

# Una Mirada Social de la Fragilidad en la Vejez

*Políticas Sociales que mejoran la calidad de vida*

Texto | Magíster Mónica Roqué [Directora Nacional de Políticas para Adultos Mayores. Directora de la Especialización en Gerontología Comunitaria : e Institucional, del Gobierno de la República Argentina].

Una reflexión sobre la fragilidad de la vejez es lo que plantea el trabajo de la Directora Nacional de Políticas para Adultos Mayores de la República Argentina, Mónica Roqué, quien a partir de las políticas y experiencias desarrolladas por los organismos competentes del Gobierno de la República Argentina plantea alternativas para prevenir y evitar la fragilidad en la vejez, así como la dependencia de los adultos mayores.



## Acerca de los conceptos de Fragilidad, Discapacidad y Dependencia

En relación a la fragilidad tomaría solo algunas de las definiciones que hacen referencia a:

- El estado en que la reserva fisiológica está disminuida, llevando asociado un riesgo de incapacidad o a desarrollar efectos adversos para su salud.<sup>1</sup>
- Los médicos cubanos Ramos y Libre Rodríguez (2004) lo consideran como un síndrome clínico-biológico caracterizado por una disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto mayor causando mayor riesgo de sufrir efectos adversos para la salud como: caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte.
- El sociólogo suizo Lalive D'Epinay (1999) entiende a la fragilidad como la disminución de las reservas fisiológicas, sensoriales y motrices que influyen en la capacidad del individuo para permanecer en equilibrio con su entorno. Considera también que, con el avance de los años es mayor la tendencia al proceso de fra-

## Introducción

El objetivo de este artículo es reflexionar acerca del concepto de Vejez Frágil, interrogar el concepto, cuestionarlo y considerar una modalidad que nos permita, a todos los que estamos en la gerontología comunitaria e institucional, disponer operativamente del mismo e instrumentalizarlo.

Por esta razón es que compartiré con ustedes algunas definiciones, algunos criterios

como los de discapacidad y dependencia, para luego reconsiderarlos y proponer desde allí toda una serie de políticas sociales transformadoras desarrolladas por el **Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF) y su Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM)** para prevenir y evitar la fragilización y la dependencia de este grupo etario.

gilización y que la última etapa de este proceso de fragilización sería la dependencia, aunque este no sea un proceso necesario o universal.

Hasta aquí las definiciones acerca de la fragilidad, pero los invito a pensarlas en relación a otras categorías que los que estamos en gerontología no siempre tenemos en cuenta, como las relativas a la discapacidad.

La nueva clasificación de las discapacidades de la OMS<sup>2</sup>, propone un concepto mucho más amplio y complejo acerca de las mismas. Hablamos de **limitaciones en la actividad** (o discapacidad) de una persona cuando no pueden ser compensadas por su entorno, entonces aparece una **restricción en la participación** (o minusvalía) que se concreta con la **dependencia** de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana.

Este concepto involucra la relación entre un sujeto, su salud y la capacidad de su entorno para aumentar o disminuir su autonomía, y no la mera falla de un órgano o sistema.

### La fragilidad, desde la mirada social

Los aportes de la OMS, a los conceptos de discapacidad y dependencia, nos muestran como se ha ido evolucionado desde una mirada unidimensional ligada a lo biológico y lo físico, hacia un concepto de naturaleza complejo, multidimensional que incluye muchas caras, en la que se encuentran la variable biológica, psicológica, social y cultural.

Debemos tener en cuenta que discapacidad y fragilidad son conceptos que si bien tienen puntos en común son diferentes. Mientras que la discapacidad puede mantenerse estable durante años, la fragilidad progresaría a medida que avanza la edad y las situa-

ciones psicosociales se vuelven adversas. Por otra parte la fragilidad puede darse en personas mayores que no presentan ningún tipo de discapacidad.

El objetivo de esta charla es sumarnos a esta mirada y plantear un concepto de fragilidad más amplio que incluya, no solo el déficit funcional derivado de un problema del funcionamiento físico o mental, sino de las carencias que las personas mayores padecen ante los cambios familiares, sociales, económicos, políticos y culturales que causan déficits funcionales; así como también tener en cuenta que todo déficit funcional es relativo a un contexto que construya barreras o las evite.

La búsqueda de nuevas definiciones acerca del concepto de fragilidad resulta necesaria para no caer en miradas reduccionistas que nos vuelvan a los viejos esquemas de la salud/enfermedad como si fueran variables extrapolables a cualquier contexto.

Toda lectura de una capacidad o una discapacidad, de una enfermedad o un estado de salud es siempre relativa a los contextos de significación en los que se producen. Por ello pensar la fragilidad física solo puede tener un sentido teórico y empírico válido en la medida en que no deje de lado los elementos culturales, económicos, políticos, sociales y comunitarios que leen e interpretan el cuerpo humano cifrado desde la edad, el género o cualquier otro corte que establezcamos.

