

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

UNA DÉCADA DEDICADA A LA GERONTOLOGÍA

A large, bold, blue letter 'B' is centered on the page. The background is a vibrant green with faint, overlapping circular patterns. A solid blue horizontal bar is positioned above the letter.

Investigación

BREVIARIOS
DE SEGURIDAD
SOCIAL



UNA DÉCADA DEDICADA
A LA GERONTOLOGÍA

Comité editorial internacional Colección Breviarios de seguridad social

Elvin Bailey (St. Christopher & Nevis)

Alejandro Bonilla García (OIT)

Rosangela Elias (Brasil)

Adolfo Jiménez Fernández (OISS)

Patricia Kurczyn Villalobos (México)

Sephlin Lawrence (St. Christopher & Nevis)

Luis José Martínez Villalba (Uruguay)

María Antonieta Martín Granados (México)

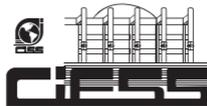
Guido Miranda Gutiérrez (Costa Rica)

Martha Peláez Valdés (OPS)

Orlando Peñate Rivero (Cuba)

Helmut Schwarzer (Brasil)

UNA DÉCADA DEDICADA
A LA GERONTOLOGÍA



Primera edición

México 2009



Primera edición, 2009

ISBN: 978-968-6748-49-9

El contenido de esta obra es responsabilidad exclusiva de su autor y no refleja necesariamente la posición del CISS.

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida de manera alguna, ni por ningún medio, ya sea electrónico, químico, óptico, de grabación o fotocopia con fines lucrativos sin permiso previo del editor.

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social
San Ramón s/n esquina San Jerónimo, San Jerónimo Lídice,
C. P. 10100 México, D. F. Registro 3079

© Derechos reservados, 2009. CISS

*El mantenimiento del nivel más alto de salud de la población
constituye el objetivo básico de cualquier sistema
de seguridad social.*

Eva Perón

Índice

Introducción

I. Inicio del camino

II. Se hace camino al andar	11
Lineamientos	11
Marco teórico	15
Vulnerabilidad social y riesgo sociosanitario de los adultos mayores en América Latina	20
Ejes de un modelo de gestión sociosanitaria centrado en el adulto mayor	25
Sistema de abordaje basado en la realidad situacional de los adultos mayores y sus distintos grados de riesgo	27
La acción gerontológico y los interesados	30
Criterios para abordar la necesidad de cuidados a largo plazo	32
Propuesta para un plan gerontológico nacional	33
El desafío de la prevención con participación del adulto mayor	40
La capacitación como estrategia preventiva para los adultos mayores	42
Los adultos mayores y la salud: la meta de modificar nuestros hábitos de vida	44

III. Aquí y ahora: trabajo de campo con aplicación del Manual de autocuidados	47
AMAOTE abre sus puertas a los líderes comunitarios y sale a visitar los Centros de Jubilados de Capital Federal	47
Los resultados en números	47
IV. Cosechar la siembra: los resultados a partir de historias de vida y testimonios de los interesados	55
V. Adultos mayores y prevención con características regionales en Argentina	73
La etapa en curso (2009-2010). Extensión	73
Conclusiones	

Introducción

El envejecimiento poblacional como situación demográfica es un hecho irreversible, al menos hasta el momento.

En toda América, la mayoría de los países tiene su población envejecida y las naciones que aún no presentan esta situación, en algunos años más, también estarán dentro de este escenario.

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) no puede permanecer ajena a esta situación, la cual se acrecienta con el tiempo y, sin dudas, creará un efecto en todos los proyectos de seguridad a corto, mediano y largo plazos.

Consciente de ello, hace pocos años la CISS, por unanimidad de sus miembros, creó la Comisión Americana de los Adultos Mayores (CADAM) para que, como órgano técnico especializado, investigara esta problemática y, en consecuencia, analizará y planteará posibles soluciones a un tema por demás preocupante en nuestras naciones.

Como se mencionó en la publicación de la CISS, la revista Seguridad Social Núm. 255/2007, ya desde sus primeros trabajos, la CADAM dio algunos datos preocupantes: “Mientras se estima que la población total de América entre los años de 1950 y 2050 crecerá cinco veces, los mayores de 60 años crecerán en idéntico periodo 19 veces.

A su vez, en el año 1950, la población envejecida representaba 6.5% del total de habitantes, en cambio en 2050 se estima representarán 22.5% de ese total.

Si estos cálculos actuariales se prolongaran en el tiempo, la situación aún sería más grave, basta observar que en 1950 los jóvenes de 0 a 19 años superaban en nueve veces a los mayores de 60 años, sin embargo, en el 2050 unos y otros, casi serán la misma cantidad de personas.

Con estos datos demográficos, el envejecimiento de nuestras poblaciones pasa a ser una variable fundamental en el diseño de las políticas y programas de los países hacia el futuro, y por ende, corresponde desde ahora iniciar acciones tendientes a buscar alternativas que ayuden a sobrellevar estos cambios poblacionales y sociales.

el envejecimiento de nuestras poblaciones pasa a ser una variable fundamental en el diseño de las políticas y programas de los países hacia el futuro

Así, la CADAM en combinación con la Secretaría General de la CISS se abocaron al análisis de cómo respondían los países, que actualmente tienen altos índices de envejecimiento, a sus actuales coyunturas y a conocer cuales eran los programas hacia un futuro de sociedad longeva.

Así, luego de llevar a cabo congresos y seminarios internacionales en diversas regiones del continente, la Comisión Directiva de CADAM llegó a la conclusión que era menester elaborar un Plan Gerontológico Interamericano que, como recomendación de la CISS, fuese una herramienta útil de consulta en el momento que cualquier país tuviera que resolver o legislar situaciones que incidan en la tercera edad.

La CADAM ha celebrado en años recientes reuniones en Argentina, Barbados, Chile, Costa Rica, Cuba, Colombia y México. En ellas se han discutido los temas que motivan las recomendaciones de una forma abierta y constructiva.

El proyecto de recomendación es el trabajo de más de 18 meses de consulta entre las naciones miembro y han participado en él los más afamados expertos de la ciencia gerontológica.

Precisamente desde esta ciencia, la Gerontología, es de donde se orienta todo el trabajo, ya que ella reúne en su análisis todos los factores que inciden en el grupo de riesgo sobre el cual estamos trabajando.

En la actualidad, el estado psicofísico y funcional de un anciano, o de quien está cerca de serlo, no se puede evaluar desde una sola especialidad, sino que toda la acción que lleve a un diagnóstico correcto debe ser interdisciplinaria.

Por otra parte, el problema demográfico de crecimiento de los adultos mayores requiere un tratamiento que involucre a toda la sociedad, sin distinción de edades, con lo cual cualquier programa que se desarrolle debe considerar el apoyo intergeneracional, con todo lo que ello implica.

Finalmente, se ha visto que los esfuerzos de cualquier organización de seguridad social en forma individual, no solo no alcanzan, sino que además tienden a ser injustos o duplicar los servicios y/o prestaciones, ya que habitualmente son varias las instituciones que trabajan para los adultos mayores”.

Por tanto, es indispensable que todo lo que un Estado brinde a sus adultos mayores sea con base en un programa interinstitucional, coordinado y controlado por los sectores involucrados, con la participación activa de los adultos mayores en acciones comunitarias tendientes a favorecer el estado de salud, como programas de capacitación a líderes comunitarios, que deben fortalecer los conceptos de prevención y promoción de la salud, con políticas firmes de Estado de nuestros países.

I. Inicio del camino

En 1996 se forma en Argentina la primera mutual de los trabajadores de la seguridad social, en respuesta a las inquietudes que manifestaba la población.

En octubre de 1997 se solicita la incorporación de la Asociación Mutual de los Agentes de los Organismos para la Tercera Edad (AMAOTE) como miembro asociado a la CISS y se pide participar de la próxima reunión de la Conferencia en la ciudad de Montevideo, Uruguay.

En agosto de 1998 AMAOTE realiza en Argentina las Primeras Jornadas Internacionales para una Mejor Conciencia Gerontológica. Estas surgen como desafío de profesionales, técnicos y trabajadores de distintas disciplinas de la seguridad social, especializados en Gerontología, con la pretensión de contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas de la tercera edad, a partir de sus actividades de docencia, investigación y elaboración de proyectos, con la mentalidad de que iguales demandas se presentan con especialistas de otros países, que en contacto con ellos, efectúan idénticos esfuerzos, con la petición de aunar estos trabajos, transmitiendo distintas experiencias y considerando al adulto mayor como el testigo más importante para la transmisión de valores que hacen posible la vida de un pueblo.

A posteriori, AMAOTE solicita a la CISS la creación de una Comisión Americana sobre la Tercera Edad (CATE), contando

para esta iniciativa con las instituciones de seguridad social de Argentina, y coincidiendo con lo aprobado en la asamblea anual, realizada en Chile y las Naciones Unidas, donde se declara al año 1999 como “Año internacional de las personas adultas”.

La propuesta se fundamenta en todas las proyecciones que comenzaban a preocupar a los países, en cuanto al envejecimiento poblacional, donde no solo la Organización Panamericana para la Salud (OPS, *Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE*) planteaba que, en ciudades de países de América Latina y el Caribe (Argentina, Barbados, Brasil, Cuba, Chile, México, Uruguay) ya se observaba que la edad de la población era de 60 a 74 años y superaba 60% del total de adultos mayores entrevistados. En dichos lugares la edad media de estos grupos etáricos era de 63 años en México (la más baja) y de 75 años en Brasil (la más alta). En otras palabras 50% de la población mexicana en este estudio, era menor de 63 años en el momento de la encuesta; de manera similar la mitad de la población brasileña estudiada era menor de 75 años. Por último, las otras cinco ciudades tenían edades medias alrededor de los 70 años.

Así, en noviembre de 1999, Argentina presenta ante la reunión anual en México una propuesta de АМАОТЕ, para la creación de una comisión específica que tratara los temas vinculados al adulto mayor, dicha propuesta cuenta con el aval de la subregión III, Cono Sur. Se designa un grupo preparatorio dependiente de la Conferencia, encargado de dictaminar la conveniencia de crear tal comisión, y sus conclusiones son expuestas en el marco del seminario “Adulto mayor: el nuevo desafío”, el cual es inaugurado por el presidente de la CISS, el licenciado G. Borrego Estrada, con la asistencia del presidente de la Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS), la secretaria general de la CISS, el director del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), el vicepresidente de la Conferencia y funcionarios de organismos internacionales.

Luego de las ponencias de distintos países donde señalaron las proyecciones de su población adulta mayor para las siguientes décadas, el representante de la seguridad social de Estados Unidos estimaba que la población mayor de 65 años representaba 16% del total con una proyección para 2050 de 28%; la señora Cathy Sabiston, directora general de salud de Canadá, expresaba que los nuevos retos incluían mantener o elevar el nivel y la calidad de vida, sin afectar las finanzas públicas; la licenciada María González del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) relata que desde 1994, el Instituto había instalado un programa que buscaba solucionar esta problemática mediante diferentes prestaciones, tareas en el campo familiar y utilización del tiempo libre, privilegiando la medicina de prevención y promoción de la salud. También Marta Peláez de la OPS, con un plan innovador, decía: “las demandas de atención de los adultos mayores no pueden resolverse a escala individual o familiar, si no que deben ser asumidas por el conjunto de la sociedad, colocando el énfasis en la transferencia de recursos de una generación a otra, y el reforzamiento de la solidaridad social entre ellas”.

Las demandas de atención de los adultos mayores no pueden resolverse a escala individual o familiar, si no que deben ser asumidas por el conjunto de la sociedad

AMAOTE de Argentina, expresaba “el adulto mayor se ve afectado por problemas nuevos. La medicina debe retener otras interrogantes al momento de efectuar un diagnóstico, como son los problemas biopsicosociales, que afectan el estado funcional del adulto mayor, no alcanzando los esfuerzos no coordinados de todos los sectores que atienden esta problemática sino se tiene una orientación interinstitucional, intergeneracional e interdisciplinaria”.

El señor Álvaro Castro Gutiérrez, de la AISS, manifestó “el envejecimiento de la población es un fenómeno que pasa inadvertido para la mayoría de las personas. Solo algunos

especialistas, algunos encargados de establecer políticas, están enterados de la situación, la cual es creciente y preocupante. Es necesario que estos agentes cumplan con una función social informando, planeando y previniendo sobre tan importante tema”. Desde Cuba, la licenciada Marcia Enríquez Charles viceministra de Trabajo y Seguridad Social sostuvo que “la necesidad de una política social y en particular el sistema de seguridad social, requieren ser evaluados de forma sistemática”.¹

Las conclusiones del informe consideraron la creciente preocupación en nuestros países con respecto al innegable proceso de envejecimiento poblacional, mencionando que entre 1980 y 2025, la población mundial crecería en 14.7%, mientras los mayores de 60 años lo harían en 76.9%.

Como resultado de lo planteado, en el año internacional de las personas adultas, por unanimidad, se recomienda al Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social (CPISS) la creación de la Comisión Americana del Adulto Mayor, siendo AMAOTE la institución elegida para presidirla. Este hecho puso de manifiesto el interés de los miembros de la CISS por tener un foro específico para abordar técnica y científicamente el proceso del envejecimiento y sus consecuencias para la seguridad social, así como para intercambiar experiencias con miras a la promoción de acciones e insistir para garantizar un “mejor envejecer”.

Las primeras actividades de la CADAM iniciaron en abril de 2000 en Argentina bajo la consigna “Propuestas para un mejor envejecer”, con el debate sobre la visión de las nuevas problemáticas de este sector social con un abordaje integral y concluyendo que “el modelo posible, factible y viable de asistencia gerontológica, se basa en un conjunto de acciones que se apoyen mutuamente y que provengan de esfuerzos integrados de profesionales, organizaciones gerenciales, sector público y

¹ Seminario *El Adulto Mayor: El nuevo desafío*. Grupo Preparatorio CISS, agosto 1999.

privado en perfecta armonía y sin competencia, finalizando con que llegar a la vejez no es una enfermedad”.

Este mismo año en la reunión técnica de la CADAM, realizada en el marco de la XLIX reunión del CPISS conjuntamente con la AISS en San José de Costa Rica, bajo el desafío “Hacia la optimización y universalidad de la seguridad social”, se deja ver la inquietud entre los miembros de la Conferencia, en relación con las consecuencias de la economía globalizada para la seguridad social, en particular, en sociedades como la de Argentina, con 13.5% de población mayor de 60 años, que vivía las consecuencias desfavorables de las políticas de ajuste.

