común al logro de objetivos.

Y la gran asignatura pendiente: **la prevención secundaria.** Si un sujeto sufre una patología aguda que le deja algún grado de discapacidad, la acción preventiva correcta es buscar que no se profundice esa discapacidad o que esa patología no recrudezca o no se produzca un segundo ataque. La prevención secundaria es una cuestión que debería planificarse no sólo a nivel del PAMI sino también en el ámbito de la Ciudad y de la Nación. Pero de eso no se habla.

El PAMI tiene tres hospitales propios: el policlínico PAMI I y PAMI II "Dr. Marcelino Freyre", situados en Rosario; y el PAMI III *Unidad Asistencial por más Salud* "Dr. César Milstein", (ex Hospital Francés) en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires). En el PAMI II hay un interés muy pronunciado y acciones ya comenzadas, dirigidas a la prevención secundaria.

4.9.2 Los grandes obstáculos para la producción de salud en el mundo

¿Por qué los sistemas de salud no producen salud? Esta es una de las preguntas que se formulan en el Informe sobre la tercera edad en Argentina[176].

Según el Informe, está suficientemente demostrado que los paradigmas contemporáneos de la salud no son adecuados. Se tiende a privilegiar el enfoque asistencialista por sobre el enfoque preventivo y de promoción de la salud. Los recursos están focalizados en un porcentaje pequeño de población: la enferma, y se excluye a quienes pueden llegar a enfermar debido a la ausencia de acciones preventivas. Las acciones están basadas en un enfoque monodisciplinario y de tratamiento farmacológico, y el centro del sistema está en el hospital de enfermedades agudas.

Hay coincidencia en el hecho de que los determinantes más poderosos de salud en poblaciones contemporáneas son fundamentalmente las circunstancias sociales, económicas y culturales. Hay estudios sobre la particular importancia que ejerce el llamado "capital social" sobre la salud y la seguridad social de las poblaciones. El capital social ha sido formalmente definido como "el grado de confianza interpersonal en una sociedad determinada" o como "los rostros de la organización social que facilitan la coordinación y la cooperación para los beneficios compartidos". A partir de estudios de la Escuela de Salud Pública de Harvard se sabe que existe una fuerte correlación entre los niveles de equidad de una sociedad, la riqueza del capital social y la esperanza de vida. Las sociedades más equitativas y con mayor capital social forman un ambiente más saludable, de respeto mutuo, de mayor participación, de mayores conocimientos en el campo de la salud, todo lo cual repercute en una mayor presión social sobre las conductas desviadas, que se traduce en respuestas del gobierno dirigidas hacia los menos favorecidos.

Se vislumbra la necesidad de cambios para contener los costos del sector sanitario e incrementar los gastos de salud sobre la población sana, para asegurar que la accesibilidad al sistema se base en valores de solidaridad, inclusión y equidad, y en la necesidad de acrecentar el poder de los usuarios en las decisiones.

Michael Porter y Elizabeth Olmedted Teisberg, han estudiado durante diez años el Sistema de la Salud de los Estados Unidos. En su reciente libro formulan su análisis crítico[177]. Según los autores, se trata del sistema de salud más caro del mundo, con un gasto de u$s 5.500 anuales por persona. Otros sistemas, como los de Alemania, Canadá, Inglaterra, y Japón gastan menos de u$s 3.000 anuales. Por otra parte el gasto en los Estados Unidos, crece a un nivel del 6% anual. Sería de esperar semejante magnitud produzca los mejores resultados. Son embargo no es así: las cifras muestran que a pesar de gastar un 14,2% de su PBI, la esperanza de vida, de 79 años, es inferior a la de Japón, con 82,3 años y que solo gasta un 6% de su PBI. Un dato singular es que el 35% de los estadounidenses se encuentra disconforme con el sistema, y además el 45% está desprotegido, ya que al ser tan

[176] Secretaría de la Tercera Edad, "Informe sobre la Tercera Edad....", *Op. cit.*
[177] Porter, M., Teisberg E., *Redefining Health: Creating Value based Competition on Results*, Harvard Business School Press, Harvard, 2006.

oneroso no pueden afrontarlo. Y además la cantidad de errores médicos en lugar de disminuir, crece, causando internaciones prolongadas y lesiones que con frecuencia resultan permanentes. También son causa de muertes, las cuales, de acuerdo con dos estudios, uno de 1988 y otro de 2002, van en aumento, pasando de 96.000 en el primero a 200.000 en el segundo. Esto coloca los errores médicos en el sexto lugar en 1988 y en el tercero en 2002, como una de las principales causa de muerte en ese país, apenas superada por las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

El tiempo a invertir por los profesionales médicos en completar formularios y desempeñar fundones administrativas ha aumentado a tal extremo que en áreas como la de emergencia alcanza el 52%. Esto significa que la mitad de sus tareas se dirigen a acciones que no aportan ningún valor para el usuario. En este marco, se observa una manifiesta disconformidad y es evidente que el gobierno ha perdido el control.

Las propuestas para revertir eso se relacionan con dos áreas: la forma de abordar los padecimientos, y los cambios en la prestación de servicios.

En el primer supuesto, se plantea que en lugar de abordar las patologías como en el siglo pasado, especialistas que trabajan en forma independiente y sin comunicación entre sí, se haga por "**ciclos**" o "**entidades**". Esto significa, para ejemplos como osteoartritis de cadera, un ciclo que comprende: la **prevención**, el **diagnóstico**, el **tratamiento** (que incluye la cirugía) y la **rehabilitación.**

Los centros de atención, hospitales, etc. no deben fundar su marketing en la hotelería, sino en los resultados obtenidos en los ciclos que puedan manejar con excelencia.

Sobre este tema vale la pena acudir al iluminado pensamiento de Amartya Sen [178], quien sostiene que la economía de mercado puede ser particularmente inadecuada cuando se trata de brindar bienes públicos, como educación y atención médica (tema ya discutido por varios de los economistas líderes de nuestro tiempo, incluyendo a Paul Samuelson y Kenneth Arrow). Es necesario resaltar además que la caída puede ser mucho más feroz cuando la atención médica en particular no se puede garantizar a todos.

Por ejemplo, a falta de un servicio nacional de atención médica, cada puesto de trabajo perdido genera mayor exclusión de los cuidados médicos básicos, debido a la pérdida de ingresos o la pérdida de seguro médico privado que ofrecía el empleo. Estados Unidos en este momento tiene una tasa de desempleo de 7,6 por ciento que está comenzando a generar gran pobreza y marginalidad. Valdría la pena preguntarse cómo los países europeos, incluyendo Francia, Italia y España, que han vivido con niveles de desempleo mucho más altos durante décadas, han logrado evitar el colapso total de su calidad de vida. Hasta cierto punto, la respuesta radica en la forma como opera la seguridad social en Europa, con un seguro de desempleo mucho más sólido que en América y, lo que es más importante, con servicios médicos básicos que el estado ofrece a todos.

[178] Sen, A., "El Capitalismo más allá de la crisis", en *prodavinci.com*, 20 de abril de 2009.

Especialmente en Estados Unidos, la incapacidad de proporcionar atención médica para todos que evidencia el mecanismo de mercado, ha sido flagrante, pero también lo fue en la brusca interrupción de progreso en salud y longevidad ocurrida en China cuando se abolió la cobertura universal para la salud en el año 1979.

Antes de las reformas económicas de ese año, cada uno de los ciudadanos chinos contaba con atención médica garantizada, ya sea del estado o de cooperativas, aunque fuera a un nivel bastante básico. Cuando China eliminó el sistema contraproducente de las comunas agrícolas y las unidades industriales manejadas por burócratas, se disparó la tasa de crecimiento del producto nacional bruto al ritmo más rápido del mundo entero.

Pero al mismo tiempo, guiada por su nueva fe en la economía de mercado, China abolió el sistema universal de cuidados médicos. Después de las reformas de 1979, cada individuo debía adquirir su seguro médico (excepto en algunos casos relativamente raros en que el estado o una gran compañía cubría el seguro de sus empleados y dependientes). Con este cambio, el rápido progreso que había logrado China con respecto a la longevidad se frenó de manera abrupta.

Esto ya era un problema cuando los ingresos totales de China estaban creciendo extremadamente rápido; pero hoy el problema se agiganta con la desaceleración brusca de la economía. Actualmente, el gobierno chino intenta volver a introducir gradualmente el seguro médico para todos. Por su parte, en Estados Unidos, el gobierno del Presidente Obama también está comprometido en hacer que la cobertura médica sea universal. Este debería ser el camino para abordar la crisis económica, y al mismo tiempo lograr transformaciones a largo plazo para las dos sociedades.

Una crisis no sólo presenta un reto inmediato que se debe enfrentar. También brinda la oportunidad de solucionar problemas a largo plazo, cuando la gente está dispuesta a reconsiderar las convenciones establecidas. Por eso es que la crisis actual también revela la importancia de enfrentar asuntos que se han descuidado a largo plazo, como la conservación del ambiente, el transporte público y la atención médica.

El ejemplo del estado de Kerala en la India, demuestra que es posible ofrecer atención médica para todos, garantizada por el estado y a un costo relativamente bajo. Desde que China eliminó el seguro de salud universal en el año, las cifras de Kerala respecto a las expectativas de vida e indicadores como mortalidad infantil han sobrepasado significativamente las de China, a pesar de tener un nivel mucho más bajo de ingresos *per capita.* De manera que también hay oportunidades para los países pobres.

Estados Unidos enfrenta el reto más grande, teniendo el nivel de gasto *per capita* en salud más alto de todos los países del mundo, y relativamente bajos logros en el sector salud, con más de 40 millones de personas sin ningún tipo de cuidados médicos garantizados.

En Estados Unidos, las discusiones sobre las reformas de salud se han centrado demasiado en el sistema de Canadá, un sistema de salud pública donde es muy difícil tener atención médica privada, cuando en Europa Occidental los servicios de salud proporcionan atención médica permitiendo al mismo tiempo, la cobertura del estado, la práctica médica privada y el seguro privado para quienes tienen el dinero y desean gastarlo de esta manera. No resulta muy clara la razón de porqué los más adinerados que pueden gastar libremente su dinero en yates y otros lujos no podrían gastarlo en resonancias magnéticas o tomografías.

4.9.3 Las dificultades de atención de la salud en América Latina

Los principales problemas

Entre los principales problemas que presenta la atención sanitaria en la región Latinoamericana, señala un estudio de la CEPAL[179] los asociados a la precariedad institucional de la salud pública y a la falta de equidad y eficiencia de los actuales sistemas de salud de los países.

El limitado acceso a los servicios de salud fue considerado de forma mayoritaria como el principal problema que afecta a países como Bolivia, Chile, Colombia, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, en tanto que para Argentina ocupa el segundo lugar en orden de importancia. La limitada cobertura de los servicios forma parte de las manifestaciones de la falta de equidad, que constituye también un problema prioritario en Costa Rica y Ecuador, en tanto que en Argentina, Brasil, Nicaragua y Panamá es visto en forma algo menos determinante.

En segundo orden de importancia, las autoridades de Chile, Colombia y Perú señalan la baja calidad y la ineficiencia de los servicios, tema que para otros países es prioritario (Costa Rica, Ecuador). En este ámbito se resalta el problema de la demanda insatisfecha que afecta a un amplio sector de la población (Nicaragua, Guatemala), particularmente en las zonas rurales (El Salvador).

Entre los problemas específicos mencionados en relación con la falta de eficiencia figuran la dimensión excesiva de la capacidad instalada en regiones; los altos costos de operación; la insuficiente capacidad de gestión, tanto de las entidades territoriales responsables como de las redes de prestación de servicios de salud; las deficiencias en los procesos de vigilancia y control; y los retrasos sistemáticos en el flujo de recursos, lo que genera condiciones de insostenibilidad en algunas instituciones prestadoras.

Por tales razones, la sostenibilidad financiera y el mayor costo de la red institucional y de los servicios de salud, es un tema preocupante en países como Brasil, Costa Rica, Nicaragua, y República Dominicana. Este problema también

[179] Arriagada, I., Aranda, V. y Miranda F., División de Desarrollo Social de la CEPAL, "Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas", en *CEPAL, Serie Políticas Sociales N° 114,* Santiago de Chile, diciembre de 2005.

es mencionado en tercer lugar por las autoridades de Bolivia. En Chile, Ecuador y Panamá se asigna esta misma posición al déficit de recursos, incluidos los recursos humanos (El Salvador, Chile, Perú), que parece corresponder a otra característica general en lo que respecta a carencias concretas de los sistemas de salud de la región.

Una tendencia específica que se destaca en el ámbito de la atención de salud se refiere a la transición epidemiológica hacia enfermedades no transmisibles y emergentes (Brasil, Costa Rica, Perú, El Salvador, Venezuela), y a la ausencia de programas de atención especializada para tratarlas (Uruguay).

Otras inquietudes más particulares en materia de salud son la debilidad y la baja cobertura de la atención primaria (República Dominicana, Uruguay), y las dificultades que presenta su articulación con niveles superiores, así como la coordinación entre agentes públicos y privados (Uruguay).

4.9.4 Las causas asociadas a los problemas de atención de salud

La primera de las causas se relaciona con condiciones económicas (pobreza, desigualdad, baja calidad de vida y exclusión social). A este respecto un grupo de países señala tendencias de carácter general: pobreza (Argentina, Bolivia, Brasil, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Perú), desempleo (Argentina), y malas condiciones ambientales y de saneamiento básico (El Salvador, Paraguay). Estas barreras se refieren a la carencia de medios para financiar el costo de atención, especialmente en poblaciones pobres que no acceden a planes o beneficios de los diversos regímenes sociales.

Un segundo conjunto de factores está asociado a limitaciones presupuestarias para dotar de recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura a la red institucional de servicios públicos de salud. El déficit presupuestario aparece como la primera causa asociada a los problemas de atención en Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Nicaragua y Perú.

Bolivia, Colombia, Ecuador, Nicaragua, Panamá, Paraguay se destacan por la escasez de oferta de servicios en zonas rurales y periurbanas. Por otra parte, en Ecuador y Perú se observan limitaciones en materia de recursos humanos, vinculadas tanto a su déficit como al bajo compromiso del personal de salud (que se manifiesta en mala atención o huelgas sistemáticas). La ineficiencia de los servicios se advierte en particular en Panamá y Perú. En igual proporción, figuran el insuficiente seguimiento, evaluación y reorientación de los servicios (Nicaragua, Perú), la falta de articulación entre las lógicas que rigen los sectores privado y público de salud (Uruguay, Chile), y el desfase entre una situación epidemiológica en transformación y los modelos de atención existentes (Brasil, Uruguay). Estas constituyen otras de las causas atribuibles a los problemas de atención de salud en los países de la región.

Asimismo, se señaló que existían vacíos en el sistema de referencias y contra-referencias de pacientes (Paraguay), en los canales para la participación de

los beneficiarios (Uruguay) y en la gestión de la salud, demasiado centrada en sus instituciones (Chile).

Principales problemas de atención de salud de la población

Países	Problemas de atención		
	Primero en importancia	Segundo en importancia	Tercero en importancia
Argentina	Superar la emergencia sanitaria producto de la crisis del año 2001	Garantizar el acceso a toda la población a servicios y medicamentos esenciales	Superar brechas estadísticas de salud y que delimitan los márgenes de la inequidad
Bolivia	Inaccesibilidad geográfica	Barreras culturales	Costos
Brasil	Transición epidemiológica hacia enfermedades no transmisibles	Aumento de complejidad y costos en los servicios	Equidad en la atención
Chile	Inequidad en el acceso	Calidad de los servicios	Déficit de recursos
Colombia	Accesibilidad en la prestación de servicios en salud	Ineficiencias en organización y operación de la prestación de servicios	Sin información
Costa Rica	Eficacia, calidad y equidad de los servicios	Sostenibilidad financiera precaria	Cambio del perfil epidemiológico por envejecimiento de la población
Cuba	Sin información	Sin información	Sin información
Ecuador	Equidad y eficiencia en los servicios	Déficit recurso humano	Costos en la prestación de servicios de salud
El Salvador	Déficit de recursos	Necesidades de salud insatisfechas en las zonas rurales	Enfermedades emergentes y re-emergentes
Guatemala	Acceso a servicios de salud	Demanda insatisfecha	Falta de alimentación adecuada
Honduras	Diarreas	Neumonía	Anemia, parasitismo, desnutrición
Nicaragua	Necesidades insatisfechas	Déficit de recursos	Eficacia, equidad, calidad en la provisión de servicios de salud
Panamá	Accesibilidad de los servicios	Equidad de los servicios	Aumento de los costos
Paraguay	Acceso no equitativo a los servicios de salud	Infraestructura inadecuada	Escasa capacidad resolutiva de los servicios de guardias de urgencia
Perú	Bajo acceso a los servicios, particularmente vinculados al embarazo, el puerperio y el recién nacido	Insuficiente calidad y eficacia en los servicios	Déficit en recursos humanos
República Dominicana	Limitada cobertura en atención primaria	Desarticulación presupuesto	Cobertura insuficiente
Uruguay	Ausencia de un modelo de atención integral de salud entre agentes privados y públicos	Ausencia de programas de atención de las enfermedades no transmisibles	Debilidad en atención primaria y su articulación con niveles superiores
República Bolivariana de Venezuela	Sin información	Sin información	Sin información

Fuente: Informe Políticas y programas de salud en América Latina, CEPAL, 2005.

Cuadro 4.6: Principales problemas de atención de salud de la población

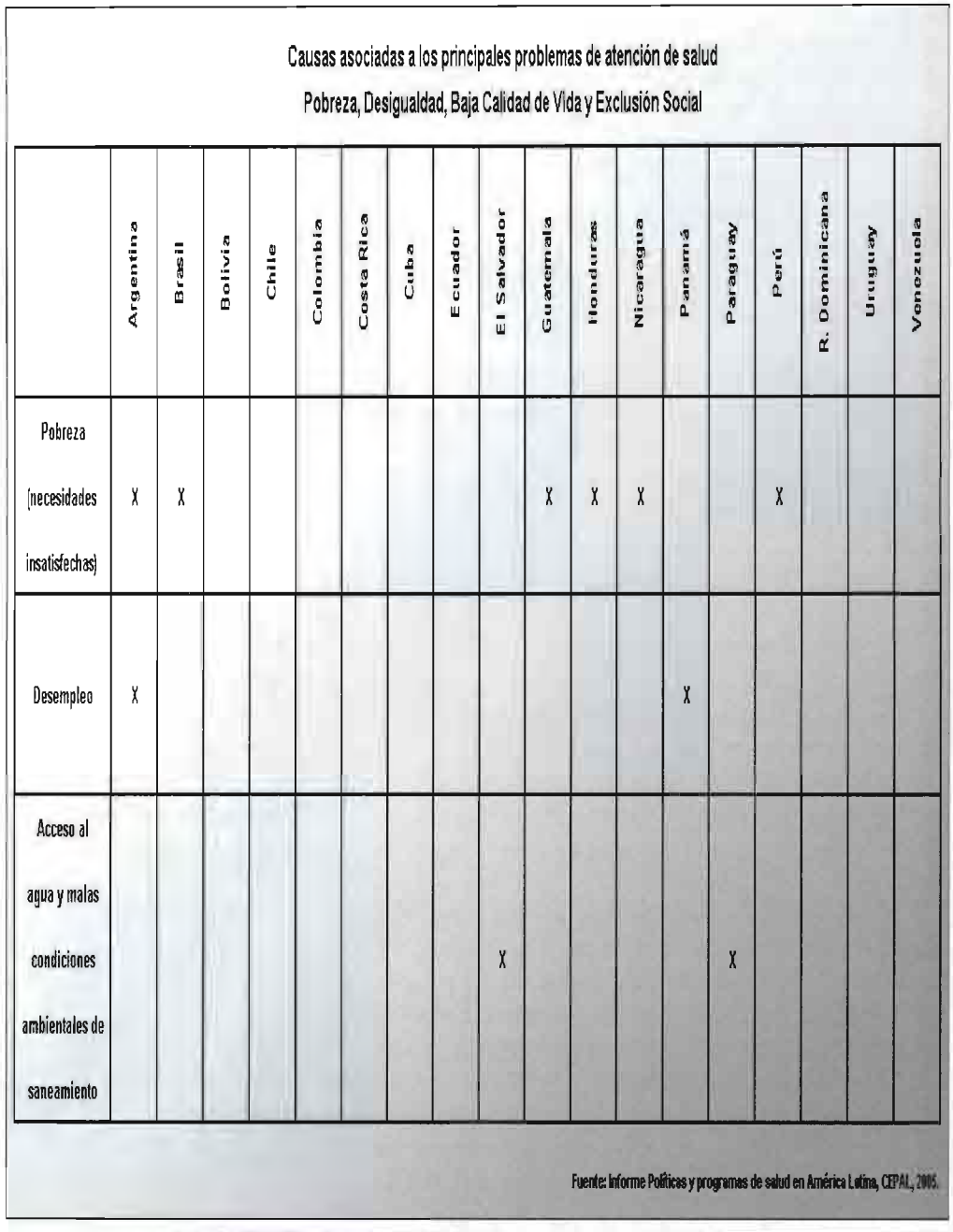
Otras tendencias específicas identificadas corresponden al ámbito de las condiciones sociodemográficas que caracterizan a la población de la región, como su alta dispersión geográfica, especialmente en las zonas rurales, que se traduce en inaccesibilidad de los servicios de salud debido a la escasez de medios de transporte y de comunicación (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Perú). Estos aspectos pueden ser considerados como "barreras geográficas"[180], que agudizan dos de los principales problemas en la atención de salud, que son el bajo acceso a los servicios pertinentes y la limitada capacidad de resolución de las instituciones a las cuales estos grupos pueden recurrir, dada su precariedad presupuestaria y de infraestructura, o su mala distribución geográfica.

Se destaca también el crecimiento demográfico (El Salvador, Guatemala, Panamá), los cambios en el perfil epidemiológico ocasionados, en parte, por la mayor preponderancia de ciertos factores de riesgo entre los que se destaca el tabaquismo (Argentina, Brasil, Costa Rica, Panamá) y la multicausalidad de la enfermedades (Costa Rica y Guatemala). Por último, la heterogeneidad cultural de los países, es decir, la existencia de grupos étnicos y sociedades multilingües, así como el problema migratorio (Bolivia, Costa Rica, Guatemala).

Esto constituye para algunos países un motivo de nuevos desafíos en la atención de la salud, vinculado a la intensificación de movimientos migratorios y a la demanda de reconocimiento de los derechos económicos, sociales y culturales de los pueblos indígenas y afrodescendientes de la región. Si bien este aspecto corresponde a una problemática cultural y política, relacionada con la consolidación de Estados pluriculturales, no constituye en sí mismo una barrera cultural que imponga factores determinantes para la salud de la población.

Aclaremos que por *barreras culturales* debe entenderse un conjunto de aspectos vinculados a hábitos culturales que perjudican la salud de la población, a la educación y a factores derivados de las relaciones interétnicas que se establecen en el interior de las sociedades nacionales y que van en detrimento de sus minorías en el ámbito de los servicios de la salud. Dentro de este gran grupo de causas se mencionan varias: la presencia de malos hábitos sanitarios, producto de la falta de prevención en salud (Costa Rica, Perú), los altos niveles de analfabetismo (Nicaragua, Perú), la carencia de un enfoque intercultural en los sistemas de salud (Perú), la ausencia de formación en derechos sanitarios (Perú, Venezuela), la subvaloración de la mujer y la discriminación étnica en los servicios de salud (Perú).

[180] Véase el punto *2.4 Barreras sociales. Percepciones y equívocos.*



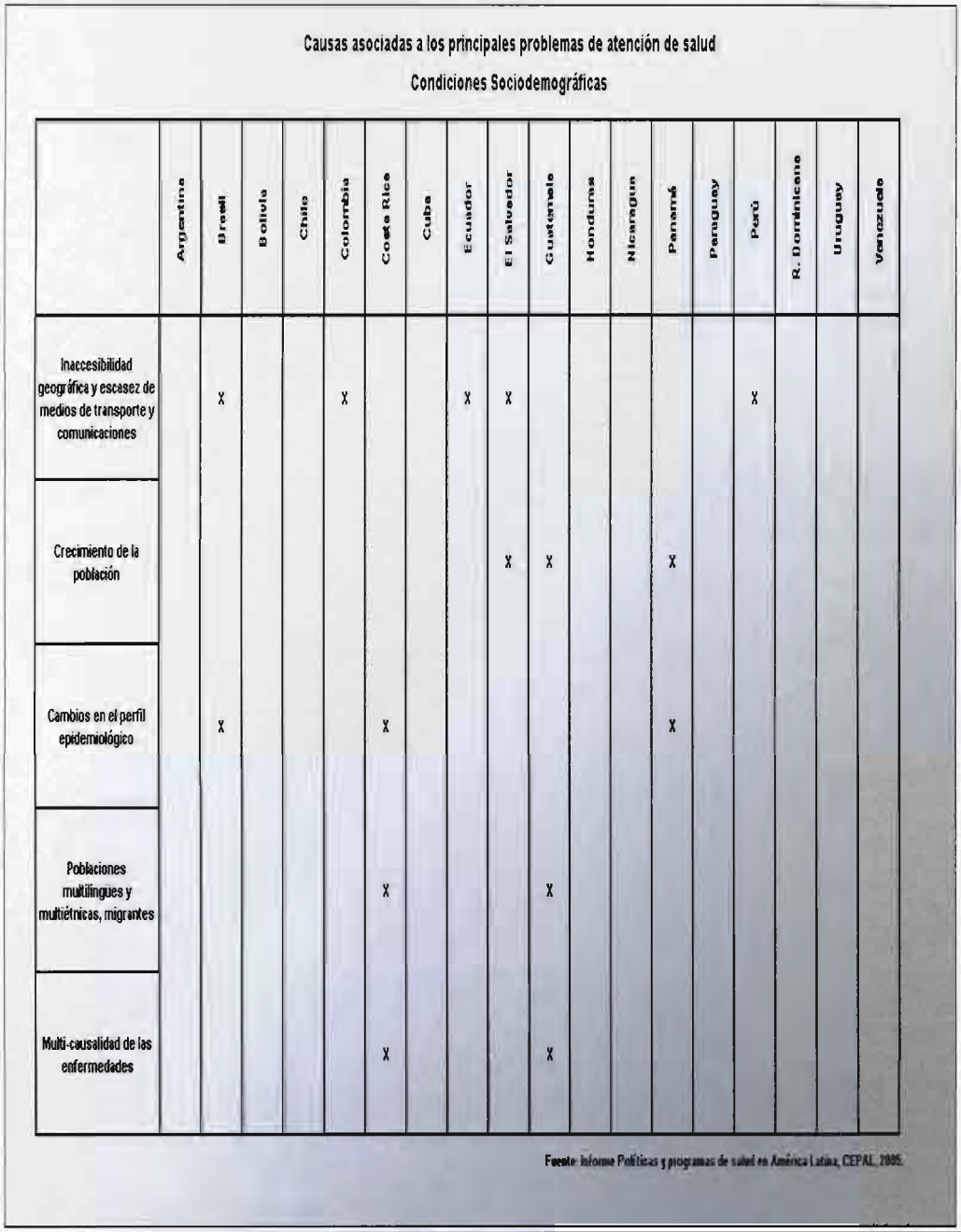
Causas asociadas a los principales problemas de atención de salud

Pobreza, Desigualdad, Baja Calidad de Vida y Exclusión Social

	Argentina	Brasil	Bolivia	Chile	Colombia	Costa Rica	Cuba	Ecuador	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá	Paraguay	Perú	R. Dominicana	Uruguay	Venezuela
Pobreza (necesidades insatisfechas)	X	X								X	X	X			X			
Desempleo	X												X					
Acceso al agua y malas condiciones ambientales de saneamiento									X					X				

Fuente: Informe Políticas y programas de salud en América Latina, CEPAL, 2005.

Cuadro 4.7: Causas asociadas a los principales problemas de atención de salud



Causas asociadas a los principales problemas de atención de salud

Condiciones Sociodemográficas

	Argentina	Brasil	Bolivia	Chile	Colombia	Costa Rica	Cuba	Ecuador	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá	Paraguay	Perú	R. Dominicana	Uruguay	Venezuela
Inaccesibilidad geográfica y escasez de medios de transporte y comunicaciones		X			X			X	X						X			
Crecimiento de la población									X	X			X					
Cambios en el perfil epidemiológico		X				X							X					
Poblaciones multilingues y multiétnicas, migrantes						X				X								
Multi-causalidad de las enfermedades						X				X								

Fuente: Informe Políticas y programas de salud en América Latina, CEPAL, 2005.

Cuadro 4.8: Causas asociadas a los principales problemas de atención de salud (Cont.)

Causas asociadas a los principales problemas de atención de salud

Barreras Culturales

	Argentina	Brasil	Bolivia	Chile	Colombia	Costa Rica	Cuba	Ecuador	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá	Paraguay	Perú	R. Dominicana	Uruguay	Venezuela
Falta de un enfoque intercultural															X			X
Analfabetismo												X			X			
Malos hábitos sanitarios, falta de prevención en salud						X									X			
Desconocimiento de los derechos ciudadanos en salud															X			
Sub-valoración de la mujer															X			
Discriminación en servicios de salud																		

Fuente: Informe Políticas y programas de salud en América Latina, CEPAL, 2005

Cuadro 4.9: Causas asociadas a los principales problemas de atención de salud (Cont.)

Causas asociadas a los principales problemas de atención de salud

Limitaciones Presupuestarias (recursos humanos, tecnológicos e infraestructura)

	Argentina	Brasil	Bolivia	Chile	Colombia	Costa Rica	Cuba	Ecuador	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá	Paraguay	Perú	R. Dominicana	Uruguay	Venezuela
Déficit de los recursos de salud		X			X	X		X				X			X			
Escasa oferta en las zonas rurales y periurbanas					X			X				X	X	X				
Ineficiencia en los sistemas de salud													X		X			
Insuficiente normalización, monitoreo, evaluación y reorientación de los servicios												X			X			
Ausencia de un Sistema Nacional integrado de Salud																	X	
Déficit y bajo compromiso del personal de salud								X							X			
Deficiente priorización de los problemas en salud															X			
Falta de capacitación suficiente del personal en salud															X			
Débil sistema de referencias y contrarreferencias de pacientes														X				
Lógicas distintas entre sector Privado y sector Público de salud				X													X	
Gestión centrada en la institución				X														
Desfase entre situación epidemiológica y modelo de atención		X															X	
Falta de canales de participación con beneficiarios																	X	

Fuente: Informe Políticas y programas de salud en América Latina. CEPAL. 2006.

Cuadro 4.10: Causas asociadas a los principales problemas de atención de salud (Cont.)

4.9.5 El impacto diferenciado de los problemas de atención de salud

Los problemas de la atención de salud afectan de distinta manera a los sectores poblacionales. Hay coincidencia en el hecho de de que la repercusión en menor en los estratos no pobres, que tienen mayor capacidad de pago y más amplio acceso a los servicios especializados tanto públicos y privados (planes, seguros de salud, afiliación a la seguridad social, etc.).

Sólo en el caso de Uruguay se destacó el hecho de que la creciente desocupación que afecta a segmentos no pobres no les permite acceder ni al sistema público, por no estar en el nivel de indigencia, ni al sistema privado, por falta de recursos.

De todas formas, la desigualdad en el impacto de los problemas de atención de salud está determinada no sólo por cuestiones de accesibilidad sociocultural, geográfica, o ambas, sino principalmente por las disparidades de ingreso, que generan condiciones de vida insuficientes para prevenir y satisfacer las necesidades de la población en salud.

En general, los pobres urbanos tienen mayor acceso a los servicios de salud que los que viven en zonas rurales, donde la pobreza es más extrema. Sin embargo, esta tendencia muestra matices particulares. En Argentina, tras la crisis política, institucional y socioeconómica de los últimos meses de 2001 y la primera mitad de 2002, 17 de las 24 provincias presentaban tasas de incidencia de la pobreza, superiores al promedio nacional. Como existe una relación directa entre estas circunstancias y la salud de la población, la amenaza al patrimonio sanitario de los argentinos, en general, es contundente. En Bolivia, pese a que los pobres urbanos están a menores distancias de los servicios de salud, persisten los problemas de los costos y de las diferencias culturales. En Brasil, los pobres urbanos tienen un acceso menor a la salud en las grandes ciudades, principalmente en las regiones más pobres. En Colombia, por ejemplo, los problemas de accesibilidad afectan principalmente a la población pobre, pero las barreras geográficas y económicas inciden negativamente en mayor medida en la población rural y las barreras culturales en la población étnica (El Salvador, Guatemala). En Ecuador, los pobres urbanos enfrentan problemas de costo, pero en más alto grado, y al igual que los grupos étnicos, los pobres rurales tienen dificultades de acceso. En algunos países, se señala que los mayores problemas respecto a los pobres urbanos, corresponde a los deficientes servicios básicos y al hacinamiento (El Salvador, Guatemala). En Honduras tanto pobres urbanos, como rurales y grupos étnicos presentan los mismos problemas porque comparten las condiciones de pobreza y de extrema pobreza, de acuerdo con el índice de desarrollo humano.

En Nicaragua, se destaca además, el alto costo de los medicamentos que afecta a los habitantes urbanos de menores recursos, así como también los desastres naturales que damnifican por igual a los pobres de las áreas rurales y a las minorías étnicas. Además, los pobres rurales tienen menor acceso a los servicios y programas de salud debido a que en general existe un menor número

de servicios en estas zonas geográficas (Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay). Al respecto, en Perú se señala que, aparte de la escasa oferta, los servicios que se brindan son de baja calidad. En Bolivia se agrega a lo anterior, el déficit de la capacidad instalada y de recursos humanos para la atención de salud.

Los grupos étnicos presentan problemas específicos de atención de salud a causa del monolingüismo, las altas tasas de analfabetismo, las diferentes manifestaciones de la discriminación étnica y racial que deben sortear, y las dificultades que plantea su participación y representación política como minorías étnicas y raciales dentro de los países. En América Latina, al igual que en otros lugares del mundo, raza y etnicidad se han consolidado, a través de un largo y complejo proceso histórico, como aspectos determinantes de la falta de equidad y desigualdad social, económica y cultural. Junto con la discriminación de género y de clase, la discriminación étnica se ha convertido en uno de los factores de mayor e insoslayable importancia para la región.

Con respecto a estos grupos, en Bolivia y Paraguay se subraya que existen escasos servicios de salud en las comunidades indígenas. En ambos países se menciona también la falta de un enfoque intercultural para asegurar que los servicios de salud generen un impacto positivo en la población indígena. En Bolivia, por ejemplo, se señala que además de la inaccesibilidad de los servicios, éstos no corresponden a sus formas tradicionales de atender su salud.

En Paraguay, sólo el 26% de la población indígena cuenta con servicios de salud, y un 92% practica la medicina tradicional.

Por otra parte, estos grupos presentan un perfil epidemiológico diferente (Perú).

En Uruguay se informa que no existe discriminación étnica en la atención de salud, ya que en el país no hay población indígena.

Los migrantes también son afectados por situaciones singulares, debido a "factores culturalmente determinados", sobre todo en el caso de los migrantes rurales. Dados sus ingresos bajos y su precaria inserción laboral, muchas veces en el sector informal, enfrentan mayores problemas en el ámbito de la salud. En Chile figuran con menor claridad en la normativa de salud y, por otra parte, los equipos de salud no están bien entrenados para atender a las minorías.

Otros grupos vulnerables en materia de salud, escasamente mencionados en las encuestas, son las personas de la tercera edad, los discapacitados y los adolescentes que no tienen cobertura de atención de salud (Nicaragua, Panamá, Perú, Uruguay).

Sólo en el caso de Perú se menciona a la población femenina como uno de los grupos en los cuales los problemas de atención de salud inciden con mayor intensidad, ya que registran una más alta carga de enfermedades. En varios países no existen políticas públicas sólidas dirigidas según grupos de edad y sexo. En

Uruguay sí se realizan acciones de este tipo, pero son fragmentadas y discontinuas.

En síntesis, el problema de acceso a la salud se revela como el principal entre los que enfrentan los países latinoamericanos. Tanto los sectores de nivel socioeconómico medio, que han sido afectados por procesos de desestabilización económica y de aumento del desempleo, como otros segmentos tradicionalmente más vulnerables en áreas urbanas y rurales, quedan excluidos del sistema formal y público de salud, lo que acusa la existencia de una marcada desigualdad.

Subsisten numerosos factores extrasectoriales que tienen gran incidencia en la salud y que deben ser considerados al diseñar las políticas pertinentes. Entre ellos se cuentan los relacionados con la vivienda, la educación, la nutrición, el empleo, el estilo de vida y la calidad ambiental.

La experiencia internacional ha demostrado que incluso en países que cuentan con sistemas de prestación universal y uniforme se producen importantes diferencias en los resultados, atribuibles a este tipo de factores.

4.9.6 Los grandes logros en la obtención de longevidad y bienestar

Hay Estados que registran una impactante mejora en las condiciones de vida y un aumento de la longevidad sin que exista un gran nivel de crecimiento económico. Estos casos fueron expuestos por Amartya Sen[181] en ocasión de la 52° Asamblea Mundial de la Salud, como ejemplo de economías que han cosechado grandes logros en la longevidad de la población y al mismo tiempo una buena calidad de vida. Esto tiene una intensa correlación con la corriente de pensamiento que vincula sólo al desarrollo económico con la capacidad de lograr bienestar. Aunque existe una relación entre la abundancia por una parte, y la salud, la longevidad y otros progresos por la otra, esa relación depender en gran medida de otras circunstancias. Según Sen, es necesario explorar el contraste entre las economías que alcanzaron un alto crecimiento y a la vez un alto nivel de longevidad y calidad de vida, Corea del Sur y Taiwan por ejemplo, y las que han alcanzado esto último, pero sin crecimiento económico. Este último es el caso de Sri Lanka, China antes de la reforma, Costa Rica y el Estado de Kerala en la India.

Entre los primeros, el aumento de las oportunidades sociales ha servido para facilitar el desarrollo económico con un alto nivel de empleo y también ha creado circunstancias favorables para reducir las tasas de mortalidad y aumentar la esperanza de vida. El contraste es notable con algunos otros países de crecimiento alto, como el Brasil, que han tenido un crecimiento del producto bruto de similar envergadura, pero signado por un historial de grave desigualdad social, desempleo y descuido de la atención de salud pública. En ellos los logros en materia de longevidad han sido lentos. Para analizar el por qué de estos acontecimientos, Sen formula una distinción entre estos dos tipos de éxitos en lo

[181] Discurso inaugural pronunciado por el Profesor y Premio Nobel de Economía, Amartya Sen, Rector del Trinity College, Cambridge, ante la 52° Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 18 de mayo de 1999.

que respecta a la rápida reducción de la mortalidad, a los que llama respectivamente procesos "mediados por el crecimiento" y procesos "impulsados por el apoyo"[182]. El primero actúa por conducto de un crecimiento económico rápido y su éxito depende de que el proceso de crecimiento tenga una extensa base y sea económicamente amplio (una marcada orientación hacia el empleo tiene mucho que ver con ello), y también de que la mayor prosperidad económica sirva para aumentar los servicios sociales pertinentes, entre ellos la atención sanitaria, la educación y la seguridad social.

