



EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

POSIBLES RECOMENDACIONES PARA UN PLAN GERONTOLÓGICO INTERAMERICANO

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

En toda América, son la mayoría de los países aquellos que tienen su población envejecida y las Naciones que aún no han llegado a esta situación, en algunos años más, también estarán dentro de esa clasificación.

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social no puede estar ajena a esta situación que se acrecienta con el tiempo, y que sin dudas, impacta en todos los proyectos de Seguridad Social a corto, mediano y largo plazo.

Concientes 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, pudiendo en consecuencia analizar y proponer posibles soluciones a un tema por demás preocupante en nuestras naciones.

Ya desde sus primeros trabajos, la CADAM dio algunos datos preocupantes:

Mientras se estima que la población total de América entre los años 1950 y 2050 crecerá 5 veces, los mayores de 60 años crecerán en idéntico período 19 veces.


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

Si estos cálculos actuariales se prolongaran en el tiempo, la situación aún sería mas grave, basta observar que en 1950 los jóvenes de 0 a 19 años superaban en 9 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.

Así, la Comisión Americana de los Adultos Mayores 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 miembro tuviera que resolver temas o legislar sobre situaciones que incidan en la Tercera Edad.

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

El proyecto de recomendación que aquí se presenta a consideración de esta XXIII Asamblea General es el trabajo de mas de 18 meses de consulta entre las naciones miembros y han participado en él los mas afamados expertos de la ciencia Gerontológica.

Precisamente desde esta Ciencia, **La Gerontología**, es desde donde se orienta todo el trabajo, ya que ella reúne en su análisis a 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 la 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 ello es indispensable que todo aquello que un Estado brinde a sus ancianos sea desde un programa **Interinstitucional**, coordinado y controlado por todos los sectores involucrados.

El proyecto que se pone a consideración de todos Uds., precisamente rescata las acciones Interdisciplinarias, Intergeneracionales e Interinstitucionales, como camino correcto para arribar al Plan Gerontológico Interamericano.

La Secretaría General de la CISS, como la Comisión Directiva de la CADAM están concientes que lo que proponemos es solo un documento base de Recomendaciones que cada miembro y cada Nación puede tomar en cuenta, adaptarlo y mejorarlo a sus específicas necesidades, pero nuestra única meta, reiteramos, era que este trabajo fuese una herramienta de apoyo y colaboración a la membresía al momento que tenga que tomar decisiones que estén relacionadas a este grupo etáreo.

Estimadas y estimados colegas, con la humilde satisfacción del trabajo cumplido, la Secretaría General y la Comisión Americana de los Adultos Mayores, pone a consideración "**Las Recomendaciones para un Plan Gerontológico Interamericano**", que esperamos sea satisfactorio para todos Uds.

GABRIEL MARTINEZ
SECRETARY GENERAL
CISS

JORGE ISAAC D'ANGELO
PRESIDENT
CADAM



RECOMENDACIONES PARA UN PLAN GERONTOLÓGICO INTERAMERICANO

La Conferencia Interamericana de Seguridad Social manifestó al presentar sus recomendaciones para un Plan Gerontológico Interamericano que considera fundamental estimular una mejor **integración intergeneracional**, jerarquizando el rol de los Adultos Mayores.

Viendo como 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 que involucran a las más prestigiosas Instituciones abocadas a la problemática de las Naciones ante la transición demográfica, analizando qué ocurre en las sociedades cuando crece la población de Adultos Mayores y qué le ocurre a una persona Adulta Mayor 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 así su efectivo protagonismo activo.

Así mismo, se calificó como indispensable que las acciones por y hacia los Adultos Mayores estén coordinadas con eficiencia y eficacia, efectividad y equidad,¹ y que el esfuerzo conjunto, **interinstitucional, interdisciplinario e intergeneracional**, deba ser aquel que tienda a resolver los problemas que les son propios a los Adultos Mayores, con un **plan gerontológico** que busque garantizar una adecuada “Calidad de Vida”.

Las recomendaciones plantearon:


1. Generar actividades con la participación de organismos gubernamentales, no gubernamentales, y de los propios Adultos Mayores, para poder así tomar decisiones que involucren a todo el conjunto social.
2. Fomentar coberturas gerontológicas universales y completas, sin exclusiones ni

¹**Eficiencia:** Es el aprovechamiento óptimo de los recursos para obtener un resultado al menor costo posible.

Eficacia: Es la medida en que se cumple la meta propuesta, o el impacto de una acción.

Efectividad: Es el resultado de las acciones, sobre la población objeto de las mismas.

Equidad: Es brindarle a cada individuo de la comunidad aquello que necesita para preservar su calidad de vida. No es darles a todos lo mismo.



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 ésta 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 la que 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 permanentemente actualizado el plan gerontológico que se ejecute, pudiendo para 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 los 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, como también la solución que para cada caso propone el plan gerontológico en desarrollo.

Comentarios

Los ejes fundamentales de las mismas son:

Fomentar la integración y solidaridad intergeneracional.

Desarrollar **políticas que favorezcan las acciones interdisciplinarias.**

Tender a una nueva **integración social** entre los Estados, las Organizaciones de la Comunidad, las Familias y los propios Adultos Mayores.

Garantizar la **universalidad de las coberturas** gerontológicas incluyendo una prestación económica digna.

Fomentar la **investigación y la planificación con criterios gerontológicos.**

Tender al desarrollo personal e intelectual a través de la **capacitación de los Adultos Mayores.**

Capacitar gestores y cuidadores para Adultos Mayores.



Difundir y generar toma de conciencia de los problemas y las temáticas gerontológicas desde la educación de los niños.

Priorizar los sectores más **vulnerables** de Adultos Mayores afectados por la exclusión e inequidad.