Los ejemplos que podemos dar son múltiples, ya que si consideramos que el concepto de fragilidad es igual a riesgo de sufrir un daño, bien podemos decir que una persona mayor se fragiliza cuando:

- no tiene ingresos económicos suficientes para llevar una vida digna;
- se lo margina, discrimina y excluye socialmente;

“*Los aportes de la OMS, a los conceptos de discapacidad y dependencia, nos muestran como se ha ido evolucionado desde una mirada unidimensional ligada a lo biológico y lo físico, hacia un concepto de naturaleza complejo, multidimensional que incluye muchas caras, en la que se encuentran la variable biológica, psicológica, social y cultural*”

30

- se le quita el derecho de tener proyectos, futuro, pareja, sexo, y amor, por el solo hecho de ser "viejo";
- no encuentran espacios de participación familiar o social
- se cree que el único rol que puede tener una persona mayor es el de ser "abuelo" aun cuando no haya tenido ni hijos ni nietos;
- el entorno no es accesible e impide que puedan salir de sus casas, tomar un colectivo, entrar a un teatro o a un cine y visitar espacios comunes de esparcimiento;
- los profesionales que brindan servicios sociales o de su salud no tienen formación específica en gerontología y geriatría pudiendo cometer prácticas iatrogénicas;
- no brindamos alternativas de atención basadas en un sistema de cuidados progresivos y priorizamos su permanencia en el hogar.

Por ello este concepto implica una serie de consideraciones, más allá de los cam-

bios biopsicológicos que suceden, que modifican toda consideración rígida y reduccionista y particularmente nos abre a pensar y proponer políticas en pos de una no fragilización de los mayores, donde podamos encontrar que los cambios del envejecimiento encuentren un contexto adecuado donde puedan seguir siendo funcionales.

Por esta razón si queremos realmente incrementar la longevidad y fundamentalmente mejorar la calidad de vida de las personas mayores debemos intervenir en el campo de la vejez frágil abarcando la totalidad de estos aspectos.

### La situación de los mayores en Argentina desde la perspectiva de la fragilidad

#### 1. Años de vida saludable

Ahora bien, nos preguntamos qué pasa con nuestros mayores en Argentina, re-

cordemos que el 13,4% de la población tiene más de 60 años (4.871.957)<sup>3</sup>, y que el grupo denominado vejez frágil (75 años y más) representa el 30% (1.481.307)<sup>4</sup>.

La esperanza de vida ha ido aumentando en las últimas décadas, es así que encontramos con una esperanza de vida para las mujeres de 79 años y para los varones de 71,5<sup>5</sup>. No se sabe a ciencia cierta por qué se produce esta diferencia entre ambos géneros. Existen diferentes teorías que involucran desde los estrógenos de las mujeres como un factor de protección, hasta la exposición del varón a trabajos de riesgo o al estrés laboral, etc. Este desfasaje de género también se produce en países desarrollados, como puede ser el caso de Suiza, donde también existe una amplia diferencia entre varones y mujeres, encontrándose una esperanza de vida para las primeras de 82 años, y para los segundos de 76 años<sup>6</sup>. Hasta acá podemos decir que las personas en nuestro país vivimos más años, pero ¿podemos decir cómo llegan los que llegan? Para ello es importante analizar la esperanza de vida saludable después de los 60 años.

Como hemos observado tenemos por delante una promisoriosa cantidad de años de vida saludables después de los 60, pero que sin duda van disminuyendo con la edad. Esto nos podrá colocar en una situación de fragilidad funcional y física a medida que avanzan los años.

Las proyecciones sobre la expectativa de vida con años de invalidez, no son afortunadamente demasiado altas, y no parecía variar demasiado su situación en el tiempo.

Es imprescindible pensar en políticas de prevención socio-sanitarias, que demoren o eviten la aparición tanto de la fragilidad como de la discapacidad.



**Esperanza de vida saludable. Argentina 2000-2005**

Edad	Expectativa de Vida Saludable en años
60	24,165
65	18,99
70	14,315
75	10,595
80	6,78

Fuente: Encuesta SABE (2002). OPS-BID-CENEP. Tabla 3 (Pág. 204 y 205).

**Esperanza de vida en años con invalidez. Argentina 2000-2005**

Edad	Expectativa de vida en años con Invalidez
60	4,92
65	4,68
70	4,36
75	3,56
80	3,41

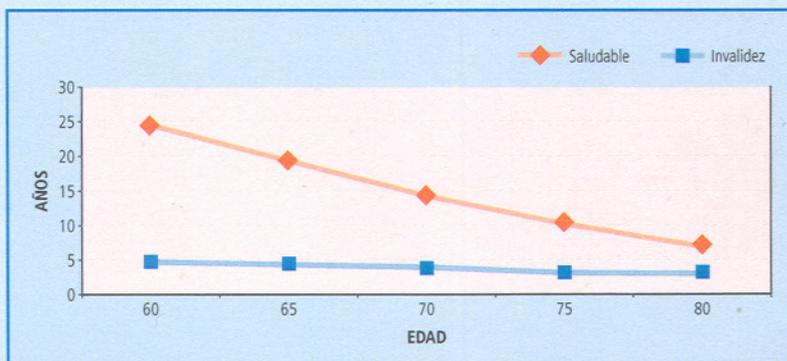
Fuente: Encuesta SABE (2002). OPS-BID-CENEP. Tabla 3 (Pág. 204 y 205).