El segundo, no avanza por el cauce del crecimiento económico rápido sino mediante un programa de apoyo social inteligente en materia de atención de salud, educación y otras medidas sociales. Es así como se registra una reducción muy rápida de las tasas de mortalidad y una mejora de las condiciones de vida, sin un crecimiento económico notable.

El proceso "impulsado por el apoyo" no va en pos de aumentos espectaculares en los niveles de ingresos reales por habitante. Se centra en dar prioridad a la prestación de servicios sociales, en particular atención de salud y educación básica.

Quizá sorprenda la posibilidad de financiar procesos "impulsados por el apoyo" en los países pobres, dado que ciertamente se necesitan recursos para ampliar los servicios de salud, educación y otros igualmente necesarios. Si se hacen cuentas de modo realista, la necesidad de recursos es innegable, pero se trata también de llegar a un equilibrio entre los costos y los beneficios previsibles en términos humanos. Esto no está realmente reñido con las finanzas. De hecho, lo que verdaderamente debería verse amenazado por el rigor financiero es la utilización de recursos públicos para fines cuyo logro apenas reportaría claros beneficios sociales, como sucede con las cuantiosas sumas que dedican los países pobres a financiar sus ejércitos y armamentos, a menudo muy superiores al gasto en educación básica o salud.

Si en la asignación de los recursos se da sistemáticamente prioridad a los armamentos antes que a la salud y la educación, el remedio sólo podrá venir, en definitiva, de un debate público debidamente documentado sobre estas cuestiones, para la búsqueda de un mejor equilibrio entre la satisfacción de las necesidades básicas para vivir bien y los medios necesarios para matar de manera eficiente.

¿A qué consideraciones arriba Amartya Sen luego de estos análisis? ¿Cómo relaciona salud con desarrollo? En tal sentido dice simplemente "siendo iguales los demás factores, la buena salud y la prosperidad económica tienden a reforzarse mutuamente. Una persona sana podrá más fácilmente obtener ingresos, y una persona con mayores ingresos podrá más fácilmente obtener asistencia médica, mejorar su nutrición y gozar de la libertad necesaria para llevar una vida más sana" Y agrega, "incluso cuando la economía es pobre, pueden conseguirse importantes mejoras sanitarias utilizando los recursos disponibles de una manera socialmente productiva. Es sumamente importante, en este contexto, prestar

[182] Estos dos procesos ya habían sido anticipados diez años antes en Drèze, J. y Sen A., en *Hunger and Public Action*, Clarendon Press, Oxford, 1989.

atención a las consideraciones económicas inherentes a los costos relativos del tratamiento médico y de la prestación de asistencia sanitaria. Como quiera que esta prestación es un proceso que requiere gran intensidad de mano de obra, las economías de bajos salarios obtienen una ventaja relativa dando una **mayor** - no **menor** - prioridad a la atención de la salud".

Otro gran Premio Nobel de Economía, Joseph Stiglitz, en total acuerdo con esta línea de pensamiento, al referirse a la gran carga de responsabilidades del Presidente Obama en su tarea de restaurar la economía de los Estados Unidos, expresa "...necesitamos gastar más, no menos. La economía debe ser reconfigurada para reflejar nuevas realidades, incluyendo el calentamiento global. Necesitaremos trenes rápidos y plantas eléctricas más eficientes. Tales gastos estimularían la economía proporcionando las bases para un crecimiento sustentable".

Pero, según Stiglitz, solo hay dos maneras de pagar por estas inversiones: elevar los impuestos o reducir los gastos. Y por el hecho insoslayable de que habría fuerte resistencia a la elevación de los impuestos, el énfasis habría que ponerlo en los recortes. Pero en los Estados Unidos los gastos sociales son tan escuálidos que habría poco que recortar.

"En verdad -señala el economista- nuestro país sobresale entre las naciones industrializadas por su inadecuada protección social. Los problemas con nuestro sistema de salud, por ejemplo, son reconocidos. Resolverlos significaría, no solo mayor justicia social sino mayor eficiencia económica". Esto deja una sola área mayor a la que aplicar recortes: la defensa. "La mitad de los gastos militares mundiales son de EEUU, que emplea el 42 % de su recaudación impositiva directa o indirectamente en la defensa. Con tanto dinero que gastamos en armamento que no sirve para combatir a enemigos inexistentes, hay amplio espacio para ampliar la seguridad y, al mismo tiempo, recortar nuestros gastos de defensa"[183].

4.10 Modelos de gestión para la atención de la longevidad en Argentina

Con los supuestos básicos de orientar la atención a la preservación de la capacidad funcional de los mayores, aspirando a mantenerlos en la máxima situación de autonomía y condiciones de vida, en el ámbito de sus hogares, surgen dos resortes fundamentales para articular eficientemente este propósito: la familia y la atención primaria de la salud.

En el Informe para la Tercera Edad en Argentina, Carlos Vasallo y Matilde Sellanes[184], expresan el consenso en la literatura especializada acerca de la consideración de que bien estructurada, la atención en la comunidad es siempre menos costosa que la institucional, y pequeñas inversiones en este campo pueden

[183] Yepe, M. E., "Siete déficits mortales estadounidenses. Nota sobre un diagnóstico de Joseph Stiglitz sobre el legado económico de G. Bush", en *Argenpress.info,* 25 de noviembre de 2008.
[184] Vasallo, C. y Sellanes, M., "La salud en la Tercera Edad", en *Informe sobre la tercera edad en Argentina, Op. cit.*, Cap. 3.

redundar en beneficios ampliados en la población asistida. La institucionalización debe ser en consecuencia una alternativa ciertamente disponible, pero aplicada sólo cuando han fracasado todas las instancias intermedias.

Tradicionalmente la responsabilidad en materia social ha sido asignada al Estado que ha tenido a su cargo el financiamiento, el diseño, la puesta en marcha y la supervisión de las políticas sociales. El Estado suele cumplir tres funciones principales: provisión y producción de servicios (educación, salud, vivienda, seguridad social y otros); función financiera y compradora de servicios (asignación del gasto social y contratación y supervisión de servicios privados) y función reguladora de los aspectos institucionales (marco regulatorio tanto de las políticas sociales como de las económicas). Sin embargo, los estados latinoamericanos han desempeñado estas funciones con diversos énfasis a lo largo del tiempo y, en algunos países, la función reguladora sólo ha adquirido preeminencia en períodos recientes.

Además del Estado, los recursos institucionales que proveen de bienestar a las personas son principalmente el mercado, las propias familias y la comunidad. Las formas de acceso varían en cada caso así como el tipo de recursos que cada uno provee a las personas (ver cuadro siguiente).

De esta forma, en el caso del mercado los recursos obtenidos son principalmente ingresos que permiten acceder a los servicios de salud, educación, vivienda y otros servicios. Para todas las personas, las familias son quienes gestionan y producen los bienes de autoconsumo esenciales para la supervivencia y la reproducción. La participación laboral también permite, en el caso del trabajo formal, el acceso a los sistemas de seguridad social.

Los recursos provistos por las familias extensas y de la comunidad son bienes de consumo y trueque principalmente, en su mayoría proporcionados por el trabajo doméstico no remunerado de las mujeres[185].

Instituciones	Formas de acceso	Recursos Provistos
Mercado	Participación en el mercado de trabajo: Ingresos Monetarios.	Acceso a servicios privados
Familias	Producción de bienes para autoconsumo	Servicios familiares de gestión y cuidado
Estado	Acceso a la Seguridad Social	
Políticas Sociales	(Pensiones, Jubilaciones, prestaciones a activos)	Acceso a servicios públicos
Comunidad y Familias Extensas	Transferencias informales, préstamos y trueques	Ayuda mutua, cuidados no remunerados, capital social

Fuente: Aguirre en CEPAL, Serie Políticas Sociales N° 119, 2006

Cuadro 4.11: Recursos Institucionales que proveen bienestar

[185] Arriagada, I., "Cambios en las Políticas Sociales: políticas de género y familia", en *CEPAL, Serie Políticas Sociales N° 119*, Santiago de Chile, abril de 2006.

La reforma del Estado de los años ochenta, que se aplicó en varios países de la región, generó un amplio debate sobre las funciones que debería cumplir un Estado moderno. La reforma del aparato del Estado se gestó en un cuadro de insatisfacción profunda con la calidad y cobertura de los servicios básicos, que no se condecían con el volumen de gasto social en que se incurría, ni con la magnitud de población que se debía cubrir.

Durante ese período, el énfasis en las políticas restrictivas para la recuperación de los equilibrios macroeconómicos afectó a la política social; se promovió la reestructuración de los sectores sociales, se redujo el personal del sector público y el presupuesto, con el fin de alcanzar mayor eficiencia en el cumplimiento de sus funciones. La eficiencia estuvo supeditada a la meta de equilibrio fiscal.

Entre los principales cambios derivados de las políticas posteriores al Consenso de Washington los países de la región redujeron el tamaño del Estado, disminuyeron sus funciones y privatizaron algunos de los servicios que anteriormente proveía el Estado. En aquellos países que se ajustaron más rígidamente a las propuestas del Fondo Monetario Internacional, muchas de las funciones que anteriormente cubría el Estado, como las de proveer servicios de salud, educación y vivienda a la población, pasaron a ser patrimonio de instituciones privadas, que fueron quienes administraron las formas de acceso y el valor de estos servicios. El Estado quedó a cargo de los mecanismos de regulación y de establecer la normativa relativa a la licitación de estos servicios, los cuales fueron brindados a la población a través de diversas combinaciones de aportes privados y estatales. A medida que la fracción privada del servicio aumentaba, también se incrementaba su costo para los usuarios. En algunos casos puntuales, mejoraba la calidad de los servicios.

La política social se orientó entonces, casi con exclusividad hacia la población extremadamente pobre por medio de programas de asistencia social. Son característicos de esos programas los fondos de inversión social y los programas de empleos de emergencia, con el fin de resolver agudos problemas de desempleo con una visión de corto plazo.

Fue así como el gran cambio en el diseño y ejecución de las políticas sociales durante los años ochenta condujo a un modelo "minimalista" en lo social. De esta forma se produce una reducción en el gasto social y se establece el papel central del mercado en la asignación de bienes y servicios[186]. Los principales cambios han sido producto del desplazamiento de la provisión de los recursos institucionales desde el Estado hacia el mercado, principalmente hacia las familias, y dentro de éstas, a las mujeres. Es así como se produce la privatización de la atención de salud y seguridad social, coexistiendo un sector público, habitualmente con recursos insuficientes para dar cobertura a la población que los demanda, junto con un sector privado de altos costos. En la seguridad social el paso ha sido desde un sistema solidario hacia un sistema de ahorro individual o un

[186] Fassler, C., et. al, *Familias en cambio en un mundo en cambio,* Ediciones Trilce, coedición con Red Género y Familia, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Facultad de Ciencias Sociales, Montevideo, 2006.

sistema mixto. Sin embargo, la baja cobertura de estos servicios para el conjunto de la población, finalmente deja en manos de las personas y sus familias la búsqueda y solución a los problemas de enfermedad, desempleo, incapacidad física y mental y muerte de sus integrantes.

Aún en países de cobertura de salud integral y total, la familia sigue proveyendo entre el 75% y el 85% del cuidado de los adultos mayores. En la Argentina, de acuerdo con la Encuesta de Desarrollo Social 2000, tanto los mayores de 65 años funcionalmente autónomos, como los minusválidos, refieren haber tenido contacto en el mes con sus familiares no convivientes, en más del 82 % de los casos.

El 77% de los minusválidos recibe ayuda de sus familiares u otras personas convivientes, en tanto que el 16,6% declara ser ayudado por familiares o amigos no convivientes. Sólo el 7,6% recibe ayuda de otro origen, convalidando el rol destacado de los cuidadores informales y la red de afectos y solidaridad en la tercera edad en nuestro medio.

El modelo de atención progresiva utiliza todos los recursos disponibles en el sistema, en diversos niveles de gestión institucional: en la seguridad social, en seguros médicos privados, o en niveles públicos nacionales, provinciales o de comunidades particulares, incorporando diversas herramientas de gestión para potenciar a todos los actores involucrados. Admite además, como componente central y necesario, la programación y la coordinación de la atención y adecuados sistemas de información para la toma de decisiones, en esquemas más flexibles y latinizados del típico "managed care" [187]que en los Estados Unidos se viene utilizando desde 1930, aunque ha cobrado hegemonía a partir de la década de los 90.

4.10.1 Elementos del modelo de atención progresiva

Para diseñar un modelo de orientación preventiva, además de asistencial, se destacan una serie de componentes a incluir en los programas encaminados hacia un tránsito ordenado y progresivo hacia una respuesta integral:

- Un núcleo organizacional administrativo, operativamente descentralizado, dotado de sistemas de información ágiles y en lo posible operables en tiempo real, que facilite por medio de la coordinación y la motivación, el uso de los distintos servicios médicos y sociales, provistos por las autoridades locales, o prestadores privados, según el caso.

[187] Servicios de atención médica dirigida, provistos y controlados por una organización que ofrece tanto el servicio médico como el pago por el mismo. De esta manera la organización controla los costos de los servicios médicos y brinda a los afiliados una cobertura más amplia y con menos limitaciones. Para este fin pone a disposición de sus afiliados un círculo cerrado de médicos y servicios, con excepción de los servicios de emergencia, los cuales no tienen restricciones en cuanto al lugar de su recepción.

- Equipos médico-geriátricos de atención primaria interdisciplinarios, que actúen en los niveles institucional y domiciliario.
- Un conjunto de marcos comunitarios, sociales y médicos de los cuales la sociedad se sirve para atender a los mayores, como el primer nivel de atención médica (médicos de cabecera, familia o similares), los hospitales de agudos, los hospitales de día geriátricos, los centros de rehabilitación, de cuidados paliativos, de larga estadía, las instituciones para pacientes crónicos, los equipos de atención domiciliaria, los servicios de emergencias y las diversas opciones y organizaciones de cuidados formales, informales y apoyo de la comunidad como clubes, centros diurnos, hogares asistidos, etc.
- Una estrategia de detección de grupos de ancianos vulnerables[188] o de riesgo aumentado en cuanto a la pérdida de autonomía e independencia, los afectados mentalmente, los que sufren caídas frecuentes, los que en forma reiterada requieren de internación hospitalaria, los viudos recientes, los que padecen soledad o aislamiento, y todas aquellas personas con discapacidades funcionales importantes, en especial los mayores de 85 años.

- Una opción más sofisticada, pero que ha sido utilizada con buenos resultados en países industrializados, son los servicios de hospitalización para personas de edad, entendidos como estancias temporarias generalmente programadas, no como último recurso sino cuando están en buen estado de salud, con fines preventivos o para descompresión o alivio del grupo de cuidadores familiares y/o informales.

¿Qué tipo de factores compromete el éxito de este tipo de programas? La experiencia internacional identifica los siguientes:

- Fragmentación de los sistemas de prestación de servicios sociales y de salud
- Falta de coordinación entre los distintos servicios.
- Falta de profesionales en el campo de la atención al aciano.
- Conclusiones erróneas como consecuencia de programas mal diseñados
- Falta de atención a los problemas de los ancianos como consecuencia de actitudes discriminatorias

[188] Las características de la vulnerabilidad se han expuesto en detalle en el *Cap. III*, punto *3.1.9.*

Una mirada atenta a las diversas experiencias nacionales, permite identificar la confluencia negativa de varios de los factores señalados.

Según Vasallo y Sellanes[189], el último de los puntos indicados parecería a primera vista no ser tan cierto en nuestro medio. Pero una de las dificultades concretas que obstaculizan la implementación de estos programas suele presentarse bajo la forma de una frase disuasiva: "Atención, una vez creada la oferta, ésta va a inducir mayor demanda (con el consiguiente aumento del gasto...)". Aun comprendiendo las ventajas económicas y sanitarias en el mediano y largo plazo, las inversiones iniciales en la implementación y en los aspectos preventivos o de atención integral a las necesidades diferenciales de esta población, suelen contrastarse contra el engañoso "cero gasto" de dejar las cosas como están. Diluida en este tipo de actitudes y respuestas, una forma acaso sutil de discriminación a los ancianos, nunca aceptable ni reconocida en forma explícita, está presente por duro que resulte aceptarlo.

En contraste con los problemas descriptos, gran cantidad de estudios demuestra hoy las ventajas y la efectividad de la evaluación integral y la atención progresiva en los siguientes aspectos:

- Mayor exactitud del diagnóstico
- Mejora en el lugar de localización
- Mejora del estado funcional
- Mejora del estado anímico y cognoscitivo
- Reducción del consumo de medicamentos
- Disminución de la demanda de institucionalización
- Aumento de la utilización de servicios de salud comunitarios
- Disminución de la demanda de hospitalización
- Reducción de costos médicos
- Prolongación del índice de longevidad

Partiendo de los índices ya relevados acerca del buen estado de salud de la mayoría de los ancianos, y del hecho de que muchos de aquéllos que tienen disminuida su capacidad funcional, viven en sus hogares o en los de sus familiares, se presentan sumariamente los elementos de la atención progresiva.

[189] Vasallo, C., y Sellanes, M., "La salud en la Tercera Edad", *Op. cit.*

La Argentina tiene una base de atención informal enraizada en la familia, que, más allá de los cambios de roles y de fisonomías actuales, representa una gran ventaja respecto de la problemática de Estados Unidos y Europa Occidental. Esta situación, sumada a una gestión y a políticas de mayor potencial, podría neutralizar la debilidad ocasionada por los bajos niveles de ingreso *per capita* de la población mayor, y también la fragmentación del sistema nacional de salud y las restricciones presupuestarias de la seguridad social y del sistema público estatal.

Los adultos mayores de 60 años sin ingreso o con ingreso inferior al mínimo se encuentran entre los grupos vulnerables. No son pocos los casos en que no pueden mantener un hogar autónomo y carecen de ingresos suficientes para cubrir necesidades elementales de subsistencia. Sin embargo, se reconoce, y así lo afirma la CEPAL, que la escasez de recursos, la falta de acceso a la vivienda, y como consecuencia, las dificultades que enfrentan los hijos para independizarse, derivan con frecuencia en que los nuevos núcleos se establezcan en el hogar de origen, con lo que la solidaridad entre generaciones se produce en sentido inverso. Pero también hay que considerar que la pobreza por ingresos es sólo una de las dimensiones de la privación social, también hay situaciones que derivan en aislamiento, marginación, pérdida de autoestima y otras variables de la vulnerabilidad de los ancianos[190].

El sistema de salud muestra una gran fragmentación que involucra diversos subsectores (público, seguridad social y privado) sin una coordinación efectiva de las acciones sociales y de salud, y con superposición de coberturas y a menudo de programas. Sin embargo es posible, en cada uno de esos niveles, orientarse hacia un modelo que aun conservando las variantes de financiamiento y forma de pago individuales, se base en los dos pilares necesarios: evaluación integral y un marco de cuidados progresivos, adaptados a los recursos y aspectos socioeconómicos, epidemiológicos, culturales y geográficos de la población y de la comunidad en que está inserta.

Las prestaciones médicas y sociales pueden estar o no, integradas en las mismas instituciones en cuanto a su financiamiento y gestión. Probablemente una separación formal y estructural de las mismas sea conveniente a fin de manejar y ajustar mejor los aspectos financiero y criterios técnicos aplicables en cuanto al gasto en salud y social, especialmente en sistemas de pago capitado. Cada instancia buscará su mejor opción al respecto, pero operativamente deberán estar coordinadas, buscando el establecimiento previo de criterios de elegibilidad y selección para diversos subprogramas o prestaciones, y sistemas de información adecuados, así como mecanismos ágiles de interrelación operativa en las áreas o los niveles involucrados.

[190] INSSJP, Resolución 0027, Anexo A, Buenos Aires, 13 de enero de 2009

4.11 Claves para la promoción de un envejecimiento saludable

Las consideradas en el documento "Un Desafío para Europa", tratado en el Capítulo III, son las siguientes:

- Adaptación, aceptación, autonomía: Un equilibrio saludable entre la capacidad de una persona y sus objetivos comprende el proceso de adaptación a y la aceptación de los cambios en su situación vital. El envejecimiento exitoso depende en gran medida de poder mantener la autonomía, y del respeto por parte de la sociedad del derecho de las personas mayores a tomar sus propias decisiones. La autonomía de las personas mayores puede ser promovida desafiando las restricciones y los límites que imponen la comunidad, la familia y las mismas personas mayores, a lo que ellas pueden hacer por sí mismas. Una importante limitación es la negación o falta de provisión de la información requerida por los mayores para tomar decisiones por su cuenta. La autonomía concede a las personas mayores la oportunidad de realizarse personalmente y de desarrollarse.

- Convocatoria a los mayores para participar en los programas de los que son destinatarios. No planificar e implementar "desde arriba hacia abajo" por los expertos o por las autoridades. Esta modalidad que suele crear restricciones a los derechos y a la autodeterminación de las personas mayores. Puede lograrse un marco adecuado de colaboración entre las personas de edad avanzada y las organizaciones que trabajan en el envejecimiento, trabajando con el grupo al que se dirige el proyecto y alentando la expresión de opiniones sobre principios éticos, objetivos y métodos en la promoción de la salud. El fomento de la salud se verá fortalecido por este tipo de participación. Los programas más eficaces en este campo son los que se basan en la investigación científica y son difundidos entre la gente de una manera fácilmente comprensible. Deben tener como objetivo alentar a la gente, ofrecer oportunidades de cambio, apoyar mejoras en el estilo de vida y motivar a las personas mayores para continuar haciéndose cargo de sus vidas y tomar sus propias decisiones. Desde luego, debe considerarse el conjunto de caracteres particulares de las minorías étnicas y culturales, de las diferentes clases sociales y del medio rural o urbano en el que habitan los mayores. Ellos constituyen un grupo heterogéneo y las diferencias existentes relativas a formación educacional, condiciones socioeconómicas y actitudes referidas al envejecimiento deben ser reconocidas en la planificación de las actividades. También debe haber significativas diferencias relativas a la salud mental y física entre los "viejos jóvenes" y los "viejos viejos".

Retomaremos aquí los aspectos prioritarios a gestionar, destacados en el documento, que fueron anticipados en el Capítulo anterior.

4.12 El tiempo previo a la jubilación y la vida después de la jubilación

Las medidas prioritarias de acción son las siguientes:

• Aumentar la participación de los trabajadores de mayor edad y la calidad de su vida laboral.
• Mantener un equilibrio entre el personal existente y las demandas de trabajo y no permitir discriminación por la edad.
• Prevenir las enfermedades en los lugares de trabajo, promover estilos de vida saludables, apoyando una transición libre de estrés en el lapso "trabajo - jubilación"

Las condiciones que facilitan el logro de estos objetivos se basan en la capacidad de trabajo y en la gestión de la edad.

La *capacidad de trabajo* emana de la condición más importante para poder trabajar durante más años: poder mantener una buena salud. Empleados y empleadores deberán consecuentemente asumir la responsabilidad del mantenimiento de la salud de una mano de obra que continúa envejeciendo. Otras condiciones se refieren a su educación, competencia, valores y actitudes, en relación con las exigencias del trabajo. Hay medidas vinculadas al desarrollo del trabajo y las carreras, como por ejemplo adaptar las tareas a las posibilidades y capacidad, cambio de tareas y rotación del trabajo y adaptación del horario a las necesidades personales, que pueden facilitar la permanencia en el trabajo, así como combatir todas las formas de discriminación.

La *gestión de la edad* – la forma de administrar la capacidad de trabajo del personal influye en el éxito de la organización. Ello implica la dirección y la organización del trabajo desde el punto de vista de un planteamiento que tome en consideración todas las etapas de la vida y los recursos humanos de los empleados. Existen muy pocos trabajos de investigación que se hayan ocupado de la preparación para la jubilación, la fase de transición entre el trabajo y el "ocio" y que tomen en cuenta el necesario proceso de adaptación. Las buenas prácticas en tal sentido tienden a promover acciones en el período previo a la jubilación con un contenido de socialización anticipatoria.

4.12.1 Capital social

Medidas prioritarias:

• Alentar la participación de las personas mayores en la sociedad.
• Aumentar las actividades sociales y educacionales para prevenir la soledad y el aislamiento.
• Ofrecer oportunidades de trabajo voluntario a los mayores que lo deseen.

El capital social se incrementa cuando los ciudadanos se involucran activamente en la vida política o en organizaciones de caridad, tienen confianza en otras personas y votan en las elecciones. El capital social fortalece el sentimiento de pertenencia de las personas y el bienestar a un nivel individual, todo lo cual es beneficioso para la salud.

Por ejemplo, las personas que viven en los países más ricos de la UE tienden a tener una mayor confianza social que las personas que viven en los países menos favorecidos. Las investigaciones enfatizan la importancia de las condiciones de vida, el éxito individual y el esfuerzo que hace la sociedad para generar confianza social. Con muy pocas excepciones, las personas de menores ingresos, especialmente aquellas que están desempleadas, tienen un grado de confianza menor en otras personas. La desigualdad de ingresos se considera perjudicial para la cohesión y la integración social y conduce a una falta de apoyo social y aislamiento en la sociedad. Esto, a su vez, contribuye a la mortalidad prematura. La falta de apoyo social, por ejemplo, aumenta la mortalidad por enfermedades coronarias hasta cuatro veces.

Existen pruebas concluyentes sobre la eficacia de las intervenciones para el mejoramiento de la vida futura. Provienen de resultados de la búsqueda bibliográfica, de exámenes sistemáticos y análisis generales del proyecto. Tales pruebas sugieren que:

• el trabajo voluntario aumenta el bienestar mental de los mayores entre aquellos que son voluntarios y mejora la salud mental de las personas mayores que reciben los servicios;

• la actividad educacional y social dirigida a grupos específicos ayuda a la prevención del aislamiento social y la soledad entre los adultos mayores.

4.12.2 Salud mental

Medidas prioritarias:

• Prestar atención a los grandes indicadores, como las relaciones sociales, la pobreza y la discriminación, que tienen un gran impacto en la salud mental y en el bienestar en la vida futura.

• Aumentar el conocimiento de los temas relevantes de salud mental, como por ejemplo depresión y demencia.

• Acrecentar los tratamientos psicoterapéuticos y psicosociales para las personas mayores.

Una buena salud mental es un recurso que permite crecer y aprender y sentir la vida como agradable y satisfactoria. Se puede hacer mucho para promover la salud mental y el bienestar en la vida futura. Los estudios indican que la mayoría de los mayores tienen una imagen positiva del envejecimiento, pero muestran temor ante los cambios relacionados con el envejecimiento, como el empeoramiento de la salud, la muerte de los seres queridos, la depresión y la falta de memoria. Otros estudios realizados sobre la visión subjetiva y experiencia de las personas mayores se dirigen a la importancia de la acción en relación con los siguientes temas para promover la salud mental.

• Discriminación por la edad: es el tipo de prejuicio experimentado con más frecuencia por personas mayores de 55 años, lo cual tiene un impacto negativo en la salud mental.

• Participación: las personas mayores dicen que quieren contribuir a la sociedad pero que a menudo se enfrentan con obstáculos que impiden su participación, tanto en la vida pública como la privada.

• Aislamiento social: es el factor de riesgo de mayor importancia para una salud mental empobrecida.

• Salud física: la importancia de la actividad física y una buena dieta y tienen una interesante relación con el estado de ánimo y la sensación de bienestar.

• Pobreza: los ingresos insuficientes, las viviendas precarias, por lo general tramitan la exclusión social.

La salud mental no es un suceso inevitable en el proceso de envejecimiento, aunque con frecuencia sea así considerado por profesionales y por las mismas personas mayores.

La depresión parece ser el problema más común, afectando a una persona de cada siete en el grupo de 65 años o más. La demencia es quizás el problema de salud mental más temido e investigado de la vida de la ancianidad. Existen pruebas para sugerir que:

• la intervención psicoterapéutica y psicosocial dirigidas a personas mayores mejora significativamente los niveles de bienestar, especialmente cuando se trata de residentes en hogares de ancianos.

• la intervención que incluye la ayuda individual y familiar, grupos de apoyo, entrenamiento educacional y de destrezas puede resultar eficaz para reducir el agotamiento psicológico y para el mejoramiento de la actividad de los cuidadores.

• la gestión de casos para el personal asistencial aumenta la probabilidad de poder usar servicios formales, como redes informáticas.

4.12.3 Entorno

Medidas prioritarias:

• Mejorar el acceso a un medio ambiente interior y exterior seguro y estimulante para las personas mayores.

• El acceso a la tecnología debe ser considerado con igual entidad que los cambios climatológicos.

El medio ambiente interior y exterior afecta la capacidad de los mayores de permanecer activos y de participar y contribuir a la sociedad. Los mejoramientos medioambientales tienen un impacto directo en la calidad de vida en los ancianos y en el personal asistencial. Un número importante de personas mayores podrían moverse más y ser más activas. Necesitan instalaciones recreativas y de rehabilitación cercanas al lugar en donde viven. Las áreas verdes accesibles y al aire libre han sido destacadas como factores determinantes para una buena salud.

La contaminación del aire es responsable de una de las mayores cargas de enfermedades relacionadas con el medioambiente que afectan a personas mayores. Veinte millones de europeos sufren de problemas respiratorios, muchos de los cuales son ancianos y /o están socialmente marginados. El cambio climático global puede tener un impacto generalizado en el estado de salud de la población de mayor edad en el futuro, debido a la mayor incidencia de episodios de graves fenómenos climatológicos.

4.12.4 Nutrición

Medidas prioritarias:

• Fomentar los hábitos de comida saludables, poniendo énfasis en la reducción del consumo de grasas saturadas y aumentando el consumo de comidas ricas en fibras, vegetales verdes y frutas.

La obesidad y el exceso de peso están asociados a niveles elevados de azúcares libres y grasas saturadas en una dieta combinada con escasa actividad física. El BMI (Body Mass Index) aumenta por lo general con la edad, alcanzando su punto más alto entre las personas de edad mediana. Los mayores corren el riesgo de desarrollar complicaciones por la obesidad, lo que incluye cardiopatía coronaria, diabetes y cáncer. Necesitan consumir menos energía que los jóvenes,

pero la necesidad de productos nutritivos esenciales es muy elevada. Se debe prestar especial atención al equilibrio entre el consumo de energía y productos nutritivos. El mantenimiento del peso en la edad madura es, en general, un indicador de buena salud. La depresión y la pérdida del cónyuge o de amigos pueden dar lugar a un sentimiento de soledad, lo que puede tener redundar a su vez en una reducción de los hábitos alimenticios. La alimentación se puede ver afectada desfavorablemente por:

• Cambios fisiológicos, como por ejemplo, reducción del apetito debido a la falta de actividades físicas,
• Efectos secundarios de algunos medicamentos,
• Discapacidades que reducen las posibilidades de comer sin ayuda,
• Disminución del sentido del gusto y del olfato ,
• Efectos negativos de una dentadura en mal estado que provoca disfunciones de la masticación,
• Infecciones micóticas en la boca que provocan dolor cuando se ingieren alimentos,
• Deterioro de la coordinación de los músculos de la garganta,
• Demencia y depresión, que a menudo se asocian con el bajo consumo de alimentos energéticos y nutritivos.

4.12.5 Actividades físicas

Medidas prioritarias:

• Aumentar el nivel de actividad física entre las personas de edad madura con el fin de alcanzar las recomendaciones internacionales de 30 minutos o más de actividad física moderadamente intensa, preferiblemente todos los días de la semana.

Los enormes beneficios que la actividad física proporciona y su relación con una mejora de la extensión y la calidad de vida están bien documentados. Las personas tienden a reducir progresivamente la actividad a medida que envejecen. Las diferencias en la reducción de actividad entre los sexos es menor, el nivel de intensidad baja con los años, mientras que los niveles de actividad moderada y el caminar aumentan.

Los mayores de 80 años, los enfermos, los que consumen medicamentos y las personas con bajos niveles de educación e ingresos tienen un nivel de actividad menor. Las actividades físicas aumentan la resistencia, la fuerza, el equilibrio y la movilidad y fomentan una vida independiente. Las actividades físicas con levantamiento de pesas aumentan la densidad de los huesos y contrarrestan la osteoporosis. Las personas que mantienen una actividad física permanente dan muestras de niveles de bienestar más elevados y de un buen funcionamiento físico, reducción de la presión sanguínea y un riesgo menor de verse afectadas por enfermedades cardiovasculares, apoplejía y depresión.

4.12.6 Prevención de lesiones

Medidas prioritarias:

• Iniciar la promoción de la seguridad y la prevención, incluyendo programas contra la violencia y el suicidio, a niveles políticos relevantes.

• A nivel individual, se requiere abordar el tema incluyendo aspectos relativos al físico y a la nutrición, la prescripción cuidadosa de medicamentos psicotrópicos y seguridad en la vivienda.

Las lesiones son la segunda causa de en el acortamiento de los años potenciales de vida en los países europeos. Las personas mayores de 65 años están probablemente más expuestas a las lesiones que los más jóvenes, debido a problemas médicos y a la reducción de la visión, el movimiento y el equilibrio. Las lesiones que se producen se agravan a causa de la osteoporosis y la debilidad. Luego de haberse lesionado, están más expuestas a complicaciones fatales y a largos períodos de mala salud.

Aunque las personas de más de 60 años constituyen menos del 20 por ciento de la población, alcanzan al 30 por ciento de las muertes por lesiones. Con el aumento de la cantidad y la proporción de personas mayores en la población, se prevé consecuentemente un aumento de las muertes por lesiones. Las tres causas principales de muerte por lesiones en Europa son lesiones que la persona se ocasiona a sí misma, caídas y accidentes de tránsito. La mortalidad por suicidio es por lo general elevada entre personas de 65 años y mayores. El suicidio puede ser una consecuencia de una enfermedad grave y dolorosa, especialmente en casos de discapacidad. Una de cada cuatro personas que intenta suicidarse padece una enfermedad de este tipo, especialmente las personas mayores. Las personas mayores que viven en su propia casa o en instituciones están dentro de los objetivos de prevención de caídas. Del treinta al sesenta por ciento de las personas que viven en institutos públicos para adultos sufren caídas cada año, y la mitad experimenta caídas múltiples. Las mujeres están más expuestas que los hombres porque tienen menos fuerza muscular y es más probable que padezcan osteoporosis.

Los programas de prevención de caídas basados en la cantidad de población tienden a poner el foco en la introducción de múltiples medidas de prevención como parte de un paquete dirigido a toda la comunidad o a un sub-grupo importante. El modelo "Comunidades seguras" de la OMS para la prevención de lesiones, ha sido aceptado como el estándar para la coordinación de esfuerzos para aumentar la seguridad y reducir las lesiones.

También debe tomarse en cuenta el efecto de la violencia en las familias y en las instituciones de asistencia. Las relaciones familiares forzadas son factores de riesgo para el abuso de personas mayores, como resultado del estrés y las frustraciones que se producen si la persona mayor se vuelve más dependiente y/o experimenta mayor aislamiento como consecuencia de discapacidad física o psíquica. Los hombres mayores están generalmente más expuestos al riesgo de abusos que las mujeres, pero las mujeres mayores corren un riesgo mayor en

aquellas sociedades que las consideran pertenecientes a un *status* inferior. No obstante ello, hay otros casos, como por ejemplo el de Suecia donde las mujeres mayores corren un riesgo mayor de sufrir violencia doméstica.

4.12.7 Tabaquismo/alcoholismo

Medidas prioritarias:

• Eliminación del hábito de fumar y reducción del consumo de alcohol

Se empieza a fumar en la adolescencia pero ello provoca la muerte y discapacidad sobre todo en la edad madura. La mayor parte del medio millón de muertes que provoca cada año el fumar ocurre entre personas mayores. Las muertes por esa causa van a aumentar sustancialmente en las próximas décadas, cuando el impacto retardado de fumar, en la salud, se haga evidente por completo. El cáncer de pulmón es la enfermedad que más claramente se relaciona con la consumición de tabaco y los índices de mortalidad resultantes son los mejores indicadores para una muestra a largo plazo.

Los trastornos provocados por el consumo de alcohol son comunes entre las personas mayores y están relacionados con importantes problemas de salud. Los mismos no han sido detectados o han sido mal diagnosticados porque los instrumentos de investigación y de diagnóstico están dirigidos a personas más jóvenes. El Estudio General de Hogares de 1994 en el Reino Unido descubrió que el 17 por ciento de los hombres y el 7 por ciento de las mujeres de más de 65 años excedían los "límites sensibles" del consumo. Beber poco o moderadamente puede tener efectos beneficiosos para las personas mayores, especialmente en lo relativo a la salud del corazón y la longevidad. Puede también ayudar a relajarse y a reducir la ansiedad. Sin embargo, desde una perspectiva global, no existe ningún país donde los efectos positivos del consumo de alcohol tengan mayor incidencia que los efectos negativos.

4.12.8 Medicamentos y problemas relacionados

Medidas prioritarias:

• Indicaciones precisas para los medicamentos. Mejor coordinación entre las organizaciones que suministran la asistencia.

• Evaluación de las terapias y de la participación de las personas mayores en ensayos clínicos.

Las personas de más edad son los mayores consumidores per cápita de los más de 100.000 medicamentos autorizados y comercializados en los países de la UE. El gasto en medicamentos representa una proporción elevada de los gastos de asistencia sanitaria y está creciendo más rápidamente que cualquier otro rubro del presupuesto de la salud. Un problema frecuente entre las personas mayores es el

consumo de una medicación equivocada que se complica por la falta de controles y seguimientos terapéuticos adecuados.

Cabe aquí recordar que la administración correcta de medicamentos, constituye una medida trascendente de prevención. Las personas de más edad son los mayores consumidores per cápita de los más de 100.000 medicamentos autorizados y comercializados en los países de la Unión Europea. El gasto en medicamentos representa en Europa una proporción elevada de los gastos de asistencia sanitaria y está creciendo más rápidamente que cualquier otro rubro del presupuesto de la salud.

Un problema frecuente entre las personas mayores es el consumo de una medicación equivocada que se complica por la falta de controles y seguimientos terapéuticos adecuados. Los problemas relacionados con el uso de medicamentos pueden deberse a:

- Medicación equivocada/expedición equivocada
- Recetas no apropiadas
- Interacción con otros medicamentos
- Reacciones adversas
- Infrautilización debido a la falta de acceso a consultas médicas, a atención de las farmacias o por dificultades para abrir los envases

Una complicación adicional surge del hecho de que una cantidad importante de medicamentos que consumen los mayores, no ha sido puesta a prueba en este grupo etario. La participación de personas mayores en ensayos clínicos puede dar información sobre dosis, eficacia, efectos a largo plazo, regímenes de dosis y seguridad en la expedición/ consumo de medicamentos. El uso racional de fármacos y la seguridad de sus efectos son aspectos a los que se debe conceder la máxima prioridad en la promoción de la buena salud y de una elevada calidad de vida.