Se propone abrir la discusión para incorporar los siguientes conceptos a las recomendaciones completando los ejes fundamentales:

El Plan Gerontológico y los Programas y Proyectos que en él se enmarquen deben enfocarse hacia

- Considerar que en el abordaje de la salud integral de los adultos mayores el concepto fundamental no es “**curar**” sino “**cuidar**” dado que la idea de curación acentúa la hegemonía del saber médico y hace recaer el acento en la enfermedad, con el agravante de que los recursos que utiliza son limitados pues dependen del desarrollo científico técnico. El cuidar muestra la primacía de lo comunitario, pone el acento en la salud y su gran ventaja es que los recursos en que se apoya son los del saber de la comunidad.
- Desarrollar acciones con **criterio preventivo desde el paradigma de la salud.**
- Construir un **sistema de cuidados** que valore y respete las capacidades y deseos de los Adultos Mayores y de la comunidad en la que viven.
- Sustentar el **sistema de cuidados** en la **observación, la caracterización** de la población y su **segmentación en grupos de riesgo homogéneo.**

Organizar el sistema de cuidados con base en los siguientes criterios

- **Continuidad.**
- **Integralidad:** cuidados físicos, psíquicos, sociales y funcionales.
- **Progresividad** en consonancia con los conceptos de **fragilización** como proceso inherente a la edad y **fragilidad** como estado multicondicionado.
- **Interdisciplinarietàd** en función de la integralidad.
- **Adaptación situacional** de los cuidados de acuerdo a la circunstancia predominante de **salud, enfermedad, dependencia funcional y/o vulnerabilidad social** por pobreza o aislamiento en la que se encuentra el Adulto Mayor dado que, 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 mas adecuadas y racionalizar el uso de los recursos.



CONCEPTOS GERIÁTRICOS Y GERONTOLÓGICOS BÁSICOS PARA DEFINIR SISTEMAS DE CUIDADOS EN ADULTOS MAYORES*

1. Conceptos básicos

Presentación de los problemas en la tercera edad


Las personas que llegan a la llamada tercera edad, que dentro de nuestras sociedades contemporáneas son afortunadamente ya la mayor parte, tienden a enfrentar las siguientes situaciones:

- Problemas médicos múltiples.
 - Presentación de los problemas médicos en forma atípica, inespecífica y asintomática, tales como infecciones sin fiebre, neumonía sin manifestación radiológica evidente, infartos de miocardio o abdomen agudo sin dolor, estado confusional como única presentación de muchas enfermedades.
 - Depresión enmascarada.
 - Evolución solapada de la demencia compensada por mucho tiempo por los familiares más próximos (sobre todo cónyuges).
 - Reconocimiento como “normalidades” del envejecimiento y no como problemas por parte del paciente, su familia, los cuidadores y los profesionales.
- Rápida afectación de la movilidad y deterioro del estado físico y de la salud mental.
 - Curación lenta.
 - Tendencia a la cronicidad.
 - Tendencia a la dependencia.
 - Límite fácilmente franqueable entre el beneficio terapéutico y la iatrogenia (causar daño con las medidas terapéuticas).
 - Alta incidencia de causas psíquicas y sociales en la presentación y/o descompensación de los problemas médicos.
 - Alto riesgo de claudicación de los cuidadores informales aunque con persistencia de la voluntad de cuidado por parte de los mismos.

¿Qué es el Envejecimiento Saludable?

La observación del fenómeno de la prolongación de la vida permite inferir que esta circunstancia se da cuando se mantiene la capacidad de **autovalimiento**. Observamos que el **envejecimiento patológico** es aquel que cursa con **dependencia funcional**. Por lo tanto consideramos auto-válida aquella persona que tiene capacidad para tomar decisiones y

* Se agradece la colaboración del equipo técnico profesional de AMAOTE.



ejecutarlas por sí mismo; y dependiente, aquella que tiene necesidad de ayuda parcial o total para tomar decisiones y ejecutarlas en la vida diaria.

Concepto de fragilización como proceso y fragilidad como estado

Siguiendo las definiciones del sociólogo suizo Lalive D'Épinay⁽¹⁾, la fragilidad es una condición personal en la que se ven afectados los aspectos: fisiológicos y neurosensoriales de un individuo implicando pérdida de las reservas que permiten mantener el equilibrio con el medio y/o recuperarlo luego de un evento negativo. Estos aspectos son los siguientes:

- **Sensorial:** fundamentalmente visión y audición.
- **Neurolocomotor:** relacionado con la movilidad.
- **Cognitivo:** conocer, reconocer, recordar, pensar, atender, calcular, entender, expresar.
- **Metabólico energético:** relacionado con un equilibrio del medio interno inestable y próximo a los límites entre lo normal y lo patológico.
- **Enfermedades:** que aparecen como una dimensión más del proceso.

Cumpléndose dos de estas condiciones nos encontramos ante una persona frágil; podemos pensar que casi todas las personas comienzan un proceso de fragilización después de los 60 años. Esto explica por qué la edad es el principal factor de riesgo y por qué el cuidado debe ser continuado y progresivo y todas las personas, aún las que impresionan o creen estar sanas, deben ser controladas según

protocolos, de acuerdo a sus condiciones dentro del proceso. En el curso del proceso de fragilización en los Adultos Mayores inciden los aspectos psicosociales y ambientales configurándose el campo fértil en el que puede prosperar, progresivamente, la dependencia funcional, que es el verdadero gran problema de los adultos mayores.

Los aspectos psicosociales que inciden sobre la fragilidad son circunstancias que difícilmente se constituyan en edades avanzadas sino que deben configurarse a lo largo de la vida, están vinculadas con la historia personal y con las acciones que los individuos realizan para favorecer un entorno propicio, tales como la ausencia de compromiso con la vida (proyectos, participación), y la incapacidad para reconocer los problemas y las necesidades, y poder solicitar y obtener ayuda adecuada.

Los aspectos socioambientales que inciden sobre la fragilidad son circunstancias que definen el contexto: la pobreza, la ausencia de políticas tendientes a reconocer los problemas del sector, definir las necesidades y seleccionar la mejores estrategias, la ausencia de infraestructura adecuada a las necesidades, el ambiente generador de patologías, así como las actitudes de hostilidad, indiferencia u abandono.

2. La Valoración Geriátrica Integral (VGI)

La Valoración Geriátrica Integral es la **tecnología de abordaje** específica para los Adultos mayores, también denominada cuadrivaloración geriátrica, en relación a las variables que considera. Es el punto de partida



para establecer un sistema de cuidados. Su gran valor radica en que permite identificar los problemas, ubicarlos en jerarquías de importancia funcional, para organizar estrategias terapéuticas y/o preventivas que mejoren la calidad de vida y optimicen el cuidado a corto y largo plazo. En geriatría se debe utilizar la valoración integral tomando el tiempo necesario para ir evaluando los distintos aspectos investigando en primer término lo que parece más afectado y es sugestivo de una posible discapacidad.