La interrogante planteada era: ¿Hay lugar para el adulto mayor en la economía globalizada?, donde ya se establecía una polémica acerca de las consecuencias para quienes defendían la flexibilización laboral con quienes consideramos los pagos de las jubilaciones salario diferido, preocupándonos por las personas con pocas aportaciones por ser desempleados o por su irregularidad de aportes.

Desde ese momento, AMAOTE comienza a establecer los lineamientos de un Plan Gerontológico Interamericano, en donde propone acciones concretas comunes a nuestros países, las cuales permitirán discutir la necesidad de generar políticas públicas que con la interacción de todos los representantes de la seguridad social, y con la visión interdisciplinaria que la problemática requiere, fuera posible conservar entre los países miembro. De esta manera, la aspiración de la CADAM era convertir las recomendaciones para un plan gerontológico en un instrumento de orientación hacia los estados, las organizaciones sociales. Dichas recomendaciones fueron aprobadas en la Asamblea General de República Dominicana en 2005, convirtiéndose en un testimonio escrito y consensuado de la actividad de la CADAM y una herramienta móvil en el continente para visualizar la temática de los

adultos mayores y abordarla desde un enfoque moderno, responsable y comprometido, publicada oficialmente por la CISS. De la misma manera, fue presentado ante la comisión el *Manual de autocuidados del adulto mayor que habitan en grandes centros urbanos* y puesto a consideración de la membresía, cuyo objetivo principal es buscar el envejecimiento saludable. En este manual se consideran acciones de capacitación a dirigentes adultos mayores en relación con la prevención en diversos temas de la vida diaria y las patologías prevalentes en este grupo etario. Si bien no perdemos de vista el plan de acción internacional de envejecimiento de Madrid 2002, cuyos objetivos eran mantener la salud y las capacidades de los adultos mayores y mejorar la cobertura de los programas o sistemas de protección social asegurando el acceso a los servicios de salud con ingresos suficientes para permitir niveles de vida adecuados durante la vejez, nuestra visión considera la valoración geriátrica integral como una herramienta de caracterización y de diagnóstico, la cual nos permite abordar desde una perspectiva comunitaria las acciones a seguir.

nuestra visión considera la valoración geriátrica integral como una herramienta de caracterización y de diagnóstico

Si podemos visualizar claramente los grupos de riesgo en consideración al grado de autonomía funcional, continencia socio familiar y estatus patológico, comprenderíamos las necesidades gerontológicas con sus componentes culturales, políticos, ideológicos, económicos, sociales y afectivos. De esta manera certificaremos los grupos de riesgo en donde se puede segmentar a la población, que incluyan cada uno, subgrupos en función del estado que presentan, correspondiéndose acciones para satisfacer las necesidades prestacionales de cada uno. En el *Informe sobre seguridad social en América 2006* publicado por la CISS, se señalaba el importante atraso en la región, en el desarrollo de programas de cuidados para el adulto mayor.

Si a esto le agregamos el informe de la OPS de noviembre de 2007, el cual advierte que el índice de envejecimiento se cuadruplicará para mediados de siglo, pasará de 25 personas mayores de 60 años por cada 100 niños y niñas menores de 15 a principios del siglo, a 128 personas adultas mayores por cada 100 menores de 15 para 2050, es urgente plantear opciones que hagan posible la subsistencia de los sistemas de seguridad social. Nuestras propuestas están enmarcadas en acciones que prioricen la capacitación comunitaria, el relevamiento y seguimiento gerontológico de grupos vulnerables en la comunidad, la investigación gerontológica comunitaria, el establecimiento de programas preventivos con base comunitaria, el diseño y la implementación de un vademécum no farmacológico y acciones sobre el hábitat.

Estos son los desafíos de la CADAM y la contribución a la Conferencia en el debate y las acciones concretas que pueden llevarse a cabo en el nuevo paradigma de planificar para la salud y no para la enfermedad en nuestras naciones.

II. Se hace camino al andar

Lineamientos

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social en su asamblea general realizada en República Dominicana en noviembre de 2004 presentó sus recomendaciones para un Plan Gerontológico Interamericano donde considera fundamental estimular una mejor integración intergeneracional, jerarquizando el rol de los adultos mayores.

Es indispensable que nuestros países se orienten hacia el establecimiento de políticas interdisciplinarias que comprometan al Estado, a las organizaciones no gubernamentales, a la sociedad y a la familia, con una estrategia global y coordinada, disminuyendo las prácticas asistenciales, fortaleciendo el camino hacia una adecuada “calidad de vida” para todos los adultos mayores.

Estas manifestaciones se basaron en múltiples antecedentes internacionales, los cuales involucran a las más prestigiosas instituciones abocadas a la problemática que presentan las naciones ante la transición demográfica, analizando qué ocurre en las sociedades cuando

Es indispensable que nuestros países se orienten hacia el establecimiento de políticas interdisciplinarias que comprometan al Estado, a las organizaciones no gubernamentales, a la sociedad y a la familia

crece la población de adultos mayores y qué le ocurre a una de estas personas en esas sociedades.

En ese marco, las recomendaciones se orientaron hacia que los Estados, las organizaciones de la comunidad, las familias y los propios adultos mayores, articulen acciones positivas, apoyen y estimulen una nueva integración social de las personas mayores de 60 años, reafirmando su efectiva participación activa.

Asimismo, se calificó como indispensable que las acciones por y hacia los adultos mayores, estén coordinadas con eficiencia, eficacia y equidad, así como que el esfuerzo conjunto, interinstitucional, interdisciplinario e intergeneracional deba resolver los problemas propios de los adultos mayores, con un plan gerontológico el cual busque garantizar una adecuada calidad de vida.

● Recomendaciones

Las recomendaciones plantearon específicamente:

1. Generar actividades, con la participación de organismos gubernamentales, no gubernamentales, y de los propios adultos mayores, para tomar decisiones que involucren a todo el conjunto social.
2. Fomentar coberturas gerontológicas universales y completas, sin exclusiones ni restricciones, haciendo esfuerzos en la promoción y protección de la salud.
3. Desarrollar y ejecutar proyectos tendientes a brindar una prestación económica digna para todos los adultos mayores, sea esta de origen contributivo o asistencial, asegurando un ingreso que permita satisfacer sus necesidades mínimas.

Se considera a la prestación económica como un derecho universal, y no como una obligación sectorial con plazos y fondos establecidos.

4. Crear las condiciones para que las políticas públicas y privadas, promuevan una sociedad integrada, en donde se estimule la solidaridad y el apoyo mutuo entre generaciones.
5. Auspiciar la organización democrática y pluralista de los adultos mayores.
6. Facilitar el desarrollo de la investigación y planificación en la temática, manteniendo actualizado el plan gerontológico que se ejecute, para poder con ello celebrar convenios con organismos e instituciones nacionales e internacionales.
7. Promover el desarrollo personal e intelectual de los adultos mayores, fomentando su capacitación en todos los niveles, incluyendo los programas especiales en las universidades nacionales.
8. Elaborar y ejecutar planes y programas de capacitación para las personas que atienden a los adultos mayores.
9. Difundir permanentemente el plan gerontológico que se desarrolle y promover la mayor participación posible del voluntariado.
10. Priorizar los programas hacia los sectores más vulnerables de adultos mayores, incluyendo propuestas especiales para las mujeres, dada su mayor expectativa de vida y su particular envejecer.
11. Generar una toma de conciencia de los problemas que afectan a los adultos mayores comenzando por la educación de los niños.
12. Generar una toma de conciencia, en toda la sociedad, sobre las situaciones de exclusión e inequidad que cotidianamente perturban a los adultos mayores, así como también la solución que para cada caso propone el plan gerontológico en desarrollo.

● **Los adultos mayores y sus derechos**

1. Ser tratados con dignidad, respeto y sin discriminaciones de ninguna naturaleza.
2. Acceder a la promoción y protección de la salud, así como también a la prevención de la salud en sus tres niveles.
3. Un ingreso adecuado a sus necesidades, que les permita vivir dignamente, el cual provenga de sus propias contribuciones, y/o de fondos de regímenes solidarios y/o de rentas generales, pues el pago de una prestación económica, debe interpretarse como una obligación indelegable de la sociedad hacia los adultos mayores.
4. Participar activamente en las decisiones que se adopten referentes a los problemas que les son propios.
5. Recibir apoyo de su familia, de la comunidad, de las organizaciones sociales y del Estado a fin de satisfacer necesidades básicas de vivienda, alimentación, agua potable y vestimenta.
6. Recibir preparación adecuada con respecto a su futura situación de jubilado.
7. Tener igualdad de acceso y oportunidades educacionales en todos los niveles de enseñanza.
8. Tener a su alcance la información, en forma clara y comprensible, sobre todos los aspectos que hacen a su calidad de vida.
9. Recibir información y orientación clara y adecuada, proporcionada por personal capacitado para ese fin, en servicios de atención sanitaria, de orientación provisional, temas educacionales, culturales, jurídicos, recreativos, turísticos, etcétera; también debe recibir información sobre las organizaciones no gubernamentales que se ocupan de los adultos mayores y especial orientación y asesoramiento en la resolución de problemas propios de la edad, con el objetivo de

poder desenvolverse con mayor independencia, favoreciendo a su rehabilitación, estimulación social y protección.

10. Recibir información suficiente, para tomar libremente, con respecto a su persona, decisiones en materia de atención sanitaria, incluyendo el derecho a dar su consentimiento a los tratamientos destinados a prolongar la vida.
11. Vivir en su propio domicilio por tanto tiempo como le sea posible.
12. Gozar de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, cuando vivan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho de adoptar decisiones acerca de su cuidado y la calidad de su vida.

Asimismo, se observó que “el entorno familiar y social del adulto mayor, debe procurar que ante el hecho irremediable de la muerte, esta sea digna y con respeto de sus creencias religiosas y de las últimas decisiones que la persona haya tomado”.

“Las personas de edad deberán poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de maltrato físico y mental”.

“No basta con darle más años a la vida, es necesario darle más vida a los años”.

● Marco teórico

● Aportes para el logro de objetivos y recomendaciones para la acción

En el encuadre de esas recomendaciones y a la luz de los conocimientos geriátricos y gerontológicos con que contamos, se efectuó una propuesta en relación con un sistema integrado por las características de la población que nos ocupa, su segmentación

en grupos de riesgo homogéneo, la definición de necesidades en función de su situación y la correspondencia con las acciones que permitan dar respuesta a los problemas detectados. Se propusieron además algunas estrategias preventivas.

Durante estos diez años ha sido posible reunir evidencia, analizar teorías y proponer enfoques basados en la experiencia acumulada por gobiernos, sociedades científicas, foros especializados, responsables de políticas, profesionales, comunidades, familias y los propios adultos mayores, todos son parte de un gran cambio que está viviendo la humanidad, haciendo camino al andar pues nunca antes tantas personas vivieron tantos años.

Así pues, se consideró adecuado revisar y reforzar algunos conceptos geriátricos y gerontológicos básicos para el abordaje integral de la problemática de los adultos mayores.

En la ponencia presentada por el equipo técnico profesional de AMAOTE, en el marco del Seminario Internacional de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social Coordinación de la v subregión México y el Caribe Latino denominado “Desafío a los sistemas de salud: atención integral al adulto” celebrado en la ciudad de La Habana, Cuba entre el 1 y el 3 de diciembre de 2005, se precisaron conceptos básicos, surgidos de la experiencia de los trabajadores de organismos de la tercera edad integrantes de esta corporación, en la atención de adultos mayores, apoyados en la teoría y la práctica de la Geriatria como especialidad médica y la gerontología como mirada integral del “ser humano adulto mayor” inserto en un medio social.

Desde esta perspectiva se ofreció una mirada acerca de las dimensiones del envejecimiento, caracterizada por una forma especial y propia de presentación de los problemas; conocer estas particularidades, permite definir de manera específica las necesidades, seleccionar y priorizar las acciones de forma coherente y evaluar los resultados de la aplicación de las mismas.

Estas características se integran al observar que los problemas médicos en el adulto mayor son múltiples y se presentan en forma atípica, inespecífica y muchas veces asintomática, con el riesgo de asumirlas como “cosas normales” del envejecimiento y no como problemas sobre los que se puede intervenir.

los problemas médicos en el adulto mayor son múltiples y se presentan en forma atípica, inespecífica y muchas veces asintomática

En este contexto se presenta la depresión enmascarada, la demencia con evolución solapada, se observa la rápida afectación de la movilidad y de la salud mental en forma secundaria a cualquier desorden orgánico, con cierto riesgo de caer en la dependencia funcional.

Vemos que la curación es lenta y muchas veces inalcanzable, siendo posible solo el alivio, que los cambios tienden a la cronicidad y que subyacen causas psíquicas y sociales como las partes sumergidas de un iceberg cuando el que sobresale es la enfermedad.

En la perspectiva terapéutica existe un límite difuso y fácilmente franqueable entre el beneficio y la iatrogenia, ligado a la inespecificidad de la presentación de los problemas y a la falta de especialización profesional.

En el entorno social más próximo se observa un alto riesgo de claudicar por parte de los cuidadores y la vejez instalada en el imaginario colectivo como una etapa de deterioro que no se puede evitar cuya prolongación puede significar un escenario catastrófico.

● Envejecer bien

Desde estas consideraciones basadas en la teoría y consolidadas en la práctica cotidiana, surge el concepto del “buen envejecer, envejecimiento exitoso o saludable”, como sinónimo de la conservación de la autonomía funcional; es decir, la capacidad

de reconocer los propios problemas y necesidades, tomar las decisiones adecuadas, ejecutarlas por sí mismo, evaluarlas y realizar las adaptaciones necesarias.

De lo expuesto se desprende el concepto de “envejecimiento patológico” como dependencia funcional, en términos de la necesidad de otros para el desempeño en la vida cotidiana.

Para comprender el envejecimiento como proceso, la vejez como estado-ciclo de vida y considerar al adulto mayor en y desde su posición en el medio social se emplean dos conceptos básicos, el de la fragilidad inherente a la edad y la vulnerabilidad social que confiere características diferenciales según el medio en el que transcurra este proceso.

❶ Fragilidad

Existen muchas definiciones para este concepto pero la más clara y útil que usaremos a la hora de instrumentar acciones es la que presenta el sociólogo Christian Lalive D'Épinay, director del Centro Interfacultades de Gerontología (CIG) de la Universidad de Ginebra, Suiza.