**Esperanza de vida total y saludable, por sexo. Argentina 2000-2005**

Edad	Varones			Mujeres		
	Expectativa de vida en años			Expectativa de vida en años		
	Saludable	Inválido	Total	Saludable	Inválido	Total
60	15,55	2,27	17,82	17,23	5,30	22,53
65	12,27	2,19	14,46	13,44	4,98	18,42
70	9,32	2,08	11,38	9,99	4,56	14,55
75	7,29	1,35	8,64	6,61	4,42	11,02
80	4,78	1,43	6,22	4,00	3,96	7,97

Fuente: Encuesta SABE (2002). OPS-BID-CENEP. Tabla 3 (Pág. 204 y 205).

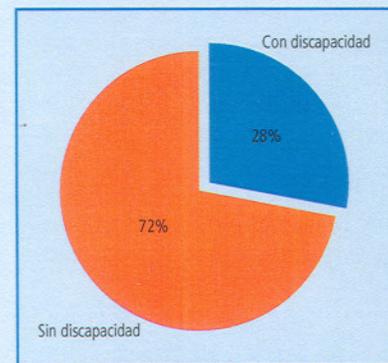
**Expectativa de Vida Saludable después de los 60 años**



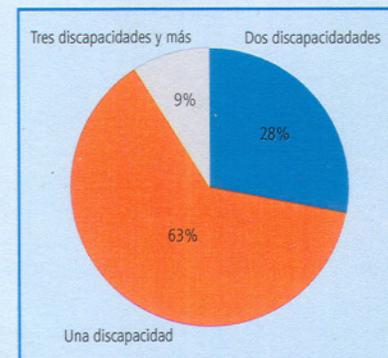
**2. Discapacidad en las personas de edad**

En nuestro país se realizó la **Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI) 2002-2003 - Complementaria Censo 2001**, lo que nos permite tener un mayor conocimiento sobre la presencia de discapacidades en las personas mayores y el tipo de ayuda que necesitan. Es así que encontramos que el 28% de las personas mayores de 65 años y más presentan alguna discapacidad, siendo mayor para mujeres (62%) que para varones (48%). Si analizamos por separado el grupo de 75 años y más, nos encontramos con una mayor prevalencia (37,8%).

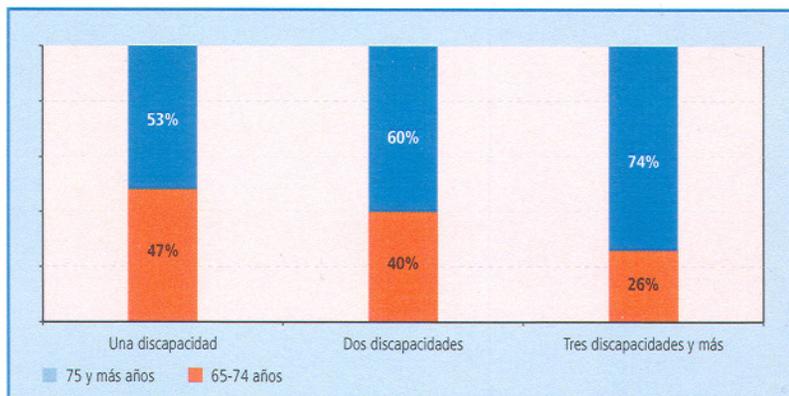
**Personas de 65 años y más con discapacidad**



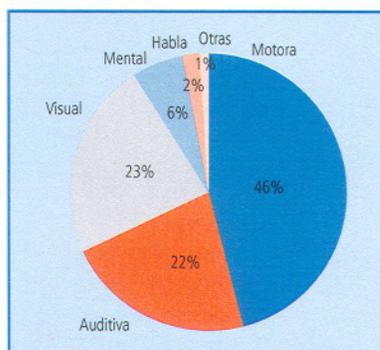
**Personas de 65 años y más según cantidad de discapacidades**



**Personas de 65 años y más según cantidad de discapacidades por edad**



**Tipo de discapacidad**



Al observar la presencia de una o más discapacidades en las personas mayores de 65 años, los resultados provistos por la encuesta nos muestran que el 63% presentan sólo una discapacidad, el 28% dos, y el 9% tres o más. También aquí podemos ver que: a mayor edad, mayor cantidad de discapacidades.

En lo referente al tipo de discapacidad, la de mayor prevalencia es la motora (46%), seguida de la visual (23%) y la auditiva (22%) y, con una gran diferencia, las mentales (6%) y los trastornos del habla (2%)<sup>7</sup>.

Si analizamos cuales serían los resultados de la disminución funcional a medida que avanza la edad, podríamos decir que los da-

tos hallados por la ENDI son los esperables, pero recordemos que la discapacidad no es por si sola un factor de dependencia ya que las limitaciones de la actividad dependen en buena medida de la calidad del entorno. En tanto que estos espacios sean propiciadores y saludables no deberían generar restricciones en la participación.

Es aquí donde deben entrar a jugar los programas socio-sanitarios, para que estas dificultades puedan ser subsanadas mediante ayudas técnicas adecuadas; un ambiente sin barreras, y una sociedad inclusiva que no rechace al diferente, de tal modo que al equiparar oportunidades las personas puedan seguir manteniendo su autonomía, su autoestima y su participación familiar y social, es decir una buena calidad de vida.