4.12.9 Servicios preventivos de salud

Medidas prioritarias:

- Poner al alcance de los mayores, en particular de los más vulnerables, servicios preventivos de salud, como por ejemplo las vacunas.
- Organizar visitas domiciliarias preventivas regulares realizadas por profesionales de la salud.
- Tomar en consideración el grado de alfabetización cuando se trabaja con personas de edad muy avanzada. "Alfabetización" en salud puede definirse como *"capacidad de obtener, interpretar y entender información básica de salud y de los servicios que se necesitan y la competencia para hacer uso de tal información y servicios para el mejoramiento de la salud".*

ANEXO I

Estadísticas Oficiales de Vulnerabilidad Regional y Cobertura de Afiliados al INSSJP

Indicadores de vulnerabilidad regional de afiliados al INSSJP respecto de la media poblacional

REGIONES		PERFIL SOCIOSANITARIO AFILIADOS			CONTEXTO		RANKING IVR
		Titulares NBIP	Carga familiar	Adultos Mayores	Vulnerab. laboral	Pobreza urbana	
CF-GBA	Capital Federal	53,3	10,4	85,2	12,4	11,5	34°
	San Martín	59,2	14,3	78,1	19,0	25,0	13°
	Lanús	58,7	15,9	75,2	19,0	25,0	14°
	Morón	62,1	16,6	73,8	19,0	25,0	9°
	San Justo	64,3	15,6	73,4	19,0	25,0	10°
Resto Bs. As.	Bahía Blanca	60,4	15,0	75,4	15,6	19,3	22°
	La Plata	59,9	15,3	76,2	14,6	16,2	25°
	Mar del Plata	62,6	14,8	76,7	16,4	15,1	21°
	Azul	63,9	14,2	75,5	12,3	16,5	29°
	Junín	61,3	14,8	75,7	12,3	16,5	30°
	Luján	60,4	17,3	70,5	10,9	16,5	31°
Pampeana	Córdoba	64,1	17,4	73,0	17,2	21,7	17°
	Rosario	57,3	14,3	77,7	15,4	18,3	24°
	Entre Rios	69,4	17,6	71,7	10,7	22,8	23°
	Santa Fe	62,1	17,7	72,6	17,2	23,3	18°
	La Pampa	66,5	16,0	76,3	10,1	17	26°
	Concordia	68,5	19,6	69,9	13,0	33,8	11°
	Rio Cuarto	65,0	15,6	73,4	17,3	16,2	19°
Cuyo	Mendoza	63,4	19,1	73,8	10,9	18,3	26°
	San Juan	68,9	20,1	66,2	13,5	29,8	16°
	San Luis	65,6	17,0	68,8	6,7	24,8	32°
NOA	Tucumán	62,6	19,6	66,1	19,3	35,4	5°
	Salta	66,8	24,3	62,3	17,2	35,1	4°
	S. del Estero	74,9	21,7	63,9	13,9	43,4	1°
	Jujuy	67,2	26,7	59,6	15,8	40,4	2°
	Catamarca	74,4	18,7	65,0	19,3	32,2	3°
	La Rioja	71,5	25,3	59,3	12,6	27,7	15°
NEA	Corrientes	73,1	22,1	64,0	11,4	19,2	7°
	Chaco	72,0	21,4	64,5	11,8	15,8	6°
	Misiones	76,6	25,2	59,4	8,8	37,1	12°
	Formosa	84,6	17,0	69,2	7,0	39,5	8°
Patagonia	Neuquén	62,3	24,5	63,2	9,6	20,7	27°
	Chubut	55,9	25,5	63,2	9,6	13,1	33°
	Rio Negro	66,5	22,0	68,0	12,1	22,4	28°
	Santa Cruz	51,9	27,1	57,5	3,5	2,7	36°
	T. del Fuego	58,6	27,7	61,4	10,9	5,6	35°
		62,2	16,8	73,5	16,0	23,4	

Titulares NBIP: Es el porcentaje de afiliados titulares con ingresos iguales o inferiores al mínimo establecido para las Jubilaciones, respecto del total de afiliados locales.

Carga familiar: Es el porcentaje de afiliados a cargo, respecto del total de afiliados locales.

Adultos Mayores: Es el porcentaje de afiliados de 65 años y mas respecto del total de afiliados locales.

Vulnerabilidad laboral: Es el porcentaje de personas que buscan activamente empleo (desocupados) o son subocupados horarios demandantes de empleo (trabajan menos de 45 hs. semanales y buscan activamente empleo).

Pobreza Urbana: Es el porcentaje de personas que residen en hogares situados en aglomerados urbanos que se encuentran en situación de pobreza.

Fuente: INDEC, Encuesta Permanente de Hogares, Diciembre 2008.

Indicadores de vulnerabilidad afiliados INSSJP (según localidad)

	PERFIL SOCIOSANITARIO AFILIADOS			CONTEXTO		RANKING
	Titulares NBIP	Carga familiar	Adultos Mayores	Vulnerab. laboral	Pobreza urbana	
S. del Estero	74,9	21,7	63,9	13,9	43,4	1°
Jujuy	67,2	26,7	59,6	15,8	40,4	2°
Catamarca	74,4	18,7	65,0	19,3	32,2	3°
Salta	66,8	24,3	62,3	17,2	35,1	4°
Tucumán	62,6	19,6	66,1	19,3	35,4	5°
Chaco	72,0	21,4	64,5	11,8	45,8	6°
Corrientes	73,1	22,1	64,0	11,4	40,2	7°
Formosa	84,6	17,0	69,2	7,8	39,5	8°
Morón	62,1	16,6	73,8	19,0	25,0	9°
San Justo	64,3	15,6	73,4	19,0	25,0	10°
Concordia	68,5	19,6	69,9	13,0	33,8	11°
Misiones	76,6	25,2	59,4	8,8	37,1	12°
San Martín	59,2	14,3	78,1	19,0	25,0	13°
Lanús	58,7	15,9	75,2	19,0	25,0	14°
La Rioja	71,5	25,3	59,3	12,6	27,7	15°
San Juan	68,9	20,1	66,2	13,5	29,8	16°
Córdoba	64,1	17,4	73,0	17,2	21,7	17°
Santa Fe	62,1	17,7	72,6	17,2	23,3	18°
Rio Cuarto	65,0	15,6	73,4	17,3	16,2	19°
Rio Negro	66,5	22,0	68,0	12,1	22,4	20°
Mar del Plata	62,6	14,8	76,7	16,4	15,1	21°
Bahía Blanca	60,4	15,0	75,4	15,6	19,3	22°
Entre Rios	69,4	17,6	71,7	10,7	22,8	23°
Rosario	57,3	14,3	77,7	15,4	18,3	24°
La Plata	59,9	15,3	76,2	14,6	16,2	25°
Mendoza	63,4	19,1	73,8	10,9	18,3	26°
Neuquén	62,3	24,5	63,2	9,6	20,7	27°
La Pampa	66,5	16,0	76,3	10,1	17	28°
Azul	63,9	14,2	75,5	12,3	16,5	29°
Junín	61,3	14,8	75,7	12,3	16,5	30°
Luján	60,4	17,3	70,5	10,9	16,5	31°
San Luis	65,6	17,0	68,8	6,7	24,8	32°
Chubut	55,9	25,5	63,2	9,6	13,1	33°
Capital Federal	53,3	10,4	85,2	12,4	11,5	34°
T. del Fuego	58,6	27,7	51,4	10,9	6,6	35°
Santa Cruz	51,9	27,1	57,5	3,5	2,7	36°

Titulares NBIP: Es el porcentaje de afiliados titulares con ingresos iguales o inferiores al mínimo establecido para las Jubilaciones, respecto del total de afiliados locales.

Carga familiar: Es el porcentaje de afiliados a cargo, respecto del total de afiliados locales.

Adultos Mayores: Es el porcentaje de afiliados de 65 años y mas respecto del total de afiliados locales.

Vulnerabilidad laboral: Es el porcentaje de personas que buscan activamente empleo (desocupados) o son subocupados horarios demandantes de empleo (trabajan menos de 45 hs. semanales y buscan activamente empleo).

Pobreza Urbana: Es el porcentaje de personas que residen en hogares situados en aglomerados urbanos que se encuentran en situación de pobreza.

Fuente: INDEC, Encuesta Permanente de Hogares, Octubre 2008.

Indices de Vulnerabilidad Sociosanitaria, Contextual y Regional (según localidad)

Región	IVSS	IVC	IVR	RANKING IVR
S. del Estero	0,576	0,801	0,688	1°
Jujuy	0,550	0,826	0,688	2°
Catamarca	0,523	0,842	0,683	3°
Tucumán	0,431	**0,879**	0,655	4°
Chaco	0,546	0,762	**0,654**	5°
Corrientes	0,567	0,685	0,626	6°
Formosa	0,636	0,563	0,599	7°
Morón	0,445	0,749	0,597	8°
San Justo	0,443	0,749	0,596	9°
Concordia	0,529	0,661	0,595	10°
Misiones	0,617	0,567	0,592	11°
San Martín	0,413	0,749	0,581	12°
Lanús	0,410	0,749	0,579	13°
La Rioja	0,564	0,578	0,571	14°
San Juan	0,505	0,631	0,568	15°
Córdoba	0,473	0,654	0,563	16°
Santa Fe	0,454	0,672	0,563	17°
Rio Cuarto	0,451	0,593	0,522	18°
Rio Negro	0,537	0,501	0,519	19°
Mar del Plata	0,444	0,552	0,498	20°
Bahía Blanca	0,412	0,575	0,494	21°
Entre Rios	0,518	0,461	0,490	22°
Rosario	0,389	0,557	0,473	23°
La Plata	0,422	0,508	0,465	24°
Mendoza	0,505	0,415	0,460	25°
Salta	0,527	0,376	0,451	26°
Neuquén	0,495	0,402	0,448	27°
La Pampa	0,502	0,375	0,438	28°
Azul	0,433	0,438	0,436	29°
Junín	0,420	0,439	0,429	30°
Luján	0,408	0,394	0,401	31°
San Luis	0,439	0,358	0,398	32°
Chubut	0,448	0,314	0,381	33°
Capital Federal	0,348	0,384	0,366	34°
T. del Fuego	**0,402**	0,268	0,335	35°
Santa Cruz	0,381	**0,000**	**0,191**	36°
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	

Indice de Vulnerabilidad Sociosanitaria (IVSS): Es igual al promedio de los coeficientes Tiluta NBF, Carga Familia y Envejecimiento (Adultos mayores).

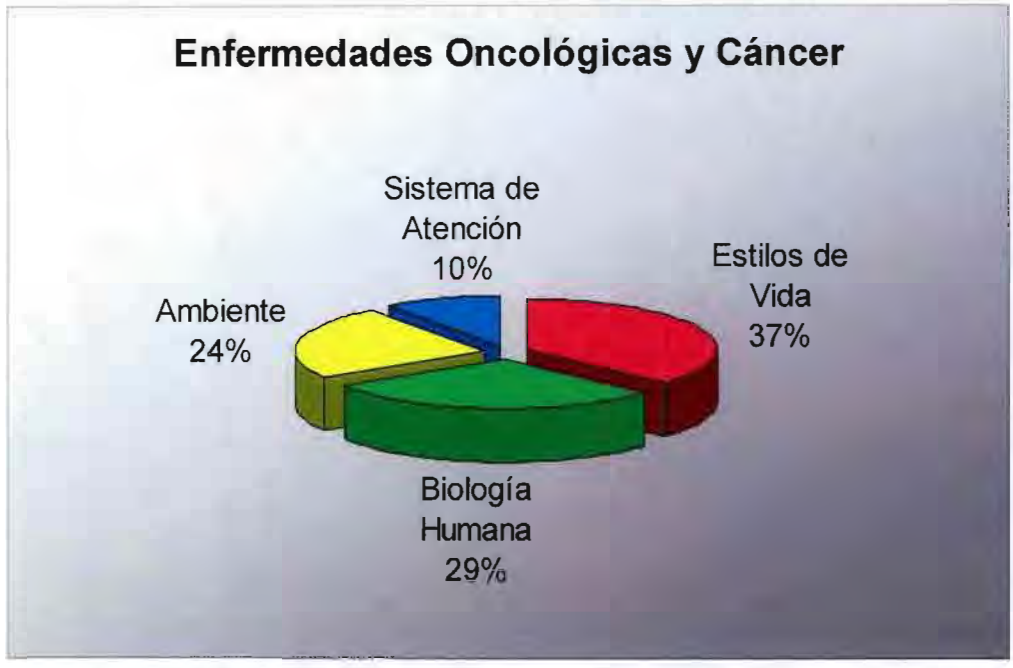
Indice de Vulnerabilidad Contextual (IVC): Es igual al promedio de los coeficientes Vulnerabilidad laboral y Pobreza Urbana.

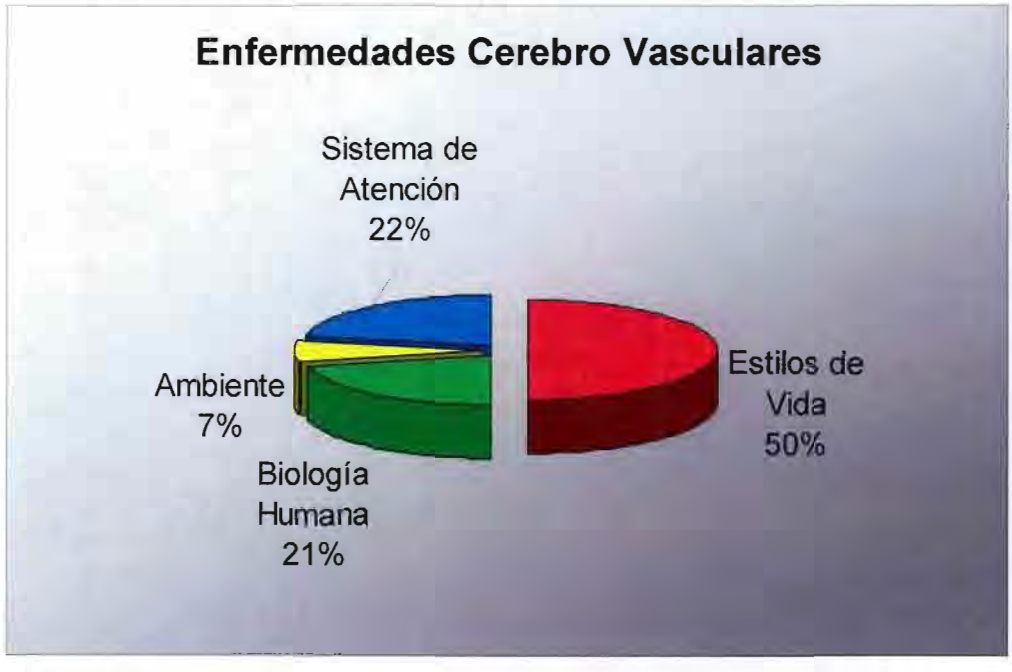
Indice de Vulnerabilidad Regional (IVR): Es igual al promedio del índice de Vulnerabilidad Sociosanitaria (IVSS) y el Indice de Vulenrabilidad Contextual (IVC).

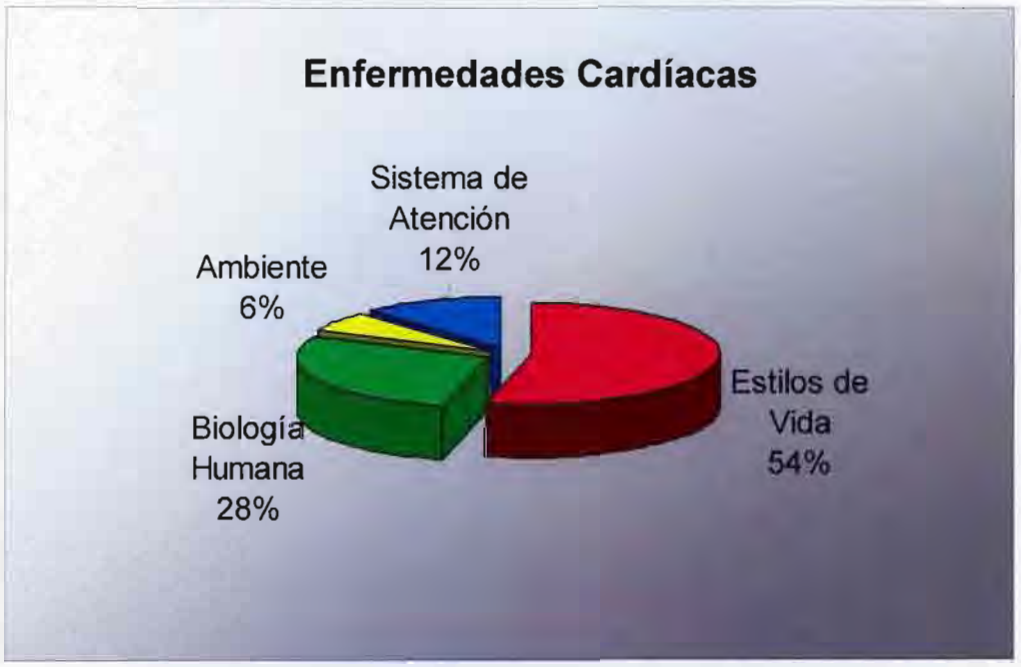
El coeficiente estimado para cada indicador varía de 0 a 1, siendo cero (0) el valor que expresa la máxima vulnerabilidad y uno (1) el que indica la máxima vulnerabilidad observada. Los coeficientes obtenidos son promediados, obteniendo un índice por dimensión (contexto/ afiliados) y un índice total por localidad.

Fuente: INDEC, Encuesta Permanente de Hogares, Octubre 2008.

Estadísticas Oficiales INSSJP PAMI
Enfermedades Principales

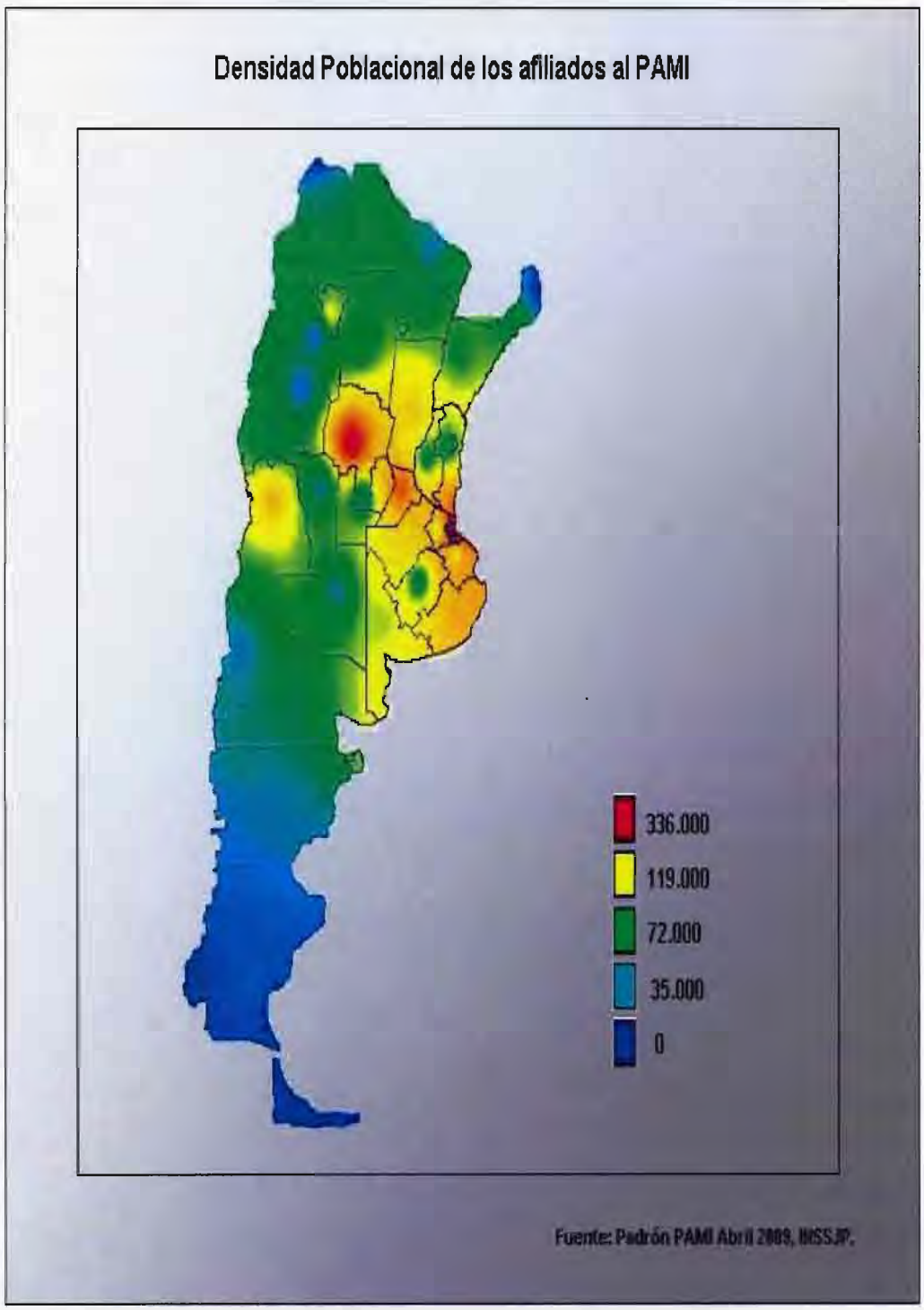


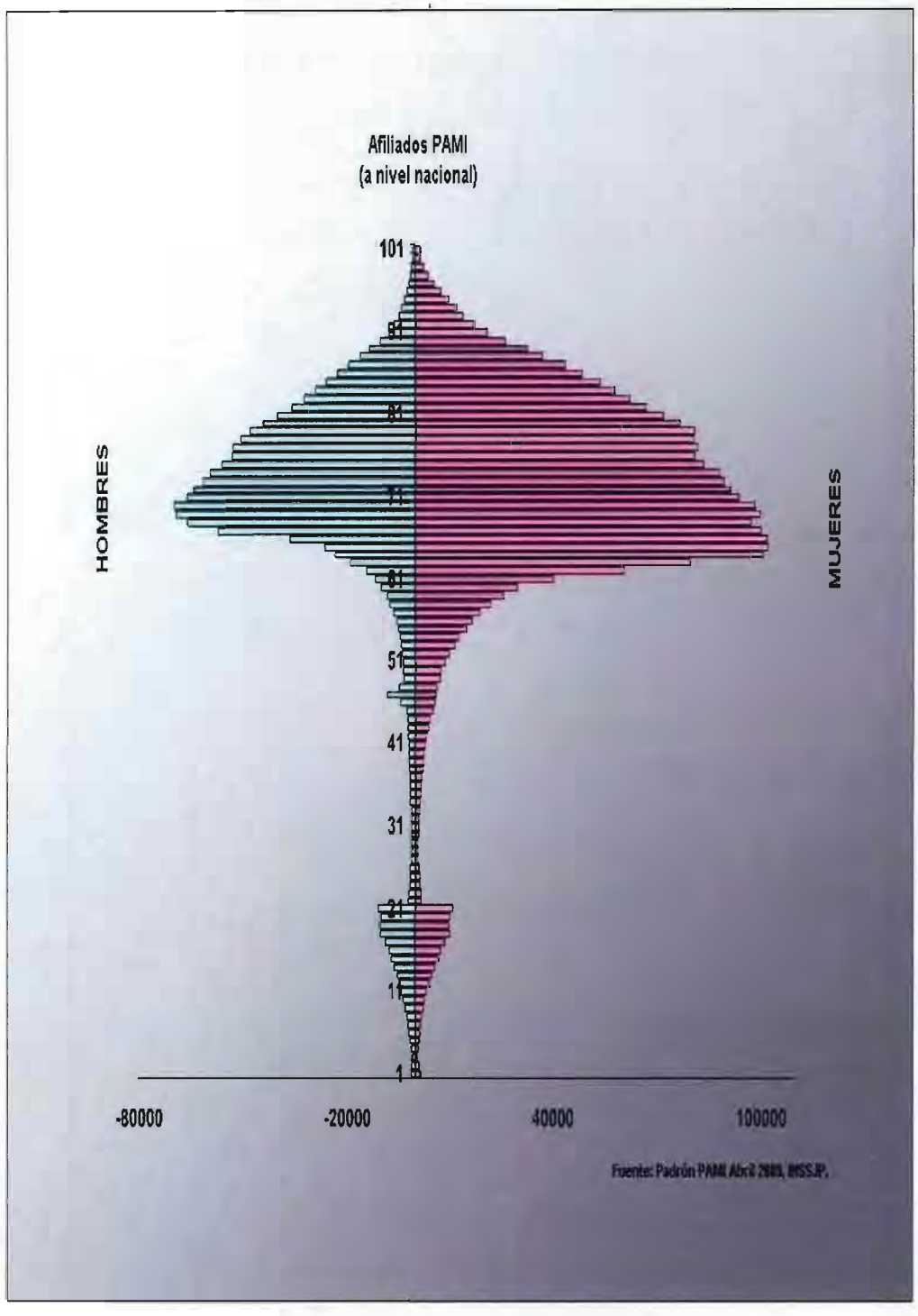



Enfermedades Cardíacas
Sistema de Atención 12%
Ambiente 6%
Biología Humana 28%
Estilos de Vida 54%

ANEXO II

Estadísticas Oficiales de Distribución Poblacional Afiliados al INSSJP


Densidad Poblacional de los afiliados al PAMI
336.000
119.000
72.000
35.000
0
Fuente: Padrón PAMI Abril 2009, INSSJP.


Afiliados PAMI
(a nivel nacional)
HOMBRES
MUJERES
101
51
41
31
1
-80000
-20000
40000
100000
Fuente: Padrón PAMI Abril 2005, MSSJP.

ANEXO III

Programa de Patologías Prevalentes HADOB

Disposición N° 0178

BUENOS AIRES, 16 JUL 2007

VISTO la Resolución N° 718/DE/07 y las Disposiciones Nros. 1115/GPM-2006 y 086/GPM- GPS y C/07.

CONSIDERANDO

Que la República Argentina se encuentra entre los países en los que epidemiológicamente la transición demográfica ha originado un desplazamiento en la pirámide poblacional que implica un aumento en los grupos añosos con el consecuente incremento de las patologías crónicas e invalidantes.

Que dentro de estas enfermedades, están las cardio y cerebrovasculares, metabólicas y degenerativas que, junto a las oncológicas representan las de mayor prevalencia, teniendo en cuenta que su causalidad se encuentra en mayor medida en los estilos de vida y el ambiente y en menor medida en lo biológico o la oferta en salud.

Que el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados tiene predominio de edades avanzadas en su padrón de afiliados.

Que para accionar de manera categórica en las enfermedades anteriormente referidas hay que lograr un mejoramiento de la calidad de vida de los afiliados, trabajando desde la salud, haciéndose imprescindible un enfoque que conjugue los niveles médicos prestacionales convencionales, con acciones institucionales.

Que este tipo de acciones se deben desarrollar en programas con objetivos médicos terapéuticos y desde la propia comunidad, que tiendan a reinsertar o mantener a las personas enfermas como autoválidas e interactuantes con su medio, permitiendo impulsar, promover y desarrollar aptitudes personales y grupales en el marco de una política positiva en salud.

Que la actual gestión del Instituto, a través de objetivos claramente enunciados en las Resoluciones Nros. 140/04, 694/337 y 284/05, entre otras, viene desarrollando un sin fin de acciones que ponen énfasis en la Salud como Derecho para todos los beneficiarios del mismo.

Que las acciones a desarrollar excederían el estricto campo médico tradicional y en este sentido deberían alcanzar criterios terapéuticos no medicamentosos, con impacto directo en los estilos de vida y en el propio ambiente de los afiliados.

Que por ello, se considera prioritario implementar un Programa que contemple la incorporación de actividades terapéuticas no medicamentosas (ATNM) para impactar directamente en las causales de la enfermedad, manteniendo los criterios terapéuticos convencionales (TC), para después evaluar y conocer resultados que, por su gran alcance a nivel nacional, sólo este Instituto puede obtener.

Que dentro de esas patologías prevalentes se encuentran la Hipertensión Arterial, la Diabetes Mellitus, la Obesidad y la Enfermedad de Alzheimer.

Que en función de lo anteriormente expresado se elaboró el Programa denominado HIDIOBEA y aprobado por Disposición N° 086/07 conjunta de la Gerencia Prestaciones Médicas y de la Gerencia de Prestaciones Sociales y Comunitarias.

Que con posterioridad se ha decidido dejar sin efecto la inclusión de la Enfermedad de Alzheimer (EA) en dicho Programa, que amerita una consideración diferenciada, que permita realizar un análisis especial que evalúe el aumento proyectado de las personas en riesgo de desarrollar la enfermedad en nuestra población, sumado al gasto que genera, lo cual determina un problema sanitario particular.

Que, consecuentemente, se ha efectuado la reformulación del mencionado Programa, generándose uno nuevo que incluye la Hipertensión Arterial, la Diabetes Mellitus y la Obesidad.

Que este Programa, en adelante HADOB, tiene como eje sustancial al médico de cabecera que representa una de las puertas de ingreso al mismo que debe corroborar el diagnóstico y efectuar la vigilancia de la evolución del cuadro clínico asociado al esquema terapéutico.

Que el médico de cabecera debería ser retribuido por su efectiva participación en el Programa siendo esa retribución por paciente y en función de los resultados que se produjeren.

Que la mencionada retribución debería ser un adicional del 15% al valor de la cápita base en forma inicial, con evaluaciones trimestrales. Que si los indicadores mostraren una mejoría en la calidad de vida de los pacientes debería recibir hasta dos incentivos más, del 15% cada uno, siempre calculados sobre la cápita base.

Que de no cumplirse esta condición y no arrojando los indicadores indicios de mejora en la calidad de vida de los beneficiarios, la retribución debería retrotraerse a la cápita de base.

Que las evaluaciones se continuarían en el tiempo con igual frecuencia y el comportamiento retributivo de igual manera, entendiéndose por ello que el máximo reconocimiento sería del 45% sobre la cápita base.

Que el mencionado Programa incluye además la realización de reuniones educativas dirigidas a los beneficiarios incluidos o no en Programa, con fines de prevención, promoción e instrucción a los afiliados en el cuidado y comportamiento en cada una de las enfermedades.

Que, atento a la idiosincrasia y realidades sanitarias regionales las propuestas de los temas a tratar será resorte de los médicos de cabecera o grupos de médicos de cabecera (colegios o asociaciones médicas) de cada Unidad de Gestión Local, al igual que la frecuencia, metodología pedagógica y el lugar de realización de las mismas siendo estos lineamientos centralizados.

Que las mismas deberían ser retribuidas al expositor en función de la concurrencia verificada por la Unidad de Gestión Local correspondiente.

Que se le debería dar la participación que le compete a la Gerencia Económico Financiera a través de su Departamento de Costos y Estudios Económicos para el cálculo del valor de las mencionadas reuniones.

Que este Programa, en adelante HADOB debe formar parte de un estamento superior tomando el marco normativo del Programa de Desarrollo de Prestadores y Médicos de Cabecera, sus conceptos académicos y teóricos en cuanto a la formación integral de los profesionales y los prestadores para alcanzar los resultados buscados.

Que es la Subgerencia de Programas y Prestaciones Especiales de la Gerencia de Prestaciones Médicas quien propone el Programa HADOB, por lo cual se estima pertinente que lleve a cabo su posterior seguimiento.

Que por las características expuestas es necesario el accionar conjunto de la Gerencia de Promoción Social y Comunitaria en todo lo concerniente a las ATNM y la Gerencia de Prestaciones Médicas en el diagnóstico y seguimiento de las TC.

Por ello y en uso de las facultades conferidas por la Resolución N° 738-DE/ 04 y N° 287/06.

EL GERENTE DE PRESTACIONES MEDICAS Y EL GERENTE DE PROMOCIÓN SOCIAL y COMUNITARIA DISPONEN:

ARTÍCULO 1°.- Derógase la Disposición conjunta N° 086/07 de la GPM y la GPS y C en todos sus términos.

ARTICULO 2°.- Apruébase el Programa HADOB para los beneficiarios de este Instituto enfermos de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Obesidad, a ponerse en vigencia como prueba piloto en la Unidad de Gestión Local XXXI-

Junín a partir del mes de Junio y en las Unidades de Gestión Local III- Córdoba; V- Bahía Blanca; VI- Capital Federal y a partir del mes de Julio del corriente año y que, como Anexo I pasa a formar parte de la presente.

ARTICULO 3°.- Regístrese, comuníquese, envíese copia a Dirección Ejecutiva, Subdirección Ejecutiva, Coordinación Ejecutiva, Sindicatura General, Unidad de Auditoría Prestacional, Unidad de Auditoría Interna, Gerencia Económico Financiera, Gerencia de Coordinación de Unidades de Gestión Local, Subgerencia de Programas y Prestaciones Especiales, Subgerencia de Prestaciones Médicas, publíquese en el Boletín de Instituto y en la página WEB. Cumplido archívese.

DISPOSICION N° 0178 Javier GOÑI- Gerente de Promoción Social y Comunitaria Dr. Jaime Angel DE LA PARRA- Gerente de Prestaciones Médicas

- - - - - - - - - - - - - - -

ANEXO I- Disposición N° 0178- 07

PROGRAMA ESPECIAL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DIABETES Y OBESIDAD PARA AFILIADOS AL INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS

1.- FUNDAMENTACIÓN

La Argentina se encuentra dentro de los países en los que epidemiológicamente se ha realizado la transición demográfica, es decir, en la duración media de vida y en las patologías prevalentes, tanto en la infancia o adultez tardía; esto tiene consecuencias sistémicas y obviamente en el sistema de salud. En tales términos nos hallamos, con algunas salvedades, en la etapa post- industrial en donde existen notables descensos de mortalidad infantil y disminución o casi abolición de enfermedades infecto contagiosas mortales en la niñez, gran incidencia y prevalencia de patologías de la tercera edad, con aumento notable del promedio de vida en la población general. Este desplazamiento de la pirámide poblacional implica un crecimiento en los grupos de edades añosas con el consecuente incremento de las patologías crónicas, degenerativas e invalidantes. Dentro de estas enfermedades, se encuentran las cardio y cerebrovasculares, metabólicas y degenerartivas que, junto a las oncológicas representan la mayor prevalencia. En cuanto a los causales de esas enfermedades se han descripto y graficado las más relevantes que se muestran en los gráficos adjuntos[191]

[191] Los gráficos no se agregan al presente anexo, ya que son los mismos que figuran en el Anexo I *in fine*.

Surge de los gráficos presentados la importancia que tienen los estilos de vida y el ambiente, versus la baja causalidad para lo biológico y la oferta en salud, para las enfermedades tomadas en el trabajo de Denver. De lo expuesto queda claro que, actualmente para accionar de manera categórica en salud hay que tomar esos caracteres de estilos de vida ambiente desde y para la salud.

Atento a ello y dado que el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, tiene rangos de edades avanzadas en su padrón de afiliados en todo el país, se hace imprescindible un enfoque que tienda a conjugar los niveles médicos prestacionales convencionales, con acciones institucionales que mejoren la calidad de vida de sus afiliados, desde el ambiente y los estilos de vida. Indudablemente, este tipo de enfoque se debe plasmar en programas que tiendan a reinsertar, o al menos mantener a las personas enfermas y/o con necesidades como personas válidas e interactuantes con su medio. Esas acciones nacidas con objetivos médicos terapéuticos y desde la propia comunidad deben permitir, impulsar, promover y desarrollar aptitudes personales y grupales favoreciendo, en general, una política positiva en salud.

La actual gestión de este Instituto, a través de objetivos claramente enunciados en la Resoluciones Nros. 140/04, 694, 337 y 284/05, entre otras, viene desarrollando un sin fin de acciones que ponen énfasis en la Salud como Derecho para todos sus beneficiarios. Esas acciones exceden sin duda, el estricto campo médico tradicional y en este sentido deberían alcanzar criterios terapéuticos no medicamentosos, con impacto directo en los estilos de vida y porque no, en el propio ambiente de los afiliados.

Por ello se considera prioritario encauzar actividades terapéuticas no medicamentosas (ATNM) para impactar directamente en los hasta hoy supuestos causales de la enfermedad, sumados obviamente a los criterios terapéuticos conocidos y consensuados, para después evaluar y conocer resultados que por su gran alcance a nivel nacional, solo este Instituto puede dar. Así entonces, es necesario hacer un Programa en donde, además de lo estrictamente asistencial y terapéutico tradicional, se puedan brindar actividades terapéuticas no medicamentosas (ATNM) para enfermedades de alto impacto en la población del Instituto, y de ellas se han seleccionado en este caso la Hipertensión Arterial, la Diabetes mellitas y la Obesidad, dejando la Enfermedad de Alzheimer para una consideración diferenciada y especial por el alto impacto que provoca tanto en el aspecto sanitario como en la comunidad.

Esas ATNM sumadas a lo terapéutico convencional (TC) a través de grupos o. cohortes y a través del tiempo deben poder medirse y evaluarse, tanto en gestión como en resultados, para así abordar a conclusiones en las diferentes modalidades. Para refuerzo de los criterios que se intentan inculcar a los beneficiarios sería oportuno que los mismos médicos de cabecera brindasen clases o reuniones a los propios beneficiarios, acordadas en particular en cada UGL.

En forma progresiva sería necesario:

1) Definir Centralmente el Programa con operatividad descentralizada.
2) Transversalizar acciones con otros sectores Intra y Extra Institucionales tendientes a la optimización de los recursos disponibles para diagnóstico y tratamientos, ATNM y convencionales.
3) Monitorear y evaluar resultados que permitan cuantificar el alcance de los objetivos.
4) Retribuir en respuesta esos resultados objetivados a través de incentivos y/o por clases efectivamente realizadas. Tanto para criterios operativos como normativos que hagan al Programa HADOB los mismos se resolverán a través de las Gerencias con competencias en los temas que correspondiere.

2.- OBJETIVOS PROGRAMÁTICOS

2.1.- Objetivo General: Optimizar los tratamientos validados, no medicamentosas (ATNM) y medicamentosos convencionales (TC) en la hipertensión arterial, diabetes mellitas y obesidad, enfermedades prevalentes en la población del Instituto, para, a través de una mejor calidad de atención lograr una mejor calidad de vida de nuestro afiliados.

2.2.- Objetivos Específicos

a.- Seleccionar los grupos cohortes desde Nivel Central y para las UGLs: III- Córdoba; V- Bahía Blanca; VI- Capital Federal y XXXI- Junín, en las que se efectuará una prueba piloto.

b.- Sensibilizar a los médicos de cabecera de la UGLs incluidas en Programa para que participen del mismo.

c.- Implementar en forma sistemática y a través de los médicos de cabecera de las UGLs las pautas de diagnóstico, tratamiento y monitoreo de las patologías a los beneficiarios incluidos en Programa.

d.- Implementar reuniones educativas dirigidas a los beneficiarios del Instituto incluidos o no en Programa con fines de promoción, prevención e instrucción en el cuidado y comportamiento en las diferentes enfermedades.

e.- Elaborar las pautas de diagnóstico, tratamiento y control evolutivo de las patologías seleccionadas, basados en la mejor evidencia científica disponible.

f.- Relevar la respuesta terapéutica en cada modalidad no medicamentosa (ATNM) y medicamentosa (TC) según corresponda y sistematizar la información recogida para efectuar mediciones y determinar los progresos/beneficios obtenidos en el paciente, del médico de cabecera, del Programa en si y a nivel Institucional.

2.3 Actividades

a.- Objetivo Específico 1:

Sé efectuará una prueba piloto en las Unidad de Gestión Local XXXI- Junín, a partir del día 1 de Junio de 2007 y III- Córdoba; V- Bahía Blanca; VI- Capital Federal a partir del dia 1 de Julio de 2007 , que incluya a los médicos de cabecera pertenecientes a las mismas que deseen participar del Programa.

