



Políticas Públicas sobre Envejecimiento en los Países del Cono Sur

Sistema Regional de Información y Aprendizaje
para el Diseño de Políticas Públicas
en torno al Envejecimiento



FLACSO



Ministerio de
Desarrollo Social
Presidencia de la Nación

Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia
Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores




**MINISTERIO DE
DESARROLLO SOCIAL**

Políticas Públicas sobre Envejecimiento en los Países del Cono Sur

Sistema Regional de Información y Aprendizaje
para el Diseño de Políticas Públicas
en torno al Envejecimiento

Compiladoras:

Monica Roqué
Adriana Fassio

Correctora de estilo:

Omi Fernandez

Diseñador:

Orlando Golman

Una marca de género:

La presente Clase está escrita usando el masculino como genérico para evitar la sobrecarga gráfica de utilizar el femenino y el masculino en cada nominación. Por favor, léase esto sólo como una simplificación gráfica ya que promovemos la igualdad de género en todas sus manifestaciones.

ISBN: 978-956-205-251-1

**Financiado con la Cooperación Técnica
RG-T2216, del Banco Interamericano de
Desarrollo**

Responsable del Proyecto por FLACSO Chile
Máximo Aguilera

Dirección del Curso
Mónica Roqué

Vicedirección
Susana Ordano

Coordinación Académica
Adriana Fassio

Asistentes de Dirección
Sebastián Amaro
Esteban Franchello
Leandro Laurino

Tutora
Estela Machain

Responsable del proyecto por Argentina
Monica Roqué - DINAPAM

Responsable del proyecto Chile
Rayen Ingles - SENAMA

Responsable del proyecto por Uruguay
Adriana Rovira- INMAYORES

Autores

Mónica Roqué
Sebastian Amaro
Cristián Massad Torres
Felipe Herrera Muñoz
Adriana Rovira
Romina Karin Rubin
Ricardo Iacub
Rosana Croas
María Cecilia Terzaghi
María Constanza Fernández Salvador
Mariana Rodríguez
Esteban Franchello
Leandro Laurino
Adriana Fassio
Claudia Josefina Arias
Rayen María Ingles Hueche
Gladys González Álvarez
Máximo Caballero Astudillo
Susana Ordano

Prólogo.

Este libro es el resultado de las clases del curso online de “Políticas Públicas y Envejecimiento en los Países del Cono Sur” en el marco del Programa de Bienes Públicos Regionales (BPR) del Banco Interamericano de Desarrollo, bajo la coordinación de FLACSO Chile”. Expertos nacionales e internacionales han participado en la elaboración de este libro que creemos servirá para enriquecer el trabajo de las personas abocadas a las políticas públicas gerontológicas.

Los organismos que han participado tanto en el desarrollo del curso como en la elaboración de este libro son la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de Argentina (DINAPAM); el Servicio Nacional del Adulto Mayor dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de Chile (SENAMA) y el Instituto Nacional del Adulto Mayor del Uruguay (INMAYORES).

Tanto Argentina, como Chile y Uruguay poseen características socioeconómicas parecidas y enfrentan un serio reto derivado del envejecimiento de su población, en la actualidad el más alto de la región. Si bien los Estados han adoptado políticas públicas para enfrentar este desafío, el aprendizaje compartido de las experiencias de cada país podría mejorar las acciones y servir de referencia a los países de América Latina y el Caribe que aún enfrentan un envejecimiento moderado, pero que se verán ante los mismos desafíos en el futuro.

El curso online tiene como objetivos que los/as alumnos/as: 1) adquieran los conocimientos básicos de la gerontología moderna enmarcada en el paradigma de derechos humanos; 2) conozcan con mayor profundidad las políticas que se están implementando en los tres países desde una mirada de género, dada la feminización del proceso de envejecimiento; 3) enriquezcan las acciones cotidianas que llevan a cabo adentro de las fronteras de sus países.

Desde los organismos consideramos fundamental poder extender los contenidos del curso a más países y más personas, de modo tal de continuar nutriendo el diálogo conceptual, político e institucional y fortaleciendo el paradigma de los derechos humano en las políticas públicas gerontológicas.

Equipo del Sistema Regional

Índice.