**3. Actividades de la Vida diaria**

Otros datos que nos permite conocer la ENDI, y que pueden orientarnos acerca de la fragilidad, son los relacionados con la autonomía para realizar las actividades de la vida cotidiana.

La mayoría de las personas mayores no necesitan ayuda para comer, beber, lavarse y cuidar su aspecto personal (Tabla 1). A medida que se complejiza la actividad es más factible que se requiera ayuda. Por ejemplo para hacer las tareas domésticas, realizar las compras, salir de la casa o tomar transporte público (Tabla 2 y Tabla 3). Estas dos últimas actividades de la vida son fundamentales para el desarrollo de la integración social de las personas mayores. El poder salir de su casa, no sólo produce aislamiento, sino que puede generar depresión, y en muchos casos mayor riesgo de muerte.

La encuesta es aún mas precisa en cuanto a la cantidad de veces que un adulto mayor sale de su casa, mostrándonos que el 51% sale con bastante asiduidad, pero que existe un 33% que lo hace sólo excepcionalmente o nunca (Tabla 4). Este hecho es alarmante, dado que como hemos estado refiriéndonos en el documento, el aislamiento es un factor de fragilidad desde la perspectiva social, que pone en riesgo la salud de las personas.

**Tabla 1. Actividades de la vida diaria**

Actividades de la Vida Diaria	65 a 74 años	75 años y más	Total 65 años y más
<b>Comer y Beber</b>			
Por sí mismo	94%	91%	92%
Con ayuda	6%	9%	8%
<b>Lavarse y cuidar de su aspecto personal</b>			
Por sí mismo	83%	73%	77%
Con ayuda	17%	27%	23%

Tabla 2. Actividades de la vida diaria

Actividades de la Vida Diaria	65 a 74 años	75 años y más	Total 65 años y más
<b>Realizar las tareas domésticas</b>			
Por sí mismo	67%	54%	60%
Con ayuda	13%	15%	14%
No puede	20%	31%	26%
<b>Realizar las compras</b>			
Por sí mismo	59%	40%	48%
Con ayuda	14%	13%	14%
No puede	27%	47%	38%

Tabla 3. Actividades de la vida diaria

Actividades de la Vida Diaria	65 a 74 años	75 años y más	Total 65 años y más
<b>Salir</b>			
Por sí mismo	61%	42%	50%
Con ayuda	28%	38%	34%
No puede	10%	20%	15%
<b>Viajar en transporte público</b>			
Por sí mismo	53%	32%	41%
Con ayuda	19%	18%	18%
No puede	28%	50%	41%

Tabla 4. Frecuencia en la que sale de su casa

Cantidad de veces que sale de su casa	65 a 74 años	75 años y más	Total 65 años y más
Todos los días	40%	25%	32%
Al menos tres días	21%	17%	19%
Al menos 1 día por semana	14%	18%	16%
Sólo excepcionalmente o nunca	25%	40%	33%

#### 4. Accesibilidad a los servicios de Salud.

En nuestro país existe un sistema de salud público y universal, al cual cualquier ciudadano tiene derecho a acceder. Por otra parte existen otras formas de cobertura como las obras sociales (para los trabajadores formales), las mutuales o las prepaga. Bajo estas modalidades encontramos una cober-

tura del 90% teniendo su mayor incidencia el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI)<sup>8</sup>.

**¿Pero cuáles son las dificultades que encontramos en este punto y que sin duda fragilizan a las personas mayores?** Es difícil encontrar en los hospitales públicos profesionales especializa-

“ La mayoría de las personas mayores no necesitan ayuda para comer, beber, lavarse y cuidar su aspecto personal ,”

“ En nuestro país existe un sistema de salud público y universal, al cual cualquier ciudadano tiene derecho a acceder ,”

dos en geriatría o gerontología, mucho menos aun, encontrar unidades geriátricas en los hospitales de agudos. Si podemos decir que el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, cuenta con los profesionales adecuados, pero los beneficiarios de esta obra social son el 70% de los mayores de 60 años. El 30% restante o tiene otra obra social que por lo general no brinda ningún tipo de cobertura geriátrica y menos aun gerontológica, o debe caer en el sector público tradicional. No quiero dejar de mencionar al PROFE, del Ministerio de Salud de la Nación, que brinda estas prestaciones geriátricas a los beneficiarios de Pensiones No Contributivas, pero también tiene una cobertura focalizada.

**¿Y qué pasa cuando una persona mayor tiene una psicopatología, un trastorno cognitivo severo, o una demencia?** En el sector público no existen dispositivos adecuados para su atención, los hospitales públicos psiquiátricos no ingresan a personas que hayan cumplido más de 60 ó 65 años, dejando a estas personas a veces, en situación de abandono en los hospitales públicos de agudos, otras al difícil cuidado de familiares, y en el mejor de los casos son atendidas en clínicas privadas pagadas por sólo algunas y pocas obras sociales, o salen del bolsillo de los familiares.

Para terminar este planteo acerca de cómo fragilizamos a los mayores al no brindar servicios adecuados, propongo volver a los datos de le ENDI que nos muestran el uso de ayudas técnicas que las personas con discapacidad utilizan para aumentar su autonomía.