Pacientes:

Selección: Desde Nivel Central se seleccionarán los cohortes y para cada UGL tomando como metodología la que se detalla a continuación:

- De la información que brindan los médicos de I Nivel en la transmisión de datos del Nuevo Modelo Prestacional, se seleccionarían aquellos pacientes afiliados al Instituto, con diagnóstico de Hipertensión Arterial , Diabetes Mellitus y Obesidad (HTAx1N; DBTx1N; OBx1N).
- Selección, a través de datos de medicamentos, de pacientes con Hipertensión, Diabetes y Obesidad en función de los medicamentos que a los afiliados se le prescriben y/o consumen (HTAxM; DBTxM; OBxM).
- Selección de los pacientes que acceden a Programas Sociales y que se encuentran referenciados en algunos de los dos puntos anteriores o que por otro motivo se los reconozca como Hipertensos, Diabéticos y Obesos (HTAxS; DBTxS; OBxS).
- En consideración a criterios de inclusión como condiciones físicas, intencionalidad y accesibilidad, de x1N; xM y xS se definen 6 (seis) cohortes de la siguiente manera: hipertensos, diabéticos y obesos en ANTM de inicio (I) y en continuidad (II); en tratamiento convencional (TC) de inicio (III) y en continuidad (IV); en ATNM + TC de inicio (V) y en continuidad (VI).

Es decir:

l- ATNM de inicio (HTAeATNMtO)
ll- ATNM en continuidad, ya en uso del beneficiario (DBTeATNMt1)
lll- TC de inicio (ObeTCt0)
IV- TC en continuidad, ya en uso del beneficiario (HTAeTCt1)
V- ATNM + TC de inicio (HTAeATNM+TCtO)
Vl- ATNM + TC en continuidad, ya en uso del beneficiario (DBTeATNM+TCt1)

- Convocatoria: Las UGLs participantes desde su área de Servicios Sociales y Pami Escucha y Responde, convocarán a los pacientes y los sensibilizarán a incluirse en Programa.

b. Objetivo específico 2:
UGLs: Serán los responsables que las UGLs designen quienes deberán informar y sensibilizar a los médicos de cabecera a participar del Programa e involucrarlos en la participación y el conocimiento de los resultados de su propia practica profesional.

c.- Objetivo Específico 3: Los médicos de cabecera deberán confirmar el diagnóstico e implementar el plan de tratamiento según pautas, de todos los beneficiarios su cápita que ingresen en Programa, ya sea convocados por ellos

mismos o por otras fuentes. Consecuentemente una de las puertas de entrada al Programa será el Médico de cabecera.

d.- Objetivo específico 4: Dada la idiosincracia, las realidades regionales y las particularidades sanitarias de cada lugar geográfico, serán los médicos de cabecera o grupos de Médicos de cabecera (colegios- asociaciones médicas) de cada UGL quienes definan la propuesta en cuanto a temas, frecuencia de las reuniones, metodología pedagógica y lugar.
También deberán seleccionar a los educandos tomando en cuenta su formación, capacitación y trayectoria profesional, siempre previamente consensuado con niveles de la UGL y a través de ellas con Nivel Central.
Las clases serán retribuidas al educando por beneficiario asistente. La concurrencia deberá ser verificada por un representante del Instituto designado por la Unidad de Gestión Local quién deberá llevar un registro donde conste: Unidad de Gestión Local-Fecha- Nombre y Apellido del beneficiario y firma del mismo. Se dará la participación que le compete a la Gerencia Económico Financiera a través de su Departamento de Estudios Económicos para el cálculo del valor a reconocer por beneficiario concurrente.

e.- Objetivo específico 5:
- Pautas de Diagnóstico, Tratamiento y Monitoreo de los pacientes: en el marco de la Resolución N° 397/DE/05, y en el contexto del Programa de Desarrollo de Prestadores. Para elaborar las pautas a efectos de este Programa se considerarán los siguientes elementos:

  - Diagnóstico clínico y por exámenes complementarios.
  - Tratamientos tanto los convencionales (TC) como las Actividades Terapéuticas No Medicamentosas (ATNM).
  - Seguimiento, de ser posible con herramientas objetivas y funcionales, de los pacientes en sus cohortes y en estadios (0, 3, 6, 9 y 12 meses) y seguimiento en el tiempo de igual manera.

f.- Objetivo específico 6:
Relevar la respuesta terapéutica en cada modalidad no medicamentosa (ATNM) y medicamentosa según corresponda. Sistematizar la información recogida para efectuar mediciones y determinar los progresos/beneficios obtenidos en el paciente, del médico de cabecera, del Programa en si y a nivel Institucional.
Las fuentes de información para la evaluación de los resultados serán las siguientes:

Laboratorio e Imágenes I Nivel y Consulta Oftalmológica: Se tomará como fuente la transmisión de datos de los efectores, la cual podrá ser analizada por Unidad de Gestión Local Médico de cabecera y paciente. Se valorará el tipo de examen complementario y su frecuencia de solicitud.
II Nivel internación: Se tomará como fuente la transmisión de datos de los efectores, la cual podrá ser analizada por Unidad de Gestión Local Médico de cabecera, Efector de II Nivel y paciente. Se valorará la internación de los pacientes por descompensación de las patologías incluidas en el programa, su alta u óbito. Medicamentos: Se tomará como fuente la transmisión de datos de

los efectores de la dispensa de Medicamentos. Items a valorar: Dosis Diaria Definida: Como Unidad de medida para determinar las tendencias en el consumo de medicamentos. Esquema de dosificación y consumo para los fármacos (recomendación terapéutica) relacionados a la patología. Consumo para los fármacos no relacionados a la patología. Utilización de esquemas terapéuticos progresivos, consensuados y normados. Modificación del esquema de dosificación de los fármacos utilizados relacionados y no relacionados a la patología Modificación de esquemas terapéuticos (pasaje de utilización de 2 o 3 drogas a plan menor- cambio del tipo de droga a otra de menor costo).

4.- OPERATIVIDAD/ORGANIZACIÓN FUNCIONAL/INCENTIVOS

La Subgerencia de Programas y Prestaciones Especiales será el referente desde Nivel Central para la puesta en marcha y seguimiento del presente Programa en las diferentes Unidades de Gestión Local dando inicio a la prueba piloto en las unidades de Gestión Local III- Córdoba; V- Bahía Blanca; VI- Capital Federal y XXXI- Junín. Dicha Subgerencia facilitará la incorporación de los beneficiarios según la metodología descripta, en aquellas Unidades de Gestión Local que adhieran al Programa. Estas últimas serán las que deban constatar "en terreno" la realización de las prestaciones de actividades terapéuticas no medicamentosas en función de los objetivos. De existir prestaciones excluidas del menú se realizará la Acreditación y Selección de los prestadores necesarios, sean estos médicos y/o sociales. Esas prestaciones se harán a través de Ordenes de Prestación, convalidadas en la Unidad, de Gestión Local, conformadas en el Departamento Programas Especiales y por las Areas Técnicas de la Gerencia de Promoción Social y Comunitaria, abonadas desde Nivel Central a valores estipulados. Las clases o reuniones instructivas para los beneficiarios, que se desarrollen en el contexto del presente Programa se abonarán por prestación, las que serán conformadas por las Unidades de Gestión Local donde se realizaren. Incentivos: Se retribuirá con un adicional del 15% al valor de la cápita base en forma inicial a todos lo médicos de cabecera que ingresen en Programa. Se harán evaluaciones trimestrales. Luego de la primera evaluación, si los indicadores presentan características de mejora en los pacientes, deberá recibir otro 15% sobre la cápita base. De igual manera luego de la evaluación del segundo trimestre, permaneciendo los indicadores con tendencia a la mejora recibirá un 15% sobre la cápita base. Si no se cumpliera esta condición y los indicadores no arrojaran indicios de mejora en la calidad de vida de los beneficiarios la retribución deberá retrotraerse a la cápita de origen (base). Las evaluaciones continuarán en el tiempo con igual frecuencia y comportamiento retributivo, entendiéndose por ello que el máximo reconocimiento es el 45% sobre la cápita base. Para esta retribución la Gerencia de Prestaciones Médicas hará las reservas pertinentes a través de la Unidad Gestión Estratégica y Presupuestaria (UGEP)

5.- CONTROL DE GESTIÓN

La Subgerencia de Programas y Prestaciones Especiales seguirá, con los estamentos Institucionales existentes a tal fin, el accionar de los distintos actores involucrados en el Programa. Con el seguimiento referido se desarrollará el monitoreo y los informes periódicos con dos niveles de análisis:

- Cuantitativo (Producción)
- Cualitativo (Optimización)

Ambos caracteres en especial para los que impliquen resultados de los diferentes grupos o cohortes.

6.- EVALUACIÓN

La Subgerencia de Programas y Prestaciones Especiales analizará y evaluará el impacto socio- sanitario sobre la población blanco en cortes trimestrales. El informe deberá contener observaciones de los grupos destinatarios del Programa, como también general, para su validación externa.

7.- AUDITORIA: El Instituto se reserva el derecho de efectuar la auditoría de los diferentes estamentos del Programa cuando así lo decida.

CAPÍTULO V

Educación y longevidad

5. El rol de la educación
5.1 ¿Desde qué ángulo debe plantearse la Gestión de la Longevidad?
    5.1.1 Longevidad y grado de escolarización
    5.1.2 Los secretos de los valles de Hunza y de Vilcabamba
    5.1.3 El límite de la vida humana
5.2 Aspectos que deben resolverse desde el ámbito de la educación
5.3 Síntesis de la oferta académica
5.4 Educación e investigación para la longevidad
5.5 La inserción de los especialistas en envejecimiento en la estructura gubernamental
5.6 El panorama de formación
    5.6.1 En el INSSJP-PAMI
        5.6.1.1 Otras actividades de capacitación del PAMI
            5.6.1.1.1 Primer Curso Universitario de Formación de Posgrado para Médicos de Cabecera
            5.6.1.1.2 Programa "Universidades para Adultos Mayores Integrados" (UPAMI)
    5.6.2 En instituciones privadas
5.7 Lagunas del sistema en la educación para la longevidad
5.8 Algunas formulaciones estratégicas para seguir pensando
    5.8.1 Se necesita más investigación
    5.8.2 La investigación debe profundizar la problemática del empleo
    5.8.3 Investigación de los mecanismos de la crisis actual y sus efectos sobre salud y longevidad.

5. El rol de la educación

La reflexión inicial sobre la formación en disciplinas relacionadas con la gestión de la longevidad y el envejecimiento tiene que ver con su objeto de estudio y con el de su campo de aplicación. En este último caso, con la circunstancia de si su acción responde o no, a las necesidades planteadas por el proceso del envejecimiento, la vejez y la longevidad; o responde al envejecimiento poblacional, y está enmarcado en el contexto histórico, social, cultural y económico, o simplemente responde a los intereses de una sociedad preocupada por el creciente número de ancianos en el siglo presente y los venideros, para crear una subcultura del consumo: la de consumo masificado de actividades de ocio, tal como expone Fericgla[192] y adicionalmente, la del consumo masivo de servicios especializados de atención.

Hasta el presente, las instituciones educativas se han dado a la tarea de formar profesionales en el área, atendiendo a las necesidades imperiosas, sin tiempo para detenerse a reflexionar sobre sus fundamentos científicos, como si éstos estuvieran claramente establecidos. Las disciplinas sociales son primero ciencias y luego profesiones y todas acaban agotándose en las realidades de la demanda por conocimientos, habilidades y profesiones.

Pensar en la gestión de la longevidad desde lo académico, implica formular varias estrategias:

- Estudiar el envejecimiento y la vejez para aportar una buena administración de los recursos en su atención sin desatender al resto de la población. Determinar los elementos para incluir estos estudios dentro del ámbito de las disciplinas adecuadas, definir sus alcances, desarrollo y aportes a brindar.
- Analizar el conjunto de ciencias relacionadas con las dimensiones del ser humano, y el punto de encuentro de las mismas desde una perspectiva interdisciplinaria relacionada con el sistema de atención, contención y aprovechamiento productivo de la población envejecida.
- Identificar y difundir los conjuntos de normas de comportamiento que facilitan la atención y el cuidado de las personas viejas para ayudarlas en el transcurso de esa etapa de su vida, y promover su devenir social en un clima de cooperación comunitaria.
- Enfrentar la realidad de la población envejecida, entender que la vejez no es una enfermedad sino cuando deriva en dependencia, y así dirigir el esfuerzo de educación e investigación hacia la eliminación, reducción o diferimiento de la misma. Asimismo planear y hacer efectivo el apoyo cuando la dependencia aparece.

[192] Fericgla J., *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*, Anthropos, Barcelona, 1992. El autor postula que dado que los ancianos no producen pero disponen de cierto poder adquisitivo y de todo su tiempo desocupado, el modelo cultural a su situación es el de los adolescentes; de este modo, las pautas que la sociedad de consumo y de ocio masificado ha propuesto como modelo cultural de la ancianidad, imitan y se acercan a los modelos adolescentes. Desde luego este modelo sólo se asocia con los países de alto ingreso y gran contención social y económica de la tercera edad.

Como nos estamos refiriendo a seres humanos, no se puede olvidar que "la vejez no es una sola, las maneras de envejecer son tantas como diferentes personalidades hay" (Péruchon y Thomé-Renault)[193] . A esto cabría agregarle que hay tantos tipos de vejez como posibilidades hayan tenido las personas en su vida, como ambientes hayan podido disfrutar o padecer, etc.

La cuestión del envejecimiento se ha convertido en una preocupación real a nivel mundial por el comportamiento demográfico -como en su momento lo fue la sociología o la antropología- y la necesidad de gestionar las alternativas de la vejez, tiene mayor presencia en el mundo actual. Es una de las razones que requieren un espacio de investigación y conocimiento que avance hacia el desarrollo de saberes específicos.

5.1 ¿Desde qué ángulo debe plantearse la Gestión de la Longevidad?

A partir de la determinación de su objeto de estudio, la primera consideración se plantea en términos de su quehacer: ¿Es una rama de la Administración de la Salud que trata aspectos de la Gerontología? ¿O bien es una disciplina con un objeto propio que reúne conocimientos derivados de la medicina, las ciencias biomédicas, biológicas, sociales, jurídicas, políticas, y otras como arquitectura, ingeniería y economía?

Formulemos aquí una pregunta en términos elementales: ¿de qué trata la Gerontología? Del griego *gerontos*: anciano y *logos*: conocimiento, es el estudio de las características del viejo o de la vejez. Actualmente uno de los planteamientos generalizados es el del estudio de las características del envejecimiento a partir de la teoría de éste como proceso. Pero el estudio del envejecimiento es muy complejo porque implicaría estudiar todas las dimensiones del ser humano como persona individual y social y por lo tanto todas sus relaciones, involucrando las disciplinas ubicadas en las ciencias humanas, sociales y biológicas y no sólo algunas características específicas resultantes del estudio de circunstancias específicas o de comportamientos específicos. La realidad es que la manera como ha sido enfocada, la ha llevado a constituirse en una disciplina basada en la aplicación de diferentes técnicas, especialmente relacionadas con las áreas médicas y paramédicas y con las ciencias del comportamiento.

De esto se deriva que la Gerontología se proyecta desde un principio curativo y de rehabilitación. Es decir sobre el sentido de patología. Esto converge con otra gran consideración en torno del tema de interés: la vejez como una enfermedad, o las enfermedades consideradas como propias, es decir que resultan del hecho mismo de vivir la etapa definida -arbitrariamente- a partir de los 60 años de edad.

[193] Peruchon, M. y Thomé-Renault, A., *Vejez y pulsión de muerte*, Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

Otra gran corriente plantea la vejez normal no patológica, pero sustentada en el principio del deterioro, que Ursula Lehr[194] identifica como el modelo deficitario de la psicología, que puede ser modificado en sentido positivo mediante el análisis del ciclo evolutivo de las personas. Esta corriente y esta puntualización de Lehr puede sintetizarse en la afirmación del médico estadounidense Sherwin Nuland: "Mucha gente muere de vejez aunque yo mismo no haya tenido la osadía de escribirlo en ningún certificado de defunción" y afirmando que escribe mientras transita ese camino (lo dice a una edad de aproximadamente setenta años), proclama, "envejecer no es una enfermedad sino un arte y, para aquellos que lo practiquen bien, puede proporcionar extraordinarias recompensas"[195].

Sin embargo, la Gerontología sigue siendo un esfuerzo colectivo de reflexión para solucionar las nuevas situaciones creadas por el envejecimiento de la población. Y a esta preocupación se une la de la longevidad o mayor esperanza de vida.

A lo largo del tiempo la literatura ha acumulado innumerables ejemplos acerca del sentimiento humano de la brevedad de la vida. Sin embargo, en el campo de la biología, el humano es la segunda especie animal más longeva y la primera entre los mamíferos. Una actitud más positiva ante el problema de la vida finita podría ser la de preguntarse acerca de las razones por las cuales vivimos tanto: cien años, y no cinco... ¿por qué no estudiar los mecanismos de longevidad en lugar de los de envejecimiento?

En realidad habría que precisar que la probabilidad de vida es superior a los cien años y se planea como limite los 120 años tomando como referencia a Jeanne Calment. Mario Castañeda, un trascendente estudioso del tema, expresa: "Muchas han sido las propuestas para intentar explicar la correlación entre longevidad y complejidad del organismo: desde las que implican estrategias evolutivas de crecimiento poblacional, velocidades de desarrollo ontogénico y necesidades de crianza, relaciones de pesos corporales y de órganos con longevidad y las velocidades de la vida y gasto de energía, hasta las capacidades de antioxidación y reparación del DNA. Un denominador común a todas ellas: la teoría del uso y desgaste del sistema vivo"[196]. En otras palabras, el envejecimiento es una condición de la vida. En la singular obra "Envejecimiento: la última aventura" este autor indaga en el significado humano de la vida, a través de un estudio profundamente documentado que abarca los índices de mortalidad y de esperanza de vida en diversas épocas, con un planteamiento acerca de lo que en este sentido es razonable esperar del desarrollo futuro de la ciencia, los aspectos evolutivos de la longevidad y la muerte; la relación entre las respuestas adaptativas a factores agresores del medio y una serie de manifestaciones sobre los procesos celulares y los diversos cambios que se acumulan en dichos procesos.

[194] Lehr, U., "Psicología de la senectud", en *Proceso y aprendizaje del envejecimiento,* Ed. Herder, Barcelona, 1988.
[195] Nulan, S. B., *El arte de envejecer: Recomendaciones de un médico,* Taurus Ediciones SA, Grupo Santillana, Madrid, 2007.
[196] Castañeda, M., *Envejecimiento: la última aventura; preocupación humana, desinterés biológico y oportunidades eugéricas"*, Fondo de Cultura Económica, México DF, 1994.

Sus expresiones más destacables se resumen en la frase "desarrollarse es envejecer" y en el término que acuña para resumir sus pensamientos: "eugeria" (envejecer bien).

En todo caso el objeto de estudio del fenómeno que nos ocupa parece ser la persona caracterizada como "vieja", a partir de una serie de consideraciones que no son definitivas pero que parten de los supuestos de cambio, productividad diferencial, y formas de declinación de la actividad que merecen un enfoque determinado de la administración de sus capacidades, de su salud, y de su contribución a la sociedad.

Y es aquí donde comienza a perfilarse el objeto de estudio de la Gestión de la Longevidad.

Veamos el proceso de evolución de una modificación multifacética en la vida normal de un individuo que transita por la frontera del límite etáreo impuesto: la persona ingresa en un proceso de desvinculación en el transcurso de su edad adulta, a partir de una edad cada vez más temprana, en la medida en que las políticas de fin del siglo XX le fueron cerrando cada vez más puertas: las del empleo, las del ejercicio pleno de sus derechos, las del acceso irrestricto a los servicios de salud.

Hoy en el ámbito del empleo, las edades límite van de los 60 a los 65 años, con un acceso a los puestos de trabajo, que además de ser restringido, depende de una alta especialización, la cual a su vez está determinada por altas exigencias educativas. Dicho proceso conduce a sufrir una serie de desajustes de todo tipo en las diferentes esferas de la vida, los cuales posteriormente serán "tratados" -en la vejez- como enfermedades.

Lo expuesto, planteado sobre bases jurídicas, se traduce en que las personas empiezan a perder el ejercicio de sus derechos en la edad adulta, la posibilidad de autonomía, el libre desarrollo de su personalidad, la capacidad de tomar decisiones. Pasado el umbral de los 60 años, comienza a vulnerarse su identidad, se le ofrecen algunos espacios que otrora eran parte de sus derechos, en forma de programas especiales, focalizados, entendidos como políticas especiales para las poblaciones más pobres y expuestas.

Las características de pobreza y vulnerabilidad son también definidas a partir de la propia dificultad de acceso a derechos fundamentales como la salud y el trabajo, y sobre concepciones asistencialistas, pero sobre todo la de vulnerabilidad, sobre la base de los planteamientos biológicos de deterioro.

Dentro de este marco las premisas de lo que debe ser el objeto de la Gestión de la Longevidad apuntan a la atención de la población envejecida, el mantenimiento de sus capacidades y potencialidades, la prevención, y la administración racional de los recursos de salud sobre la base de preocupaciones económicas relacionadas con el crecimiento continuo de grupos de seres humanos, escasamente generadores de recursos pero altamente demandantes de servicios.

¿Qué hacer con estos grupos que representan un gasto alto para las economías de los países? ¿Cómo plantear soluciones que no se centren exclusivamente en obligaciones para los estados? Uno de los planteamientos más difundidos está dado en términos del compromiso de las comunidades y de las familias.

Los sistemas de atención se complementan con la necesidad de desarrollar procesos educativos de cómo se caracteriza la vejez, cómo se debe cuidar dicha vejez, y como debe ser protegida por las organizaciones públicas y privadas y en su caso por la organización familiar y cómo puede capitalizarse la contribución de su experiencia y saberes.

Se plantea entonces, la necesidad de organizar debidamente los servicios de atención, con capacidades para desarrollar programas de salud, recreación e inserción laboral, para instituciones, empresas, centros de día, atención domiciliaria, entidades educativas, de recreación, y campañas de información para todas las edades.

Puede entonces pensarse la Gestión de la Longevidad desde las dos grandes ramas del saber científico: como ciencia relacionada con el estudio del envejecimiento y la vejez a partir del ser humano histórico, social y multidimensional, y como ciencia aplicada, apoyando la intervención en el enfrentamiento de los problemas que tienen que asumir las personas en razón de la edad y buscando transformaciones sustanciales de su condición como grupo social.

Es evidente que al sistema universitario le compete una gran responsabilidad. Es necesario que, simultáneamente con la formación de profesionales, se organice un esfuerzo especial de investigación que permita superar paradigmas limitados y discutibles. Todo ello debe estar basado en un cambio que refleje la nueva visión de la vejez, con una revisión profunda y cuidadosa de la manera de concebir la relación de las personas con su entorno y de su rol económico. Pero hay razones que revelan un compromiso de todo el sistema educativo.

En el capítulo anterior se han destacado diversos factores que contribuyen al logro de una sana longevidad. Sin embargo un factor distinto a los considerados por los sistemas de la salud, pero vinculado a ellos podría llegar a ser el más trascendente de todos: el número de años que las personas permanecen en el sistema educativo formal.

5.1.1 Longevidad y grado de escolarización

En los últimos años se ha descubierto que un factor determinante de la longevidad es el grado de escolarización, es decir, el tiempo de permanencia en el sistema educativo en todas sus etapas: inicial, primaria, secundaria, terciaria, universitaria, y en los posgrados y doctorados.

El nivel de educación es el factor social que consistentemente aparece asociado a vidas longevas. Recientes investigaciones coinciden en esto[197]. "Es más importante que la raza o el nivel de ingresos", asegura Richard Hodes, director del Instituto Nacional de Envejecimiento de los EE UU.

James Smith, especialista en economía de la salud de la Corporación Rand, sostiene "dar a las personas mayor seguro social no afectará su salud. Es bueno hacerlo por otras razones, pero no por su salud" En cambio, lo que puede hacer la mayor diferencia es mantener a los jóvenes en la escuela. Algunos años más de escolaridad están asociados a más años de vida y décadas de mejor salud luego, en la vejez.

No es el único factor, por supuesto. Sabemos por ejemplo que el tabaquismo, reduce drásticamente la expectativa de vida y que hay conexión entre tener una red de amigos y familia y vivir una larga vida. Y hay evidencias de que las personas que tienen más control sobre su trabajo son más sanas y viven más. Pero la incidencia de la educación está siempre presente. No hay controversia sobre esto.

Coincidentemente, afirma Michael Grossman, economista de la Universidad de la Ciudad de Nueva York: "si me preguntan qué afecta la salud y la longevidad, pondría la educación al tope de mi lista."

Uno de los trabajos de investigación más importantes sobre el tema fue realizado por una académica colombiana, la Dra. Adriana Lleras-Muney, profesora de Economía y Políticas Públicas en la Woodrow Wilson School of Public and International Affairs, de la Universidad de Princeton y volcado a un artículo que lleva por título "La relación entre educación y mortalidad adulta en los EE UU", que se publicó en el año 2005, en el volumen 72 del Review of Economic Studies. Su fuente fue un artículo de la revista científica Journal of Human Resources, volumen 4 de 1969 (como se observa, databa de 30 años atrás), "La producción de salud, un estudio exploratorio" en el que tres economistas Richard Auster, Irving Leveson y Deborah Sarachek, promovían un accionar "contra-intuitivo"[198]. En esta publicación se desarrollaba el tema de la mejora de la salud pública, mostrando que para ello era preferible invertir más en Educación que en Salud.

[197] Kolata, G., (The New York Times), "La educación, un factor crucial para vivir una larga vida", publicado en *La Nación, Ciencia y Salud*, 4 de enero de 2007.

[198] Comportamiento de los sistemas complejos que muchas veces parece contrario al sentido común. El término fue acuñado por Jay Forrester (creador de la Dinámica de Sistemas) en un artículo donde alude al comportamiento contraintuitivo de los sistemas sociales).

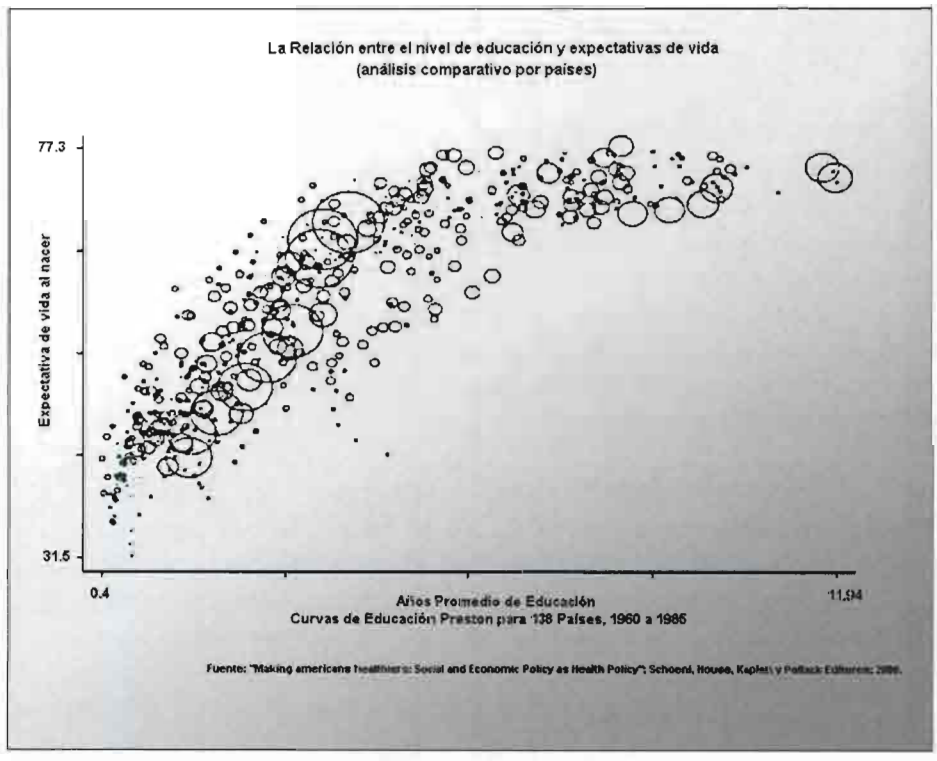
La investigadora centró sus análisis en el hecho de que, desde hacía unos 100 años, en distintos estados de los Estados Unidos se había ido aumentando gradualmente el número de años de escolaridad obligatoria. Como cada estado lo había hecho en fechas diferentes, la idea partió de estudiar los censos de población, a fin de averiguar si, varias décadas después, se observaba algún cambio en mortalidad de ciudadanos que habían asistido a las escuelas de ese estado durante 6 años y los que lo habían hecho durante 7 años. La formulación fue la siguiente: en el período 1915-1939, treinta estados habían cambiado las leyes de escolaridad obligatoria y las asociadas leyes de trabajo juvenil. Si tal obligatoriedad forzaba a los niños a obtener más escolaridad que las que ellos (o sus familias) hubieran elegido, y si fuese cierto que la educación mejora la salud, entonces aquellos individuos que en su adolescencia hubieran concurrido a establecimientos educacionales durante mayor tiempo deberían gozar de mejor estado de salud y vivir más.

El resultado fue el siguiente: en promedio, y de acuerdo con las evaluaciones obligatorias que se hacen en los EE UU respecto de la calidad del egreso escolar, cada año de escolaridad adicional mejoraba el nivel educativo en un 5%. Pero lo significativo fue que en promedio, cada año extra de escolaridad aumenta la esperanza de vida, a los 35 años, en un año y medio.

Similares investigaciones fueron emprendidas posteriormente en Dinamarca, Suecia, Inglaterra y Gales, con resultados que confirman que más años de escolaridad conllevan más años de esperanza de vida. El efecto se reproduce aún en las permanencias escolares que se prolongan más allá de la adolescencia. Lo que aún no se entiende bien es el por qué.

En investigaciones posteriores, la autora confirma la relación educación-salud y educación-longevidad[199]. Supone que la causa puede deberse a que las personas más educadas tienden a tener comportamientos más saludables. Un adicional de cuatro años en el período educativo, reportó menos tendencia al tabaquismo, al alcoholismo, al uso de drogas ilegales, etc. En el caso de las drogas, se comprobó que los mejor educados que informaban haberlas consumido con frecuencia, renunciaban a ellas más fácilmente. También se observó que la educación influye en conductas preventivas y en una mayor inversión en seguros de salud y en cuidado de la misma. Podría concluirse que esto se vincula con el ingreso, pero se comprobó que la educación también influye en conductas que no tienen que ver con las medidas propias del cuidado sanitario ni con el alto ingreso, sino con hábitos como los de usar cinturones de seguridad, tener detectores de humo en sus viviendas, y medidas de protección en general.

[199] Cutler D. and Lleras-Muney A. "Education and Health: Evaluating Theories and Evidence", in Schoeni R.F., House J. S., Kaplan G. A. and Pollak H. , (editors). *Making Americans Healthier: Social and Economic Policy as Health Policy.* Russell Sage Foundation, New York, 2008.



Lo cierto, es que se trata de aproximaciones a las causas, ya que no se conocen todas las variables generadas por una mayor educación que derivan en una mayor longevidad, y tampoco se conocen todas las conductas saludables de la población mejor educada. Pero lo que sí existe en una relación indudable entre educación y longevidad, probada tanto para países desarrollados como para países en desarrollo, entre estos últimos, Bangladesh, Corea y China.

5.1.2 Los secretos de los valles de Hunza y de Vilcabamba[200]

La Organización Mundial de la Salud, La Asamblea Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, han declarado al mundo en un estado de emergencia sanitaria, debido al enorme incremento en la incidencia de enfermedades crónicas degenerativas, principalmente sobrepeso, obesidad, diabetes, cardiopatías, cáncer, artritis y disfunciones cerebrales.

Si bien el promedio de vida se ha incrementado significativamente durante el último siglo, la calidad de vida, incluyendo la de niños, jóvenes y viejos se ha visto significativamente disminuida por el incremento de padecimientos degenerativos.

[200] Alvarado Saldaña, M., "Fundamentos de salud y longevidad", en *Pro-Salud, Portal de AHANAOA (Asociación Hispanoamericana de Nutriología Alternativa, Ortomolecular y Antienvejecimiento)*, *www. nutriologiaortomolecular.org*, México, 2005.

En diversas ocasiones, en momentos importantes y cruciales para la vida de muchos individuos y familias, irrumpe intempestivamente una enfermedad degenerativa. En ese momento, se trunca irremediablemente la vida individual y familiar.

Los gobiernos también se encuentran alarmados, porque los presupuestos destinados a las instituciones de salud, son ya insuficientes para atender a tanta gente enferma y la carga sobre los contribuyentes es cada vez mayor.

Ante este panorama un grupo de expertos seleccionados por los organismos mencionados, ha dedicado varios años a estudiar en profundidad las causas de esta pandemia de enfermedades no transmisibles. El grupo de peritos de los organismos de sanidad, determinó tras concienzudos análisis, que ese grupo de enfermedades tiene su origen en factores ambientales controlables y modificables, principalmente la alimentación y la actividad física regular de acuerdo a la edad y condición de cada persona.

Es decir que la clave de la salud, según los expertos, se encuentra en la mesa y en el gimnasio. En dos factores que pertenecen al dominio y responsabilidad personal. La sobrealimentación calórica, la desnutrición por deficiencia de micronutrientes[201] y la inactividad física, son la causa principal de las enfermedades que azotan a la humanidad, y depende de cada uno de nosotros modificar esos factores.

¿Cómo? Participando activamente en un programa de educación, promoción del auto-cuidado de la salud.

Si comparamos nuestra salud y nuestra longevidad con la de los pueblos que viven en forma "primitiva", aislados de la civilización, como los habitantes del Valle Hunza, enclavado en la frontera de la India y Afganistán; y los habitantes de Vilcabamba en los Andes ecuatorianos, lugar conocido también como el "valle de la longevidad", encontraremos grandes diferencias. Diversos investigadores como McCarrison (director de investigación del estado de sanidad y alimentación de la India 1904-1918) y T.L. Cleave (quien dedicó su vida a investigar como afecta la dieta moderna a la salud), estudiaron en profundidad a esos pueblos y los describen como una población particularmente feliz. Una de las razones de su felicidad sin duda, es que ignoran la existencia de las "enfermedades de la civilización". Ambos pueblos desconocen no solo las enfermedades, sino también la fatiga física y la senilidad. Los miembros de estas comunidades llegan a vivir muchos años en perfecta forma física y mental.

Hombres y mujeres trabajan hasta edades muy avanzadas en sus campos de cultivo y pastoreo. Caminan enormes distancias con pesadas cargas a cuestas. Siempre se encuentran lucidos, amables, sociables y sonrientes. No conocen la depresión y las enfermedades mentales. Llevan una vida sexual activa hasta el final de sus días, y llegan a procrear a edades de 70 años. La mayoría de las

[201] Compuestos esenciales para la vida humana consistentes en alrededor de 13 vitaminas y 16 minerales.

personas alcanzan una edad de entre 110 y 120 años, muriendo tranquilos y sin enfermedades crónicas.

Investigadores serios han ido a recorrer y a estudiar esos lugares. Impresionados por la salud, longevidad y felicidad de esas etnias, indagaron sus causas y hallaron que los factores determinantes son sus alimentos naturales, fundamentalmente crudos, la ausencia de las toxinas de la era moderna y la actividad física.

También encontraron que cuando un miembro de esas comunidades emigra al "mundo civilizado" y adopta la alimentación y el estilo de vida occidental, al cabo de algunos años se torna altamente propenso a las enfermedades que padecen los pueblos civilizados.

Los alimentos que consumen estas comunidades son producidos en campos exentos de contaminantes químicos. Toda la materia orgánica se recicla para abonar sus tierras. Todo desperdicio se aprovecha. No conocen los abonos químicos, los insecticidas, pesticidas, aditivos, conservadores, hormonas y elementos agregados en la producción alimentaria "occidental".

La calidad nutritiva de sus alimentos es sustancialmente alta. La mayoría de ellos se consume cruda, integral, sin refinar ni conservantes. La dieta es hipocalórica.

Las conclusiones de los expertos de la Asamblea Mundial de la Salud, se encuentran completamente en consonancia con las que los investigadores realizaron a principios del siglo XX, en los valles Hunza y Vilcabamba. Debe señalarse que la longevidad se da en estos altos valles (a 2500 y 1500 m. de altura) como respuesta al hábitat.

5.1.3 El límite de la vida humana

La ciencia se está planteando si existe un límite biológico de la vida o si se puede derrotar al envejecimiento. La realidad es que la esperanza de vida no ha dejado de crecer desde 1840 y nada indica que pueda detenerse. Por el contrario, lo que se desprende de esta evolución es que las condiciones de vida están modificando los condicionantes genéticos. Geriatras, gerontólogos, demógrafos, biólogos y genetistas están inmersos en un acalorado debate sobre los límites de la longevidad, dado que la duración de la vida pierde límites para la ciencia: cada vez que se fija una edad teórica de supervivencia humana, los datos empíricos la superan velozmente. Sin embargo, el examen de los registros de supervivencia, confiables a partir de 1700 en algunos países y desde 1870 con la mitad del planeta habitado, arroja un número claro: el límite es 120 años. El caso de mayor longevidad registrado es el de Jeanne Calment que vivió 122 años en Arlés (Francia).

Hemos hecho referencia en el Capítulo IV, a las reflexiones del Dr. Juan Hitzig, que considera que el límite de la vida tiene el potencial de extenderse. Michael Rose, profesor de Biología Evolutiva en la Universidad de Irvine, California, considera a la inmortalidad parte de su quehacer cotidiano. Rose se hizo famoso por haber seleccionado Drosophilas (moscas de la fruta) que viven el doble de lo normal dejando reproducirse sólo a moscas "viejas". En su laboratorio ha duplicado el periodo de vida de estos insectos. Para conseguir ese resultado ha procedido mediante un engaño a la selección natural. "Aguardo a que se hagan viejas antes de permitirles reproducirse. Es así como a múltiples generaciones de esas moscas les es permitido vivir el doble que a las moscas de la fruta normales. El envejecimiento no es algo inevitable. Puede ser cambiado y controlado"[202]. Rose ha hecho con las moscas de la fruta lo que los humanos hemos hecho en algo más de un siglo: duplicar la duración de la vida.

Por supuesto, el proceso de envejecimiento es muy complejo, y hay que tener cuidado antes de decidir alterarlo. Ante la pregunta de si cree que existe algún limite posible para la vida humana, el biólogo respondió: "No. Creo que el límite limite de la extensión de la vida es el confín de la tecnología".

Rose y otros autores plantean que hemos llegado a un nuevo estadio de la evolución de la especie, en el cual la así llamada madurez ("late-life") se caracteriza porque termina el deterioro físico asociado a la edad[203]. Expresa que durante décadas, los demógrafos y gerontólogos han observado que los datos finales de la vida humana se ajustaban a un modelo que apoya una tercera fase de la historia de vida conocida como "vida tardía", que se caracteriza por una muy baja tasa de deterioro relacionado con la edad.