La VGI es aplicable por distintos actores del sistema si actúan coordinadamente y debe definir la configuración de la historia clínica del médico geriatra o de aquellos que, sin serlo, deban abordar a esta población para lo cual deberán tener una capacitación adecuada. Esta tecnología de abordaje está compuesta por cuatro componentes íntimamente relacionados e inseparables en el diagnóstico: el tratamiento, la evolución, la rehabilitación y el mantenimiento.

Primer componente de la valoración geriátrica integral: aspecto médico/físico

En este primer componente se estudian los antecedentes personales y familiares, los aparatos, sistemas y órganos, la combinación de marcha/movilidad/equilibrio, la continencia esfinteriana, aspectos de nutrición, sueño y sexualidad, los hábitos tóxicos y protectivos, el consumo de fármacos, los síntomas, signos, enfermedades, síndromes actuales y su impacto funcional, los profesionales involucrados en la atención y los cambios recientes o previstos en la vida del anciano.


Corresponde aquí incluir las grandes entidades geriátricas conocidas como “gigantes de la geriatría”: síndrome de inmovilidad y escaras, síndrome confusional agudo, síndrome de incontinencia urinaria y síndrome de inestabilidad y caídas.

Segundo componente de la valoración geriátrica integral: aspecto psico-cognitivo

Aspectos cognitivos: Dentro de estas estructuras y funciones se consideran: memoria, lenguaje, orientación, reconocimiento de objetos y situaciones, y capacidad para efectuar acciones. Las patologías mentales que se busca prevenir y o disminuir sus efectos son: demencia y depresión. La demencia tiene una prevalencia de 5 a 15% en mayores de 65 años, y de 20 a 50% en mayores de 85 años. La evaluación continua de esta esfera es útil para diagnosticar esta entidad y para despejar temores con respecto a olvidos que muchas veces son el resultado de estrés, angustia, ansiedad, depresión e insomnio.

En los aspectos afectivos: La enfermedad principal es la depresión. La depresión mayor tiene una prevalencia de 1% en la población anciana, 27% de los no institucionalizados tiene síntomas depresivos y 37% de los motivos de consulta en atención primaria.

Los efectos de la depresión son: discapacidad, deterioro de la calidad de vida, mayor tasa de suicidios exitosos, mayor uso de recursos de salud, alentamiento o fracaso de la rehabilitación. El problema se agrava cuando la familia y los profesionales tienden a asociar estos eventos a cuestiones ligadas a la edad o



a situaciones económicas, socio-familiares, pérdidas o eventos adversos que sí deben ser consideradas factores de riesgo y ameritan prácticas preventivas pero que no en todos los individuos producen depresión.

En este campo cobran importancia la historia de vida, los aspectos emocionales, los estados de ánimo, las situaciones estresantes negativas personales, familiares y ambientales, tales como pérdidas de amigos o de cónyuge, pérdida de posición de autoridad, cuestionamiento sobre las propias competencias, reconciliación con personas que nos son importantes, adaptación a la movilidad familiar, resolución del dolor por la muerte de otros y la proximidad de la propia, mantenimiento del sentido de integridad reforzando lo que se ha sido, disfrute de la experiencia, interés por dejar un legado, temor al deterioro y la dependencia, y preocupación por el modo de morir.

Deberán investigarse exhaustivamente los problemas psicosociales y ambientales que actúan como estresores negativos sobre el adulto mayor o el grupo familiar y que pueden estar relacionados con:

- **El grupo primario de apoyo:** fallecimientos, enfermedad familiar, perturbaciones como divorcios, abandono, separación, pérdida laboral, mudanza, abuso y violencia, ser cuidador obligado de otro u otros enfermos o discapacitados.
- **Problemas económicos:** pobreza extrema, economía propia insuficiente, pérdida económica, ayuda socio económica insuficiente.

- **Vivienda:** pérdida de hogar, vivienda inadecuada, vecindad insalubre, conflicto con vecinos o propietarios.

- **Interacción con el sistema legal y el crimen:** juicios, ser víctima de acto delictivo, relación con criminal, arresto, encarcelamiento.

- **Ámbito social:** fallecimiento, pérdida de amigo o confidente, vivir solo, tener que adaptarse a otra cultura, ser víctima de discriminación, conflicto con cuidador no familiar, con el médico o con los servicios sociales.

- **Acceso a servicios asistenciales:** servicio médico inadecuado, falta de transporte, seguimiento médico inadecuado.

- **Otras situaciones:** desastres, guerra, otras hostilidades.

Tercer componente de la valoración geriátrica integral: aspecto social

Las variables que se abordan son el entorno social-familiar, los antecedentes y hábitos de participación, las costumbres, los aspectos culturales, el hábitat, el aspecto económico, las posibilidades recreativas y la efectiva inclusión comunitaria.

La **Evaluación del hábitat** incluye la consideración de:

- Adecuación en función de la seguridad, autonomía funcional, patologías.
- Estabilidad de la vivienda (posibilidad de pérdida).

El **entorno económico** se refiere a la capacidad para hacer frente a las necesidades de la vida diaria incluyendo las originadas por



las patologías ocasionales o crónicas. En el **entorno socio-familiar** se identifica y evalúa el cuidador principal en sus posibilidades de continencia completa o parcial. Considerando que la continencia familiar tiene tres componentes: económico, afectivo, instrumental. Las modalidades del sistema de apoyo socio-familiar son las siguientes:

- **informal:** no mediado por pago, sino provisto por familia, vecinos y amigos;
- **formal:** mediado por pago directo o indirecto: estructuras burocráticas, sistemas de seguro social, agencias de bienestar social; y
- **semi-formal:** relacionado con instituciones como las religiosas, sociedades de fomento, centros de jubilados y otros que incluyan el trabajo voluntario.

Cuarto componente de la valoración geriátrica integral: aspecto funcional

Ésta es la manifestación más evidente de la integridad de las otras variantes analizadas. La autonomía funcional se manifiesta en: capacidad de **auto-cuidado** en **Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)**, capacidad de **autonomía** en **Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria (AIVD)**, y capacidad de **participación** social en **Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD)**.

Capacidad de participación social en actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD):

Estas actividades son las primeras que se pierden con el deterioro y entre ellas se registran: las relaciones interpersonales con familia, amigos, conocidos (visitar, ser visitado), relaciones intergeneracionales, estudiar,

enseñar, conocer y usar nuevas tecnologías, hacer actividad física, deportes, actividades recreativas, productivas, artísticas, artesanales, actividades de representación política, defensa de los derechos, ejercicio de la ciudadanía (se puede considerar que una persona que es capaz de integrarse a una organización, representar a otros y ser representado en el ejercicio y defensa de sus derechos, tiene una categoría superior de ciudadano), actividades solidarias, actividades relacionadas con la espiritualidad y la religiosidad.


