



Memoria

PRIMER ENCUENTRO REGIONAL DE

Gerontología Social

San Salvador, Octubre de 2015



Créditos:

Organizadores:

Gobierno de El Salvador, a través de la
Dirección de la Persona Adulta Mayor de la Secretaría de
Inclusión Social
Fundación para el Desarrollo Educativo
Asociación de Gerontología de El Salvador
Consejo Nacional de Atención Integral para los Programas del
Adulto Mayor CONAIPAM

Con la cooperación técnica y financiera de:

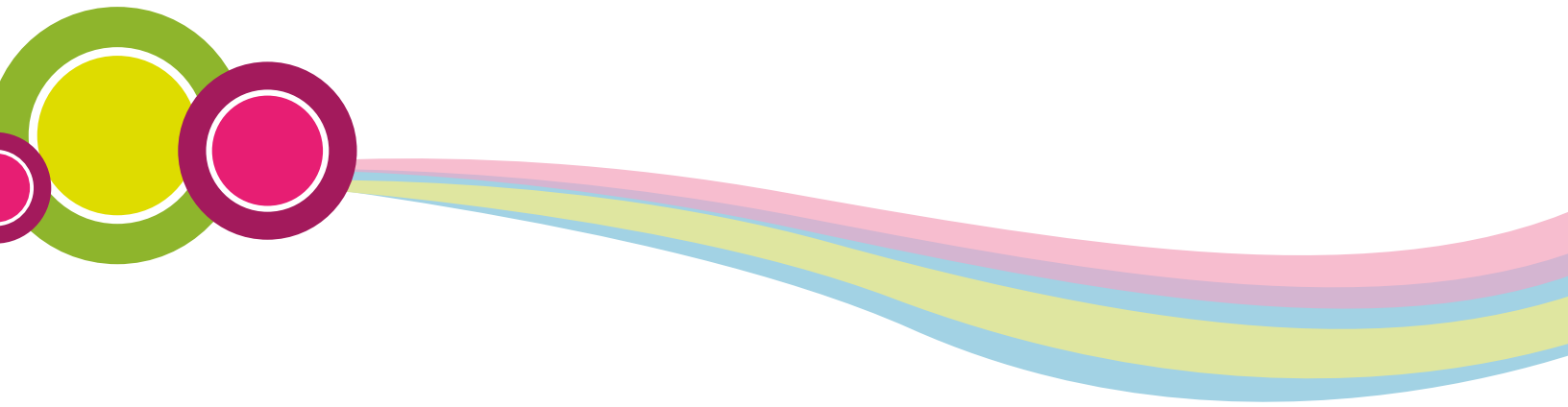
Instituto de Mayores y Servicios Sociales de España
Programa de Apoyo a Comunidades Solidarias en
El Salvador PACSES
Cooperación Luxemburguesa para el Desarrollo
Programa Nuestros Mayores Derechos.

Recopilación y Redacción: Rosío Villatoro.

Concepto y Diseño Gráfico: Celina Hernández

Memoria

PRIMER ENCUENTRO REGIONAL DE
Gerontología Social



“La vida es plena durante la vejez; el ser humano merece dignidad en todas las etapas de su existencia y no es posible renunciar a los Derechos por el mero hecho de nuestra edad”.

(Secretaria de Inclusión Social, Vanda Pignato)



Introducción

La Secretaría de Inclusión Social (SIS), desde su creación en el año 2009, ha venido impulsando una nueva concepción del envejecimiento, basada en el respeto a la individualidad y los derechos de las personas sin importar su edad.

Esta nueva visión le impone a la sociedad salvadoreña el desafío de cambiar de actitud ante los estigmas y prejuicios sobre el envejecimiento. Pero este cambio, también debe ir acompañado por la creación de leyes, políticas, programas y nuevos espacios de atención que garanticen erradicar la exclusión social y la indiferencia para con las personas mayores de este país.

Para hacerle frente a este reto, la SIS ha coordinado el programa “Nuestros Mayores Derechos”, junto a diversas instituciones del Estado. Uno de los componentes medulares de este programa es el desarrollo de estudios sobre envejecimiento, que buscan , estudiar el fenómeno y sus implicaciones en materia de construcción de políticas públicas, así como concientizar a la sociedad y al funcionariado público sobre la importancia de reconocer los derechos de las personas mayores y diseñar programas para su debida atención Es en el marco del componente educativo “aprendiendo juntos y juntas” del programa Nuestros Mayores Derechos que se desarrolla el Primer Encuentro Regional de Gerontología Social, realizado en San Salvador entre el 15 y el 17 de octubre de 2015. Para generar ese cambio de visión y crear políticas públicas que garanticen el ejercicio de derechos de las personas adultas mayores, es preciso reflexionar, analizar e investigar a profundidad la situación de marginalidad y exclusión que vive este grupo poblacional.

El Encuentro Regional de Gerontología Social fue el primero en su género en El Salvador y Centroamérica. Fue un espacio que contribuyó al análisis y a la discusión entre diferentes sectores sociales, sobre las mejores estrategias a impulsar para garantizar que las personas

mayores, presentes y futuras, tengan una vida plena basada en el goce y el respeto a sus Derechos. Este Encuentro permitió un acercamiento entre los profesionales del Iberoamérica vinculados al tema de envejecimiento, desde una perspectiva de la gerontología social para crear espacios de colaboración mutua, investigación y aprendizaje. De la misma manera, motivó a estudiantes de diferentes ramas formativas a visualizar y atender el envejecimiento desde un enfoque de Derechos Humanos y Género.

Para iniciar con el análisis del envejecimiento desde una mirada innovadora, el Encuentro contó con la participación de ponentes nacionales e internacionales (Colombia, España, Argentina, Uruguay y Costa Rica) con experiencia en Derechos Humanos, género y envejecimiento, quienes abordaron los siguientes temas:

- Los Derechos de las Personas Mayores en el Ámbito Internacional
- Cuido de la Persona Mayor en Situación de Dependencia
- Mujer y envejecimiento en la Región
- La Sexualidad en el Adulto Mayor
- La diversidad sexual en la vejez
- Políticas públicas para mayores.

En este esfuerzo participaron personas e instituciones que tienen la férrea convicción que sólo el Trato, basado en el respeto y la protección de los derechos, puede contribuir a garantizar la autonomía, la dignidad y la no discriminación de las personas adultas mayores:

- Instituciones que componen El Consejo Nacional de Atención Integral a los Programas de Adultos Mayores CONAIPAM y del Programa Nuestros Mayores Derechos.
- La Unión Europea, a través del Programa de Apoyo a Comunidades Solidarias de El Salvador (PACSES),
- A la Cooperación para el desarrollo del Gran Ducado de Luxemburgo
- Al Instituto de Mayores y Servicios Sociales de España,
- A la Fundación para el Desarrollo FEPADE, por creer en este proyecto y brindar un espacio que permita potenciar a la gerontología social como la ciencia que aborda los desafíos del futuro
- A la Dirección de Persona Adulta Mayor y la Secretaría de Inclusión Social.

Objetivos del Primer Encuentro Regional de Gerontología Social

Objetivo general

Crear un espacio de intercambio multicultural dentro de la región Centroamericana para el abordaje del envejecimiento poblacional desde la gerontología social con enfoque de derechos y género.

Objetivos específicos

- Crear un espacio de discusión y aprendizaje entre la comunidad gerontológica de la región y expertos internacionales en la temática de envejecimiento desde una perspectiva de la Gerontología Social.
- Obtener un intercambio de buenas prácticas sobre el abordaje del envejecimiento.
- Crear y fortalecer una red de gerontólogos en la región.
- Lograr un acercamiento entre los países de la región con los profesionales vinculados al tema de envejecimiento desde una perspectiva de la gerontología social y crear espacios de colaboración mutua, investigación y aprendizaje entre los países.
- Poner el tema del envejecimiento con un abordaje de Derechos Humanos en la agenda social de los países.
- Generar espacios de compromiso por parte de actores clave de El Salvador a fin de resaltar la importancia del tema del envejecimiento en la agenda de estos, desde una perspectiva de género.
- Motivar a estudiantes universitarios de diferentes ramas formativas a visualizar y atender el envejecimiento desde sus saberes y quehacer profesional



Perfil de participantes

Al primer encuentro de gerontología social asistieron ciento cincuenta personas, la mayoría profesionales vinculados/as al tema del envejecimiento, desde una perspectiva de la gerontología social; estudiantes de áreas de la salud y carreras sociales con interés de conocer más sobre la temática; además participó personal que labora en Centros de Atención para Adultos Mayores.

Discurso de la Secretaria de Inclusión Social en la inauguración del Primer Encuentro Regional de Gerontología Social



Amigos y amigas:

Es un gusto compartir con ustedes en la inauguración del Primer Encuentro Regional de Gerontología Social, que se estará desarrollando hoy y mañana.

Como muchos de ustedes saben, el envejecimiento poblacional a nivel mundial es un acontecimiento sin precedentes en la historia de humanidad. Por primera vez, desde los albores de la historia, estamos frente a una realidad donde la población adulta mayor será superior a la población joven.

Algunos países ya están viviendo en este escenario, y aunque están mejor preparados para atenderlo, aun enfrentan desafíos importantes.

El Salvador, al igual que otros países de Latinoamérica, no escapa a esta realidad mundial, ya que se espera que en quince años pasemos de un 11% de personas mayores a un 20%; más aún, se espera que en cincuenta años la población mayor supere a la población infantil.

Estos datos deben ser considerados para tomar todas las medidas necesarias para que la población mayor viva en condiciones de dignidad y conforme a sus derechos humanos.

En nuestro caso, hemos comenzado a dar pasos hacia una atención seria, sistemática y articulada de este grupo. El programa Nuestros Mayores Derechos nos permitió identificar no solo las carencias y la marginación en las que históricamente ha vivido esta población, sino además los grandes retos que cientos de años de abandono significan para las actuales y futuras administraciones, en términos de inversión y formación de recursos humanos.

Solo si nos unimos todos los órganos del Estado y los gobiernos locales, podremos implementar programas y políticas que saquen de la pobreza y la vulnerabilidad a nuestra población adulta mayor.

Tenemos que pensar no solo en las personas mayores del presente, sino también en las del futuro. Se debe evaluar todos los programas previsionales, pensiones, servicios de salud, servicios

sociales y programas en general desde y para las personas mayores, pensando que la inversión y mejoras que realicemos hoy tendrán un impacto positivo en la construcción de un mejor país.

Este encuentro, el primero en su género en El Salvador y en Centroamérica, busca crear un espacio de análisis y discusión sobre las mejores decisiones que se deben tomar para generar esa vida en pleno goce de derechos para las personas mayores presentes y futuras; es analizar cómo debemos ver el envejecimiento y cuál es nuestra participación para que éste sea próspero y creativo.

Este espacio es para motivar a jóvenes como ustedes a construir desde sus saberes un mejor país para las personas mayores.

Este espacio es también para que todas y todos comprendamos que el envejecimiento debe ser comprendido como una etapa de la vida que debe ser sinónimo de nuevas oportunidades.

También este espacio debe llevarnos a la reflexión sobre el tipo de país que soñamos construir. La violencia no solo es el flagelo que destruye lo mejor de nuestra sociedad y nos hunde, sino que es un mal que nos impide sacar lo mejor de nosotros mismos.

Este mal nos aleja del camino donde valoramos a todas las personas sin importar su edad, orientación sexual, género o etnia. La violencia nos lleva a olvidarnos de los más vulnerables. Ese es un riesgo que no podemos permitir.

Por ello, y pese a la violencia, debemos seguir luchando por ese país que soñamos, uno donde cada persona es importante, y donde respetamos a cada persona mayor, niño, niña, adolescente, o joven. Un país donde sus habitantes puedan realizarse y expresarse, con la seguridad que sus derechos le pertenecen.

Antes de finalizar, permítanme reconocer el trabajo de todas las personas que de una u otra forma hacen posible este Encuentro:

A las personas miembros de las instituciones del CONAIPAM y del Programa Nuestros Mayores Derechos;

A las instituciones cooperantes:

la Unión Europea, a través del Programa de Apoyo a Comunidades Solidarias de El Salvador (PACSES),

a la Cooperación Luxemburguesa para el Desarrollo,

y al Instituto de Mayores y Servicios Sociales de España, quienes nos apoyan porque le apuestan a un tema que es parte integral de nuestra agenda de trabajo;

A las diversas instituciones académicas, comenzando por FEPADE, por creer en este proyecto y darnos un espacio que permita potenciar a la gerontología social como la ciencia que aborda los desafíos del futuro;

Y, por supuesto, a mis compañeras de la Dirección de Persona Adulta Mayor y demás compañeras y compañeros de la Secretaría de Inclusión Social.

Esperamos que esfuerzos como éste nos lleven a incluir el análisis del envejecimiento dentro de la formación de diferentes carreras, en especial dentro de las ciencias sociales y el área de la salud.

Finalmente, deseo felicitar a todas y cada una de las personas aquí presentes por iniciarse en el mundo de la gerontología social y comprometerse a colocar a la persona adulta mayor, como parte de sus agendas presentes y futuras. Creo firmemente que ustedes son una luz para El Salvador y una muestra que es posible construir el país desde la esperanza y la dignidad.

Muchas gracias.

San Salvador 15 de octubre de 2015

Ponentes del Primer Encuentro Regional de Gerontología Social

De pie, de izquierda a derecha: Luis Quintanilla, Auxiliadora Cruz, Antonio Burgueño, Sabrina Rossi, Cruz Torres, Francisco Javier Leturia, Roberto Mateu, Lucas Correa, Jennifer Soundy, Wendy Acevedo.

Sentados de izquierda a Derecha: Rodrigo Jiménez, Mónica Roqué, Vanda Pignato, Inmaculada Gómez Pastor, Amanda Lorena Alas.





Primer día del Primer Encuentro Regional de Gerontología Social

Charla Introductoria

El envejecimiento y el rol de la gerontología social

Msc. Nadia Jennifer Soundy Ellerbrock, Abogada en derechos humanos y gerontóloga social. Licenciada en Ciencias Jurídicas por la Universidad José Simeón Cañas de El Salvador; Máster en Derechos Humanos por la Universidad de Notre Dame, Estados Unidos; Post grado en Derechos Humanos y gobernabilidad por la Universidad de Utrecht, Reino de los Países Bajos; Post grado en liderazgo político de las mujeres por FEPADE y Post Grado en Gerontología Social por la Universidad de El Salvador.

Actualmente es Directora de Personas Adultas Mayores de la Secretaría de Inclusión Social; fue Presidente del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral; Asesora en Derechos Sexuales y Reproductivos del Fondo de Población de las Naciones Unidas, Asesora de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos. Ha sido catedrática de Derecho Constitucional y Derechos Humanos en la Universidad Dr. José Matías Delgado y profesora de Gerontología Social en el Diplomado de Gerontología Social impulsado por la Secretaría de Inclusión Social. Es presidente de la Asociación de Gerontólogos de El Salvador.

Tiene diversas publicaciones en Derechos Humanos. Es redactora del programa Nuestros Mayores Derechos, y participo como representante de país en la discusión y elaboración de la Convención para la protección de los derechos de las personas mayores de la OEA. Ha coordinado diversas investigaciones y publicaciones realizadas por la Secretaría de Inclusión Social: "Situación de los Hogares sustitos de personas adultas mayores en El Salvador", "Estudios sobre envejecimiento en El Salvador y su relación con el Desarrollo", entre otros. Actualmente coordina el proceso de Consulta para la Construcción de la Política Nacional para la Persona Adulta Mayor.

Introducción:

El envejecimiento humano, como fenómeno social o antropológico, es todavía de reciente estudio, si se le compara con otras áreas de la vida humana. Desde el campo demográfico, el envejecimiento comienza a despertar interés, por cuanto hasta este siglo, la humanidad enfrenta un cambio drástico en su distribución humana: que su sociedad esté compuesta mayoritariamente por personas que sobrepasan los sesenta años de edad.

El envejecimiento humano marca una nueva era de análisis y de búsqueda de soluciones que rompen por primera vez en la historia humana, el paradigma que las sociedades tienen en su población joven las capas más grandes de población, mientras que para las personas mayores eran capas relativamente pequeñas. Toda la construcción de la protección social y el cuidado de mayores deber reinventarse, pues ya no podrán en un futuro cercano basarse en la composición social que hasta hace cincuenta años todavía caracterizaba a la sociedad.

En ese escenario de cambio de paradigma para la humanidad, la Gerontología Social, como rama del conocimiento humano que analiza el envejecimiento humano y la vejez desde todas las áreas

del saber, toma un rol protagónico hacia el futuro. Ya no se trata solamente de entender mejor la vejez, sino que se trata de trazar el camino que garantice a las futuras generaciones de mayores una vida digna y en el marco del ejercicio pleno de sus derechos humanos.

Primera Parte: El enfoque de derechos desde el envejecimiento y la vejez.

Al incursionar en el campo del envejecimiento surge la pregunta ¿Qué es la gerontología social? Antes de responder a esta interrogante, primero analizaré que es el envejecimiento y cómo vive el ser humano en la etapa de la vida que se conoce por vejez.

En primer lugar, existen muchas ideas sobre lo que es envejecer. Cabe aclarar que envejecimiento y vejez no son sinónimos, aunque si son conceptos complementarios. El envejecimiento, como proceso biológico vital, no necesariamente significa que una determinada persona llegue a la etapa de la vejez, aunque la vejez en sí misma sea el resultado de ese proceso de envejecimiento.

¿Qué es el envejecimiento y la vejez?

El envejecimiento se debe analizar desde dos perspectivas, una social y una individual. Lo más sencillo es decir que el envejecimiento por el cual cualquier ser orgánico sufre cambios a lo largo de su ciclo vital. Es de esta forma que un ser humano de dos meses es totalmente distinto a lo que será cuando tenga dos años. Es en principio el impacto del paso del tiempo el que se traduce en los cambios que distinguen a un bebé de un niño y a éste de un adolescente. Por tanto el envejecer, como proceso, se encuentra presente en todas las etapas del ciclo vital: todas y cada una de las personas envejecen a lo largo de su vida y durante este tiempo se producen cambios permanentes, hasta el momento en el que fallece.

Si bien la tendencia es analizar el envejecimiento desde el punto de vista biológico, lo cierto es que en el proceso de envejecer también un factor social. Las personas envejecen todas, pero el impacto de este proceso puede tener una incidencia diferente dependiendo de otras variables. Es así que una persona con buena nutrición, educación y salud, alcanzará su etapa de vejez de manera diferente a otra que padece de desnutrición, carece de ingresos o no tiene acceso a programas de salud.

La vejez, por otra parte, hace referencia a una de las etapas de la vida del ser humano. Dicha etapa va aparejada a la construcción social de lo que es una persona mayor, es decir, la que por el proceso de envejecimiento ha llegado a cierta edad.

La vejez se construye socialmente, es decir, que si bien hay un factor cronológico en el cual por

el paso del tiempo y el envejecimiento, el cuerpo y psique humana tienen cambios marcados; lo cierto es que la vejez está marcada por una construcción social de lo que se espera sea una persona a esta edad.

Por ello, la vejez debe mirarse desde varios enfoques:

- a. Enfoque cronológico: Esto es la edad en años. Si bien puede variar la edad de quienes se consideran en esta categoría de "vejez", conforme a la legislación u otros elementos, lo cierto es que en todos los casos, es el paso del tiempo lo que primariamente marca esta etapa.
- b. Enfoque sociocultural: la "vejez", como etapa de la vida humana, tiene diferentes definiciones y valoración dependiendo de la cultura o sociedad de que se trate. Es así que en Japón se considera como personas muy sabias a quienes alcanzan esta etapa, mientras que en ciertas regiones de África que les considera como brujos y se les expulsa de la comunidad. Este enfoque es construido socialmente y puede modificarse para dar mayor o menor valor a la vejez.
- c. Enfoque individual: Este se relaciona directamente con los aspectos biológicos y psicológicos relacionados a los cambios en las capacidades para mantener autonomía e independencia. En ese enfoque el ser mayor saludable o activo se relaciona directamente a la capacidad de la persona de continuar tomando decisiones sobre su vida, y a mantener la funcionalidad de realizar actividades manera independiente. En este punto, factores genéticos, biológicos, estilos de vida y ambiente marcan que cada persona llegue de manera diferente a la vejez e impactan directamente en la calidad de vida de esa persona mayor.

Estos tres enfoques, y no solo el mero paso del tiempo, deben ser evaluados tanto para el envejecimiento como para la vejez. Si bien el envejecimiento es un fenómeno que impacta a todas las personas, lo hace de manera diferente para cada una, y ciertamente el vivir en un marco de derechos, es decir, con el acceso a todas las condiciones necesarias para una calidad de vida, marcan directamente en la calidad de la vejez. Por una parte están las decisiones personales que impactan en la vida, por otra los factores ambientales o de discriminación o falta de acceso a derechos que pueden marcar la diferencia entre simplemente llegar a la vejez o hacerlo con calidad de vida.

Finalmente, el enfoque socio cultural muestra cómo es percibida la vejez, y más aún, como dejamos como sociedad que las personas mayores vivan esta etapa de la vida. Estereotipos y discriminación son en mucho los elementos clave de la vida en exclusión de las personas mayores. Una persona pudo haber sido líder o lideresa en su juventud, y puede sufrir violencia en todas sus formas en la vejez. Llegar a la vejez, en muchas sociedades, es sinónimo de perder poder o estatus en la sociedad y esto, más que cualquier otro factor, marca negativamente la vida de las personas mayores, sobre todo cuando los cambios en las dinámicas sociales van

eliminando roles que tradicionalmente se les daban a los y las mayores, reduciendo así su valor en la sociedad.

Si bien en la vejez se producen cambios propios a la edad, las limitaciones a las personas mayores no se derivan solo de este aspecto, sino y principalmente de las restricciones sociales que son impuestas en relación a los roles de las personas mayores.

Es por ello que para cambiar esta realidad, se debe trabajar fuertemente en el cambio de paradigmas relacionados a la vejez, por un paradigma basado en los derechos humanos de las personas mayores.

Qué es el enfoque de derechos?

En ese sentido, el envejecimiento no debe plantearse desde una visión de asistencialismo (mera atención de las carencias inmediatas). El Enfoque de derecho se enfoca en la solución estructural de los problemas, partiendo de la visión que las personas mayores son sujetos de derecho.

El envejecimiento no es un tema solo de adultos mayores, sino de toda la sociedad. Por lo tanto, es todo el colectivo el que debe entender y atender a las personas mayores. El envejecimiento parte del ciclo de vida, que requiere atención integral, como otras etapas de la vida.

El Estado es el primer garante de la protección de los derechos de las personas mayores, pero la familia y la sociedad tienen un rol importante. El espacio familiar, si lo hay, es el primero que debe procurar el bienestar de las personas mayores, sobre todo en escenarios de dependencia. Es por ello que el Estado debe fortalecer a las familias para que éstas puedan apoyar en el cuidado de las personas mayores, así como contar con escenarios donde la familia pueda tener un sistema de apoyos profesionales.

Que es el enfoque de género?

Es reconocer que los hombres y las mujeres, por patrones culturales diversos, no gozan de igual forma de los derechos. Los patrones culturales en este contexto, hacen que desde las visiones patriarcales se valoren más los roles masculinos que los femeninos, dando ventaja a los hombres en las relaciones de poder y en el ejercicio de sus derechos, sobre todo en los ámbitos públicos, dejando a las mujeres relegadas a roles no valorados y que no le permiten su desarrollo.

En ese marco, el enfoque de género implica, entre muchas intervenciones, se traduce en acciones afirmativas que permitan a las mujeres gozar de sus derechos en condiciones de equidad e igualdad que los hombres, valorizando el rol de la mujer en la comunidad y la sociedad.

Segunda parte: La gerontología aquí y ahora:

Ante los escenarios y nuevos enfoques de atención al envejecimiento y la vejez, surge la gerontología como ciencia que analiza dicho fenómeno desde diferentes aproximaciones científicas.

Diversos autores definen la gerontología como “la ciencia que se ocupa del estudio del estudio de la vejez y todos aquellos fenómenos que la caracterizan”, lo cual se traduce no solo en el tema de prolongar la vida, sino en analizar también como se mejora la calidad de vida de las personas mayores.

La gerontología social, como un área más específica, se ocupa no solo de los aspectos de salud, sino además de los cambios sociales que experimenta la persona mayor. Es por ello que la gerontología social analiza diversos aspectos relacionados al envejecimiento (Valdez):

Biológico: Estudio de los cambios producidos por el paso del tiempo en los distintos sistemas biológicos del organismo, los cuales pueden variar de persona en persona y en los que se relacionan factores genéticos y ambientales.

Psicológico: Estudio de los cambios producidos por el paso del tiempo en las funciones psicológicas, nuevamente pueden variar y estar combinados con patologías adquiridas y que no están presentes necesariamente en todas las personas mayores.

Social: Estudio de los cambios relativos a los roles individuales y su relación con la cultura y estudios poblacionales. En este tema se analizan también los cambios demográficos, los patrones culturales, el cambio de estatus y rol que experimentan las personas mayores, los roles de género, la diversidad sexual y factores de construcción social que pueden llevar a la discriminación.

En un país como El Salvador, con un promedio de 11% de población adulta mayor y una proyección de aumentar a un 20% en quince años y con mayor crecimiento de población de 85 años y más, resulta relevante entender cuáles son los desafíos futuros que se deberán superar en términos de garantizar calidad de vida a la población adulta mayor.

Por otra parte, es claro que en nuestro país existe una feminización del envejecimiento, con un 56% de mujeres mayores y un 44% de hombres. La brecha entre hombres y mujeres aumenta más conforme se avanza en edad, al punto que en el grupo de ochenta y más se tiene una proporción de un hombre por cada dos mujeres.

Estas mujeres mayores en su mayoría son afectadas por un ciclo de vida marcado por la violencia, discriminación y accesos limitados a seguridad social. Se estima que del total de 37% de personas mayores analfabetas, hay dos mujeres en esta condición por un hombre, carecen de pensión contributiva y las que lo tienen son por montos más bajos que las de los hombres, las excluyen

de los servicios de salud sexual y reproductiva y si son jefas de hogar, realizan esta tarea sin la ayuda de otras personas adultas.

Ante estos escenarios, el aporte de la gerontología social resulta claro. Es a través de esta ciencia que se puede analizar cómo se pueden apoyar las dinámicas de las jefaturas de hogar de las mujeres mayores, o como diseñar estrategias educativas para erradicar el analfabetismo en esta población, o cómo reducir para las futuras generaciones la brecha de personas que carecen de pensiones contributivas.

La gerontología social no solo ofrece respuestas a las personas mayores de hoy, sino sobre todo a las de mañana, generando espacios de análisis que faciliten la estimación de presupuestos y el diseño de políticas que permitan reducir la exclusión social del sector.

Dos generaciones y un ritmo. Fotografía por Salvador Amilcar Meléndez Girón.



Estrategia de sensibilización: Seamos parte del buen trato

Introducción:

Desde el año 2011 se ha venido implementando el programa Nuestros Mayores Derechos, con el cual se han logrado cosas importantes en materia de atención a las personas mayores. Pese a lo anterior, siguen habiendo grandes brechas para mejorar el trato hacia las personas mayores, esto derivado de:

1. Falta de comprensión hacia el envejecimiento.
2. Resistencia al enfoque de derechos hacia las personas mayores, se les sigue viendo como objeto de caridad y no de respeto, dignidad y derechos.
3. Falta de valorización de la vejez y las personas mayores.
4. Violencia generalizada en el país, que impacta en las personas mayores.
5. Falta de mecanismos de denuncia, seguimiento y sanción eficaces.

Esto lleva a CONAIPAM a lanzar una estrategia que promueva el buen trato a las personas mayores, principalmente en el ámbito público.

Objetivo

Promover en las instituciones y en la sociedad en general el compromiso en la práctica del buen trato, sobre la base del respeto y protección a los derechos humanos, dignidad, autonomía, cuidado y no discriminación de la población adulta mayor

Objetivos específicos

- Promover cambios positivos al interior de las instituciones y en el público en general, sobre el reconocimiento y respeto a los derechos de las personas mayores.
- Informar a los diferentes públicos meta sobre los derechos básicos de las personas adultas mayores, en específico sobre el derecho al buen trato.
- Promover alianzas para un mejorar la imagen del adulto mayor basado en derechos y respeto.
- Sensibilizar sobre la importancia del buen trato, el valor de las personas mayores y su respeto.

Públicos meta

1. Públicos meta internos

En la definición de los públicos se identificó que los primeros en modelar y mejorar sus actuaciones son los funcionarios públicos, sean titulares o servidores. Por ello se definió como primer objetivo de la estrategia a las personas que prestan servicios en el sector público.

1.1. Funcionarios públicos: titulares de instituciones directamente involucradas en el tema, Técnicos y técnicas de las instituciones, principalmente los que prestan servicios al público.

1.2. Responsables de toma de decisiones

En este caso se trata de apoyar a estas personas para sensibilizarlos sobre el tema de los derechos de las personas adultas mayores y capacitarlos como voceros dándoles una línea discursiva coherente y homogénea así como de algunas herramientas y productos que les permitan desarrollar su trabajo de la mejor manera posible.

1.3. Funcionarios de otros órganos e instancias:

Titulares y miembros del Ministerio Público, Asamblea Legislativa (principalmente la Comisión responsable del tema),

Órgano Judicial.

Autoridades locales: alcaldes y concejos municipales.

2. Públicos meta externos

2.1 Formadores de Opinión

Los periodistas son generalmente considerados los formadores de opinión más directos e importantes pero en el caso de esta estrategia se considera la capacidad de formar opinión de una manera más amplia:

La Comunidad académica universitaria. Los comunicadores, editorialistas, personas que publican en columnas de opinión, Líderes y lideresas eclesiásticos y comunales.

ONG del tipo «Tanque de Pensamiento»

Gremiales y otras agrupaciones especializadas tales como: Asociación de geriatría, Asociación de gerontólogos de El Salvador, Asociación Nacional de Enfermería de El Salvador.

2.2. Personas directamente implicadas

Personas adultas mayores

Familiares de personas adultas mayores

ONG especializadas (compuestas por personas adultas Mayores o las que tienen bajo su cargo los Centros de Atención)

Lineamientos estratégicos:

1) Enfoque positivo

Se hará énfasis en el buen trato, en la dignidad y en el valor de las personas adultas mayores.

2) Empezar por casa

En esta estrategia se pone especial atención en los públicos meta internos ya que las personas que trabajan en las instituciones, al no tener información y no estar sensibilizados, difícilmente puedan proporcionar un buen trato a las personas mayores que atienden.