Como puede concluirse, la educación y la investigación protagonizan uno de los más importantes momentos históricos en la indagación, preservación y prolongación de la vida humana. Volveremos sobre esto en el capítulo siguiente, al exponer nuestra propia consideración sobre los significados y escenarios posibles de la longevidad. Aquí nos ocuparemos del estado de las disciplinas que en la República Argentina se ocupan de los adultos mayores, en diferentes ámbitos de formación, capacitación e investigación.

5.2 Aspectos que deben resolverse desde el ámbito de la educación

Hasta ahora, la Gerontología ha venido en auxilio de las lagunas crónicas de la labor educativa. Han pasado diez años desde que Drucker anunció la proximidad de la problemática. Ha llegado la hora de enfocar la realidad desde otras perspectivas, complementarias o sustitutivas. Comencemos por analizar es estado de avance de la formación en las disciplinas conexas con el fenómeno de la longevidad en el ámbito de la República Argentina.

[202] *www.tripod.com*, "Derrotando a la muerte", Junio de 2001.
[203] Rose, M. R.; Rauser, C. L.; Mueller, L. D., "Late Life: A New Frontier for Physiology", en *The End of Aging?,* University of Chicago Press Journals, December 5, 2005.

5.3 Síntesis de la oferta académica[204]

En el campo de la capacitación de recursos humanos en gerontología, la primera disciplina que se ocupa del tema es la geriatría, por lo que son las ciencias médicas las que inician el liderazgo en este tipo de formación. Pero es recién en la segunda mitad del siglo XX cuando surge la gerontología, también llamada gerontología social, con la conciencia del fenómeno social, económico y cultural que implica el envejecimiento, mientras distintas disciplinas -como el trabajo social, la sociología, la antropología y el derecho- comienzan a ocuparse del tema.

La difusión de la gerontología y el trabajo de las diversas disciplinas en este sentido comienzan a tomar fuerza a comienzos de la década del ochenta, después de la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, realizada en Viena en 1982. Pero es recién en la década que estamos viviendo, y especialmente en los últimos años, que de la misma manera que ocurre con el resto de las áreas que incumben a la atención de los adultos mayores (salud, servicios sociales, etc.), en la Argentina, comienza un temprano desarrollo en el ámbito de la formación y la capacitación de los recursos humanos en gerontología.

En ese sentido, la oferta académica más completa en la formación de recursos humanos en Gerontología, es hoy propia de las universidades privadas, con el liderazgo de la Universidad Maimónides y la Universidad ISALUD.

La Universidad Maimónides, cuya sede se encuentra en el barrio de Caballito–una de las zonas con mayor cantidad de población envejecida de la Ciudad de Buenos Aires- contiene a la primera Escuela de Gerontología de América Latina, que depende de la Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Empresariales de la institución.

Además de varios cursos de pregrado, la Escuela de Gerontología ofrece la primera y única Licenciatura en Gerontología de toda Argentina y América Latina, las carreras de Posgrado de Especialización en Psicogerontología y en Gerontología Social, y una Maestría en Psicogerontología. La oferta de cursos y carreras de esta Escuela ha crecido en los últimos años pero, como ocurre en general con las instituciones privadas en nuestro país, son pocos los estudiantes que están en condiciones económicas de cursar estas carreras.

La Dra. Graciela Zarebski, Directora de la Escuela de Gerontología explica el interés creciente en la temática del envejecimiento con una anécdota que tiene que ver con el funcionamiento cotidiano de la Universidad: "A comienzos de cada año organizamos un Curso Introductorio a la Gerontología que es gratuito, y es sumamente exitoso, con una inscripción de 700 alumnos. El problema es que después, para ingresar a las carreras, quedan muy pocos de ellos, porque, en general, en este campo, las personas que se interesan en cursar las carreras de grado y postgrado en Gerontología, no están en condiciones de afrontar el costo de sus estudios, ya que la remuneración que perciben en sus trabajos no se los permite".

[204] Los conceptos vertidos en este punto tienen como fuente las entrevistas con los especialistas que se mencionan en el texto, y que figuran en el Anexo en la nómina de especialistas.

Con respecto a la verdadera necesidad de esta formación, Zarebski asegura que la oferta de la Escuela se adecua a las necesidades de esta época y marca las diferencias entre la primera etapa de difusión de la temática del envejecimiento y lo que ocurre en la actualidad: "Antes no se requerían tantos profesionales y tanta especialización, pero en las últimas décadas ha surgido en la atención de la salud la necesidad de enfocar la prevención. Hasta la década de los 80, lo que se hacía era, sobre todo, a nivel médico, en relación con la geriatría. Con el desarrollo de nuevas disciplinas que se ocupan del tema, hoy en día formamos un campo interdisciplinario donde, además de la asistencia apostamos al trabajo preventivo, porque cuánto más invertimos en la prevención, más ahorramos en la asistencia".

La principal oferta académica privada de formación y capacitación en Gerontología se completa, en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, con la Maestría en Servicios de Gerontología de la Universidad ISALUD, dirigida por la Dra. Silvia Gascón, quien es además Vicerrectora Académica de la universidad. Esta Maestría aparece, según la propia visión de su Directora como una carrera dedicada a formar gente para la gestión. "Es una maestría profesional, más que académica, con un fuerte componente adicional en investigación, para lo cual aprovechamos el gran desarrollo de investigaciones que hay en la Institución", asegura la Dra. Gascón.

Tanto la formación en Gerontología, como la investigación en envejecimiento poblacional en todas sus áreas, se encuentran en una etapa de pleno desarrollo en nuestro país. Las dos universidades mencionadas (ISALUD y Maimónides), lideran hoy ambos ámbitos, y difunden públicamente sus investigaciones.

Por otro lado, desde el punto de vista de la formación en Gerontología que ofrecen las universidades públicas, la Argentina, a pesar de haber sido pionera en la creación de un organismo público como el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP PAMI) único en América Latina, en el ámbito de la formación académica, corre por detrás de la iniciativa privada. En este sentido, como indicamos en el comienzo de este capítulo, en la capacitación de Recursos Humanos en Gerontología, la primera disciplina fue la geriatría, y fueron las ciencias médicas las que iniciaron el protagonismo en este tipo de capacitación. Así, de manera tardía, en el año 1992, la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA) crea un Posgrado de Médico Especialista en Geriatría.

Recién quince años después, en 2007 y en el mismo ámbito de la Facultad de Medicina de la UBA, surge la Primera Cátedra Libre de Gerontología. Una de las fundadoras de esta cátedra, la Licenciada en Psicología Nora Pochtar Pszemiarower, Directora de la Oficina de Adultos Mayores, en la Dirección Nacional de Asistencia Directa a Personas y Grupos Vulnerables, de la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación, reivindica el carácter interdisciplinario de esta cátedra: "Todas las clases tienen que ver con lo interdisciplinario: tenemos profesores que son médicos geriatras, pero también hay arquitectos, psicólogos, psicoanalistas,

kinesiólogos, y nuestros alumnos también vienen de disciplinas como enfermería, kinesiología, fonoaudiología, nutrición o medicina, todas las especialidades que hacen a la gerontología en función de lo que llamamos salud. Hoy en día estamos haciendo el trámite previo a integrarla en la currícula oficial de la carrera de grado de Medicina como una materia opcional".

El hecho de que esta cátedra pueda llegar a insertarse en la currícula oficial de la Facultad de Medicina con más renombre y calidad académica del país es un avance real en este sentido, fundamentalmente teniendo en cuenta la resistencia de médicos y geriatras al avance de la interdisciplinariedad en la atención de los adultos mayores.

El Dr. Marcelo Fiorentini, Especialista en Medicina Asistencial y en Administración de la Salud, y actual Jefe del Departamento de Auditoría Interna del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI) explica esa resistencia con relación a la enseñanza académica recibida por los médicos en nuestro país: "Nos han enseñado de forma individualista, para estar siempre tomando decisiones, entonces nos cuesta mucho integrarnos, nos cuesta formar equipos y nos cuesta mucho pensar desde otro contexto distinto a la medicina, y en la tercera edad esto es crítico porque hay que trabajar de manera interdisciplinaria, y si no lo hacemos así, no funciona".

Por otra parte, y en lo que sí es una iniciativa pionera en toda Iberoamérica, el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, a través de su Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, que depende de la Secretaria Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, ha implementado la Carrera de Posgrado con carácter de Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional de manera conjunta con la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP).

Esta Especialización -cuya titular es la Directora Nacional de Políticas para Adultos Mayores, Magíster Mónica Laura Roqué- es de carácter público, gratuito y federal y ha sido puesta en funcionamiento en el año 2007, por lo que en el transcurso del presente año se graduarán los primeros 270 profesionales que formarán parte de la primera promoción, mientras que otros 300 profesionales de todo el país están cursando la carrera correspondiente al bienio 2009-2010.

A estas iniciativas se suman, en otras facultades de la Universidad de Buenos Aires, diversos Programas de Posgrado, como el Programa de Actualización en Psicogerentología y el Programa Interdisciplinario de Actualización en Envejecimiento Cerebral y Demencias, ambos en la Facultad de Psicología de la UBA.

Retomando la cuestión del tipo de formación en gerontología que ofrecen las universidades argentinas, está claro que el crecimiento de la oferta académica en los últimos años se ha debido a una verdadera necesidad profesional y de mercado, porque, como expresan las directoras de las carreras antes mencionadas, la cantidad de profesionales que se necesitan va en aumento.

En este sentido, la visión de la Dra. Zarebski, de la Universidad Maimónides, relaciona la idea de crear la primera carrera de grado en Gerontología con una cierta urgencia provocada por la falta de profesionales capacitados para atender a la población adulta mayor: "Hasta ahora contábamos con profesionales que, a nivel de posgrado, se formaban para especializarse en el trabajo con gente mayor, es decir que después de su carrera de grado requerían todo un ciclo específico en este tema. Entonces, notamos que había una necesidad en la etapa de grado que no estaba cubierta, para que los profesionales no tengan que esperar hasta el nivel de posgrado para poder formarse, sino que puedan hacerlo en una carrera previa. De ese modo un profesional, como Licenciado, puede lograr la visión amplia de las necesidades de un adulto mayor y su familia. En cuanto al nivel de posgrado, hasta ahora solo existía la especialización para geriatras, o sea para médicos. Sabemos que desde la segunda mitad del siglo XX hay otras disciplinas que se están ocupando de trabajar con mayores, pero carecen de esta formación puntual. Para esto creamos las especializaciones en el campo de la Psicogerontología y de la Gerontología Social".

Para Zarebski no hay dudas de que es absolutamente pertinente la existencia de una Licenciatura en Gerontología, y que ésta es claramente una disciplina con entidad propia como para ser enseñada en una carrera de grado, al mismo nivel de la geriatría. La Directora de la Escuela de Gerontología de Maimónides, es especialista en Psicogerontología y explica su concepción de la gerontología como una ciencia de esa manera: "Cada vez está más claro el campo de especialización de cada una de las disciplinas relacionadas con la gerontología, y está claro también que cada uno en sí es un campo interdisciplinario. Por ejemplo, en la psicogerontología participan como especialistas los gerontopsiquiatras, los psicólogos, los músicoterapeutas, los terapistas ocupacionales, los psicopedagogos y los psicomotricistas, por lo que hoy deberíamos hablar, con más exactitud, del campo de estudio, investigación y enseñanza de las "ciencias del envejecimiento", denominación que adoptaremos para cambiarle el nombre a nuestra actual Escuela de Gerontología.

Pero la visión de Zarebski con respecto a la necesidad y a la urgencia de una formación de profesionales desde las carreras de grado está claramente enfrentada con la de otros expertos del envejecimiento poblacional. Uno de estos casos es el de la Dra. María Julieta Oddone, Magister en Gerontología, Directora del Programa de Envejecimiento y Sociedad de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) y una de las investigadoras con mayor trayectoria, y una verdadera pionera en este sentido, ya que hace tres décadas que trabaja en la difusión de esta temática.

Oddone acepta que en nuestro país hay una necesidad de profesionales capacitados y que "es importante formarse en gerontología, porque es una etapa en la vida que tiene características propias, y es necesario conocerlas, investigarlas, difundirlas y modificarlas", pero no cree que "la gerontología pueda ser considerada una disciplina en sí misma" y dispara duramente contra esta idea de una Licenciatura en Gerontología: "Se han creado carreras específicas que son un disparate. Primero, porque parten de la idea de que la gerontología es una ciencia, cuando no es una ciencia y ni siquiera es una disciplina. Es un objeto de

estudio, que son los viejos o la vejez, que se analiza y se estudia desde la teoría y desde las herramientas de otras ciencias o disciplinas, como la sociología, la psicología, la medicina, etc. No hay un instrumento específico que estudie la vejez ni hay una teoría propia de la vejez. Hay construcciones teóricas a partir de otras teorías, que apuntan a un objeto que es la vejez".

La visión crítica de la investigadora de FLACSO se basa en la preocupación por una formación que no tenga una especificidad de conocimientos basados en una ciencia madre, como sí lo serían las diversas disciplinas que conforman la interdisciplinariedad reconocida de la temática del envejecimiento: "Si uno es Licenciado en Trabajo Social, tiene el saber de una disciplina, y puede orientar su trabajo hacia el tema de la vejez, pero a un Licenciado en Gerontología, el mercado de trabajo lo puede sesgar a un espacio determinado y puede quedar marginado en ese sentido. Porque el campo real de trabajo de la gerontología es el trabajo social, la sociología, la medicina, la psicología, con orientación en gerontología o geriatría. Es distinta una carrera de grado en el campo de la medicina, porque allí sí hay elementos técnicos que permiten analizar los datos desde la valoración geriátrica integral, y tiene las herramientas para dedicarse a atender a las personas ancianas como objeto específico".

Oddone asegura que la idea de una Maestría en Servicios de Gerontología, como la que desarrolla la Universidad ISALUD tiene más sentido, pero no cree que la Gerontología pueda ser pensada desde el punto de vista de la enseñanza como una Carrera de Especialización, porque el problema es que se tomaría al envejecimiento como una temática separada, cuando debe ser incluida dentro del campo de lo social: "Me inclino más por la idea de una carrera de políticas sociales, donde sí haya un espacio específico que tenga que ver con el envejecimiento", explica la investigadora de la FLACSO.

La Licenciada Nora Pochtar comparte la visión de la Dra. Oddone, y cree que la urgencia y la necesidad de personal capacitado para atender a los adultos mayores no es razón suficiente para la creación de carreras de grado en Gerontología: "Es verdad que los tiempos actuales son vertiginosos pero lo que me preguntaría es qué incumbencias y saberes tiene una persona que recién egresa del secundario como para dedicarse directamente, sin tener una visión social más amplia, a ser gerontólogo. No estamos hablando de un médico, un odontólogo o un psicólogo que, con una sólida formación previa, decide hacer una especialización o una maestría porque le interesa trabajar con adultos mayores. Imaginemos un chico recién salido del colegio secundario que, eventualmente, entra en la Facultad de Medicina y en unos años se convierte en geriatra, pero primero tiene que conocer lo que la medicina, la psicología, la kinesiología, la fonoaudiología, el derecho o la sociología pueden aportarle a esa temática.

Es verdad también que la problemática referida a sí la gerontología tiene o no suficiente entidad como para ser considerada una ciencia o una disciplina, y el sentido (o no) de que exista una carrera de grado que englobe su enseñanza, también tiene relación con el contexto actual y con el sector de población que puede estar interesado en formarse en ese tipo de carrera.

Esto significa que si la gran mayoría de aquellos que cursan la Licenciatura en Gerontología son personas con una formación previa en alguna de las disciplinas que conforman el campo de estudio de la Gerontología o, por otro lado, son personas que trabajan en la temática desde hace años y tienen una experiencia clara en la atención de los adultos mayores, el peligro de que una formación de grado no alcance los estándares de calidad suficientes quedaría descartado.

En este aspecto, la Dra. Zarebski asegura que en la Universidad Maimónides, uno de los grupos mayoritarios que deciden estudiar en la Escuela de Gerontología son aquellas "personas que se ocupan de atender a la gente mayor y no tienen ningún tipo de capacitación, pero sí experiencia previa a nivel laboral. Son los que llamamos *cuidadores informales o formales*. Sabemos además que por el crecimiento del envejecimiento poblacional se necesita mayor cantidad de gente formada, en primer lugar para que los que cuidan a los mayores estén capacitados, empezando desde el nivel más bajo de la formación, y también se necesitan profesionales que estén en condiciones de supervisar el trabajo de los cuidadores, y de atender las necesidades de las personas mayores en todas las instituciones actuales".

De la misma manera que la carrera de Especialización en Gerontología Comunitaria realizada en la Universidad de Mar del Plata hasta ahora es una experiencia única en el país, y no parece –por el momento- un ejemplo a ser imitado por otras universidades nacionales, algo similar ocurre con los pocos Programas de Capacitación en Gerontología con los que el estado intenta enfrentar la demanda de profesionales que se da claramente en este sector.

Vamos a centrarnos, en ese caso, en los Programas implementados en la Ciudad de Buenos Aires, la ciudad con mayor población envejecida de la Argentina. Allí coexisten actualmente dos iniciativas del gobierno: por un lado, un Programa de Cuidadores a Domicilio que capacita a Cuidadores y entrega algunos subsidios a familias para que puedan pagarle a un cuidador, pero el problema es que el programa no tiene la mínima escala suficiente para alcanzan a cubrir las necesidades reales de la población. Reciben capacitación apenas unos 100 cuidadores por año, y el sistema por el que el Gobierno de la Ciudad le abona honorarios al adulto mayor para que éste pueda pagar un cuidador también se conforma con 100 subsidios.

En segundo lugar, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires desarrolla actualmente un Curso de Capacitación en Gerontología en Atención Primaria, dirigido precisamente por la Dra. Graciela Zarebski, y es ella misma quien reconoce que "el Ministerio de Salud no destina ni los recursos económicos ni los recursos humanos que se necesitan. El problema es que el envejecimiento está en un proceso de crecimiento agigantado en la ciudad y no se ve que se generen mayores recursos destinados a este fin".

Teniendo en cuenta que Buenos Aires es el territorio nacional más afectado por el fenómeno de envejecimiento de la población, y que este Curso de Capacitación está dirigido a los propios funcionarios de salud, y

fundamentalmente a los profesionales de los hospitales y los centros de salud de la Ciudad de Buenos Aires, el hecho de que sea un curso con una convocatoria mínima y nulos recursos, da una pauta de la escasa importancia que el Estado le da, como política de planificación, al problema del envejecimiento poblacional y a todas las consecuencias que ello atrae.

La Dra. Zarebski asegura que es un problema de decisiones políticas que no se toman: "Es verdad que existe la difusión del Gobierno de la Ciudad, pero si al mismo tiempo no hay un estímulo de las autoridades máximas del Ministerio de Salud, que muestren la decisión de dedicar recursos, tanto humanos como económicos, para la existencia de programas en el área de adultos mayores, los profesionales no se sienten estimulados para capacitarse. Por lo que todo se hace muy a pulmón y es desde el interés de los propios profesionales".

Lo que es evidente es que estas decisiones políticas que no se quieren tomar no tienen que ver solo con el problema de la falta de capacitación de los profesionales en la temática sino que forman parte de una política general de los gobiernos de la Ciudad en los últimos años. Para ejemplificar claramente esta desidia, la Dra. Zarebski afirma que "a nivel del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires lo que se hace, se hace con recursos de otras áreas, porque el Programa de Salud para Adultos Mayores no tiene presupuesto propio. En recursos humanos no hay posibilidad de contratar a nadie y solo se convoca a gente a quien le interesa trabajar, desde otras áreas. Además, las iniciativas importantes, como el caso de la Red en los Hospitales, que se organizó en 1999, con equipos de profesionales que se reunían para atender específicamente la población de adultos mayores en los hospitales, o el caso de la residencia post-básica en Gerontología, para aquellos profesionales que ya hicieron la residencia pero se quieren especializar en el trabajo con adultos mayores, terminan siendo desmanteladas o desactivadas por la inexistencia de recursos. A nivel de los hospitales, por ejemplo, en toda la Ciudad de Buenos Aires quedó una sola Unidad de Geriatría, en el Hospital Durand, donde hay un equipo especializado en la atención a mayores. Antes había otras unidades pero el gobierno las fue cerrando".

5.4 Educación e investigación para la longevidad[205]

El Dr. Juan Hitzig afirma que envejecer "es un tema de los jóvenes". Hay que cambiar el paradigma y trabajar con ellos, para prepararlos, ya que son los futuros viejos. Explica que el cúmulo de centros llamados "para la tercera edad" son la consecuencia de una visión sesgada. Desde luego, justifica los centros de día para las discapacidades, pero en cambio los que se fundamentan en la manera de pasar el tiempo de las personas mayores, sin otra minusvalía que la atribuida por el tiempo vivido, no tienen razón de ser, como por ejemplo el club de bochas, el de danzas folklóricas, el de tejo... ¿por qué no reunirse simplemente para jugar o bailar?

[205] Entrevista al Dr. Juan Hitzig, realizada en Buenos Aires en abril de 2009.

Hace falta un programa de concientización desde la escuela primaria. Es la única manera de cambiar el paradigma y hacer frente a la impresionante afluencia de viejos que vendrá, y deshacernos de esos centros carentes de finalidad. Pueden reemplazarse con ventaja con programas de movimiento y actividad física en las plazas. Va a ser mucho más barato y saludable. Asimismo, redundaría en grandes beneficios crear centros bien específicos de prevención de la hipertensión, la diabetes, las patologías cardiológicas y las epidemias, por ejemplo. Esto está relacionado con programas de salud barriales, en los que el enfoque se dirija hacia una longevidad saludable.

También será mucho más barato implementar la enseñanza y explicación de todo esto, a nivel de enseñanza primaria, secundaria y universitaria, para enseñar a tiempo todo el proceso que los jóvenes tienen por delante y proporcionarles el conocimiento y las herramientas para gestionarlo.

El tema de la longevidad es como el tema del calentamiento global o como la escasez de los recursos. Así como hay que investigar las energías alternativas, planear la cantidad de petróleo que ha de extraerse, estudiar la cantidad de bocas a alimentar en relación con la cantidad de soja a cultivar para ello, para evitar que la soja cueste millones porque la hemos volcado en los motores y nos han quedado bocas vacías, así también hay que planear, investigar, estudiar, enseñar y trabajar para la longevidad. Así como hay que esforzarse para que en cada barrio se separe la basura que se degrada, también hay que esforzarse para lograr una longevidad saludable y productiva. Más aún en la Argentina, donde no puede ignorarse que la convergencia de una atención precaria de los ancianos, ligada con la pobreza puede ser un detonante dramático si no se realiza a tiempo ese esfuerzo. ¿Nos olvidamos acaso de que los "cartoneros" de hoy son los longevos de mañana?

Envejecer es un fenómeno bio-psico-social. Un proceso natural, armónico, lento, que no conduce por sí mismo a la enfermedad. Cada individuo tiene un ritmo propio, influenciado por la interacción de factores genéticos, ambientales, enfermedades padecidas, hábitos, manejo del stress, y también por el desarrollo psicológico y espiritual. Es decir que hay tantos envejecimientos como personas, e incluso hay estructuras que podrían haberse conservado mejor que otras, dependiendo del hábitat, la actividad y la condición social. Por ejemplo, la población de las zonas rurales, presenta un menor grado de envejecimiento cardiovascular por sus hábitos alimentarios más sanos y por su menor sedentarismo, pero un mayor envejecimiento cutáneo por su exposición a la radiación ultravioleta. Las personas de un status social elevado, presentan, en general un aspecto más juvenil que las de clases con menores recursos. Se debe a una alimentación más completa y al acceso desde la infancia a mejores programas de salud.

Todo lo que antecede forma parte de lo que hay que saber y enseñar para obtener una buena longevidad.

La comunidad científica debería desterrar los mitos que asocian determinadas enfermedades con el envejecimiento, y focalizar la investigación.

Uno de los mitos que relacionaban el deterioro cerebral con la vejez, hizo que durante décadas se retrasara la investigación. Si se lo hubiera considerado una patología propia de cualquier edad, posiblemente hubiera podido evitarse (o al menos retrasarse) la institucionalización de tantos ancianos que hoy habitan los centros geriátricos del mundo entero.

5.5 La inserción de los especialistas en envejecimiento en la estructura gubernamental

Hemos recogido en el punto relativo a la oferta académica, una serie de testimonios que revelan que el Estado no atiende la formación de recursos humanos suficientes en las áreas vinculadas con la gerontología y otras especialidades análogas. Analizaremos a continuación si el hecho obedece a una cuestión de insuficiencia de recursos o a la inexistencia de funciones dentro de la estructura, en las que tales especialistas representen una necesidad para la toma de decisiones.

Julieta Oddone afirma no tener esperanzas en que la gente capacitada en el tema del envejecimiento, o la que se estará formando en estos próximos años pueda insertarse en ámbitos de decisión política importantes como para cambiar políticas públicas que den solución a las problemáticas actuales. Según su experiencia, en el momento de tomar decisiones políticas en ámbitos de dirección y ejecución de políticas para los viejos, nunca se convoca a los expertos ni a los profesionales idóneos –que los hay- Se confiesa cansada de haber sido convocada desde distintas administraciones para trabajar, pero nunca comprobó que se nombrara a personas conocedoras de la temática en las secretarías pertinentes. En los casos en que se ha designado a funcionarios que con sensatez han convocado a asesores expertos, los criterios políticos terminan por desalentar al consultor. Cuando al cabo de cuatro años cambia la administración, hay que hacer todo nuevamente desde el principio.

Marcelo Fiorentini explica la inserción profesional en la estructura del INSSJP – PAMI. La institución tiene dos estratos bien diferenciados: el técnico y el político. La situación es que el primero está muy profundamente influenciado por el segundo. Así se generan decisiones de alto contenido político, cuando deberían pasar por una elaboración y debate conjunto para producir un resultado armónico. Los resultados son lo esperable de dos gestiones enfrentadas. La gestión política descalifica a la gestión técnica, y la gestión técnica aborrece a la gestión política. No se trata de un problema de inserción de los especialistas en las disciplinas del envejecimiento, sino de coordinación de las incumbencias propias de cada área de toma de decisiones, perdiendo de vista el objetivo común.

En cuanto al tema general de la incorporación a la estructura estatal, afirma el Dr. Fiorentini que el Estado es expulsivo de los recursos humanos profesionales en gerontología. Pasan por el Hospital Público en su etapa de formación, pero en general buscan *a posteriori* desarrollarse y completar su trayectoria en instituciones privadas, porque el sistema no le ofrece posibilidades de permanecer en él. Este *modus operandi* es destructivo. No se planifica para las necesidades

del mercado de la salud pública. Se forman los especialistas para excluirlos en su fase de mayor productividad. No sólo se dilapidan recursos en la capacitación que después no se aprovecha por no generar oportunidades de trabajo, también se dilapidan por no gestionar adecuadamente la problemática gerontológica, por no conservar y preservar excelentes equipos de personas que podrían producir buenos resultados dentro de los hospitales e instituciones públicas, si se planificara adecuadamente su desarrollo individual aplicado a objetivos precisos de calidad de la salud.

5.6 El panorama de formación

5.6.1 En el INSSJP – PAMI

Informa el Director, Dr. Di Césare[206] que en el Instituto se otorgan becas para personal de enfermería, a través de convenios celebrados con Universidades Nacionales para su formación. Las universidades que hasta el presente han suscripto acuerdos con el PAMI son las de Rosario, Entre Ríos, del Sur, y están en proceso de agregarse acuerdos con la Universidad de Buenos Aires y con la Universidad Nacional de Córdoba. Es de público conocimiento que hay un déficit de 40 mil enfermeros y enfermeras. El procedimiento que se sigue en el PAMI es el siguiente: se otorga la beca a los estudiantes hasta su graduación, y se le entrega un premio a las universidades que los contienen. La obligación que contraen los graduados es la de prestar servicios en las instituciones del PAMI o en las de sus prestadores por un período de igual duración al de sus estudios.

Existe también un proyecto de financiación para organizar y dictar una Tecnicatura Superior en Derechos del Adulto Mayor. El propósito es que los concurrentes sean adultos mayores que una vez que adquieran la capacitación brindada, se dediquen a asistir a otros adultos mayores.

5.6.1.1 Otras actividades de capacitación del INSSJP - PAMI

5.6.1.1.1 Primer Curso Universitario de Formación de Posgrado para Médicos de Cabecera

Se dicta desde el año 2007, es gratuito y lo cursan actualmente más de 6.000 médicos de cabecera de la obra social. Se imparte en diez Universidades Nacionales: Buenos Aires, Córdoba, Rosario, La Plata, Tucumán, Cuyo, del Nordeste, Comahue, del Sur y La Rioja.

Está orientado a cuidados integrales de salud, acciones de promoción, protección, prevención y rehabilitación, uso de la epidemiología comunitaria y medicamentos, como así también adquisición de competencias para estrategias de intervención comunitaria.

[206] Registros de la entrevista al Dr. Luciano Di Césare, realizada en Buenos Aires en mayo de 2009.

Esta actividad se enmarca en el Programa de Desarrollo de Prestadores, por el cual el PAMI impulsará también la capacitación de distintas especialidades para reforzar las acciones del Nuevo Modelo Socio-Comunitario de Atención (ver características del Modelo Socio-Comunitario en el Capítulo IV)

5.6.1.1.2 Programa "Universidades para Adultos Mayores Integrados" (UPAMI)

Tiene alcance nacional (se está implementando en 16 provincias). Este programa posibilita el acceso de los adultos mayores a talleres educativos cuatrimestrales en Universidades Nacionales de todo el país sobre diversas temáticas. La asistencia es gratuita y no se requiere un nivel educativo específico para su acceso. Se trata de una iniciativa que busca generar espacios de encuentros e intercambio de saberes. Son más de 11.000 las personas que asisten a los cursos que UPAMI ofrece para los afiliados al PAMI, en más de 20 universidades de todo el país. La oferta educativa incluye informática, reflexión, literatura, historia, idiomas, teatro, radio, alimentación saludable y periodismo, entre otros.

Los objetivos del programa son los siguientes:

a) Favorecer el desarrollo personal de los adultos mayores a través de actividades educativas desarrolladas desde la perspectiva de la prevención y promoción de la salud.
b) Ofrecer a las personas mayores un servicio de formación continua que a través de las modalidades pedagógicas participativas les permita integrarse a una red social, desarrollar nuevos roles y explorar su potencial intelectual y creativo.
c) Construir un espacio académico -científico para el desarrollo y elaboración de propuestas de educación gerontológica y de gerontología educacional en el marco de políticas globales de atención a las personas de edad.

5.6.2 En instituciones privadas

La Universidad Maimónides presenta nuevas carreras en el área de la Gerontología. Según la Directora de la Escuela de Gerontología, Graciela Zarebski, estas carreras tropiezan con la resistencia de las tradicionales, como la Geriatría, cuyos profesionales tienden a no ceder espacios de formación en otras disciplinas conexas. Informa la Dra. Zarebski que próximamente se llevará a cabo un trabajo conjunto con el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El propósito es otorgar becas a todos los funcionarios de la Secretaría de la Tercera Edad de la Ciudad, para que cursen las carreras de la Universidad, y asimismo brindarles apoyo y asistencia educativa en todo lo que se relacione con sus actividades.

Proyecta conferencias gratuitas para todo el personal, jornadas y seminarios de capacitación en el Auditorio de la institución. El objetivo es integrarse para lograr un trabajo conjunto de la Universidad, el Gobierno y sus Ministerios.

Los contenidos y objetivos de las carreras de la Escuela de Gerontología son los siguientes:

En la Licenciatura en Gerontología, las asignaturas son: Gerontología Social, Psicogerontología, Biogerontología, Salud Pública, Gestión de Instituciones, Tiempo libre y recreación, Trabajo en terreno y Formación de grupos.

La formación es interdisciplinaria porque la temática del envejecimiento también lo es, ya que abarca cuestiones muy complejas. El paradigma de la complejidad se sostiene en el trabajo interdisciplinario ya que los problemas tienen múltiples dimensiones en las que hay que trabajar de manera integrada.

El trabajo interdisciplinario de los equipos es un lema que impera tanto en los estudios de grado como en los de posgrado.

La metodología utilizada es la de aprendizaje basado en problemas. Se trabaja con estudios de casos, que están creados desde las distintas disciplinas. De este modo, el alumno percibe la interdisciplina desde el primer día de clase. A partir del caso, el estudiante debe consultar la bibliografía de todas las asignaturas para ese caso, luego sigue una etapa de discusión en el grupo de estudio con los tutores. A partir de entonces se imparten las clases con los docentes de cada área, con el propósito de responder a los interrogantes y dudas que surgen de la lectura y el debate.

El régimen es presencial con tutoría. La inscripción a esta carrera oscila entre diez y veinte personas por año, tanto en el grado como en el posgrado.

La Universidad ISALUD dicta una Maestría en Servicios de Gerontología. Su dirección está a cargo de la Dra. Silvia Gascón, la formación especializada se orienta hacia la **gestión.** Se trata de una maestría profesional, más que académica, con un alto componente de investigación. La maestría tiene 3 áreas esenciales de estudio e investigación:

- El proceso de envejecimiento poblacional

Revela la Dra. Gascón, que este módulo es relevante, debido al proceso de envejecimiento avanzado del país. Más del 13% de nuestra población tiene más de 60 años, y hay ciudades como la Ciudad de Buenos Aires, que tiene el 22% de su población envejecida, al nivel de países como Canadá, por ejemplo. Es difícil determinar en qué momento se convierte una persona en "adulto mayor". Esto tiene que ver con una serie de factores, pero la característica principal del envejecimiento es que es diferencial y sumamente heterogéneo. En Argentina, el INDEC trabaja a partir de los 65 años, pero en los países subdesarrollados, sobre todo en situaciones de pobreza, esa edad varía, y debería considerarse su inicio a partir de los 60 años como mínimo, ya que una persona pobre, que ha vivido en la pobreza toda su vida, presenta rasgos de fragilidad y vulnerabilidad.

Es por eso que en este primer módulo, se pretende conocer el cómo y el por qué del envejecimiento de las poblaciones cómo y por qué envejecen las poblaciones, en el mundo, en América Latina y en Argentina, y también qué impacto tiene este proceso en los servicios sociales y de salud.

- El envejecimiento desde un punto de vista individual

Aquí se estudia el modo de envejecer de los individuos, y cómo se gestiona ese envejecimiento; desde lo biológico (cuidados, medidas preventivas); qué pasa a medida que la gente envejece; qué pasa con el envejecimiento psicológico; cómo repercuten las pérdidas que se van produciendo, los cambios en los roles familiares, sociales, laborales, etc.

Se trabaja sobre la imagen social del envejecimiento: cómo repercute esto en las personas; cómo los medios de comunicación tratan estos temas; qué pasa con las redes sociales, de amistad, etc.

Se estudian las llamadas "nuevas formas de envejecer", analizando los cambios en los paradigmas sobre el envejecimiento, y las diferentes maneras en que se desempeñan hoy los roles de abuelo, padre, hijo, cuidadores formales y familiares, etc.

- La Gestión

En este módulo se estudian los servicios y programas para la tercera edad y se examinan los cambios a efectuar por las organizaciones, las instituciones, las ciudades, para poder dar respuesta a los desafíos que plantea el hecho de que cada vez son más las personas adultas mayores. Según estudios del Instituto de la Longevidad de Estados Unidos, en el año 2050, por primera vez en el mundo, y quizás para siempre, va a haber más personas mayores de 60 años que menores de 14. Las universidades y las organizaciones deben prepararse adecuadamente para ese fenómeno.

5.7 Lagunas del sistema en la educación para la longevidad

Acudiremos en este punto a la opinión del Dr. Martín Stirparo[207] quien considera que hace falta una propuesta educativa que considere de manera especial a los cuidadores familiares, no sólo en cuanto a conocimientos básicos asociados al cuadro del familiar a su cargo, sino al cuidado de sí mismos, ya que la tarea puede acarrear consecuencias no deseables en la salud psicofísica. El cuidador informal, familiar o allegado, pasa por lo menos por tres etapas bien definidas de deterioro, que merecen atención y capacitación para asistirlo y ayudarlo a prevenir sus efectos nocivos. Estas etapas son: *frustración* por la falta de mejora o falta de progreso de la persona a su cargo. Sus esfuerzos no se ven retribuidos por los resultados. La segunda etapa es de *aislamiento.* Le resulta difícil aceptar la realidad del estado de la persona a quien atiende y también los límites del cuidado. No recurre a otras personas en busca de ayuda, y se excede

[207] Registros de las entrevistas con el Dr. Martín Stirparo, realizadas en Buenos Aires, entre enero y marzo de 2009.

más allá de sus fuerzas. En la tercera etapa, de *desorientación,* no puede concentrarse, pierde eficacia en la atención, y se descuida a sí mismo.

Idealmente, los cuidadores formales de ancianos son personas capacitadas para otorgar atención preventiva, asistencial y educativa a quien tienen a su cuidado, y en caso de que exista, a su grupo familiar. Saber cuidar a los viejos es un verdadero arte denominado "gerontocomía", que tiene un fuerte componente de autocuidado.

El cuidador informal necesita imperiosamente de esta capacitación, que también puede ayudarlo a aceptar los límites de su esfuerzo y la finitud de la vida.

En este punto, cabe recordar las reflexiones coincidentes de la Dra. Silvia Gascón quien aludía a las mujeres "sandwich", las que "no dan más", por tener a su cargo a sus padres mayores, a sus propios hijos divorciados o separados que regresan al hogar, y también a sus nietos. Una generación de mujeres de alrededor de sesenta o sesenta y cinco años de edad, a veces también de setenta o más, que están atrapadas y asfixiadas por el sistema.

El envejecimiento no es un problema de salud, pero sí lo es si surge algún tipo de dependencia. Si esto ocurre y produce una desproporción entre necesidades y recursos disponibles, el peso recae en la familia, sobre todo en las mujeres, que son el agente sanitario más importante de la atención primaria[208].

Es posible que buena parte de estas consideraciones tengan respuesta en la ideal preparación en todas las etapas, tal como propone Hitzig al expresar que la vejez es una cuestión de jóvenes y el sistema educativo debe prepararlos desde muy temprano en todas las instancias y disciplinas. Pero merece investigarse el tema y sus soluciones mientras esperamos el arribo a la adultez de esas generaciones.

Como principio rector de esta tarea, vale la pena tener presente que "La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana; en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de buen estado de salud"[209].

La OMS reconoce también esta situación en su desarrollo de un marco político para la salud[210], donde se afirma que hay que ayudar a los cuidadores informales que actúan en el hogar (que suelen ser también de edad avanzada) si se quiere que continúen prestando ayuda sin que ellos mismos caigan enfermos. Sobre todo, necesitan estar bien informados sobre la condición a la que se enfrentan, su probable evolución, y cómo obtener los servicios de asistencia disponibles. Éstos comprenden la asistencia sanitaria y social a domicilio, los

[208] Durán Heras, M., *Los costes invisibles de la enfermedad*, Fundación BBVA, Bilbao, 2002.
[209] "Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud", *Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud*, Ottawa, 21 de noviembre de 1986.
[210] OMS, "Envejecimiento activo. Un marco político", Washington, 2002.

programas de ayuda por parte de personas de la misma edad, los dispositivos de ayuda (que van desde los básicos como un audífono a los más sofisticados, como un sistema de la alarma electrónico), los servicios de ingreso temporal para descanso del cuidador y los centros de día. Todo ello permite que los cuidadores informales puedan seguir ayudando a las personas que asisten.