Este investigador define la fragilidad como *una condición personal, por la que pasarán todas las personas que lleguen a una edad avanzada, en la cual se ven afectados los aspectos fisiológicos y neurosensoriales de cada individuo con la pérdida consecuente de las reservas que permiten mantener el equilibrio con el medio y recuperarlo luego de un suceso negativo*. Todo ello se pone de manifiesto en cinco aspectos:

1. **Sensorial:** fundamentalmente visión y audición.
2. **Neurolocomotor:** relacionado con los componentes estructurales y funcionales de la movilidad.
3. **Cognitivo:** respecto a la salud mental, la capacidad de conocer, reconocer, recordar, expresar, comprender, interpretar, pensar, mantener el estado de alerta.

4. **Metabólico energético:** tiene que ver con un equilibrio de las funciones internas, la producción de energía y el aspecto nutricional, aspectos próximos a los límites entre lo normal y lo patológico.
5. **Enfermedades:** constituyen una de las cinco condiciones de fragilidad y no la más importante.

Estos aspectos se ponen de manifiesto durante un proceso de fragilidad interrelacionada con situaciones que condicionan su evolución y marcan la heterogeneidad y variabilidad personal, sociocultural, geográfica y económica.

Nos referimos a aspectos psicosociales, históricos en la vida de las personas que inciden en la forma de envejecer: ausencia de compromiso (proyectos personales, participación, aceptación de la propia historia) oportunidad y adecuación en la toma de decisiones a lo largo de la vida; incapacidad por desconocimiento o negación para reconocer los propios problemas y las necesidades, para generar un entorno que permita solicitar y obtener ayuda adecuada.

Asimismo, existen circunstancias del contexto llamadas factores ambientales que también proporcionan características particulares a este proceso, como la ausencia de políticas destinadas a reconocer los problemas del sector, definir las necesidades y seleccionar las mejores estrategias, la inequidad, la ausencia de infraestructura adecuada a las necesidades, el ambiente generador de patologías, las actitudes de hostilidad, indiferencia o abandono. Estas definiciones nos hacen pensar que casi todas las personas a los 60 años se encuentran en proceso de fragilidad.

Estos conceptos también explican el porqué la edad es el principal factor de riesgo y por qué el cuidado debe ser

el cuidado debe ser continuo, progresivo y todos los adultos mayores, aún los que creen estar sanos, deben ser controlados protocolizadamente

continuo, progresivo y todos los adultos mayores, aún los que creen estar sanos, deben ser controlados protocolizadamente, según sean sus condiciones de fragilidad.

● Vulnerabilidad social y riesgo sociosanitario de los adultos mayores en América Latina

Según la Comisión Económica Para América Latina (CEPAL) en el seminario internacional “Diferentes expresiones de la vulnerabilidad social” en Santiago de Chile, 2001, en su informe *Estructura de oportunidades y vulnerabilidad social* de Carlos Filguera, señala que este concepto da cuenta de la desventaja institucional y social en que se encuentran determinados grupos, superando la definición de pobreza como identificación de necesidades básicas insatisfechas.

Entre los grupos vulnerables se incluye a las personas de 60 años y más que no cuentan con ingresos o los perciben, pero son insuficientes para garantizar condiciones de vida digna, que además requieren ayuda familiar, existencia de redes primarias con capacidad de vincular y material para contener procesos de enfermedad o discapacidad funcional.

Al considerar los conceptos de fragilidad y vulnerabilidad social se plantea que la “combinación de fragilidad y pobreza aumenta el riesgo sociosanitario de los adultos mayores por cuanto suma desventajas sanitarias, económicas y sociales para alcanzar una vida y una vejez saludables”. (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Informe de la Gerencia de Promoción Social y Comunitaria, Argentina, 2004).

● Indicadores de alto riesgo

En función de lo expuesto es posible construir los criterios que definen, dentro de este grupo en proceso de fragilidad o encontrarse frágil, los de mayor riesgo ya sea por condiciones sociales, biológicas o funcionales:

Las personas mayores de 80 años; los que viven solos o socialmente aislados; los que no tienen hijos; las mujeres ancianas: solteras o viudas; los que tienen a su cargo una pareja anciana, discapacitada; los que deben asumir responsabilidades de cuidar de otra persona; los que tienen problemas de autonomía funcional, si permanecen en soledad por la noche o más de diez horas en el día; más aún si presentan periodos libres de ayuda críticos, es decir, necesidad de cuidados permanentes para mantener la seguridad vital.

Asimismo, se incorporan a esta categoría las personas mayores acompañadas por personas no aptas para brindar el cuidado requerido en calidad y cantidad; los que no se contactan o no tienen médico de cabecera, los que no acceden a las prestaciones médicas, los portadores de patologías crónicas o que invalidan, los que viven en un hábitat inadecuado en función de autonomía, patología y condiciones para la rehabilitación, los desnutridos; los polimedicados o con medicación de alto riesgo en periodo inmediatamente posterior al egreso hospitalario, la complejidad de los tratamiento o de cuidados especiales.

● **Incidencia de las posibles causas en el deterioro que caracteriza el envejecimiento patológico**

Observar la realidad y los datos estadísticos de las organizaciones dedicadas al estudio de los indicadores de salud, pone en evidencia lo que se denomina, en ámbitos gerontológicos “regla de los tercios” en relación con los factores vinculados al envejecimiento. En este sentido, se adjudica responsabilidad en el deterioro de estructuras y funciones corporales de las personas mayores en las siguientes proporciones: un tercio por problemas de uso, desuso, abuso o mal uso de estructuras y funciones; un tercio a las enfermedades y un tercio al envejecimiento normal. Lo cual permite una perspectiva optimista pues es posible actuar preventiva o terapéuticamente sobre dos tercios de las causas de deterioro.

● ¿Cómo comprender la situación global de un adulto mayor?

La respuesta a esta interrogante es la tecnología de la *valoración gerontológica integral*, punto de partida para establecer un sistema de cuidados integrales: médicos, psíquicos, sociales y funcionales aplicable por distintos representantes del sistema.

● Componentes de la valoración gerontológica integral

En el *aspecto físico* se evalúan las clásicas dimensiones médicas y los llamados “gigantes de la Geriátría” o grandes síndromes geriátricos: la inmovilidad y escaras, el síndrome confusional agudo, la incontinencia de esfínteres, la inestabilidad y las caídas, la malnutrición; la iatrogenia medicamentosa.

En la esfera psíquica la búsqueda se orientará hacia una entidad muy frecuente y poco diagnosticada: la depresión, cuyos efectos son discapacitantes, deterioran la calidad de vida, producen mayor tasa de suicidios, mayor uso de recursos de salud, hacen lenta la recuperación o provoca el fracaso de la rehabilitación, todas estas situaciones son potencialmente generadoras de cuidados a largo plazo.

Es de suma importancia evaluar la existencia de “estresores negativos” sobre el adulto mayor o el grupo familiar (según Eje 4 DSM IV) que pueden estar relacionados con:

- El *grupo primario de apoyo*: fallecimientos, enfermedad familiar, perturbaciones como divorcios, abandono, separación, pérdida laboral, mudanza, abuso/violencia, cuidar de manera obligada de otros enfermos o discapacitados.
- *Problemas económicos*: pobreza extrema, economía propia insuficiente, pérdida económica, ayuda socioeconómica insuficiente.

- *Vivienda*: pérdida del hogar, vivienda inadecuada, vecindad insalubre, conflicto con vecinos o propietarios.
- *Interacción con el sistema legal/crimen*.
- *Ámbito social*: fallecimiento/pérdida de un amigo/confidente, vivir solo, tener que adaptarse a otra cultura, ser víctima de discriminación, conflicto con un cuidador no familiar, con el médico, con los servicios sociales.
- *Acceso a servicios asistenciales*: servicio médico inadecuado, falta de transporte, seguimiento médico inadecuado.
- *Otras situaciones*: desastres, guerra, otras hostilidades.

En la *esfera cognitiva* se evalúan las capacidades relacionadas con conocer, expresarse, comprender, reconocer, ubicarse, recordar, actuar, aprender. En este rastreo se encuentra presente la búsqueda de la patología fundamental, la demencia, una de las causales más importantes de la dependencia y los cuidados a largo plazo.

La evaluación del *aspecto social* implica el estudio del entorno sociofamiliar, la identificación y evaluación del *cuidador principal* en lo referente a sus posibilidades de atención completa: instrumental, económica y afectiva y en sus variantes como cuidador informal, formal o semiformal; la *adecuación del hábitat* en función de la seguridad, la autonomía, las patologías o las condiciones para la rehabilitación, la accesibilidad a la vivienda, a centros de salud o provisión, la estabilidad (posibilidad de pérdida de la vivienda), las condiciones del contexto geográfico. Asimismo, se tendrá en cuenta el contexto económico en función de la capacidad para hacer frente a las necesidades de la vida diaria, incluso las originadas por las patologías ocasionales o crónicas, medicamentos, dietas, traslados a centros de salud, acompañantes.

● El aspecto funcional

Como manifestación integrada de las tres dimensiones precedentes de la valoración gerontológica integral, esta determina el tipo y necesidad de cuidados. Compuesta por la capacidad de autocuidado, definida en el desempeño de *actividades básicas de la vida diaria* (ABVD), la capacidad de autonomía definida por las *actividades instrumentadas de la vida diaria* (AIVD) y la capacidad de integración y participación definida por las *actividades avanzadas de la vida diaria* (AAVD).

Participación social en actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD). Se relacionan con los vínculos interpersonales con pares e intergeneracionales, la realización de actividades de estimulación física, psíquica y cognitiva, ejercicio y defensa de los derechos, participación en actividades de representación social y política, expresión de la solidaridad, actividades relacionadas con la espiritualidad, el aprendizaje, la transmisión de conocimientos y experiencias, aspectos culturales, de costumbres, recreativos y de inclusión comunitaria.

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Alimentación, desplazamiento cama-sillón y dentro de la vivienda, control de esfínteres, uso de sanitarios, higiene personal.

Actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD). Uso de teléfono, transportes, compras, preparación de alimentos, cuidado de la casa, manejo de medicación, independencia en asuntos económicos, capacidad para realizar trámites y gestiones.

● La valoración geriátrica integral define la intervención geriátrica integral

Desde este enfoque, el adulto mayor puede encontrarse en cada momento en cuatro situaciones predominantes con necesidades distintas y prioritarias para cada una de ellas, estas situaciones

son variables y exigen flexibilidad y adaptación de los sistemas para producir cuidados continuos y progresivos.

El adulto mayor puede encontrarse en situación saludable, lo cual no significa ausencia de enfermedad; como hemos visto, uno de los componentes del estado de fragilidad es la enfermedad, esta podrá ser crónica, pero deberá estar compensada, es decir, requiere una promoción, protección, vigilancia y prevención de patologías biopsicosociales.

Podrá encontrarse en *situación de enfermedad* para lo cual se necesita diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y rehabilitación; en situación de *vulnerabilidad por pobreza* o *aislamiento* se le debe brindar acceso a tratamientos, nutrición, hábitat seguro y funcional y creación de instancias de participación, o en situación de *dependencia funcional*, para lo cual se requiere seguimiento telefónico y domiciliario con conducta proactiva, sistemas de tele asistencia a demanda. Atención domiciliaria: sanitaria y de soporte; sistemas de atención diurna (hogar de día, centro de día, hospital de día); formación y protección de cuidadores e instancias para la institucionalización definitiva.

● Ejes de un modelo de gestión sociosanitaria centrado en el adulto mayor

Para asumir el desarrollo de la salud, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad de los adultos mayores es necesario reconocer que los criterios para definir la situación de salud-enfermedad de la población beneficiaria involucran aspectos físicos, psicocognitivos, funcionales y sociales y para ello resulta imprescindible:

Conocer y seguir a toda la población de adultos mayores, separarla en grupos de riesgo homogéneo para identificar y

cuantificar las problemáticas, determinar las necesidades y asumir las acciones necesarias que definen los grandes lineamientos de prestación de servicios, cuyos ejes son:

- Aplicación de lineamientos sociosanitarios nacionales.
- Adhesión a la estrategia de atención primaria de la salud con perfil geriátrico y gerontológico.
- Aplicación sistemática de la tecnología de valoración geriátrica integral.
- Gestión en los aspectos físicos, psicocognitivos, funcionales y sociales.
- Articulación de los niveles de riesgo sociosanitario con la complejidad de la intervención en prevención primaria, secundaria y terciaria.
- Sostén y fortalecimiento del vínculo continuo con el medio al que pertenece ya sea en el domicilio o en la institución (aguda o crónica).
- Gestión a partir de equipos sociosanitarios interdisciplinarios próximos al adulto mayor en todas las instancias de su vida cotidiana y con criterio proactivo.
- Acción en red interinstitucional.
- Evaluación sistemática de las acciones.

● **Atención primaria en geriatría**

La estrategia de atención primaria de la salud (APS) formulada en la Declaración de Alma-Ata, y aprobada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978 convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), a sus ya más de 30 años, se sigue clamando por su aplicación en toda América Latina, pues a estas alturas del recorrido histórico es un problema de intereses políticos y económicos y no una duda sobre su eficacia.

La especialidad médica de Geriátría, por sus necesidades de evaluación y gestión integral, requiere forzosamente de esta estrategia complementada con algunos principios que le son propios:

- Garantizar la accesibilidad de los más vulnerables por su fragilidad.
- Brindar asistencia integrada para el retardo de la dependencia, coordinación, continuidad, atención clínica, anticipación, defensa del paciente adulto mayor, integración del rol de la familia y los cuidadores, prevención de la discapacidad, diagnóstico exacto, observación seriada, intervención activa no limitada por la edad, vigilancia correcta, tiempo suficiente, comunicación con el adulto mayor, con su familia, entre los profesionales, con los distintos niveles de resolución.

● Sistema de abordaje basado en la realidad situacional de los adultos mayores y sus distintos grados de riesgo

La aplicación de las estrategias gerontológicas descritas se encuadra dentro de una metodología de abordaje en el cual se definen los tres componentes interrelacionados fundamentales de la planificación de un sistema de atención sociosanitaria para adultos mayores:

- *Problema gerontológico* comunitario
- *Necesidad gerontológica* comunitaria
- *Acción gerontológica* comunitaria que modifica el problema
- *El problema gerontológico*

La visión del problema gerontológico a nivel político, es decir, como asunto

La visión del problema gerontológico como asunto público, se logra cuando existe conjunción entre la percepción subjetiva y toma de conciencia de quienes están afectados

público, se logra cuando existe conjunción entre la percepción subjetiva y toma de conciencia de quienes están afectados y la observación objetiva de la realidad por parte de quienes tienen conocimientos o intereses y desean intervenir sobre ella.