3) Articulación con consulta para la Política sobre Personas Adultas Mayores y con los Programas en Desarrollo (Nuestros Mayores Derechos etc.)

Si bien la estrategia está planificada para un corto lapso temporal es importante que se articule a la consulta y la preparación de la Política que se estará trabajando para este tema.

Seamos Parte del BUEN TRATO

EL BUEN TRATO A LAS PERSONAS MAYORES ES:

- Respetarlas y valorarlas
- Contribuir a garantizarles bienestar y calidad de vida
- Formarlas y animarlas

Seamos Parte del BUEN TRATO
con nuestras Personas Adultas Mayores

PACSES EL SALVADOR

www.inclusion-social.gob.sv

Seamos Parte del BUEN TRATO
con nuestras Personas Adultas Mayores

PACSES UNIÓN EUROPEA NUESTROS MAYORES DERECHOS EL SALVADOR



Panel Foro: Mujer y Envejecimiento en la Región

Ponentes

Dra. Mónica Roqué (Argentina)

Dra. Guadalupe de Espinoza (El Salvador)

Moderadora

Lic. Auxiliadora Cruz

Primera Ponencia

Dra. Mónica Roqué, Argentina

Médica, Magister en Administración de Servicios de Salud y Seguridad Social con Especialización en Tercera Edad (OISS, UNLM); Magister en Dirección y Gestión en Sistemas de Seguridad Social. Universidad de Alcalá, España; actualmente está cursando el Doctorado en Demografía de la Universidad Nacional de Córdoba.

Es Directora Nacional de Políticas para Adultos Mayores de la SENNAF-Ministerio de Desarrollo Social, Directora de la carrera de posgrado Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional de la Facultad de Psicología de Mar del Plata.

La vejez en las mujeres

En todas las épocas las mujeres han participado en la construcción de la historia de los Pueblos, si embargo su actividad ha sido, en múltiple ocasiones, invisibilizada. Un claro ejemplo de ello, son las mujeres del mercado de París, quienes participaron en la Revolución Francesa, misma que generó la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano (1789), en la que las mujeres no fueron incluidas, dando lugar a que la escritora, dramaturga, Olympe de Gouges (1790) escribiera una analogía que distribuyó como panfleto denominándolo “Los Derechos de la Mujer y de la Ciudadana”.

Feminización de la vejez

La feminización de la población de personas mayores es un problema mundial. En casi todos los países las mujeres viven más que los hombres. En el 2007, había 328 millones de mujeres de 60 años y más, y 265 millones de hombres. 63 millones de mujeres más. La brecha se ensancha a medida que la población envejece.

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en el 2010, la esperanza de vida en Latinoamérica era de 72 años para los hombres y 78 para las mujeres. En el quinquenio 2045-2050 se prevé que la esperanza de vida promedio será de casi 80 años en la región.

Ocuparnos de las mujeres empieza antes de ser mayores

Todos los días, 20.000 niñas menores de 19 años dan a luz en países en desarrollo. Tener un hijo antes de los 19 años de edad puede tener consecuencias biológicas por la aparición de enfermedades crónicas en la vejez: Es un factor de riesgo para la diabetes, la hipertensión y la enfermedad crónica respiratoria.

Estos resultados nos hablan de la importancia de la anticoncepción y la educación sexual en las mujeres jóvenes para evitar los efectos nocivos del embarazo adolescente en la salud durante toda la vida.

Estado Civil

Las mujeres de edad tienen más probabilidades de quedarse viudas que los hombres, y muchas esperan la viudez como una parte normal de su vida adulta. Las estadísticas de la CEPAL señalan que en América Latina, el 17% de adultos/adultas mayores viven solos, de éstos el 10% son mujeres y el 7% hombres.

Pobreza

Las mujeres en la mayoría de los países son más pobres que los varones. Muchas mujeres de edad que habitan en países en desarrollo han trabajado durante toda su vida en el sector no estructurado o se han dedicado a realizar actividades no remuneradas.

CEPAL estima que 5 de cada 10 mujeres están fuera del mercado laboral, por lo que muchas no contarán con cobertura previsional, esto aumenta sus posibilidades de caer en la pobreza durante su vejez.

Factores que aumentan la pobreza

- Ser mayor de 65 años añade 4 puntos a la tasa de pobreza
- Ser mujer añade otros 2
- y vivir sola añade 10

16 veces más POBRES

Trabajo

La mayoría de las mujeres empleadas trabajan en oficios de baja categoría, poco remuneradas que ofrecen pocas oportunidades de progreso y prosperidad.

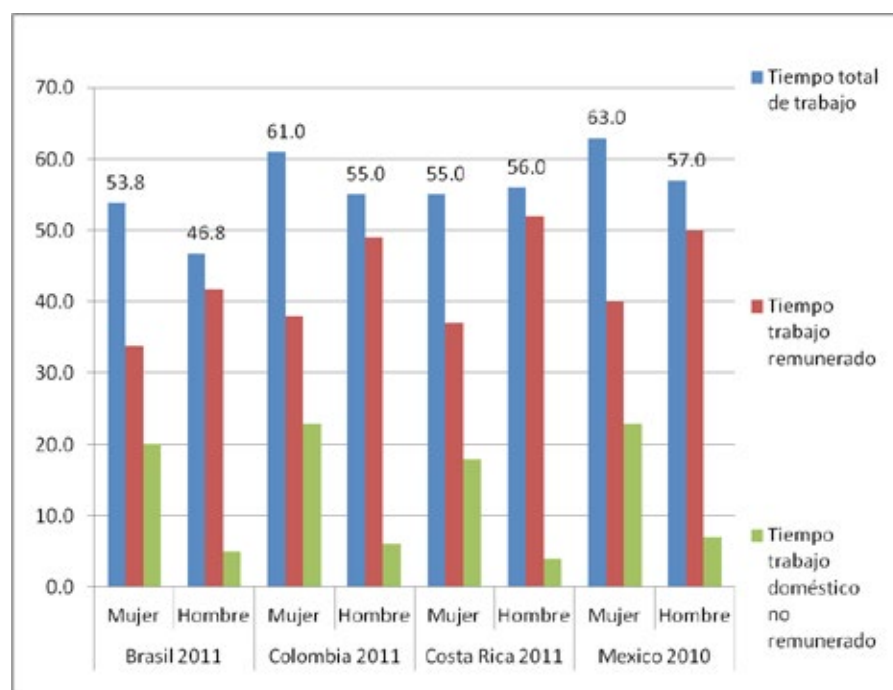
- Estos trabajos dan lugar a pensiones reducidas o ninguna.
- En general el trabajo de las mujeres es de dedicación parcial.
- Las mujeres cobran un 25% menos de salarios que los varones
- La desigualdad de género en diversos aspectos del mercado de trabajo contribuye a las diferencias salariales y las de las futuras pensiones.

El estudio METRA (Inglaterra) encontró que el 68% de los cargos directivos era ocupado por varones y 32% por mujeres. Se consideraba a las mujeres como aptas para realizar tareas administrativas, de limpieza y de servicios de comida y menos aptas para cargos directivos.

Trabajo no remunerado

El trabajo de las mujeres es mayor que el de los varones, pero a expensas del No remunerado.

Gráfica 1
Promedio de horas semanales según tipo de trabajo,
población de 15 años y más.



Fuente:
CEPALSTAT

Jubilación

Las mujeres tienen menos cobertura previsional que los varones por el trabajo informal y no remunerado. Ellas abandonan el trabajo para proporcionar cuidado a su familia, lo que les genera pensiones o jubilaciones bajas o inexistentes.

Salud

Las principales causas de muerte y discapacidad en las mujeres mayores son las enfermedades coronarias y el ACV que provocan cerca del 60% de las defunciones de mujeres adultas.

Principales Causas de Morbilidad y Mortalidad de las Mujeres Mayores en América Latina y el Caribe (en desarrollo)

- Enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares
- Tumores (Cáncer cervicouterino, mama, pulmón, otros)
- Enfermedades respiratorias (EPOC)
- Enfermedades transmisibles (tuberculosis, neumonía)
- Diabetes y problemas nutricionales (anemia, obesidad)
- Enfermedades crónicas discapacitantes (artritis, osteoporosis)
- Enfermedades múltiples, deficiencia sensorial (visión deficiente causada por cataratas)
- Enfermedad mental (depresión, demencia)

Autonomía física

La principal limitación funcional entre las mujeres mayores es desplazarse fuera del hogar. En segundo lugar de importancia se encuentran las dificultades para la realización de tareas domésticas. En tercer lugar de importancia se encuentran los problemas para desplazarse dentro del hogar.

¿Quiénes cuidan a las personas mayores?

Las principales fuentes de apoyo son informales y voluntarias. Las familias son quienes asumen el cuidado de las personas mayores, y dentro de los hogares, las mujeres son –mayoritariamente– las responsables de esta tarea.

Actualmente hay una crisis del cuidado, porque de manera simultánea se produce la incorporación de la mujer al mercado del trabajo y el aumento de la población que precisa de cuidados. La ausencia de servicios sociales genera una alta demanda de la familia para cumplir funciones de seguridad y protección. Por eso, es imprescindible trasladar al Estado, al mercado y a la sociedad parte de las funciones de apoyo y cuidado que están actualmente depositadas, de manera exclusiva, en las familias.

Educación

El 65% de la población analfabeta a nivel mundial son mujeres. El aumento de los niveles de alfabetización de las mujeres mayores redundará en beneficios significativos tanto para su salud como para la de sus familias.

Abuso y maltrato en la vejez

Características de las víctimas

- Mujeres mayores de 75 años
- Viven en sus casas con varias o una persona adulta que las cuida
- Impedidas físicamente, mentalmente o ambas
- Carente de funciones al haber perdido los roles, de esposa, madre o cuidadora de otra persona
- Aislada y temerosa

La Sexualidad de las mujeres mayores

Existe una creencia social de que las personas mayores son asexuales, que no tienen relaciones ni deseos de carácter sexual. Se niega el derecho a la pasión y al sexo. El 79% de los hombres considera que la vida sexual de una persona mayor es importante, mientras que sólo el 58% de las mujeres piensan que es importante.

La imagen social

La edad, una tarjeta de presentación, luchamos por construir una sociedad sin edad o una vejez joven. Ocultamos la edad como una maldición porque nos deja afuera del mercado del amor y de la aceptación social.

Envejecer es desaparecer progresivamente de la vista de los demás. Las personas mayores se vuelven invisibles, pero las mujeres lo hacen antes que los varones. A las mujeres se les reconoce un sólo valor en la vida: "ser mujer joven", mientras que a los varones se les reconocen dos valores: ser jóvenes atractivos y hombres maduros. La mujer resulta invisible y poco valorada en el mercado del amor y de la belleza. (Susan Sontag).

Gloria Steinem nos dice *"Falsificarse a una misma es dejar que los prejuicios sobre la edad te venzan"*

El desafío es crear nuevas formas de envejecer:

1. Más allá de los estereotipos que asigna la sociedad a las mujeres mayores

2. Más allá del concepto de belleza como único valor para la mujer
3. Reconociendo y haciendo justicia a los valores femeninos que han sido devaluados de forma interesada por el patriarcado

No somos invisibles

No aceptemos las etiquetas y rótulos

Queremos ser autónomas y libres para poder decidir.

Segunda Ponencia

Dra. Guadalupe de Espinoza (El Salvador)

Abogada por la Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas", de El Salvador. Máster en Derecho Pluralista Público y Privado por la Universidad Autónoma de Barcelona, España y con estudios de doctorado en la misma universidad, con énfasis en estudio de violencia de género.

Fue jefa de fiscales en la Fiscalía General de la República y posteriormente fue Subdirectora de Derechos Humanos del Instituto de Derechos Humanos de la Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas" (IDHUCA) y encargada del área de litigio estratégico del mismo instituto, en procesos ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

Situación de las Mujeres Adultas Mayores en El Salvador

El censo de población de 2007 contabilizó a 6 millones de habitantes, al menos 691,946 personas eran adultos/as mayores, lo que equivale a un 11% de la población total de El Salvador. Según datos del tribunal Supremo Electoral (TSE), en el 2014, esta cifra ronda ahora alrededor de 850 mil personas mayores.

Al igual que muchos otros países, en El Salvador la mayoría de personas que conforman el grupo población de adultos mayores son mujeres, con un 56%, quienes tienen una esperanza de vida de 76 años, frente a los 68 años para los hombres.

El 23% de las familias son conducidas por una persona mayor y de éstas el 10% por mujeres; existen diferencias entre las jefaturas masculinas y femeninas, mientras los hombres ejercen este rol en compañía de otros familiares adultos, las mujeres lo hacen sin otros apoyos y con menores prestaciones o ingresos.

Una buena parte de la población adulta mayor carece de una pensión digna. Solamente un 20% de las personas mayores de El Salvador reciben pensión contributiva y 5% recibe una pensión no contributiva.

Al menos un 20 % del total de personas mayores trabajan principalmente en el sector informal, de las cuales un 69% son hombres, y solo el 31% restante son mujeres. Se estima, que al menos un 35% realiza tareas no remuneradas de cuidado, en particular el grupo de 70 años y más.

Si bien los programas masivos de alfabetización redujeron el analfabetismo de las personas mayores de un 44% en el 2007 a un 36% en el 2014, todavía sigue siendo el grupo con la mayor tasa frente a otros grupos etarios.

La Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS 2012) señala que la principal causa de muerte en las mujeres son las enfermedades isquémicas del corazón (10,27%), seguida por la Diabetes Mellitus (8,20%) y luego las Enfermedades del Sistema Urinario. Muchos de estos padecimientos pueden aparecer entre las edades de 30 a 50 años, pero se complican en la vida de adulta mayor.

Violencia y maltrato a la mujer adulta mayor

Los datos del Instituto Salvadoreño de Desarrollo de la Mujer (ISDEMU) indican que de 2012 a 2014, un 7.64% de muerte violentas de mujeres correspondían a adultas mayores de 60 años de edad. Con respecto a la violencia sexual, el 0.55% de las denuncias correspondían a este grupo etario.

En ese mismo período, un 3.38% de mujeres mayores denunciaron ser víctimas de violencia física. Lamentablemente no se tienen datos sobre la violencia psicológica, simbólica, patrimonial e institucional que afecta a la población de adultas mayores.

Secretaría de Inclusión Social

En el año 2009 nace la Secretaría de Inclusión Social, con el objetivo de velar por la generación de condiciones que permitan la eliminación de la discriminación y empujen la inclusión social y las capacidades ciudadanas de diversos grupos poblacionales, destacándose a las mujeres y las personas adultas mayores (Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo, 2009).

Programa Nuestros Mayores Derechos

Es una nueva forma de abordar el tema de atención a las personas adultas mayores por parte de las instituciones del Estado, a fin mejorar su calidad de vida y su ejercicio de derechos. Desde el año 2011 a la fecha, este programa ha atendido alrededor de 70 mil personas mayores en todo el país.

Principales resultados del Programa Nuestros Mayores Derechos

- Alfabetización a 37,374 mil personas mayores, beneficiando a 24,938 mujeres (66.7%), y a 12,436 hombres (33.3%).

- Fortalecimiento del marco legal, a través de la elaboración de una ley para promover el derecho a identidad para las personas mayores, un proyecto de nueva ley del adulto mayor y la convención de derechos del adulto mayor en OEA.
- 35 mil personas mayores reciben una pensión básica universal no contributiva. De este total, un 58% son mujeres (FISDL)
- Atención médica domiciliar para más de 29 mil personas mayores, a través de los Equipos Comunitarios del Ministerio de Salud, incluyendo diagnóstico médico y entrega de medicamentos, capacitación al personal y fortalecimiento de prevención de enfermedades.
- Implementación de red de casas de la cultura con atención a personas mayores que incluyen danza, teatro, música y pintura, mejoras en la accesibilidad para el ingreso y uso de las instalaciones
- Estrategia de Mejoramiento de las Residencias de Mayores administradas por organizaciones sin fines de lucro, beneficiando a una población de 2,000 personas mayores, de las cuales el 59% son mujeres.
- Desarrollo de un programa de atención a mujeres que realizan el rol de cuidadoras familiares de personas mayores dependientes, en tres áreas: atención básica, manejo de crisis y salud mental de las cuidadoras.

Programa Ciudad Mujer

Su objetivo general es contribuir a mejorar las condiciones de vida de las mujeres salvadoreñas, mediante la facilitación de servicios que satisfagan sus necesidades básicas e intereses estratégicos, promoviendo las tres autonomías básicas de las mujeres y su empoderamiento vital.

Ciudad mujer ofrece sus servicios en cinco áreas (módulos)



Desde el año 2011 hasta la fecha se han atendido un total de 229, 903 mujeres, 16,439 son adultas mayores, es decir, un 7.5% de la población beneficiaria.

Al menos 1,789 mujeres mayores realizaron cursos de capacitación para emprendimientos familiares. En el área de violencia, pocas mujeres mayores la denuncian, aunque puedan sufrirla, y muchas veces son atendidas en otras áreas. En salud se atendieron 2,594 casos de desnutrición, por lo que se puede sospechar abandono o negligencia.

La realización de los derechos humanos de las mujeres en todo su ciclo de vida, requiere de:

- Garantizar una vida libre de violencia para todas las mujeres
- La promoción de la igualdad sustantiva
- Promoción de derechos (difusión y conocimiento de los DDHH de las mujeres)
- Fortalecimiento de las 3 autonomías en su integralidad: Económica, Física y Toma de Decisiones
- Empoderamiento vital.





Navegando en mis sueños. Fotografía por Miguel Ángel Servellón Guerrero.

Panel foro: Políticas públicas para la población adulta mayor

Las ponencias de este panel foro estuvieron a cargo de: “Políticas Públicas para la población adulta mayor”, cuyos ponentes fueron:

Ponentes

Msc. Nadia Jennifer Soundy (El Salvador)

Dr. Francisco Javier Leturia (España)

Dr. Lucas Correa (Colombia)

Modera

Lic. Julia Cárcamo

Primera Ponencia

Msc. Nadia Jennifer Soundy (El Salvador)

Introducción:

Como ya se mencionó en diversas ponencias, existe un claro aumento de la población adulta mayor. Aunado a las justificaciones demográficas del desarrollo de nuevos modelos y paradigmas de atención a las personas mayores, el enfoque de derechos obliga a los Estados a incluir dentro de sus programas y políticas públicas a esta población.

Tradicionalmente, la atención a mayores durante la historia de El Salvador se ha basado en dos premisas: la primera es que la responsabilidad del cuidado y atención de mayores es de la familia, y solo en caso de no existir entonces debía intervenir el Estado. Esto es tan marcado que la Ley de Atención Integral a la Persona Adulta Mayor de El Salvador reproduce este modelo, dando una responsabilidad subsidiaria al Estado. Este solo interviene en caso que la persona mayor carezca de familia.

La segunda premisa es que la persona mayor es principalmente sujeto de caridad y no de derechos. Esto hizo que históricamente se concibieran solo programas de asistencialismo para esta población, centrados principalmente en la atención de necesidades urgentes y de intervenciones puntuales, excluyéndoles de sus derechos más fundamentales por razones de edad.

Ambas premisas han sido grandemente perjudiciales contra esta población, esto debido a la ausencia de políticas públicas, desconocimiento sobre la situación de las personas mayores y exclusión sistemática de programas de desarrollo y empoderamiento en derechos.

Por tal razón, quiero comenzar mi intervención analizando qué es el envejecimiento y cómo opera el enfoque de derechos

¿Qué es el envejecimiento?

El envejecimiento humano no puede analizarse solo desde una perspectiva biológica. Sabemos que el paso del tiempo produce en la persona cambios. Y ese proceso constante es lo que conocemos como envejecer.

Esto significa que envejecer es ese proceso de cambio permanente en un ser vivo derivado del paso del tiempo. Envejecemos desde el momento de la concepción hasta nuestra muerte, con cambios constantes. Sin embargo el envejecer tiene también un componente cultural, esto es que dependiendo de la cultura el envejecer tiene connotaciones diferenciadas.

El envejecimiento se analiza desde tres dimensiones relacionadas:

- **Enfoque cronológico:** Edad en años. Si bien el factor tiempo tiene su efecto en el cuerpo y sus cambios, y resulta útil en términos de definiciones, resulta impreciso para saber qué significa el paso del tiempo en diferentes personas. No es lo mismo ser un hombre mayor a una mujer mayor en diferentes lugares y enfrentados a diferentes ambientes, en diferentes épocas. Antes llegar a los cuarenta era considerado llegar a una edad muy madura, y hoy se considera una edad media del ser humano. De igual forma el definir una edad para ser mayor puede ser diferente en las legislaciones, y tiene connotaciones diversas en cada cuerpo normativo.
- **Enfoque sociocultural:** Envejecer no solo tiene un componente de paso de tiempo, sino que además tiene una definición cultural y social. Es así que el colectivo social pone ciertos valores o mitos al tema de envejecer y entonces el paso del tiempo está marcado por un cambio en la estructura y valoración social. La persona mayor es producto de su entorno y por ello cada sociedad define el acceso y ejercicio de derechos de la persona. Un hecho que marca la vida social de los y las mayores es la jubilación; la salida del mercado laboral formal no solo es un cambio en términos de ingresos, sino que marca una expulsión social de una serie de ámbitos. Lo bueno es que este componente puede modificarse y se puede inculcar en la sociedad la valorización y la inclusión del grupo.

- Enfoque individual: Este se refiere a como cada persona envejece y cómo influyen los factores genéticos y ambientales. Generalmente se mide por la pérdida de capacidades para mantener autonomía. En este punto las personas que tienen acceso a salud, educación, mejores empleos y servicios básicos, estarán mejor preparadas para enfrentar los desafíos del envejecimiento, pese a factores genéticos que puedan generarles enfermedades. Es por ello que cada persona al envejecer lo hace de manera diferente, haciéndose necesario programas diversos para atender la heterogeneidad del grupo.

Enfoque de derechos

Para la construcción de cualquier política pública, se debe partir del enfoque de derechos, es decir, se considera a la persona mayor como sujeto de derechos, donde se reconoce su aporte a la sociedad, participa de las decisiones nacionales y es valorada y dignificada como ser humano, desde las garantías que brinda principalmente el ESTADO.

Desde este enfoque, se busca romper el paradigma tradicional para dar paso al reconocimiento pleno de los derechos de las personas mayores. Desde el enfoque de derechos, las personas mayores son parte activa de la sociedad y deben participar política, social, culturalmente. Las políticas buscan reducir o minimizar los escenarios de dependencia y permitirles involucrarse en el desarrollo de sus comunidades.

Dentro del enfoque, las personas mayores son valoradas y respetadas por el simple hecho de ser personas y se les reconoce diferentes unas de otras, partiendo de la combinación de todas las dimensiones del envejecimiento (cronológica, social e individual). El enfoque de derechos, además, reconoce que por el hecho de ser mayor se puede sufrir exclusión, y si esta se combina con otros factores, como son género, discapacidad, diversidad sexual o etnia, estos pueden dejar a las personas mayores en mayor vulnerabilidad. Son el estigma y los prejuicios los que excluyen y discriminan a estas personas, más que la edad.

Paradigmas sobre el envejecimiento

PARADIGMA TRADICIONAL	PARADIGMA DESDE EL ENFOQUE DE DERECHOS
Las personas mayores son beneficiarias de la asistencia social	Son sujetos de derechos y deben ser incluidos en la toma de decisiones.
Se debe decidir y hacer todo por ellos	Se promueve su autonomía e independencia
Sus roles sociales son restringidos	Tienen oportunidad de desarrollarse y contribuir a la sociedad.
Todos son iguales	Se reconoce sus diferencias y se les trata conforme a sus necesidades y realidades.
En las leyes no se considera que la edad sea un factor de exclusión de derechos	Se reconoce que este grupo es excluido y por ende la ley busca eliminar las barreras que les impiden gozar sus derechos
Hay una separación entre generaciones y en lo que es la vida privada y pública	Se fomenta el acercamiento generacional y las intervenciones del Estado en todos los ámbitos.

El enfoque de Derechos, va más allá de esa simple visión asistencialista, pues busca la solución estructural de los problemas, percibiendo a las personas adultas mayores como sujetas de derechos y parte activa de las soluciones. Dicho enfoque significa indagar sobre la realidad de las personas mayores y procurar mecanismos que

Finalmente, el enfoque implica, como en el resto de los derechos humanos, que es el Estado su principal garante, y los demás actores –familia y sociedad– juegan otros roles en su bienestar que son complementarios. El Estado, en este nuevo paradigma, debe ser quien diseñe e implemente políticas para mayores, que incluyan mecanismos de participación y acompañamiento para la familia y la sociedad.

Las personas mayores en la sociedad salvadoreña

El rostro demográfico de El Salvador en la actualidad, es muy diferente al que se tenía a mediados del siglo XX. Conforme a los datos estadísticos nacionales, la tasa de fecundidad se ha reducido de 7 hijos por mujer en 1950 a 2.4 hijos por mujer en 2007. Se espera que esta cifra se reduzca aún más en veinte años. Esto significa una reducción a futuro de los apoyos potenciales (personas en edades de 15 a 59 que pueden apoyar a los mayores) y se espera que de 16 apoyos potenciales en 1950, se llegue a solamente una o dos personas en el 2100.

Por otra parte, se ha modificado la esperanza de vida, para el caso de las mujeres, esta aumentó de 46.8 años en 1950, a 75.9 años en el 2010. En el caso de los hombres, esta pasó de 43.4 años en 1950 a 66.5 años en el 2010. De estos, la población de 85 años y más son los que presentan el crecimiento más acelerado.

La migración internacional aumentó considerablemente desde 1992, se espera que se mantenga el promedio de migración actual de 50 mil personas al año. La mayoría de migrantes son población joven de 15 a 30 años. Esto ha impactado directamente en la población mayor, quienes asumen el rol de crianza de nietos y nietas. Se estima que 30% de la población mayor son jefes y jefas de hogar.

▪ Situación socio familiar de la persona mayor

A nivel nacional un 40.0% de los hogares viven en pobreza; de estos el 12.4% se encuentra en pobreza extrema; mientras que el 27.6% están en pobreza relativa (EHPM 2008). Los hogares donde hay una jefatura a cargo de personas mayores de 60 años, se encuentran en una situación de pobreza mayor que las jefaturas de hogar de personas menores de 60 años, con un 41.5% y 38.9% respectivamente para cada de segmento de población.

Del total de personas mayores de 60 años, el 23% de los hombres viven solos, mientras que sólo el 9% de las mujeres viven en esta condición. Esto puede deberse a que las mujeres suelen crear y preservar mejor sus redes familiares de apoyo.

▪ Educación

A pesar de los programas de alfabetización implementados por el Gobierno actual, las tasas de analfabetismo dentro de la población adulta mayor continúan siendo altas. Según el Censo de Población y vivienda de 2007, de las 542,191 personas mayores de 65 años, 238,892 eran analfabetas. Con los programas masivos de alfabetización, esta tasa se redujo al 37%. Sin embargo, este flagelo sigue afectando más a las mujeres mayores, con un promedio de dos mujeres en esta condición por cada hombre.

▪ Empleo

Del total de adultos mayores que se considera dentro de la población económicamente activa (170,065), al menos 138,171 se encuentra en alguna labor productiva. Sin embargo, están en ocupaciones de carácter informal: Los hombre en el trabajo agrícola y las mujeres en el comercio informal. La precariedad de estos trabajos hace que laboren sin ningún tipo de beneficio o cotización para futuro. Los niveles de empleo y participación económica de hombres fue superior (96,146) que la de las mujeres (42,025), esto es a razón de una mujer por cada dos hombre, lo cual contrasta con el hecho que hay más mujeres que hombres en estos rangos de edad.

De las personas que no laboran en sectores pagados, se considera económicamente inactiva (372,126), al menos 237,663 contribuyen con tareas del hogar, particularmente en el caso de personas arriba de 70 años. A la fecha no existe un cálculo económico para determinar lo que dicho aporte significa en la economía familiar. Lo cierto es que las personas mayores asumen diversas tareas en casa, incluyendo el cuidado de personas dependientes.

▪ Jubilación

Del total de personas mayores en el país, solamente un 20% se encuentran pensionados bajo diferentes modalidades. Y de estos, solamente un 12% reciben pensión por jubilación y solo 3% lo hacen en el área rural.

Por esa razón la estrategia de pensiones no contributivas, del programa “Nuestros Mayores Derechos”, resulta fundamental para garantizar una base mínima de subsistencia a esta población, Dicha pensión a la fecha cubre a un 5% más de las personas mayores, y la proyección para los próximos años es cubrir alrededor de un 10% más.

Diseñando una política pública: Programa presidencial Nuestros Mayores Derechos

El programa nace a partir de una investigación sobre la situación y caracterización de las personas mayores en diversos municipios. Entra en aquellos rurales con mayor pobreza y

comienza siendo un programa complementario de la prestación de pensión no contributiva. Luego comienza a incluir elementos de carácter nacional, sobre todo para las poblaciones de mayores más vulnerables.

El programa en total cubre alrededor de 70 mil personas mayores con algunos de sus servicios, quienes, según el mapa de pobreza, residen en los 125 municipios de pobreza extrema severa y alta rural y urbano. Incluye pensión no contributiva, salud, educación, empoderamiento en derechos, cultura y recreación.

El programa parte de los siguientes principios:

- Parte de los principios de autonomía e integración a la comunidad de la persona mayor.
- Se fundamenta en la promoción de la participación de PAM en la vida comunitaria.
- Tiene una visión integral e incluye formación en los temas y sensibilización de la sociedad.

Este programa se fundamenta en el enfoque de derechos y género, reconociendo la diversidad de la población y la necesidad de diseñar servicios múltiples, realidades cambiantes en lo rural y lo urbano, y desde la coordinación institucional y sectorial.

El programa, además de fortalecer los servicios, busca mejorar el marco normativo de la persona adulta mayor. En ese sentido se impulsa la creación de una nueva ley de la persona adulta mayor, y se impulsa la creación de la Convención para la protección de derechos de las personas mayores, aprobada recientemente en el seno de la Organización de Estados Americanos.

Actualmente se está buscando implementar una segunda parte del programa, que incluye la creación de una política nacional para la persona adulta mayor, así como una serie de planes estratégicos y operativos.

Se busca además fortalecer la participación de las personas mayores, a través de su empoderamiento en derechos y del impulso de organizaciones de la sociedad civil relacionadas al tema.