El 40% de las personas mayores de 65 años usan ayudas técnicas, audífonos, bastones, sillas de rueda, oxígeno, etc., de las cuales el 50% debe pagarlas con el presupuesto del hogar, y sólo el 22% son cubiertas por las obras sociales o prepagas (Tabla 5).

**Tabla 5. Cobertura de ayudas técnicas por Obras Sociales**

Uso de ayudas técnicas	65 a 74 años	75 años y más	Total 65 años y más
Que pagan con el presupuesto del hogar	50%	55%	54%
Que pagan por medio de la Obra Social	22%	26%	25%
Que pagan de otras formas o se desconoce	28%	20%	21%

**Tabla 6. Motivos por los que NO usan ayudas técnicas**

El 16% de mayores de 65 años que NO usan ayudas técnicas

No usan ayudas técnicas	65 a 74 años	75 años y más	Total 65 años y más
Por que no tiene suficientes recursos económicos	59%	44%	50%
Por otros motivos o se desconoce	41%	56%	50%

Existe un 44% de las personas mayores de 65 años que no usan ayudas técnicas por que no las necesitan. Pero podemos observar también que hay un 16% de personas que no usan ayudas técnicas y los motivos que refiere la ENDI son los siguientes: el 50% por que no tiene ingresos económicos suficientes, y el 50% restante por otros motivos o por que desconoce la ayuda técnica (Tabla 6).

### Políticas Sociales que mejoran la calidad de vida

La pobreza es sin duda un gran fragilizador. Hace más 50 años el maestro de la medicina el Dr. Ramón Carillo nos decía **"Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causas de enfermedad, son unas pobres causas."**

El problema de la pobreza en la vejez, esta relacionado con los bajos aportes

previsionales o con la baja cobertura. Los datos de censo 2001<sup>9</sup>, nos muestra una cobertura previsional del 73% para los varones mayores de 65 años, y del 60% para los mujeres mayores de 60 años. La pobreza por ingresos (LP) en personas mayores de 60 años para ese entonces ascendía a un 33% y la indigencia a más de 10%. **El estado nacional en junio del**



**2003, decide comenzar con los aumentos de los haberes jubilatorios, aumentándolos más del 300%** en la actualidad. También toma como prioridad la universalización de las pensiones no contributivas, entendiéndolas como el derecho que tiene las personas mayores de tener una retribución económica, compensando el estado, la falta de aportes como consecuencia del trabajo informal, y el trabajo en negro. Anteriormente estas pensiones tenían un cupo muy limitado, y su importe económico tampoco era demasiado significativo. Hoy el valor de la pensión también aumentó más de un 300%, y estas medidas permitieron bajar los valores de pobreza e indigencia en un 60%.

Otra acción importante son la puesta en marcha de la Jubilación Anticipada Ley N° 25.994 de diciembre de 2004 (crea la Prestación Anticipada) y la Jubilación conocida como Ama de Casa (Decreto 1454/2005 de diciembre de 2005), pero que también incorpora a los varones.

**Entre ambas disposiciones se han jubilado 1.200.000 personas, y se ha elevado la cobertura previsional al 90%**

Nos parece relevante destacar en materia de seguridad económica el lanzamiento de una línea de crédito por el Banco de la Nación Argentina a jubilados y pensionados dado que hasta entonces no se les otorgaba créditos, no solo por sus haberes sino fundamentalmente por la edad.

### Acciones de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores

**Eje 1. Promover el empoderamiento y la participación de los adultos mayores:** teniendo como principio garantizar

los derechos de las personas de edad y el envejecimiento exitoso.

El empoderamiento y la participación proporcionan una orientación que tiende a facultar, habilitar y capacitar a las personas mayores para el pleno desarrollo de sus capacidades. Este eje supone la corresponsabilidad de actores: el Estado, la sociedad en su conjunto y las personas mayores, en especial, interactuando desde el empoderamiento como objetivo social y la participación como auto atribución de un nuevo rol social. Siendo todos los actores responsables de este proceso de transformación social. Es en el Consejo Federal de Mayores, donde se plantea este espacio de participación y donde el 62% de sus representantes son dirigentes de organizaciones de mayores. Este ha sido un cambio significativo, dado que en el año 2002, cuando comienza a funcionar la participación de las organizaciones, representaban un 51%. En mayo de este año, y luego de 3 años de funcionamiento, establecimos una reunión plenaria y es en ese marco en donde se propone, y se acepta, la mayor participación de personas mayores.

Debido a que a mayor edad se pasa mayor cantidad de tiempo solo (23% de las personas mayores pasa su día solo, en tanto que el 69% lo hace con algún familiar) Llevamos adelante dos líneas de acción que tienen que ver con este eje temático y con poder incentivar la participación:

#### A. Voluntariado Social de Adultos Mayores

Objetivos:

##### General

Promover el desarrollo de acciones comunitarias voluntarias entre la población adulta mayor y la comunidad

##### Específicos



- Generar espacios de encuentro y de actividades entre distintas generaciones
- Fortalecer la capacidad asociativa de las organizaciones de mayores
- Dar respuesta a cuestiones sociales y comunitarias de fácil resolución a través de actividades concretas
- Fortalecer la imagen positiva de los adultos mayores
- Promover la conformación de una red de voluntarios

**Destinatarios:** personas mayores que trabajen como voluntarios, jóvenes y personas de mediana edad. Este espacio se propone generar apoyos y lazos intergeneracionales.