● Los grupos de riesgo

El diagnóstico de los problemas de los adultos mayores se parte de tres variables: la autonomía funcional, la ayuda sociofamiliar y el estatus patológico compensado o descompensado, lo cual permite caracterizarlos definiendo grupos de riesgo.

De esta manera se proponen nueve grupos de riesgo que varían en su categoría según la compensación o descompensación de su patología:

1. Se vale por sí mismo, ayuda sociofamiliar adecuada sin patología o patología compensada o patología descompensada.
2. Se vale por sí mismo, con ayuda sociofamiliar insuficiente, sin patología o patología compensada o descompensada.
3. Se vale por sí mismo, sin ayuda sociofamiliar, sin patología o patología compensada o descompensada.
4. Semidependientes (AIVD), ayuda sociofamiliar adecuada, patología compensada o descompensada.
5. Semidependientes, con ayuda sociofamiliar insuficiente, patología compensada o descompensada.
6. Semidependientes, ayuda sociofamiliar inexistente, patología compensada o descompensada.
7. Dependiente (ABVD), ayuda sociofamiliar adecuada, patología compensada o descompensada.
8. Dependiente con ayuda sociofamiliar insuficiente patología compensada o descompensada.
9. Dependiente con ayuda sociofamiliar inexistente, patología compensada o descompensada.

● Necesidades gerontológicas

La necesidad surge de la comprensión del problema y en esta pueden influir variables de diversa índole, culturales, políticas, ideológicas, económicas, sociales, afectivas. En relación con el problema gerontológico, para cada grupo de riesgo corresponden necesidades diferenciadas.

● Correspondencia entre los grupos de riesgo gerontológico y las posibles necesidades gerontológicas

1. Controles registrados en salud o de la patología compensada, o descompensada, actividades preventivas y de promoción socio sanitaria.
2. Controles registrados en salud o de patología compensada, o descompensada, actividades preventivas y de promoción socio sanitaria, ayuda económica para provisión de medicamentos, cobertura habitacional o necesidades básicas insatisfechas, refuerzo alimentario, incluir en instancias de participación comunitaria, incluir en redes de contención.
3. Controles registrados de la patología compensada, o descompensada, actividades preventivas y de promoción socio sanitaria, ayuda económica para provisión de medicamentos, cobertura habitacional o necesidades básicas insatisfechas, refuerzo alimentario en la modalidad de comedor o despensa, incluir en instancias de participación comunitaria, incluir en redes de contención.
4. Controles registrados de la patología compensada, o descompensada, actividades preventivas y de promoción socio sanitaria, sistemas de atención diurna, sistema especial de alerta y seguimiento, posible seguimiento profesional del grupo familiar.

5. Controles de la patología compensada, o descompensada, actividades preventivas y de promoción socio sanitaria, apoyo para AIVD, atención diurna, atención al cuidador, ayuda económica para provisión de medicamentos, cobertura habitacional o necesidades básicas insatisfechas, refuerzo alimentario en la modalidad de comedor o despensa, incluir en redes, sistema especial de alerta y posible seguimiento profesional.
6. Controles registrados de la patología compensada, o descompensada, actividades preventivas y de promoción socio sanitaria, apoyo para AIVD, atención diurna, ayuda económica para provisión de medicamentos, cobertura habitacional o necesidades básicas insatisfechas, refuerzo alimentario en la modalidad de comedor o despensa, incluir en redes, ayuda, posible internamiento en hogares para adultos mayores.
7. Controles registrados de la patología compensada, o descompensada, atención diurna, ayuda profesional, atención al cuidador.
8. Atención de la patología compensada, o descompensada, apoyo para ABVD y AIVD, atención diurna, apoyo al cuidador, ayuda económica para provisión de medicamentos, cobertura habitacional o necesidades básicas insatisfechas, refuerzo alimentario en la modalidad de comedor o despensa, incluir en redes, ayuda, posible internamiento en hogares para adultos mayores común o especializado.
9. Atención registrada de la patología compensada, o descompensada, ayuda, internamiento en hogares para adultos mayores común o especializado.

● La acción gerontológica y los interesados

Al identificar los problemas, distinguir a la población en grupos de riesgo y la determinación de sus posibles necesidades, se pueden proponer acciones y quienes deben llevarlas a cabo.

1. Atención ambulatoria, médicos clínicos, especialistas, salud mental estudios complementarios de primer nivel, enfermería, odontología, equipos interdisciplinarios para prevención y promoción, agentes sociosanitarios para seguimiento y alerta.
2. Atención ambulatoria, médicos clínicos, especialistas, salud mental, estudios complementarios de primer y segundo niveles, atención ambulatoria, enfermería, odontología, trabajo social y equipos interdisciplinarios para prevención y promoción, evaluación y asignación de ayudas económicas, habitacionales, alimentarias, agentes sociosanitarios, hogar de día.
3. Atención ambulatoria, médicos clínicos, especialistas, salud mental y estudios complementarios de primer y segundo niveles, enfermería, odontología, trabajo social y equipos interdisciplinarios para prevención y promoción, hogar de día, evaluaciones y asignación de ayudas económicas, habitacionales o alimentarias, agentes sociosanitarios.
4. Médicos clínicos, especialistas, salud mental y estudios complementarios de primer y segundo niveles, atención ambulatoria y domiciliaria, enfermería, equipos de atención domiciliaria, odontología, equipos interdisciplinarios para prevención y promoción, agentes sociosanitarios.
5. Médicos clínicos, especialistas, salud mental y estudios complementarios de primer y segundo niveles, atención ambulatoria, enfermería, odontología, equipos de atención domiciliaria, trabajo social y equipos interdisciplinarios para prevención y promoción, evaluaciones y asignación de ayudas económicas, habitacionales o alimentarias, agentes sociosanitarios.
6. Médicos clínicos, especialistas, salud mental y estudios complementarios de primer nivel, apoyo domiciliario, enfermería, odontología, trabajo social y equipos

interdisciplinarios para prevención y promoción, evaluaciones y asignación de ayudas económicas o alimentarias, agentes socio sanitarios, hogar de día, hogares para adultos mayores.

7. Médicos clínicos, especialistas, salud mental y estudios complementarios de primer y segundo niveles, enfermería, apoyo domiciliario, odontología, hogar de día, agentes sociosanitarios, equipos profesionales interdisciplinarios.
8. Atención domiciliaria, médicos clínicos, especialistas, salud mental y estudios complementarios de primer y segundo niveles, atención, enfermería, odontología, trabajo social y equipos interdisciplinarios para prevención y promoción, evaluaciones y asignación de ayudas económicas o alimentarias, agentes sociosanitarios, apoyo domiciliario hogar de día, posible hogar para adultos mayores.
9. Médicos clínicos, especialistas, salud mental y estudios complementarios de primer y segundo niveles, atención domiciliaria, enfermería, odontología, trabajo social y equipos interdisciplinarios, evaluaciones y asignación de ayudas económicas o alimentarias, agentes sociosanitarios, internamiento en hogares para adultos mayores común o especializado.

● Criterios para abordar la necesidad de cuidados a largo plazo

Con un criterio similar, el análisis del entorno socio familiar nos lleva a definir el periodo sin ayuda efectiva en calidad o cantidad y que varía entre un mínimo y un máximo.

Hemos visto que la evaluación de la autonomía funcional permite definir los intervalos libres de ayuda; es decir, el tiempo que la persona puede estar sin ayuda, sin correr riesgos de vida o complicaciones en su funcionalidad.

El cruce de las variables que definen la autonomía funcional y las que corresponden a la ayuda socio familiar permite determinar el tipo de ayuda necesaria para un adulto mayor dependiente.

Este enfoque facilita la asignación modulada de los cuidados según tipo, frecuencia y duración de los mismos de acuerdo con el siguiente esquema:

		Necesidades potenciales de ayuda			
		Intervalo libre de ayuda			
		Largo < que diario	Corto 1 vez al día < 8 hs	Crítico > de 8 hs o nocturno	
Tenencia efectiva de ayuda escasa o nula suficiente	Periodos sin ayuda efectiva en calidad o cantidad	Mínimo	No necesita ayuda suplementaria		Ayuda domiciliaria
		Diurno	o Solo ocasionalmente	Ayuda domiciliaria	Ayuda domiciliaria o centro de día
		Nocturno		Ayuda domiciliaria o residencia para mayores (RAM) según condiciones del cuidador y el entorno	
		Máximo	Sistema de alerta domiciliaria	Ayuda domiciliaria o residencia para mayores (ram)	Residencia para mayores

Propuesta para un plan gerontológico nacional

En estos diez años de trabajo, el equipo técnico-profesional de AMAOTE efectuó revisiones teóricas y aplicó el análisis de las experiencias gerontológicas argentinas haciendo los aportes expuestos hasta ahora, avanzando hacia la formulación de propuestas para una organización temática general que permita el análisis de componentes de un Plan Gerontológico

Nacional y los programas y proyectos que en él se puedan encuadrar.

Esta propuesta de estructura general se organiza en tres niveles de resolución, tres niveles de prevención, bajo la premisa de “Cuidados continuados y progresivos” basados en la identificación de la población beneficiaria, con características locales, y plantea el desarrollo de temáticas que integren a todo el sistema.

● Primer nivel de resolución

Ámbito: comunidad local, entorno de la vida cotidiana.

Prevención primaria: promoción y protección de la salud.

Destinatarios no focalizados: todos los adultos mayores que se valen por sí mismos, sin patologías o con patologías crónicas que no requieren tratamientos específicos, comunidad en general y su entorno.

Temáticas con características regionales y locales.

Clínica geriátrica, patologías prevalentes, salud mental, odontología, oftalmología, nutrición, podología, valoración geriátrica integral en el primer nivel, escalas de valoración apropiadas. Sistema de referencia y contra referencia entre los nodos del nivel de resolución y entre los distintos niveles.

Prevención social y comunitaria: estimulación física, psíquica y social, recreación, violencia familiar, social e institucional. Pobreza y exclusión, problemática alimentaria. Contención y extensión comunitaria (el adulto mayor agente multiplicador de salud, responsabilidad social del adulto mayor hacia la comunidad), adulto mayor y familia. Oferta educativa para adultos mayores: el adulto mayor como capacitador y líder comunitario, integración laboral del adulto mayor. Hábitat, ambiente: infraestructura y equipamiento institucional, domiciliario, urbano como

factores de promoción y protección de la salud. Derechos y obligaciones de adultos mayores: perfil y rol del médico de cabecera y los profesionales del equipo interdisciplinario, agentes sociosanitarios, el centro de jubilados como factor de salud comunitaria, articulación intergeneracional, perfil gerontológico en instituciones educativas, recreativas, culturales, religiosas, deportivas, centros gerontológicos polivalentes, voluntariado. Acciones e instrumentos de detección y evaluación: valoración geriátrica integral. Protocolos de control del adulto mayor que se vale por sí mismo, sin patologías o con patologías que no requieren tratamientos específicos. Instrumentos de rastreo poblacional elaborados en función de riesgos gerontológicos. Otros recursos.

■ Prevención secundaria

Diagnóstico temprano: tratamiento oportuno de patologías físicas, psíquicas, sociales.

Destinatarios focalizados: adultos mayores con patología aguda o crónica agudizada que permita el abordaje ambulatorio o domiciliario.

Temáticas: consultorios, centros de salud, domicilios, centros gerontológicos polivalentes, centros comunitarios, asistencia médica, salud mental, asistencia social. Perfil y rol de los profesionales del sistema básico de atención: médico de cabecera especialistas, profesionales de salud mental, trabajo social, quinesiología, enfermería, nutricionista, terapeuta ocupacional. Voluntariado, sistemas complementarios de diagnóstico y tratamiento ambulatorio y domiciliario, urgencias y emergencias domiciliarias.

Sistema de referencia y contra referencia entre los nodos del nivel de resolución y entre los distintos niveles.

Instrumentos. Historia clínica única, protocolos geriátricos para diagnóstico y tratamiento, valoración geriátrica integral, escalas de valoración.

Enfermedad terminal. Cuidados paliativos. Temática farmacológica. Temática jurídica. Violencia. Infraestructura y equipamiento institucional y domiciliario urbano o rural como factores terapéuticos. Otros recursos.

● Prevención terciaria

- a) Rehabilitación de patología en periodo posagudo
- b) Sostenimiento de patología crónica física, psíquica o social en el medio comunitario

Destinatarios focalizados: adultos mayores en periodo posagudo que requieren rehabilitación física, psíquica y social, familiar, laboral, que permite la reinserción comunitaria, adultos mayores dependientes y semidependientes en actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria que presentan condiciones aptas para permanecer en el medio comunitario, ayuda sociofamiliar instrumental, afectiva, económica parcial o total y entorno seguro en relación con el grado de autonomía funcional y la patología.

Ámbito comunitario: domicilio, centros de día, hospital de día, centros comunitarios, centros ambulatorios de rehabilitación.

Temáticas: perfil y rol del médico de cabecera, especialistas médicos, otros profesionales del sistema: salud mental, trabajo social, quinesiología enfermería, médico especialista en nutrición, profesores de educación física, terapia ocupacional, arquitectos, voluntariado. Valoración geriátrica integral para la admisión y el seguimiento en el internamiento, escalas de valoración apropiadas. Sistema de referencia y contra referencia entre los nodos del nivel de resolución y entre los distintos niveles.

Hábitat e infraestructura como factores de rehabilitación y sostenimiento en la comunidad del adulto mayor con patología crónica. Temática jurídica. Violencia.

Atención domiciliaria: con equipos interdisciplinarios para evaluación y tratamiento con dos componentes:

1. Profesional para asistencia sanitaria domiciliaria sostenimiento y rehabilitación física, funcional psíquica y social (familiar, laboral, comunitaria) de patologías en periodo pos agudo y atención de patología crónica.
2. Personal capacitado para apoyo domiciliario, atención a cuidadores (capacitación, supervisión, contención, evaluación).

Institución definitiva: instituciones residenciales para adultos mayores dependientes o semidependientes para actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria que no cuentan con ayuda sociofamiliar instrumental, afectiva, económica o hábitat adecuados en relación con la capacidad funcional o con la patología, en forma transitoria prolongada o definitiva. Normativas de atención. Valoración geriátrica integral en el internamiento. Escalas de valoración apropiadas. Hábitat e infraestructura. Perfil y rol del equipo interdisciplinario para el sistema básico de atención en RAM, médico geriatra y especialistas, profesionales de salud mental, trabajo social, quinesiología, enfermería, nutrición, profesor de educación física, terapia ocupacional, voluntariado. Personal auxiliar para atención en hogares para adultos mayores, capacitación y contención, temática jurídica vinculada a las instituciones de larga estancia, violencia, aspectos farmacológicos en hogares para adultos mayores. Otros recursos.