5.8 Algunas formulaciones estratégicas para seguir pensando

5.8.1 Se necesita más investigación

La investigación ha progresado, pero se debería avanzar mucho más en el estudio de las inequidades. Según Bernardo Kliksberg[211], los interrogantes y temas abiertos son muy amplios. Las interconexiones entre políticas económicas, pobreza, desigualdad e inequidades en salud son de gran complejidad. La profundización de las mismas sería de gran complejidad para que los que toman las decisiones macroeconómicas tuvieran plena posibilidad de apreciar los impactos en salud pública en general e inequidad en salud en particular. Es importante ahondar el estudio de las brechas, e indagar sobre la situación en que está quedando, en términos de salud, el sector de tercera edad, en crecimiento demográfico intenso en la región, y con fuertes brechas internas en términos de protección.

5.8.2 La investigación debe profundizar la problemática del empleo

Amartya Sen plantea una sabia interrelación entre envejecimiento de la población, jubilación y desempleo, que merece una profunda reflexión y un curso específico de investigación para el diseño de políticas públicas, con acento en el empleo.

Si bien estas consideraciones fueron expuestas hace más de una década, tienen total vigencia, más aún tomando en cuenta la escasa acción en todos los planos (sobre todo en el planeamiento de largo plazo en todo tipo de organizaciones) ante la gravedad de los sucesos anticipados ha tornado aún más complejo el panorama. Expresaba el gran economista en 1997: "Un planteamiento compartimentado de los problemas del trabajo, la retribución y la seguridad puede separar artificialmente los asuntos sociales. Cabe citar como ejemplo el controvertido problema del aumento del número de personas ancianas en Europa, América del Norte y gran parte del mundo. Se considera a menudo que esto impone una carga cada día más insoportable sobre la población joven, que tiene que sostener a los viejos. Pero la prolongación de la vida también suele significar más años de capacidad y aptitud para el trabajo, sobre todo en los empleos que requieren menos esfuerzo físico. Por consiguiente, una manera de afrontar el problema del envejecimiento sería elevar la edad de jubilación, lo que contribuiría a aminorar el incremento del índice de población dependiente (proporción entre

[211] Kliksberg, B., "Los desafíos éticos abiertos en un continente paradójico", en Sen, A. y Kliksberg, B., *Primero la gente. Una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado.* Temas Grupo Editorial, Buenos Aires, 2008.

personas dependientes y personas que trabajan). Sin embargo, se piensa que los jóvenes tendrían entonces más dificultades para encontrar empleo. Así pues, el problema del empleo está también íntimamente unido al de la composición de la población por edades. Por una parte, la disminución de la tasa de desempleo reduciría de inmediato el índice de dependencia si éste se calcula como proporción entre personas dependientes y personas *que trabajan* (y no sólo *que están en edad de trabajar)*. Pero, lo que es más importante, el aumento de las oportunidades de empleo puede absorber no sólo a los jóvenes desempleados sino también a las personas que están en condiciones de trabajar pero se han visto obligadas a jubilarse prematuramente. Eso por sí solo no elimina todos los problemas que plantea el envejecimiento de la población (en especial el mayor costo de la asistencia médica a las personas ancianas), pero retrasar la jubilación puede coadyuvar grandemente a reducir la carga de la población dependiente. Cuando se consideran los distintos efectos del desempleo, se ve que impone un tributo muy alto. Es importante tomar nota de lo costoso que resulta el desempleo, por todas las causas mencionadas, para buscar soluciones económicas idóneas a tan extenso problema, ya que si no se valoran muchos de sus efectos de largo alcance es fácil subestimar la magnitud de los daños que produce"[212].

5.8.3 Investigación de los mecanismos de la crisis actual y sus efectos sobre salud y longevidad

Es importante considerar que la crisis mundial que hoy impacta en múltiples aspectos, tiene causas que deben estudiarse, y que pueden resultar explicaciones para fenómenos mucho más trascendentes, que tienen que ver con la responsabilidad en la gestión del Estado.

"El mordisco de una crisis puede ser mucho más doloroso cuando la salud no está garantizada para todos" Sen ha expresado esto recientemente, en "El capitalismo más allá de la crisis"[213], al interrogarse sobre lo que nos dice la crisis actual sobre las prioridades a atender. En el mismo trabajo afirma que la falla más inmediata del mecanismo de mercado radica en **las cosas que el mercado deja sin hacer.** La economía de mercado puede ser particularmente inadecuada cuando se trata de brindar bienes públicos como educación y atención médica. Y brinda el siguiente ejemplo: "a falta de un servicio nacional de atención médica, cada puesto de trabajo perdido genera mayor exclusión de los cuidados médicos básicos, debido a la pérdida de ingresos o la pérdida de seguro médico privado que ofrecía el empleo. Estados Unidos en este momento tiene una tasa de desempleo de 7,6 por ciento que está comenzando a generar una gran pobreza y marginalidad. Valdría la pena preguntar cómo los países europeos, incluyendo Francia, Italia y España, que han vivido con niveles de desempleo mucho más altos durante décadas, han logrado evitar el colapso total de su calidad de vida."

Hasta cierto punto, la respuesta radica en la forma en que opera el estado benefactor (la seguridad social) en Europa, con un seguro de desempleo

[212] Sen, A., "Desigualdad y desempleo en la Europa contemporánea". Extracto de la ponencia presentada en la Conferencia de Lisboa sobre la Europa Social en mayo de 1997, en *Revista de la Organización Internacional del Trabajo,* N° 27, diciembre de 1998.
[213] Sen Amartya, "El capitalismo más allá de la crisis", *Op. cit.*

significativamente más sólido que en América y, lo que es más importante, con servicios médicos básicos que el estado ofrece a todos. En particular en los Estados Unidos, la incapacidad de proporcionar atención médica para todos que evidencia el mecanismo de mercado, ha sido flagrante. Pero también lo ha sido en la brusca interrupción de progreso en salud y longevidad ocurrida en China en 1979, cuando se abolió la cobertura universal para la salud. Antes de las reformas económicas de ese año, cada uno de los ciudadanos chinos contaba con atención médica garantizada, ya sea del Estado o proveniente de cooperativas, aunque fuera a un nivel bastante básico.

Cuando en China se eliminó el sistema contraproducente de las comunas agrícolas y de unidades industriales manejadas por burócratas, se disparó la tasa de crecimiento del producto nacional bruto al ritmo más rápido del mundo entero. Pero al mismo tiempo, guiada por su nueva fe en la economía de mercado, China también abolió el sistema universal de cuidados médicos. Después de las reformas de 1979, cada individuo debía adquirir su seguro médico (excepto en los casos relativamente raros en que el estado o una gran empresa se hacía cargo de la cobertura de sus empleados y dependientes). Este cambio hizo que el singular y veloz progreso que había logrado China con respecto a la longevidad se frenara de manera abrupta

CONCLUSIONES

En esta última parte del trabajo, presentaremos los resultados del análisis de la información obtenida en las diversas fuentes, así como algunas apreciaciones personales que surgen de examinar las realidades multifacéticas de la problemática estudiada a la luz de una reconstrucción conceptual fundada en la poderosa incidencia del avance de la ciencia y la tecnología.

Los ejes del desarrollo precedente han sido: el aumento de la esperanza de vida a nivel mundial, que sumado a una reducción progresiva de la mortalidad y a la disminución de la tasa de natalidad, han provocado cambios revolucionarios en la estructura poblacional, la demanda de atención y de servicios de una variada gama de especialidades por parte de la población envejecida, y los conflictos éticos, sociales y económicos, que esta situación genera tanto en los países desarrollados como en el resto del mundo.

Se han desarrollado los aspectos bioéticos planteados por la realidad de la longevidad en cuanto a la asistencia socio-sanitaria y socio-comunitaria, y la vida en sociedad de este grupo poblacional.

Especial atención ha merecido el proceso inherente al envejecimiento y manera de gestionar las variables que inciden en su condición: la biología, la medicina, la nutrición, la actividad, el pensamiento y el sentimiento. Las situaciones de vulnerabilidad y riesgo se han examinado desde lo individual y desde lo social para determinar los aspectos a considerar por las organizaciones en materia de prevención y el tipo de acciones a desarrollar para evitar o mitigar sus efectos.

Las tendencias convergentes de envejecimiento y urbanización de la población, como fenómeno que caracterizará fuertemente las políticas sociales del siglo XXI, se han expuesto en el marco de las nociones de seguridad y los enfoques sobre envejecimiento activo de la OMS, y de los estudios realizados en la Argentina. A ello se adicionaron los conceptos de accesibilidad y de supresión de las barreras materiales y sociales, limitadoras de la libertad y autonomía de las personas, incluyendo entre tales vallas, los impedimentos de comunicación.

La asignación de recursos para la salud de los adultos mayores, exige articular los fundamentos que individualicen las necesidades. Como tales opciones y sus proyecciones éticas, sólo pueden hacerse realidad mediante el funcionamiento de algún modelo de gestión de la salud que optimice la asignación de los recursos y proponga un sistema para agregar valor a los mismos, y consiguientemente a la vida humana, se han analizado y formulado los lineamientos de los modelos de salud que habrán de recoger los significados en términos de eficiencia y calidad de vida. El panorama se presenta abarcando la situación de la tercera edad desde los aspectos epidemiológicos y los programas de atención y prevención.

El objeto de estudio de la Gestión de la Salud en la longevidad, se plantea desde la atención de la población envejecida, el mantenimiento de sus capacidades y potencialidades, la prevención, y la administración racional de los recursos de salud.

Pensamos así en la Gestión de la Longevidad desde las dos grandes ramas del saber científico: como ciencia relacionada con el estudio del envejecimiento y la vejez a partir del ser humano histórico, social y multidimensional, y como ciencia aplicada para asumir el enfrentamiento de los problemas que tienen que asumir las personas en razón de la edad y buscando transformaciones sustanciales en su condición como grupo social y en el aprovechamiento de sus saberes y potencialidades.

A partir de la búsqueda del cómo y el por qué del envejecimiento poblacional en el mundo, y en particular en Argentina, de la etiología de este envejecimiento y su impacto social y económico, hemos examinado el proceso y su administración. Así procuramos determinar las pautas de un cambio de paradigma centrado en la gestión de mantener a la gente sana la mayor cantidad de tiempo posible, en lugar de priorizar la gestión de servicios para asistir a los enfermos. Este enfoque de la ecología de la longevidad, se ha abordado desde el ámbito de lo biológico (prevención, cuidados, servicios), lo educativo (formación necesaria), lo psicológico, lo económico-social, lo ambiental, las políticas públicas, la minimización de las barreras urbanas (ciudades amigables), y la problemática de la dependencia.

Las hipótesis formuladas son las siguientes:

> *1) El conocimiento e intervención sobre las variables que inciden en el proceso de* ***envejecimiento activo y saludable****, sustentan una ecología de la longevidad que mejora la calidad de vida de* ***todos los grupos etáreos.***
>
> *2) Ante la realidad del cambio demográfico poblacional, el aporte de la educación y la investigación dirigido al desarrollo de nuevas tecnologías socio sanitarias y herramientas de gestión del envejecimiento, tiene sobre la economía una incidencia mucho más favorable que las políticas que priorizan los costos de los servicios de salud y la discriminación de atención por edad de las personas.*

Haremos a continuación una síntesis expositiva de los resultados poblacionales y de las consideraciones bioéticas que atañen al tratamiento de ambas hipótesis.

En relación con la primera hipótesis se mostrarán los factores del proceso de envejecimiento para aislar las variables que interesan en una evolución exitosa del mismo. Luego se abordará el conjunto de acciones a emprender para lograrlo y su impacto en la calidad de vida de la sociedad.

En relación con la segunda hipótesis se expondrá el grado de incidencia de la educación en los fenómenos de sanas vidas longevas, el tiempo y forma propicios para iniciar la específica formación para la producción de un envejecimiento exitoso que redunde en mínimas y excepcionales necesidades de atención sanitaria, y el rumbo de la investigación ante los nuevos confines de la existencia humana.

- **El proceso de envejecimiento en los individuos y la sociedad**

El envejecimiento es un proceso que se desarrolla gradualmente entre los individuos y en el colectivo demográfico. Las personas envejecen a medida que en su tránsito por las diversas etapas del ciclo de vida ganan en años; en cambio, una población envejece cada vez que las cohortes de edades mayores aumentan su ponderación dentro del conjunto. Si bien la edad parece el criterio más apropiado para acotar el envejecimiento, la determinación de un valor numérico preciso siempre tendrá arbitrariedades. El umbral de la vejez se ha venido retrasando a lo largo de la historia y la edad de la vejez, autopercibida o socialmente asignada, ha estado aumentando. Tradicionalmente, la División de Población de las Naciones Unidas ha fijado la edad umbral en los 60 años; para rescatar la heterogeneidad de este grupo se lo subdivide en dos segmentos, con el segundo a partir de los 75 años.

La naturaleza sociodemográfica del envejecimiento de la población estriba en sus raíces sociales, económicas, políticas y culturales. Sus efectos entrañan desafíos a la estructura, las funciones y el desarrollo de las sociedades. Este impacto multifacético del envejecimiento motiva la exploración de sus tendencias y antecedentes más cercanos.

Factores del envejecimiento

En permanente interacción con la inercia inherente a toda composición etaria, la modificación de la estructura de la población obedece al sentido, fuerza y persistencia de los cambios de las variables demográficas fundamentales: mortalidad, fecundidad y migración.

La disminución de la mortalidad contribuye a que más personas sobrevivan hasta edades avanzadas. Si bien la disminución sostenida de la mortalidad fue, en orden cronológico, el primer gran cambio demográfico observado en la región en los últimos cincuenta años, mayor trascendencia tiene la drástica reducción de la fecundidad, acaecida en la mayoría de los países a contar de los años sesenta y setenta. En 1950, la elevada fecundidad se reflejaba en un promedio regional de 6 hijos por mujer; al concluir el siglo XX ese promedio baja a 2.7 y las proyecciones señalan que en el 2025 llegará a 2.2, disminuyendo las diferencias entre los países. El descenso más intenso de la fecundidad que de la mortalidad conlleva un "envejecimiento por la base", que alude a la disminución de la proporción de niños en la población total. La continuidad de la tendencia descendente de la fecundidad por un período prolongado origina mayores modificaciones de la fisonomía de la pirámide.

Otro factor que afecta el envejecimiento es la migración internacional, cuyas repercusiones dependen de la magnitud y continuidad de las corrientes y del momento histórico en que se producen. El carácter variable y reversible de las corrientes restringe su rol en la reestructuración poblacional de la mayoría de los países. La descripción de los factores del envejecimiento permite indicar que

América Latina y el Caribe transitan hacia nuevos escenarios demográficos; tal afirmación, válida para el conjunto regional, no rige por igual a todos los países que la componen. Dada esta heterogeneidad, se identifican cuatro grupos de países de acuerdo con el estado de su transición demográfica en el decenio de 1990: (a) *incipiente*, con persistencia de niveles altos de natalidad y mortalidad; (b) *moderada*, con una mortalidad en descenso y una natalidad elevada; (c) *plena*, con una natalidad en declinación y una baja mortalidad; (d) *avanzada*, con tasas de natalidad y mortalidad reducidas.

Evolución del envejecimiento

Durante la segunda mitad del siglo XX el envejecimiento sólo comenzó a insinuarse en la región: tanto las proporciones de los grandes grupos etáreos y sus tasas de crecimiento como los indicadores empleados ponen de relieve que este proceso es fruto de una transición demográfica reciente, por lo que aún no se evidencia en toda su intensidad. En general, y no obstante el rápido crecimiento del grupo de adultos mayores, la población mantiene rasgos jóvenes. Las diversas rutas de la transición demográfica dejan su impronta en la polarización que se presenta entre las categorías de transición avanzada y moderada e incipiente. La avanzada reúne países cuyo envejecimiento comenzó hace tiempo (Uruguay y Argentina) y algunos en los que se aceleró fuertemente en años recientes (Cuba y otras naciones insulares del Caribe). Las categorías de transición moderada e incipiente se distinguen porque todavía en el año 2000 alrededor del 40% de la población tiene menos de 15 años. A su vez, los indicadores demográficos de la agrupación en plena transición parecen acercarse rápidamente a los que presenta la de transición avanzada.

En la primera mitad del siglo XXI, la población regional cruzará el umbral de su envejecimiento y se hará madura. Como advirtiera Peláez el proceso se acelerará después del 2000, principalmente a raíz de los cambios previstos en la fecundidad. Tal vez sea oportuno, entonces hacerse a la idea de una sociedad nueva cuyo envejecimiento es ineludible. Sin embargo, en los primeros años del siglo XXI persistirá mucha de la heterogeneidad observada en los decenios anteriores.

En 2025, los países de las categorías de transición incipiente y moderada continuarán presentando estructuras relativamente juveniles, pues alrededor del 30% de su población tendrá menos de 15 años y las personas de 60 y más no superarán el 10%. Sólo en seis países, de la categoría de transición avanzada, los adultos mayores serán más numerosos que los niños y jóvenes. El panorama del envejecimiento se hará más nítido hacia el 2050, cuando los indicadores nacionales tenderán a converger; no obstante, de crecimiento implícito en las estructuras etarias seguirá originando diferencias.

Así, sólo en los países de transición avanzada y en plena transición, la proporción de adultos mayores superará a las de los menores de 15 años; ello no sucederá en las categorías de transición incipiente y moderada, salvo en Belice. Con todo, los

índices de envejecimiento y los de dependencia demográfica de los adultos mayores acusarán una intensificación del proceso.

En suma, al cabo del próximo medio siglo el envejecimiento será más profundo y más generalizado en toda la región.

- **Consideraciones bioéticas**

La vejez fue el primer privilegio conocido en la sociedad humana, incluso durante un largo período, en las sociedades primitivas, fue el principal y el único. En ninguna época posterior, los ancianos disfrutaron de semejante consideración. ¿A qué se debe esta actitud? Sencillamente al importante papel que desempeñaban en la vida social. En ella eran los jefes de la *gens* y de la tribu, los guardianes de las tradiciones y costumbres seculares de la época, los portadores de los hábitos de trabajo, personificaban la sabiduría de su tiempo, ocupaban un lugar de gran protagonismo en la vida económica y social. Es por ello que el respeto y la veneración extraordinaria que se les ofrecía en la sociedad primitiva debe interpretarse como un reconocimiento y resultado de sus méritos reales ante la sociedad. Es decir, que este prestigio moral no está relacionado con su edad, sino con el papel, lugar y funciones en el sistema de las relaciones sociales de aquella época.

Esta actitud respetuosa hacia la vejez fue heredada por el Medioevo. En aquella época, la veneración de la ancianidad constituía la base de toda la vida patriarcal. La bendición de los padres se necesitaba en todos los momentos decisivos de la vida del hombre, mientras que su maldición representaba el castigo más terrible.

Pero muchos factores propios de la sociedad capitalista cambiaron sustancialmente este poder y supremacía.

El impetuoso progreso de la ciencia y la técnica, la Revolución Científico Técnica, el crecimiento de toda la vida social a ritmos insospechados, provocó la reverencia hacia cualidades humanas tales como: energía, potencia creadora, resistencia física, etc., todas ellas propias de la juventud, perdiendo de esa manera la vejez, la preeminencia de otras épocas. Cambió así hasta la propia noción del tiempo: el presente es el comienzo del futuro y no el fin del pasado. De esta manera la vejez perdió el aura de reverencia de las épocas pretéritas.

Acaso este sea el precio del progreso en esta esfera. Al adquirir algo, también algo se pierde. La moral se enriquece, tanto de la acumulación paulatina de valores positivos, como de la superación de los negativos. Sin embargo, lo más importante es la reorganización cualitativa de las estructuras de la moral, los saltos en su desarrollo. Cada nivel cualitativo de la moral tiene sus rostros buenos y malos. No obstante, hay valores que siempre perdurarán, ya que las personas mayores representan la base de la cultura material y espiritual existente. Sin contar con su herencia cultural, sus experiencias acumuladas y utilizadas, no existiría una sociedad civilizada.

En consecuencia, las relaciones de respeto hacia los mayores, perdurarán. Lo que cambia y continuará cambiando es su contenido y su sentido valorativo.

La experiencia y la sabiduría siempre fueron función del tiempo; hoy siguen constituyendo el privilegio de las personas maduras y de edad avanzada. Leonardo Da Vinci expresó: "el trabajo genera experiencia, y la experiencia sabiduría. Ningún manual o libro puede sustituir la experiencia individual de los viejos trabajadores que no han perdido su capacidad laboral."

Veamos cuales son las perspectivas de prolongar la vida humana. Se requiere llevar a cabo dos importantes tareas:

- Una *táctica,* que supone la movilización de los medios que permitirían el aumento de la duración de la vida, ya existente, combatiendo los diversos factores de la mortalidad humana.

- Una *estrategia,* que consiste en profundizar en el estudio de la causa principal del aumento de la mortalidad con la edad, o sea, buscar fórmulas científicas para retardar el envejecimiento del organismo.

Resulta obvio que el estudio científico de la prolongación de la vida exige grandes recursos. La vida humana los merece. El objetivo requiere el esfuerzo mancomunado de todas las naciones, y un sentido de las prioridades que estudie los posibles logros que se alcanzarían, si, por ejemplo las incalculables inversiones que se destinan al exterminio del hombre se dedicaran a prolongar su vida.

Hemos abordado esta difícil cuestión en el Capítulo II aludiendo al delicado punto de los fundamentos éticos para la ancianidad. Implica esto, un desafío para la estabilidad de los sistemas socio-sanitarios y familiares. Se requiere un sustento ético lo suficientemente consolidado y consensuado, que permita abordar los aspectos reales de la problemática. Se trata de cuestiones arraigadas en la problemática antropológica del ser humano que afectan a la responsabilidad existencial. De sus respuestas se derivará el modo y tipo de sociedad a construir, y el rumbo a seguir.

Desde la bioética se pueden aportar múltiples frentes de acción, pero todas ellas habrán de ir apoyados en los pilares del respeto a la dignidad humana. Algunas claves fundamentales que promueven comportamientos de respeto, benevolencia, justicia y solidaridad para todos, pueden conjugarse en un conjunto de fundamentos. Pero la incorporación de avances técnicos y científicos al campo de las ciencias de la vida y de la sociedad, la transición epidemiológica que afecta a todas las sociedades tanto "desarrolladas" como "en desarrollo", y asimismo la emergencia de una demanda calificada de servicios de salud, van paulatinamente acarreando nuevas cuestiones éticas. Una cierta deshumanización que acaso exista en la percepción de roles y del encuadre social del grupo de Tercera Edad,

puede ser un reflejo de la sociedad actual, y del derrumbe de las referencias de la religión, la filosofía o la política.

Estas falencias se insertan en la relación asistencial con personas que experimentan el dolor de la vejez. Estas realidades deben resolverse en los programas de asistencia. Tal como lo ve Fernando Lolas Stepke, cuyo pensamiento nos ha ilustrado e inspirado en el terreno de la bioética, la salud es un objeto, pero no un objeto cualquiera, sino uno que se construye a diario por quienes no la tienen y por la ciencia, y que se vive como ritual de una construcción personalísima.

Con esta referencia se han analizado los proyectos, programas y tendencias en la gestión de la salud en la longevidad dentro del presente trabajo. Esto abarca una manera de entender la salud en todos sus significados para la vida: físicos, mentales, sociales, laborales, en suma en la amplitud de aspectos que importan para la valoración interna y externa de las personas. El sencillo aforismo "del curar al cuidar" está contemplado en el abordaje de las cuestiones que tienen que ver con la educación, y en las más inmediatas, relacionadas con la atención preventiva en la órbita familiar, social y laboral. Se construye así una visión ética del ser en la vida social, como entidad valiosa merecedora de preservación, atención y consideración.

La gestión misma de la salud en la longevidad, entendida como la administración de los bienes sabiamente encaminada hacia la mejora de las condiciones que conducen a un envejecer activo, saludable y prolongado, tiene en sus más profundos contenidos instrumentales, el ingrediente de la apreciación del valor de la vida en todas sus etapas.

Tanto los enunciados principalistas, como los más recientes, propios de la bioética contemporánea, impregnan todo el desarrollo de nuestro estudio.

- **Hacia un envejecimiento activo, saludable y exitoso**

La investigación contenida en el capítulo III avala la relevancia del conocimiento de las variables que inciden en el envejecimiento saludable, activo y exitoso, y la investigación del capítulo IV se centra en la manera de gestionar dichas variables. El siguiente acápite, se refiere a las principales consideraciones allí contenidas y a algunas apreciaciones personales sobre ellas, que coadyuvan al objetivo final del trabajo realizado.

Determinantes y variables del proceso

La vida humana es un continuo, pero hoy en día, la etapa vital que se encuentra al final del camino se configura con caracteres especiales.

Expresa Hitzig que ***el modo de vida*** será el punto de convergencia de los estudios conducentes a lograr un envejecimiento diferente. Hitzig alude a un núcleo particular: el ***proceso de envejecimiento*** que comienza el día en que nacemos. En cambio la ***vejez*** está más ligada a las discapacidades. En consecuencia es posible envejecer sin ser viejo.

Esta es una idea fuerza que define muy específicamente la dirección hacia la cual hay que atender en la ecología de la longevidad. Hay tres aspectos a diferenciar: la biología, los efectos y las enfermedades del envejecimiento.

La ***biología*** protagoniza el proceso que acompaña toda la vida y que guarda relación con el envejecimiento de las células.

Los ***efectos*** tienen relación con las prácticas de vida. Hay prácticas saludables y prácticas poco saludables. Hay personas que pueden parecer excepcionales porque superan los cien años de edad en excelentes condiciones. Lo cierto es que no son excepcionales, son personas que han transitado por un proceso saludable de envejecimiento. Indra Devi, decana del yoga en Argentina, falleció a los 103 años, dejando un legado de conocimientos sobre las buenas maneras de aprovechar la vida en todas sus etapas.

Respecto de ***las enfermedades***, no existen prácticamente enfermedades propias de la tercera edad sino consecuencias de la falta de prevención y de actividad. Las patologías como el mal de Parkinson, el Alzheimer y ciertos tipos de demencia, son propias del envejecimiento neuronal. Durante mucho tiempo se han confundido, incluso en los ámbitos médicos, el envejecimiento normal con las enfermedades neurodegenerativas. Hoy se deslindan las dos entidades a la luz del conocimiento de la formación de nuevas neuronas en el cerebro humano adulto a partir de células progenitoras. Esto se relaciona con la demostración de que la escasa muerte neuronal que ocurre durante el envejecimiento normal, no explica el deterioro en las funciones mentales propio de las patologías neurodegenerativas.

Comportamiento de las variables del envejecimiento activo

La siguiente tabla es una síntesis del modelo de la OMS:

DETERMINANTES	VARIABLES
Transversales	Cultura y género
Socio-sanitarios	Promoción, prevención, asistencia
Conductuales	Hábitos
Personales	Biología, genética, factores psicológicos
Del hábitat	Vivienda, medio ambiente
Del entorno social	Familia, educación
Económicos	Ingresos, actividad laboral, seguridad social

➢ Cultura

La influencia de la **cultura** se revela en los resultados de las experimentaciones de Langer, que indican que un entorno cultural puede llegar a modificar aspectos esenciales como la visión, la memoria, o el aspecto, y en las de Payer que revelan que la etiología de ciertas dolencias se asocia con el lugar de residencia, y su importante argumento: "el avance de la edad es la acumulación cognitiva y biológica del tiempo, mientras que el envejecimiento es la consecuencia de la conducta contextualizada dentro de una historia cultural"

La Real Academia Española define "cultura", en una de sus acepciones (la pertinente a estos temas), como "conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época, grupo social, etc." Las ciencias sociales se refieren a la costumbre como los conjuntos de prácticas, normas, códigos, reglas de comportamiento, conocimientos de una comunidad dada. Hay infinidad de definiciones, pero no es el caso abundar aquí sobre ellas. El propósito de retomar el concepto reside en asociar los conjuntos de hábitos y creencias de una sociedad y la capacidad de transformación y de construcción de modelos de vida que ella posee, con la posibilidad de generar nuevos modos de envejecer (y de vivir).

La cultura define los portales bioculturales, la interpretación de la salud y de la calidad de vida en la vejez. Las conductas de retiro a una edad aproximada de 62 años, en culturas industriales, son desconocidas para un indio Tarahumara de la misma edad, capaz de correr durante varios días en competencias deportivas. Su creencia de que sus habilidades físicas aumentan al envejecer, destierra la crisis de la "edad media".

➢ Género

El **género**, no es una variable a gestionar en sí misma, pero constituye un elemento de análisis en múltiples aspectos de la vida social. En el mercado

laboral, por ejemplo, hay que considerar el género y la edad como dos variables que suelen afectar el trabajo de las mujeres, que suele crear una barrera que limita su ascenso en la carrera profesional. Las mujeres llegan a tener problemas para el ascenso a una edad inferior que los hombres; se considera a las mujeres "mayores" antes que a los hombres (quienes así piensan son sobre todo hombres y no mujeres).

En ciertas regiones se da una desvalorización ancestral de la mujer, se la excluye de beneficios sociales y de todo tipo de protección fuera del ambiente familiar, como se muestra en los datos de la vejez femenina en Ecuador (y otros países latinoamericanos), a pesar de los derechos que le otorgan la Constitución y las leyes. Un agravante de esta inequidad es la mayor supervivencia. En Ecuador, del total de personas de la tercera edad que fallecieron en 2007, 15.316 fueron hombres, mientras que 14.700 fueron mujeres.

En general, en el área de América Latina, las mujeres viven de 5 a 7 años más que los hombres, pero en ciertos países tienen un deterioro mayor de su salud física, mental y emocional por la dependencia económica que tienen del ámbito familiar, que se contradice con la responsabilidad de encargarse en la totalidad de su bienestar

Este fenómeno, que coloca a las ancianas en circunstancias de desamparo, ocurre principalmente en poblaciones indígenas, aunque este referente es replicado en familias de ideas conservadoras.

Sin llegar a tal límite de desprotección, el Documento "Envejecimiento Saludable, un desafío para Europa" alerta sobre la difícil perspectiva de la población femenina de la Tercera Edad. Europa tiene la proporción de mujeres mayores más alta del mundo, con tres mujeres cada dos hombres entre 65 y 79 años de edad. La cantidad de mujeres de 80 años de edad duplica a la de hombres. La proporción de mujeres mayores que viven solas probablemente aumentará ya que viven más años y tienden a unirse a hombres mayores que ellas mismas. Este grupo constituye un riesgo significativo de pobreza debido a que en su vida laboral han tenido ingresos bajos y por consiguiente reciben bajas pensiones, lo que incide considerablemente en su condición de salud.

Género y cultura están estrechamente interconectados. Las transformaciones culturales emanadas de la educación, y las políticas públicas, pueden inducir cambios trascendentes en las conductas nocivas, en la discriminación, y en las reglas de inclusión social, conducentes a un mejor modo de envejecer. Pero lo importa destacar la diferencia entre la mera declaración de los derechos inherentes a estas poblaciones, y la posibilidad de ejercicio de esos derechos. Según sociólogos de la CEPAL, se observa en América Latina un poder limitado como grupo social para hacer efectivos sus derechos. Por eso se ubican en situación de exclusión, tal como sucede con las mujeres y los indígenas, por lo cual se perpetúa la asimétrica distribución de los recursos y beneficios que genera el desarrollo. En este escenario, es claro que el mero reconocimiento formal de la igualdad de derechos sin distinción alguna no ha supuesto un cambio significativo en la

situación de desventaja social de las personas mayores, puesto que la estructura e idiosincrasias dominantes impiden su realización práctica.

Este problema no es privativo de las personas mayores, puesto que otros grupos sociales han expresado las mismas preocupaciones, lo que ha derivado en la adopción de convenciones específicas sobre un grupo determinado de derechos, a fin de reafirmar la aplicación de los ya reconocidos de manera general en otros instrumentos de derecho internacional, como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979) y la Convención sobre los Derechos del Niño (1989).

- **Promoción, prevención, asistencia.**

Como variables del proceso de envejecimiento exitoso, pertenecen al determinante de salud integral, concebida como estado de equilibrio de la persona como unidad compleja sobre la cual interactúan una serie de factores biológicos, emocionales, sociales, económicos, culturales y ambientales. De tal modo que al desplegar las acciones dirigidas a estos condicionantes, desde esta óptica, se impacta sobre todo el conjunto definido por la OMS.

La estrategia de la ***prevención*** es la única herramienta eficaz para impedir que la madurez y el envejecimiento de masas se conviertan en un paradójico "fracaso del éxito" en el que las sociedades agobiadas deban dedicar cada vez más recursos a la atención de patologías crónicas y discapacidades y las personas jóvenes, envejeciendo también, se vean obligadas a atender ancianos, sin disfrutar de la vida.

Dicha estrategia, si bien puede decirse que debe iniciarse con el comienzo mismo de la vida, habrá de aplicarse rigurosa y sistemáticamente a partir de la cuarta década, en la que se comienzan a constituir y organizar definitivamente los condicionantes del proceso que devendrá en estado de vejez.

Lo expresado cobra sentido sólo si se acepta su validez para definir políticas orientadas a los adultos mayores que beneficiarán a la sociedad en su conjunto. Esta construcción debe realizarse individual y colectivamente; tienen responsabilidad y competencias los gobiernos así como también las personas de las distintas generaciones.

El valor de la prevención con inserción comunitaria forma parte de la salud integral. Comprende:

Prevención primaria

- controles epidemiológicos (sistemáticos, continuados, correctos, confiables)
- infraestructura edilicia, centros de atención de complejidad creciente
- equipamiento, insumos, reactivos, vacunas, medicamentos, centros de investigación y producción
- dotación de personal capacitado en número suficiente para asegurar una atención de calidad

- educación para la salud (difusión de información sobre condiciones ambientales y sociales y sobre conductas de riesgo)

Prevención secundaria, para reducir los daños ya existentes evitando que conduzcan a consecuencias físicas, psicológicas o sociales agravadas

Todo esto requiere recursos. Una gestión orientada no al ahorro en lo esencial sino a la sabia asignación de prioridades. Porque no será posible economizar recursos durante toda una larga etapa. La demanda aumentará considerablemente como consecuencia de las políticas de concientización, de información y de educación para la prevención. Y sólo disminuirá una vez que la población recobre su condición saludable. Por tanto, habrá que decidir en función de prioridades. Amartya Sen, ilumina estos conceptos con sus sabias comparaciones entre políticas orientadas al crecimiento a ultranza y políticas orientadas al bienestar.

Articulación en redes: las acciones de *prevención* producen un mayor impacto social si se gestionan en articulación con determinadas Instituciones y Organismos. El INSSJP considera como efectores comunitarios a través de los cuales gestiona recursos preventivos a los organismos conformados como Centros de Jubilados, pero también puede adquirir la misma categoría, cualquier otro organismo que con objetivos comunes concurra a la gestión articulada de proyectos socio-preventivos. Es requisito de su efectividad y eficiencia, que se fijen las condiciones y términos conjuntos, con especificación de responsables, objetivos, aporte de cada participante, plazos, resguardos requeridos y compromisos de reciprocidad en la información y resultados obtenidos

A título de ejemplo se consideran efectores:

- Instituciones Religiosas
- Centros Culturales
- Sociedades de Fomento
- ONGs
- Centros médicos asistenciales, públicos o privados
- Instituciones no médicas, nacionales, provinciales o municipales
- Instituciones educativas públicas o privadas
- Instituciones Deportivas

Resulta evidente que la ejecución de actos organizados de prevención de la salud, comprende a la mayor parte de las instituciones sociales, y abarca infinidad de ámbitos que pueden involucrarse para optimizar el desarrollo de un envejecimiento saludable y exitoso.

Consideración del ciclo vital: las personas mayores no son un grupo homogéneo. La diversidad del individuo tiende a aumentar con la edad. Las acciones que crean ambientes de ayuda y que fomentan opciones saludables son importantes en todas las etapas de la vida. A medida que envejecen las personas, las enfermedades no transmisibles (ENT), que esencialmente son propias de las edades avanzadas, se

convierten en las principales causas de morbilidad, discapacidad y mortalidad en todas las regiones del mundo.

Reiteramos aquí el conjunto de las principales enfermedades crónicas que afectan a las personas ancianas en todo el mundo:

- Enfermedades cardiovasculares
- Hipertensión
- ACV (accidente cerebrovascular)
- Diabetes
- Cáncer
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Enfermedades músculo-esqueléticas (artritis, osteoporosis)
- Enfermedades mentales (demencia, depresión)
- Ceguera y alteraciones visuales

En cuanto a las diferencias de género, las causas de discapacidad en la vejez son similares en hombres y mujeres, pero las mujeres suelen referir problemas músculo-esqueléticos con mayor frecuencia.

Estas patologías son costosas para las personas, las familias y el Estado. Muchas de ellas pueden prevenirse o retrasarse. La falta de prevención genera enormes costos humanos y sociales que absorben recursos desproporcionados, que podrían haber sido destinados a otros problemas de todos los grupos de edades.

A edad temprana, las enfermedades transmisibles, las enfermedades maternas y perinatales y las deficiencias nutricionales son las principales causas de muerte y enfermedad.

Al final de la infancia y en la adolescencia y juventud, las lesiones y las enfermedades no transmisibles comienzan a asumir un papel más importante. Hacia la edad de 45 años, y en edades posteriores, las ENT son responsables de la inmensa mayoría de las muertes y enfermedades. La investigación muestra cada vez más que los orígenes del riesgo de enfermedades crónicas, como la diabetes y las dolencias cardíacas, comienzan en la primera infancia o incluso antes. Más tarde, este riesgo está determinado y modificado por factores, como la situación socioeconómica y las experiencias durante toda la vida. El riesgo de desarrollar ENT sigue aumentando a medida que las personas envejecen.

➢ **Hábitos y estilos de vida.**

Uno de los mitos sobre el envejecimiento gira sobre la idea de que adoptar un estilo de vida saludable en la vejez es demasiado tarde, pero hay determinados factores de este orden que influyen positiva o negativamente sobre la salud de los mayores: horas de sueño, actividad física, tabaquismo, alcoholismo, obesidad, pautas de alimentación, actividad social, uso de medicamentos y administración correcta de los mismos. El tabaquismo, la ausencia de actividad física, una dieta inadecuada y otros factores de riesgo establecidos para los adultos son los que colocarán a las personas en el riesgo, relativamente mayor, de desarrollar ENT en

la ancianidad. Por lo tanto, es importante afrontar los riesgos de enfermedades no transmisibles desde los primeros años de la vida hasta una edad avanzada, es decir, a lo largo de todo el ciclo vital.

Gro Harlem Brundtland, Directora General de la Organización Mundial de la Salud, declara que "disponemos de un remedio inmediato, seguro y fiable para algunos de los riesgos principales derivados de un consumo no saludable. Es gratuito. Sirve tanto a los ricos como a los pobres, a los hombres y las mujeres, a los jóvenes y los ancianos. Se trata de la actividad física. Al menos 30 minutos diarios."

Tanto en lo físico como en lo mental existen tipos bien definidos de actividades que optimizan ambos estados.