Instituciones participantes en los programas persona adulta mayor

El programa es coordinado técnicamente por la Secretaría de Inclusión Social y estratégicamente por la Secretaría Técnica y de Planificación de la Presidencia. Este programa forma parte de la Ley de Desarrollo Social, con la cual se busca darle institucionalidad y permanencia.

Sin embargo, existen otras instancias públicas y privadas que trabajan en la atención a la persona adulta mayor, pero quienes coordinan y realizan la rectoría de las políticas destinadas a este grupo poblacional:

Consejo Nacional de Atención Integral a los Programas de Adultos Mayores (CONAIPAM)	Secretaría de inclusión Social
<p>Responsable de la rectoría relacionada a los programas y acciones relacionadas con adultos mayores.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de leyes y reglamentos ▪ Proceso de consulta a adultos mayores para la política. ▪ Consultoría para evaluar centros de atención a adultos mayores ▪ Se sientan las bases para trabajar un plan de acción en el tema 	<p>Coordinadora de CONAIPAM, y del Programa Nuestros Mayores Derechos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sus intervenciones parten de un enfoque de derechos e inclusión social. ▪ Gestiona y articula con las instancias ejecutoras las acciones tendientes a mejorar la protección de adultos mayores en riesgo. ▪ Impulsa procesos de capacitación y sensibilización sobre envejecimiento

Finalmente, la experiencia en el programa nos hace ver la relevancia de los gobiernos locales en el tema. Son estos quienes tienen datos y conocen mejor el territorio y a sus poblaciones, por lo que resulta indispensable incorporarlos en un trabajo coordinado con gobierno central y sociedad civil. Los programas para mayores tienen éxitos mayores en la medida que más se involucren. De lo contrario quedan limitados y se reduce grandemente el ejercicio de derechos.

Conclusiones:

Las políticas públicas deben basarse en los derechos de las personas mayores y deben partir de la heterogeneidad y la búsqueda de la autonomía e independencia.

Se debe invertir todavía más para producir cambios culturales que permitan a la población y los funcionarios y funcionarias particularmente, cambiar los paradigmas negativos hacia el envejecimiento por los paradigmas derivados del enfoque de derechos.

No basta con que una institución, o CONAIPAM, realicen acciones en el tema, sino que deben incluirse los gobiernos locales y las instituciones privadas, a fin de aunar esfuerzos. Debe en general mejorarse la institucionalidad y la inversión de recursos en el tema

Las personas mayores son parte obligatoria del diseño de las políticas. Todas deben llevar como objetivo final la inclusión social y la participación de este colectivo, en particular de las personas mayores con discapacidad.



Segunda Ponencia

Dr. Francisco Javier Leturia (España)

Psicólogo y gerontólogo, actualmente es Jefe de Servicio de Inserción social, Atención a las Mujeres Víctimas de Violencia Machista y Urgencias Sociales en la Diputación Foral de Gipuzkoa, País Vasco, España.

Ha trabajado como psicólogo de personas mayores, director de centros gerontológicos y socisanitarios, tanto para personas mayores, como para personas adultas con discapacidad. En la administración pública y en el ámbito privado. Fue creador, gerente y director de gestión del conocimiento del Instituto Gerontológico Matia (INGEMA).

Políticas públicas

Una política pública es un conjunto de acciones y decisiones llevadas a cabo por diversos actores con la finalidad de resolver un problema definido políticamente como público (J. Subirats, 2007). Resumidamente se puede decir que el Estado es el responsable de los bienes públicos, la Iniciativa social de los bienes comunes, la propia Comunidad de los bienes relacionales y el Mercado de los bienes privados.

Las políticas públicas orientadas al bienestar buscan:

- Redistribución de recursos económicos
- Impulsan la igualdad de oportunidades, trato y resultado
- Proporcionan prestaciones que dan respuesta a necesidades sociales y aspiraciones legítimas
- Ofrecen seguridad ante contingencias y riesgos
- Generan capital humano
- Previenen y/o palian situaciones de exclusión
- Facilitan la construcción de lazos relacionales, vínculos comunitarios y cohesión social

Las políticas pueden ser sectoriales cuando se centran sobre bienes determinados como: la sanidad, que tiene un bien muy definido sobre el que opera, como es la salud; la educación, sobre el aprendizaje; las políticas laborales, que promueven el empleo; las de vivienda, que promueven el derecho al alojamiento; o las de garantía de ingresos, que fomentan la garantía de la subsistencia y previenen la pobreza.

Las políticas también pueden ser transversales como las orientadas a:

- Igualdad y diversidades
- Familiar

- Comunitaria
- Promoción de la iniciativa social

Para lo que se crean servicios y sistemas para llevarlos adelante (Fantova, F. 2014)

La crisis ha dejado claro que la mayoría de los retos a los que hemos de enfrentarnos tienen una dimensión cada vez más social: la pobreza y la exclusión social, el envejecimiento demográfico, la necesidad de una mejor gobernanza y la de mejora en la gestión sostenible de Recursos (Duraó Barroso, Presidente de la Comisión Europea, 17 de Marzo 2011).

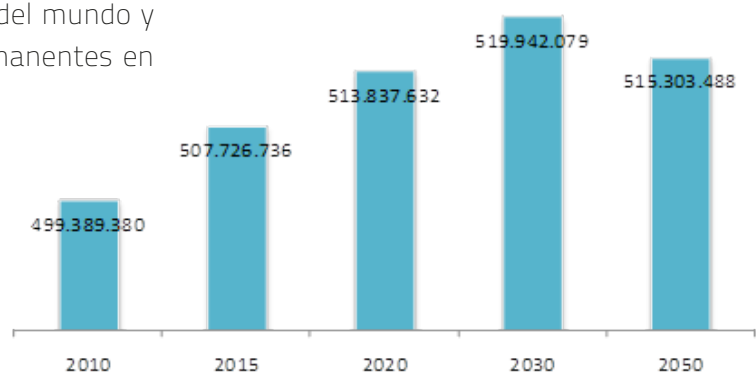
Uno de los efectos más visibles de dicha crisis es la polarización o dualización social con un incremento generalizado de la desigualdad, aun cuando ésta puede ser mitigada a través de políticas eficaces de garantía de ingresos y apoyo a las familias (ver, por ejemplo, los resultados de la II Encuesta sobre Pobreza y Exclusión social de Gipuzkoa, SIIS, 2014).

El envejecimiento de la población mundial no tiene precedentes, es generalizado, es profundo y es permanente. Aún cuando la posibilidad del envejecimiento es una consecuencia de la mejora de las condiciones de vida, de atención sanitaria y un logro social fundamental, el envejecimiento demográfico hace referencia a esa realidad entre el aumento de la población adulta mayor y la disminución de la cantidad de personas en edades productivas que puedan generar riqueza y cotizar, para poder mantener dignamente a las personas mayores, así como al problema de la escasa natalidad, lo cual constituye realmente el problema de la descompensación de la tasa de dependencia y del reemplazo demográfico. Pasaremos de 4 personas entre 18-64 años para sostener a 1 persona mayor a una ratio de 2 personas en edad de trabajar por 1 persona mayor jubilada para el 2060.

El envejecimiento a nivel mundial

El envejecimiento de la población mundial es un fenómeno que no tiene precedentes; se está viviendo en casi todos los países del mundo y sus efectos son profundos y permanentes en las sociedades.

Proyección de la población EU-27



Ante esta situación demográfica, los Estados se enfrentan a enormes retos para poder garantizarle a la población:

- Seguridad económica
- Salud, dependencia y cuidados de larga duración
- Empleo
- Migraciones e integración
- Infraestructuras

Como respuesta a estos desafíos, los países de la Unión Europea han diseñado modelos de servicios sociales dispares entre sí, nórdico, anglosajón, continental y mediterráneo

1. Modelo Nórdico: Sistema de Servicios Sociales que se caracteriza por ser uno de los más universalistas que existen y por tener un carácter marcadamente público, tanto en la creación de servicios como en la gestión de los mismos.

Se ha venido dando una progresiva participación de las organizaciones no gubernamentales en la prestación de servicios sociales, así como una incipiente participación del sector privado.

2. Modelo Continental o de Subsidiariedad: Modelo en el que el papel de las entidades privadas no lucrativas es predominante, al contar para el desarrollo de sus actividades de prestación de servicios sociales con una elevada financiación pública.

Esta tipología está vigente en gran parte del centro y norte de Europa (Alemania, Austria, Holanda) y, en menor medida en Bélgica y Francia.

3. Modelo Anglosajón o Beveridge: Este modelo condiciona la atribución de un gran número de prestaciones al nivel de ingresos y fomenta la participación de los sectores privados, con y sin ánimo de lucro, en la prestación de los servicios. Esta tipología predomina fundamentalmente en Reino Unido y, en menor medida, en Irlanda. Además, es interesante destacar que, aunque durante décadas el sector público había sido un gran proveedor de servicios en el ámbito local, el gobierno británico ha optado por que el sector público disminuya su intervención como prestador directo de servicios, y se centre en la gestión del acceso a los servicios y en la concertación de servicios privados (sometidos a autorización, homologación e inspección).

4. Modelo Mediterráneo o de Solidaridad Familiar: En esta última tipología la red sociofamiliar de apoyo tiene una importancia capital en la articulación del modelo de servicios sociales. Asimismo, la intervención del sector público es, de forma general, más reciente y menos desarrollada.

Las políticas públicas requieren de una adecuada planificación a medio/largo plazo.

Además de la planificación estratégica habitual, progresiva, a cuatro años con planes operativos

anuales, cada vez más se utilizan otros instrumentos como la elaboración de mapas de recursos (www.behagi.eus) o la metodología prospectiva de escenarios posibles a medio o largo plazo.

La metodología de escenarios pretende establecer cuáles son los escenarios posibles en los que nos podemos encontrar a largo plazo en relación a un tema determinado, en función de cómo haya sido la evolución de las políticas públicas y los resultados intermedios obtenidos. Para ello, se deben analizar los pros y contras de cada uno de esos escenarios, elegir el más deseable y, a partir de ahí, definir cuáles son las condiciones necesarias que deben haber sido realizadas y logradas previamente para poder llegar a las mismas, por tanto se realizaría una planificación hacia atrás.

Por ejemplo, en el estudio "El envejecimiento de la población vasca y sus consecuencias económicas" (Beristain, I, 2005, <http://www.ogasun.ejgv.euskadi.eus>) sobre escenarios posibles para el año 2020 en relación con el envejecimiento de la población, se pensaba que los ejes que deben orientar las políticas públicas en este tema deben ser:

- El capital social,
- La relación individuo/colectivo,
- La complejidad estructural y cultural regulada desde la flexibilidad,
- Las personas como centro,
- Siendo el aprendizaje y la equidad referentes básicos para la integración y solidaridad.

Y los escenarios deseables, entre otros:

- Llegar a una esperanza de vida de la población mayor de 65 años que llegue a 80 años en los hombres y 87 años en las mujeres,
- Que la esperanza de vida libre de discapacidad a partir de los 65 años pase de ser de 10 años, cuando se realizó el estudio, a 15 años,
- Con un gasto determinado en protección social sobre PIB,
- Y una relación entre el sistema de cuidados formales e informales de un 28% de apoyo formal y 72% informal que debe pasar a una ratio 50/50% en el 2020.

Para que sea posible lograrlo se deben haber logrado resultados intermedios en los años previos y, para ello, implantado políticas, planes y acciones concretas

Sistema Vasco de Servicios Sociales

El Sistema Vasco de Servicios Sociales es una Red pública articulada de atención, de responsabilidad pública (servicios y equipamientos de titularidad pública y de titularidad privada concertada)

“Su finalidad es favorecer la integración social y la autonomía de todas las personas, familias y grupos, desarrollando funciones: Promotora, Preventiva, Protectora y Asistencial, a través de prestaciones y servicios de naturaleza, fundamentalmente, personal y relacional” (ART. 5 Ley 12/2008 de Servicios Sociales)

Los objetivos esenciales del Sistema Vasco de Servicios Sociales

Promoción

- Promover la autonomía personal
- Promover la protección
- Promover la integración social de las personas, las familias y de los grupos
- Promover la seguridad

Prevención

- Prevenir las necesidades personales y familiares derivadas de la dependencia
- Prevenir las situaciones de desprotección
- Prevenir las situaciones de exclusión social
- Prevenir las necesidades originadas por las situaciones de emergencia

Atención

- Atender necesidades personales y familiares derivadas de la dependencia
- Atender las Necesidades originadas por las situaciones de desprotección
- Atender las situaciones de exclusión social
- Atender las Necesidades personales y familiares originadas por situaciones emergencia social

El Sistema Vasco de Servicios Sociales busca promover el bienestar social del conjunto de la población, en cooperación y coordinación con otros sistemas y políticas públicas de protección social. El bienestar social, la inclusión social, la Cohesión Social son finalidades que el Sistema Vasco comparte con otros sistemas y políticas.

Avanzar en el Bienestar y el Buen Trato a las personas que envejecen

Siguiendo el documento “Cien Propuestas Para Avanzar en el Bienestar y el Buen Trato a las Personas que Envejecen” (Gobierno Vasco, 2012) se puede afirmar que el diagnóstico y las tendencias principales en el envejecimiento son:

1. Caída de la fecundidad, incremento de la esperanza de vida e inversión en la tendencia demográfica
2. Diferencias territoriales y entre envejecimiento rural/urbano
3. Intergeneracionalidad: coexistencia de más generaciones en la familia, aumento de la soledad y modificación de las relaciones familiares
4. Autoevaluación de la salud. Cambios en los patrones de la enfermedad y la muerte. Personas con dependencia y discapacidad
5. En el balance de cuidados, entre cuidados recibidos y cuidados prestados, actualmente las personas mayores prestan más de los que reciben (ver Duran, MA. 2014)
6. Mantenimiento en el entorno habitual y provisión de cuidados centrados en la persona
7. Vivienda, accesibilidad y entornos para toda la vida

Se manifiesta la necesidad de avanzar en la gestión del conocimiento, en procesos participativos y en la transversalización del proceso.

Los Principios y criterios que deben regir estas estrategias son: la autonomía y diversidad, la participación, la coordinación y complementariedad, así como la integralidad de las políticas y estrategias.

Se pueden establecer tres estrategias fundamentales:

1. Cuando las personas envejecen: facilitar su autonomía y compromiso social

- 1.1. Facilitar la autonomía a través de la orientación y el consejo individualizado.
- 1.2. Promover un pacto social entre generaciones para el desarrollo de una sociedad de bienestar.
- 1.3. Diseñar territorios y ciudades amigables con las personas mayores.
- 1.4. Promover nuevos aprendizajes. Los entornos tecnológicos como oportunidad.
- 1.5. Promover una imagen de la vejez ajustada a la realidad.

2. Cuando las personas mayores necesitan ayuda: Responder a sus necesidades y preferencias

- 2.1. Adaptar los cuidados de larga duración a las necesidades y preferencias de las personas.
 - Diversificar los apoyos para favorecer la permanencia en el domicilio.
 - Adaptar las instituciones residenciales a las personas para "vivir como en casa".
 - Garantizar la continuidad en los cuidados mediante la coordinación de servicios sociales y sanitarios.

- Diseñar entornos al servicio de las personas que necesitan ayuda.
- <http://www.gipuzkoa.eus/es/gizarte-politika>
- <http://www.matiainstituto.net/es/proyectos/etxean-ondo>

2.2. Mejorar la calidad de la atención y generar competencias para atender a las personas

- Promover la implantación de prácticas profesionales asociadas al modelo de atención centrado en las personas.
- Apoyar a familias y cuidadores no profesionales.
- Formalizar la actuación de personas cuidadoras y empleadas de hogar “para-profesionales”.

Serían necesarios también planes específicos ante determinados problemas de especial incidencia y repercusión, como la demencia y la salud mental

3. Garantizar el buen trato a las personas mayores y eliminar los malos tratos

3.1. Diseñar acciones de sensibilización, concienciación y formación

- Materiales didácticos adaptados a diferentes perfiles.
- Dignificar la cultura del consentimiento informado.

3.2. Diseñar y poner en marcha intervenciones.

- Comité de vigilancia contra los malos tratos, coordinación entre sistemas y profesionales.
- Teléfono de escucha y asesoría.

Es importante conceptualizar mejor desde el enfoque de la desprotección y partir del enfoque de evitar el edadismo y la desigualdad.

Desde el modelo de calidad de vida y los derechos se debe promover el control, la autodeterminación, la elección, la intimidad, validar instrumentos de detección y protocolos de gestión y mejorar la coordinación entre los sistemas públicos sanitario, social y judicial.

El modelo de atención debe definirse y operativizarse a partir de la idea de conjugar resultados en autodeterminación: las personas deben poder seguir tomando las decisiones y ejerciendo el control sobre su vida, para lo cual se necesitan competencias (con el entrenamiento en habilidades, apoyos y ayudas necesarias), en equilibrio con la seguridad (y protección, si es necesario) y los derechos.

Buenas prácticas en políticas públicas

Algunos ejemplos de buenas prácticas en políticas públicas para las personas mayores pueden ser:

- Establecer un sistema de compromiso intergeneracional de pensiones que garantice la cobertura a todas las personas ya sea a través de pensiones contributivas como no contributivas suficientes.
- La complementación de las pensiones con rentas de garantía de ingresos en casos de necesidad y a través de ayudas especiales si es necesario.
- Desde un enfoque comunitario es imprescindible dar más importancia a realizar más y mejores visitas preventivas a domicilio.
- El diseño y aplicación de procedimientos de gestión de casos cuando hay vulnerabilidad.
- Experiencias locales de colaboración interinstitucional.
- Apuesta por la prestación de asistente personal y vida independiente en el marco de una legislación sobre la autonomía personal y la atención a la dependencia como la LAPAD (Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia de España, 2006, www.dependencia.imserso.es).
- La incorporación de criterios éticos con énfasis en la autonomía.
- El desarrollo de instrumentos para el diagnóstico y gestión intersectorial de casos como la Historia Unificada o la Interoperabilidad entre los sistemas de servicios sociales y sanitarios.
- La activación y empoderamiento del vecindario para el acompañamiento a personas mayores en situación de vulnerabilidad.
- El impulso normativo y apoyo explícito al tercer sector e iniciativa social (Anteproyecto de la Ley del Tercer sector social de Euskadi, <http://www.irekia.euskadi.eus>).
- Necesidad de experiencias de coordinación entre vivienda y apoyo social.
- Coordinación sociosanitaria como, por ejemplo, las líneas estratégicas de atención sociosanitaria de Euskadi, la estrategia de salud en todas las políticas o la estrategia de cronicidad (www.osakidetza.euskadi.es).
- La coordinación a través de equipos técnicos interinstitucionales como, por ejemplo, el Grupo Técnico Interinstitucional de Seguimiento del II Acuerdo sobre Violencia Machista (www.emakunde.euskadi.eus).

Buenas prácticas en gobernanza:

Todo ello debe hacerse mejorando la gestión a través de una buena gobernanza transparente y participativa para lo cual se pueden implementar:

- Modelos de integridad como códigos de conducta, sistemas de seguimiento, por ejemplo, el índice DEC (derechos y decisión política, relevancia económica y cobertura de servicios) de la Asociación estatal de directoras y gerentes de servicios sociales (<http://spes-españa.es>), Decálogos como el de atención a la discapacidad del Instituto Foral de Bienestar Social de Álava (<https://www.alava.net>).
- Gobierno abierto: transparencia colaborativa y participación: (www.programa.irekia.euskadi.eus).
- Modelos de gestión eficientes (Leturia, 2009).
- Fortalecer el sistema, las redes, las organizaciones y los equipos.
- Garantizar la sostenibilidad financiera.
- Liderazgo, representación y comunicación.
- Toma de decisiones y priorización de políticas públicas.
- Ejes de la participación: acceso a la información, consulta y opinión sobre los procesos en marcha, conversación y diálogo en tiempo real, deliberación pública, toma de decisiones.
- Políticas de igualdad: protocolos, redes.
- Municipios inteligentes: innovación pública local.
- Mejorar las políticas para la familia y la juventud y la coordinación con educación, con inserción sociolaboral, bienestar social.

Así como mediante la definición y consenso de catálogos y carteras de servicios garantizados y explicitados, por ejemplo, el Decreto 185/2015 de cartera de prestaciones y servicios del sistema de servicios sociales del País Vasco, de 6 de octubre de 2015 (<https://www.irekia.euskadi.eus/es>), apostando decididamente por el modelo de atención mencionado, primando la atención comunitaria, ambulatoria, integrada, normalizada, en los mismos dispositivos que el resto de la ciudadanía, con modelos universales y, a ser posible no específicos para un colectivo determinado, evitando generar redes paralelas.

Desde este enfoque es fundamental el impulso decidido del papel de la familia definiendo sus derechos y responsabilidades y políticas específicas para las mismas; establecer las coberturas apropiadas, deseables, factibles y sostenibles; la organización de la red y en red; definir y consensuar la distribución competencial y coordinación: Red-Sistema.; avanzar en una normativa

reguladora moderna; definir el modelo de prestación de servicios y el papel del Tercer Sector y las empresas mercantiles en el mismo; avanzar en la polivalencia frente a la especialización, tanto en los servicios como en los prestadores de servicios; determinar cuál es y mejorar el equilibrio entre servicios y prestaciones económicas; desarrollar el espacio socio-sanitario; definir las necesidades de los y las profesionales: perfiles, requisitos, cualificación, condiciones de trabajo, así como, evidentemente, el modelo de financiación y su sostenibilidad.

Las características principales de este proceso y de las políticas consecuentes deben configurar un conjunto:

- Abierto, orientado al intercambio de información en red internamente y al exterior
- Predecible y estable, constituyendo un marco coherente para todas las instituciones y agentes
- De políticas públicas activas orientadas al avance, cambio e innovación en la manera de acercarse a las personas en diferentes contingencias relacionadas con la discapacidad y dependencia
- Con alta inversión en Evaluación/Formación/Aprendizaje
- De dimensión práctica, gestionable y controlable
- Flexible y dinámico, que se pueda adaptar a los cambios y nuevas necesidades
- Complementario, garantizando la transversalidad de las políticas y servicios sociales, de Empleo, Educación, Salud, Transportes, Inmigración, etc.

“Nada sobre nosotros sin nosotros”: promover la participación

Al igual que las personas con discapacidad acuñaron la frase “Nada sobre nosotros sin nosotros”, las personas mayores deben ser protagonistas de todo lo que se haga y, en principio debieran ser ellas mismas quienes lo hicieran con los apoyos necesarios para ejercer sus derechos.

Como ejemplos están los Consejos participativos (<http://www.gipuzkoa.eus>) o la reciente experiencia de participación en salud. Desde el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco se ha promovido una estrategia orientada a mejorar la participación, con grupos de trabajo y de contraste sobre este tema, partiendo de una propuesta conceptual que entiende la participación ciudadana en salud como... “un continuo que va desde la información, la consulta y la participación hasta llegar al empoderamiento de la población, superando así la visión paternalista que la equipara con la información al paciente, avanzando en la concienciación y el compromiso de la ciudadanía con su propia salud, de manera que se convierta en agente activo en la definición, organización y mejora de los servicios de salud.

Queremos impulsar una dinámica de procesos participativos en salud, con la opinión de los colectivos interesados (pacientes, familias y personas cuidadoras, ciudadanía en general, asociaciones de pacientes, profesionales sanitarios, etc.)

Somos conscientes de que se da cuerpo a un proceso experimental, de aprendizaje y cambio cultural, un camino de largo recorrido, www.euskadi.eus

Gestión del conocimiento e Innovación en políticas públicas y envejecimiento

Aunque tal vez parezca un tópico, la realidad es que todo lo que no avanza retrocede, lo que no mejora se deteriora. La sociedad, no solo la tecnología, avanzará rápidamente y las necesidades y demandas de la población también, como se ha señalado al comienzo de este texto. Estos cambios, que suponen retos que afrontar, también pueden suponer, si sabemos como enfocarlos desde la gestión del conocimiento, la creatividad y la innovación; una importante oportunidad para avanzar en el bienestar y la calidad de vida de toda la ciudadanía, la generación de empleo, productos y servicios, riqueza y desarrollo y cohesión social www.euskadiinnova.net.

Las nuevas necesidades nos pueden permitir desarrollar nuevos servicios y productos en ocio y formación, en servicios asistenciales y aplicaciones tecnológicas, en planificación urbana y vivienda o, incluso, en productos financieros.

Desde el punto de vista cultural debemos romper con la conceptualización clásica de la vejez como dependencia, no productividad, estancamiento en planteamientos antiguos, etc. Tenemos que ver el envejecimiento como un proceso, valorar a las personas independientemente de su edad, y verlas como potenciales participantes activas en la sociedad.

Hacer frente a este reto nos lleva a desarrollar políticas públicas no sólo con las personas mayores: se deben implantar medidas de apoyo a las familias y a la juventud, medidas económicas y fiscales, formación a las personas jóvenes sobre el tema, programas intergeneracionales, servicios que permitan a la juventud independizarse y emprender proyectos vitales antes, poder tener descendencia, disponer de empleo digno, etc. y fomentar la participación intergeneracional, espacios de convivencia, adaptación de entornos, entornos amigables (www.euskadilagunkoia.net) y fomentar el aprendizaje a lo largo de la vida (www.ikasmina.net).

Estrategia para la sostenibilidad

Debemos integrar las políticas sociales en el enfoque de sostenibilidad de nuestras sociedades y países, así como desde las organizaciones internacionales. El enfoque de eco-sostenibilidad

de Euskadi incluye, junto a la adaptación del modelo energético, el problema de limitación de las materias primas y los recursos naturales o la globalización de la competencia, el cambio climático, los cambios demográficos, el debilitamiento del sistema de valores, la necesidad de incorporar a la juventud al mercado laboral y su aportación a la sociedad, o la mejora de la gestión de la complejidad de las políticas públicas.(<http://www.innobasque.com>).

Las políticas públicas deben garantizar la estabilidad: un marco definido que permita a personas, familias, instituciones públicas (como gobiernos regionales, ayuntamientos, etc.), empresas, asociaciones y tercer sector social, sector educativo etc. conocer su papel y tener garantías para actuar en el mismo; debe garantizar inversión social y económica y retorno de dicha inversión; la innovación; la evaluación (de proceso y de resultados); la participación; el impacto (económico y social); y la sostenibilidad. Se debe pasar de políticas pobres, nihilistas o de mera administración de los recursos o, el otro extremo, de políticas presuntuosas pero imposibles e ineficaces, a políticas realistas pero decididas y con visión a medio/largo plazo.

Retos y ejes estratégicos

Los retos y ejes estratégicos sobre los que se deben articular estas políticas son:

1. Calidad de vida de las personas y sus familias y sus derechos como ciudadanía.
2. Calidad de atención y avanzar hacia un modelo de excelencia e innovador.
3. Servicios en red e integrados en un sistema público avanzado.
4. Calidad y condiciones de las personas que desempeñan su actividad profesional en este sector.
5. En una sociedad accesible, incluyente, solidaria con una ciudadanía activa en un país cohesionado.

Y todo ello requiere una reflexión democrática, de modelo de sociedad, con visión de futuro, más allá que la mera visión técnica o de gestión.

Como dice Help Age (2015) "el envejecimiento en el siglo XXI es una celebración y un desafío" y se puede añadir que, frente al nihilismo, es un reto emocionante.

Tercera Ponencia

Dr. Lucas Correa (Colombia)

Fundación Saldarriaga Concha (Colombia), líder de Incidencia. Abogado colombiano, magíster en planeación urbana y regional, magíster en derecho internacional y derechos humanos. Actualmente se desempeña como líder de incidencia de la Fundación Saldarriaga Concha, una organización colombiana que desde hace más de 42 años trabaja por la inclusión social de las personas mayores y las personas con discapacidad.

Se ha desempeñado como asesor de discapacidad, vejez y envejecimiento de la Dirección General de la Unidad para la Atención y Reparación a las Víctimas, entidad del Gobierno de Colombia que se encarga de reparar los daños causados por las violaciones graves a los derechos humanos y las infracciones al derecho internacional humanitario en el marco del conflicto armado colombiano.

Políticas públicas, perspectiva del curso vital y víctimas del conflicto armado colombiano

Pregunta de partida

¿Pueden y deben las políticas públicas sectoriales y diferenciales asistir y reparar los daños que el conflicto armado ha causado en las víctimas mayores, y a su vez, ayudar a preparar a aquellas víctimas adultas para una mejor vejez?

Metodología MCE

La Misión Colombia Envejece (MCE) es la más grande y compleja investigación que se ha realizado en Colombia sobre vejez y envejecimiento. El proceso investigativo necesitó un año de planificación y otro año para ser desarrollado. Los resultados de la investigación fueron presentados en público hace menos de un mes en Bogotá y están disponibles en www.misioncolombiaenvejece.com

La investigación Misión Colombia Envejece usó métodos mixtos: Uno de tipo cuantitativo y otro de tipo cualitativo.

En la parte cuantitativa se hicieron análisis descriptivos a partir de datos secundarios provenientes de diferentes registros administrativos y encuestas de hogares a nivel nacional, con desagregaciones por sexo, grupos etarios, nivel socioeconómico y tipo de familia, entre otros.

En la parte cualitativa se realizaron grupos focales con personas de 60 años o más, en tres regiones de Colombia, divididos en grupos de hombres y mujeres; y grupos mixtos con personas de 40 a 60 años, en áreas rurales del país y en la capital, Bogotá. También se hicieron entrevistas

a profundidad con expertos y estudios de caso en lugares donde la violencia o el conflicto estaban o están presentes.

Los principales hallazgos de la investigación fueron los siguientes:

Panorama de la vejez y el envejecimiento en Colombia

El envejecimiento en Colombia es heterogéneo, tiene diferentes manifestaciones en el territorio nacional. Mientras que las ciudades más desarrolladas y prósperas como Bogotá y Medellín envejecen de manera más acelerada, tienen el reto enorme de luchar en contra de las desigualdades sociales, asistir y atender las necesidades presentes de las personas mayores y tener políticas prioritarias que le permita a la población que envejece prepararse efectivamente. Las ciudades menos desarrolladas y pobres, como Quibdó y Riohacha, son más jóvenes y tienen el doble reto de alcanzar niveles altos de desarrollo social, distribuir equitativamente los beneficios derivados y preparar a su población para su envejecimiento.

El ponente presentó dos videos sobre la investigación Misión Colombia Envejece

Video 1 (9 mins)

Video 1: https://www.youtube.com/watch?v=5amill_4wNk

Video 2: <https://www.youtube.com/watch?v=oJxAkCwhZe0>

Políticas públicas con perspectiva del curso vital.