● Segundo y tercer nivel de resolución

Ámbito: instituciones para la atención de patologías en periodo agudo (pueden ser regionales de acuerdo con la estructura del sistema de salud, en función del rol de cada nodo).

❶ Prevención secundaria

Diagnóstico temprano, tratamiento oportuno.

Destinatarios focalizados: adultos mayores que presentan patologías agudas que no pueden permanecer en su hogar y requieren internamiento.

Modalidades

- a) *Intramural:* Servicios de segundo nivel, tecnologías de apoyo, urgencias y emergencias en adultos mayores.

Internamiento: unidades de geriatría en hospitales generales para la atención de casos agudos en la clínica geriátrica y abordaje geriátrico en unidades de otras especialidades.

Hospitales geriátricos para investigación y docencia, derivación de casos complejos de tercer nivel: alta complejidad. Criterios gerontológicos para el acceso a la alta complejidad, riesgos y beneficios.

- b) *Extramural:* internamiento domiciliario. Equipo interdisciplinario de internamiento domiciliario. Perfil y rol de los profesionales del sistema básico de atención (médico geriatra y especialistas, profesionales de salud mental, trabajo social, quinesiología, enfermería, nutrición. Voluntariado. Instrumentos. Historia clínica única. Protocolos para diagnóstico y tratamiento. Criterios de ingreso y egreso sin alta médica.

Valoración geriátrica integral en el internamiento. Escalas de valoración apropiadas. Sistema de referencia y contra referencia entre los nodos del nivel de resolución y entre los distintos niveles.

Infraestructura y equipamiento institucional como factores terapéuticos. Temática jurídica. Enfermo terminal. Cuidados paliativos. Violencia, pobreza y exclusión, problemática alimentaria, incidencia y tratamiento en la patología aguda. Otros recursos.

● **Prevención terciaria**

Destinatarios focalizados: adultos mayores en periodo posagudo que requieren rehabilitación física, psíquica y social (familiar, laboral, comunitaria) con requerimientos de institucionalización transitoria. Equipo interdisciplinario. Perfil y rol de los profesionales del sistema básico de atención (médico geriatra y especialistas), profesionales de salud mental, trabajo social, quinesiología, enfermería, nutrición, profesor de educación física, terapia ocupacional, voluntariado.

Unidades de cuidados progresivos en instituciones de segundo nivel. Otros recursos.

● **Temas que abarcan todos los niveles de resolución**

- Legislación
- Sistemas de cuidados progresivos
- Sistemas de evaluación, definición de indicadores enfocados a resultados de calidad
- Acceso al sistema de salud
- Referencia y contra referencia entre los distintos planos de resolución y los distintos nodos de la red
- Capacitación en geriatría y gerontología
 - En grado y posgrado de:
 1. Medicina
 2. Otros profesionales del equipo básico
 3. Otras disciplinas
 4. Formación de técnicos
 5. Formación de cuidadores
- Trabajo interdisciplinario y en equipo
- Ética

- Acreditaciones
- Sistema normativo codificado
- Código gerontológico

Posteriormente, en sus aportes al Plan Gerontológico Nacional presentados en la reunión técnica de diciembre de 2005 en Cuba, AMAOTE formuló un conjunto de propuestas específicas para la acción cuyas ideas fueron:

- Capacitación comunitaria en la tercera edad.
- Diseño de instrumentos específicos para la prevención y el cuidado de sí mismo con adaptaciones locales.
- Relevamiento y seguimiento gerontológico de grupos vulnerables en la comunidad.
- Investigación gerontológica comunitaria local y regional.
- Establecimiento de un programa preventivo con base comunitaria.
- Diseño e implementación de un vademécum no farmacológico, acciones preventivas complementarias de los tratamientos médicos en las patologías prevalentes en la tercera edad de cobertura obligatoria.
- Diseño de acciones específicas acerca del hábitat.

● El desafío de la prevención con participación del adulto mayor

Algunos de los conceptos que hemos trabajado en estos años se refieren a las necesidades asistenciales de las personas que hoy estarían en situación de dependencia funcional, pero resulta necesario abordar los tópicos referidos a la temática preventiva pues es la única estrategia capaz de impedir que el envejecimiento poblacional no se convierta en un paradójico

“fracaso del éxito”, donde las sociedades agobiadas aporten más recursos a la atención de patologías crónicas y discapacidades, como les sucede a las personas más jóvenes, quienes de alguna manera atienden a las persona mayores, algunas de las cuales están envejeciendo también sin disfrutar de la vida por sus responsabilidades como cuidadores, y terminan deseando, inconscientemente, y actuando en función de revertir tal situación, limitando esta capacidad de seguir viviendo.

Ante el hecho de prolongar la vida de los seres humanos, aun con grandes desigualdades, es necesario reconocer que si bien la atención de la enfermedad es un derecho que conlleva una obligación, sigue siendo una deuda con muchos y un

Es necesario reconocer que si bien la atención de la enfermedad es un derecho que conlleva una obligación, sigue siendo una deuda con muchos

buen negocio para los pocos con intereses en el “mercado de la enfermedad”, se está convirtiendo en una carga insostenible para los Estados, en profunda revisión. Asimismo, en América Latina, la atención a la dependencia es un derecho, una obligación y una deuda con casi todos los que la necesitan, tiene potencialidad de buen negocio, pero también puede no ser sostenible. Desde esta perspectiva la *prevención de la enfermedad y el sostenimiento de la mayor autonomía funcional posible son la inversión a futuro*, el verdadero desafío y la gran deuda con todos.

Estas estrategias preventivas, deben iniciarse con el comienzo mismo de la vida, los conocimientos médicos acerca de los mecanismos del envejecimiento demuestran que deben comenzar a aplicarse rigurosa y sistemáticamente a partir de la cuarta década, donde comienzan a constituirse y organizarse los condicionantes del proceso de vejez.²

² Salgado Alba, A. F. Guillen Llera y otro. *Manual de Geriatria*. Masson, 2002.

Además, la experiencia del trabajo con los adultos mayores, nos demuestra que el “nunca es tarde” está vigente. Hoy podemos considerar incorporar el criterio de “ganancia de capacidades en la tercera edad” porque con la adecuada estimulación se observan los logros que nunca antes obtuvieron las personas mayores, así como recuperar algunas que creían perdidas.

La capacitación como estrategia preventiva para los adultos mayores

Una de las principales acciones de salud en prevención primaria con perfil gerontológico es la capacitación de los adultos mayores, eje vertebral de todo proceso comunitario, en el cual se desarrolla la participación de cada uno de los adultos mayores y sobre todo de los que lideran las organizaciones del tercer sector en esta temática, como Organizaciones no Gubernamentales específicas, que en Argentina se denominan Centros de Jubilados y Pensionados.

Desde este punto AMAOTE y los técnicos y profesionales que la integran, así como los profesionales acreditados en las temáticas descritas que han sido convocados, tienen como premisa acompañar e intervenir activamente en la capacitación de los adultos mayores, sus familias y de quienes se ocupan de ellos en todas las instancias posibles, y contribuir en encontrar soluciones para la sociedad en general y todos los involucrados.

Por ello, la organización presentó en sus declaraciones ideas acerca de temáticas para la capacitación gerontológica a fin de que cada miembro pueda desarrollar su propio Programa de Capacitación Comunitaria de la Tercera Edad.

La propuesta de capacitación debe estar dirigida a los propios adultos mayores responsables de sí mismos, los líderes y personal de Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que representan

a la tercera edad, los agentes sociosanitarios, los integrantes de comunidades focalizadas (habitantes originarios, sociedades religiosas, otras), los cuidadores domiciliarios aspirantes y en ejercicio, los profesionales de estimulación del movimiento, las familias con adultos mayores con patologías como Alzheimer, el personal administrativo y asistencial de establecimientos que atienden adultos mayores, los jóvenes alumnos de escuelas secundarias interesados en el tema, el personal administrativo de instituciones que atienden adultos mayores, las instituciones de seguridad y defensa civil, el personal de transporte público y seguridad vial, el personal de municipios, los profesionales extrasectoriales por medio de los Consejos Profesionales, los alumnos o egresados universitarios, ya que no hay persona, producto o servicio que no se cruce en algún momento con un adulto mayor.

En los ámbitos urbanos, los encargados de edificios de departamentos por lo regular conocen más y mejor que los propios familiares a los adultos mayores residentes en ellos, los beneficiarios de planes sociales y los empleados de comercio y bancarios que atienden al adulto mayor.

El objetivo general es lograr que los adultos mayores participen y se involucren en un espacio de aprendizaje e intercambio para aprender conceptos y técnicas que les permitan ejercer acciones preventivas en salud integral,

El objetivo general es lograr que los adultos mayores participen y se involucren en un espacio de aprendizaje e intercambio

desarrollando una tarea sostenida de autoafirmación: los objetivos específicos de la capacitación a los adultos mayores se basarán en la educación, de forma que las personas sean capaces de:

- a) Modificar hábitos de vida.
- b) Aceptar y disfrutar esta etapa del ciclo de vida.

- c) Reconocer las circunstancias que en el presente son problemáticas o que como situaciones de riesgo, lo serán en el futuro.
- d) Identificar los recursos necesarios para modificar las circunstancias que definen el problema.
- e) Decidir actuar por sí solo o por medio de otros para que se apliquen los recursos existentes o se generen los necesarios para solucionar el problema.

● **Los adultos mayores y la salud: La meda de modificar nuestros hábitos de vida**

● **Manual integral de autocuidado, un instrumento para la prevención**

Realizamos un manual de autocuidados con perfil gerontológico que pudiera utilizarse también con otras generaciones para asegurarse un envejecimiento saludable en función de la importancia de la participación y responsabilidad de los adultos mayores en la toma de decisiones acerca de todos los temas que les competen y en relación con uno de los mayores problemas que enfrenta este grupo etáreo: la pérdida del ejercicio de una ciudadanía plena, vinculada con el desconocimiento de los derechos que los asisten. Se propone que dicho instrumento tenga como fundamento un paradigma de salud y no de enfermedad, apostando a las capacidades de resistencia y resiliencia, reconociendo los conceptos vulnerables sociosanitarios y fragilidad, ajustándose a lo correspondiente entre valoración e intervención gerontológica integral y que su contenido se apoye en criterios básicos y universales para la población de adultos mayores, permitiendo los ajustes necesarios a las particularidades locales de quienes deseen utilizarlo.

● **Diseño y aplicación del *Manual de autocuidados* en centros urbanos**

El manual fue pensado para un proyecto de capacitación integral en prevención y autocuidado destinado a adultos mayores participantes en organizaciones comunitarias vinculadas con temáticas de la tercera edad.

Los contenidos pedagógicos están referidos a acciones de prevención en aspectos biológicos, psíquicos, cognitivos, funcionales y sociales, se busca que los adultos mayores sean activos en el proceso de aprendizaje y se conviertan en agentes multiplicadores.

La propuesta está organizada en tres módulos referidos al envejecimiento activo:

Primer módulo: estimulación del movimiento, estimulación cognitiva, estimulación socio-afectiva y reflexión, desarrollo de la creatividad, habilidades, productividad.

Segundo módulo: referido a la educación para la salud, promoción de hábitos saludables, evitar conductas de riesgo y prevención de patologías prevalentes.

Tercer módulo: referido al ejercicio y defensa de los derechos y la ciudadanía.

● **Temática específica del manual**

1. Envejecimiento activo

a) *Movimiento:* estimulación neurolocomotriz.

b) *Cognición:* estimulación de las funciones cognitivas superiores: memoria, lenguaje, percepción y pensamiento. Talleres de la memoria para la tercera edad.

c) *Estimulación socio-afectiva y reflexión.*

d) *Desarrollo de habilidades y creatividad*: estimulación de la expresión artística, artesanal y productiva.

2. Educación para la salud

a) *Hábitos saludables*: prevención a partir de la alimentación saludable

Prevención odontológica

Controles de salud

Salud mental en el adulto mayor

Prevención estacional

b) *Situaciones patológicas prevalentes*

Prevención de enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, piel, cuidado de los pies, dificultades para dormir, visión, audición, caídas, uso responsable de los medicamentos.

3. Derechos y ciudadanía

a) Conocimiento y ejercicio de derechos

b) Género y familia

c) Ambiente

d) Emergencias y catástrofes, medidas de autoprotección

e) Violencia social

f) Maltrato de adultos mayores en el hogar

g) Los adultos mayores y las barreras arquitectónicas

h) La inseguridad y el adulto mayor

III. Aquí y ahora: trabajo de campo con aplicación del *Manual de autocuidados*

● AMAOTE abre sus puertas a los líderes comunitarios y sale a visitar los Centros para Jubilados de Capital Federal

En la reunión anual de la Conferencia en el año 2006 en Cancún, presentamos el *Primer Manual de Autocuidados para el Adulto Mayor* en el cual, con una visión preventiva, planteamos la necesidad de capacitar a adultos mayores en distintos temas relacionados con su vida diaria, este manual nos permitiría brindar herramientas claras y conductas que los ayudarán a transformar factores de riesgo social, esto se logró con su participación, y teniendo en cuenta los temas que ellos mismos nos transmitieron, los cuales eran parte de sus preocupaciones. Así, en el año 2007, comenzamos en la sede de AMAOTE en Buenos Aires, los cursos dictados por profesionales de nuestra institución, y por instituciones vinculadas con dichos temas, continuando en 2008.

● Los resultados en números

En 2008, participaron dirigentes de adultos mayores en la sede de AMAOTE, 548 dirigentes en los centros de jubilados, que representan a 47 384 adultos mayores socios de sus Centros para Jubilados que recibieron en forma indirecta por medio de sus dirigentes la extensión de la capacitación, con un total de 892 de

ellos que asistieron a actividades recreativas y eventos organizados junto con otras instituciones.

Sumados estos, a los 9 252 adultos mayores que en 2007 realizaron la misma tarea, podemos anunciar que logramos en el periodo 2007-2008 desarrollar actividades que nos permitieron capacitar en forma directa o a partir del efecto multiplicador de los dirigentes capacitados a 56 636 personas adultas mayores de grandes centros urbanos.