- **Biología, genética, factores psicológicos**

Variables personales: Los longevos saludables tienen en común un patrón de actitudes y conductas que los distinguen: su forma de pensar y actuar modela su biología. Las emociones tienen que ver con lo biológico y con lo psiconeuroinmunohormonal. El cuerpo material es, finalmente, la expresión de la energía del cuerpo espiritual. Gracias al buen manejo del estrés emocional, hay un balanceo de hormonas tal que las inmunoactivas actúan más que las inmunodepresoras. Cada pensamiento genera una emoción y ésta moviliza un circuito hormonal que impacta sobre los cinco trillones de células que forman un organismo. Resignación, resentimiento, bronca e insatisfacción son respuestas que promueven el cortisol, una hormona corrosiva. La aceptación, en cambio, produce serenidad y ésta promueve secreciones serotonínicas que retardan los efectos del envejecimiento. La biología, la genética y la capacidad de adaptación son los tres factores fundamentales que determinan cómo envejece una persona.

Entre los predictores indudables del envejecimiento activo que se vinculan con factores personales pueden mencionarse el *locus de control,* la *autoeficacia,* así como la actividad física y mental ya considerada.

El *locus de control* interno es aquel estilo de personalidad que es capaz de modificar su conducta independientemente de los factores ambientales, pensando que es en "su mano" donde están las fuentes de cambio. Con referencia a la percepción de control interno y auto-eficacia, sabemos que el locus de control interno ejerce influencia en la salud porque aumenta las conductas de auto-cuidado, influye en la búsqueda activa de información, mantiene la realización de las actividades de la vida diaria y proporciona mayor satisfacción. Del mismo modo el externo dependería más de "los otros" y en este caso, sería menos modificable para el individuo, ya que no son atribuibles a él mismo dichas fuentes.

La *autoeficacia* influye en las expectativas, esfuerzos, perseverancia, resistencia a la adversidad, vulnerabilidad al estrés y a la depresión.

➢ Vivienda, medio ambiente

Las principales situaciones a resolver en el intento de proporcionar una vivienda digna al adulto mayor, se vinculan con los aspectos de cambio a lo largo del proceso de envejecimiento. No se trata solo de la disyuntiva de envejecer "en casa" o fuera de ella, sino de seleccionar la opción que mejor permita vivir de acuerdo a las propias decisiones (salvo casos de incapacidad o dependencia de cualquier tipo). Vivir dignamente, aún con exiguos recursos implica permanecer en un sistema de inclusión social. Una vivienda segura y propicia requiere un reconocimiento de necesidades y preferencias, y también de las circunstancias de fragilidad que implican cuidados y modalidades diferenciales de residencia. La amplia nómina de soluciones de habitabilidad presenta respuestas para cada caso. Las políticas públicas y las iniciativas privadas tienen el rumbo definido para actuar en este aspecto. Y también las familias responsables de personas mayores a cargo, y los mismos ancianos en condición de resolver su ámbito de vida, habrán de encontrar las coordenadas que optimicen su bienestar estableciendo con precisión sus requerimientos y posibilidades, así como también los programas de ayuda disponibles para ejercitar su derecho a peticionar con fundamento e información.

El **medio ambiente interior y exterior** afecta la capacidad de los mayores de permanecer activos y de participar y contribuir a la sociedad. La Unión Europea considera las mejoras medioambientales como de impacto directo en la calidad de vida de las personas mayores y del personal asistencial.

El ambiente tiene varios aspectos. Uno de ellos es la existencia de instalaciones recreativas y de rehabilitación. Un número importante de personas mayores podría moverse más y ser más activas contando con ellas en las cercanías de su vivienda. Las áreas verdes accesibles y al aire libre han sido destacadas como factores determinantes para una buena salud. La contaminación es responsable de una de los mayores riesgos que afectan a personas de todas las edades.

Otro de los aspectos concernientes al ambiente es el hábitat (espacio que reúne las características físicas y biológicas necesarias par la supervivencia y reproducción de una especie.) Y esto conduce directamente al impacto de la urbanización.

En 2007 más de la mitad de la población global vivía en ciudades, y para el año 2030, al menos tres de cada cinco personas vivirá en las urbes. Al mismo tiempo la población mayor de 60 años llegará al 22% en 2050. Esta condición ha puesto en evidencia que es preciso que las ciudades y las viviendas reúnan las condiciones necesarias para garantizar la plena inclusión social de los mayores.

La Guía de "ciudades amigables de la OMS" enuncia ocho determinantes a considerar en el diseño y estrategias de la ciudad para contribuir a la calidad de vida de la tercera edad. Son: transporte, vivienda, participación social, respeto e inclusión social, participación cívica y empleo, comunicación e información, servicios sociales y espacios al aire libre y edificios.

Las principales barreras urbanísticas se han identificado en el diseño inadecuado del transporte público y en las malas condiciones de circulación en los espacios libres, sobre todo en las aceras rotas, o defectuosas y en la falta de rampas.

La accesibilidad al medio físico constituye el nivel más alto de adecuación del entorno material a los requerimientos de todas las personas. El proyecto sobre derechos urbanos de la Universidad de Valladolid se refiere a él como "urbanismo de la igualdad".

Un referente emblemático de la accesibilidad es la ciudad de Barcelona. Los objetos funcionales son bellos y las cosas bellas son más accesibles porque nos atraen. El que, según su escala de valores, pretende que una calle sea bella deberá, además, hacerla útil para todos. El que pretende hacerla accesible deberá hacerla bella para que sea aceptada por todos. ¿Qué significa y qué implica la accesibilidad? Las premisas elaboradas por el CRID (Consorci de Recursos i Documentació per a l'Autonomía Personal) para la ciudad de Barcelona son las siguientes:

1. La Accesibilidad es calidad de vida para todos, tanto para los ciudadanos como para aquéllos que visitan la ciudad.
2. La Accesibilidad significa una mayor libertad y autonomía de los ciudadanos, evitando dependencias no deseadas.
3. La Accesibilidad no es un aspecto limitador en el diseño, sino la incorporación de nuevas especificaciones que deben tenerse en cuenta en la etapa inicial del proyecto.
4. La Accesibilidad planificada no supone ningún sobrecosto en el presupuesto de inversiones sino que se acaba convirtiendo en un valor agregado en el diseño de la ciudad.
6. La Accesibilidad es el instrumento mediante el cual la participación ciudadana lidera la construcción de su ciudad.
7. La Accesibilidad genera sinergias entre diferentes aspectos que se presentan en la configuración de la ciudad: persona–medio, estética–funcionalidad; tránsito rodado–peatones; diversidad–igualdad; consumo–sostenibilidad.

- **Familia, educación**

A medida que aumenta la edad, se produce una disminución de hogares compuestos por cónyuge e hijos, y un incremento de las personas que viven solas. En caso de no ser así se constata una situación de sobreprotección, sobre todo en los mayores de 80 que les resta autonomía y poder de decisión, conduciendo a la dependencia y al aislamiento. También pueden darse situaciones de abuso y violencia, esto en general con los llamados "viejos jóvenes". Desde luego persiste una incidencia mayoritaria de contención familiar en múltiples aspectos, con las luces y las sombras que esto involucra (stress, ansiedad, sobrecarga, y agotamiento de cuidadores familiares).

Pero los aspectos negativos del ámbito familiar, pueden concentrarse en un concepto que quizás sea el que mejor exprese el punto de partida del diseño de políticas sociales: la vulnerabilidad.

En América Latina, la familia es actualmente el principal sostén de los ancianos, ya sea a través de aportes directos en dinero o de cuidados.

Entre el 40% y el 65% de las personas mayores vive con sus hijos, según datos de las encuestas SABE . Las proporciones son mayores en Ciudad de México, Santiago y La Habana y menores en Buenos Aires, Montevideo y Bridgetown.

Los adultos mayores viven en pareja. Entre un 70% y un 85% de los hombres y entre un 55% y un 60% de las mujeres se declaran casados o unidos. La diferencia según el sexo obedece a una combinación de mayor viudez femenina y a que los hombres tienden a unirse de nuevo tras separarse o enviudar. Pocos viven solos, entre un 5% y un 16%, según los censos.

En comparación con otros grupos de edad, las personas mayores tienen menos educación, con disparidades según el género que son desfavorables para las mujeres.

Las circunstancias demográficas indican que la disminución de la fecundidad reducirá el tamaño de la red de apoyo potencial. La CEPAL estima "difícil" la situación de las personas que llegarán a mayores en los próximos años, quienes deberán prepararse para su propia vejez en condiciones poco propicias, al mismo tiempo que deberán ayudar a sus ancianos.

- **Ingresos, actividad laboral, seguridad social**

En la Argentina, clasificando los recursos en provenientes de jubilación, pensión y actividad laboral, mientras que en el segmento de 60 a 64 años, un 12% son pensionados, en el grupo más envejecido, los pensionados ascienden a un 35% que preponderantemente son mujeres viudas. Los ingresos provenientes de la actividad laboral, ascienden a 41% para los viejos "jóvenes", y apenas alcanzan el 3% en el grupo de más de 64 años.

La jubilación, en el país, es un componente básico de los ingresos de las personas mayores. A fines de 2001 la jubilación representó el 60 por ciento del total de los ingresos de las personas de 65 y más años de todos los aglomerados urbanos del país. Y en 2003 se eliminaron los cupos presupuestarios y se extendió la cobertura de pensiones asistenciales a los mayores de 70 años de escasos recursos.

La edad forzosa del retiro, que hasta el presente ronda los 65 años, hace que una fuerza laboral experimentada, con necesidad de incrementar su ingreso y consiguientemente su seguridad social, está siendo dejada de lado y expuesta a situaciones de vulnerabilidad resultantes de la inactividad y la desprotección sociosanitaria. Un efecto colateral indeseable de esta situación es el descenso de la autoestima con todas sus características psicosociológicas, la sensación de ser un estorbo y numerosos rasgos que ya hemos analizado en el área de la bioética. Todo ello sin desestimar el componente agregado de productividad y el cambio de relación en el destino de los recursos que podrían mejorar la vida de toda la

sociedad. Tanto Amartya Sen como Peter Drucker anticiparon esto diez años atrás.

Todas las variables mencionadas convergen con las destacadas por la OMS bajo la denominación de *envejecimiento saludable,* y definidas como "equilibrio entre la capacidad de las personas y sus objetivos". El concepto gira en torno a medidas promocionales de loa salud planeadas sistemáticamente, y coincide con el Objetivo 5 del documento de la OMS "Salud para todos en el siglo XXI" de 1998, así como con las definidas en el documento "Un Desafío para Europa" en 2007.

El envejecimiento saludable incluye el aprendizaje durante toda la vida, trabajar más tiempo, jubilarse más tarde y en forma gradual, tener una vida activa después de la jubilación y ocuparse en actividades que mejoren la capacidad y mantengan la salud. La capacidad de las personas mayores, sus objetivos y el medio ambiente son factores interrelacionados a considerar simultáneamente, y a la vez puntos de partida para emprender acciones desde la gestión pública y privada.

Políticas y acciones a emprender

Planteadas las principales variables conducentes a una longevidad exitosa, focalizaremos las políticas y los modelos de gestión que impactan en una mejor calidad de vida para toda la sociedad.

- **Marco político**

El enfoque de la OMS expuesto en el documento denominado precisamente "Un marco político", visualiza los resultados de una visión integral del fenómeno de la longevidad desde las políticas de desarrollo. Sus consideraciones son éstas:

Cuando la salud, el mercado de trabajo, el empleo y las políticas educativas y sanitarias apoyen el proceso de envejecimiento activo, posiblemente habrá:

- *Menos muertes prematuras en las etapas más productivas de la vida.*
- *Menos discapacidades relacionadas con enfermedades crónicas en la ancianidad.*
- *Más personas que disfruten de una calidad de vida positiva a medida que vayan envejeciendo.*
- *Más personas que participen activamente en los ámbitos sociales, culturales, económicos y políticos de la sociedad, en trabajos remunerados y sin remunerar y en la vida doméstica, familiar y comunitaria.*

- *Menos gastos en los tratamientos médicos y atención sanitaria.*

- **El marco de la gestión**

Gestionar es fijar prioridades. Para ello hay que planear de acuerdo a ellas.

Los determinantes más poderosos de salud en poblaciones contemporáneas son fundamentalmente las circunstancias sociales, económicas y culturales. El ***capital social***, formalmente definido como "el grado de confianza interpersonal en una sociedad determinada" aumenta cuando se promueve la participación activa en la vida política, social, educativa, etc. Esto fortalece el sentimiento de pertenencia y el bienestar, factores determinantes de la salud y la seguridad social de las poblaciones.

La Escuela de Salud Pública de Harvard demostró la fuerte correlación entre los niveles de equidad de una sociedad, la riqueza del capital social y la esperanza de vida. Las sociedades más equitativas y con mayor capital social forman un ambiente saludable, de respeto mutuo, de gran participación, de mayores conocimientos en el campo de la salud, todo lo cual repercute en una mayor presión social sobre las conductas desviadas, que se traduce en políticas públicas dirigidas hacia los menos favorecidos.

Se evidencia la necesidad de cambios para contener los costos del sector sanitario e incrementar los gastos de salud sobre la población sana, para asegurar que la accesibilidad al sistema se base en valores de solidaridad, inclusión y equidad, y en la necesidad de acrecentar el poder de los usuarios en las decisiones.

¿Qué puede aportar la gestión de los distintos componentes de la longevidad?

Un modelo dinámico de gestión

Se requiere un proceder eficiente, que deje de lado la antigua identificación de vejez con enfermedad, asistencia sanitaria, hospitales y fármacos. Esto implica más de un modelo de gestión. Significa que el modelo es **dinámico,** concepto que significa que hay tantos modelos como sean necesarios, ya sea que respondan a la idea de retribución, de relación con los beneficiarios, o de relación con los efectores. El manejo de los recursos humanos y de los recursos económicos tiene un óptimo determinado en consonancia con el panorama de necesidades. La estructura de atención sigue a la estrategia, y ésta a la realidad.

Lograr el equilibrio que abarque el proceso completo de atención de la salud, tiene como núcleo el conocimiento de todas sus fases, y la descentralización del sistema:

Las fases tienen un momento inicial: el *padecer.* Puede surgir luego el *malestar*, y más tarde puede aparecer el *enfermar.* En esta última fase se origina la necesidad de atención sanitaria. Pero todas las etapas previas tienen posibilidad de ser gestionadas. Por ejemplo, corrigiendo la soledad, el padecimiento y el malestar, puede que no aparezca la enfermedad. Y si aparece, la vivencia de ella será diferente, con una calidad de vida mejor.

Ese objetivo tiene que ver con el capital social. No se alcanza construyendo más hospitales, sino descentralizando el sistema, y centralizando la planificación, la organización, la coordinación y el control.

En un planteo de recursos permanentemente limitados, la gestión eficiente buscará la satisfacción de necesidades más amplia posible. La decisión de institucionalización, en equilibrio con la existencia de cuidadores domiciliarios, centros de día, teleasistencia, atención mediante unidades móviles equipadas con alta tecnología, es un constante ejercicio de gestión. No se trata de tendencias, ni de modas, ni de preferencias. Se trata de lo siguiente: todas las fases tienen una necesidad asociada. Hasta cierto punto pueden resolverse sin recurrir a la institucionalización. Ésta última tiene sus ventajas y sus desventajas. Desde la planificación, el estudio de asignación de tipos de atención mostrará el cuadro de disponibilidad y de costos.

La institucionalización tiene un costo significativo. Si la atención domiciliaria es suficiente en cantidad de recursos humanos y representa un costo inferior total al de las decisiones conjuntas de institucionalización, la opción es obvia. Pero no lo es tanto cuando se presentan necesidades simultáneas que pueden resolverse con internación de una manera más económica y viable. El mismo cálculo que muestra la limitación y costos de la atención domiciliaria sirve para balancear el uso de unidades móviles, el costo de transporte diario hacia los centros asistenciales, y otras alternativas.

Requisitos del modelo

Para planificar estratégicamente, y gestionar de manera eficiente la salud en la longevidad en el caso particular de la Argentina, se requiere:

a) Definir correctamente las patologías "gigantes" (en la Argentina esta bastante bien identificadas).
b) Definir muy bien las poblaciones en las que habrá que actuar en esas situaciones llamadas gigantes.
c) Recopilar y analizar minuciosamente los datos disponibles sobre los gigantes
d) Estudiar el método de trabajo. Las personas vivirán más tiempo, pero algunas llegarán deterioradas. Es así como la realidad tendrá una incidencia igual o aproximadamente igual a las patologías de hoy. La incidencia implica que las patologías crónicas van a seguir existiendo. La longevidad también existe, y va a seguir existiendo. La pregunta crucial a formularse es: ¿cuál es el número de individuos que llegarán sanos, y cuántos de ellos llegarán enfermos? Muchos llegarán con cronicidad y enfermedades hasta altas edades de la vida, con un factor agravante (que enfoca el PAMI y probablemente sea una de las pocas instituciones de la seguridad social, o quizás la única que lo enfoca): la salud no es un mero estar bien desde el punto de vista orgánico. Tiene que ver con el contexto social y con el contexto familiar de la persona que llega a edades avanzadas de la vida.
e) Disminuir, y en lo posible eliminar la exclusión. Hoy el nivel de exclusión social y familiar del anciano es alto. De hecho basta ver un dato objetivo de la realidad, la demanda geriátrica es altísima en el tema de

institucionalización. No es debido a maldad de la gente ni a la voluntad de alejar a los viejos de la familia. Es mucho más complejo, hay situaciones reales de familias en las que el problema es agudo y sigue aumentando. Resulta muy difícil hacerse cargo de los viejos, aunque muchos lo hacen. Si bien hay casos de abandono, son situaciones extremas, que no representan el panorama del conjunto. Sin tomar en cuenta esos extremos, el contexto social en general es expulsivo de la persona mayor, salvo en los supuestos en que es el único aportante de recursos para la familia.

f) Actuar sobre la base de la prevención. En la medida en que se logre morigerar la incidencia de las patologías prevalentes en la tercera edad, se llegará a trabajar sobre las variables de la economía de la salud.
g) Descentralizar el sistema de salud. Hay cambios importantes en lo asistencial, en el hospital de día y en la cirugía ambulatoria. En principio, salvando las cuestiones de balance de recursos, esto minimiza los niveles de internación debido al auxilio de la tecnología.
h) Implementar un sistema de planificación y administración. Es imperioso fijar metas a corto, mediano y largo plazo, y plantear un sinceramiento de los recursos.
i) Impulsar el operativo de atención primaria a la salud con el objetivo de la efectividad. Esto se traduce así: "Hágalo como quiera: con salas por barrio, con consultas planificadas para determinados especialistas ambulatorios, para la visita preventiva desde las escuelas, pero **hágalo**". Claramente, la mala gestión tiene que ver con la ineficacia en la utilización de los recursos escasos.
j) Cambiar el enfoque: el sistema de salud en Argentina se ocupa de atender la urgencia. En nuestro sistema, cualquiera puede solicitar y obtener atención. El problema no está en la accesibilidad. No ocurre lo mismo que en países como Estados Unidos de América, donde no hay aceptación para quién no está registrado y aceptado en el sistema. El problema de fondo reside en la falta de planificación, por eso se sigue asistiendo la emergencia, es decir, continúa el viejo paradigma de tapar los baches.
k) Poner el acento sobre la capacidad de desarrollo, de trabajo y de escolaridad. Una familia socialmente contenida, es un receptáculo de salud mucho más eficiente que el de una familia disgregada y sin trabajo invadida por la inseguridad de toda índole. La salud no está divorciada de la realidad, es parte de ella. Cuando decimos que el problema es de gestión, no nos referimos tan solo al problema de gestión de la salud, sino al más abarcativo de gestión social. No es útil a la sociedad poseer un complejo y completo aparato de atención primaria, implantado en un páramo de gente sin trabajo, sin educación, sin vivienda.

El conocimiento de las variables de la longevidad saludable y activa, el modelo dinámico de gestión, y la orientación de las políticas de desarrollo, configuran el cuadro de contribución a una mejora de la calidad de vida de todos los grupos etáreos.

- **Aportes y efectos de la educación y la investigación**

En relación con la segunda hipótesis, cabe preguntarse en primer término cuál es la relación entre la educación y las sanas vidas longevas y la preponderancia de la investigación en este escenario.

El nivel de educación es el factor social que consistentemente aparece asociado a vidas longevas. Es más importante que la raza y que el nivel de ingresos. No es el único factor, por supuesto. Sabemos por ejemplo que los hábitos no saludables reducen drásticamente la expectativa de vida y que hay conexión entre tener una red de contención de amigos y familia y vivir una larga vida. Y hay evidencias de que las personas que tienen más control sobre su trabajo son más sanas y viven más. Pero la incidencia de la educación está siempre presente. No hay controversia sobre esto.

Puede suponerse que la causa reside en que las personas más educadas tienden a tener comportamientos más saludables. Un adicional de cuatro años en el período educativo, reporta menos menor tendencia al tabaquismo, al alcoholismo, y a las conductas nocivas para la salud.

Si bien el promedio de vida se ha incrementado significativamente durante el último siglo, la calidad de vida de todos los grupos etáreos se ha visto significativamente disminuida por el incremento de padecimientos degenerativos que irrumpen en la vida individual y familiar provocando bruscas alteraciones. Por otra parte los presupuestos de las instituciones de salud, son insuficientes para atender a tanta gente enferma provocan una pesada carga sobre los contribuyentes,
Ante este panorama un grupo de expertos seleccionados por los organismos internacionales, tras muchos años de estudio de las causas de esta pandemia de enfermedades no transmisibles, determinó tras concienzudos análisis, que ese grupo de enfermedades tienen su origen en factores ambientales controlables y modificables, principalmente la alimentación y la actividad física regular de acuerdo a la edad y condición de cada persona. La clave entonces se encuentra en la mesa y en el gimnasio, dos factores que pertenecen al dominio y responsabilidad personal. La sobre alimentación calórica, la desnutrición de micronutrientes y la inactividad física, son la causa principal de las enfermedades que azotan a la humanidad, y depende de cada persona modificar esos factores. ¿Cómo? Participando activamente en programas de educación, promoción del auto-cuidado de la salud.

El momento propicio para instaurar esos programas y promover la asistencia y compromiso con los mismos es la gran pregunta. Juan Hitzig afirma que envejecer "es un tema de los jóvenes". Hay que cambiar el paradigma de trabajar para la vejez con los viejos y comenzar con ellos, para prepararlos, ya que son los futuros viejos. El cúmulo de centros llamados "para la tercera edad" son la consecuencia de una visión sesgada. Si bien se justifican para las discapacidades, no tienen razón de ser para distraer a personas mayores que no tienen minusvalías. El

tiempo vivido, no es discapacitante. El club de tango, el de danzas folklóricas, el de ajedrez, el de tejo... ¿por qué no se crean simplemente para jugar o bailar?

Hace falta un programa de concientización desde la escuela primaria. Es la única manera de cambiar el paradigma y hacer frente a la impresionante afluencia de viejos que vendrá, y deshacerse de esos centros carentes de finalidad. Pueden reemplazarse con ventaja con programas de movimiento y actividad física en las plazas. Va a ser mucho más barato y saludable.

Asimismo, redundaría en grandes beneficios crear centros bien específicos de prevención de la hipertensión, la diabetes, las patologías cardiológicas y epidemias, por ejemplo. Esto está relacionado con programas de salud barriales, en los que el enfoque puede dirigirse hacia una longevidad saludable.

También será mucho más barato implementar la enseñanza y explicación de todos estos conceptos, a nivel de enseñanza primaria, secundaria y universitaria, para enseñar a tiempo todo el proceso que los jóvenes tienen por delante y proporcionarles el conocimiento y las herramientas para gestionarlo.

El tema de la longevidad es como el tema del calentamiento global o como la escasez de los recursos. Así como hay que investigar las energías alternativas, planear la cantidad de petróleo que ha de extraerse, estudiar la cantidad de bocas a alimentar en relación con la cantidad de soja a cultivar para ello, para evitar que la soja cueste millones porque se ha volcado a los motores y han quedado bocas vacías, así también hay que planear, investigar, estudiar, enseñar y trabajar para la longevidad. Así como hay que esforzarse para que en cada barrio se separe la basura que se degrada, también hay que esforzarse para lograr una longevidad saludable y productiva. Más aún en la Argentina, donde no puede ignorarse que la convergencia de una atención precaria de los ancianos, ligada con la pobreza puede ser un detonante dramático si no se realiza a tiempo ese esfuerzo. Los "cartoneros" de hoy son los longevos de mañana.

En cuanto a la investigación, es hora de que la comunidad científica destierre los mitos que asocian determinadas enfermedades con el envejecimiento, y se centre en el estudio de los factores que promueven una sana longevidad. Uno de los mitos que relacionaban el deterioro cerebral con la vejez, hizo que durante décadas se retrasara la investigación. Si se lo hubiera considerado una patología propia de cualquier edad, posiblemente hubiera podido evitarse (o al menos retrasarse) la institucionalización de tantos ancianos que hoy habitan los centros geriátricos del mundo entero. Referido a otro segmento etáreo, lo mismo pudo haber sucedido con el tratamiento del flagelo de la poliomielitis, excepto por el hecho de que la investigación produjo la vacuna adecuada, en lugar de dedicar los recursos a fabricación de aparatos de ortopedia y a la construcción de institutos para inválidos.

La ciencia se plantea si existe un límite biológico de la vida o si se puede derrotar al envejecimiento. La realidad es que la esperanza de vida no ha dejado de crecer desde 1840 y nada indica que pueda detenerse. Por el contrario, lo que se desprende de esta evolución es que las condiciones de vida están modificando los

condicionantes genéticos. Geriatras, gerontólogos, demógrafos, biólogos y genetistas están inmersos en un acalorado debate sobre los límites de la longevidad, dado que la duración de la vida pierde límites para la ciencia: cada vez que se fija una edad teórica de supervivencia humana, los datos empíricos la superan velozmente. Al parecer el limite posible de extensión de la vida humana, a es el confín de la tecnología. La biología evolutiva postula que la "vida tardía" (o nuevo concepto de madurez), ha surgido después de que las fuerzas de la selección natural que afectan tanto la fertilidad como la mortalidad, han dejado de tener impacto sobre la especie humana.

Como puede concluirse, la educación y la investigación protagonizan uno de los más importantes momentos históricos en la indagación, preservación y prolongación de la vida.

BIBLIOGRAFÍA

Abramovich, V. y Courtis, C.; *El umbral de la ciudadanía: el significado de los derechos sociales en el Estado social constitucional*, Estudios del Puerto, Buenos Aires, 2006.

Aisen, R. (Compiladora), *Temas de Gerontologia Social,* editado por la Dirección General de la Tercera Edad, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2003.

Albala, C., Lebrão, M. L., León Díaz, E. M., Ham-Chande, R., Hennis, A. J., Palloni A. et al., "Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE)", en Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 17, N° 5-6, Washington, mayo-junio 2005.

Alemán, C.; "Editorial", en *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, N° 45, Madrid, 2003.

Alfano, A.; Andrés, H.; Rodríguez Elénico, L. y Vitelli, M., "Desafíos Éticos en la Práctica de Atención de Adultos Mayores", trabajo presentado en el *IV Congreso Panamericano de Gerontología y Geriatría*, Puebla, Mayo de 2007.

Alonso, F.; "Accesibilidad en las viviendas", en Boletín N° 27, *Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas* (*www.ceapat.org*), Madrid, 1999.

Altaleff, E., "Plan Gerontológico: Aportes al logro de objetivos y recomendaciones para acciones programáticas", ponencia de AMAOTE República Argentina (Asociación Mutual de los Agentes de los Organismos de la Tercera Edad), en el Seminario Internacional *Desafío a los sistemas de salud: atención integral al adulto mayor*, *Conferencia Interamericana de Seguridad Social* (CISS), México, 2008.

Alvarado Saldaña, M.; "Fundamentos de salud y longevidad", en *Pro-Salud, Portal de la Asociación Hispanoamericana de Nutriologia Alternativa, Ortomolecular y Antienvejecimiento (AHANAOA): www.nutriologiaortomolecular.org*, México, 2005.

Álvarez Leefman, F., "Biología celular y molecular del envejecimiento neuronal. Estado actual y perspectivas", en *Salud Mental 1999,* publicado en *www.imbiomed.com.*

AMAOTE (Asociación Mutual de los Agentes de los Organismos de la Tercera Edad); CISS (Conferencia Interamericana de Seguridad Social) y CADAM (Comisión Americana de los Adultos Mayores), "Una década dedicada a la gerontología", México, agosto de 2008.

Aragall i Clavé, F.; *Hogares diseñados para todos*, Consorci de Recursos I Documentació per L'autonomía Personal (CRID), Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO), Universidad de Salamanca, 1999.

Aragall i Clavé, F.; *Diseño para todos. Un conjunto de instrumentos.* Documentación técnica de la Coordinadora de Diseño para todas las personas, Barcelona, 2003.

Aragües Ortiz de Zárate, E.; Pacheco Yánez, L.; Etxebeste Portugal, M.; Malo Oceja, P. y Aragües Figuero, M.; "Suicidio en el anciano. Depresión y soledad del anciano en la ciudad", *en Psiquis, Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, Vol. 19, N° 7, Universidad de la Rioja, 1998.

Aranguren, J.; *Ética*, Alianza Editorial, Madrid, 1990.

"Argentinos pobres y viejos", Entrevista a Silvia Gascón, en *Línea Capital, Sección Sociedad*, Misiones, 28 de octubre de 2008.

Arriagada I, Aranda V. y Miranda F., División de Desarrollo Social de la CEPAL, "Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas", en CEPAL, *Serie Políticas Sociales N° 114.* Santiago de Chile, diciembre de 2005.

Arriagada I., "Cambios en las Políticas Sociales: políticas de género y familia", En CEPAL, *Serie Políticas Sociales N° 119*, Santiago de Chile, abril de 2006.

Atkinson, P.; Hammersley, M., "Etnography and Participant Observation", en Denzin, N., Lincoln, Y. (Eds.), *Handbook of Qualitative Research*, Sage Publications, California, 1994.

Banco Mundial, "Shocks and Social Protection: Lessons from the Central American Coffee Crisis. Volume II. Detailed Country Analyses". *Poverty Reduction and Economic Management and Human Development Sector Management Units, Latin America and the Caribbean Region*, October 8, 2004.

Barbieri, A., *La gestión como clave en el integración iberoamericana*, Eudeba, Buenos Aires, 2008.

Barenblit, V., y Molina, S., "Salud comunitaria. Aspectos promocionales en la salud del adulto mayor", en *Aspectos Psicosociales del Adulto Mayor. Salud comunitaria, creatividad y derechos humanos.* Ediciones de la UNLa, Departamento de Salud Comunitaria, Lanús, Buenos Aires, diciembre de 2004.

Beauchamp, T., Childress, J., *Principios de ética biomédica*, Masson, Barcelona, 1999.

Bertranou, F. y Sánchez, A., "Tendencias en indicadores de empleo y protección social de las personas mayores en América Latina", *Oficina Internacional del Trabajo (OIT),* Santiago de Chile, 2003.

Binstock, R., Post, S., (Eds.), *Too Old for Health Care?* Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1991.

Birren, J. y Birren, B., "The concepts, models and history of the psychology of aging", en Birren, J. y Shaie, K., *Handbook of the Psychology of Aging*, Academic Press, San Diego, 1990.

Blaikie, A., *Aging & Popular Culture,* Cambridge University Press, New York, 1999.

Bobbio, N., *El tiempo de los derechos*, Madrid, Editorial Listema, 1995.

Bourdieu, P. y Loïc, J., *Respuestas. Por una antropología reflexiva*, Grijalbo, México, 1998.

Boveris, A.; Costa, L. E. y Junqueira, V. B. C., "Envejecimiento mitocondrial. "La teoría del envejecimiento mitocondrial por la acción continua de los radicales libres del oxígeno y del nitrógeno", en *Revista Ciencia e Investigación*, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, enero-junio 2000.

Boveris, A., "La duración de la vida humana. Más años y más vida", en *Revista Encrucijadas* (UBA), N° 25, abril de 2004.

Busse, E., Blazer, D., "The Theories and Processes of Aging", en *Handbook of Geriatric Psychiatry,* Van Nostrand Reinhold Ed., New York, 1980.

Butler, R., Gleason, H., *Productive Aging: Enhancing Vitality in Later Life,* Springer, New York, 1985.

Butler, R., "La revolución de la longevidad", en *El Correo de la UNESCO*, enero de 1999.

Buzeki, M., "Prácticas de cuidado y calidad de vida. Estudio de las perspectivas de ancianos y cuidadores en el Hogar Municipal de Ancianos de Mar del Plata", *Anuario de Investigación*, Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP), 2004.

Callahan, D., Po*ner límites. Los fines de la medicina en una sociedad que envejece*, Editorial Triacastela, Madrid, 2004.

Campillo Rotilva, R. y González González A., "Morbilidad cardiovascular en el adulto mayor", en *Revista Cubana de Medicina General Integral*, Volumen 17, N° 6, La Habana, noviembre-diciembre 2001.

Caplan, A., "Is aging a disease?", Indiana Univ. Press, 1992, citado en *Antropobioética*, Mainetti, J., Quiróz Ed., La Plata, 1995.

"Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud", *Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud*, Ottawa, 21 de noviembre de 1986.

Castañeda, M., *Envejecimiento: la última aventura; preocupación humana, desinterés biológico y oportunidades eugéricas"*, Fondo de Cultura Económica, México DF, 1994.

Cela, J., "Un espacio de contención y aprendizaje", entrevista a la Lic. Gabriela Groba, en *Revista En San Telmo y sus alrededores*, N° 78, abril de 2005.

CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe -CEPAL-), "América Latina y el caribe. Rasgos principales de los países con envejecimiento incipiente", en *Boletín 6. Envejecimiento y Desarrollo en América Latina y el Caribe*, diciembre de 2008.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) y CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. División de Población de la CEPAL), "Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas", Santiago de Chile, 2002.

CEPAL, "La mitad de los adultos mayores carece de ingresos en América Latina y el Caribe", Comunicado de Prensa de la CEPAL, 23 de marzo de 2004.

CEPAL, *Población, envejecimiento y desarrollo,* Santiago de Chile, 2004.

CEPAL, *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*, Santiago de Chile, febrero de 2006.

CESCR-ONU (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas), "Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores: 08/12/95", *CESCR Observación general*, N° 6, Nueva York, 1995.

Chande, R.; *Esperanzas de vida y expectativas de salud en las edades avanzadas,* Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, El Colegio de la Frontera Norte, México, 2001.

Chuaire L., "Telómeros y telomerasa: Breve recuento de una historia iniciada por Hermann Müller y Bárbara McClintock", en *Colombia Médica*, Universidad del Valle, Cali, septiembre de 2006.

CIDH (Comisión Interamericana de Derechos Humanos), "Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador)", San Salvador, 17 de noviembre de 1988.

Cole, T., *The Journey of Life: A cultural History of Aging in America*, Cambridge University Press, Cambridge, 1992.

Congreso Colombiano de la Asociación de Gerontología y Geriatría, Documentos del VIII Congreso, Cartagena de Indias, 16 al 19 de abril de 2008.

Consejo Estatal de Población, *Boletín Mensual de Información*, Vol. 1, N° 3, Aguascalientes, noviembre de 2003.

Cortina, A., "Pluralismo moral. Ética de mínimos y ética de máximos", Conferencia en la Universidad de Chile, Santiago de Chile, 6 de mayo de 2003.

CRID (Centro Regional de Información sobre Desastres. América Latina y Caribe), Documento 14708.

Cutler, D., "Declining Disability Among The Elderly", Health Affairs, Bethesda, Maryland, 2001.

Cutler, D. and Lleras-Muney, A., "Education and Health: Evaluating Theories and Evidence", in Schoeni R.; House J.; Kaplan G; Pollak H. (editors), *Making Americans Healthier: Social and Economic Policy as Health Policy*, Russell Sage Foundation, New York, 2008.

Daniels, N., *Just Health Care*, Cambridge University Press, Cambridge, 1985.

Declaración Ibero-Latinoamericana sobre Derecho, Bioética y Genoma Humano, en *Bioética Informa,* Boletín N° 25, Ed. Programa Regional de Bioética OPS/OMS, Santiago de Chile, diciembre de 2001.

de los Reyes, M. C., "Construyendo el concepto de cuidador de ancianos", *IV Reunión de Antropología do Mercosul*, Curitiba, noviembre de 2008.

Di Véroli, D. y Schmunis, E., *Arquitectura y envejecimiento. Hacia un Hábitat inclusivo*, Nobuko, Buenos Aires, 2008.

Drucker, P. F., *Los desafíos de la administración en el Siglo XXI,* Editorial Sudamericana, Buenos Aires, 1999.

Dulcey Ruiz, E.; Mantilla Mantilla, G., Carvajal Martín, L. y Camacho Cabrera, G., *Envejecimiento, comunicación y política,* Centro de Psicología Gerontológica (CEPSIGER), Ministerio de Comunicaciones, Bogotá, DC., 2004.

Durán Heras, M., *Los costes invisibles de la enfermedad*, Fundación BBVA, Bilbao, 2002.

"Envejecimiento Saludable. Un Desafío para Europa. Una versión reducida", Instituto Sueco de Salud Pública, Estocolmo, julio de 2007.

"Estudio Económico y Social 2007", *Naciones Unidas,* New York, 2007.

Evans, R., y col., "Apocalypse No", citado en Molina Domínguez, E. y Ortega Carnicer, J. O., *Las sociedades envejecidas y los recursos sanitarios*, en Revista Electrónica de Medicina Intensiva, Artículo Especial N° 65, Vol. 7, N° 2, Madrid, febrero de 2007.

Fantova, F. "Apostar a los servicios sociales", en *El País,* Montevideo, 2006.

Fassio, A. y Amadassi, E., "Resoviendo problemas conceptuales y de investigación para la formulación de políticas públicas: el caso de la vulnerabilidad en la Tercera Edad", *Documento de trabajo N° 2*, Subsecretaría de Programación Macroeconómica, Buenos Aires, 1997

Fassler, C. et. al, *Familias en cambio en un mundo en cambio,* Ediciones Trilce, coedición con Red Género y Familia, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Facultad de Ciencias Sociales, Montevideo, 2006.

Favaloro, R., Seminario "La Asistencia Médica", en *Programa de integración hacia la Calidad Total*, Fundación OSDE, Buenos Aires, 13 de mayo de 1993.

Fericgla, J., *Envejecer. Una antropología de la ancianidad.* Anthropos, Barcelona, 1992

Fernández Ballesteros, R., *Dominios para promover el envejecimiento óptimo,* Conferencia, Univ. Autónoma de Madrid, 2003.

Ferguson, M., *La conspiración de Acuario. Transformaciones personales y sociales en este fin de siglo.* Editorial Troquel, Buenos Aires, 1989.

Ferreira, P., "Cuarta edad. Los mayores de 80 ya son casi un millón en el país", *Clarín*, Buenos Aires, 28 de julio de 2008.

Figueroa Yáñez, G., "Ética y Política" en *Anuario de Filosofía Jurídica y Social*, Edeval, Valparaíso, 1987.

Foucault, M., *La Vida de los Hombres Infames*, Editorial Altamira y Nordam Comunidad. Montevideo, 1996.