Capacidad de auto-cuidado en actividades básicas de la vida diaria (ABVD):

El deterioro en por lo menos 2 de estas actividades se estima que reduce a la mitad la expectativa de vida con respecto a una persona de la misma edad que conserva todas las funciones, siendo estas: alimentación, desplazamiento cama-sillón y dentro de la vivienda, continencia esfinteriana, uso de sanitarios, vestido e higiene personal.

Capacidad de autonomía en actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD):

Son las que permiten la relación del individuo con la comunidad y su poder de desempeño: uso de teléfono, uso de transportes, compras, preparación de alimentos, cuidado y arreglo de la casa, manejo de medicación, independencia en asuntos económicos, capacidad para hacer gestiones y trámites.

En sentido figurado se dice que la dependencia funcional es un camino de vuelta que empieza en el centro de la ciudad y termina en la cama. La evaluación de la capacidad funcional en



ABVD y AIVD permite rastrear factores de riesgo, definir la situación basal, monitorear la evolución y definir qué tipo y con qué intervalos necesita ayuda un anciano para permanecer en su domicilio sin riesgo o ser institucionalizado.

3. Características del sistema de cuidados para personas de edad avanzada

De lo expuesto se desprenden las características que en un sistema equilibrado, los cuidados deben ser:

- Continuos.
 - Integrales: físicos, psíquicos, funcionales y sociales.
 - Progresivos: según el curso del proceso de fragilización.
 - Interdisciplinarios.
 - Situacionales: por predominancia dado que siempre se puede dar la coexistencia de situaciones, pero en cada momento será alguno de ellos la prioritaria, lo que no exime a quienes deban gestionar de planificar para todas las circunstancias (situación de salud, situación de enfermedad, situación de dependencia funcional, situación de vulnerabilidad por pobreza o aislamiento).
- Las necesidades en la situación de SALUD son la promoción, la protección de la salud y la prevención de patología bio-psico-sociales.
- Las necesidades para la situación-problema ENFERMEDAD son el diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y la rehabilitación.
- Las necesidades para la situación-problema DEPENDENCIA son la atención domiciliaria, la atención diurna (hogar de día, centro de día,

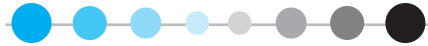
hospital de día con variaciones funcionales de carácter social y/o sanitario), la formación y cuidado de cuidadores y la institucionalización definitiva. Ninguna de estas es alternativa de las otras si están bien definidos y aplicados los criterios de inclusión.

- Las necesidades para la situación-problema VULNERABILIDAD POR POBREZA O AISLAMIENTO son facilitar el acceso a tratamientos, nutrición, hábitat seguro y funcional, y crear instancias de participación.

4. Aportes a un plan gerontológico nacional presentados en la reunión de la CADAM en Cuba

La CADAM celebró una reunión técnica en La Habana, Cuba (1-3 de diciembre, 2005). Ahí se discutió que en función del análisis y diagnóstico situacional que se efectúe aplicando la tecnología de Valoración Geriátrica Integral surgen los “ejes de un modelo de gestión socio-sanitaria centrado en el adulto mayor”.

Para asumir la promoción de la salud, la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de los destinatarios adultos mayores es necesario reconocer como hemos visto hasta aquí, que los criterios que definen la situación de salud-enfermedad de la población beneficiaria involucran aspectos físicos, psico-cognitivos, funcionales y sociales y para ello resulta imprescindible conocer y seguir a toda la población de Adultos Mayores segmentándola en grupos de riesgo homogéneo lo cual permitirá identificar y cuantificar las problemáticas, determinar las necesidades y seleccionar las acciones que



definen los grandes lineamientos prestacionales cuyos ejes son:

- Aplicar lineamientos socio sanitarios nacionales.
- Adherir a la estrategia de Atención Primaria de la Salud con perfil geriátrico y gerontológico.
- Aplicar sistemáticamente la estrategia de Valoración Geriátrica Integral.
- Gestionar en los aspectos físicos, psico-cognitivos, funcionales y sociales.
- Articular los niveles de riesgo socio-sanitario con la complejidad de la intervención en prevención primaria, secundaria y terciaria.
- Sostener y fortalecer la vinculación continua con el medio de pertenencia ya sea en el domicilio o en la institucionalización (aguda o crónica).
- Gestionar a través de equipos socio-sanitarios interdisciplinarios próximos al adulto mayor en todas las instancias de su vida cotidiana y con criterio proactivo.
- Actuar en red interinstitucional.
- Evaluar sistemáticamente las acciones.

Conviene aquí recordar los **Principios de Atención Primaria en Geriatría**.

También para esta franja etárea la estrategia mas adecuada es la de Atención Primaria de la Salud y la misma debe cumplir los postulados adaptados a los Adultos Mayores:

- **Accesibilidad:** a la consulta. Atención domiciliaria. Acceso telefónico adecuado.
- **Asistencia integrada** para afrontar problemas físicos, sociales, sexuales, psicológicos, fiscales, éticos.
- **Coordinación:** de los equipos de salud.

• **Continuidad:** garantizar los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los distintos efectores de la red.

• **Responsabilidad:** del equipo en el seguimiento y cumplimiento aún en aquellos ancianos poco colaboradores o que no demandan.

• **Alerta clínica:** sobre todo de las variaciones en el estado mental y funcional.

• **Anticipación** a los problemas.

• **Defensa del paciente anciano.**

• **Integración del rol de la familia y los cuidadores.**

• **Énfasis funcional con vistas a prevenir la discapacidad.**

• **Diagnóstico exacto:** no considerar a la edad como causa de todos los males ni como criterio de exclusión para ciertas tecnologías modernas, pero sí sus riesgos y beneficios.

• **Observación seriada,** sustentada en el principio de “esperar y ver”.

• **Intervención activa** clarificación de los efectos deseados.