El envejecimiento es una parte central de la vida misma. La población mayor de 60 años es tan diversa como la población en general, todos siendo tremendamente diversos nos hacemos viejos. Sin embargo la vejez, y sobre todo las necesidades de los que se hacen viejos, no son solo la suma de necesidades individuales, sino una situación compleja que resulta de distintos influjos e impactos a lo largo de la vida de las personas.

Las personas que actualmente son mayores y aquellas que se hacen viejas, particularmente aquellos entre 40 y 59 años, son dos caras de la misma moneda.

- Aquellos que están actualmente viejos fijan las necesidades del corto plazo, aquellas situaciones inmediatas para las cuales quizá ya no hay tiempo para prepararse y sobre las cuales el Estado, la sociedad y la familia deben actuar sobre la base de la asistencia.
- Aquellos que se hacen viejos fijan las necesidades del mediano y largo plazo, sobre las cuales, el Estado, la sociedad, la familia, y sobre todo la misma persona tiene el deber de prepararse.

Es sobre éstos últimos que la perspectiva del envejecimiento aplicada a las políticas públicas resulta central.

Continuum de decisiones, situaciones y posibilidades

La vida es un continuum de decisiones, situaciones y posibilidades interrelacionadas que tienen lugar en lo que O’Rand and Kreckler han denominado “una perspectiva temporal”. Sin embargo no todos tomamos las mismas decisiones en los mismos momentos. No todos vivimos en las mismas situaciones y no tenemos las mismas posibilidades.

Mucho de lo que somos, y de lo que seremos, está medianamente condicionado, o puesto en riesgo, por el entorno familiar, local, estatal, y por qué no, internacional.

En el mismo sentido, mucho de lo que será nuestro futuro está condicionado por nuestro presente, de esta manera el presente es el momento para pensar efectivamente en el futuro, para prepararse para vivir la vejez que queremos.

En un sentido jurídico con Morgan y Sam, las cuestiones sobre los derechos humanos, sus violaciones, pero sobre todo las acciones que pueden tomarse para prevenirlas, son una cuestión del curso vital.

Por ello la perspectiva del curso vital resulta una importante herramienta analítica, de incidencia y de política pública para identificar situaciones presentes con impactos futuros y actuar para mitigarlos y así ayudar a la población que envejece a prepararse efectivamente para prevenirlos y vivir una vejez plena.

Elementos analíticos de la perspectiva del curso vital.

Entre otros, Wethington ha desarrollado cinco elementos analíticos de la perspectiva del curso vital que destacamos:

- Trayectorias. Como los patrones más o menos permanentes que siguen las personas.
- Transiciones. Los cambios en las trayectorias de vida de las personas, cambios en los roles, en las responsabilidades.
- Coyunturas o puntos de quiebre. Transiciones mayores, cambios estructurales en la vida de las personas.
- Influencias culturales.
- Contexto social

El conflicto armado es, en su conjunto, un elemento del contexto social en el que todos los colombianos hemos envejecido, tanto aquellos que han sido directamente afectados, como aquellos que no.

Las violaciones graves a los derechos humanos y las infracciones al derecho internacional humanitario en el marco del conflicto armado (Hechos Victimizantes) son coyunturas o puntos de quiebre en la vida de las personas, con efectos tanto presentes como futuros.

El conflicto armado colombiano y sus víctimas civiles.

El conflicto armado.

Si bien el conflicto armado ha golpeado a Colombia por más de cuatro décadas, durante mucho tiempo su existencia y las víctimas que producía fueron negadas o nombradas de manera deliberadamente imprecisa. Solo hasta hace poco el Estado colombiano reconoció públicamente su existencia, comenzó a reparar integralmente a las víctimas civiles y abrió nuevamente las puertas a una solución negociada de la confrontación armada.

Características del conflicto armado colombiano

Dada su complejidad, el conflicto interno colombiano tiene múltiples características, algunas de ellas gozan de amplio consenso social y académico y otras son ampliamente debatidas.

- Prolongado. (Más de 40 años)
- Con raíces ideológicas heredadas de la guerra fría, de la influencia de la Revolución cubana y, en las últimas décadas, fue influenciado considerablemente por la guerra global en contra del terrorismo (GMH, 2013).
- Violencia de baja intensidad, a pequeña escala, con el uso de ataques terroristas como un arma de intimidación en contra de la población civil.
- Guerra irregular que a lo largo de su historia, ha contado con la participación cambiante de diversos actores legales e ilegales (Fuerzas Armadas colombianas, FARC-EP, ELN, AUC) (GMH, 2013).
- Mezclado con otras violencias, los grupos armados ilegales han ejercido su influencia en una amplia pero irregular extensión geográfica del territorio nacional.
- La violencia derivada de la guerra se imbrica frecuentemente con otras violencias de tipo político, económico y criminal presentes en la sociedad colombiana (GMH, 2013).

Las víctimas y las condiciones de desigualdad en las que se encuentran.

De acuerdo con el Registro Único de Víctimas, a noviembre de 2014:

- 7.2 millones de civiles eran víctimas del conflicto armado. Cerca del 15% de una población estimada en 48 millones de personas.
- De esas el 9.3% eran víctimas mayores de 60 años. (Aproximadamente 680.000).
- Y el 20.2% tenían entre 40 y 59 años. (Aproximadamente 1.5 millones de personas), los cuales se harán viejos en un posible escenario de postconflicto.

De las personas mayores víctimas del conflicto armado:

- El 38.4% fue víctima de desplazamiento forzado.
- El 25.9% de homicidio de algún familiar.
- El 8.3% de desaparición forzosa de algún familiar.
- El 7.7% de amenazas.
- El 6.4% de un acto terrorista.

De acuerdo con la Encuesta de Goce Efectivo de Derechos:

- Mientras que en Colombia el 7.4% de la población civil vive en situación de pobreza extrema, las víctimas de desplazamiento que viven en esta situación son más del 33%.

Mientras que en Colombia el 23% de las personas mayores de 60 años recibe una pensión, solo el 1.6% de los hombres víctimas y el 6.3% de las mujeres víctimas recibe pensión.

La informalidad en el empleo de las víctimas del desplazamiento forzado es alarmante, mientras que el 84.3% de las mujeres mayores de 60 tienen un empleo informal, las mujeres víctimas mayores enfrentan una informalidad superior al 97%. De otro lado el 72.5% de los hombres mayores tienen un empleo informal, mientras que el 75% de los hombres mayores víctimas está en esta situación.

Riesgos e impactos desproporcionados

- Pérdida de activos.
- Pérdida del rol productivo.
- Pérdida de las redes sociales, de apoyo y de cuidado en la vejez.
- Reconfiguración del rol de abuelos en el de padres.
- Agravamiento de las condiciones de salud.
- Riesgo de abandono.
- Riesgo de caer en la mendicidad.

Recomendaciones y conclusiones.

Qué hacer ante este panorama para dar respuesta a las necesidades que las dos caras de la moneda le imponen a la sociedad colombiana.

- Las víctimas mayores deben recibir una especial atención del Estado, la necesaria asistencia y subsidio a sus necesidades.

- Las medidas de asistencia que se les provean deben al mismo tiempo ayudarles a prepararse, tanto a las víctimas mayores para los años que vienen, como a sus núcleos familiares compuestos en muchos casos de otras personas adultas que se aproximan a la vejez.
- Las políticas sobre envejecimiento y vejez no pueden tener solamente como sujetos destinatarios a los que ya son mayores, sino que deben actuar sobre todo el curso vital, quizás con especial atención para el segmento entre 40 y 59 años de edad.
- En un contexto de construcción de paz, las medidas de asistencia humanitaria y reparación integral a las víctimas deben incorporar la perspectiva del curso vital. Esto significa entender que así como la vida, las violaciones de derechos humanos suceden en perspectiva temporal, tienen sin duda impactos inmediatos que deben ser inmediata o urgentemente reparados, pero también esos impactos tienen consecuencias en el largo plazo, en el envejecimiento de la población, las cuales son entonces violaciones de derechos humanos acumuladas.
- La reparación integral a las víctimas del conflicto armado, si bien se compone de medidas temporales, de medidas que se agotan en el tiempo, que equiparan oportunidades y potencian a las personas víctimas hacia el desarrollo social y a la continuación de sus proyectos de vida, deben igualmente tener medidas que, desde una perspectiva del curso vital, si bien suceden en el presente, tengan impactos positivos durante el envejecimiento y para la vejez de la población víctima.





Panel foro: Erradicación de amarres en personas adultas mayores

Para finalizar el primer día del encuentro, se desarrolló el tercer panel foro denominado: "Erradicación de amarres en personas adultas mayores".

Ponentes

Dr. A. Burgueño, IMSERSO España

Dra. Nidia Cañas, El Salvador

Moderadora

Lic. Patricia de Claudio

Primera Ponencia

Dr. Antonio Andrés Burgueño Torijano, España

Médico especialista en medicina preventiva. Presta servicios profesionales en el Hospital General Gregorio Marañón de Madrid, España. Doctorado en Bioética y Biojurídica. En cátedra de la UNESCO con diploma de estudios avanzados en Bioética y Biojurídica. Miembro del comité de Bioética del Hospital Gregorio Marañón.

Es Director del Programa Nacional "Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer", con el cual se ha avanzado en la erradicación del uso de sujeciones en diferentes residencias de mayores, mejorando notablemente la calidad de vida y promoviendo los derechos de la población mayor.

Planteamiento del problema ¿De qué hablamos?

En el año 2003 nace el programa "Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer". En aquel momento pudimos observar que:

- Existían distintas definiciones y Conceptos
- El Uso de psicotrópicos con fines restrictivos (sujeciones químicas)

- Utilizadas por razones diversas (no solo en beneficio de la persona)
- Con efectos adversos potenciales conocidos (no inocuo) TRAUMA PSICOLÓGICO
- Posible vulneración de derechos fundamentales
- En Personas con frecuencia incompetentes

Comparacion del uso de restricciones físicas en 8 países (Ijunggren,1997)

PAIS	DINAMARCA	FRANCIA	ISLANDIA	ITALIA	JAPON	ESPAÑA	SUECIA	EEUU
%	2,2	17,1	8,5	16,6	4,5	39,6	15,2	16,5

Los factores de riesgo de ser sometidos a sujeciones físicas:

- Deterioro funcional físico.
- Deterioro cognitivo.
- Edad avanzada.
- Uso de drogas Psicotrópicas.
- Localización geográfica del centro.
- Pobreza.
- Desarraigo familiar.
- Ser mujer.

Efectos de las sujeciones físicas

Físicos Psicológicos

- Úlceras por Presión.
- Infecciones.
- Incontinencias (urinaria y fecal).
- Disminución del apetito. Desnutrición
- Estreñimiento.
- Pérdida del tono muscular – Atrofia y debilidad.
- Miedo / Pánico.
- Vergüenza
- Ira. Agresividad.
- Depresión.
- Aislamiento Social.
- Retiro/ Apatía

Las personas sometidas a algún dispositivo de limitación física se enfrentan a una pérdida de autonomía, dignidad y autoestima.

Está comprobado que varios de los fármacos utilizados para la sujeción de personas mayores o enfermos/enfermas de Alzheimer están asociados a caídas graves en ancianos/as como los hipnóticos (somníferos), sedantes, antipsicóticos, antihipertensivos, diuréticos, antidepresivos y anticonvulsivos.

¿Qué se ha hecho hasta ahora?

Programa desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer

A partir del 2003, en España se comienza a implementar el programa desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer, cuyos objetivos son:

- Monitorizar la realidad sobre el uso de sujeciones en España
- Sumar ejemplos de que es posible trabajar sin sujeciones
- Centros libres de sujeciones conocidos
- Propiciar que desatar sea liderado por los profesionales

EL escenario propicio para implementar el programa fue el fortalecimiento del marco jurídico existente, la participación de asociaciones y federaciones de personas adultas mayores y de familiares de enfermos/as de Alzheimer.

La primera acción que realizamos fue elaborar un diagnóstico cuantitativo en las residencias de personas mayores para conocer el número de personas sometidas a sujeciones, tanto físicas como químicas, y los efectos que provocaban en ellas.

A través del programa, se hacen intervenciones integrales en centros que garantizan:

- Diagnóstico
- Asesoramiento
- Formación

Seguimiento Las claves para prevenir las sujeciones de las personas adultas mayores son:

- Implicación de los líderes
- Gestión de las Caídas y su sistema de información
- Manejo de la Información a las Familias
- Manejo de los problemas de Conducta
- Manejo de los fármacos psicotrópicos y Polifarmacia

- Aspectos Organizativos
 - Actitudes
 - Política de vida nocturna - Barandillas
- Comité de Sujeciones – Champion
- Valoración y Gestión del Entorno – Seguridad Física Pasiva
- Prevención de Riesgos Legales

La Formación es una acción estratégica para garantizar centros libres de sujeciones.

Líneas estratégicas

- Seguridad Física Pasiva
- Conductas Desafiantes de las Personas con Demencia

Conclusiones

- Las personas tienen derecho a vivir libres de sujeciones usadas por conveniencia o disciplina
- Las Sujeciones no pueden cubrir, una deficiencia, falta de capacidad profesional, o defectos organizativos o en el entorno.
- La actitud del personal es el discriminador más potente entre los centros que utilizan sujeciones y los centros libres de sujeciones
- Menor cualificación del personal se encuentra como un aspecto clave en el uso de sujeciones
- Cuando el uso de las sujeciones físicas es alto, la calidad de los cuidados es más pobre
- Edad, polifarmacia y restricciones químicas, predictores de mayor mortalidad en los pacientes con demencia

Gracias al programa actualmente contamos con más de 60 centros libres de sujeciones en España.

- Las sujeciones no responden a ninguna necesidad de la persona
- No curan/ No son terapéuticas
- QUITAN capacidad
- Son causa de graves complicaciones

Segunda ponencia

Dra. Nidia Teresa Cañas, El Salvador. Doctorado en medicina Escuela Latinoamericana de Medicina en Cuba. Medica especialista en medicina familiar, especialista en geriatría y Gerontología, médico paliativista del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Cuba.

Máxima geriatra del Centro de Atención a Ancianos Sara Zaldivar, educadora de la Asociación Alzheimer de El Salvador hogar Gamma, docente del Diplomado de Gerontología Social impulsado por FEPADE y la Secretaría de Inclusión Social. Asesora del Ministerio de Salud el área de envejecimiento y en el proyecto de creación de Unidades de Atención Geriátrica en la red hospitalaria y miembro de la Junta Directiva de la Asociación de Gerontólogos de El Salvador.

Tiene experiencia en procesos de capacitación, sensibilización y promoción de buen trato, promoción de servicios geronto-geriátricos centrados en la persona, particularmente en el área de servicios de salud.

Sujeciones en la persona adulta mayor. Desafíos para una nueva era del cuidado

¿Hace cuánto se amarra?

En la Francia del siglo XVIII, Philippe Pinel y Jean Baptiste Pussin utilizaron y desarrollaron el amarre en hospitales psiquiátricos para prevenir que los pacientes se lesionaran o agredieran a los demás.

Existe un fuerte debate sobre la efectividad/necesidad o no de la utilización de la sujeción física en pacientes de edad avanzada, ya sea por un estado de agitación, prevención de caídas o manipulación de mecanismos médicos.

El impacto, la vivencia traumática y el sentimiento de pérdida de libertad son considerables. Además de esto, la sujeción puede generar efectos adversos asociados a lesiones isquémicas, lesiones plexos nerviosas, asfixia, TEV, muerte súbita).

Numerosos estudios han llegado a la conclusión de que la colocación de la sujeción mecánica no ha disminuido el riesgo de caídas, sin embargo, la experiencia clínica también nos indica que, en algunas ocasiones, se hace necesaria su utilización. Actualmente ha habido una disminución en la utilización de este tipo de intervenciones en Europa, ya que es el último recurso a utilizar. Además, el aumento de estudios y el desarrollo de conocimientos les han permitido emplear otro tipo de recursos.

Prevalencia a nivel mundial de las sujeciones

España presentaba en 1997 una alta tasa de sujeciones, con un 39,6%; seguida de Francia con un 17,1%; luego Italia con el 16,6% y Estados Unidos que las utilizaba en un 1,5%.

Países como Islandia (8,5%) Japón (4,5%) y Dinamarca (2.2%) tienen las cifras más bajas en cuanto a la utilización de las sujeciones físicas en pacientes en edad avanzada.

¿Cuál es el panorama en Latinoamérica?

La región cuenta con una escasa bibliografía sobre el tema. Se han realizado pocos estudios para mostrar la prevalencia de sujeciones en los países latinoamericanos. En Centroamérica, Guatemala, Nicaragua y Honduras muestran tendencias al alza. Solamente Costa Rica ha tomado cartas en el asunto presentando un protocolo de actuación.

La mayoría de los estudios han demostrado que las barandas se encontraban en posición en el momento de la caída del paciente. Una gran proporción de estos pacientes (50%) presentaban problemas mentales y cayeron al intentar bajar por encima de las barandas. Paradójicamente, aunque en muchas oportunidades las barandas ocasionan daño y pueden representar un riesgo para el paciente, éstas se utilizan en 8,4% de las hospitalizaciones como medida de prevención sin estar realmente indicadas como método de restricción en pacientes que pueden deambular en forma segura. Este evento adverso se asocia con frecuencia con los cambios en la intensidad de la luz, el amanecer o el atardecer.

Sujeción, restricción o Amarres...

Sujeción: Cualquier método aplicado a una persona, adyacente a ella, que limite su libertad de movimientos, la actividad física, o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, y que no es fácil de remover.

Restricción: Cualquier método aplicado a una persona, adyacente a ella, que limite su libertad de movimientos, la actividad física, o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo, y que no es fácil de remover.

Inmovilización o restricción terapéutica: uso de procedimientos físicos, mecánicos o farmacológicos dirigidos a limitar los movimientos en forma parcial o total en un paciente, a fin de controlar su actividad física y protegerlo de autoagresiones o de lesionar a otras personas.

¿Cómo se clasifican las sujeciones?

Química: uso de medicamentos para controlar el comportamiento o para restringir el movimiento del paciente.

- **Mecánica:** dispositivo, material o equipo, unido o cercano al individuo utilizado con el fin de prevenir el libre movimiento o el acceso normal a su cuerpo. Estos dispositivos no pueden ser controlados ni fácilmente retirados por la persona inmovilizada. La silla neurológica, el chaleco inmovilizador, los sujetadores de tobillos y manos, y las sábanas de movimiento, entre otras, son las más comúnmente usadas. Sin embargo, estas medidas han despertado gran controversia ante la preocupación por el respeto de los derechos humanos y la libertad de civiles.

- **Física:** procedimiento que involucra uno o más miembros de un equipo entrenado en contacto cercano con el paciente y que se caracteriza por que no utiliza elementos de restricción mecánica.

Las Sujeciones también pueden ser temporales o crónicas. Las temporales son aquellas que se utilizan de forma excepcional y puntual en determinados momentos, horas y días (menos de 3 días) en los que la persona sufre un episodio de agitación y excitación.

Crónicas: Son aquellas que su utilización es superior a 2-3 días, o una semana, en muchos casos no se revisan las indicaciones de la sujeción y se dejan permanentes.

¿Cuándo está indicada la sujeción terapéutica?

- Agitación psicomotora
- Confusión mental
- Desorientación
- Riesgo de desplazamiento de catéteres, sondas o drenajes
- Paciente adulto mayor sin la compañía de familiar
- Autoagresión física o al personal de salud
- Agitación durante el parto
- Antes y durante el procedimiento quirúrgico
- Alto riesgo de auto agresión que no ha mejorado con otras intervenciones
- Alto riesgo de daño a la planta física
- Por solicitud de los familiares
- Para garantizar el estudio y tratamiento adecuados de un paciente en estado de agitación psicomotora

Contraindicaciones de la sujeción

- Como sustituto del tratamiento inicial
- Como castigo
- Como respuesta a la negativa del paciente al tratamiento o a otras actividades
- Por conveniencia del cuidador
- Uso en lugares donde esté prohibido por guías o protocolos previamente aceptados
- Personal sin entrenamiento.

El panorama en El Salvador:

- Población envejeciendo
- Poca investigación y resultados en este tema.
- Falencias técnicas en el personal sanitario
- Se cree que es normal amarrar a la persona que esta agitada
- No existe marco regulatorio para normar el uso y abuso de las sujeciones
- Hay sobrecarga de trabajo en el personal de enfermería.
- Síndrome del Burn out

¿Cuáles son los desafíos en una nueva era del cuidado?

- Debe ser un reto y una responsabilidad de país, que todas las iniciativas a favor de una atención de calidad en los mayores, tenga apoyo contundente por parte del Estado.
- Sociedad civil se empodere y exija el estricto cumplimiento de la ley
- Crear una norma regulatoria que vigile de cerca el tema de las sujeciones.
- Documentar bien a quienes se les indica una sujeción
- Que todas las sujeciones sean indicadas por un facultativo.
- Educación, sensibilización, y tecnificación del personal sanitario que presta atención en el correcto manejo de la persona adulta mayor.
- Fortalecer la Ley de la persona adulta mayor
- Educación continua en temas geronto-geriátrico
- Readecuación y rediseño de las residencias geriátricas para convertirlas en espacios amigables para la persona adulta mayor
- Indicación de medicamentos sicotrópicos bien justificada.
- Crear protocolos de intervención en los episodios de agitación y excitación.



Segundo día del
Primer Encuentro
Regional de
Gerontología Social



Panel foro: Los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Ámbito Internacional

El segundo día del Encuentro se inició con el panel foro: Los derechos de las personas adultas mayores en el ámbito internacional, cuyos ponentes fueron:

Ponentes

Licda. Wendy Acevedo (El Salvador)

Lic. Rodrigo Jiménez (Costa Rica)

Moderadora

Kenny Rodríguez, El Salvador.

Primera Ponencia

Licda. Wendy Acevedo (El Salvador)

Representante Alterna ante la Organización de los Estados Americanos OEA

Periodista de la Universidad Dr. José Matías Delgado de El Salvador. Máster en Diplomacia de la Academia Diplomática de Costa Rica-Universidad de Costa Rica (UCR), y de la Academia Diplomática Andrés Bello, de Chile.

Ingresó en Relaciones exteriores en 1998, fungiendo como Directora para Norte, Sur América y El Caribe así como Coordinadora Nacional Adjunta para los procesos de Cumbre de las Américas, Cumbre América Latina y El Caribe-Unión Europea, Cumbre Iberoamericana y Grupo de Río.

Como Representante Alterna de El Salvador ante la OEA a partir de 2010, ejerció la vicepresidencia del Grupo de Trabajo sobre Derechos Humanos de las Personas Mayores hasta el año 2014. Este grupo fue el encargado de la negociación de la Convención Interamericana sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores, adoptada por la Asamblea General de la OEA en junio de 2015.

Los derechos humanos de las personas mayores en el ámbito internacional

La preocupación por los derechos humanos de las personas mayores en el ámbito internacional ha venido evolucionando en las últimas décadas, pasando de ser un tema de interés meramente

restringido a los ámbitos gerontológicos o de la salud, a ser un tema presente en las agendas nacionales, foros y organismos internacionales al más alto nivel. Este interés responde a una realidad innegable: el envejecimiento de la población.

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las personas mayores son el grupo de personas de más rápido crecimiento en la región de las Américas: 150 millones de personas tienen 60 años o más, de las cuales el 60% son mujeres. Para 2030, 1 de cada 5 personas tendrá 60 años o más y sumaran más de 225 millones de individuos, siendo Suramérica la sub-región donde el incremento del número de personas mayores será más significativo. Para el 2050, el número de personas de 60 años o más será aproximadamente de 318 millones equivalente a 1 de cada 4 personas.

Estas cifras han obligado a buscar respuestas para las siguientes preguntas ¿Estamos preparados para enfrentar los retos que plantea esa nueva realidad?; ¿Contamos con políticas públicas integrales con enfoque de derechos para atender las necesidades específicas de este creciente grupo poblacional?; ¿Cuál es la situación actual de las personas mayores en la región y el mundo?; ¿Son sus derechos humanos respetados?

Además del compromiso del respeto irrestricto a los derechos humanos consagrados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la comunidad internacional ha intentado establecer parámetros y lineamientos comunes para orientar sus acciones hacia la promoción y protección específica de los derechos humanos de las personas adultas mayores, algunos de ellos son:

- Los Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad (1991)
- La Proclamación sobre el Envejecimiento (1992)
- La Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002)

A pesar de contar con estos instrumentos vigentes, es justo reconocer que la situación de la persona adulta mayor continua siendo precaria, especialmente para las mujeres, dada su histórica situación de discriminación y a la creciente feminización del envejecimiento.

Cada región del mundo y cada Estado, interpretan y aplican los instrumentos universales y regionales, vinculantes o no, de acuerdo a sus realidades, recursos o visión sobre la importancia de la promoción y protección de los derechos humanos de sus personas adultas mayores, de manera heterogénea y dispersa.

Existen de manera paralela dos visiones al respecto: algunas regiones sostienen que una eficaz protección de estos Derechos, puede alcanzarse mediante la mejor implementación de los mecanismos e instrumentos ya existentes; mientras que para un número creciente de países,

entre ellos los de América Latina y El Caribe, el objetivo de una mayor protección puede ser alcanzado mediante un instrumento jurídicamente vinculante.

La perspectiva de la Unión Europea

El accionar de los Estados miembros de la Unión Europea y del Consejo Europeo en materia de derechos humanos de las personas mayores está enmarcado en los siguientes instrumentos y normas:

- El Convenio Europeo de Derechos Humanos (cuya aplicación es supervisada por la Corte Europea de Derechos Humanos)
- La Carta Social Europea
- La “Recomendación sobre la promoción de los derechos humanos de las personas mayores” (2014)

Los primeros dos instrumentos de carácter vinculante, no hacen referencia explícita a las personas mayores, sino que establecen disposiciones de carácter general. La Recomendación sobre la promoción de los derechos humanos de las personas mayores, es un nuevo estándar del derecho blando, no vinculante, que surgió en respuesta a los cambios demográficos en Europa (incremento del número de personas mayores y aumento de la esperanza de vida)

El objeto de la Recomendación es promover, proteger y asegurar el goce pleno de todos los derechos humanos por parte de este grupo social y promover el respeto de su dignidad inherente.

Incluye 54 medidas estructuradas en siete ejes principales:

- Ámbito de aplicación y principios generales,
- No discriminación,
- Autonomía y participación,
- Protección contra la violencia y el abuso,
- Protección social y empleo, asistencia y administración de justicia
- salud

África

La Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos o Carta de Banjul, constituye el marco normativo del sistema africano de derechos humanos, esta incluye algunas disposiciones relativas a los derechos de las personas mayores

La Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, estableció un grupo de trabajo sobre los derechos de las personas mayores y las personas con discapacidad para elaborar un documento conceptual de base para un proyecto de protocolo sobre los derechos de estos grupos poblacionales.

La visión africana es contar con un instrumento que no reemplace a un tratado internacional de promoción y protección de los derechos humanos de las personas mayores, sino que lo complemente, bajo la premisa que los derechos humanos consagrados en los convenios de Naciones Unidas, son universales e independientes de los avances regionales.

La Comisión Africana adoptó el proyecto de Protocolo sobre los Derechos de las Personas de Edad en Costa de Marfil en 2012 pero deben concluir los procedimientos propios de la Unión Africana, antes de ser remitido a aprobación de la Asamblea de Jefes de Estado y de Gobierno.

El protocolo define cuatro principios para incorporar como base de las políticas y legislaciones en la materia:

- la independencia,
- la dignidad,
- la realización personal,
- la participación y la atención de las personas mayores.

La región de las Américas

La región de las Américas ha sido siempre pionera en materia de protección de Derechos Humanos de grupos vulnerables y en el caso de las personas adultas mayores no ha sido la excepción. Además de los instrumentos interamericano y universal de derechos humanos, se cuentan con los siguientes:

- La Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2003)
- La Declaración de Brasilia (2007)
- El Plan de Acción de la Organización Panamericana de la Salud sobre la Salud de las personas mayores, incluido el envejecimiento activo y saludable (2009)
- La Declaración de Compromiso de Puerto España (2009)
- La Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y El Caribe (2012)
- La Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, recientemente adoptada durante el XLIV Periodo Ordinario de Sesiones de la Asamblea General de la OEA, en Washington D.C., junio de 2015.

La Convención Interamericana sobre Derechos Humanos de las Personas Mayores constituye el primer instrumento vinculante en materia de derechos humanos de las personas mayores, y por ende, establece un precedente importante y referencia para otras regiones del mundo.

La OPS, la OEA y la CEPAL, consideran que la misma constituye un marco unificador, conceptual y legal para desarrollar e implementar estrategias universales, regionales, nacionales y locales sobre el envejecimiento activo y saludable, ayudando a que nuestra región supere muchos de los retos que continúa enfrentando en el área del envejecimiento activo y saludable.

El objeto de la convención es promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce del ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayores, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad.

Parte del reconocimiento de que todos los derechos humanos y las libertades fundamentales existentes se aplican a las personas mayores en igualdad y sin discriminaciones por razones de edad (Art. 5). De manera simultánea ofrece una contextualización de los derechos humanos en el marco de envejecimiento y aporta elementos novedosos como la inclusión del tema de los cuidados paliativos (art 6 derecho a la vida y la dignidad en la vejez), el derecho a la independencia y la autonomía y los derechos de la persona que recibe servicios de cuidado a largo plazo.

La entrada en vigor de la Convención permitirá:

- La adopción de medidas legislativas administrativas, judiciales, presupuestarias y de cualquier otra índole, incluido un adecuado acceso a la justicia a fin garantizar a la persona mayor un trato diferenciado y preferencial en todos los ámbitos.
- El fortalecimiento o incorporación de un enfoque de derechos humanos en las políticas relativas al envejecimiento, tanto a nivel internacional como nacional, brindando el marco para que los Estados en conjunto con la Sociedad Civil velen por la promoción y el respeto de los derechos humanos de las personas mayores y atiendan sus demandas e intereses, favoreciendo su empoderamiento y participación activa en la sociedad.
- Coadyuvar a revalorizar el rol de la persona mayor en nuestras sociedades, motivando el intercambio intergeneracional y una mayor conciencia sobre las contribuciones que hacen las personas mayores a la sociedad en su conjunto.