Foucault, M., "Utopías y heterotopías", conferencia radiofónica de diciembre de 1966, reproducida en *Revista Fractal N° 48*, 23 de noviembre de 2008, México

Frank, E., "Vejez, arquitectura y sociedad", en *Accesible.com.ar*, diciembre de 2004.

Fries, J., "Aging natural death and the compression of morbidity", in *The New England Journal of Medicine*, Vol. 303, Massachusetts, 1980.

Fries, J., "Measuring and Monitoring Succes in Compressing Morbidity", in *Annals of Internal Medicine*, Vol. 139, septiembre de 2003.

Gascón, S. y col., *Vejez y pobreza en Argentina. La Visión de las Personas de Edad,* Ediciones ISALUD, Buenos Aires, 2007.

García Férez, J., "Bioética y Personas Mayores", en *Portal Mayores, IMSERSO-CSIC, Informes Portal Mayores*, N° 4, Madrid, 31 de marzo de 2003.

García Vicente, S., en NetDoctor.es, 6 de septiembre de 2008.

Geronto – geriatria. Órgano Oficial de la Federación Argentina de Geriatría y Gerontología y de la Asociación Gerontológica Argentina, 18 de agosto de 2008.

Giménez López, D., "Relación entre género y envejecimiento", en *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, N° 40, Madrid, diciembre de 2002.

Gómez, M.; Machín, M. J.; Roque, K. y Hernández, G., "Consideraciones acerca del paciente geriátrico", *Rev. Cubana Med Gen. Integral* 17 (5): 468-72; 2001.

González Rodríguez, A. M. y Palma López, M. A., "Principales causas de morbilidad en una población de adultos mayores", en *Revista de Ciencias Médicas de La Habana*, Vol. VII, N° 2, La Habana, abr-jun. 2008.

Groba, G. y Fustinioni, A. M., *Población vulnerable en la Ciudad de Buenos Aires. Hogares de día para la tercera edad. Un estudio de caso,* Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Documentos de Políticas Sociales, Buenos Aires, 2001

Grupo de investigación sobre ciudad y derechos humanos, 2003, Escuela Superior de Arquitectura, Universidad de Valladolid.

Guías difundidas por CRID (Centro Regional de Información sobre Desastres. América Latina y Caribe. Documento 14708).

Guillemard, A. M., *Le déclin du social*, PUF, París 1986.

Guzmán, J. M., *Envejecimiento y Desarrollo,* CEPAL, Santiago de Chile, Agosto de 2003.

Guzmán, J. M., "La situación del envejecimiento en América del Sur en el contexto de Madrid +5 y los objetivos del Milenio", documento presentado en la Reunión de gobiernos y expertos sobre envejecimiento en países de América del Sur, Buenos Aires, 14 al 16 de noviembre de 2005.

Haberlas, J., *Problemas de legitimación en el capitalismo tardío*, Amorrortu, Buenos Aires, 1986.

Ham-Chande, R., *Esperanzas de vida y expectativas de salud en las edades avanzadas*, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, El Colegio de la Frontera Norte, México, 2001.

Harper, S., *Actualización sobre el envejecimiento, Envejecimiento 2000-Preguntas para el siglo 21,* Ageing and Society, Cambridge University Press, 2000.

Henkin, L., *The Age of Rights*, Columbia University Press, Nueva York, 1990.

Hernández, G., "Mayores: aspectos sociales", *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, N° 45, Madrid, 2003.

Hitzig, J. F., *Cincuenta y tantos. Cuerpo y mente en forma aunque el tiempo siga pasando.* Grijalbo, Buenos Aires, 2005.

Huenchuan, S., "Diferencias sociales en la vejez. Aproximaciones conceptuales y teóricas", en *Revista de trabajo social perspectivas: notas sobre intervención y acción social*, N° 12, Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez, Santiago de Chile, 2003.

Huenchuan, S. y Morlachetti, A., "Análisis de los instrumentos internacionales y nacionales de derechos humanos de las personas mayores", *Notas de población*, N° 81, CEPAL, 2006.

Huenchuan, S. y Morlachetti, A., "Derechos sociales y envejecimiento: Modalidades y perspectivas de respeto y garantía en América Latina", *Notas de Población*, N° 85, CEPAL, 2006.

Husserl, E., *La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental.* Crítica, Barcelona, 1991.

IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales), *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*, Madrid, Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales, diciembre de 2004.

INSSJP (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados), Programa Nacional de Promoción y Prevención Sociocomunitaria "Prevenir para seguir creciendo", aprobado por Resolución N° 585 del INSSJP, Buenos Aires, 15 de mayo de 2008.

INSSJP, Programa de Asistencia a Situaciones de Ato Riesgo Sociosanitario (PROSAR), aprobado por Resolución N° 1490 del INSSJP, Buenos Aires, 3 de diciembre de 2008.

INSSJP, Programa "Club de Día" aprobado por Resolución N° 27 del INSSJP, Buenos Aires, 13 de enero de 2009.

INSSJP, Resolución 27, Anexo A, Buenos Aires, 13 de enero de 2009.

Jaspers, K., *Psicopatología General*, Beta, Buenos Aires, 1977.

Jonas, H., *El principio de responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica.* Ed. Herder SA, Barcelona, 1995.

Katzman, R., "Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social. Borrador para discusión", 5° Taller Regional. *La medición de la pobreza: métodos y aplicaciones,* Aguascalientes, BID – BIRF – CEPAL, junio de 2000.

Katz, I., "Articular el sector público con el privado es primordial para la salud", en *www.revistamedicos.com.ar*, N° 20, Buenos Aires, diciembre de 2001.

Kehl Wiebel, S., Fernández Fernández, J. M., "La construcción social de la vejez", en *Cuadernos de Trabajo Social Nro. 14,* pp. 125-132, UNAM, México, 2001.

Keren Hayesod official site, *Strengthening Israel Society, "*Amigour - Sheltered Housing for Elderly Inmigrants", 2 de julio de 2008.

Khun, T. S., *La estructura de las revoluciones científicas,* Fondo de Cultura Económica, México, 1971.

Knopoff, E. A. y Oddone, M. J., (Compiladores), *Dimensiones de la vejez en la Sociedad argentina*, Centro Editor de América Latina, 1991.

Kolata, G., "La educación, un factor crucial para vivir una larga vida", en *La Nación. Ciencia y Salud*, 4 de enero de 2007.

Krennerich, M. y Góngora, E., "Los derechos sociales en América Latina. Desafíos en justicia, política y economía", *Artículos del Centro de Derechos Humanos de Nuremberg*, Nuremberg, enero de 2006.

"La Salud Pública en Cuba, Hechos y Cifras", DNE, MINSAP, La Habana, 1998.

"La verdad", Alicante, 24/11/2008, citado en *Boletin RLG*, N° 110, marzo de 2009.

"La vida, larga y bella", en *La Nación Revista*, Buenos Aires, 2 de octubre de 2005.

Langer, E. J., *Mindfulness. Reading,* Perseus Books, Massachusetts, 1989.

Lehr, U., "Psicología de la senectud", en *Proceso y aprendizaje del envejecimiento,* Ed. Herder, Barcelona, 1988.

Lehr, U., "Les implications politiques de la longévité", en Jasmín, C. et Buttler, R., *Longevité et qualité de vie - défis et enjeux*, Inst. Synthécabo, París, 1999.

Lévinas, E., *Autrement qu'Être ou Au-delà de l'Essence*, Martinus Nijhoff, La Haya, 1974.

Loewy, M., *La vejez en las Américas. Perspectivas en Salud,* OPS (Organización Panamericana de la Salud), Washington D.C, 2004.

Lolas Stepke, F., *Temas de bioética*, Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 2002.

Lolas Stepke, F., *Bioética del cuidado en la ancianidad,* Universidad de Chile, Santiago de Chile, 2003

Lolas Stepke, F., "La vejez como etapa vital: consideraciones bioéticas", en *Documentos de Gerontología,* Universidad de Chile, Santiago de Chile, 2004.

Lolas Stepke, F., *Escritos sobre vejez, envejecimiento y muerte*, Ediciones Universidad Arturo Prat, Iquique, 2006.

Lolas Stepke, F., *Bioética, el diálogo moral en las ciencias de la vida.* Mediterráneo Ltda, Santiago de Chile, 2001, 2ª. Ed.

"Long Term Care Review: Florida Nursing Homes. Regulation, Quality, Ownership and Reimbursement", *Florida Agency for Health Care Administration (AHCA)*, Florida, octubre de 2007.

López González, J., Pérez Marín, M. T., "Revisión sobre los factores psicológicos favorecedores de un proceso de envejecimiento saludable", en *Revista PsicologíaCientífica.com*, Alicante, 12 de noviembre de 2008.

Mainetti, J. A., *Estudios Bioéticos*, Quirón, Buenos Aires, 1993.

Marías, J., "Profundidad", *ABC*, Madrid, 2 de octubre de 1999.

Martínez Buján, R., "Inmigración y envejecimiento desde una perspectiva asistencial", Universidad de la Coruña, 2008.

McGowan, T., "Ageism and Discrimination", en Birren J. *Encyclopedia of Gerontology,* Academic Press, New York, 1996.

McGowan, T., "Ageism and Discrimination", en Birren J. *Encyclopedia of Gerontology,* Academic Press, New York, 1996.

Palmore, E., "The ageism survey: first findings", *The Gerontologist*, 41, 2001, citado en Losada Baltar, A., "Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención", *Informes Portal Mayores*, N° 14, Madrid, 28 de febrero de 2004.

Menéndez, E., *Morir de Alcohol. Saber y Hegemonía Médica,* Editorial Alianza, México, 1990.

Menéndez, E., "Investigación antropológica, biografía y controles artesanales", en *Nueva Antropología,* Vol XIII, N° 43, México 1992

Moody, H. R., "The Meaning of Life in Old Age", en Jeker, N. S. (ed), citado en *Antropobioetica*, Ed. Quiroz, La Plata, 1995.

Moody, H., "Ageing, Meaning and the Allocation of Resources", en *Ageing and Society*, Vol. 15, Cambridge University Press, jun.1995, pp. 163-184.

Muchnik, E., "El curso de la vida y la historia de vida", en *La Vejez. Una mirada Gerontológica actual*", Paidós, Buenos Aires-Barcelona, 1998.

Muñoz, B., "Teoría de la Crisis. Habermas / Offe", en Reyes, R., (Dir), *Diccionario Crítico de Ciencias Sociales,* Tomos I-IV, Ed. Plaza & Valdés, Madrid, 2008.

Murray, C. J. L., López, A. D., *The global burden of disease and injurie series,* Harvard School of Public Health, Boston, MA, 1996.

Nallim, F., "Tecnología Asistencial a personas de la Tercera Edad", en *www.gerontogeriatría.org.ar,* 10 de enero de 2009.

Navarro, A., Boveris A., "The mitocondrial energy transduction system and the aging process", in *Am J Physiol Cell Physiol* 292: C670-C686 (2007).

Neugarten, B., *Age or Need? Public Policies for Older People,* Sage, Beverly Hills, California, 1983.

Neugarten, B., *Los significados de la Edad*, Sage Publications, Newbury Park, 1998.

Neugarten, B., "Dinámica de la Transición desde la mediana edad a la Vejez. Adaptación y ciclo vital", Material bibliográfico del Posgrado en Gerontología Social, Universidad Maimónides, Buenos Aires, 2003.

Nulan, S. B., *El arte de envejecer: Recomendaciones de un médico,* Taurus Ediciones SA, Grupo Santillana, Madrid, 2007.

Núñez, J.F., "Biología del envejecimiento" en *Geriatría desde un principio,* Tema I, Ed. Glosa, Barcelona, 2001.

Oddone, M. J., *Los trabajadores de mayor edad: empleo y desprendimiento laboral,* Serie Documentos de Trabajo Nro.38, CEIL-CONICET, 1994.

Oddone, M. J., "Aspectos sociales del envejecimiento", en Rocabruno Mederos, J. C. (Compilador), *Tratado de Gerontología y Geriatría Clínica,* Editorial Científico –Técnica, La Habana, 1999.

Oddone, M. J., *Actitudes, percepciones y expectativas de las personas de mayor edad*, Convenio FLACSO, Secretaría de la Tercera Edad y Acción social, Buenos Aires, 2001.

Oddone, M. J., "Trabajo, jubilación y tiempo libre (Una ecuación a resolver en la vejez), *Revista de Psicología Psico Logos*, Año XI - N° 12, Universidad Nacional de Tucumán, octubre de 2002.

Oddone, M. J. y Aguirre M. B., "Ochenta y más: los desafíos de la longevidad", en *Aspectos Psicosociales del Adulto Mayor. Salud comunitaria, creatividad y derechos humanos*, Ediciones de la UNLA, Lanas, Buenos Aires, diciembre de 2004.

Oficina Nacional de Estadísticas de Cuba, "El envejecimiento de la población. Cuba y sus territorios. Cifras e indicadores para su estudio 2000", La Habana, 2001.

OISS (Organización Iberoamericana de Seguridad Social), Proyecto "Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países iberoamericanos. Avances y perspectivas", Madrid, 2008.

OIT (Organización Internacional del Trabajo), *Una alianza global contra el trabajo forzoso*, Ginebra, 2005.

OMS, *Envejecimiento activo: un marco político,* Washington DC, 2002.

OMS, "¿Qué repercusiones tiene el envejecimiento mundial en la salud pública?", en *www.who.int*, Ginebra, 29 de septiembre de 2006.

OPS (Organización Panamericana de la Salud), *Revista Panamericana de Salud Pública*, Número Especial sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe, Vol. 17, No 5, 6., Mayo-Junio 2005.

OMS, *Ciudades globales amigables con los mayores. Una guía,* Ginebra, 2007.

ONU (Organización de las Naciones Unidas), *Documentos sobre la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento*, Viena, 1982.

ONU, *The Challenges of Ageing Populations in the Developing World,* INIA, Malta, 1996.

ONU, Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento, 2002.

ONU, *World Population Ageing 1950-2050*, New York, 2002.

ONU, *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento,* Cap. I, Resolución 1, Anexo II, Madrid, 8 a 12 de abril de 2002.

ONU, *Estudio Económico y Social 2007*, Nueva York, 2007.

OPS, *Encuesta Multicéntrica Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Informe Preliminar*, División de Promoción y Protección de la Salud, Washington, Mayo 2001.

OPS/OMS, *Envejecimiento de las Américas: proyecciones para el Siglo XXI,* Washington DC, 2000.

OPS, "Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento", en *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 17, N° 5-6, Washington, mayo-junio 2005.

Palmore, E., *Ageisms. Negative and Positive*, Springer Publishing Co., New York, 1990.

Palmore, E., "The ageism survey: first findings", en *The Gerontologist*, N° 41, 2001, citado en Losada Baltar, A., "Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención", *Portal Mayores, Informes Portal Mayores*, N° 14. Madrid, 28 de febrero de 2004.

Panadeiros, M., *La desigualdad en la salud,* Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas (FIEL), Buenos Aires, 2008.

Paola, J. et al, *Construyendo el Trabajo Social con Adultos Mayores. Realidad y análisis de los Centros de Día,* Espacio Editorial, Buenos Aires, 2003.

Payer, L., *Medicine and culture*. H. Holt & Co, New York, 1996.

Pelletier, K. R., *Longevity: Fulfilling our biological potencial*, Dell Publishing Co, New York, 1981.

Pérez Díaz, J., "La demografía y el envejecimiento de las poblaciones", en Staab A.S. y Hodges L.C., *Enfermería Gerontológica*. McGraw Hill, México D.F. 1998

Pérez Díaz, J. *Envejecimiento poblacional y dependencia: Una perspectiva desde la necesidad de cuidados,* Centre d'Estudis Demogràfics, Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, 2000.

Pérez Díaz, J., *La madurez de masas,* Imserso, Madrid, 2003.

Pérez y Pérez F., "Sistema inmunológico y envejecimiento: Inmunosenescencia", *CEOMA – Confederación Española de Organizaciones de Mayores. VI Congreso*, Comunicación N° 30, Valladolid, 19-21 de octubre de 2003.

Perlado, F., *Teoría y práctica de la geriatría,* Ediciones Díaz de Santos, Madrid, 1995.

Peruchon, M. y Thomé-Renault, A., *Vejez y pulsión de muerte*, Amorrortu, Buenos Aires, 1992.

Portal Mayores, Portal Especializado en Gerontología y Geriatría, en *www.imsersomayores.csic.es*, Madrid, 13 de noviembre de 2008.

Porter, M. and Teisberg, E., *Redefinign Health: Creating Value based Competition on Results*. Harvard Business School Press, Harvard, 2006.

"Primera Jornada de Unidades de Geriatría del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) *Dr. Ángel Papeschi*", organizada por la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires y la Sociedad Iberoamericana de Gerontología (SIG), Buenos Aires, 10 de Agosto de 2007.

Redondo, N., "El Envejecimiento", Material Bibliográfico del Posgrado en Gerontologia Social, Universidad Maimónides, Buenos Aires, 2003.

Redondo, N., "Exclusión social de discapacitados físicos y mentales dependientes institucionalizados en América Latina y el Caribe", Informe Argentino ISALUD-OPS-BID, Buenos Aires, julio de 2007.

Reich, W. T. (Ed.), *Encyclopedia of Bioethics,* Macmillan, New York, 1978.

Reich, W. T. (Ed.), *Encyclopedia of Bioethics,* Macmillan, New York, 1995.

Rodríguez Cabrera, A. y Alvarez Vázquez, L., "Repercusiones del envejecimiento de la población cubana en el sector salud" en *Rev. Cubana Salud* 32(2):423;25 abr.-jun.2006.

Rodríguez Cabrero, G. y Monserrat Codorniz, J., *Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependenacia,* IMSERSO, Madrid, 2002.

Romero X. y Wasiek, Ch., "El envejecimiento demográfico requiere modificar normas establecidas en función de la edad cronológica", en *Boletín Mensual de Gerontogeriatría Nro. 113*, Santiago de Chile, junio de 2009.

Rose, M. R. ; Rauser, C. L. ; Mueller L. D., "Late Life: A New Frontier for Physiology", in *The End of Aging?,* University of Chicago Press Journals, December 5, 2005.

Salvarezza, L., *Psicogeriatría. Teoría y clínica,* Paidós, Buenos Aires, 1988.

Salvarezza, L. Compilador, *La Vejez. Una mirada gerontológica actual.* Editorial Paidós. Buenos Aires-Barcelona, 1998.

Salvioli, F., "El desarrollo de la protección internacional de los derechos humanos, a partir de las Declaraciones Universal y Americana", *Relaciones internacionales*, N° 13, Instituto de Relaciones Internacionales, La Plata, 1997.

Samperio, M.A., "Pasamos de la beneficencia a la ciudadanía", *El Diario Montañes*, Santander, 15 de agosto de 2006.

Sánchez García, P., *ABC*, Madrid, 14 de enero de 1999.

Sauma, P. y Sojo, A., "Pobreza y vulnerabilidad social: mercado de trabajo e inversión social en el istmo Centroaméricano a inicios del milenio", CEPAL, México, 2003.

Schramm, F. R. y Kottow, M., "Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas", en *Cadernos de Saúde Pública,* N° 17, Río de Janeiro, jul/ag. 2001.

Secretaría de la Tercera Edad y Acción Social, "Informe sobre la Tercera Edad en Argentina", Buenos Aires, marzo de 2001.

SENAMA, Programa de viviendas "Derecho a Techo", Gobierno de Chile, 2008.

Sen, A., "Desigualdad y desempleo en la Europa contemporánea", Extracto de la ponencia presentada en la Conferencia de Lisboa sobre la Europa Social en mayo de 1997, en *Revista de la Organización Internacional del Trabajo,* N° 27, diciembre de 1998.

Sen, A., Discurso inaugural pronunciado ante la *Asamblea Mundial de la Salud N° 52*, Ginebra, 18 de mayo de 1999.

Sen, A., *Desarrollo y Libertad.* Planeta, Buenos Aires, 2000.

Sen, A., "El capitalismo más allá de la crisis", en *prodavinci.com*, 20 de abril de 2009.

Sen, A. y Kliksberg, B., *Primero la Gente. Una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado,* Temas Grupo Editorial, Buenos Aires, 2009.

Serejilevich, M., "Vejez", en *Temas de Psicogeriatría,* Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1990.

Smith, A., *La teoría de los Sentimientos Morales*, Alianza Editorial, Madrid, 2004.

Sociedad Japonesa para la rehabilitación de las personas con discapacidad, "Abriendo nuevas avenidas hacia un Japón libre de barreras", *Disability World*, N° 11, (www.disabilityworld.org), nov-dic 2001.

Stiglitz, J., "Incentives and Institutions in the Provision of Health Care in Developing Countries: Toward an Efficient an Equitable Health Care Strategy". *IHEA Meetings,* World Bank, 1999.

The OECD Health Project, "Towards High-Performing Health Systems", oct. 2004.

Tobaruela González, J.L., "El envejecimiento desde la perspectiva biológica", en Agüera Ortiz, L.; Cervilla Ballesteros, J.; Martín Carrasco, M. (Editores), *Psiquiatría Geriátrica,* Masson, Barcelona 2006.

Trégouët, R., "La esperanza de vida puede duplicarse en el siglo XXI", en *www.tendencias21.net*, 12 de julio de 2004.

"Una buena noticia para los adultos mayores", *Agencia Informativa Católica Argentina* (AICA), en *www.aica.org*, Buenos Aires, 12 de octubre de 2006.

"Uno de cada tres mayores de 65 carece de jubilación o pensión", *Diario Página 12*, Sección Sociedad, Buenos Aires, 7 de mayo de 2001.

Urroz, G.; Vasilachis, M.E. y Jáuregui, M., "Características Socio Sanitarias de la población vulnerable de Adultos Mayores de 80 y más años. Factores de riesgo de los afiliados de PAMI", Universidad Maimónides, Posgrado en Gerontología Social, Publicado en *Congreso de Gerontologia y Geriatría de Chile,* 2003.

Vargas-Mendoza, J. E., *Teoría de la Acción Comunicativa: Jürgen Habermas,* Asociación Oaxaqueña de Psicología, México, 2006.

Vasallo C., y Sellanes M., "La salud en la Tercera Edad", en *Informe sobre la tercera edad en Argentina,* op. cit. Capítulo 3.

Vega, J. L., *Desarrollo Adulto y envejecimiento*, Editorial Síntesis, Madrid, 1995.

Vega, J.L.; Bueno Martínez, M. B; Buz Delgado, F., "Sociología del Envejecimiento", en *Geriatría desde un principio,* Tema 2, Editorial Glosa, Barcelona, 2001.

Vergara Petrescu, J., "Ancianolandia y la primera ciudad para abuelos en Chile", en *Plataforma Urbana,* Santiago de Chile, 12 de diciembre de 2005.

Villa, M.; Rivadeneira, L., "El proceso de envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica", 2003. (Documento original presentado en el *Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad,* Santiago de Chile, 8 al 10 de septiembre de 1999).

Von Mises, L. *La acción Humana.* Unión Editorial, Madrid, 1980.

Weber, M., *Economía y Sociedad,* FCE, México, 1994.

Wright, P., "El envejecimiento según dos modelos: el Biológico y el Social" en *Aspectos Psicosociales del Adulto Mayor. Salud comunitaria, creatividad y derechos humanos,* Ediciones de la UNLa, Lanús, Buenos Aires, diciembre de 2008.

www.accesible.com.ar, "Entrevista a Francesc Aragall", 22 de abril de 2005.

www.bcn.es/habitatge/es, Página web del Ayuntamiento de Barcelona, Sección Vivienda.

www.demayores.com, "A las empresas privadas dedicadas a las residencias de mayores no les va mal el negocio", artículo publicado el 5 de mayo de 2006.

www.demayores.com, "En Ecuador las mujeres no se jubilan", artículo publicado el 9 de marzo de 2008.

www.diabetesvoice.org, Peláez, M. y Vega, E., "Envejecimiento pobreza y enfermedades crónicas en América Latina y el Caribe", en *Diabetes y Sociedad,* Vol. 51, N° 4, diciembre de 2006.

www.domoticaviva.com, "Lliri Blau, la primera urbanización de viviendas 100% sostenibles es ya una realidad", publicado el 2 de octubre de 2005.

www.elproa.cl, "Serviu traspasa a Senama. Stock de viviendas para adultos mayores", en *Diario Proa Regional*, 24 de febrero de 2009.

www.helpage.org, Portal de HelpAge International, "Temas clave de las personas mayores en situaciones de emergencia", publicado el 9 de febrero de 2007.

www.prensamarchiquita.com.ar, "Acto de entrega de certificados de Cuidadores Domiciliarios de Coronel Vidal", *Dirección de Prensa del Partido de Mar Chiquita*, 30 de marzo de 2007.

www.vhebron.net, Vaqué, J., "Envejecimiento y prevención", publicado en 2009.

www.tripod.com, "Derrotando a la muerte", junio de 2001.

Yepe, M. E., "Siete déficits mortales estadounidenses. Un diagnóstico de Joseph Stiglitz sobre el legado económico de G. Bush", en *Argenpress.info,* Buenos Aires, 25 de noviembre de 2008.

Zarebski, G., "¿Por qué una especialización en psicogerontología?", en *Revista de Psicología Psico Logos,* Año XI-N° 12, Universidad Nacional de Tucumán, octubre de 2002.

Zarebski, G., "Hacia un buen envejecer", Universidad Maimónides, Buenos Aires, 2003.

Zarebski, G., "El Curso de la vida. Un diseño para armar", Universidad Maimónides, Buenos Aires, 2003.

Zarebski, G., "Vejez normal", Universidad Maimónides, Buenos Aires, 2003.

Zarebski, G., "La salud mental en el envejecer", Universidad Maimónides, Buenos Aires, 2003.

ANEXO

LISTA DE ESPECIALISTAS ENTREVISTADOS

y

PROTOCOLOS DE ENTREVISTAS

El trabajo realizado para esta investigación incluye una serie de entrevistas realizadas a diferentes expertos en la temática elegida. Las entrevistas abarcan distintas áreas de trabajo relacionadas con la investigación de la población envejecida en nuestro país y la gestión de los servicios de salud destinados a esta población.

Como base para la serie de entrevistas se han diseñado cuatro modelos de protocolo con algunas preguntas comunes que se repiten en todos –o en la mayoría- de los casos, y con otros interrogantes que van dirigidos específicamente al saber particular del entrevistado.

A continuación se expone la lista de entrevistados, con una breve descripción de su formación y área de desempeño. Luego se detallan los cuatro protocolos de entrevistas con los que se ha trabajado. Al final de cada uno de ellos se indican los nombres de los entrevistados con cada protocolo.

LISTA DE ESPECIALISTAS ENTREVISTADOS

Dra. Silvia Gascón
Magister en Dirección y Gestión de Bienestar Social y Servicios Sociales de la Universidad de Alcalá, España.
Directora de la Maestría en Gestión de Servicios de Gerontología y Vicerrectora Académica de la Universidad ISalud.
Entrevista realizada en Buenos Aires en octubre de 2008.

Dra. Nélida Redondo
Investigadora y Docente de la Universidad ISalud.
Directora del proyecto de Investigación "Los Costos de la Dependencia. Costos y Beneficios de los cuidados domiciliarios en las Personas Mayores Dependientes", realizado en conjunto con el Hospital Alemán y el Hospital Italiano de la Ciudad de Buenos Aires.
Entrevista realizada en Buenos Aires en noviembre de 2008.

Dr. Isidoro Fainstein
Presidente de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría (en ejercicio de sus funciones en dicho cargo a la fecha de la entrevista).
Entrevista realizada en Buenos Aires en diciembre de 2008.

Lic. Alberto Casas
Licenciado en Trabajo Social y Técnico en Seguridad Social.
Entrevistas realizadas en Buenos Aires entre diciembre de 2008 y marzo de 2009.

Dr. Martín Stirparo
Director Ejecutivo de la Unidad de Gestion Local (UGL) Distrito IV (Capital Federal), perteneciente al Instituto Nacional de Servicios Sociales Para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI).
Entrevistas realizadas en Buenos Aires entre enero y marzo de 2009.

Dr. Marcelo Fiorentini
Médico Pediatra, Neumonólogo Infantil y Especialista en Administración de La Salud (Auditoría y Garantía de Calidad de Atención de la Salud en La Universidad Favaloro).
Ex Jefe de Auditoría Externa y de Prestaciones Médicas de Nivel Central en el Instituto Nacional de Servicios Sociales Para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI). Jefe del Departamento de Auditoría Interna del INSSJP-PAMI.
Entrevista realizada en Buenos Aires en marzo de 2009.

Dra. María Julieta Oddone
Magister en Gerontología (Universidad Nacional de Córdoba).
Dra. en Antropología (UBA).
Investigadora del CONICET (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas).

Coordina el Programa "Envejecimiento y Sociedad" en FLACSO (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales).
Entrevista realizada en Buenos Aires en marzo de 2009.

Dra. Graciela Zarebski
Licenciada en Psicología y Psicogerontóloga.
Directora de la Escuela de Gerontología de la Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Empresariales de la Universidad Maimónides, única institución en América Latina que cubre todos los niveles de estudio, desde pregrado hasta maestrías.
Entrevista realizada en Buenos Aires en marzo de 2009.

Lic. Silvia Kanje
Licenciada en Gerontología de la Universidad Maimónides y Docente en esta carrera. Integrante del equipo de la Dra. Nélida Redondo en el trabajo sobre "Los Costos de la Dependencia". Participa en el trabajo que realiza la Universidad Maimónides en la Obra del Padre Mario Pantaleo en González Catán, Provincia de Buenos Aires.
Entrevista realizada en Buenos Aires en marzo de 2009.

Dr. Juan Hitzig
Experto argentino en Biogerontología y Miembro de la Academia de Medicina Antienvejecimiento de los Estados Unidos (Academy of Antiaging Medicine). Profesor De Biogerontología en la Escuela de Gerontología de la Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Empresariales de la Universidad Maimónides.
Entrevista realizada en Buenos Aires en abril de 2009.

Lic. Nora Pochtar Pszemiarower
Psicóloga, Cordinadora de la Comisión Los Adultos Mayores y sus Derechos, en la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos (APDH).
Directora de la Oficina de Adultos Mayores, dependencia de la Dirección Nacional de Asistencia Directa a Personas y Grupos Vulnerables, Secretaría de Derechos Humanos, Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación.
Entrevista realizada en Buenos Aires en abril de 2009.

Ing. Raul Drelichman
Coordinador Académico de la Licenciatura en Gerontología, Escuela de Gerontología de la Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Empresariales de la Universidad Maimónides.
Profesor Titular de la asignatura "Gestión y Organización de Instituciones Gerontológicas" en dicha Licenciatura.
Entrevista Realizada en Buenos Aires en abril de 2009.

Dra. Adriana Fassio
Coordinadora General del Área Técnica de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores de la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia, en el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.
Entrevista realizada en Buenos Aires en mayo de 2009.

Dr. Luciano Di Césare
Magister en Gerencia y Administración de Sistemas y Servicios de Salud.
Magister en Salud Pública.
Director de la Maestría en Gestión y Desarrollo de la Seguridad Social, que se dicta en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA).
Director Ejecutivo del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI).
Coordinador del Comité Científico Asesor del Ministerio de Salud de la Nación.
Entrevista realizada en Buenos Aires en mayo de 2009.

PROTOCOLO DE ENTREVISTA Nº 1

Dirigido a Directores, Docentes e Investigadores de Carreras de Grado y Posgrado en Gerontología

1. ¿Cuál ha sido su interés para dedicar su carrera profesional a la temática del envejecimiento poblacional?
2. ¿Cuál es su formación referida a esta temática?
3. ¿Cuál ha sido el interés de la institución educativa para dedicarse a la enseñanza en Gerontología?
4. ¿Por qué cree que es importante formar recursos humanos en Gerontología?
5. ¿Qué razones explican el fenómeno del envejecimiento de la población en nuestro país?
6. ¿Cuál es su opinión sobre la gestión de servicios de salud en nuestro país?
7. ¿Cree que el sistema de salud está preparado para enfrentar el proceso de envejecimiento de la población que se profundizará en los próximos años?
8. ¿Cuáles cree que son las problemáticas fundamentales en los servicios de salud de nuestro país?
9. El estado actúa sobre estas problemáticas ¿de manera correcta o en forma insuficiente?
10. En Argentina se da una convivencia de enfermedades del primer y tercer mundo: ¿De qué manera cree que esta situación afecta la gestión del sistema de salud?
11. ¿Qué investigaciones propias ha realizado recientemente la institución?
12. ¿A qué llamamos "viejismo"? ¿De qué manera se da esta discriminación en Argentina?
13. ¿Cómo afecta a la propia población mayor la imagen social de los viejos en nuestro país?
14. ¿Qué reformas deberían hacerse desde el estado para una mejor y más eficiente gestión de los sistemas de salud?
15. ¿De qué manera podemos explicar el concepto actual de los llamados "costos de la dependencia"?
16. ¿Qué investigaciones se han realizado en nuestro país sobre esta temática?
17. ¿Qué diferencias encuentra entre la difusión y el conocimiento de la temática hace treinta años y en la actualidad?
18. ¿La solución del sistema de salud es la reducción del presupuesto para la atención de los adultos mayores?
19. ¿Cuál es la relación entre vejez, pobreza y acceso al sistema de salud?
20. Teniendo en cuenta el crecimiento de la oferta de formación universitaria en gerontología que ha ocurrido en los últimos años y de la cantidad de profesionales que surgirán de estas carreras ¿Cree que realmente será posible la inserción de estos profesionales capacitados en las instancias de gestión gubernamentales?

ENTREVISTAS REALIZADAS CON EL PROTOCOLO Nº 1

1) Dra. Silvia Gascón

2) Dra. Nélida Redondo

3) Dra. Graciela Zarebski

4) Lic. Silvia Kanje

PROTOCOLO DE ENTREVISTA Nº 2

Dirigido a Médicos, Gerontólogos y Biólogos

1. ¿Cuáles son las patologías prevalentes en nuestro país?
2. ¿Cuáles son los programas actuales con que el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI)?
3. ¿Cuales cree que serán los escenarios futuros de la salud de la población envejecida en nuestro país?
4. ¿Cuál es su opinión sobre la gestión de servicios de salud en nuestro país?
5. ¿Ud. cree que el sistema de salud está preparado para enfrentar el proceso de envejecimiento de la población que se profundizará en los próximos años?
6. ¿Cuáles cree que son las problemáticas fundamentales en los servicios de salud en nuestro país?
7. El estado actúa sobre estas problemáticas ¿de manera correcta o en forma insuficiente?
8. ¿Cómo definiría las prioridades del sistema de salud en Argentina: basadas en la prevención o en la atención de la población envejecida?
9. ¿Cómo afecta el proceso de envejecimiento a la población de nuestro país con necesidades básicas insatisfechas?
10. En Argentina se da una convivencia de enfermedades del primer y tercer mundo: ¿De qué manera cree que esta situación afecta la gestión del sistema de salud en nuestro país?
11. ¿Qué reformas deberían hacerse desde el estado para una mejor y más eficiente gestión de los sistemas de salud?
12. ¿Cuál es la relación entre vejez, pobreza y acceso al sistema de salud?
13. ¿La solución del sistema de salud es la reducción del presupuesto para la atención de los adultos mayores?
14. En nuestro país: ¿Es posible la construcción de un sistema de salud descentralizado con servicios basados en comunidad? ¿Qué políticas públicas deben gestionarse para la conformación de este sistema?
15. ¿Cuáles son las opciones que ofrece nuestro sistema de salud a la internación en instituciones geriátricas?

ENTREVISTAS REALIZADAS CON EL PROTOCOLO Nº 2

1) Dr. Marcelo Fiorentini

2) Dr. Martín Stirparo

3) Dr. Isidoro Fainstein

4) Dr. Juan Hitzig

5) Dr. Luciano Di Césare

PROTOCOLO DE ENTREVISTA Nº 3

Dirigido a Licenciados e Investigadores en Ciencias Sociales, Docentes en Gerontología, con especial interés en Población Mayor y Derechos Humanos

1. ¿Cuál ha sido su interés para dedicar su carrera profesional a la investigación en la temática del envejecimiento poblacional?
2. ¿Cuál es su formación referida a esta temática?
3. ¿Qué diferencias encuentra entre la difusión y el conocimiento de la temática hace treinta años y en la actualidad?
4. ¿Qué razones explican el fenómeno del envejecimiento de la población en nuestro país?
5. ¿Cómo afectó a la población mayor los cambios que ocurrieron en el mercado laboral en las últimas tres décadas?
6. Desde el punto de vista de la demanda social: ¿Cree que el sistema de salud está preparado para enfrentar el proceso de envejecimiento de la población que se profundizará en los próximos años?
7. ¿Cuál es la relación entre vejez, pobreza y acceso al sistema de salud?
8. ¿Cree que la actuación del Estado sobre las problemáticas fundamentales del sistema de salud es forma insuficiente?
9. ¿A qué llamamos "viejismo"? ¿De qué manera se da esta discriminación en Argentina?
10. ¿Cómo afecta a la propia población mayor la imagen social de los viejos en nuestro país?
11. ¿Cuál es el conocimiento que tiene la población mayor en Argentina de sus derechos humanos?
12. ¿Existe discriminación en este sentido?
13. ¿Por qué cree que es importante formar recursos humanos en Gerontología?
14. Teniendo en cuenta el crecimiento de la oferta de formación universitaria en gerontología que ha ocurrido en los últimos años y de la cantidad de profesionales que surgirán de estas carreras, ¿Cree que realmente será posible la inserción de estos profesionales capacitados en las instancias de gestión gubernamentales?

ENTREVISTAS REALIZADAS CON EL PROTOCOLO Nº 3

1) Dra. María Julieta Oddone

2) Lic. Nora Pochtar Pszemiarower

3) Lic. Alberto Casas

4) Dra. Adriana Fassio

PROTOCOLO DE ENTREVISTA Nº 4

Dirigido a Docentes especializados en Gestión y Organización de Instituciones Geriátricas

1. ¿Cuál es el porcentaje de personas mayores internadas en instituciones geriátricas en Argentina?
2. ¿Cuáles cree que son las problemáticas fundamentales características en estas instituciones?
3. ¿Cuál es el porcentaje de personas mayores que viven en sus casas, solos o con sus familias?
4. ¿Cuáles son las problemáticas fundamentales características en estas situaciones?
5. ¿Cuáles son las opciones que ofrece nuestro sistema de salud a la internación en instituciones geriátricas?
6. En nuestro país: ¿Es posible la construcción de un sistema de salud descentralizado con servicios basados en comunidad?
7. ¿Qué políticas públicas deben gestionarse para la conformación de este sistema?
8. Desde el punto de vista de las políticas públicas y el proceso de envejecimiento de la población ¿Qué cree Ud. que se debe y se puede hacer con los sistemas de salud de la Ciudad y de la provincia de Buenos Aires?
9. ¿De qué manera afecta a la idea del envejecimiento saludable y el envejecimiento activo un entorno ambiental con tantas barreras sociales y barreas urbanas?
10. ¿Qué reformas deberían hacerse desde el estado para una mejor y más eficiente gestión de los sistemas de salud?

ENTREVISTA REALIZADA CON EL PROTOCOLO Nº 4

1) Ing. Raul Drelichman