	Centros para Jubilados	Dirigentes participantes	Socios de cada centro
Seguridad en la tercera edad	27	57	2 200
Salud mental	13	32	1 200
Prevención odontológica	13	31	960
Prevención-Controles de salud	15	37	945
Estimulación de la memoria	3	10	160
Jardinería y huertas	8	28	400
Estimulación del movimiento	8	28	400
Género y familia	10	25	470
Derechos y ciudadanía del adulto mayor	10	25	470
Total	58	154	9 252

Cobertura por temática 2007

Centro	Asistentes sin cobertura social	Asistentes con cobertura social	Derechos y ciudadanía	Salud mental	Educación para la salud	Envejecimiento activo	Asistentes a CURSOS Dirigentes Capacitadores
1 Acción para la Tercera Edad	30	50		30	30		3
2 Alegría de vivir	30	70	30				3
3 Amigos del parquecito	30	80	30	30	30		3
4 Amistad tercera edad	45	100		45	45		2
5 Amor y vida	60	1026		60	60		3
6 Amor más amor	70	140	70				2
7 Asoc. Civil Amigos de la Tercera Edad	100	170	100				1
8 Asoc. Civil Luz de Luna	20	60		20	20		1
9 Barracas Sur	30	100	30				1
10 Centro Caracas	25	65	25	25	25	25	4
11 Club Añasco	56	56	56				1
12 Del Bicentenario	40	70	40				3
13 Doña Rosa	120	120	120				1
14 El Nogal	25	100	50				3

Centros para Jubilados asistentes por temáticas ciudad Autónoma de Buenos Aires

Centro	Asistentes sin cobertura social	Asistentes con cobertura social	Derechos y ciudadanía	Salud mental	Educación para la salud	Envejecimiento activo	Asistentes a CURSOS Dirigentes Capacitadores
15 Enrique Pavón Pereyra	200	300	200				1
16 Gracias a la vida	50	140	50				1
17 Grupo de Lectura y Reflexión	20	70	20				4
18 Juan de Dios Filiberto	60	330	60				3
19 Mis mejores años	30	150	30	30	30		3
20 No me olvides	25	40	25				1
21 Nuestra esperanza	15	80	20				2
22 Parlamento de la Tercera Edad	150 centros		X				1
23 Pompeya y Parque Patricios	80	120	80	80	80		2
24 Primavera	400	1300	400	400	400		1
25 Renacer 2001	40	100	40	40	40		2
26 SOS Asoc. Civil para Disc.y J	40	120		40	40		1
27 Tercera Juventud	79	190	79	79	79		1
28 Unidad y solidaridad	40	90	40	40	40		2

29	Viejo Rincón	40	50	40				2
30	Abasto Once	40	80				40	2
31	Almafuerte	30	70				30	1
32	Acción para la Tercera Edad	40	100				40	1
33	Centro 20 de julio	100	150				100	2
34	Días felices	200	700				200	1
35	El rinconcito	30	60				30	2
36	El pueblito de Pompeya	50	250				50	3
37	Francisco Carbonari	40	150				40	3
38	Hipolito Irigoyen	100	670				100	2
39	Jardín de Otoño	100	120				100	3
40	Luz de Luna	40	70				40	2
41	Octubre	15	150				15	3
42	Santa Isabel de Hungría	35	90				35	1
43	San Cristóbal	100	400				100	1
44	Abuelos de Villa Luro	15	50					3

(Continuación)

Centro	Asistentes sin cobertura social	Asistentes con cobertura social	Derechos y ciudadanía	Salud mental	Educación para la salud	Envejecimiento activo	Asistentes a CURSOS Dirigentes Capacitadores
45 A empezar	35	85					2
46 Bienvenidos	40	80					2
47 Caballito-Villa Crespo	80	120					2
48 Centro de Orientación y Ayuda para Personas con ACV	Brinda asesoramiento para los pacientes y familiares						1
49 Participar		20			50		2
50 Pepito Iglesias		15			40		1
51 San Pedro Telmo		40			120		1
52 Abasto Once		30			30		1
53 Acción para la tercera edad		30			30		1
54 Bienvenidos		50			50		2
55 Jardín de Otoño		40			40		1
56 Luz de Luna		50			50		2
57 Octubre		40			40		2
58 Participar		120			120		5
		3325			9252	1635	945
						919	113

Núm.	Invitados	Seguridad	Salud mental	Odontología	Prevención de la salud	Sexualidad	Memoria	Huertas y jardín
1	Dr. Abraham Botbol		x					
2	Emma Alvarez	x	x	x	x	x		
3	Eloisa Blanco	x	x	x	x	x	x	x
4	Jorge Granja	x	x					
5	Maria Elena Rosarno	x						
6	Rosa Zalazar		x	x				
7	Gustavo Gutiérrez Oddone	x						
8	Blanca Celia Ortiz				x			
9	Alicia Ludueña				x			x
10	Victoria Angiolini				x			
11	Mario Malamud					x		
12	Susana Babsky					x		
13	Concepción De Carlo					x		
14	Salah Guergues					x		
15	Plinio Morani					x		
16	Marta Calabrese					x		
17	Raquel Tejada					x		

Invitados no asistentes a Centros para Jubilados

Núm.	Invitados	Seguridad	Salud mental	Odontología	Prevención de la salud	Sexualidad	Memoria	Huertas y jardín
18	Victoria Polito					x		
19	Josefina Mansilla					x		
20	Julia Reina Ghandour					x		
21	Elida Zucco					x		
22	Maria Susana Sosa					x		
23	Elía Rosa Basualdo					x		
24	Justina Martínez						x	
25	Martha Zocali				x		x	
26	Lidia Hourie					x		
27	Magda Ordoñez						x	
28	Arturo Suárez						x	x
29	América Sanchez						x	x
30	Luisa López						x	
31	Nilda Bachero						x	
32	Carmen Gloria Sosa						x	
33	Mabel Canepa						x	
34	Alicia Sáenz						x	
35	Filomena Nicola						x	

IV. Cosechar la siembra: los resultados a partir de historias de vida y testimonios de los interesados

El prolongado y dinámico contacto con los dirigentes de los Centros para Jubilados, el esfuerzo de proveerlos información que les permita conocer y conocerse, las instancias de recreación y el placer de estar juntos, el intercambio de experiencias, el juego de roles (se puede observar en los listados de participantes que algunos fueron también docentes, sin que esto estuviera programado previamente), dio por último sus frutos y ellos lo transmiten al poner de manifiesto el amor por la vida, las ganas de dar y recibir. Por otra parte, estamos seguros que estas organizaciones se encuentran en mejores condiciones para cumplir funciones como Efectores de Salud Comunitaria, lo cual significa que estamos aportando esfuerzos a la Estrategia de Atención Primaria de Salud, tantas veces invocada y tan pocas concretada. Estos dirigentes, que están en condiciones de prestar ayuda a otros más vulnerables que ellos, nos hablan de cuestiones personales, culturales y sociales, útiles a la hora de plantear políticas que también les atañen y algunas son verdaderas lecciones de vida.

Les preguntamos:

1. ¿Cómo vive la etapa de vida como adulto mayor?
2. ¿Qué expectativas tiene?
3. ¿Cómo desea que se desarrolle su vida en relación con:
 - a. la familia?
 - b. la comunidad?
 - c. el trabajo?
 - d. la recreación?
 - e. la salud?
 - f. las otras generaciones?
 - g. el aspecto cultural?
 - h. el aspecto económico?
 - i. la posibilidad de aprender y enseñar?
 - j. la participación en organizaciones representativas de los adultos mayores?
 - k. el ambiente?
 - l. la sexualidad?
4. ¿Qué quisiera recibir?
5. ¿Qué quisiera dar?
6. ¿Cómo se siente con lo que AMAOTE le brinda?
7. ¿Qué responsabilidad cree que puede asumir en relación con los otros adultos mayores y las otras generaciones?

Escuchemos sus voces:

Ana Frascaroli, 76 años

Como adulta mayor vivo esta etapa realmente muy bien. Creo que cada edad tiene su encanto y de la misma, aunque en distintas situaciones, debemos aprovechar lo mejor.

Soy una luchadora, digo siempre lo que pienso y creo. Los adultos mayores somos historia, hemos vivido distintas políticas y economías consecuentemente.

En mi caso he sido hija, novia, esposa y amante del único hombre que tuve a mi lado, el padre de mis hijas.

Ahora soy suegra, palabra agria para algunos. “Soy tu madre política”, expreso a mi yerno y reímos. A manera de tradición tenemos a esta palabra como poco agradable. De forma sentimental, yo he tomado a esta relación como el hijo que nunca tuve, y él a la madre que ya no tiene.

El secreto de la armonía es respetar cada uno su espacio, no entrometerse en la educación de sus hijos, no desautorizarlos con respecto a ellos, pues tienen derecho de guiarlos como quieran; no es fácil ser padre, es una experiencia y aprendizaje que a veces modificamos según las distintas edades por las que atraviesan los hijos, y algo muy importante para mí es no dar opiniones tocante a la relación de pareja. Neutral es lo mejor si piden un consejo.

Los abuelos solo debemos disfrutar a los nietos, no confundir nuestros roles; eso sí, actualizarnos día con día, desde que fuimos padres hasta ahora, para que cuando nos pregunten: Abue ¿qué piensas de la tecnología?, o abue ¿qué significa... esto?, sepamos qué contestar y tener un intercambio de ideas para estar vigentes. Es hermosa esta etapa de la vida si siempre estamos actualizados, presentes, o en caso contrario nos dejarán sin participar en un rinconcito. Debemos manejar bien el presente, para el recuerdo futuro que dejaremos.

Siempre tuve una buena relación con mi familia y también con mi familia política. Mi grupo familiar fue de mucho diálogo, aunque llegáramos a casa del trabajo cansados, los contratiempos los dejábamos afuera de la puerta de nuestro hogar.

Fui amiga de mis hijas, dos mujeres, las cuales recibieron educación sexual en forma progresiva a medida que crecían. Aún

guardo como un trofeo un regalo que me dieron cuando eran adolescentes estudiantes, el cual compraron con sus ahorritos, una muñequita de alambre con pollera de lana que lleva una inscripción “A mi mejor amiga”, fue muy emocionante, hasta hoy cuando lo recuerdo.

Tengo dos hijas divinas, se preocupan por mí, también lo hacen mi yerno y mis nietos. ¿Qué mejor perspectiva puedo tener en el futuro?, tengo la plena seguridad de que estarán junto a mí cuando los necesite. Agradezco a Dios este amor de familia.

En cuanto al trabajo, estoy jubilada, pertenezco a la clase pasiva, pero soy activa, no tengo tiempo libre, constantemente me encuentro ocupada. No tolero el sedentarismo, no es bueno para la salud física ni mental, siempre hay que tener un plan, una meta a cumplir; eso nos da energía.

La recreación para mí son los días sábado cuando voy a visitar a mis nietos, ya que los padres trabajan. Almorzamos los tres, platicamos, a veces tienen tareas escolares, pero siempre hay un rato para conversar y otro para escuchar a mi nieto mayor tocar en el piano lo que aprendió y otras veces yo toco el piano y él la guitarra. Les aseguro que a la noche retorno feliz a mi departamento.

Mi salud diría que es muy buena.

Cuando los mayores hacemos preguntas a los jóvenes ellos creen tener respuestas para todo, personalmente no pienso lo mismo, esto trae cierta dificultad para entender el comportamiento de los jóvenes.

A veces los mayores encontramos errores en los jóvenes y no reconocemos que esos errores son consecuencia de los nuestros. Tener

A veces los mayores encontramos errores en los jóvenes y no reconocemos que esos errores son consecuencia de los nuestros.

una buena relación entre generaciones es difícil, pero no imposible.

En el aspecto cultural soy y siempre seré estudiante, todo el tiempo se aprende algo nuevo.

¡Qué lindo sería volver a la lectura!

En cuanto a la posibilidad de aprender, estoy de acuerdo en eso, asisto a distintos cursos, conferencias y todo lo relacionado con la cultura; y en cuanto a enseñar, he dejado hace tiempo mi profesión y la docencia.

Participo en organizaciones representativas de adultos mayores como miembro de estudios históricos de mi barrio.

En AMAOTE asisto al taller de “Estimulación de la función de la memoria”, el cual no me pierdo. La profesional que lo preside lo hace con pedagogía. Tiene mucha habilidad y seguridad para manejar y llevar a un ambiente tan heterogéneo como este y llegar a un buen fin.

En cuanto a la pareja, soy viuda y en este momento disfruto de mi libertad.

La sexualidad parece tema prioritario en este siglo, ya que ninguna publicidad en cualquier medio se olvida de ello.

No estoy de acuerdo con la frase “de eso no se habla”; creo que es bueno cuando se explica en forma clara, no cuando los medios televisivos lo hacen de manera obscena, pornográfica y a cualquier hora del día. Es un tema delicado, que se debe aconsejar y enseñar en forma prioritaria con mucha sutileza a la juventud para que tomen en cuenta una disciplina preventiva, evitando consecuencias que podrían ser fatales.

¿Qué quisiera recibir?... Amor y comprensión cuando aparezcan los deterioros propios de la vejez. Entre tanto, cada día gozo el milagro de la vida haciendo lo que me gusta.

Quisiera repartir amor, felicidad a mis seres queridos y a todo el mundo. Me agradaría que el ser humano tenga paz espiritual, que ayude al necesitado. Soñar que todo es perfecto.

No hay palabras, en este momento no las encuentro, para alabar a АМАОТЕ, pues la sonrisa y la cordialidad con que nos reciben es imperdible; un ambiente cálido, muy positivo, donde me siento cómoda y lo recomiendo ampliamente. Felicitaciones.

Creo que los adultos mayores somos los responsables de dar ejemplos y transmitir la cultura adquirida en nuestra vida para que esas buenas experiencias sean provechosas para las futuras generaciones.

Ana Groell, 67 años

Mi vida como adulto mayor la vivo con total tranquilidad. Lamento no tener una pareja, o los amigos de hace unos años, pero a decir verdad no creo en las relaciones de 30 ó 50 años. La monotonía es algo que no tolero; por otra parte, considero la jubilación como algo normal, pero no quedarme sin trabajo antes de tiempo, por eso cuando me sucedió, decidí con gran orgullo volver a trabajar, después pude jubilarme y luego empecé a viajar por todos los países que en cierto momento había planeado conocer.

Mis expectativas están cumplidas por esa parte y solo deseo tener salud, buenas amistades y que mi familia me siga apreciando para visitarlos cada vez que quiera.