#### B. La Experiencia Cuenta

Objetivos:

##### General

Facilitar la transmisión de saberes y oficios tradicionales desde los adultos mayores hacia las personas jóvenes y de mediana edad.

##### Específicos

- Desarrollar la imagen positiva y los saberes de las personas mayores.

“ El clima institucional deberá favorecer la autonomía de la persona mayor, el cuidado de su imagen personal, así como su integración social con el resto de los residentes, el personal técnico-profesional, la familia y la comunidad local ”

“ Podemos decir que si bien la fragilidad es un hecho que aumenta con el devenir de los años, no es una condición sine qua non terminar en discapacidad o dependencia a medida que la edad avanza ”

- Promover el intercambio entre personas de distintas generaciones.
- Recuperar y/o fortalecer oficios tradicionales.
- Mejorar la situación de empleabilidad de los participantes del proyecto.
- Promover la articulación de las organizaciones sociales, las agrupaciones de Adultos Mayores, las empresas y los gobiernos locales.

**Destinatarios:** Adultos mayores, jóvenes y personas de mediana edad. Desde esta línea de acción se pretende rescatar el saber de los mayores como transmisores de memoria y cultura.

#### Eje 2. Promover la calidad de vida

Se considera que es la capacidad de realizar funcionamientos (entendido como los diversos quehaceres que realiza un individuo) que posibilitan un desarrollo personal. La capacidad corresponde a la libertad para llevar adelante una determinada clase de vida. Aceptando los usos locales y regionales a fin de integrar distintas maneras de concebir las formas

de desarrollo particulares así como de criterios críticos y particulares para incidir en las limitaciones provenientes de los esquemas tradicionales.

La calidad de vida es “la percepción que un individuo realiza acerca de su posición en la vida dentro del contexto de la cultura y el sistema de valores donde vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares e inquietudes. Es un concepto amplio, que incorpora la salud física, el estado psicológico, el nivel de dependencia, las creencias que se sostienen y las relaciones sociales y personales en vistas a los rasgos predominantes de su entorno (OMS, 2002).

**A. El Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios** tiene como objetivo primario que las personas mayores **envejecan en sus casas**. Este programa tiene dos componentes, la capacitación de agentes que puedan desempeñarse como cuidadores domiciliarios, pasando por una formación de 5 meses de duración, y que es llevada adelante por equipos multidisciplinarios. Creemos que quienes deben prestar atención en el domicilio



de las personas mayores, deben ser técnicos, formados y con compromiso ético. Deben entender las situaciones particulares por las que atraviesa una persona de edad para poder incidir en el mejoramiento de su calidad de vida.

El otro componente, es la promoción de los servicios de atención en domicilio, a través de convenios firmados por los organismos provinciales, municipales, y con obras sociales (PAMI), quienes realizan la prestación directa. Se da cobertura de atención en domicilio. El Gobierno Nacional ha tomado como prioritario este tema, y espera ampliar la cobertura de manera que todos los mayores pueden contar con esta modalidad, y no tener que ser institucionalizados si realmente no lo requiere. Trabajamos por un envejecimiento que permite a las personas seguir manteniendo sus redes familiares y sociales.

**B. Adecuación de las Residencias para Adultos Mayores:** sabemos que el aumento de las personas mayores crece a un ritmo muy acelerado, pero lo es aun más el de los de 80 años y más. Produciéndose de esta manera el **envejecimiento del envejecimiento**, para lo cual tenemos que tener en cuenta, que muchas personas de este grupo envejecen con algún grado de dependencia, como ya lo señalamos, para lo cual hemos adecuado las Residencias para Adultos Mayores (9) de esta Dirección, que hasta hace poco solo albergaban a personas autovalidas, para convertirlas en residencias para personas con dependencias moderadas y severas. Esto implica un gran cambio organizacional, y también un cambio de paradigma.

Pensar que las personas que vamos a atender son personas que no pierden sus derechos, por ninguna situación de edad, pobreza, o dependencia, no ha sido un trabajo fácil. Contábamos con una cultura organizacional en la que prevalecía la mo-



dalidad asilar, sumado al agravante que las residencias de mayores, dependían de una **Dirección de Minoridad**. Desde el 2003 que la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores está a cargo de las residencias y fuimos construyendo, con la gente que trabaja en las residencias y con los adultos mayores, un modelo humanizado de trato y atención. Es por ello que cambiamos el reglamento basado en los derechos de las personas mayores.