CAPÍTULO I. Los Desafíos del Envejecimiento: Políticas Públicas y Envejecimiento.	13
I. 1. Ideas principales	14
I. 2. Introducción a la gerontología. Envejecimiento. Vejez. Edades. Envejecimiento diferencial	
I. 2.1. ¿Es lo mismo el envejecimiento que la vejez?	15
I. 2.2. ¿Todas las personas envejecen de la misma manera?	16
I. 3. Contexto demográfico del envejecimiento. Transición demográfica. Bono demográfico. Feminización del envejecimiento	17
I. 3. 1. Transición demográfica	20
I. 3.2. El bono demográfico	24
I. 3.3. Feminización del envejecimiento	25
I. 4. El Enfoque de derechos humanos. Rol del Estado en las políticas públicas y sociales orientadas a las personas mayores	29
I. 4. 1. ¿Cómo surge el enfoque de derechos humanos?	
I. 4. 1. 2. Derechos Humanos y Personas Mayores	30
I. 4. 2. Políticas públicas	38
I. 4.3. Políticas orientadas a personas mayores	41
I. 5. Conclusiones	43
CAPÍTULO II. Envejecimiento poblacional y políticas públicas. Situación de Argentina, Chile y Uruguay	45
ARGENTINA	47
II. 1. Las personas mayores en Argentina	
II.1. 1. Caracterización de las personas mayores	
II. 2. Condiciones de vida de las personas mayores. Seguridad económica: Cobertura de jubilaciones y pensiones	50
II. 3. La salud de las personas mayores. Percepción del estado de salud	54
II. 4. Formas de convivencia	58
II. 5. Redes de apoyo	
II. 5. 1. Políticas y programas implementadas por la dirección nacional de políticas para personas mayores (dinapam)	60
II. 6. Programas de la DINAPAM	
CHILE	63
II. 7. Introducción	
II. 7. 1. Información sociodemográfica sobre el envejecimiento de la población chilena	64
II. 7. 2. Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)	69
II. 7. 3. Avances y acciones de la política pública de envejecimiento y vejez	
II. 7. 4. Otras políticas y programas que incluyen a los adultos mayores: la búsqueda de la integralidad de las políticas	74
II. 8. Conclusiones	76
URUGUAY	77
II. 9. Introducción	
II. 9. 1 Consideraciones generales	
II. 9. 2. Situación económica	78
II. 9. 3. Salud	81
II. 9. 4. Tipo de hogar y redes de las personas mayores	82
II. 9. 5. La dependencia en las personas mayores de Uruguay	84
II. 9. 6. Vivienda	86
II. 9. 7. Participación	87
II. 10. Consideraciones finales	88

CAPÍTULO III. Las Políticas rectoras en los temas de Envejecimiento y Vejez”	91
III. 1. Introducción	92
III. 2. Institucionalidad y políticas públicas	
III. 3. Contexto de creación de las institucionalidades rectoras	94
III. 4. Sobre la función de rectoría institucional	96
III. 5. El caso de Uruguay: puesta en funcionamiento del Instituto Nacional de Personas Mayores	100
III. 6. Consideraciones finales	104
CAPÍTULO IV. Salud y Envejecimiento	109
IV. 1. Introducción	110
IV. 2. Concepto de envejecimiento	111
IV. 2. 1 Características particulares de las personas mayores	
IV. 3. Estratificación. Tipología de pacientes	112
IV. 4. Aspectos generales de la valoración geriátrica integral (VGI)	113
IV. 4. 1. Definición de la VGI	114
IV. 4. 2 Valoración clínica	115
IV. 4. 3. Valoración funcional	116
IV. 4. 4. Valoración cognitiva y afectiva	117
IV. 4. 5. Valoración social	119
IV. 5. Síndromes geriátricos	121
IV. 5. 1. Inestabilidad en la marcha y caídas	122
IV. 5. 2. Incontinencia urinaria	125
IV. 5. 3. Inmovilidad	132
IV. 5. 4. Deterioro cognitivo	134
CAPÍTULO V. Psicología de la vejez	137
V. 1. Introducción	138
V. 2. El envejecimiento psicológico	
V. 2. 1. ¿Qué es el envejecimiento desde un punto de vista psicológico?	
V. 2. 2. Teorías acerca del curso de la vida	139
V. 2. 3. Construyendo al adulto mayor	140
V. 2. 3. 1. Las perspectivas	
V. 2. 4. Los significados, los prejuicios y los estereotipos	142
V. 2. 5. Los significados negativos del sujeto psicológico envejecido	143
V. 3. Teorías psicológicas sobre el envejecimiento y la vejez	145
V. 3. 1. Del control personal a las teorías de la identidad	145
V. 4. El erotismo, la erótica y la sexualidad	153
V. 4. 1. Los mitos sexuales de la vejez	154
V. 4. 2. Modificaciones en la sexualidad como producto del envejecimiento	156
V. 4. 3. La cuestión de género y el erotismo	157
V. 5. La cuestión Lesbiana, Gay, Bisexual, Transexual (LGBT)	159
V. 6. Cambios cognitivos en el envejecimiento	161
V. 7. A modo de cierre	165