Me gustaría mucho tener mi propio grupo de amistades, como en tiempos pasados, fueron épocas hermosas. Aún no me veo entre la gente de mi edad y menos con generaciones más jóvenes, así que ese es un tema sin resolver.

Aprovecho todas las oportunidades que brinda la ciudad para ver espectáculos, películas, conciertos, museos, visitas

guiadas, muestras, etcétera. Siempre estoy descubriendo la ciudad, pienso que me hubiese gustado ser guía turístico.

Aunque también hay días en que simplemente me tiro a leer el periódico desde el desayuno hasta la noche. A dios gracias, pese a la mala jubilación, tengo ahorros que me permiten vivir dignamente.

En años donde no planee algún viaje, he iniciado cursos de computación, folklore, yoga, *aqcua-gym*; hoy me encuentro deteniendo un poco ese ritmo de vida, pero con mucha culpa.

No estoy preparada para participar en grupos de jubilados, no me siento cómoda con ellos. Pero este curso de la memoria que estoy tomando me encanta, y es que la profesora es muy agradable, así como el resto de la gente.

Pienso mucho en el deterioro del ambiente, separo los residuos y hasta sería inspectora de trabajo de los cartoneros, en forma gratuita, para tratar de solucionar el problema de la basura.

Quisiera tener salud y lucidez hasta mi último día, ser más comprensiva y con buen humor en el trato hacia los demás.

Por estos errores, me separé de mi pareja, pero afortunadamente, y pese a todo, soy buena persona y conservo a mis amigas.

Llegué a AMAOTE para tomar un curso para la memoria, y encontré aquí gente encantadora aunque no hice amistades por los problemas que tengo de comunicación.

Ángela Rodríguez, 77 años

Gracias a la señora Andrea conocí AMAOTE; es una excelente persona, por su jovialidad y sincera calidez pareciera estar educada para tratar con los mayores. Ella me invitó a participar de las actividades, que por cierto son sumamente interesantes y amenas.

Los temas son variados, recibí nuevos conocimientos sobre la salud, cómo cuidarla y preservarla, sin olvidar que es más importante la calidad de vida que la cantidad. Del sistema provisional tengo información actualizada que desconocía. Sé cómo conducirme frente a las adversidades y al problema de la delincuencia que desgraciadamente nos ataca día a día.

*nosotros trazamos
el sendero por el que
camina la juventud*

Debemos y debo, todos los mayores, integrarnos en la sociedad, porque no olvidemos que si bien hay grandes y nuevos avances tecnológicos, sociales y culturales, nosotros trazamos el sendero por el que camina la juventud.

Aprendí a sonreír todos los días, porque mi vida comienza hoy con el aprendizaje de ayer y la expectativa de mañana.

Los expertos llegan a nosotros con absoluta capacidad, profesionalismo y una gran ternura docente que a los adultos mayores nos hace tanta falta y tanto bien.

Por todo esto y mucho más, agradezco a todos los integrantes de AMAOTE, lo que me brindan, me siento tremendamente agradecida, mil veces gracias.

Arturo Suárez, 73 años

Vivo la etapa como adulto mayor feliz, acompañado de la familia y cuidando la salud. Tengo expectativas de disfrutar de la vida, consolidar el bien económico, y compartir los mejores momentos con la familia y amistades. Brindarle ayuda y consuelo en los momentos difíciles a quien lo necesite.

Deseo que mi vida se desarrolle en relación con:

La familia: entregar y recibir, amor, cariño, afecto con las personas que comparto todos los momentos de mi vida.

La comunidad: promover el bienestar común.

El trabajo: con recuerdos de mi vida laboral, afrontar con responsabilidad lo que pudiera desarrollar.

La recreación: completa, con las posibilidades disponibles y variables como lo cultural, deportivas y recreativas.

La salud: bajo atención médica permanente, desarrollar actividades físicas y nutricionales acordes con la edad.

Las otras generaciones: transmitirles las experiencias de mi vida, admitir y compartir los cambios generacionales.

El aspecto cultural: buscar ampliarlos y disfrutar la amplitud de posibilidades que se ofrecen en Buenos Aires.

El aspecto económico: consolidarlo o ampliarlo, dentro de mis posibilidades.

Aprender y enseñar: constantemente; adquirir experiencia y brindar los conocimientos obtenidos.

La participación en organizaciones representativas de los adultos mayores: promover y estimular amistad, sociabilidad, unión y conocimiento recíprocos entre asociados y sus familiares, haciendo vínculos de unión entre otras instituciones, desde cualquier ubicación dentro de la organización.

El ambiente: disfruto de lo que nos brinda la naturaleza, promuevo su cuidado y mantenimiento.

La pareja: comparto la felicidad y las necesidades de la vida con la persona (de sexo opuesto) elegida y estable.

La sexualidad: complemento de la vida, con la persona amada.

Quiero recibir felicidad y bienestar de salud.

Quiero dar lo mismo que deseo recibir.

Con lo que AMAOTE me brinda estoy totalmente complacido.

Creo que puedo asumir responsabilidades en relación con los otros adultos mayores, y con las otras generaciones transmitir conocimientos y experiencias.

Carlos Broggi, 73 años

¿Cómo vivo la vida como adulto mayor? De liberación total, no de la sociedad, de la cual salgo y me debo, sino de las ataduras patronales, los cumplimientos, horarios y responsabilidades ajenas. Teniendo otras metas y expectativas.

¿Qué expectativas tengo? Desarrollarme totalmente como ser humano, con salud, en las cosas que por falta de tiempo no pude hacer, principalmente vocaciones fallidas y además viajar, conocer lugares y costumbres nuevas, y no asistir siempre al mismo lugar.

Cómo deseo que se desarrolle mi vida en relación con:

La familia: estar más unido que nunca a la familia, ya que por falta de tiempo se vive más en el trabajo que con la familia.

La comunidad: con la comunidad se está más en contacto, “si el mayor es solidario”, porque como con la familia, hay más tiempo.

El trabajo: este ya fue cumplido.

La recreación: es muy importante, y más en esta etapa de la vida, ya que en la época laboral es donde tantos sufrimientos y pesares hemos tenido.

La salud: hay que dedicarle mucha atención, sin la cual no podríamos casi vivir, y debemos cuidarnos para disfrutar.

Las otras generaciones: debemos ser “sabios” para las otras generaciones, para guiarlos y aconsejarlos, pero lamentablemente no escuchan.

El aspecto cultural: es primordial, porque nos enriquece como personas, y nos hace grandes de espíritu.

El aspecto económico: pasa a un segundo plano, porque lo que no se hizo en su momento, ya difícilmente se pueda hacer.

La posibilidad de aprender y enseñar: es algo que no te quita espacio y rinden muchas satisfacciones, más con el tiempo libre, casi total.

La participación en organizaciones representativas de los adultos mayores: es muy importante, siempre que quede un tiempo dentro de otras vocaciones o actividades.

El ambiente: trabajar por el ambiente, es obligación de todos, respetarlo y denunciar a los que lucran con él, no tienen límite en su afán degenerativo.

La pareja: es la compañera de toda la vida, hay que respetarla y cuidarla, dado que va a tu lado por los muchos caminos de la vida, en las buenas y en las malas.

La sexualidad: es también el amor en esta etapa de la vida.

¿Qué quisiera recibir? Actos culturales (cine, teatro, música).

¿Qué quisiera dar? Lo que estuviera a mi alcance, dentro de mi salud y mi tiempo.

¿Cómo me siento con lo que AMAOTE me brinda? Muy bien, principalmente en el trato.

¿Qué responsabilidad creo que puedo asumir en relación con los otros adultos mayores y con las otras generaciones? No sé.

Cesar Zaurdo, 80 años

El aspecto cultural: el tema me resulta importante. Toda mi inquietud ha sido siempre la cultura, hablo de ella sin contar con ningún título de profesor, escritor o literato. Simplemente con la experiencia que me han dado mis ochenta años. Permítanme una licencia personal, solo estudios primarios: de primero a sexto grados. La vida no pintaba para más. Séptimo hijo de una madre viuda, “¡a trabajar se ha dicho!”.

Nada de secundaria y menos una facultad. Sin embargo, mi inquietud me llevó a “cosas” como estudiar pintura con grandes maestros, oír música barroca, romántica, contemporánea. Querer mejorar mi ortografía. Saber escuchar a los que saben. Opinar de lo ignorado. Respetar a los mayores. Me pregunto: ¿hay cultura en el ciudadano común? Sea cualquier clase social a la que pertenezca. ¿Hubo cultura en nuestros padres y abuelos que poblaron la República? Si la hubo, fue una cultura del trabajo y la honestidad.

¿Hemos recorrido el legado cultural de nuestros mayores? ¿Ayudan los medios de comunicación? O ¿sólo alimentan insolencia y mal gusto? ¿Somos capaces de alejarnos y volcarnos hacia otras culturas más elevadas? Son preguntas que necesitamos hacernos y hacer de acuerdo con nuestra conciencia. Estados políticos, morales, éticos, de conducta, de honradez, debe fluir de nuestro interior. Los hombres puros, jóvenes, con futuro son los que necesitamos para alumbrar el porvenir. Confío en las nuevas generaciones.

Gladys Rivera, 72 años

Vivo la etapa de vida como adulto mayor con resignación.

No tengo ninguna expectativa en relación con:

La familia: deseo vernos con frecuencia.

La comunidad: tratarnos sin profundizar.

El trabajo: no tengo.

La recreación: no tengo, salvo mirar televisión.

La salud: lo más sana posible.

El aspecto cultural: que esté a mi alcance.

El aspecto económico: pido aumento a los jubilados.

La posibilidad de aprender y enseñar: no estoy interesada.

La participación en organizaciones representativas de los adultos mayores: las que pueda, y lo que me permita mi salud y economía.

El ambiente: ayudar en lo posible.

La pareja: no tengo.

La sexualidad: no tengo y no me interesa.

¿Qué quisiera recibir? Nada.

¿Qué quisiera dar? Lo que pueda.

Con AMAOTE me siento bien.

¿Responsabilidades? No me puedo comprometer debido a mi precaria salud y limitaciones económicas.

Jorge Curi, 79 años

¿Cómo vivo la etapa como adulto mayor? La vida me jugó mal, pero espero sobreponerme.

¿Qué expectativas tengo? Pensar positivamente.

Cómo deseo que se desarrolle mi vida en relación con:

La familia: siempre le di lo mejor que pude.

La comunidad: siempre es como debe vivirse.

El trabajo: hoy soy uno más de la tercera edad.

La recreación: natación, bicicleta, remo, y reuniones en AMAOTE.

La salud: bien.

Las otras generaciones: mis hijos y nietos.

El aspecto cultural: normal.

El aspecto económico: sin sobresaltos.

La posibilidad de aprender y enseñar: siempre que pueda cumplir.

La participación en organizaciones representativas de los adultos mayores: como presidente hace diez años de la Asociación de Fomento de Villa Ortúzar.

El ambiente: sin problemas.

La pareja: lamentablemente la perdí después de 52 años.

La sexualidad: no creo poder continuarla.

¿Qué quisiera recibir? La vida me castigó demasiado, hoy pienso que merezco que me ayude.

¿Qué quisiera dar? Di y sigo dando.

¿Cómo se siente con lo que AMAOTE le brinda? En puntaje, diez.

¿Qué responsabilidad cree que puede asumir en relación con los otros adultos mayores y con las otras generaciones? Colaborar en todo lo que me pidan.

Lilián Beatriz Mendieta, 68 años

Somos como niños, necesitamos un poco o mucho de nuestra familia, llegar a ser adulto mayor no es lo mismo que ser adultos jóvenes.

La expectativa que tengo es de asumir mi madurez pues muchos llegamos a esa edad y muchos no.

Pensar en todo lo que he vivido, si fue bueno o malo no importa, sé que hay alguien que nos protege aunque no lo vemos, él nos mira y cuida.

Pienso en hacer algo que me entretenga; por ejemplo, hay muchas madres solas que vienen en las provincias, con sus hijos internados en hospitales en espera de un trasplante o una operación, ellos tienen más problemas que yo y necesitan de alguien que les dé una palabra de aliento, una sonrisa, caricias para sus hijos. Quizás vivimos nuestra niñez bien o mal, pero no todo está perdido; mis expectativas son pocas, ocupar mi

mente para que no muera, estar cerca de los niños pues ellos nos abrazan, nos tiran besos y a veces sin conocernos, y seguir contándoles historias a los abuelos internados en los geriátricos ya que muchas familias se olvidan de que los tienen allí.

No pensemos en que deben reconocernos todo lo que damos, lo importante es actuar bien en la vida sin pensar lo que tienen los demás, lo tuyo es siempre mejor y también importante, tengas mucho o poco, cree en Dios y verás cuánto amor te da.

El desarrollo con mi familia quiero que siga como hasta ahora, festejar nuestros cumpleaños y esperar el año nuevo como lo hacía mi abuela, ella se sentaba en la punta de la mesa, sus hijos nietos y bisnietos alrededor, así lo hago con mi familia, juntos hasta que la vida acabe.

Respecto al trabajo seguir ganando mi dinero para no molestar a nadie, Dios dirá.

Creo en la recreación porque hasta ahora mi creencia en Dios me hizo ver que él existe.

La salud me gustaría que fuera mejor, pero no puedo pretender no tener nada a mi edad. Cuando veo a muchos jóvenes peor que yo, acepto todo lo que la vida me brinda.

Con las generaciones por ahora veo cosas no muy agradables, pero cómo saber si mis nietos y bisnietos no estarán igual que yo cuando crezcan, a veces me da miedo llegar a ver cosas que no quisiera ver.

En lo cultural me parece un desastre, veo cosas que no tienen límites, por ejemplo que un alumno le falte al respeto a un maestro, a un compañero, y que sus padres no acepten que algo malo pasa con sus hijos, no aceptan que el problema no es que dejen de pelear con un maestro, sino darles más atención y cariño a sus hijos. Me quedo con la cultura de mi época y con las llamadas de atención de mi madre, gracias a eso aprendí a respetarme y a respetar a los demás.

En el aspecto económico me preocupa la nueva generación, qué pasará con ellos.

La posibilidad de aprender y enseñar me encanta, me quedé con las ganas de estudiar medicina, hubiera sido pediatra.

La participación en organizaciones representativas de adultos mayores, me encanta, ya que soy uno de ellos.

Del ambiente, prefiero no opinar mucho, que hagan algo para mejorarlo, durante años he esperado que alguien piense o se ocupe de eso; los que pueden hacerlo, no piensan en los demás y tampoco en su familia, pues ellos van a sufrir todos los desastres que se vienen.