La región de las Américas es la primera en todo el mundo que ha logrado, después de cinco años de trabajo, consolidar en un solo instrumento de orden vinculante, los derechos y libertades de las personas mayores. Su adopción no debe considerarse un objetivo final sino el inicio del proceso de transformación. Ha sido firmada por cinco Estados miembros de la OEA (Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay)

Hacia una convención universal en Naciones Unidas y otros medios para la promoción y protección de los derechos humanos de las personas mayores

Naciones Unidas está realizando una serie de acciones que buscan la creación y aprobación

de una convención universal para la promoción y protección de los derechos humanos de las personas mayores, algunos de estos esfuerzos son;

- Nombramiento de la Sra. Rosa Kornfeld como Experta Independiente para el disfrute pleno de los derechos humanos de las personas mayores del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, en septiembre de 2013.
- Creación del Grupo de Trabajo de Composición Abierta sobre el Envejecimiento, con el propósito de aumentar la protección de los derechos humanos de las personas de edad examinando el marco internacional vigente en materia de derechos humanos de las personas de edad y determinando sus posibles deficiencias y la mejor forma de subsanarlas.

El Salvador, al igual que otros países de la región, consideran que ha culminado la fase de diagnóstico sobre la situación de las personas adultas mayores y la identificación de las brechas existentes en el plano internacional, por lo que deben concentrarse las acciones futuras del Grupo de Trabajo en avanzar hacia el análisis del contenido de un proyecto de Convención, estableciendo los mecanismos idóneos para avanzar en este objetivo.

Asimismo, coordina y participa activamente en las actividades que impulsa el Grupo de Amigos de las Personas Mayores creado en 2013, como iniciativa inter-regional para abogar, entre otras metas y medidas, por la creación de una Convención Internacional para los Derechos y Dignidad de las Personas. Una de las acciones realizadas recientemente ha sido la Campana "60+ Si Cuenta" con motivo del Día Internacional de las Personas Adultas Mayores que se conmemora el 1 de octubre, para la visibilización y sensibilización sobre el valor y aportes de las personas adultas mayores.

Próximos encuentros de alto nivel para abordar los derechos humanos de las personas mayores

- La Conferencia Asia-Europa sobre Envejecimiento global y los derechos humanos de las personas adultas mayores, Seúl, Corea, del 26 al 28 de octubre 2015.
- Cumbre Mundial Humanitaria (Estambul, mayo 2016)
- Cuarta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento: a realizarse en Paraguay en 2017

Segunda Ponencia

Rodrigo Jimenez Sandoval, Costa Rica

Jurista, especialista en derechos humanos, perspectiva de género y poblaciones en situación de riesgo social. Estudió Licenciatura de Derecho en la Universidad de Costa Rica, Especialidad en Derecho Internacional en la Universidad de Costa Rica, maestría en administración de negocios en la National University de San Diego California y estudios de doctorado de la National University de Irlanda en Derechos Humanos

Es docente de la Universidad de Alabama, Universidad de El Salvador, Universidad Landívar de Guatemala, Universidad de San Carlos Guatemala, Universidad Nacional de Panamá, Universidad de las Américas de Panamá, Universidad de Costa Rica, Universidad Nacional a Distancia, Universidad Nacional de Costa Rica, Universidad Diego Portales de Chile, Instituto Tecnológico de Santo Domingo de la República Dominicana, Universidad Javeriana de Colombia, Universidad Iberoamericana de México, FLACSO Ecuador-México y Universidad para la Paz de las Naciones Unidas. Miembro del Consejo Consultivo de Estudios de Género de la Universidad de Toronto. Es catedrático de la Universidad Autónoma de Centroamérica.

Consultor en el tema de Derechos Humanos de Personas Adultas Mayores: Instituto Latinoamericano de las Naciones Unidas para la Prevención del Delito, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Poder Judicial de Paraguay, Poder Judicial de Costa Rica, Poder Judicial de Panamá, Organización Internacional del Trabajo, Banco Interamericano de Desarrollo Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo entre otros.

Los derechos de las personas adultas mayores en el ámbito internacional

El sistema interamericano de protección de la Organización de Estados Americanos vuelve a ponerse en la vanguardia de la protección de los derechos humanos con la aprobación de la Convención Interamericana para la Protección de los Derechos de las Personas Mayores.

La lucha por el reconocimiento de los derechos de esta población surge desde 1948 cuando el gobierno de la Argentina le propone a las Naciones Unidas la Declaración de los Derechos de las Personas Mayores.

Esta propuesta incluía la asistencia, la acomodación, alimentos, vestido, salud, recreación, trabajo, entre otros este proyecto se remitió al Consejo Económico, Social el cual remitió a la Comisión de los Derechos Humanos no dándole el seguimiento necesario.

En 1991 otro país latinoamericano, la República Dominicana presentó la Declaración sobre los derechos y responsabilidades de las personas de edad que se constituyó como la base de los principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de edad aprobado por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1991. Esta Declaración aborda los temas sobre: a) independencia relacionado con la salud, el trabajo y la educación; b) la participación ciudadana en los espacios políticos y asociativos; c) cuidados de la familia o en las residencias; d) autorrealización en educación, salud, trabajo, espiritualidad entre otros; e) vida digna a vivir libre de violencia y vivir en dignidad.

En dicha declaración la comunidad internacional reconoce la situación de marginación y discriminación que viven las personas mayores. En 1999 de nuevo la República Dominicana propone el tema ante la Comisión de Desarrollo Social con un nuevo proyecto de Declaración donde se hacía un llamado a promover y respetar los vínculos existentes entre en los espacios comunitarios. En ese mismo año la American Association of Retired Persons de los Estados Unidos puso a consideración la carta por una sociedad para todos que incluía ciertos derechos desde la perspectiva de las personas mayores.

Ese mismo año en 1999 la Asamblea Nacional de Naciones Unidas Declara el Año Internacional de las Personas Mayores.

En los tratados internacionales de protección social la referencia específica a personas mayores es muy tangencial si se refiere principalmente a la seguridad social y el derecho a una vida digna. Ejemplo de ello es la mención al derecho a prestaciones sociales en la vejez en el caso de la Declaración Universal de Derechos Humanos o la mención que hace el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales en relación al derecho a la seguridad social y al seguro social.

También la Convención para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer la CEDAW prohíbe explícitamente la discriminación por razones de edad el cual se amplía en la Convención sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares y se refuerza en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Está última Convención incluye diversos derecho donde surgen una serie de similitudes desde la perspectiva de las personas mayores no siendo extraño que muchos sus perspectiva sean tomadas en cuenta en instrumentos jurídicos posteriores.

Son en las recomendaciones u observaciones de varios de los Comités de Derechos Humanos del sistema universal de protección de los derechos humanos donde se amplía la interpretación de los derechos consagrados en los textos desde la visión de las personas mayores.

Un ejemplo de ello es la recomendación N 6 del Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales donde se interpreta diversos artículos del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales como son: a) el artículo 3 donde se deberá prestar atención especial a las mujeres de edad avanzada la necesidad de crear subsidios y otros subsidios para aquellas que carezcan de recursos. b) Los artículos 6, 7 y 8 sobre el derecho al trabajo donde se hace énfasis a la discriminación por edad, la necesidad de garantizar condiciones seguras hasta la jubilación, el derecho al trabajo de la población mayor entre otros c) El artículo 9 sobre la seguridad social donde se establece la necesidad de fijar regímenes generales para un seguro de vejez obligatorio d) El artículo 10 sobre la protección a la familia establece la observación la necesidad de crear servicios sociales de apoyo familiar e) artículo 11 sobre el nivel de vida adecuado donde se enfatiza la importancia de satisfacer las necesidades básicas de la alimentación, cuidados entre otros f) El artículo 12 en relación al derecho a la salud física y mental determina la necesidad de intervenciones sanitarias dirigidas a mantener la salud en la vejez g) Artículo 13 sobre educación y cultura donde se hace énfasis en el derecho a la educación que tiene las personas mayores.

Otro ejemplo es la Recomendación General N 27 del Comité de la CEDAW donde el tema específico es sobre las mujeres mayores y la protección de sus derechos humanos. La recomendación identifica las formas en que se manifiesta la doble discriminación que sufren las mujeres mayores por razones de sexo y de edad.

Hace referencia a la violencia que sufren las mujeres mayores, los estereotipos que se construyen en el sistema patriarcal para la generación de prejuicios discriminatorios. La interpretación del derecho a la salud, educación, trabajo y empoderamiento económico desde una perspectiva de género y etárea tomando en cuenta las desventajas que sufren el colectivo de mujeres mayores.

En el ámbito de América Latina y el Caribe se aprueba la Carta de San José en el año 2012 documento que recoge las diversas percepciones de los derechos humanos desde la población mayor sirve de base para la elaboración de la Convención Interamericana para la Protección de los Derechos de las Personas Mayores.

Tomando como base estos antecedentes los representantes de los Estados Americanos mantienen una serie de reuniones para la elaboración de la Convención. Durante estas sesiones se evidencian una serie de prejuicios y estereotipos que iban a incidir en retroceso conquistados por otras poblaciones como es el caso del artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas Mayores que luego de una serie de discusión se logra mantener estos avances.

En junio del 2015 la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos se aprueba la primera convención sobre los derechos de las personas mayores en el mundo.

Este instrumento internacional se convierte en fundamental para lograr el pleno goce y disfrute de los derechos de las personas mayores.

Al ser una Convención de Derechos Humanos una vez incorporado en los ordenamientos jurídicos de los Estados de la región se convierte en una fuente primaria de aplicación jurídica en algunos Estados por encima de las normas constitucionales y en otros por encima de las normas legales.

Su abordaje debe partir conforme a los componentes del fenómeno jurídico como son: i) el componente formal normativo compuesto por el texto de la Convención ii) el componente estructural que se conforma por la interpretación, implementación y aplicación de la norma y iii) el componente político cultural que hace referencia a las creencias y conciencia tanto de las personas sujetas de derecho o personas obligadas a cumplirlos.¹

Tomando como base los componentes del fenómeno jurídico se determinan los pasos a seguir para lograr la vigencia de los derechos consagrados en dicha convención que se resume en los siguientes pasos:

1. Firma:

Es parte de la manifestación de la voluntad de un Estado que ha participado en la negociación de la Convención es su primera manifestación que está de acuerdo con lo negociado y que es el texto definitivo.

1 Facio Montejó Alda. Cuando El Género Suená Cambios Trae . ILANUD San José 1995

La Convención de Viena sobre el derecho de los tratados el texto queda como auténtico y definitivo mediante la firma ad referendum tiene un peso político al manifestar los Estados la determinación de continuar con el proceso que se reserva con la rubrica o ad referendum que se dará con la ratificación donde adquiere fuerza jurídica

Con la firma el Estado no se obliga hasta la ratificación, con la firma el Estado signatario no debe obstaculizar el fin y objetivo del tratado. Los primeros países que firmaron la Convención fueron Argentina, Brasil, Costa Rica, Chile y Uruguay.

Para lograr la firma se hace necesario el desarrollo de acciones de cabildeo ante los Ministerios de Relaciones Exteriores de cada país que expresen su voluntad de no obstaculizar el texto y dar seguimiento a las posibilidades de la ratificación. El espacio de negociación y diálogo debe estar dirigido a las autoridades de dicho Ministerio y en el ámbito presidencial.

2. Ratificación:

Es por medio del cual un Estado perfecciona su manifestación de voluntad desde la perspectiva del derecho internacional expresando de esta manera la voluntad de obligarse en el ámbito nacional donde formará parte del ordenamiento jurídico interno y el depósito ante la Organización de Estados Americanos es la expresión del Estado de obligarse ante la comunidad internacional y someterse a los efectos de este reconocimiento por medio de los mecanismos establecidos para la protección de los derechos humanos como son la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

El proceso de ratificación varía según lo establecido en las normas constitucionales de cada uno de los Estado de la región por lo general involucran la voluntad de la función ejecutiva del Estado por medio del Ministerio de Relaciones Exteriores, la voluntad de del Parlamento donde se requiere una votación calificada y de previo puede ir a una consulta de constitucionalidad ante la jurisdicción constitucional para determinar si existen choque de constitucionalidad.

En el caso de la Convención se debe establecer una serie de estrategias de cabildeo en las diversas instancias ya que han venido circulando una serie de tergiversaciones sobre el texto basadas en los siguientes argumentos:

- i) La segmentación de los derechos humanos en derechos de las mujeres, personas con discapacidad, niños/as y personas mayores debilitan la integralidad de los derechos humanos. Este argumento parte de un enfoque androcéntrico que no permite incorporar la perspectiva de género donde se evidencie las diferentes necesidades que tienen los seres humanos según la edad, la condición económica, la etnia, discapacidad, diversidad entre otros. El desarrollo de nuevos enfoques de los mismos derechos humanos desde las perspectiva de la diversidad de los seres humanos permite incorporar igualdad sustantiva dando un trato diferentes en

situaciones que así lo requieran siempre y cuando se objetivo, razonable y justificable.

- ii) Se cuestiona el artículo 6 que reconoce el derecho a vivir una vida digna el artículo 7 referente a la autonomía personal para tomar sus propias decisiones y el artículo 16 sobre la privacidad y la intimidad. Este cuestionamiento lo relacionan con la eutanasia. Las personas mayores son sujetas de derecho con plena capacidad de actuar y en caso de que existan discapacidad que afecten la capacidad plena deberá contar con servicios de apoyo y salvaguardas para garantizar que se cumpla su plena voluntad. El hecho de que tengan el derecho contar con un consentimiento informado en cualquier tratamiento médico se liga al derecho a vivir una vida digna conforme los intereses y deseo de la persona mayor. El ejercicio no tiene nada que ver con el suicidio como lo ligan los que se oponen a la firma y ratificación de la Convención.
- iii) Los derechos sexuales y reproductivos del artículo 19 no es prioritario para las personas mayores. Se refuerza el prejuicio de que la población no debe de gozar del derecho a la sexualidad y desconoce principios establecidos en la Declaración de El Cairo.

Estos argumentos mal intencionados debe ser enfrentados científicamente y bajo los principios de los derechos humanos para no permitir que los fundamentalistas religiosos impacten en la aprobación de este instrumento tan necesario para la vigencia de los derechos de las personas mayores.

La ratificación implica que la Convención pasa a ser parte del ordenamiento jurídico del Estado con una jerarquía superior ya sea a las normas constitucionales o legales según sea el caso de cada país.

Una vez ratificada el Estado hará la adhesión del Estado a la Convención ante la Organización de Estados Americanos expresando su voluntad de comprometerse ante la comunidad internacional y de esa manera se pone en vigencia los mecanismos de internacional de monitoreo y evaluación del cumplimiento de las obligaciones por parte en este caso concreto de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

3. Armonización de la Legislación Interna con la Convención Interamericana para la Protección de los Derechos de las Personas Mayores

La armonización es una obligación establecida en los diferentes instrumentos internacionales y reconocida en el artículo 4 de dicha convención.

La Convención Americana de Derechos Humanos en su artículo 2 establece si en el ejercicio de los derechos y libertades mencionados en el artículo 1 no estuviere ya garantizado por

disposiciones legislativas o de otro carácter, los Estados partes se comprometen a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones de esta Convención, las medidas legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos tales derechos y libertades.

Las implicaciones que surgen:

- 1) Los Estados están obligados a cumplir con los tratados que han suscrito, y deben hacerlo de buena fe y en forma directa.
- 2) Si existe algún impedimento de cualquier clase en el orden interno, ese obstáculo debe ser removido.
- 3) Un Estado no puede alegar la soberanía ni la conformidad con el ordenamiento jurídico interno ni la patria libre como causas para excluirse de la sujeción de determinados actos a la jurisdicción internacional y mucho menos a la de los derechos humanos.

Las situaciones más comunes que se presentan son:

- a. Normas contradictorias: La existencia de normas (constitucionales, legales y reglamentarias) que resultan inadecuadas a los instrumentos internacionales de DDHH, sea por contradicción entre la normativa interna y la internacional, o por insuficiente protección según los estándares internacionales.
- b. Ausencia de Normas: En otros casos, no es la existencia de normas inadecuadas lo que genera el problema, sino su ausencia, lo que requiere la necesidad de adoptar medidas legislativas.

Ello implica incorporar el orden jurídico de cada país las obligaciones asumidas en la Convención como realizar i) reformas constitucionales ii) promulgar leyes iii) derogar normas jurídicas y iv) aprobación de políticas públicas.

Todas estas obligaciones del Estado implican una serie de acciones como son la evaluación de la normas del ordenamiento jurídico tomando como base la Convención para determinar las contradicciones y los vacíos existentes.

Identificados las contradicciones y los vacíos se hace necesario la aprobación y derogación de normas.

En el caso de las políticas públicas el proceso es muy semejante a la armonización legislativa identificar las contradicciones, los vacíos y desarrollar las líneas estratégicas. Una vez definidas las políticas públicas estas deben de ser acompañadas por un plan de acción o estratégico que se traslade a los planes operativos anuales o anuales operativos que garanticen contenido presupuestario para la ejecución de las acciones.

4. Control de Convencionalidad

El control de convencionalidad, aparece por primera vez con dicha denominación en la jurisprudencia contenciosa de la Corte IDH en el caso *Almonacid Arellano vs. Chile*.²

Años después el juez de la Corte IDH Sergio García Ramírez, en sus votos de los casos *Myrna Mack y Tibi*, realiza una aproximación conceptual al control de convencionalidad en la sede interamericana y en el ámbito interno de los Estados.

Entraña la aplicación del derecho internacional de los derechos humanos, nacionalmente aceptado y colectivamente formulado, en lo que toca a definiciones de derechos, asignación de responsabilidades y consecuencias jurídicas de los hechos ilícitos contraventores de aquel orden.

En el ámbito internacional o externo es semejante a lo denominado control de constitucionalidad. Lo realiza la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y Corte Interamericana de Derechos Humanos así como en los mecanismos de protección tanto en el sistema universal como americano de protección de los derechos humanos.

La Convención establece el mecanismo de seguimiento en los artículos 33 y siguientes el Comité de Expertas/os que busca monitorear el cumplimiento de las obligaciones establecidas.

En el caso de la convencionalidad interna es responsabilidad de operadores/as de justicia jueces/as y la jurisdicción constitucional. Consiste en una 'comparación' entre el derecho local y el supranacional. Su finalidad es velar por el efecto útil de los instrumentos internacionales, sea que surja de los tratados, del *ius cogens* o de la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

En el caso de la Corte Interamericana de Derechos Humanos lo utiliza si el caso llega a sus estrados.

Consiste el control en verificar la compatibilidad de las normas y demás prácticas internas con la CADH, la jurisprudencia de la Corte IDH y los demás tratados interamericanos de los cuales el Estado sea parte. Es una obligación que corresponde a toda autoridad pública en el ámbito de sus competencias.

Para efectos de determinar la compatibilidad con la CADH, no sólo se debe tomar en consideración el tratado, sino que también la jurisprudencia de la Corte IDH y los demás tratados interamericanos de los cuales el Estado sea parte como es el caso de la Convención Interamericana para la

² 124. La Corte es consciente que los jueces y tribunales internos están sujetos al imperio de la ley y, por ello, están obligados a aplicar las disposiciones vigentes en el ordenamiento jurídico. Pero cuando un Estado ha ratificado un tratado internacional como la Convención Americana, sus jueces, como parte del aparato del Estado, también están sometidos a ella, lo que les obliga a velar porque los efectos de las disposiciones de la Convención no se vean mermadas por la aplicación de leyes contrarias a su objeto y fin, y que desde un inicio carecen de efectos jurídicos. En otras palabras, el Poder Judicial debe ejercer una especie de "control de convencionalidad" entre las normas jurídicas internas que aplican en los casos concretos y la Convención Americana sobre Derechos Humanos. En esta tarea, el Poder Judicial debe tener en cuenta no solamente el tratado, sino también la interpretación que del mismo ha hecho la Corte Interamericana, intérprete última de la Convención Americana. En el mismo sentido: *Caso La Cantuta Vs. Perú*. Fondo, Reparaciones y Costas.

Protección de los Derechos de las Personas Mayores.

Es un control que debe ser realizado ex officio por toda autoridad pública y su ejecución puede implicar la supresión de normas contrarias a la CADH o bien su interpretación conforme a la CADH, dependiendo de las facultades de cada autoridad pública.

El control de convencionalidad está relacionado con el componente estructural implica una labor de interpretación jurídica.

5. Fortalecimiento del Control Ciudadano

Resulta necesario implementar a nivel de la sociedad civil procesos sensibilización y concienciación para facilitar su aplicación, conocimiento y exigencia para garantizar con mayor fuerza su implementación.

Estas acciones van dirigidas a promover la exigibilidad de los derechos por parte de la población mayor. Ello implica el desarrollo de campañas de concienciación, capacitación a líderes/zas y miembros/as de la sociedad civil y desarrollo de material didáctico que facilite el conocimiento de las leyes y el empoderamiento de la población para que exijan el cumplimiento de la Convención.

Otro instrumento fundamental de control ciudadano es la elaboración de los informes sombra sobre la implementación de la Convención que se presentan ante el Comité de expertos de la Convención.

Es importante tomar en cuenta que también se presentan informes ante otros Comités del sistema americano o universal que puede partir de los parámetros establecidos de los derechos de las personas mayores.

La sociedad civil también puede exigir o presentar informes ante las Defensorías y Procuradurías de Derechos Humanos para que utilicen los derechos establecidos en la convención y realicen labores de seguimiento.

La implementación de Observatorios Ciudadanos para monitorear y seguimiento de la implementación de la Convención donde se dé a conocer los avances en la armonización, control de convencionalidad, buenas prácticas de implementación entre otros

Por último la litigancia estratégica se convierte en otra herramienta que la ciudadanía puede utilizar para promover la implementación de la Convención. Se hace necesario capacitar a profesionales en derecho, identificar casos con un impacto importante en la comunidad jurídica y medir las posibilidades de éxito de la litigancia.

Todas estas acciones se entrelazan e impactan unas en las otras, es fundamental articular las acciones para avanzar en el goce y disfrute de los derechos.

En conclusión se cuenta con las herramientas necesarias para realizar los cambios pero es necesario implementar las estrategias debidas para aprovechar la oportunidad.



Paletas
Charamusca

Una vida de dulzura y color. Fotografía por Edgardo Arriano Rivas Barillas.

Panel foro: Diversidad Sexual y persona adulta mayor

Ponentes

Licda. Andrea Ayala (ESMULES El Salvador)

Lic. Cruz Torres (El Salvador)

Dra. Sabrina Rossi (Uruguay)

Moderadora

Msc. Nadia Jennifer Soundy (AGESAL)

Primera Ponencia

Dra. Sabrina Rossi (Uruguay)

Psicóloga de la Universidad de la República de Uruguay. Magister en Psicología Social, Facultad de Psicología UDELAR. Post grados en Gestión Pública; Jóvenes, Juventudes y Políticas Públicas; Diplomatura en Psicoterapia en Servicios de Salud; especialización en Psicoanálisis y especialización en Psicodrama Psicoanalítico.

Es docente del Instituto de Psicología de la Salud, Programa Género, Salud Reproductiva y Sexualidades de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. Es además jefa del Departamento de Coordinación Institucional del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INMAYORES) del Ministerio de Desarrollo Social. Entre 2006 y 2014 fue docente del Instituto de Psicología Social, del Programa de Psicología Social Comunitaria, fue Integrante del subprograma Psicología Comunitaria y políticas públicas. Entre 2004 y 2006 fue docente Colaboradora Honoraria de la Cátedra Libre de Ética y Derechos Humanos de la Facultad de Psicología. UDELAR.

Para comenzar mi exposición, vamos a presentar cuatro conceptos: **sexualidad, sexo, género y diversidad sexual**

Sexualidad

El concepto surgió a mediados del S XVIII. Como señala Foucault (1991), la sexualidad ha sido conceptualizada como una amenaza a controlar por los Estados, donde uno de los objetivos primordiales era disciplinar los cuerpos, normalizar las conductas e inclusive controlar la reproducción.

Este control social sobre la sexualidad ha generado una tensión interdimensional: Lo que se desea hacer, lo que se hace y lo que se dice que se hace.

Existen dos fines de la sexualidad: Erótico/placentero y reproductivo.

Modelo hegemónico de sexualidad

- Su construcción es compleja
- El modelo es aprendido y aprehendido por las personas
- Produce y reproduce desigualdades
- Depende del momento socio-histórico
- El modelo hegemónico se identifica como: falocéntrico, coitocéntrico, adultocéntrico, genitalizado, homo/lesbo/transfóbico (heterocentrado), biologicista, preventivo (desconocimiento de la dimensión placentera)
- Centrado en la reproducción como finalidad primordial.

Heteronormatividad

Siguiendo los planteos de Butler (2001) la heteronormatividad puede ser definida como: el poder normalizador de la heterosexualidad y las normativas que garantizan y fortalecen su legitimidad social tanto a nivel de representaciones sociales, como en la subjetividad, en el ámbito de lo jurídico y los reglamentos, así como en las instituciones públicas y privadas. Este poder normalizador hace vivir como no problemático y natural una construcción social que legitima simbólicamente y materialmente la heterosexualidad, y que condena a todos aquellos que escapan a esa norma (gays, lesbianas, trans, etc.) a un lugar de subordinación social, en donde se vuelven algo meramente abyecto y a lo sumo burdas copias de lo considerado natural, bueno, necesario y sano. (Butler en Sempol, 2014, p.16).

Sexo

El sexo se refiere a las diferencias biológicas y genéticas entre varones y mujeres. Esto incluye las diferencias anatómicas y los caracteres sexuales primarios y secundarios. Hasta no hace mucho tiempo se pensaba que el sexo era innato, universal y no se podía cambiar. Esta diferencia social ha sido convertida en una productora de desigualdades.

Género

El género es el conjunto de características, atributos, marcas, permisos, prohibiciones y prescripciones, asignados diferenciadamente a las personas, en función de su sexo. Es una construcción social que establece también, pautas de relacionamiento y ejercicio de poder diferenciado para varones y mujeres. (De Barbieri, 1995; Scott, 1996; Lamas, 2002).

En las últimas décadas, esta definición se ha ido complejizando puesto que las sociedades humanas no siempre son dicotómicas, es decir, no siempre incluyen exclusivamente dos sexos (hombres y mujeres) y dos correlatos culturales (masculino y femenino). Los avances del movimiento de la diversidad sexual vienen haciendo cada vez más visibles otras realidades, fundamentalmente lo relativo a lo transexual, transgénero e intersexual.

Perspectiva de Género y Generaciones

Supone reconocer las desigualdades no solo entre varones y mujeres sino entre los propios varones y propias mujeres. Incorporar la perspectiva de género no es simplemente emplear en el diseño de Políticas y Programas el lenguaje inclusivo.

Diversidad Sexual

Se comienza a conceptualizar, como la entendemos hoy en día, a fines de la modernidad. Existen dos modos de encararla teóricamente: Los estudios de diversidad sexual se ubican entre la academia y la política. Posicionarse desde la diversidad sexual, reta a mirar un mundo sin categorías, donde las expresiones de la sexualidad, todas, tengan cabida y sean plenamente disfrutadas. (Careaga, 2001, p.462)

LGBTI

Desde el Siglo XIX hasta mediados del Siglo XX hubo distintos intentos de organización de grupos de personas homosexuales en Europa y Estados Unidos. La sigla no es estática y ha ido variando a medida que la sociedad fue ganando en complejidad y que fueron surgiendo nuevos colectivos con intereses y demandas propias. Desde un enfoque constructorista se producen transformaciones constantemente. El plano legal vulneraba los derechos de personas LGBTI, por lo que se ha hecho un despliegue de una serie de políticas públicas que apuntan a la inclusión social de poblaciones vulneradas, entre ellas la población LGBTI.

La Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos (Viena, 1993)

- La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD, El Cairo, 1994)
- La Conferencia Internacional sobre la Mujer (Beijing, 1995)

- Y Los principios de Yogyakarta (2006), los cuales establecen “el disfrute Universal de los Derechos Humanos”, así como “los derechos a la igualdad y a la no discriminación”

Los derechos reproductivos y los derechos sexuales son concebidos y enunciados como una unidad, pero no son lo mismo. Los derechos sexuales muchas veces son puestos en un segundo lugar en relación a los derechos reproductivos.

Las personas mayores sufren una doble invisibilización en relación al ejercicio de sus derechos sexuales y en el caso de las personas mayores LGBTI la discriminación y las dificultades en el ejercicio de su identidad o sexualidad generan una violencia que no es para todos visible.

El lugar de la participación social en la construcción de las políticas sociales

La incidencia en la agenda es fundamental para garantizar que las personas adultas mayores puedan gozar de su sexualidad plenamente. Es por ello que, los actores con diferentes incidencias y diversos temas son tomados como prioritarios (Ej. Movimiento de jubilados en Uruguay y búsqueda de la mejora en prestaciones económicas)

Acciones desde el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) en la última década.

- Reconocimiento de la identidad trans, incorporando dicha categoría en los formularios de acceso a beneficios sociales
- Apoyo al proceso de adecuación de la identidad de género, siguiendo la ley 18.620 que protege el derecho a la identidad de género.
- Otorgamiento de la Tarjeta Uruguay Social para personas trans
- Inclusión de cupos especiales para acceder a los programas de capacitación e inserción laboral, con énfasis en el proceso del Programa Uruguay Trabaja.
- Acciones de sensibilización.
- Llamado laboral para trabajar en el MIDES, destinado exclusivamente a personas trans, realizado a través de la Oficina Nacional de Servicio Civil.
- Algunos avances en el marco de intercambios en organismos internacionales.
- Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (Washington, 2015)
- Sesión de trabajo de la comisión permanente de adultos mayores junto al grupo de trabajo de colectivos LGBTI en el marco de la RAADDHH del Mercosur, ha tomado el tema.

Segunda Ponencia

Lic. Cruz Edgardo Torres

Licenciado en Psicología por la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas de El Salvador, Post grado en Bioética: Ética en la investigación de sujetos humanos. Estudios de Maestría en Ciencias Políticas de la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas.

Actualmente funge como Director de Diversidad Sexual en Secretaría de Inclusión Social. Impulsa dentro de las Instancias gubernamentales el tema de Derechos Humanos de la Población LGBTI de El Salvador. El coordina el primer Call Center de El Salvador para brindar asesoría, apoyo psicológico y orientación a la población LGBTI que sufra algún tipo de discriminación o vulneración de sus derechos.

Ha sido además Consejero Familiar y Terapeuta en el Proyecto de la Organización Fe y Alegría para la prevención de violencia a nivel comunitario en La Chacra, San Salvador y ha apoyado diversas investigaciones en temas de Derechos de la población LGBTI.