• **Vigilancia correcta.**

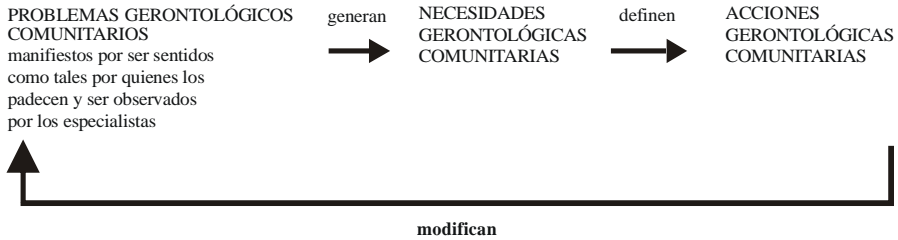
• **Dedicar tiempo suficiente** para el diagnóstico y el seguimiento.

• **Aplazamiento de la dependencia.**

• **Comunicación** con el paciente, la familia, todos los miembros del equipo y entre los distintos niveles.

5. Sistema de abordaje basado en la realidad situacional de los adultos mayores

La aplicación de las estrategias gerontológicas descritas se encuadra dentro de una metodología de abordaje en el que se definen los tres componentes interrelacionados



fundamentales de la planificación de un sistema de atención socio sanitaria para Adultos Mayores.

En este modelo, se conceptualiza la salud desde un punto de vista *ecológico*, poniendo el acento en describir los ambientes en que transcurre la vida de un sujeto para comprenderlos operacionalmente. De esta manera se puede ver al sujeto de la prevención y el contexto microsocioal en que se mueve. La utilización de estos conceptos nos permite contextualizar las respuestas individuales y describir las situaciones en que transcurre su vida. Teniendo en cuenta lo anterior, se enfatiza el trabajo en la comunidad para comprender cómo se definen los distintos problemas relacionados con la salud y la prevención y las representaciones que surgen acerca del accionar del sujeto. Relevadas estas representaciones, podemos *dibujar* lo que la Dra. Ana Lia Kornblit⁽²⁾ denomina **mapas cognitivos**. El diseño de estos mapas permite elaborar estrategias de intervención en salud y especialmente de prevención apoyadas en el protagonismo de los grupos sociales a los cuales van dirigidas; caso contrario, dichas estrategias podrán ser coherentes con la ideología de los equipos de trabajo pero

ineficaces para cumplir los objetivos que se planteen.

Otra cuestión importante es la de considerar los aportes de la *teoría del aprendizaje social* que recalca la importancia de los hábitos aprendidos en la ejecución de las conductas.

El problema gerontológico

La definición del **problema** surge de la combinación 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 teórico-prácticos y desean intervenir sobre ella. El problema se traducirá en demanda manifiesta solo si quien se encuentra afectado lo siente, lo padece como dificultad para obtener un fin que en este caso sería el de tener una adecuada calidad de vida y además decide actuar por sí o a través de otros para modificar sus circunstancias de manera tal que el problema deje de serlo.

Quien se encuentra afectado por el problema no siempre está en condiciones de percibirlo y puede ocurrir que adjudique sus padecimientos a circunstancias que no son las verdaderas originarias del problema o que, aún haciendo



un adecuado reconocimiento, por circunstancias adversas, por temor, descreimiento o falta de voluntad no decida demandar con lo cual se constituiría el concepto de *demanda oculta*, que no debería ser tal existiendo un sistema proactivo capaz de detectarlo, pero que muchas veces prevalece por razones fundamentalmente de inequidad económica.

De todos modos, el sistema que tiene la responsabilidad de asistirlo brindándole cuidados adecuados debe reconocer el problema para actuar, es decir ponerlo de manifiesto aunque no se halla traducido en demanda por parte del afectado.

Los grupos de riesgo

La observación de los problemas de los Adultos Mayores permite caracterizarlos definiendo grupos de riesgo. Las variables que se consideran son fundamentalmente tres:

- a) La **autonomía funcional** para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria vinculada a la salud física, cognitiva y psíquica;
- b) La **continencia socio familiar** con sus componentes: instrumental, afectivo, económico, el hábitat y el apoyo comunitario; y,
- c) El **estatus patológico** que puede estar compensado o descompensado.

Recordemos que en geriatría es excepcional la situación en la que no existe diagnóstico de enfermedad puesto que ésta es una de las cinco dimensiones que define el proceso de fragilización.

La necesidad gerontológica

La **necesidad** es una definición que surge de la comprensión del problema y en esta determinación pueden influir variables de diversa índole, culturales, políticas, ideológicas, económicas, sociales y afectivas. Quien padece un problema puede o no identificar adecuadamente los recursos necesarios para modificar la circunstancias que lo originan; quien tiene la responsabilidad de arbitrar los medios para dar solución al problema debe determinar con precisión la necesidad y esta determinación debe estar consensuada entre los distintos actores.

En relación al problema gerontológico y en función del sistema socio-sanitario que permite abordarlo adecuadamente, hemos observado que sus variables fundamentales permiten certificar nueve grupos de riesgo en los que se puede segmentar a la población, que incluyen cada uno, un subgrupo en función del estado de la patología que presentan. Para cada uno de ellos se corresponden necesidades prestacionales.

La acción gerontológica y los actores: En función de la identificación de los problemas, la caracterización de la población en grupos de riesgo y la determinación de las necesidades prestacionales, se definen acciones y quiénes deben llevarlas a cabo, siempre en el marco de la comunidad organizada, y mientras sea posible, en el contexto familiar.



| GRUPO DE RIESGO | SUBGRUPO PROBLEMA (situación del adulto mayor) | NECESIDAD | ACCIÓN-ACTORES |
|--|---|--|--|
| 1° Auto-válido Contención sociofamiliar adecuada | Sin patología o patología compensada | Controles protocolizados en salud o de la enfermedad compensada, actividades preventivas y de promoción socio sanitaria | Atención ambulatoria, médicos clínicos, especialistas, salud mental, estudios complementarios de primer nivel, enfermería, odontología, equipos interdisciplinarios para prevención y promoción, agentes sanitarios para seguimiento y alerta |
| | Patología descompensada | Atención de la patología y rehabilitación | Médicos clínicos, especialistas, salud mental y estudios complementarios de primer, segundo y tercer nivel de atención, enfermería ambulatoria y domiciliaria, internación en segundo nivel, servicio de emergencias, rehabilitación, agentes sanitarios para seguimiento al alta |
| 2° Auto- válido Contención sociofamiliar insuficiente o inadecuada | Sin patología o patología compensada | Controles protocolizados en salud o de enfermedad compensada, actividades preventivas y de promoción, participación, contención, ayuda económica para medicamentos, cobertura habitacional o necesidades básicas insatisfechas, refuerzo alimentario | Atención ambulatoria, médicos clínicos, especialistas, salud mental, estudios complementarios de primer y segundo nivel, atención ambulatoria, enfermería, odontología, trabajo social y equipos interdisciplinarios para prevención y promoción, evaluación y asignación de ayudas económicas, habitacionales, alimenticias, agentes sanitarios, posible Hogar de Día |
| | Patología descompensada | Atención protocolizada de la patología descompensada, rehabilitación, atención domiciliaria, ayuda económica para provisión de medicamentos, refuerzo | Médicos clínicos, especialistas, salud mental y estudios complementarios de primer, segundo y tercer nivel, enfermería ambulatoria y domiciliaria, internación en |