**Las Residencias deben contemplar en su accionar diario, los siguientes derechos de las personas mayores:**

- El respeto a la libertad, la privacidad, las costumbres y la dignidad de los adultos mayores.
- El clima institucional deberá favorecer la autonomía de la persona mayor, el cuidado de su imagen personal, así como su integración social con el resto de los residentes, el personal técnico- profesional, la familia y la comunidad local.
- Se garantizará la libertad de conciencia, pensamiento y culto, derecho sobre sus

pertenencias individuales, derecho a la libre circulación dentro de la institución, derecho a mantener sus redes socio- familiares a través de visitas, recepción y envío de correspondencia, comunicaciones telefónicas o por cualquier otro medio que favorezca su habitual contacto con el exterior, flexibilidad respecto de horarios que hagan al cumplimiento de sus costumbres cotidianas. Participación de los residentes en el diseño y planificación de las actividades que los involucran, y el derecho a la continuidad de los servicios, así como a considerar el lugar de residencia como su propio hogar.

- La atención que se brinde al adulto mayor tiene que ser integral, es decir tener en cuenta la totalidad de la persona. Por lo tanto ha de incluir la atención asistencial, de vivienda y comida, aspectos sociales, médicos y psicológicos, organización del tiempo libre, cultura y bienestar, pues todos son aspectos de la vida del hombre que han de ser considerados con la totalidad de los residentes.

## Acerca de la calidad de vida en la Residencias para Adultos Mayores

### Los residentes tienen derecho a:

- Escoger y participar en actividades de su interés.
- Participar en actividades sociales, religiosas, cívicas y comunitarias.
- Recibir información acerca del derecho de presentar una queja a la institución, a la Dirección de Políticas para Adultos Mayores del Consejo Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia o al ombudsman de la Nación.
- La Dirección de las Residencias propondrá un calendario periódico de asambleas de residentes, en donde los mismos podrán expresarse respecto de la marcha de la vida cotidiana de la Residencia (Actividades, dificultades, trato, éxitos, fracasos, etc.)
- El residente tiene derecho a manejar sus asuntos financieros, o, en su defecto solicitar por escrito que la residencia maneje su dinero personal de acuerdo con los requerimientos específicos que incluye reportes contables periódicos.
- Las autoridades de la residencia arbitrarán los medios para que exista una seguridad razonable en la ropa y propiedades personales de los residentes.



### C. Sistema Progresivo de Atención:

En lo que respecta a las políticas federales estamos impulsando, lo que denominamos Sistema Progresivo de Atención donde se tengan en cuenta las necesidades de las personas mayores, pasando de los cuidados domiciliarios y los centros de días en primera instancia, y sólo para aquellos con dependencias moderadas y severas, las residencias de cuidados de larga estadía.

Para los casos de personas que por situación de pobreza no posean un lugar donde vivir, estamos fortaleciendo la construcción de miniresidencias para autoválidos apoyados en los servicios sociales.

Todos los servicios que promovemos tienen como fundamento indiscutible el derecho de la persona mayor de **preservar su autonomía, no sólo física sino la de poder decidir dónde quiere desarrollar con plenitud su vida.**

### D. Programa de Prevención de Violencia, Discriminación y Maltrato:

La promoción de la calidad de vida, debe considerar las acciones que eviten discriminación y el maltrato, y es por ello que lo pusimos en marcha teniendo como objetivos:

- Prevenir las situaciones de abuso y maltrato hacia los adultos mayores y su entorno inmediato desde una perspectiva de los derechos.
- Capacitar a los profesionales, técnicos e idóneos que trabajan con los adultos mayores y sus familias.
- Sensibilizar a la comunidad sobre la existencia de situaciones de abuso y maltrato hacia la población mayor.
- Brindar información acerca de los derechos de los adultos mayores.
- Generar espacios de contención y derivación de casos de abuso y maltrato de adultos mayores.
- Promover la constitución de redes de apoyo al adulto mayor y su familia.



### E. Formación de Recursos Humanos en Gerontología:

la formación y actualización permanente de contenidos es otra estrategia gerontológica que está desarrollando la Dirección Nacional dirigida a los técnicos, profesionales provinciales, municipales y de ONGs que trabajen en esta área, así como a los adultos mayores.

En el 2007 hemos puesto en marcha la **Carrera de posgrado Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional**, que es financiada en su totalidad por el Ministerio de Desarrollo Social —SENNAF— DINAPAM. Se encuentran cursando 300 profesionales de todo el país, y este año comienzan 300 más, dado que la meta es formar a 600 gerontólogos. La carrera es pública, gratuita y federal. Se dicta en convenio con la Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología.

Por otra parte también realizamos cursos, seminarios, jornadas a nivel nacional y a nivel local.

Otra línea de trabajo es el apoyo y la articulación con los programas Universitarios para Adultos Mayores, o más conocidos Universidades de la Tercera Edad. En Argentina existen 20 Universidades Nacionales que tiene estos programas, y participan más de 50.000 personas mayores.

## Conclusiones

Podemos decir que si bien la fragilidad es un hecho que aumenta con el devenir de los años, no es una condición *sine qua non*

terminar en discapacidad o dependencia a medida que la edad avanza. Tanto la fragilidad, la discapacidad como la dependencia, tiene múltiples causas, muchas de ellas, evitables. Las relaciones familiares

continentes, la seguridad económica, los sistemas de apoyo en domicilio, los profesionales especializados en gerontología, los sistemas de atención primaria de la salud con médicos geriatras, los dispositivos de salud especializados en geriatría y geronto-psiquiatría, los entornos seguros, sin barreras, las ayudas técnicas alcance de todos, la accesibilidad universal de los servicios, y una imagen positiva de la vejez, nos permitirán disminuir en gran medida la fragilidad.