Marco institucional para la atención de la diversidad sexual

Existe un marco nacional concreto para el reconocimiento de derechos y la no discriminación de la población LGBTI:

Decreto Ejecutivo 56: Disposiciones para evitar la discriminación en la administración pública por razones de identidad de género y/o de orientación sexual.

Plan Quinquenal de Desarrollo, consigna a la población LGBTI como población prioritaria, asimismo, establece una línea estratégica para atender las necesidades de este grupo poblacional.

Código Penal, reformas a los artículos 129 y 155 que consignan agravantes cuando las amenazas y homicidios sean motivados por odio a la orientación sexual y la identidad y expresión de género.

Adicionalmente existe un marco internacional amplio y que está reconocido por El Salvador:

Resolución "Derechos Humanos, orientación sexual, identidad y expresión de género" (OEA)

Resolución CD52R6 "Abordar las disparidades de acceso a la salud de las personas LGBTI" (OPS-OMS)

Declaración Ministerial Core Group LGBTI (ONU)

Recomendaciones CIDH y EPU

Mapa político de actuaciones para impulsar la no discriminación:

El decreto Ejecutivo 56 permite cierto ámbito de actuación, focalizado en el Órgano Ejecutivo, esto permite trabajar con el personal de las instituciones de Gobierno Central en la comprensión de la diversidad sexual y la erradicación de prácticas de discriminación en la prestación de sus servicios.

Con los demás órganos del Estado, y con instituciones clave, se realizan acercamientos, procesos de sensibilización y asesoría sobre como implementar mecanismos que reduzcan la discriminación.

Se puede resumir el mapa de actuaciones de la siguiente forma:



Conceptos básicos relacionados a la diversidad sexual:



Generalmente se confunden diversos ámbitos relacionados a la sexualidad, y es importante en materia de comprensión de la diversidad, tener claridad sobre cada uno de ellos.

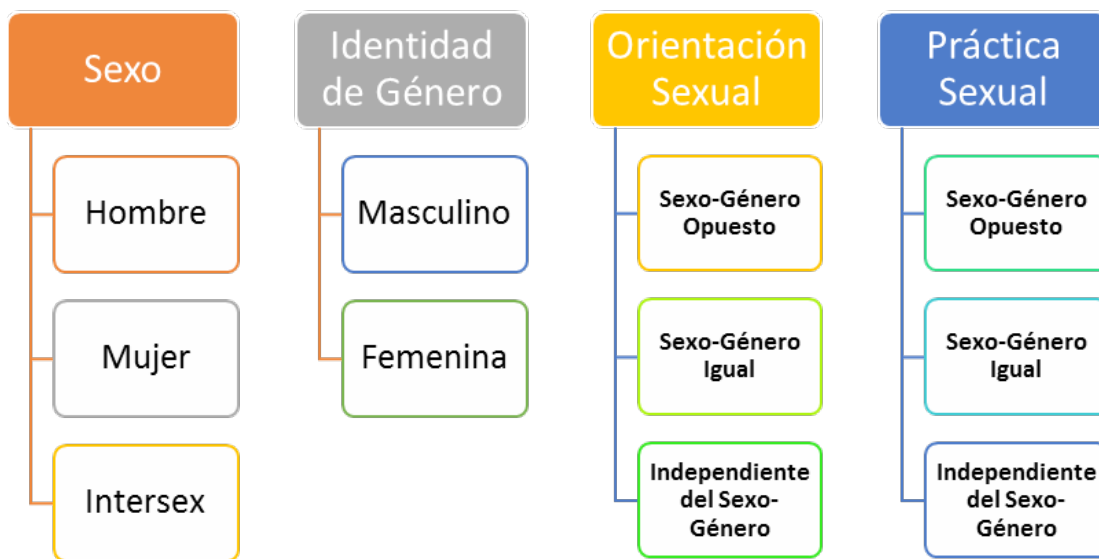
El término sexo lo referimos a los aspectos biológicos, es decir se nace hombre, mujer o persona intersexual.

Identidad de género es como nos percibimos respecto al sexo biológico y si hay coincidencia entre el sexo y la identidad atribuida al mismo. Así una persona pudo haber nacido con el sexo hombre e identificarse con el mismo, o nacer mujer e identificarse como mujer, pero en algunos casos su identidad de género puede ser diferente del sexo biológico. Una persona nacida hombre puede sentirse identificada como mujer o habiendo nacido mujer la identidad es como hombre, en tal caso estamos ante personas transgénero.

En el caso de la expresión de género no es solo que su identidad sea afín con un sexo diferente al biológico, sino que además la persona decide expresar en su vestimenta y comportamiento el sentir de esa identidad.

La orientación sexual se relaciona con quien una persona se siente atraída afectiva y físicamente, puede ser heterosexual, bisexual u homosexual, es importante señalar que la orientación sexual es más enmarcada en de quien la gente se enamora y construye relaciones de pareja estables y satisfactorias; lo cual es diferente a la práctica sexual, que es qué tipo de prácticas sexuales tiene una persona en un determinado momento, y que no necesariamente expresa la verdadera orientación sexual.

De tal suerte, que en la diversidad sexual podemos encontrar diferentes escenarios, siendo lo correcto identificarlos a todos para evitar confundir las expresiones relacionadas a la diversidad.



El reto de la despatologización:

Desde hace muchos años, la OPS y la APA han expresado que la orientación sexual diferente de la heterosexual no es una enfermedad psiquiátrica o una desviación sexual, con lo cual se descartan todos los tratamientos mal llamados de reconversión que solo constituyen una tortura psicológica a quienes los enfrentan.

La APA explica que "la orientación sexual es una atracción emocional, romántica, sexual o afectiva duradera hacia otros. Se distingue fácilmente de otros componentes de la sexualidad que incluyen sexo biológico, identidad sexual (en el sentido psicológico de ser hombre o mujer) y el rol social del sexo (respecto a las normas culturales de conducta femenina o masculina).

La orientación sexual existe a lo largo del continuo que va desde la heterosexualidad hasta la homosexualidad exclusiva e incluye diversas formas de bisexualidad. Las personas bisexuales pueden experimentar una atracción sexual emocional y afectiva hacia personas de su mismo

sexo y del sexo opuesto. A las personas con una orientación homosexual se les denomina a veces gay, a los hombres, y lesbianas, a las mujeres.

Personas adultas mayores LGBTI

Dentro del conglomerado humano, también debemos atender a las personas del LGBTI que forman parte de la población adulta mayor. Muchas de ellas forman parejas estables de muchos años, como son el caso de Norma y Ramona en Argentina, o Jack y John en Estados Unidos. Ellos buscan la misma estabilidad, compañía, respeto y derechos que el resto de personas adultas mayores.

Debemos tener cuidado con repetir los estereotipos que tanto nos lanzan los medios, y puesto que las personas mayores LGBTI pueden estar en diversas esferas, como son el caso de Shannon Minter, un hombre trans que es un ejemplo para su comunidad, o Tamara Adrian, quien representa a la comunidad de mujeres trans. Cabe aclarar que para esta población, la situación de discriminación es tal, que su promedio de vida en la región es solo de 35 años, por lo que debemos impulsar mecanismos que erradiquen la tortura, las muertes violentas o las condiciones sociales que generan muerte, en esta población, a fin de ampliar su expectativa y calidad de vida, equiparable a la de sus pares adultos y adultas mayores de otros colectivos.

Tercera Ponencia

Licda. Andrea Ayala (ESMULES El Salvador). Abogada de la República de El Salvador, activista de Derechos Humanos desde el año 2009. Ella es especialista en género y experta en la temática de diversidad sexual. Ha sido participante y ponente en diversos espacios a nivel nacional y regional en estos temas. Cuenta con una especialización sobre el Sistema Interamericano e Internacional de Protección de Derechos Humanos de la American University Washington College of Law y el Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Diplomado de la Universidad Luterana de El Salvador, la Asociación de Mujeres por la Dignidad y la Vida y las Dignas sobre Desarrollo Económico y Participación de las Mujeres.

Ha participado en la Conferencia Internacional "Sexualidad antes de los 18: ¿Cómo el entorno social influye en el desarrollo sexual", en Utrecht, Reino de los Países Bajos; fue parte de la Consulta de Expertos sobre VIH y Salud Mental para activistas de grupos en exclusión, en Washington, EU y en El Salvador, entre otros.

Actualmente es la Directora Ejecutiva de la Organización no Gubernamental ESMULES: Espacio de mujeres lesbianas salvadoreñas por la diversidad, desde el cual procura procesos de incidencia política en El Salvador, y en otros países de Centroamérica, como parte de una red regional de defensoras y defensores de derechos humanos LGBTI, en conjunto con Costa Rica y Panamá

Resumen Ejecutivo

El presente informe muestra los resultados de un estudio realizado con el objetivo de identificar las necesidades de atención y cuidado de personas adultas mayores gays, lesbianas, bisexuales, trans e intersex (LGBTI), así como analizar la oferta respetuosa o, en su defecto, las principales barreras para servicios de cuidado y atención a personas mayores LGBT.

El estudio se realizó entre noviembre de 2014 y enero de 2015, en El Salvador, Costa Rica y Panamá, y contempla el análisis de la legislación y reglamentación existente en materia de asistencia y protección a personas adultas mayores, la aplicación de un cuestionario en hogares y centros de atención, y entrevistas a personas LGBTI adultas mayores, o cercanas a entrar en la adultez mayor. Este informe presenta los principales resultados hallados en El Salvador.

En términos de legislación, se identifica la existencia de leyes específicas para la protección de personas adultas mayores, en especial la Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor. Sin embargo, a pesar de que esta ley establece lineamientos y decreta la creación de programas institucionales para la población adulta mayor, no contempla en ningún momento las particularidades de las personas LGBTI, por lo que reproduce los vacíos existentes en la legislación nacional, que colocan a las personas LGBTI adultas mayores en una doble condición de vulnerabilidad y dificultan el respeto igualitario de sus derechos.

En cuanto a la oferta de servicios que brindan hogares y centros de atención públicos y privados, se determinó un nivel alto de falta de información, la presencia de estereotipos y prejuicios sobre las personas LGBTI, que en algunos casos dan pie a actitudes discriminatorias. En el caso de parejas formadas por personas del mismo sexo, no existen ofertas respetuosas que permitan su convivencia en una residencia. Mientras que en algunos casos, se afirma que se negaría la entrada de una persona LGBTI adulta mayor, la mayoría afirma que no sabrían cómo manejarlo pues no tienen información suficiente. En este sentido, el personal de atención revela una necesidad de capacitación y sensibilización en el tema.

Las personas LGBTI entrevistadas señalan como principal obstáculo los vacíos legales que les colocan en condiciones de desprotección, e insisten en la necesidad de crear leyes que protejan sus derechos. Las perspectivas sobre el futuro en términos de necesidades de atención y cuidado no son alentadoras, la mayoría afirma que tendría que recurrir a su familia, aun cuando esta no acepte su orientación sexual o identidad de género. Manifiestan incertidumbre y angustia frente a la idea de residir en un hogar para personas adultas mayores, pues no saben cómo sería manejado el tema de su identidad de género u orientación sexual. En esta línea, señalan la necesidad de contar con una respuesta estatal que les permita un mayor acceso a vivienda (a través de créditos y apoyos), mejores pensiones y acceso al trabajo para poder prepararse para su vejez.

Objetivos

1. Analizar la oferta respetuosa o, en su defecto, las principales barreras para servicios de cuidado y atención a personas adultas mayores LGBT.
2. Identificar las necesidades de atención y cuidado, así como también cómo están haciéndole frente a sus necesidades de cuidado las personas LGBT adultas mayores.

Metodología

Para conocer las necesidades de la población gai, lésbica y trans adulta mayor, así como la oferta de servicios disponibles, se propone un estudio descriptivo, mediante el desarrollo de una encuesta a directores y directoras de centros de atención para personas adultas mayores, y entrevistas con personas gais, lesbianas y trans adultas mayores.

Desarrollo

Con el fin de profundizar en las necesidades de las personas LGBT adultas mayores, se propuso realizar entrevistar a 45 personas (15 gais, 15 lesbianas, 15 trans). Según la legislación vigente en El Salvador, se determinó entrevistar a:

- 15 hombres gais mayores de 60 años.
- 15 mujeres lesbianas mayores de 55 años.
- 15 personas trans mayores de 35 años .

Sin embargo, fue difícil que estas poblaciones accedieran a dar entrevistas, principalmente porque muchos y muchas no viven abiertamente su orientación sexual, lo que dificultó el contacto inicial, y produjo resistencias y desconfianza con respecto a la participación en el estudio. Por esta razón, se decidió trabajar con mujeres lesbianas mayores de 50 y hombres gais mayores de 55.

Conclusiones

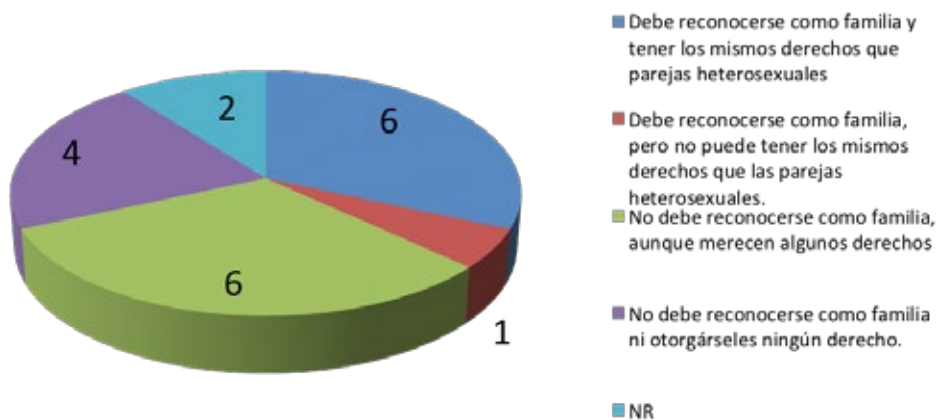
Si bien existe un marco legal que protege a las personas adultas mayores, cuenta con importantes vacíos que dejan a las personas LGBTI en condiciones de vulnerabilidad y desigualdad.

Ante esta situación, resulta necesario, por un lado, la creación de leyes que garanticen los derechos y protejan a las personas LGBTI en general, y la modificación de la legislación y reglamentos existentes en materia de adultez mayor, para que contemplen las particularidades necesarias que brindarían un acceso igualitario para las personas adultas mayores LGBTI.

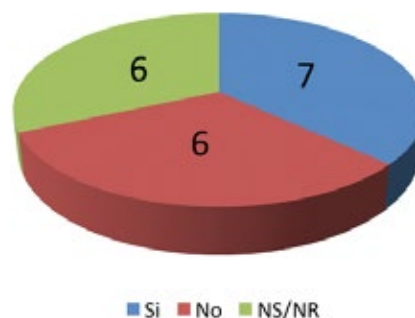
Desarrollo de investigación en los centros de servicios

Opciones y oferta de servicios: encuesta a centros

Reconocimiento de vínculos de parejas formadas por personas del mismo sexo



Se diseñó una muestra conformada por 25 centros y hogares en todo el país, en los cuales fue posible concretar la aplicación de 19 cuestionarios .

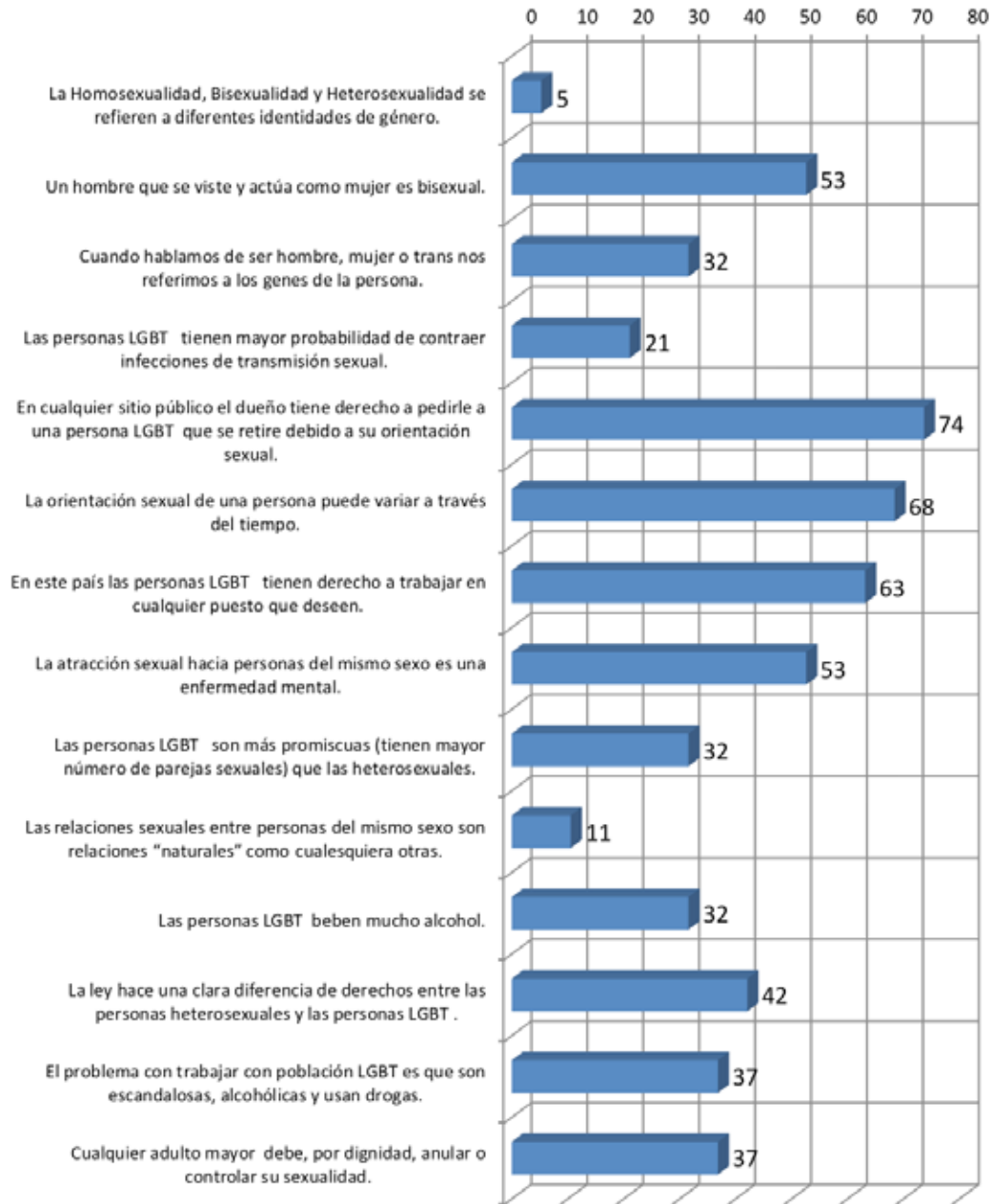


Los cuestionarios fueron aplicados en centros de los departamentos de Ahuachapan (1), Santa Ana (3), Sonsonate (2), La Libertad (2), San Salvador (7), Cuscatlán (1), Zacatecoluca (1), San Miguel (1), Usulután (1).

Con respecto a los requisitos específicos de admisión, existen diferentes condiciones según los servicios ofrecidos por cada centro, como se detalla en el cuadro 12. Llama la atención el caso de un hogar en el que se indica que un requisito de admisión es "Que no tengan sida". Si bien no se detallan las razones para este requisito, el centro recibe financiamiento parcial del Ministerio de Salud, por lo que se trata de una institución con apoyo estatal que tiene una política discriminatoria contra las personas VIH positivas.

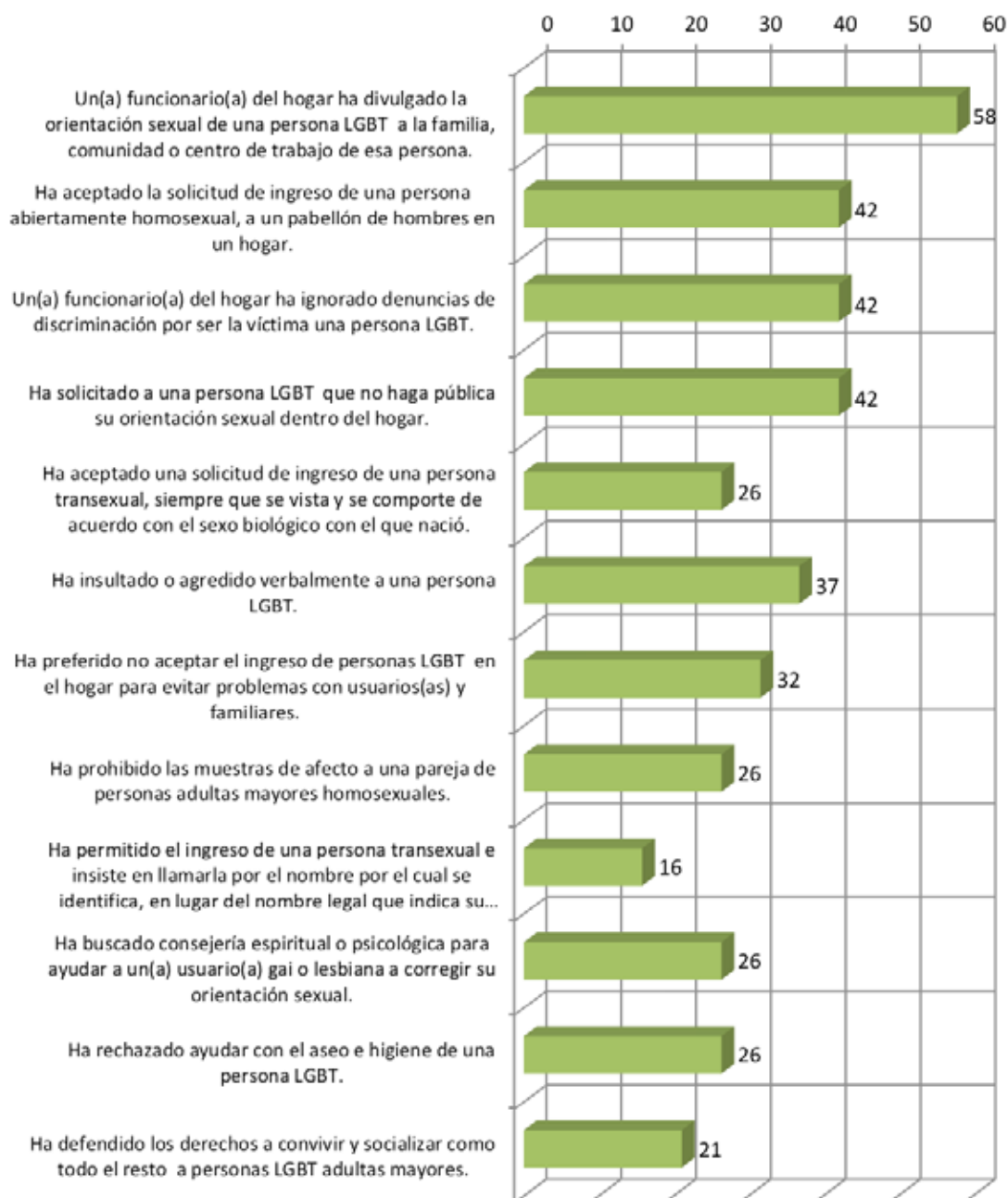
En la institución aceptarían una solicitud de ingreso de una persona que se identifique como gai, lesbiana, bisexual o trans?

Porcentaje de respuestas correctas a ítems de conocimientos



En materia de derechos para las personas LGBT, aparecen contradicciones. Por un lado, las personas entrevistadas en su mayoría tienen claro que una persona no puede ser expulsada de un lugar en razón de su orientación sexual (74%), y que las personas LGBT pueden optar por cualquier puesto (68%).

Porcentaje de rechazo a acciones discriminatorias en los centros



Sin embargo, llama la atención la baja cantidad de respuestas correctas en algunos ítems, especialmente los relacionados con conceptos básicos de identidad de género y orientación sexual, pero también en algunos relacionados con estereotipos como ligar la orientación sexual con las infecciones de transmisión sexual (solamente 21% correctas), alto consumo de alcohol (32%), o considerar las relaciones entre personas del mismo sexo como algo que no es "natural" (11%)

Dentro de las actitudes negativas se encuentran nuevamente estereotipos como “Las personas adultas mayores LGBT son un peligro potencia de transmisión del VIH”, con apenas un 32% de respuestas correctas, “Las personas homosexuales tienden a ser más conflictivas y problemáticas” (37%), o bien “Las personas LGBT podrían ser heterosexuales si realmente se lo propusieran” (37%)

Asimismo, se encuentran actitudes que reflejan una tendencia hacia el irrespeto de las personas LGBT. Por ejemplo: “Las personas transexuales deberían evitar comportamientos y apariencias tan llamativas para que sean menos discriminadas” (37% de respuestas correctas) y “Las personas LGBT ofenden a la familia tradicional (37%)”. Estas actitudes pueden materializarse en acciones discriminatorias con las cuales la mayoría estaría de acuerdo, como lo muestra el bajo porcentaje de respuestas correctas al ítem: “Los establecimientos dedicados al cuidado diario y permanente de personas adultas mayores, pueden reservarse el derecho de admisión en el caso de personas LGBT (37%)”

Oferta de servicios

- A partir del análisis de los resultados del cuestionario aplicado a centros e instituciones de atención y cuidado para personas adultas mayores, es posible concluir que no existe una oferta sensible ni adecuada para personas gays, lesbianas, bisexuales y trans.
- Si bien la mayoría de los centros indican haber recibido alguna información en materia de diversidad sexual (12), solamente en 7 casos se considera información de calidad.
- Los resultados indican un nivel considerable de desinformación y desconocimiento sobre el tema (con un promedio de acierto de 40/100). Asimismo, se registra la reproducción de estereotipos, tales como suponer una relación entre la orientación sexual y una alta incidencia de infecciones de transmisión sexual (79% contesta de forma incorrecta), o de alto consumo de alcohol (68% contesta de manera incorrecta).
- Solamente un 11% de las personas entrevistadas se opone a la afirmación que plantea a las relaciones entre personas del mismo sexo como algo que no es natural. En este sentido, el caso de parejas formadas por personas adultas mayores del mismo sexo, la oferta para una convivencia familiar es prácticamente inexistente (solamente 1 centro indica que lo permitiría). No existe el reconocimiento del vínculo dentro de las residencias, e inclusive, muchas de las personas entrevistadas consideran que no debe reconocerse a estas parejas como familias (10) y no pueden tener los mismos derechos que las parejas heterosexuales (11).
- La escala de actitudes revela una tendencia hacia las actitudes negativas, con un promedio de 48%, en una escala donde 100 corresponde a una actitud totalmente positiva y 0 a una actitud totalmente negativa. Los puntajes son incluso más bajos en ítems que sugieren

actitudes de rechazo, como “las personas LGBT ofenden a la familia tradicional (37%), o bien, directamente relacionado con los centros de atención y cuidado: “Los establecimientos dedicados al cuidado diario y permanente de personas adultas mayores, pueden reservarse el derecho de admisión en el caso de personas LGBT (37%)”

- La escala de tolerancia a conductas discriminatorias que podrían suceder en un centro para personas adultas mayores refleja un grado preocupante de indiferencia (48%), y altos niveles de rechazo e irrespeto hacia las personas LGBTI adultas mayores. Por ejemplo, solamente un 26% censura acciones como la prohibición de muestras de afecto entre personas del mismo sexo, el condicionamiento de ingreso de una persona trans a que modifique su expresión de género (26%), y la promoción de la “corrección” de la orientación sexual (26%)

Necesidades de la población LGBT adulta mayor

- Al analizar las necesidades de protección y asistencia y las perspectivas y opciones a futuro, las personas entrevistadas manifiestan preocupación y angustia con respecto, pues reconocen un vacío importante en términos de legislación que les proteja y les garantice derechos.
- La mitad de las personas entrevistadas (15), indica haber sido discriminada en razón de su orientación sexual e identidad de género en esta etapa de sus vidas, y un número importante (12) afirma haber sentido la necesidad de ocultar su orientación sexual. De cara al envejecimiento, estas situaciones podrían complejizarse al sumarse la vulnerabilidad relacionada con la edad.
- Se identifica una preocupación en torno a los medios de sustento económico durante la vejez, debido a que las pensiones son consideradas insuficientes (13), y la falta de reconocimiento de las uniones entre personas del mismo sexo deja a las parejas en una situación de vulnerabilidad.
- La mitad de las personas entrevistadas consideran a su familia como un recurso para cubrir sus necesidades de asistencia (15), lo que levanta una preocupación pues la mayoría reporta que su familia no sabe de su orientación sexual o identidad de género (7), o bien, saben pero no lo aceptan (17)
- En caso de tener que recurrir a un centro de residencia un hogar, la preocupación principal radica en torno a que la totalidad de las personas entrevistadas (30) afirma que no conocen opciones que respeten la orientación sexual no heterosexual o la identidad de género de las personas trans.
- En el ámbito de la salud, la mayoría considera que existen necesidades específicas de atención para la población LGBT adulta mayor (21), en especial en el caso de mujeres lesbianas y personas trans. Sin embargo, señalan que existe mucho desconocimiento

por parte del personal de salud, que requiere ser capacitado y sensibilizado para dar una atención respetuosa y adecuada.

Recomendaciones

De las conclusiones generales, se desprenden las siguientes recomendaciones dirigidas a las instancias estatales pertinentes, así como a organizaciones de sociedad civil, universidades, centros de atención y cuidado y otras instancias involucradas en el trato con personas adultas mayores:

- Con el fin de brindar una respuesta adecuada para las necesidades de protección y asistencia de las personas LGBTI adultas mayores, es necesaria la realización de estudios actualizados y adecuados al contexto salvadoreño, que permitan establecer línea base para el desarrollo de programas y políticas.
- En materia de legislación y protección de derechos es necesario que el Estado trabaje en la creación de leyes que garanticen los derechos y protejan a las personas LGBTI en general, y la modificación de la legislación y reglamentos existentes en materia de adultez mayor, para que contemplen las particularidades necesarias que brindarían un acceso igualitario para las personas adultas mayores LGBTI.
- Se señala la necesidad de fortalecer el sistema de pensiones y crear condiciones que faciliten acceso a vivienda para las personas LGBTI, con el fin de garantizar condiciones más estables para su futuro como personas adultas mayores. El reconocimiento de las uniones entre personas del mismo sexo resulta fundamental.
- En el caso de centros de atención y cuidado de personas adultas mayores, se recomienda la capacitación y sensibilización del personal de atención en materia de diversidad sexual, para que cuenten con la información necesaria para superar estereotipos y garantizar el respeto a los derechos de esta población.
- Asimismo, se recomienda la capacitación y sensibilización del personal de atención en salud, para que puedan brindar una atención respetuosa y adecuada para las personas gays, lesbianas, bisexuales, trans e intersex, adultas mayores.
- En términos generales, se recomienda la creación de programas estatales intersectoriales, dirigidos específicamente a la protección de las personas LGBTI adultas mayores, que garanticen el cumplimiento de derechos y la erradicación de la discriminación por orientación sexual o identidad de género, tanto dentro como fuera de los centros de atención y cuidado.