(continuación)

| GRUPO DE RIESGO | SUBGRUPO PROBLEMA (situación del adulto mayor) | NECESIDAD | ACCIÓN-ACTORES |
|--|--|---|--|
| | | alimentario terapéutico, refuerzo de las redes de contención en función de la patología | segundo nivel, emergencias, agentes sanitarios para seguimiento al alta de segundo nivel, centros de día, rehabilitación, atención domiciliaria transitoria, trabajo social y equipos interdisciplinarios para evaluaciones y asignación de ayudas económicas, habitacionales o alimenticias |
| 3° Auto-válido Sin contención sociofamiliar | Sin patología o patología compensada | Controles protocolizados de la enfermedad compensada, actividades preventivas y de promoción, participación, contención, ayuda económica para medicamentos, cobertura habitacional o necesidades básicas insatisfechas, refuerzo alimentario, comedor, bolsón alimentario | Atención ambulatoria, médicos clínicos, especialistas, salud mental y estudios complementarios de primer y segundo nivel, enfermería, odontología, trabajo social y equipos interdisciplinarios para prevención y promoción, evaluaciones y asignación de ayudas económicas, habitacionales o alimenticias, agentes sanitarios, Hogar de Día |
| | Con patología descompensada | Atención de la patología descompensada, rehabilitación, atención domiciliaria, ayuda económica para provisión de medicamentos, refuerzo alimentario terapéutico, bolsón o vianda domiciliaria, refuerzo de las redes de contención en función de la patología | Médicos clínicos, especialistas, salud mental y estudios complementarios de primer, segundo y tercer nivel, enfermería ambulatoria y domiciliaria, internación en segundo nivel, emergencias, agentes sanitarios para seguimiento al alta de segundo nivel, centros de día, rehabilitación, atención domiciliaria transitoria, trabajo social y equipos interdisciplinarios para evaluaciones y asignación de ayudas económicas, habitacionales o alimenticias |

(continuación)

| GRUPO DE RIESGO | SUBGRUPO PROBLEMA (situación del adulto mayor) | NECESIDAD | ACCIÓN-ACTORES |
|---|---|---|--|
| 4° Semi-dependiente (ayuda para AIVD) | Patología compensada (a partir de este grupo de riesgo se excluye la posibilidad de no existencia de patología) | Controles protocolizados de la enfermedad compensada, actividades preventivas y de promoción socio-sanitaria, sistemas de atención diurna, sistema especial de alerta y seguimiento, posible seguimiento profesional del grupo familiar | Médicos clínicos, especialistas, salud mental y estudios complementarios de primer y segundo nivel, atención ambulatoria y domiciliaria, enfermería, equipos de atención domiciliaria, odontología, equipos interdisciplinarios para prevención y promoción, agentes sanitarios |
| Con contención sociofamiliar adecuada | Patología descompensada | Atención de la patología descompensada, rehabilitación, cuidado del cuidador, contención profesional en función de la patología | Médicos clínicos, especialistas, salud mental y estudios complementarios de primer, segundo y tercer nivel de atención, enfermería ambulatoria y domiciliaria, internación en segundo nivel, servicio de emergencias, rehabilitación, agentes sanitarios para seguimiento al alta de segundo nivel, apoyo familiar |
| 5° Semi-dependiente Contención sociofamiliar insuficiente | Patología compensada | Controles de la enfermedad compensada, actividades preventivas y de promoción socio-sanitaria, apoyo para AIVD, atención diurna, cuidado del cuidador, ayuda económica para provisión de medicamentos, cobertura habitacional o necesidades básicas insatisfechas, refuerzo alimentario tipo vianda domiciliaria, inclusión en redes, sistema especial de alerta y seguimiento, posible seguimiento profesional | Médicos clínicos, especialistas, salud mental y estudios complementarios de primer y segundo nivel, 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 alimenticias, agentes sanitarios |



(continuación)

| GRUPO DE RIESGO | SUBGRUPO PROBLEMA (situación del adulto mayor) | NECESIDAD | ACCIÓN-ACTORES |
|--|---|---|--|
| | Patología descompensada | Atención de la patología descompensada, rehabilitación, atención domiciliaria, ayuda para medicamentos, refuerzo alimentario terapéutico tipo vianda domiciliaria, cuidado del cuidador, inclusión en redes, contención profesional en función de la patología | Médicos clínicos, especialistas, salud mental y estudios complementarios de primer, segundo y tercer nivel, atención enfermería ambulatoria y domiciliaria, internación en segundo nivel, servicio de emergencias, agentes sanitarios para seguimiento al alta de segundo nivel, centros de día, rehabilitación, atención domiciliaria, trabajo social y equipos interdisciplinarios para evaluaciones y asignación de ayudas económicas habitacionales o alimenticias |
| 6° Semi-dependiente Contención sociofamiliar inexistente | Patología compensada | Controles protocolizados de la enfermedad compensada, 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 tipo vianda domiciliaria, inclusión en redes, contención, posible internación en residencia para adultos mayores | 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 alimenticias, agentes sanitarios, centro de día, residencia adultos mayores |
| | Patología descompensada | Atención de la patología descompensada, rehabilitación, atención domiciliaria, ayuda económica para provisión de medicamentos, refuerzo alimentario terapéutico, | Atención domiciliaria médicos clínicos, especialistas, salud mental y estudios complementarios de primer, segundo y tercer nivel, atención enfermería domiciliaria, internación en segundo nivel, |