CAPÍTULO VI. Cuidados progresivos a lo largo de la vida I: sistema de cuidados progresivos. Autonomía personal en contextos institucionales. Derechos humanos en personas con fragilidad y dependencia	167
VI. 1. Ideas principales	168
VI. 2. Definiendo los cuidados	
VI. 3. El efecto del envejecimiento en el sistema de cuidados	169
VI. 4. Institucionalidad en los cuidados. La historia de los cuidados	172
VI. 5. Un modelo de cuidados progresivos desde la perspectiva de los derechos humanos	174
VI. 6. La progresividad en los cuidados: el sistema progresivo de atención	178
VI. 6. 1. Cuidados en domicilio	180
VI. 6. 2. Cuidados en contextos institucionales	182
VI. 7. Conclusiones	188
<hr/>	
CAPÍTULO VII. Cuidados progresivos a lo largo de la vida II: cuidados en domicilio, servicios y tecnologías de apoyo. Accesibilidad. Una vida independiente	191
VII. 1. Introducción	192
VII. 2. Cuidados en domicilio desde una mirada integral	
VII. 2. 1. Cuidados en domicilio y servicios de apoyo	194
VII. 3. Desarrollo de estrategias de cuidados en domicilio de personas mayores en la región	195
VII. 4. ¿Por qué es importante pensar en los cuidados desde la perspectiva de género?	198
VII. 5. Los cuidados formales e informales	201
VII. 6. ¿A quién cuidamos y cómo cuidar a los que cuidan?	204
VII. 6. 1. ¿A quién cuidamos?	
VII. 6. 2. Cuidando al cuidador	205
VII. 7. Productos de apoyo	207
VII. 8. Aportes para una vida independiente. Accesibilidad	212
VII. 8. 1. Barreras y facilitadores	213
VII. 9. Consideraciones finales	214
<hr/>	
CAPÍTULO VIII. Comunicación y vejez desde una perspectiva de derechos	217
VIII. 1. Ideas principales	218
VIII. 2. Concepciones de Comunicación	219
VIII. 2. 1. Introducción	
VIII. 2. 2. Concepciones de comunicación: <i>Mass Communication Research</i> , Escuela de Frankfurt y Estudios Culturales	220
VIII. 3. El vínculo entre comunicación y vejez	224
VIII. 4. Medios comunitarios, medios para la participación de las personas mayores	228
VIII. 4. 1. Los medios comunitarios como estrategia de participación de las personas mayores	231
VIII. 5. ¿Qué implica la perspectiva de derechos en la comunicación?	233
VIII. 5. 1. ¿Cómo construir un nuevo sentido de la vejez?	
VIII. 5. 2. Cómo comunicar con responsabilidad sobre las personas mayores: diez recomendaciones	236
VIII. 6. Lenguaje inclusivo	237
VIII. 7. Contextualizar	
VIII. 8. Promover el buentrato	238
VIII. 9. Empoderar a las personas mayores	
VIII. 10. Accesibilidad para incluir	
VIII. 11. A modo de cierre: recapitulamos	239