Para finalizar transcribo aquí las siguientes frases de Ramón Carrillo que ilustran el sentido de lo que hemos pretendido plasmar en este artículo: **"No puede haber política sanitaria sin política social."** **"Sólo sirven las conquistas científicas sobre la salud si éstas son accesibles al pueblo"**.



<sup>1</sup> Dra. Benítez, R.; Dra. Hoyl, M. T. Universidad Católica de Chile.

<sup>2</sup> Denominada Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), adoptada durante la LIV Asamblea Mundial de la Salud, que tuvo lugar en Ginebra (Suiza) entre el 14 y el 22 de mayo de 2001 (Organización Mundial de la Salud, 2001).

<sup>3</sup> Fuente: INDEC 2001.

<sup>4</sup> Fuente: INDEC 2001.

<sup>5</sup> Fuente: INDEC (2004) Serie Análisis Demográfico Nº 30. Estimaciones y proyecciones de población.

<sup>6</sup> Entrevista al Dr. Christian Lalive D'Épinay, en *El Diario*, Paraná, Argentina, 2000.

<sup>7</sup> Ver anexo: Definición discapacidad para la ENDI.

<sup>8</sup> Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

<sup>9</sup> Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

<sup>10</sup> Fuente: Encuesta sobre Adultos Mayores MDS, (2001).

## BIBLIOGRAFÍA

CHRISTIAN LALIVE D'EPINAY (2000). "El problema no es envejecer sino el cómo se envejece" en *El Diario*, Paraná, Argentina, diciembre 22, pág. 3.

INDEC, CONADIS (2005). *La población con discapacidad en la Argentina*. Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI) 2002-2003. Complementaria Censo 2001.

E. MAESTRO CASTELBLANQUE, V. ALBERT CUÑAT. *¿Quiénes son ancianos frágiles-ancianos de riesgo? Estudio en personas mayores de 65 años del Área Sanitaria de Guadalajara (y III)*. Premio SEMG/SANED 2002 al mejor trabajo original sobre Atención Primaria.

CENTRO DE NOTICIAS ONU. "Secretario General aplaude aprobación de Convención sobre Derechos de Discapacitados <http://www.un.org/spanish/News/fullstory-news.asp?newsID=7605&criteria1=Ann> an.

CHRISTIAN LALIVE D'EPINAY. "Los suizos viven más tiempo y en buena salud" *SWISSINFO*, 8 de julio de 2003. <http://www.swissinfo.org/spa/swissinfo.html?siteSect=105&sid=4016565>.

GUIDO EMILIO LLUIS RAMOS Y JUAN DE JESÚS LLIBRE RODRÍGUEZ. "Fragilidad en el adulto mayor. Un primer acercamiento", en *Revista Cubana de Medicina General Integral* v.20 n.4 Ciudad de La Habana jul.-ago. 2004.

"Envejecimiento y salud: un cambio de paradigma", *Revista Panamericana de Salud Pública* vol. 7 n° 1 Washington Jan. 2000.

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES, SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES, FAMILIAS Y DISCAPACIDAD, INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES (IMSERO) (2005).

*La atención de las personas mayores en situación de dependencia. Libro Blanco*, Madrid, España, 1.ª edición.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. "Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF)", adoptada durante la LIV Asamblea Mundial de la Salud, que tuvo lugar en Ginebra (Suiza) entre el 14 y el 22 de mayo de 2001. <http://www.who.int/es/>.

ROSANA BENÍTEZ, TRINIDAD HOYL, M. *Fragilidad en el Anciano*, Universidad Católica de Chile <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/TemasMedicinalInternafragilidad.html>.

ARTURO CARRILLO (2005). *Ramón Carrillo. El hombre... El médico... El sanitarista*. [http://electroneubio.secyt.gov.ar/Arturo\\_y\\_Ramon\\_Carrillo.pdf#search=%22.%20El%20hombre...%20El%20m%C3%A9dico...%20El%20sanitarista%22](http://electroneubio.secyt.gov.ar/Arturo_y_Ramon_Carrillo.pdf#search=%22.%20El%20hombre...%20El%20m%C3%A9dico...%20El%20sanitarista%22).

JAVIER GÓMEZ PAVÓN (2003). *El anciano frágil, Detección, prevención e intervención en situaciones de debilidad y deterioro de su salud*, Instituto de Salud Pública. Conserjería de Sanidad.

CHRISTIAN LALIVE D'EPINAY, JEAN-FRANÇOIS BICKEL, HAGMANN, MAESTRE Y MICHE. "¿Cómo definir la edad muy avanzada? Criterio de edad cronológica o edad sociofuncional", en *Año Gerontológico*, volumen 13, 1999, Ediciones Glosa, Barcelona.

OBSERVATORIO DE PERSONAS MAYORES DEL M.T.A.S. Boletín sobre envejecimiento "La dependencia desde una visión psicosocial", en *Sesenta y más*, n° 251, julio-agosto 2006.

VILLA, J. "Curso sobre los Servicios Sociales en España y la futura Ley de Dependencia", en *Sesenta y más*, n° 252, septiembre 2006.