Conversatorios simultáneos

Cuidados Paliativos

Lic. Lorena Alas (AGESAL, El Salvador)

Psicóloga por la Universidad Evangélica de el Salvador y Administradora de empresas por el Fort Lauderdale College. Es además gerontóloga social graduada del programa de FEPADE con la Secretaría de Inclusión Social, con estudios de Maestría en Psicología Clínica de la Universidad Dr. José Matías Delgado.

Con amplia experiencia en diversos campos, entre los que se destacan la capacitación de jóvenes en situación de riesgo, mediación y resolución de conflictos, Tanatología, atención a la salud mental desde la acupuntura y atención en diversas áreas de la psicología desde la gerontología social.

Actualmente presta servicios psicológicos al Instituto Nacional de Pensionados Públicos (INPEP), desde el programa de gerontología social y es miembro fundador de la Asociación de Gerontólogos de El Salvador.

Definición de cuidados paliativos según la Organización Mundial de la Salud (OMS)

“Los cuidados paliativos son un modo de abordar la enfermedad avanzada e incurable que pretende mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes que afrontan una enfermedad como de sus familias, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento a través de un diagnóstico precoz, una evaluación adecuada y el oportuno tratamiento del dolor y de otros problemas tanto físicos como psicosociales y espirituales”.

El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal.

Excluye por definición la aplicación de medidas de soporte artificial y los procedimientos ya inútiles en ese momento.

Robert Twycross refiriéndose a los orígenes del Movimiento Hospice señala un árbol genealógico bien preciso. Según Twycross (2), se pueden considerar precursores a los Hospicios medievales en los finales del S. XIX, a los modernos Hospice católicos de Dublín y Londres y, algo más tarde, otros Hospice de Londres. En los años cuarenta, en estos Hospice de Londres trabajó Cicely Saunders, la persona que más tarde fundó el St. Christopher's Hospice que puede considerarse como la cuna del moderno Movimiento Hospice y los Cuidados Paliativos.

Características del modelo de atención

- Unidad de cuidados: paciente + familia
 - Equipo interdisciplinar
- Tratamiento de intención paliativa
- Carácter integrador en otras especialidades y terapias
- Asistencia siempre disponible

Objetivos del cuidado paliativo

- Control del dolor y otros síntomas
- Asistencia personalizada e integral del paciente
 - Soporte de la familia
- Soporte del propio equipo asistencial

Tipos de programas de cuidados paliativos

- Centros monográficos u hospices
- Unidades de cuidados paliativos en hospitales
- Equipos de cuidados domiciliarios o de soporte de atención primaria.
- Centros de día de cuidados paliativos
- Sistemas integrales
- Asistencia profesional en cuidados paliativos a domicilio

El derecho a morir dignamente

Todas las personas que sufren de enfermedades terminales tienen derecho a participar en cada una de las decisiones que deben tomarse durante su tratamiento, a conocer su derecho de alivio al dolor y de otros síntomas para que el fin de su vida sea lo menos doloroso y lo más digno posible. Actualmente, a nivel mundial, existe un fuerte debate sobre si los países deben o no aprobar la eutanasia y la asistencia al suicidio.

- Eutanasia: es la acción u omisión que acelera la muerte de un paciente desahuciado con la intención de evitar sufrimientos
- Asistencia al suicidio: Es la ayuda médica para la realización de un suicidio, ante la solicitud de un enfermo terminal, proporcionándole los fármacos necesarios para que él mismo se los administre.
- Libertad individual

Los cuidados paliativos pretenden

- Disminuir el sufrimiento del enfermo y su familia
- mejorar la calidad de vida del enfermo y la familia
- fomentar la autonomía del enfermo
- potenciar la participación activa de la familia
- ayudar a los familiares con el duelo

¿A quién va dirigido este servicio?

- Pacientes con enfermedades crónicas
- Pacientes con enfermedades terminales
- Y sus familiares

¿Qué ofrece?

- Atención en la sintomatología física: como por ejemplo los dolores, apallear el dolor de pacientes con enfermedades crónicas
- Educación sanitaria para cuidado domiciliario: muchas veces recurrimos a personas que se dedican a realizar trabajo doméstico para que cuide nuestros familiares enfermos, el problema es que no tienen la preparación adecuada. Si vamos a ser cuidadores informales, que no tenemos ningún tipo de entrenamiento, es preciso que busquemos ayuda.

- Atención psicológica
- Atención social y financiera
- Atención y asesoría legal: para resolver todos los asuntos legales, como por ejemplo, la elaboración de testamentos.
- Atención espiritual: debemos respetar las creencias religiosas de las personas enfermas.

Mitos y estereotipos del envejecimiento

Julia Cárcamo, El Salvador

Abogada y notaria, graduada de la Universidad de El Salvador. Post grado en gerontología social por la Universidad de El Salvador. Tiene estudios especializados de género, derecho penal y vejez.

Es asesora técnica de la Procuraduría General de la República, miembro del Comité Técnico del Consejo de Atención Integral para los Programas del Adulto Mayor. Miembro del Comité Nacional Interinstitucional para Ciudad Mujer y Directora de la Escuela de Capacitación de la Procuraduría General de la República. Es además secretaria de la Asociación de Gerontólogos de El Salvador.

Tiene experiencia en áreas de capacitación relacionadas a derecho penal, género, derechos de las personas mayores y violencia.

Las tendencias demográficas globales nos indican que la mayor parte de los países se acercan a un acontecimiento demográfico inédito; la población adulta mayor está creciendo y pronto superará a la población joven, hecho que se conoce como envejecimiento de la población. El Salvador no escapa de esta realidad, los resultados obtenidos del último Censo de Población y Vivienda de El Salvador muestran que el país no es ajeno a estos procesos de transformación demográfica.

En El Salvador una persona se considera adulta mayor cuando cumple su edad cronológica de 60 años, así lo establece nuestra legislación de familia y la ley de atención integral para la atención de la persona adulta mayor, criterio que es adoptado por la mayoría de las legislaciones de los países de la región.

Pero el envejecimiento no solamente se refiere a la edad fisiológica, también es interpretado desde un plano biológico, social y psicológico; es una realidad multifacética que debe ser abordada de la misma manera.

Crecimiento de la población adulta mayor El Salvador

Año	Total de habitantes de 60 años y más	Porcentaje en relación a la población total
2010	619,944	10.0%
2015	691,842	10.9%
2020	771,534	11.7%
2025		12.6%
2050		19.3%

Elaboración propia con datos del Censo de Población y Vivienda de 2007

Generalmente se ha interpretado la etapa del envejecimiento como un momento de pérdidas en la vida del ser humano, reflejado en escenarios económicos, físicos y sociales que desembocan en problemas de ingresos, falta de autonomía y en ausencia de roles dentro de su espacio social.

Distribución de población total en razón de género

AÑO	Porcentaje hombres	Porcentaje mujeres
1950	49.5% hombres	50.5% mujeres
1961	49.3% hombres	50.7% mujeres
1971	49.4% hombres	50.6% mujeres
1992	48.6% hombres	51.4% mujeres
2007	47.3% hombres	52.7% mujeres

Elaboración propia con datos de Censos de Población y Vivienda

En El Salvador, de acuerdo con los datos del Censo de Población y Vivienda de 2007, el país contaba con una población de 542,191 adultos mayores (Personas de 60 años o más), por lo que en menos de 60 años, este segmento pasó de representar el 5% en 1950 al 9.4% en el 2007.

Es importante dar una mirada a la segregación de datos en razón del género, ya que la predominancia de las mujeres es un factor que se mantiene a lo largo de las etapas de la vida de ésta, según los Censos de Población la distribución de población total en razón de género ha sido:

Proyecciones quinquenales del crecimiento población masculina y femenina

Año	Hombres	Mujeres
2010	272,488	347,506
2015	299,541	392,301
2020	327,202	509,609
2025	358,670	509,609
2030	399,109	587,709
2035	442,857	675,878
2040	483,272	763,808
2045	526,316	855,036
2050	593,410	964,642

En el año de 1992 se observa un incremento significativo en el número de mujeres en comparación con el número de hombres, siendo aún más evidente en el año 2007. Lo anterior nos lleva a establecer que de la población total en El Salvador la predominancia es del género femenino, lo cual se mantiene en todas las etapas y ciclos de la vida de la mujer.

Esta tendencia también se observa significativamente en el crecimiento de la población femenina mayor de 60 años, según las proyecciones quinquenales:

Lo anterior incide directamente en el género femenino, el cual históricamente ha estado ligado a las tareas de cuidado y del hogar y si a eso se le suma el factor de supervivencia respecto al género masculino, este fenómeno conocido como feminización del envejecimiento, debe ser un factor clave al momento del abordaje y construcción de políticas públicas para dar respuesta a las necesidades de ésta población; teniendo en cuenta que aquellas condiciones de exclusión que se han vivido a lo largo de la vida se ven agravadas cuando se llega a la adultez mayor.

El fenómeno del envejecimiento nos enfrenta a nuevas realidades y a la necesidad de deconstruir conductas nocivas que afectan la forma en la que vemos y abordamos la situación y atención hacia las personas adultas mayores.

Mitos y estereotipos del envejecimiento

Un estereotipo es un conjunto de ideas, actitudes y creencias preestablecidas que son aplicadas de manera general e indiferenciada a determinados individuos, catalogándolos y encerrándolos dentro de ciertas categorías sociales, ya sea por su nacionalidad, etnia, edad, sexo, orientación sexual o procedencia.

Un mito es aquella persona o cosa a la que se atribuyen cualidades o excelencias que no tiene, o bien una realidad de la que carece.

Los mitos y estereotipos generalmente originan construcciones erróneas sobre un grupo de población y la coloca en situaciones de vulnerabilidad, de tal manera que limitan y coartan el ejercicio de derechos y justifican acciones de discriminación hacia determinadas poblaciones, lo más difícil respecto a estos es que son transmitidos de generación en generación evidenciando generalmente ejercicios de poder de un grupo sobre otro.

Para el caso, respecto al envejecimiento se han construido un sinnúmero de estereotipos que dañan el enfoque de derechos hacia las personas adultas mayores, enunciaremos los principales.

Viejismo o Gerontofobia

Es una actitud negativa hacia todo lo que implica la realidad de la persona adulta mayor. Es entendido como la atribución solo de cosas negativas a la edad ejerciendo acciones de

discriminación por edad (consciente o inconscientemente), es un rechazo al proceso natural de envejecimiento.

Esta diferenciación que se realiza entre la etapa de adultez mayor y el resto de la población se realiza de una manera negativa; viejismo y gerontofobia son estereotipos muy comunes en nuestros días, en donde los medios de comunicación nos bombardean con acciones inmediatas que buscan alejar el proceso de envejecimiento a costa de cualquier actividad cosmética: cirugías de rostro o de cuerpo, tratamientos láser y toda serie de procedimientos que en ciertas ocasiones ponen en riesgo innecesario la vida de las personas.

Envejecimiento es sinónimo de enfermedad

De manera errónea se piensa que la población adulta mayor es una población que adolece de todo tipo de enfermedades que están vinculadas a la edad fisiológica, escuchando incluso frases como “es que ya está enfermo/a por la edad”, “son enfermedades de ésta edad”. Una persona adulta mayor se enfrenta a enfermedades que están vinculadas a condiciones ambientales, nutricionales y a una herencia genética que predispone al padecimiento de ciertas afecciones; el estado de salud de una persona está relacionado directamente con la historia de vida que ha tenido la persona.

La construcción de hábitos saludables de vida comienza desde edad temprana y esta tiene un impacto directo en la calidad de vida que tengamos cuando seamos personas adultas mayores.

Los datos de Ministerio de Salud nos indican que la principal causa de enfermedad entre las personas mayores de 60 años fueron infecciones agudas en las vías respiratorias superiores; en segundo lugar enfermedades del sistema urinario; en tercer lugar enfermedades del sistema digestivo

Todas las personas adultas mayores tienen mal carácter

Es muy común escuchar en nuestra sociedad comentarios que atribuyen a la persona adulta mayor rasgos de personalidad irascible, testaruda, etc., cuando la realidad es que la personalidad es construida a lo largo de los años, rasgos que se mantienen y que al pasar el tiempo se consolidan en una personalidad más definida. No podemos pensar que una persona por llegar a la adultez mayor se convierta en alguien con rasgos de personalidad que nunca ha tenido. Este estereotipo que encasilla a las personas mayores como personas irascibles e intratables genera aislamiento e impacta directamente en su calidad de vida y su involucramiento en la comunidad y la familia.

Las personas adultas mayores pierden su autonomía.

Las personas adultas mayores SON SUJETOS DE DERECHOS, son personas autónomas,

autovalentes e independientes, que han sido productivas a lo largo de su vida y en la etapa de adultez mayor también.

El respeto hacia las decisiones (de cualquier tipo) que tomen las personas adultas mayores debe ser entendido como un ejercicio de derechos y ejercicio de su autonomía. Las únicas condiciones especiales en las cuales la persona adulta mayor pierde su autonomía es mediante la declaratoria judicial de incapacidad, la cual es declarada mediante sentencia judicial.

Las personas adultas mayores tienen deterioro intelectual.

El ser humano conserva la habilidad de aprender durante toda la vida. No podemos generalizar y decir que las enfermedades que generan un deterioro cognitivo son propias de la etapa adulta mayor, estas enfermedades pueden acontecer a lo largo de la vida.

Es un error pensar que las personas adultas mayores ven afectada su capacidad de aprendizaje o que eventualmente todas las personas mayores verán disminuida su capacidad intelectual. En la etapa de adultez mayor puede verse impactada la agilidad del aprendizaje, y aún esta se ve directamente vinculada al estilo y hábito de vida que nos ha acompañado durante nuestros años de juventud.

Las personas adultas mayores deben estar institucionalizadas, deben vivir en un hogar sustituto.

La familia es el medio natural y social donde las personas se desarrollan, una persona adulta mayor tiene el derecho de vivir en su medio social y como sociedad tenemos el deber de respetar las decisiones de la persona adulta mayor, si desea vivir sola o en pareja.

Debemos erradicar además lenguaje nocivo al respecto, cuando nos referimos a los hogares o residencias sustitutos y dejar de llamarles asilos, ya que el lenguaje despectivo con el que nos referimos fortalece estereotipos que dañan la figura de éstas poblaciones.

Las personas adultas mayores ya no son productivas.

Asociar la adultez mayor con la etapa en la cual cesa la productividad laboral es un error, ya que estamos valorando a la persona en razón de su aporte económico a la familia y al país. La incorporación al mercado laboral para las personas adultas mayores debe ser entendida como un derecho de acceso al trabajo y a una de vida digna.

La realidad de la población adulta mayor en El Salvador refleja que las personas adultas mayores contribuyen de manera activa con labores productivas vinculadas a sectores informales. De igual manera las tareas del hogar en las que la persona adulta mayor (principalmente mujeres) se ven involucradas abona positivamente en la economía de los hogares; siempre se presenta una disparidad entre los niveles de empleo e ingreso entre hombres y mujeres, recordemos que las condiciones de exclusión múltiple a las cuales las mujeres se ven sometidas durante todos

los ciclos de su vida se agravan en la adultez mayor si no se han visto resueltos o por lo menos abordados de manera adecuada.

Las personas adultas mayores pierden su deseo sexual

El ejercicio de la sexualidad nos acompaña como una necesidad a lo largo de nuestra vida. Una persona no se vuelve asexual por llegar a la adultez mayor, sin embargo atraviesa diferentes etapas durante su desarrollo humano.

El concepto andragógico y patriarcal implica que principalmente las mujeres en su adultez mayor deben ser vistas como seres humanos sin interés sexual; la sociedad limita y censura la práctica sexual y coarta la posibilidad de expresiones de su propia sexualidad, debiendo reprimir y condicionar su vida a patrones de construcción social impactados por el género.

Es innegable que la actividad coital presenta cambios durante la vejez, sin embargo la etapa de adultez mayor debe reconocer el derecho del ejercicio de la libertad sexual, interpretando éste momento como un completo ejercicio de expresión sentimental (manifestaciones de besos, abrazos, caricias), la posibilidad de enamorarse, casarse, etc.

Las personas adultas mayores son como niños o niñas

Además de ser un estereotipo, es una de las peores formas de maltrato ya que anula la autonomía de las personas adultas mayores.

Conocido como infantilización de la persona adulta mayor es una manera de ver a la persona como seres humanos dependientes que no pueden tomar ni ejecutar decisiones.

La frase “es que las personas mayores son como niños” es tan común que la escuchamos no solamente en nuestro país, sino en la región. Pero pensar eso implica que el trato que debemos darle a nuestros adultos mayores es el que le daríamos a la niñez, volviéndose el mismo en acciones que vulneran autonomía, autodeterminación, libre toma de decisiones y en casos más extremos sometimiento a una autoridad que impide el libre ejercicio de sus derechos. Este tipo de trato (maltrato) atenta contra la dignidad, respeto y la propia imagen de la persona adulta mayor.

Conclusiones

- 1.El envejecimiento se aborda en algunas ocasiones en base a estereotipos errados. La repetición de los mismos socava cada vez más la imagen y dignidad que debemos resaltar sobre las personas adultas mayores.
- 2.El fenómeno de la discriminación por edad es un fenómeno silencioso, respecto del cual aún no tenemos suficiente nivel de conciencia sobre su impacto nocivo.

3. La feminización del envejecimiento es un fenómeno al que nos enfrentamos, por lo que debemos atender las causas de exclusión a las que se ven sometidas las mujeres a lo largo de sus vidas, ya que la multiplicidad de condiciones de vulnerabilidad se agravan al momento de la adultez mayor.
4. Debemos entender el envejecimiento como una etapa heterogénea, no todos envejecemos de igual manera. La etapa de adultez mayor es también un reflejo de nuestros propios estilos de vida.
5. Debemos ver a las personas adultas mayores como SUJETOS DE DERECHOS en el ejercicio pleno de éstos.
6. Debemos prepararnos como Estado, como sociedad y familia para afrontar el fenómeno del cambio demográfico que ya está aconteciendo.
7. Y concientizarnos sobre el desaprendizaje de conductas dañinas hacia la población adulta mayor.



Presentación del Coro Nacional de la Persona Adulta Mayor de El Salvador - CAMES

Después de los conversatorios, se llevó a cabo la presentación del Coro Nacional de la persona adulta mayor de El Salvador, CAMES. El coro se forma a instancias de la SIS en el año 2011, hasta que logra su personería jurídica en el 2014. El coro se caracteriza por explorar estilos musicales no convencionales de expresiones musicales juveniles, logrando un acercamiento entre generaciones. En esta ocasión deleitaron al público con canciones de diferentes géneros musicales como: Rock en español de los años 80 y 90, salsa, reggae, rancheras; entre otras. Su actuación fue todo un derroche de vitalidad y energía, pero sobre todo, fue una muestra de su capacidad para disfrutar la vida de una manera plena y autónoma. Las personas que asistimos al concierto pudimos constatar que, como bien dicen las y los integrantes del Coro, "El talento no tiene edad".

Cierre del segundo día

La segunda jornada del Primer Encuentro de Geriátría Social se cerró con la entrega del Premio al Adulto Mayor Destacado. Este año el galardón fue entregado al Coro Nacional de la persona adulta mayor de El Salvador, CAMES, por su maravillosa labor. El Coro está conformado por 50 adultos y adultas mayores, quienes muestran día a día disciplina, vitalidad, alegría y amor por la música.





Tercer día del Primer Encuentro Regional de Gerontología Social

Panel foro: Sexualidad en el adulto mayor

Ponentes

Lic. Lorena Alas, El Salvador

Dra. Nidia Cañas, El Salvador

Moderadora

Lic. Auxiliadora Cruz

Primera Ponencia

Amanda Lorena Alas Espinoza, El Salvador

La plenitud: es una expresión psicológica de emociones y compromisos que requiere la mayor cantidad y calidad de comunicación, incluyendo diferentes formas de expresión como: tacto, intimidad emocional, compañía, relación sexual, no necesariamente coital.

La sexualidad debe ser una fuente de placer y no de inquietud.

No se puede hablar de un código universal en la sexualidad, en la mayoría de las sociedades contemporáneas no se la valora positivamente.

Mitos de la sexualidad de las personas adultas mayores

- Las personas adultas mayores no deben expresar deseos sexuales, es signo de fallas morales o psíquicas.
- La variación y alteración del cuerpo físico, implicaría bajos niveles de atracción física y expresión sexual
- El hombre debe ser mayor que la mujer
- La sexualidad cesa alrededor de los 50.
- Con la edad se pierde el apetito sexual.

- La mujer mayor no necesita sexo
- La actividad sexual es perjudicial para la salud del am
- Las conductas perversas sexualmente son mayores en el am
- Los am no son agredidos sexualmente

Prejuicios y tabúes de la sexualidad del adulto mayor

Proviene generalmente de la sociedad, la familia, y nos acompañan a lo largo de la vida, es más, muchos adultos mayores se auto-sugestionan con estas ideas.

Entre los prejuicios más comunes están:

- “Ya no tiene edad” ya sea para sentir deseo sexual o para enamorarse.
- Se les tilda de “viejo rabo verde”.
- Si quedan viudos los familiares son los primeros en oponerse a una nueva relación.
- Si es mujer la que ha quedado viuda se le tilda de “viuda alegre”, marginándola y haciéndola sentir que ya no tiene motivación para vivir.

¿Qué efectos tienen estas creencias?

Dificultad para alcanzar y mantener una erección: la persona llega a creer de que se trata de un cuadro de impotencia “ya esperable para su edad”, reafirmando el sentimiento de pérdida, sin darse cuenta que en ocasiones el problema es social y no funcional.

La sociedad debe despojarse de todos esos prejuicios con el objetivo de ayudar a las personas adultas mayores a encontrar la seguridad emocional, que da el sentirse querido por la persona amada o deseada; sin la marginación o el desprecio.

Actualmente hay una fuerte resistencia social a la educación sexual del adulto mayor:

- Existe la creencia de que ya no sirve de nada porque no son reproductores, y ya no despiertan deseos en otras personas por su edad.
- Los abuelos y abuelas solo sirven para cuidar nietos.
- Ya sea por viudez, separación o por la edad, no se considera el sexo parte importante de sus vidas.

Para comenzar a cambiar esta realidad que le niega a las personas adultas mayores su Derecho a disfrutar de una sexualidad plena y segura, es fundamental la formación de educadores sexuales para la población mayor.

Reflexión

- El paso del tiempo no debe ser un obstáculo para el goce total de la vida, con todos sus por menores que tarde o temprano aparecerán, es necesario devolver a los adultos mayores el derecho a su sexualidad.
- es importante disfrutar hoy por hoy de la sexualidad, no todo el tiempo pasado fue mejor, sino que cada tiempo es distinto.

Nuevo modelo de sexualidad

Construir nuevos paradigmas sociales que permitan que las personas adultas gocen de su derecho a vivir una sexualidad plena, requiere de la creación de un nuevo modelo:

- No basado en creencias
- basado en información científica
- Más respetuoso con las necesidades y derechos de las personas adultas mayores
- tienen derecho a la vivencia sexual

Derechos sexuales de las personas adultas mayores

- El ejercicio de la sexualidad es una libre opción que estoy en capacidad de tomar.
- Mi expresión sexual es permanente y no depende de la edad.
- Tengo el mismo derecho y deseo a recibir y dar caricias tal y como sucedía en mi niñez y juventud.
- Estoy en capacidad de expresar sanamente el afecto hacia las personas que me atraen.
- Puedo constituir pareja y compartir mis sentimientos sin límite de edad.

Promoción de la salud sexual del adulto mayor

Para garantizar un cambio de aptitud en las familias y la sociedad frente a la sexualidad de las personas adultas mayores es necesaria la sensibilización de la población que permita:

- Normalizar el tema de la sexualidad
- Dar a conocer los cambios esperables en el envejecimiento corporal
- Visión de nuevas técnicas sexuales no limitada al coito
- Favorecer redes sociales

Nuevas técnicas en la sexualidad del de las personas adultas mayores

- Besos y caricias
- Contacto físico
- Masturbación
- Comunicación
- Fantasía

Segunda Ponencia

Dra. Nidia Cañas, El Salvador (Especialista en Gerontología y Geriátrica)

Desinformación, mitos y prejuicios

Los médicos pasan por alto la sexualidad en los adultos mayores durante la exploración, evaluación médica habitual. Por lo tanto:

- No se brinda información sobre los cambios normales de la sexualidad que pueden preocuparles.
- No advierten a los usuarios sobre los efectos secundarios que pueden impactar negativamente en la continuidad de la actividad sexual.
 - No diagnostican una disfunción sexual y no recomiendan posibles tratamientos.

¿Por qué se da esta desinformación?

Durante siglos, han predominado una serie de mitos y prejuicios en torno al ejercicio de la sexualidad de las personas adultas mayores, lo que ha generado que los profesionales de la medicina, el funcionariado público y la población en general no cuenten con la educación sexual necesaria para garantizar que las personas mayores puedan gozar de este derecho, sin ser marginados/as, convirtiéndonos en una sociedad muy creada frente a este tema

Las principales barreras en la expresión sexual en las edades avanzadas son de índole: Psicológico, Médico, Obstáculos sociales (relación conyugal problemática o la falta de uno de los cónyuges por muerte.

Cuestionamientos básicos a tener en cuenta

- ¿Preguntamos sobre sexualidad a los adultos mayores?
- ¿Nos hablan de sexo las personas adultas mayores?

- ¿Les preocupa el sexo?
- ¿Hay actividad sexual entre los adultos mayores?

Envejecimiento normal y cambios en la sexualidad

La sexualidad puede definirse como la cualidad o el estado que comprende el deseo sexual (libido), excitación, función y actividad; satisfacción física e intimidad emocional.

Mucha gente mayor mantiene el deseo (libido) y la capacidad sexual y la satisfacción mientras gozan de salud, de una pareja saludable y de una buena relación con esa pareja. Experimentan las mismas cuatro fases del acto sexual que los jóvenes: deseo, excitación, clímax y recuperación.

Cambios en la mujer

Durante la post-menopausia las mujeres experimentan una disminución de estrógenos y progesterona; además produce menos andrógenos; Las trompas de Falopio se hacen filiformes, el útero regresa a su tamaño prepubertal, el endometrio y mucosa del cuello uterino se atrofia.

Puede haber dolor, sangrado durante el coito y menos protección en la vejiga y la uretra, lo que provoca cistitis recurrente. Una secreción vaginal menos acídica puede provocar una mayor incidencia de infecciones vaginales.

Las mujeres que desean permanecer sexualmente activas bien entrada la madurez encuentran barreras que nada tienen que ver con los síntomas físicos:

- Como la mujer vive 7 años más que el hombre y tiende a casarse con hombres 2 o 3 años mayores que ella, vive más que su compañero.
- Alrededor del 60% de las mujeres mayores no tienen marido, en contraste los hombres el 20% no tienen esposa.
- Otras mujeres viven con maridos discapacitados que no pueden ser compañeros sexuales.
- Hay aproximadamente 150 mujeres por cada 100 hombres mayores de 65, y 250 mujeres por cada 100 hombres mayores de 85.

Cambios en el hombre

Disminución de testosterona; la erección requiere más tiempo y suele ser menos firme; y durante la eyaculación:

- Disminuye la cantidad de semen

- La intensidad de la eyaculación disminuye
- La necesidad física de eyacular es menor
- Se reduce el líquido pre-eyaculatorio

Un hombre con salud puede continuar fértil hasta el final de su vida.

- Con la edad los testículos pueden hacerse más pequeños y la flaccidez del pene mayor.
- No hay climaterio discontinuo para los hombres, sino más bien una bajada gradual de los niveles de testosterona después de los 30.
- Algunos hombres mayores pueden tener un orgasmo más corto.
- La impotencia y la disfunción eréctil suelen atribuirse de manera errónea al envejecimiento.

Enfermedades crónicas y sexualidad

Afecciones médicas que impactan negativamente en la sexualidad

- Osteoartritis, artritis reumatoide, enfisema y bronquitis crónica, nefropatía crónica, prostatitis crónica, diabetes mellitus, enfermedad de parkinson, enfermedad de peyronie, incontinencia urinaria, enfermedades cardíacas y vasculares: infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, revascularización quirúrgica coronaria, hipertensión arterial, síndrome de la pelvis de acero, apoplejía.

La enfermedad puede afectar la función sexual de una forma directa o indirecta

- La enfermedad puede alterar el ciclo de la respuesta sexual humana.
- El tratamiento de una enfermedad (medicamento) puede generar problemas sexuales.

Los efectos generales de la enfermedad (cansancio, fatiga, dolor, depresión) afectan la función sexual. Además, existen medicamentos comunes que también afectan de forma adversa la actividad sexual: Psicotrópicos, Antipsicóticos/neurolepticos, Ansiolíticos/tranquilizantes, Diuréticos, Antihipertensivos, Antineoplásicos, Medicamentos para la alergia y resfriado, Antiulcerosos, Sustancias tóxicas.

Disfunciones sexuales en el hombre y la mujer

Disfunción eréctil

Es la incapacidad repetida de lograr o mantener una erección lo suficientemente firme como para tener una relación sexual. Se calcula que el 90% de los casos de disfunción eréctil tienen

causas físicas, mientras que un 10% son psicológicas.

Causas

- Medicación: antihipertensivos, psicofármacos
- Tóxicos: consumo de alcohol y tabaco
- Trastornos metabólicos y endocrinos
- Trastornos neurológicos
- epilepsia, neuropatía, ACV, esclerosis múltiples, etc.
- Enfermedades sistémicas: enfermedad que produzca debilidad, fiebre o dolor

Disfunción sexual en la mujer

- La dispareunia o coito doloroso es el síntoma más frecuente dentro de las disfunciones sexuales en la mujer. La atrofia vaginal post-menopausia, con disminución de la lubricación, convierte a la vagina en un órgano más susceptible a las lesiones por roce y también a posibles infecciones.
- Cualquier enfermedad sistémica, que produzca debilidad, va a alterar la actividad sexual de manera inespecífica.
- La presencia de incontinencia urinaria generalmente presente en pacientes multíparas, inhibe el deseo y la respuesta sexual.
- La histerectomía puede suponer problemas en la mujer debido a que es interpretado como una pérdida de la feminidad que después puede llevar a un trastorno depresión.