CAPÍTULO IX. Inclusión social y participación en la vejez	241
IX. 1. Ideas principales	242
IX. 2. La inclusión social de las personas mayores como un problema social	
IX. 3. El derecho de las personas mayores a la participación	244
IX. 4. Participación en organizaciones intergeneracionales y de personas mayores. Voluntariado social y trabajo voluntario	247
IX. 5. La Participación de las Personas Mayores en el Mercado de Trabajo Remunerado	252
IX. 6. Los Consejos Consultivos de Personas Mayores Como Forma de Participación de Las Organizaciones de Mayores en la Gestión de Políticas Públicas	254
IX. 7. Participación en Instancias de Educación a lo largo de la vida	265
IX. 8. Conclusiones	266
CAPÍTULO X. Redes sociales de las personas mayores	267
X. 1. Ideas principales	268
X. 2 ¿Qué se entiende por apoyo social?	269
X. 2. 1. ¿Cuáles son las fuentes de apoyo para las personas mayores?	271
X. 2. 2. La complementariedad entre las fuentes de apoyo social formales e informales	
X. 3. La red de apoyo social	272
X. 3. 1. La evaluación de la red de apoyo social	273
X. 4. Los vínculos en la vejez	279
X. 4. 1. ¿Por qué motivos se pierden vínculos en la vejez?	
X. 4. 2. ¿En la vejez se incorporan nuevos vínculos a la red?	
X. 4. 3. ¿Cuáles son los vínculos centrales durante la vejez?	281
X. 5. Variabilidad en la composición de las redes de apoyo social en la vejez	284
X. 6. Impacto del apoyo social sobre el bienestar de los adultos mayores	285
X. 7. Intervenciones basadas en el apoyo social a las personas mayores	286
X. 8. La accesibilidad a los recursos de apoyo: sistematización y difusión	289
X. 9. Conclusiones	291
CAPÍTULO XI. Personas mayores y protección civil: una propuesta del servicio nacional del adulto mayor (SENAMA) para el abordaje de emergencias, desastres o catástrofes en los establecimientos de larga estadía para el adulto mayor (ELEAM)	293
XI. 1. Introducción	295
XI. 2. Antecedentes epidemiológicos y demográficos de la población en Chile	296
XI. 2. 1. Establecimientos de larga estadía (ELEAM)	
XI. 3. Antecedentes de emergencias y catástrofes que han afectado a las personas mayores	298
XI. 4. Derechos humanos de las personas mayores y catástrofes o emergencias	303
XI. 5. Marco regulatorio de protección civil	306
XI. 5. 1. Contexto internacional	
XI. 5. 2. Contexto nacional	
XI. 6. Plan Regional de Emergencia para Establecimientos de larga estadía para el adulto mayor ELEAM/SENAMA	308
XI. 7. Recomendaciones metodológicas para elaborar los planes de emergencias ELEAM	313
XI. 7. 1. Metodología para el diagnóstico de riesgos y recursos (AIDEP)	
XI. 7. 2. Metodología ACCEDER: acciones durante las emergencias y/o desastres	318
XI. 7. 3. Contenido del plan de emergencia regional para Establecimientos de larga estadía del adulto mayor	323
XI. 8. Reflexiones finales	324

CAPÍTULO XII. Educación comunitaria	327
XII. 1. Educación. Conceptualizaciones y alcances	328
XII. 1. 1. Educación y sistema educativo	
XII. 1. 2. El modelo de la reproducción	329
XII. 1. 3. Hacia dónde va la educación	
XII. 2. Educación a lo largo de la vida	331
XII. 3. La Educación Popular en América Latina	336
XII. 3. 1. Los revolucionarios años 60	
XII. 3. 2. El educador popular	338
XII. 4. Educación emancipadora: la pedagogía de Paulo Freire	339
XII. 5. El aprendizaje en las personas mayores	341
XII. 5. 1. La memoria necesaria para estudiar	342
XII. 5. 2. Gerontología educativa – Gerontagogía	343
XII. 5. 3. El educador en los programas educativos de adultos mayores	
XII. 6. Educación inclusiva	344
XII. 7. Planificación de experiencias educativas con personas mayores	345
XII. 7. 1. Proyectos de educación intergeneracional	347
XII. 8. Programas y proyectos educativos con personas mayores	348
XII. 8. 1. Formar a los formadores	349
XII. 9. Conclusiones	350
Capítulo XIII. Pautas para la planificación de líneas de acción orientadas a las personas mayores	351
XIII. 1. Introducción	352
XIII. 2. La gerencia social como espacio de intersección	
XIII. 3. La gerencia social y la implementación de programas sociales	354
XIII. 3. 1. El esquema de un proyecto social	355
XIII. 4. Desafíos en la implementación de proyectos sociales	356
XIII. 5. La evaluación y el monitoreo de las políticas sociales	359
XIII. 6. Las organizaciones públicas ¹ como ejecutoras de las políticas sociales	360
XIII. 7. Diagnóstico, monitoreo y evaluación organizacionales	361
XIII. 7. 1. Los pasos del diagnóstico organizacional	
XIII. 7. 2. La evaluación organizacional	363
XIII. 7. 3. La mejora y el cambio organizacional	364
XIII. 7. 4. Diagnóstico de la cultura organizacional	372
XIII. 8. Las organizaciones de y para mayores y el cambio organizacional	376
XIII. 9. A modo de cierre	381
BIBLIOGRAFÍA.	383

Capítulo I.