La pareja es lo mejor que existe sobre la tierra, ellos traen al mundo los hijos, pero no olvidemos del amor que deben sentir, no lastimarse, respetarse mutuamente. Si no pueden hacerlo, es mejor que cada cual haga su vida, no olviden que nuestros hijos no deben presenciar peleas ni sentir el desamor que puede haber entre ellos, los hijos no pidieron que los trajeran al mundo. Creo que las parejas que están juntas tantos años y terminan sus vidas uno al lado del otro, son las parejas que se aman.

El sexo es muy importante en la pareja, pero también es necesario aprender a hacer el amor, que es parte del sexo, y así respetar al otro; se debe ir tratando de entenderse en la cama, hasta conseguir tener sexo acompañado de amor, no nos olvidemos que fuera de hacer el sexo, también necesitamos las caricias, los abrazos y besos, que son los que acarician tu piel.

Quiero recibir siempre el afecto y amor de las personas que me quieren y también dar lo único que tengo, justamente lo que necesitamos en este momento, amor.

AMAOTE me salvó la vida justo cuando me encontraba en un estado depresivo, llegó como un ángel, gracias, esto es lo que necesitamos todos los adultos mayores.

Dicen que pasamos una sola vez por este mundo, si fuiste egoísta y solo pensaste en tu persona nunca te recordarán, pero si diste amor y lo mejor que tenías serás recordado siempre, no solo por el hombre, también por Dios.

Roberto Cabanas, 80 años

Vivo la etapa como adulto mayor muy feliz.

Tengo buenas expectativas. No tengo familia.

Espero saber convivir con la comunidad.

Soy jubilado. Me gusta la recreación. Tengo buena salud.

Puedo enseñar, soy profesor de tango.

Me parece buena la participación en organizaciones representativas de los adultos mayores. Trato con gente buena.

La pareja es perfecta y la sexualidad, normal.

Quisiera recibir y dar cariño.

Me siento muy feliz con lo que AMAOTE me brinda.

Me tomo la libertad de escribir dos estrofas de un escritor y poeta argentino que conocí en la Feria del Libro y que me impactó su sencillez a pesar de su sapiencia. Es autor de unos poemas hermosos. Menciono esto porque me parece que tiene relación con los testimonios solicitados.

Solidaridad

Es sufrir con el dolor ajeno.

Es ser feliz con la alegría del otro.

Es amar a todos por igual.

Es dar al que necesita,
aun lo que más queremos

¿Estás enojado con tu madre?

Préstamela un poquito,
yo ya no la tengo.

Si te di no lo recuerdes,
si me diste no lo olvidaré.

El minero tiene en sus ojos
el brillo de los diamantes
y en sus manos
los callos de la pobreza.

Es hermoso andar descalzo...
Cuando tenemos zapatos.

Los mates amargos de mi madre
fueron los más dulces de mi vida.

Pancho Aquino

V. Adultos mayores y prevención con características regionales en Argentina

● La etapa en curso (2009–2010). Extensión

En función de los conceptos de fragilidad por edad y vulnerabilidad social con criterio regional, se inició con profesionales de cada región, la elaboración de manuales de autocuidados con especificidades propias definidas por características culturales, ambientales, costumbres, geográficas, expectativas y patologías particulares de cada región argentina.

El territorio argentino se caracteriza por presentar amplias diferencias geográficas, climáticas, culturales y económicas.

Su población se concentra en los grandes centros urbanos, desde el centro y hacia el norte con extensiones de población muy dispersa como la Patagonia en el sur argentino.

Las características citadas determinan distintas maneras de envejecer, patologías regionales y en consecuencia criterios preventivos diferenciales.

En función de definir áreas de riesgo homogéneas se divide el país en las siguientes regiones:

- *Región noroeste* (NOA), geografía de montaña, altiplano, puna, desiertos de altura, yungas, poblaciones dispersas, fuerte componente cultural de pueblos originarios.
- *Región noreste* (NEA), zona de selvas, montes, el “impenetrable” chaqueño, grandes cambios geográficos producidos por el hombre, alternando sequías e inundaciones, pueblos originarios aislados.
- *Región mesopotámica*, grandes humedales, pantanos, vida, costumbres y patologías vinculadas con el agua.
- *Región de Cuyo*, alta montaña, valles fértiles, cultura de trabajo agrícola, tierras productivas.
- *Región centro*, planicies, cultura ganadera en serranías, la persona mayor es transmisor de las pautas culturales.
- *Región pampeana*, vida agrícola ganadera. Conglomerados urbanos.
- *Región patagónica*, montaña, lagos, mesetas, enormes extensiones despobladas, fríos, vientos, costas infinitas, vida marítima, pueblos petroleros y mineros.

Para definir conceptos preventivos con criterio regional es necesario conocer el perfil socio sanitario de la población destinataria, vinculando criterios individuales y contextuales.

En relación con la población de adultos mayores que tiene ingreso provisional, equipos técnicos del Instituto Nacional de Jubilados y Pensionados (INSSJP) definieron el concepto de Vulnerabilidad Sociosanitaria individual (vss) cuyos indicadores son:

- a) Ingreso provisional \leq jubilación mínima \approx 230 u\$s.
- b) Representar una carga familiar, no tener ingreso propio, estar a cargo de otro adulto mayor jubilado/pensionado.
- c) Envejecimiento (número de adultos mayores de 65 años).

De forma complementaria se definió la Vulnerabilidad Contextual (ivc) como:

- a) Vulnerabilidad laboral por desocupación o subocupación.
- b) Pobreza: residir en conglomerados en situación de pobreza.

Datos demográficos argentinos relacionados con los adultos mayores:

Población total 39 636 269 habitantes

Adultos mayores 10.88% > 65 años

Población rural 9% de los cuales 63% es población dispersa

● Regiones seleccionadas para trabajar

NOA: la mayor vulnerabilidad socio sanitaria individual

6.6% > 65 años, 5.6 hab/km² (excepto Tucumán 59 hab/km²)

26% de los individuos adultos mayores sin cobertura social

68% de los individuos adultos mayores con ingreso provisional

70% jubilación mínima ≤ 230 dólares

23% sin ingreso, tienen cobertura social por estar a cargo de otro AM jubilado

En relación con el contexto se observa:

16.3% = desocupación o subocupación

35.7% = residen en conglomerados en situación de pobreza

NEA segunda región en vulnerabilidad sociosanitaria

6% > 65 años 15 hab/km²

38% individuos adultos mayores sin cobertura social/médica

58% individuos adultos mayores con ingreso provisional de los cuales

76% jubilación mínima \leq 230 dólares

21.4% sin ingreso, tienen cobertura social por estar a cargo de otro AM jubilado

En relación con el contexto se observa:

10% desocupación o subocupación

40% residen en conglomerados en situación de pobreza

Gran Buenos Aires la tercera en vulnerabilidad sociosanitaria:

10% $>$ 65 años 2390 hab/km²

29% de los individuos adultos mayores sin cobertura social/médica

71% AM con ingreso provisional, de estos 75% $>$ 65 años

61% ingreso provisional \leq jubilación mínima \approx 230 dólares

16% sin ingreso, tienen cobertura social por estar a cargo de otro AM jubilado

En relación con el contexto se observa:

18% desocupación o subocupación

22% residen en conglomerados en situación de pobreza

Patagonia séptimo lugar en vulnerabilidad sociosanitaria regional

5% de la población total del país

6.3% $>$ 65 años 13% rural de la cual 68% es población dispersa

2.4 hab/Km²

29% de los adultos mayores sin cobertura social/médica

60% AM con ingreso provisional

jubilación mínima \leq 230 dólares

25% s/ingreso, cobertura social a cargo de otro AM jubilado

En relación con el contexto se observa:

9% desocupación o subocupación

13% residen en conglomerados en situación de pobreza

Propuesta preventiva: implementar un proyecto de investigación que permita analizar y definir grupos de riesgo homogéneo según: tasas de uso regionales de servicios médicos por patologías, motivos de ingreso y diagnósticos de egreso hospitalario, datos vinculados con la valoración gerontológica integral en cada región.

Desarrollar guías para el autocuidado en función de las observaciones realizadas

(Entra mapa de regiones argentinas a página completa)

Conclusiones

A la hora de formular políticas de promoción de la salud con participación de los adultos mayores el asunto fundamental y fundacional es ¿quién o quiénes cumplirían el rol protagónico y activo de dichas políticas? Son pocos los países que han transitado un camino que tenga como eje la participación comunitaria y el rol activo de los adultos mayores en la transmisión de pautas saludables de vida.

Revalorar el papel de los adultos mayores, sumarlos y capacitarlos, volverlos a la actividad de las políticas públicas dirigidas a ellos ha sido y es nuestro objetivo.

La experiencia con nuestro primer manual de autocuidados en la metodología de preparador de capacitadores y en el marco del modelo participativo nos ha confirmado nuestras hipótesis en relación con la voluntad de integración de los adultos mayores y ha reforzado los conceptos desarrollados durante estos años de trabajo referentes a las políticas para la salud integral de los adultos mayores, tendientes a formular un Programa General de Prevención con perfil gerontológico que aborde los aspectos vinculados con: la promoción, la protección de la salud y el ambiente, la nutrición, la estimulación física, psíquica y cognitiva, los aspectos jurídicos, el abuso y maltrato, la educación, el hábitat, la integración y participación social.

Asimismo, resulta evidente, desde nuestra experiencia, que es de fundamental la capacitación preventiva de los adultos mayores para que sean los encargados de su calidad de vida y puedan reconocer situaciones de riesgo, identificar los recursos necesarios y decidir actuar por sí solos o por medio de otros.

En relación con los contextos del proceso de envejecimiento en América Latina se observan en un marco de cambios en la estructura familiar, retiro de la actividad laboral, inseguridad económica, desvinculación; predomina en la población urbanizada, con un sesgo femenino por mortalidad diferenciada, con antecedentes de discriminación laboral por ser mujer, con baja participación económica, sin ahorros, jubilaciones ni pensiones con los que puedan sobrevivir, con dificultades afectivas e instrumentales para afrontar la vida diaria con alta incidencia de permanencia no voluntaria en la actividad económica y además con exigencias como cuidadoras.

La estrecha relación entre las circunstancias individuales puestas de manifiesto por el proceso de fragilidad y la vulnerabilidad social definida por el contexto de nuestros países, hace que la valoración gerontológica integral resulte la única herramienta eficaz a la hora de diagnosticar, intervenir y evaluar nuestras acciones.

En esta década hemos visto la realidad de las predicciones en relación con la magnitud del envejecimiento y sus efectos, lo cual fortalece la necesidad del cambio de paradigmas, desplazando a la enfermedad por el sostenimiento y mejoramiento de la salud, considerando a la prevención como una inversión, que además y fundamentalmente tiene un alto contenido ético, siempre en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud cuya “no aplicación” es a estas alturas un enigma político y no técnico.

La observación de la realidad y los aportes teóricos demuestran que al abordar la salud integral de los adultos mayores lo fundamental no es “curar” sino “cuidar” pues la idea de curación acentúa la hegemonía del saber médico y

hace recaer la importancia en la enfermedad, con la agravante de que los recursos utilizados son limitados pues dependen del desarrollo científico técnico. Cuidar muestra la primacía de lo comunitario, pone el interés en la salud y su gran ventaja es que los recursos en que se apoya son los del saber de la comunidad.

al abordar la salud integral de los adultos mayores lo fundamental no es "curar" sino "cuidar"

Ese cuidado debe brindarse en forma progresiva y continua con la asistencia coordinada de todos los representantes sociales que permita construir un sistema basado en el conocimiento profundo de los destinatarios, que valore y respete las capacidades y deseos de los adultos mayores y les de participación en las decisiones, las acciones, la evaluación y el cambio.

La investigación de estos diez años ha permitido aportar ideas hacia la formulación de un plan gerontológico enfocado en los cuidados continuos, integrales: físicos, psíquicos, funcionales y sociales, progresivos interdisciplinarios, situacionales, intergeneracionales e interinstitucionales, sustentados en la observación, las características de la población y su segmentación en grupos de riesgo, definir cuáles son las necesidades inherentes y la elección de las mejores estrategias, considerando la situación predominante, de salud, enfermedad, dependencia funcional o vulnerabilidad social en la que se encuentra el adulto mayor, aunque en la realidad las situaciones se combinen y exista la posibilidad de transitar de una a otra, es necesario priorizar para definir las estrategias adecuadas y racionalizar el uso de los recursos. Fundamentalmente las decisiones deberán sustentarse en los deseos de la población interesada, la cual debe participar en los debates, de donde surgen las propuestas y se evalúan los resultados.

Es necesario impulsar una política de Estado en salud, sustentada en la responsabilidad colectiva; la percepción de que estamos realizando acciones concretas y no solo declarativas,

en función preventiva, con participación de los propios adultos mayores, nos permite posicionarnos en el camino hacia la meta enunciada por la señora Eva Perón en el Congreso Interamericano de Seguridad Social, realizado en Argentina en 1951:

“El mantenimiento del nivel más alto de salud de la población, constituye el objetivo básico de cualquier sistema de seguridad social”.

UNA DÉCADA DEDICADA A LA GERONTOLOGÍA

De cara a un panorama tan complejo como el del envejecimiento poblacional, y con base en experiencias de la Asociación Mutual de los Agentes de los Organismos para la Tercera Edad de Argentina (AMAOTE), en este libro se subraya la importancia de la participación de todos los sectores de la sociedad en la atención a la vejez. Se resalta, asimismo, la trascendencia de la dimensión biopsicosocial de este creciente grupo etario, así como la necesidad de un enfoque interdisciplinario que genere diagnósticos y acciones más completos.

Este análisis se presenta en la colección Breviarios de seguridad social a propósito de los diez años de la propuesta formulada por AMAOTE ante la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) para la creación de una Comisión Americana encargada de los temas de la tercera edad, propuesta que fue fundamental para la creación de la Comisión Americana del Adulto Mayor (CADAM).

SALUD. EL RETO DEL BIENESTAR

En los breviaros de la colección *Salud. El Reto del Bienestar* se analizan temas relacionados con políticas públicas, enfoques teóricos, diseño de sistemas de salud, resultados de programas, gerencia de servicios e investigaciones diversas que demuestran la importancia de la salud para una protección social integral. De ahí que se resalte el estudio de la atención al adulto mayor y de otros grupos en situación de fragilidad, así como experiencias e innovaciones dirigidas a alcanzar sociedades con condiciones de salud más equitativas.

ISBN 978-968-5748-99-9



9 789686 748499