Segundo lenguaje del sexo

El primer lenguaje de la sexualidad, asociado a la juventud, es biológico e intenso. El segundo lenguaje de la sexualidad, más amplio que el primero, se aprende con la experiencia durante la vida. Naturalmente, algunas personas jóvenes son expertas por naturaleza para expresar el segundo lenguaje de la sexualidad y, por el contrario, algunas personas mayores nunca llegan a aprenderlo. Para mucha gente, centrarse principalmente en el contacto genital les lleva con el tiempo a una definición de la sexualidad más amplia que incluye la intimidad, la mutualidad, la confianza, el romance, la amistad y el afecto.

Se desconoce si hay una asociación clara entre la satisfacción sexual y la longevidad, pero hay evidencias de que el amor y el sexo mejoran la calidad de vida.

Algunos de los mayores obstáculos para una exitosa e íntima relación sexual en la madurez son las actitudes y las prácticas hacia las personas mayores que se encuentran en los profesionales

sanitarios y la gente en general. Los profesionales sanitarios deben darse cuenta de que sus pacientes mayores tienen interés sexual, capacidades y placeres, y que nosotros tenemos los medios para reparar muchos de los impedimentos físicos, emocionales y sociales para continuar la sexualidad en la madurez a través de la educación y otras intervenciones.

*“El amor es intensidad y por esto es una distensión del tiempo:
Estira los minutos y los alarga como siglos”*

Octavio Paz



Panel Foro: Cuido de la persona adulta mayor en situación de Dependencia

Ponentes

Dra. Inmaculada Gómez (IMSERSO España)

Dra. Margarita Pineda, El Salvador

Moderadora

Lic. Auxiliadora Cruz

Primera Ponencia

Dra. Inmaculada Gómez Pastor, España

Psicóloga por la Universidad Complutense de Madrid y Doctora en Neurociencia por la misma universidad. Magister en Neuropsicología por la Fundación Ciencia y Medicina. Tiene amplia experiencia en la atención de personas con discapacidad y la promoción de autonomía personal de personas con Daño Cerebral Adquirido. Ha trabajado además con personas con discapacidad intelectual gravemente afectadas.

Desde el año 2007 hasta la fecha es la Directora Gerente del Centro de Atención al Daño Cerebral Adquirido. Fue Directora Gerente del CRMF de Madrid y Directora Gerente del CAMP de Getafe. Todos centros de referencia del Instituto de Mayores y Servicios Sociales de España (IMSERSO). Es además conferencista y expositora especializada de IMSERSO para temas de cuidados en Dependencia y atención de cuidadores.

Ha publicado con el apoyo de IMSERSO el libro: "Alteraciones del cálculo en pacientes con Demencia tipo Alzheimer", el cual constituye el primer estudio sistemático que ha permitido poner de manifiesto una serie de conclusiones sobre el procesamiento del cálculo en pacientes con este tipo de padecimientos.

Cuido de la persona adulta mayor en situación de dependencia

En primer lugar quiero felicitar a la Dirección General de la persona Adulta Mayor de El Salvador por la organización de este Primer Encuentro Regional de Gerontología Social en colaboración, con la Red Intergubernamental Iberoamericana de Cooperación Técnica, RICOTEC, Y EL IMSERSO que permite un lugar de encuentro y reflexión en el que la persona adulta mayor es la protagonista.

Me gustaría empezar hablando brevemente del Centro que dirijo "Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral" perteneciente al IMSERSO, cuyo objetivo es gestionar conocimiento y exportar buenas prácticas sobre la promoción de autonomía personal para personas con Daño Cerebral Adquirido.

Comencemos con el significado de la palabra CUIDAR, la Real Academia Española de la Lengua nos ofrece varias opciones entre otras: Poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo. Asistir, guardar, conservar. Mirar por la propia salud, darse buena vida, vivir con advertencia respecto de algo, he resaltado en negrilla las que más nos pueden servir para nuestro tema.

En segundo lugar vamos a definir PERSONA ADULTA MAYOR: es aquella persona que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Generalmente se califica de adulto mayor a aquellas personas que superan los 70 años de edad, aunque este tema es un constructo teórico y variable.

Es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando. Son fuertemente discriminados, ya que se comete el error de considerarlos como inoperantes o incapaces, enfermos o simplemente viejos que no pueden cumplir con las tareas más básicas.

Por último nos queda la definición de SITUACIÓN DE DEPENDENCIA, y para esto me voy a referir a la reseñada en el "Libro blanco de la atención a las personas en situación de dependencia" publicado por el IMSERSO en Diciembre de 2004 y que conceptualiza la situación de dependencia como: "Resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal como consecuencia de una enfermedad o accidente. Este déficit comporta una limitación en la actividad. Cuando esta limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provoca una restricción en la participación que se concreta en la dependencia de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana."

La evidencia empírica disponible, muestra que existe una estrecha relación entre dependencia y edad, pues el porcentaje de individuos con limitaciones en su capacidad funcional aumenta conforme consideramos grupos de población de mayor edad. Ese aumento en las tasas de prevalencia por grupos de edad no se produce a un ritmo constante, sino que existe una edad (alrededor de los 80 años) en que dicho aumento se acelera notablemente.

Por otra parte, la definición que se establece en la Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia dice textualmente que la dependencia es: " el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el

caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.

La dependencia puede también no aparecer, y de hecho en muchos casos no aparece aunque la persona haya alcanzado una edad muy avanzada.

Existe una clarísima interrelación entre la salud y las situaciones de dependencia. Esta interrelación ha dado lugar al concepto de «espacio socio sanitario». En estos casos, nos encontramos ante la necesidad de asistir/apoyar a una población en una determinada etapa de la vida que precisan atención y/o ayudas para realizar actividades básicas de la vida diaria”, lo que desemboca en una necesidad de cuidados que pueden ser realizados por profesionales o no profesionales (personas de su familia o su entorno) Me voy a centrar en esta segunda categoría, ya que en mi opinión es preciso prestar una atención especial.

En España el perfil de cuidador no profesional es el siguiente:

- El 83% de los cuidadores familiares son mujeres (entre las mujeres cuidadoras, un 43 % son hijas, un 22 % son esposas y un 7,5% son nueras de las personas dependientes)
- La edad media de los cuidadores es de 52 años,
- Comparten el domicilio con la persona cuidada,
- La mayoría de los cuidadores prestan unos cuidados diarios a la persona dependiente (60%),
- No tienen ocupación laboral remunerada,
- No reciben ayuda de otras personas y comparten el rol de cuidador con otros roles familiares.

El hecho de que la mayoría de cuidadores sean mujeres se explica por el rol que las mujeres han venido adoptando tradicionalmente en nuestra sociedad y en el seno de las familias. Es general que, ante la aparición de la dependencia en un familiar, sea una mujer la que se convierta en la cuidadora principal.

La incorporación de las mujeres al mercado laboral y el cambio de roles que, aunque lentamente, se está sucediendo, han venido a generar lo que se llama Crisis del Apoyo Informal. Esta situación dibuja un presente en el que el número potencial de cuidadoras no profesionales se encuentra en disminución, de forma que se proyecta que no existirán en el futuro cuidadoras suficientes para atender en el entorno familiar a las personas en situación de dependencia.

¿En qué consiste cuidar a un familiar?

- Prestar apoyos para la satisfacción de las necesidades básicas del familiar,
- Prestar apoyos para la realización de Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria,

- Proporcionar afecto a la persona cuidada,
- Gestionar el funcionamiento del hogar en el que vive la persona cuidada para asegurar los suministros necesarios,
- Procurar las condiciones de seguridad necesarias para el familiar con dependencia,
- Promover la autonomía de la persona cuidada,

Todo esto produce un impacto en el cuidador que se puede traducir en:

- Desconocimiento acerca de la dolencia que afecta al familiar y la forma en que se deben prestar los cuidados que va a necesitar,
- Ausencia de conocimientos y habilidades desarrolladas para minimizar el impacto de los cuidados en nuestra salud y bienestar,
- Falta de destrezas desarrolladas para apoyar en las Actividades de la Vida Diaria y en las necesidades concretas del familiar,
- Desconocimiento del alcance de los cuidados que deben prestarse y de la responsabilidad que se adopta,

Los Posibles impactos que las personas cuidadoras pueden experimentar en sus vidas y en la de su familia, pueden ser: cambios en las relaciones familiares, cambios en el trabajo y en la situación económica, cambios en el tiempo libre, cambios en el estado de salud, cambios en los estados de ánimo y aparición de pensamientos erróneos.

Todos estos cambios son estresores que precipitan situaciones complicadas para el cuidador/a por lo que se pueden dar algunos consejos que mejorarán la situación y facilitarán la vida. Están dirigidos en su mayoría a situaciones de demencia por considerar que es una de las causas de situación de dependencia que más impacto tienen.

- Es necesario conservar la calma, irritarse no sirve de nada, la persona cuidada no tiene intención de ponerle en una situación desagradable, reacciona en función de su estado mental, si mantiene una actitud agresiva provocará una reacción desmesurada que creará más estrés.
- No intervenir sistemáticamente en su forma de vivir, es mejor que la persona en situación de dependencia haga las cosas mal a que permanezca inactivo, siempre que no corra peligro.
- Dejar tiempo para realizar lo que se le ha pedido que haga, no someter a excesivos estímulos, es necesario tener en cuenta que hay lentitud motora y en ocasiones pérdida de memoria que dificultan la acción. Es bueno que la persona cuidada se sienta útil pero no sobrecargada
- Encontrar actividades sustitutorias, de nada sirve explicar que tiene que dormir, si no lo hace busquemos algo que sustituya.

- Organizar su vida de forma rutinaria, evitar que tenga que hacer elecciones, cuando se bañe que siempre siga el mismo orden
- Prepararse para tener que tomar decisiones en su lugar de índole económicas, médicas o relativas a la vida común.
- Simular situaciones imprevistas por ejemplo si un familiar se pierde ¿Cómo actuaría? Haber pensado en muchas situaciones posibles y saber cómo se va a actuar, disminuirá la angustia y si la situación se produce, aumentará la eficacia de sus decisiones.
- Cuidarse: Pensar en uno mismo no es egoísmo. Se prestan cuidados y atención de mejor calidad si se está en forma para realizarlos. Hay que organizarse en función de sus posibilidades y las que ofrecen las diferentes asociaciones
- Formarse e informarse, el conocimiento de las situaciones concretas y de cómo ejercer el cuidado reducirá notablemente los miedos y por lo tanto el estrés y mejorará la calidad de vida de la persona cuidada.

A propósito del cuidado de la persona en situación de dependencia hemos de considerar el concepto de fragilidad implícito en el envejecimiento y cuya característica biológica fundamental se puede resumir como la pérdida de adaptabilidad de cualquier aparato u órgano, debido a una disminución de la capacidad de reserva y a unos estímulos sensoriales disminuidos.

En el campo de la Geriatria la fragilidad se resume como: la atención sanitaria de una etapa vital caracterizada por una reducción multisistémica de la capacidad fisiológica de un individuo, esta fragilidad puede condicionar que los adultos mayores sean fuertemente discriminados, ya que se comete el error de considerarlos como inoperantes o incapaces, enfermos o simplemente viejos que no pueden cumplir con las tareas más básicas, y este pensamiento enlaza con la concurrencia de distintas variables sociales y culturales que pueden condicionar la aparición de Malos Tratos a las Personas Mayores.

Los malos tratos se pueden producir en varios escenarios: institucionales, familiares... un solo caso de malos tratos debe forzar a la sociedad y a los profesionales a reflexionar y a actuar.

Los malos tratos pueden ser físicos, psicológicos, financieros, sexuales, de abandono o negligencia, de obstinación diagnóstica o terapéutica (Malos tratos a personas mayores, Guía de actuación, IMSERSO 2005).

Es preciso que existan espacios formativos y de debate sobre este tema que tengan como objetivo principal el desarrollo de estructuras de apoyo desde todos los ámbitos que faciliten la detección desarrollando indicadores y principios de actuación que sirvan para actuar en el caso de sospechar o diagnosticar malos tratos.

Segunda Ponencia

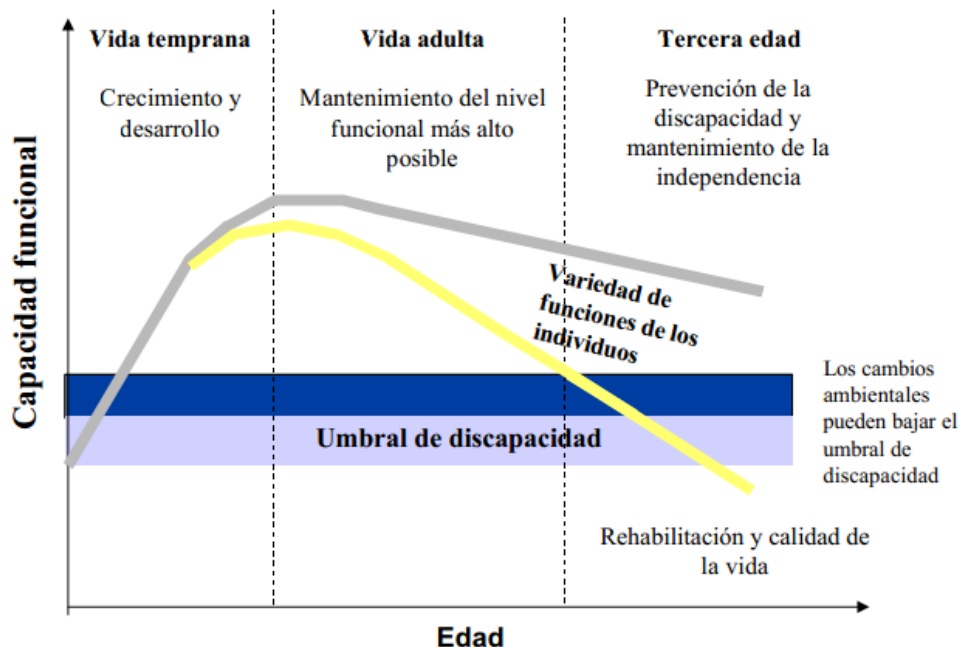
Dra. Ana Margarita Pineda Colorado
Internista y Geriatra.

Atención de la persona adulta mayor con dependencia

El funcionamiento es el resultado de las habilidades innatas de la persona y del ambiente que sustenta dichas capacidades. La capacidad funcional aumenta desde la niñez y alcanzan su punto máximo en la edad adulta temprana, alrededor de los 30 años. Posteriormente acontece una declinación a lo largo de la vida y está determinada en gran parte por factores externos (fumar, mala nutrición, falta de actividad física, etc.) Todos estos factores pueden acelerar la declinación funcional y ésta puede ser reversible si se cambian los hábitos, todo esto independientemente de la edad. Existen otro tipo de factores que pueden acelerar la declinación como la pobreza, la falta de educación, la contaminación ambiental, falta de políticas adecuadas entre otras. Pero éstas no dependen del individuo, y pueden ser influenciadas por medio de políticas e intervenciones dirigidas.

La Capacidad funcional y el ciclo vital

Una perspectiva que abarca todo el ciclo vital para el mantenimiento del nivel más alto posible de capacidad funcional



Fuente: OMS/HPS, Ginebra 2000.

Los adultos mayores que pierden su autonomía, la adaptación del ambiente externo y la rehabilitación pueden disminuir en gran medida la dependencia y su nivel de deterioro. Con una rehabilitación dirigida a la persona, puede ganarse parte de una función perdida. Algunas de estas intervenciones pueden ser: transporte público accesible, disponibilidad de rampas y dispositivos de asistencia, utensilios de cocina adaptados, asientos para inodoro, etc.

Las necesidades básicas, como el acceso al agua limpia, dentro de su entorno, pueden hacer que la persona se mantenga independiente. En la gran mayoría de hogares rurales de bajos recursos no se tiene el servicio de agua potable y tienen que obtener agua de pozos o de ríos cercanos. Este es un gran reto para los que atendemos adultos mayores.

Mantener la calidad de vida de las personas adultas mayores es el objetivo principal especialmente en aquellos cuya capacidad funcional ya no puede recuperarse. Existen muchas intervenciones específicas que pueden ayudar a mejorar su capacidad funcional y de este modo su calidad de vida.

El tratamiento óptimo de un paciente geriátrico es identificar el problema susceptible de corrección y arreglarlo. Esto no es tan fácil. La primera y la principal tarea del equipo médico es diagnosticar la causa. Ninguna atención compasiva, rehabilitación o manipulación ambiental compensará el hecho de pasar por alto un diagnóstico remediable. Los diagnósticos aislados rara vez remedian el problema.

La atención geriátrica conlleva una valoración clínica cuidadosa, tratamiento para identificar los problemas remediables y una valoración funcional muy cuidadosa y competente para identificar la forma en que la autonomía de la Persona Adulta Mayor puede llevarse al máximo por medio de las asistencias humanas y mecánicas apropiadas y manipulación ambiental.

Dependencia: Necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana.

Autonomía: Capacidad de una persona de tomar decisiones sin intervención ajena.

Evaluación del Estado Funcional

Los cambios normales del envejecimiento y los problemas de salud de las Personas Adultas Mayores casi siempre se manifiestan como declinaciones del estado funcional. Estos problemas de salud, de no ser tratados pueden conducir a incapacidad severa como la inmovilidad, inestabilidad y deterioro cognitivo, y ponen al adulto mayor en riesgo de iatrogenia. Una de las maneras de evaluar el estado de salud es la valoración funcional, la cual provee los datos objetivos que pueden indicar una futura declinación o mejoría y que permiten al médico y al equipo intervenir de forma apropiada.

La funcionalidad se define por medio de tres componentes:

1. Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

2. Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).
3. Marcha y equilibrio.

La evaluación funcional es necesaria, no puede estimarse a partir de los diagnósticos médicos.

El deterioro de la capacidad funcional es un factor de riesgo para numerosos eventos como las caídas y la Institucionalización.

¿Cómo evaluar las actividades básicas de la vida diaria?

El índice de Katz es uno de los más utilizados y más cuidadosamente evaluados. Es una escala sencilla que refleja niveles de conducta en seis funciones. Permite evaluar el estado funcional de forma ordenada, comparar con otras personas mayores y grupos y permite detectar cambios a lo largo del tiempo.

Se considera independiente a una persona que no precisa apoyo o utiliza apoyo sólo para un componente de la actividad, y dependiente a aquél que necesita apoyo de otra persona, incluyendo supervisión para todos los componentes de la actividad; el grado intermedio de dependencia, es aquella persona adulta mayor que requiere asistencia para más de un componente pero puede realizar los otros sin apoyo.

Este instrumento se desarrolló hace 47 años, a lo largo de estos años ha sido modificado y simplificado y se han utilizado diferentes enfoques respecto a puntajes. Sin embargo su utilidad se ha demostrado en forma constante.

La herramienta Katz ABVD, es sensible a los cambios en el estado de salud que decae, pero es limitada para medir pequeños incrementos en los cambios que se observan en la rehabilitación. Es de utilidad para utilizar un lenguaje común acerca del funcionamiento de la Persona Adulta Mayor para todo el equipo involucrado.

Katz, puntuación	
Baño:	Independiente : Se baña sin asistencia o requiere asistencia para bañarse una parte del cuerpo Dependiente: Ayuda para bañarse más de una parte del cuerpo o entrar o salir de la bañera
Vestido:	Independiente: Elige la ropa y se viste completamente sin ayuda o ayuda para atarse los cordones Dependiente: ayuda para vestirse
Uso del baño:	Independiente: Concurre al baño para defecar y orinar. Se higieniza y arregla la ropa Dependiente: Ayuda
Traslado:	Independiente: Entra y sale de la cama. Pasa de la cama a una silla sin ayuda. Dependiente: Ayuda
Continencia:	Independiente: Controla micción y defecación completamente Dependiente: Incontinencia parcial o total
Alimentación:	Independiente: Come solo, sin asistencia o Ayuda para cortar la carne o untar el pan. Dependiente:

I: Independiente A: Requiere Asistencia D: Dependiente

Índice para evaluar las Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD)

La escala de Lawton es útil para detectar los primeros grados de deterioro funcional. Esta escala es útil para aquella Persona Adulta Mayor que esté en riesgo de perder su autonomía (Paciente frágil), ya sea por estar recuperándose de una enfermedad crónica o inmovilidad. Si la persona no se evalúa, corre el riesgo de entrar en un proceso que puede llevar un grado acumulativo de discapacidades.

Este instrumento ha sido modificado y adaptado con diferentes enfoques respecto a su puntuación. Sin embargo su utilidad se ha demostrado constantemente.

El principal inconveniente, radica en su énfasis en tareas que tradicionalmente son realizadas por mujeres, siendo éste un obstáculo cuando se aplica a Adultos Mayores hombres. I: Independiente A:

Escala de Lawton y Brody

Cuidar la casa:	
Cuida la casa solo o con ayuda esporádica	1
Realiza tareas ligeras como lavar los platos y hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1
Necesita ayuda con todas las tareas de la casa	0
No participa en ninguna tarea doméstica	0

Lavar la ropa	
Realiza completamente el lavado de su ropa	1
Lava ropas pequeñas	1
Necesita que otro se ocupe de todo el lavado	0

Uso de transporte:	
Viaja con independencia en transporte público o conduce su auto	1
Se organiza con taxis, pero no usa otros transportes	1
Viaja en transporte público si lo acompaña otra persona	1
Sólo viaja en auto o taxi con ayuda de otros	0
No viaja en absoluto	0

Escala de Lawton y Brody

Uso del teléfono:	
Usa el teléfono a discreción, busca y marca los números, etc.	1
Marca algunos números bien conocidos.	1
Atiende el teléfono, pero no marca.	1
No usa el teléfono	0

Compras:	
Realiza todas las compras necesarias con independencia	1
Compra con independencia pequeñas cosas	0
Necesita compañía para realizar cualquier compra	0
Incapaz de ir de compras	0

Preparar la comida:	
Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	1
Prepara las comidas adecuadas si se le dan los ingredientes	0
Calienta y sirve la comida o las prepara pero no mantiene una dieta adecuada	0
Necesita que se le prepare y sirva la comida	0

Escala de Lawton y Brody

Manejo de medicación:	
Toma sólo la medicación , con dosis y hora correctas	1
Toma la medicación si se la prepara en dosis separadas	0
No es capaz de manejar su medicación	0

Manejo financiero:	
Se maneja con independencia	1
Maneja los gastos cotidianos, pero necesita ayuda para ir al banco, realizar grandes gastos, etc	1
Incapaz de manejar dinero	0

Requiere Asistencia D: Dependiente

Valoración del equilibrio y la marcha

La pérdida de capacidad de marcha y equilibrio son indicadores de alto riesgo para la salud.

Movilidad

La capacidad de las Personas Adultas Mayores para preservar su funcionalidad depende en buena medida de su motricidad. La detección temprana de incapacidades posibilita la intervención rehabilitatoria. El examen neuromuscular es insuficiente para identificar niveles a éste nivel y se requiere observación directa del desempeño motor.

Equilibrio

Una evaluación clínica de la marcha debe incluir el equilibrio.

Marcha

La marcha requiere para ejecutarse de:

Integridad articular

Coordinación neuromuscular

Integridad de las aferencias propioceptivas, visuales y vestibulares.

ESCALA DE TINETTI PARA EL EQUILIBRIO:

Con el paciente sentado en una silla dura sin brazos.

1. Equilibrio sentado	Se recuesta o resbala de la silla	0
	Estable y seguro	1
2. Se levanta	Incapaz sin ayuda	0
	Capaz pero usa los brazos	1
	Capaz sin usar los brazos	2
3. Intenta levantarse	Incapaz sin ayuda	0
	Capaz pero requiere más de un intento	1
	Capaz de un sólo intento	2
4. Equilibrio inmediato de pie (15 seg)	Inestable (vacila, se balancea)	0
	Estable con bastón o se agarra	1
	Estable sin apoyo	2
5. Equilibrio de pie	Inestable	0
	Estable con bastón o abre los pies	1
	Estable sin apoyo y talones cerrados	2
6. Tocado (de pie, se le empuja levemente por el esternón 3 veces)	Comienza a caer	0
	Vacila se agarra	1
	Estable	2
7. Ojos cerrados (de pie)	Inestable	0
	Estable	1
8. Giro de 360 °	Pasos discontinuos	0
	Pasos continuos	1
	Inestable	0
	Estable	1
9. Sentándose	Inseguro, mide mal la distancia y cae en la silla	0
	Usa las manos	1
	Seguro	2

PUNTUACIÓN TOTAL DEL EQUILIBRIO (máx. 16 puntos).

ESCALA DE TINETTI PARA LA MARCHA:

Con el paciente caminando a su paso usual y con la ayuda habitual (bastón o andador).

1. Inicio de la marcha	Cualquier vacilación o varios intentos por empezar	0
	Sin vacilación	1
2. Longitud y altura del paso	A) Balanceo del pie derecho	
	No sobrepasa el pie izquierdo	0
	Sobrepasa el pie izquierdo	1
	No se levanta completamente del piso	0
	Se levanta completamente del piso	1
	B) Balanceo del pie izquierdo	
	No sobrepasa el pie derecho	0
	Sobrepasa el pie derecho	1
	No se levanta completamente del piso	0
	Se levanta completamente del piso	1
3. Simetría del paso	Longitud del paso derecho desigual al izquierdo	0
	Pasos derechos e izquierdos iguales	1
4. Continuidad de los pasos	Discontinuidad de los pasos	0
	Continuidad de los pasos	1
5. Pasos	Desviación marcada	0
	Desviación moderada o usa ayuda	1
	En línea recta sin ayuda	2
6. Tronco	Marcado balanceo o usa ayuda	0
	Sin balanceo pero flexiona rodillas o la espalda o abre los brazos	1
	Sin balanceo, sin flexión, sin ayuda	2
7- Posición al caminar	Talones separados	0
	Talones casi se tocan al caminar	1

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA MARCHA (máx. 12).

PUNTUACIÓN TOTAL GENERAL (máx. 28).

Envejecer es como escalar una gran montaña; mientras se sube las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre, la vista más amplia y serena.

Ingrid Bergman





Anexo

Programa Encuentro Regional de Gerontología Social

El Encuentro Regional de Gerontología se realizó en las instalaciones de La Fundación Empresarial para el Desarrollo (FEPADE) y tuvo una duración de tres días, en los que se desarrolló el siguiente programa:

15 DE OCTUBRE	PONENTES	Hora	Lugar
Inscripción, entrega de materiales y credenciales		8:00	Auditorio FEPADE
Introducción: El envejecimiento y el rol de la gerontología. Presentación Campaña: SEAMOS PARTE DEL BUEN TRANTO	Msc. Nadia Jennifer Soundy Directora de adulto mayor de la Secretaría de Inclusión Social	9:15	Auditorio FEPADE
Inauguración	Dra. Vanda Pignato, Secretaria de Inclusión Social -Dra. Inmaculada Gómez, IMSERSO - Msc. Nadia Jennifer Soundy, SIS -Lic. Roberto Mateu Representante de FEPADE	10:00	Auditorio FEPADE
RECESO		10:30	
Mujer y Envejecimiento en la región	Dra. Mónica Roqué (Argentina) Dra. Guadalupe de Espinoza (El Salvador) Modera: Lic. Auxiliadora Cruz	10:45	Auditorio FEPADE
RECESO		12:30	
Políticas Públicas para la población adulta mayor FEPADE	Msc. Nadia Jennifer Soundy (El Salvador) Dr. Francisco Javier Leturia Dr. Lucas Correa (Colombia) Modera: Lic. Julia Carcamo	2:00	Auditorio
Erradicación de amarres en personas adultas mayores	Dr. A. Burgueño, IMSERSO España Dra. Nidia Cañas, El Salvador Modera: Lic. Patricia de Claudio	3:30	Auditorio FEPADE
FIN DE LA JORNADA		5:00	
16 DE OCTUBRE	Ponente	Hora	Lugar
Inscripción de participantes		8:00	Auditorio FEPADE
Los derechos de las personas adultas mayores en el ámbito internacional	Wendy Acevedo (El Salvador) Rodrigo Jimenez, Costa Rica Modera: Kenny Rodriguez, El Salvador	8:30	Panel foro Auditorio FEPADE
RECESO		10:00	Auditorio

Diversidad Sexual y persona adulta mayor	Lic. Andrea Ayala (ESMULES El Salvador) Lic. Cruz Torres (El Salvador) Dra. Sabrina Rossi (Uruguay) Moderadora: Msc. Nadia Jennifer Soundy (SIS)	10:15	Panel Foro Auditorio FEPADE
RECESO		12:30	
Conversatorios Simultáneos	Cine Fórum: El Gran Torino. Lic. Luis Quintanilla, AGESAL	2:00	Aulas
	Cuidados paliativos: Lic. Lorena Alas, AGESAL		
	Cuidadores Familiares, Lic. Alba Benitez, ANES		
	Mitos y estereotipos del envejecimiento, Lic. Julia Cárcamo AGESAL		
CONCIERTO	CORO NACIONAL DE ADULTOS MAYORES E INVITADOS ESPECIALES	4:00	Auditorio FEPADE
Premio a Adulto Mayor Destacado		5:45	Auditorio FEPADE
Fin de la jornada		6:00	
17 DE OCTUBRE	Ponente	Hora	Lugar
Registro de participantes		8:00	
Sexualidad en el adulto mayor	Lic. Lorena Alas, El Salvador Dra. Nidia Cañas, El Salvador Moderadora: Lic. Auxiliadora Cruz	8:30	Auditorio FEPADE
Receso		10:00	
Cuido de la persona adulta mayor en situación de Dependencia	Dra. Inmaculada Gómez IMSERSO España Dra. Margarita Pineda, El Salvador Modera: Lic. Auxiliadora Cruz	10:15	Auditorio FEPADE
Cierre del Encuentro	Msc. Nadia Jennifer Soundy, Directora de la persona Adulta Mayor El Salvador Dra. Inmaculada Gómez, IMSERSO.	11:45	Auditorio FEPADE
Entrega de diplomas	Personal de FEPADE	11:00 a 12:30.	Auditorio