(continuación)

| GRUPO DE RIESGO | SUBGRUPO PROBLEMA (situación del adulto mayor) | NECESIDAD | ACCIÓN-ACTORES |
|---|---|--|---|
| | | bolsón o vianda domiciliaria, inclusión en redes, contención profesional en función de la patología | emergencias, agentes sanitarios para seguimiento al alta de segundo nivel, centros de día, rehabilitación, atención domiciliaria transitoria, trabajo social y equipos interdisciplinarios para evaluaciones y asignación de ayudas económicas o alimenticias |
| 7° Dependiente (requiere ayuda para las actividades básicas de la vida diaria) | Patología compensada | Controles protocolizados de la enfermedad compensada, atención diurna, contención profesional, cuidado del cuidador | Médicos clínicos, especialistas, salud mental y estudios complementarios de primer y segundo nivel, enfermería, apoyo domiciliario, odontología, centro de día, agentes sanitarios, equipos profesionales interdisciplinarios |
| Con contención sociofamiliar adecuada | Patología descompensada | Atención de la patología descompensada, rehabilitación, cuidado del cuidador, contención profesional en función de la patología | Médicos clínicos, especialistas, salud mental y estudios complementarios de primer, segundo y tercer nivel, atención domiciliaria sanitaria y de apoyo, internación en segundo nivel, servicio de emergencias, rehabilitación, agentes sanitarios para seguimiento al alta de segundo nivel |
| 8° Contención sociofamiliar insuficiente | Patología compensada | Atención de la enfermedad compensada, apoyo para ABVD y AIVD, atención diurna, cuidado del cuidador, ayuda económica para provisión de medicamentos, cobertura habitacional o necesidades básicas insatisfechas, refuerzo alimentario tipo vianda domiciliaria, inclusión en | Atención domiciliaria médicos clínicos, especialistas, salud mental y estudios complementarios de primer y segundo nivel, atención, enfermería, odontología, trabajo social y equipos interdisciplinarios para prevención y promoción, evaluaciones y asignación de ayudas económicas o |



(continuación)

| GRUPO DE RIESGO | SUBGRUPO PROBLEMA (situación del adulto mayor) | NECESIDAD | ACCIÓN-ACTORES |
|---|--|--|---|
| | | redes, contención, posible internación residencia para adultos mayores común o especializada | alimenticias, agentes sanitarios, apoyo domiciliario centro de día, posible residencia adultos mayores |
| | Patología descompensada | Atención de la patología descompensada, rehabilitación, apoyo para ABVD y AIVD, atención diurna, cuidado del cuidador, ayuda económica para provisión de medicamentos, cobertura habitacional o necesidades básicas insatisfechas refuerzo alimentario tipo vianda domiciliaria, inclusión en redes, contención profesional en función de la patología posible residencia para adultos mayores especializada | Atención domiciliaria médicos clínicos, especialistas, salud mental y estudios complementarios de primer, segundo y tercer nivel, atención enfermería domiciliaria, internación en segundo nivel, servicio de emergencias, agentes sanitarios para seguimiento al alta de segundo nivel, rehabilitación, trabajo social y equipos interdisciplinarios para evaluaciones y asignación de ayudas económicas habitacionales o alimenticias |
| 9° Dependiente Contención sociofamiliar inexistente | Patología compensada | Atención protocolizada de la enfermedad compensada, contención, internación en residencia para adultos mayores común o especializada | Médicos clínicos, especialistas, salud mental y estudios complementarios de primer y segundo nivel, atención domiciliaria, enfermería, odontología, trabajo social y equipos interdisciplinarios, evaluaciones y asignación de ayudas económicas o alimenticias, agentes sanitarios, internación en residencia adultos mayores común o especializada |
| | Patología descompensada | Atención de la enfermedad descompensada, rehabilitación, contención profesional en función de la | Atención domiciliaria sanitaria médicos clínicos, especialistas, salud mental y estudios complementarios de primer, |

(continuación)

| GRUPO DE RIESGO | SUBGRUPO PROBLEMA (situación del adulto mayor) | NECESIDAD | ACCIÓN-ACTORES |
|-----------------|--|--|---|
| | | patología, residencia para adultos mayores especializada | segundo y tercer nivel, atención enfermería domiciliaria, internación en segundo nivel, servicio de emergencias, agentes sanitarios para seguimiento al alta de segundo nivel, rehabilitación |

Sistema de cuidados de largo plazo - criterios de abordaje

El análisis del entorno sociofamiliar nos lleva a definir el periodo en que el adulto mayor no cuenta con ayuda efectiva en calidad o cantidad y que varía entre un mínimo y un máximo:

- **Mínimo:** hasta 2 horas por día, nunca a la noche.
- **Intermedio Diurno:** más de 2 horas por día, nunca a la noche.
- **Intermedio Nocturno:** durante la noche y no más de 2 horas en el día.
- **Máximo:** durante la noche y más de 8 horas en el día.

La evaluación de la autonomía funcional nos lleva a 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.

Intervalo libre de ayuda largo: necesidad de asistencia menos de una vez al día (2 ó 3 veces a la semana o menos) personas que pueden deambular en su domicilio, realizar tareas domésticas livianas, tienen dificultades para las compras, trámites, uso de transportes.

Requieren presencia esporádica de personas que les brinden ayuda: acompañarlos por ejemplo a cobrar su jubilación o a alguna consulta o práctica médica, salidas recreativas, culturales, religiosas, higiene pesada del hogar, compras importantes.

Intervalo libre de ayuda corto moderado: asistencia una vez al día, nunca a la noche, personas que se movilizan en la casa, no pueden prepararse la comida, no salen al exterior, pueden tomar la medicación pero no prepararla.

Intervalo libre de ayuda corto intensivo: ayuda varias veces al día a horas fijas: para la transferencia cama sillón, para administración de medicación, acercarles la comida preparada.

Intervalo libre de ayuda crítico: ayuda a intervalos muy breves o nunca puede estar solo.

El cruce de las variables que definen la autonomía funcional y las que corresponden a la continencia sociofamiliar permite determinar el tipo de ayuda que requiere un Adulto Mayor dependiente. Este enfoque facilita la asignación modulada de los cuidados según tipo, frecuencia y duración de los mismos de acuerdo al siguiente esquema:

Estas estrategias preventivas, si bien es justo pensar que deben iniciarse con el comienzo mismo de la vida, comenzarán a aplicarse rigurosa y sistemáticamente a partir de la cuarta década, en la que parecen empezar a constituirse y organizarse definitivamente los condicionantes del proceso que devendrá en el estado de vejez.

Además el “nunca es tarde” está absolutamente vigente. Hoy podemos considerar que es posible incorporar el criterio de “ganancia de capacidades en la tercera edad” porque con adecuada estimulación se observa que las personas tienen logros que nunca antes obtuvieron, además de recuperar algunas de las que creían perdidas.

Un programa general de prevención con perfil gerontológico debe abordar básicamente los

siguientes aspectos vinculados con la promoción y la protección de la salud y el medio ambiente, la nutrición, la estimulación física, psíquica y cognitiva, los aspectos jurídicos, abuso y maltrato, educación, hábitat, integración y participación social.

Conceptos orientadores en la prevención

¿Cómo explicar las causas de deterioro senil y la prevalencia de factores no médicos en los modos de enfermar y morir? La regla de los tercios es un concepto ilustrativo muy optimista porque muestra que es posible actuar preventiva o terapéuticamente sobre dos tercios de las causas de deterioro. Similarmente, los cuadros siguientes aportan datos estadísticos que demuestran el valor de las acciones preventivas sobre el ambiente y los estilos de vida. En su conjunto, estos datos ayudan a construir un mapa para la acción en el campo.

| 1/3 del problema | 1/3 del problema | 1/3 del problema |
|--|------------------|--|
| Mal uso, desuso o abuso estructuras y funciones corporales | Enfermedades | Envejecimiento fisiológico, ligado a lo genético |

Peso relativo de los factores que intervienen en la morbi-mortalidad por patologías

| Causas de muerte | Sistemas médicos | Estilos de vida | Medio ambiente | Biología humana |
|------------------|------------------|-----------------|----------------|-----------------|
| Cardíaca | 12% | 54% | 6% | 28% |
| Cáncer | 10% | 37% | 24% | 29% |
| Cerebro-vascular | 7% | 50% | 22% | 21% |
| Accidentes | 13% | 70% | 16% | 1% |

Peso relativo de los factores condicionantes del estado de salud-enfermedad-muerte

| Biología / herencia | Medio ambiente | Estilos de vida | Sistema médico |
|---------------------|----------------|-----------------|----------------|
| 27% | 19% | 43% | 11% |



Son indicadores de alto riesgo en Adultos Mayores:

- Soledad completa o parcial nocturna o muchas horas en el día
- Bajo puntaje en autonomía funcional
- 80 años y más
- Mujer anciana sobre todo soltera o viuda
- Socialmente aislados
- Ancianos sin hijos
- Un componente de la pareja anciana discapacitado o enfermo
- Hábitat inadecuado en función de: autonomía, patología, condiciones para rehabilitación
- 90 días posteriores al egreso hospitalario
- Falta de contacto con médico de cabecera
- Conviviente o no conviviente no apto para el cuidado requerido en calidad y cantidad
- Contexto económico inadecuado
- Vivir solo en una vivienda
- Anciano que vive en instituciones no controladas
- Ancianos sin hijos
- Anciano responsable del cuidado de otros
- Patología crónica y/o invalidante
- Desnutrición
- Poli-medicación o medicación de alto riesgo
- Tratamientos complejos

7. Propuestas para la acción

Como señaló el Informe sobre la Seguridad Social en América 2006, publicado por la CISS, existe un atraso importante en la región en el desarrollo de programas de cuidados para el adulto mayor. Por ello, las recomendaciones de la CADAM deben verse con urgencia, y los países, las instituciones, las comunidades y aún las familias deben cada uno pensar la mejor forma de poner en acción las ideas expuestas.


Un conjunto de propuestas específicas para la acción es el siguiente:

- Programa de capacitación comunitaria en tercera edad.
- Relevamiento y seguimiento gerontológico de grupos vulnerables en la comunidad.
- Investigación gerontológica comunitaria.
- 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.

- Investigación comunitaria, local y regional.
- Acciones sobre el hábitat.

También es conveniente lanzar un programa de capacitación comunitaria en tercera edad que permita contribuir en el encuentro de soluciones a todos los estratos de la sociedad, a todos los profesionistas y técnicos que tratan con el adulto mayor, a las familias y al propio adulto mayor. Las poblaciones destinatarias son los propios adultos mayores, los líderes y Personal de ONG que representan a la tercera edad, los agentes sanitarios, los integrantes de comunidades focalizadas (habitantes originarios, colectividades religiosas, otras), los cuidadores domiciliarios aspirantes y en ejercicio, los profesionales de estimulación del movimiento, las familias que incluyan adultos mayores con patologías, por ejemplo, enfermedad de 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 a través de los Consejos Profesionales y en la formación universitaria, los encargados de edificios de departamentos, los beneficiarios de Planes Sociales y los empleados de comercio y bancarios que atienden al adulto mayor.

8. Conclusiones

El análisis de lo expuesto hasta aquí nos permite considerar que en el abordaje de la salud integral de los adultos mayores el concepto fundamental no es “**curar**” sino

“**cuidar**” dado que la idea de curación acentúa la hegemonía del saber médico y hace recaer el acento en la enfermedad, con la agravante de que los recursos que utiliza son limitados pues dependen del desarrollo científico técnico. El cuidar muestra la primacía de lo comunitario, pone el acento en la salud y su gran ventaja es que los recursos en que se apoya son los del saber de la comunidad.

Las acciones deben desarrollarse con **criterio preventivo desde el paradigma de la salud** y para ello se necesita la concurrencia coordinada de muchos actores sociales que permita construir un **sistema de cuidados que valore y respete las capacidades y deseos de los Adultos Mayores** y de la comunidad en la que viven; por lo cual proponemos completar los ejes fundamentales de las recomendaciones con base en los siguientes conceptos:

*El Plan Gerontológico y los Programas y Proyectos que en él se enmarquen deben enfocarse hacia cuidados **continuos, integrales**: físicos, psíquicos, funcionales y sociales, **progresivos interdisciplinarios, situacionales, intergeneracionales e interinstitucionales**, sustentados en la observación, la caracterización de la población y su segmentación en grupos de riesgo.*

*Considerando para definir las necesidades y seleccionar las acciones, la **situación predominante** de salud, enfermedad, dependencia funcional y/o vulnerabilidad social en la que se encuentra el Adulto Mayor dado que, 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 mas adecuadas y racionalizar el uso de los recursos.*

9. Referencias

(1) **Cristhian Lalive D’Epinay**. Doctor en Ciencias Sociales y colaborador del Centro Interdisciplinario de Gerontología de la Universidad de Ginebra.

(2) **Dra. Ana Lia Kornblit**. Superior Universitario de Grado en DR. DE LA U.B.A. (Orient.: Antropología).