Los desafíos del envejecimiento: políticas públicas y envejecimiento

LOS/AS AUTORES/AS

Monica Roqué, Médica, Magíster en Administración de Servicios de Salud y Seguridad Social con Especialización en Tercera Edad (OISS, UNLM). Magíster en Dirección y Gestión en Sistemas de Seguridad Social. Universidad de Alcalá, España. Cursando el Doctorado en Demografía de la Universidad Nacional de Córdoba. Directora Nacional de Políticas para Adultos Mayores de la SENNAF-Ministerio de Desarrollo Social. Presidenta de la delegación Argentina ante ONU y OEA en el grupo de trabajo sobre la convención de derechos humanos para las personas mayores. Presidenta del Foro Social 2014 del Consejo de Derechos Humanos de ONU Ginebra. Secretaria Ejecutiva del Consejo Federal de Mayores, Responsable Nacional del Programa Iberoamericano. Vocal Regional RIICOTEC, IMSERSO, España. Actividades académicas: Directora de la carrera de posgrado Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional de la Facultad de Psicología de Mar del Plata. Docente titular en la carrera de posgrado Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional. Disertante nacional e internacional. Presenta varias publicaciones entre las que se encuentran: el Plan Nacional de las Personas Mayores; el Manual de Cuidados Domiciliarios; la Carta de Derechos de las Personas Mayores; la Guía para el Autocuidado de la Salud de las Personas Mayores; Capítulo “De la necesidad y fundamentos para un tratado internacional de las personas mayores” en los Derechos de las personas mayores en el siglo XXI, CEPAL; Capítulo “Los cuidados progresivos, los derechos humanos y el rol del Estado en la Argentina”, CEPAL. Asesora en la Primera Encuesta Nacional de Calidad de Vida de los Adultos Mayores.

Sebastián Amaro, Licenciado y Profesor en Sociología, egresado de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina; especializando del Posgrado en Gerontología Comunitaria e Institucional de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata. Actualmente cursa el programa de actualización sobre comunicación, géneros y sexualidades en la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina. Desde el año 2012 se desempeña como técnico responsable del Área de Monitoreo en la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, dependiente de la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Es coautor de varios artículos sobre “Políticas Públicas y Vejez” y docente en el Seminario de Gerontología Comunitaria, en temas vinculados al envejecimiento, políticas públicas y diversidad sexual. Asimismo, participa en la producción e implementación de talleres sobre vejez, diversidad sexual y género destinados a personas mayores de todo el territorio argentino. Anteriormente se desempeñó en el ámbito privado y participó de experiencias de Educación Popular con adultos/as en contextos vulnerables.

I. 1. Ideas principales

El objetivo de este libro consiste en brindar un acercamiento a los conceptos básicos de la gerontología que serán útiles para comprender y profundizar los temas que se irán desarrollando en los módulos siguientes.

El recorrido que se propone en este capítulo, se inicia con las ideas principales de la gerontología, abarcando los conceptos de vejez y envejecimiento individual. Luego se lo describe desde el punto de vista demográfico haciendo hincapié en la transición demográfica, el bono al que da lugar y la feminización.

A continuación se encara la construcción de la cuestión del envejecimiento y la vejez moderna, desde el plano jurídico internacional, a través de la creación de los diferentes instrumentos que permitirán abordar las políticas actuales desde el paradigma de derechos humanos.

Seguidamente se describirán las políticas públicas planteando las tensiones que presentan y su relación con el Estado. Luego se realizará una breve historización de las políticas orientadas a las personas mayores destacando las principales líneas de acción que los países del Cono Sur tienen en común.

Finalmente se ofrecerán algunas reflexiones a fin de profundizar el tratamiento y las líneas de acción que se presentan como desafíos.

Particularmente en este capítulo los objetivos propuestos son: 1) describir los escenarios y procesos demográficos actuales en la región; 2) acercar la construcción del marco jurídico internacional y el desarrollo del enfoque de derechos humanos al explorar las políticas públicas regionales que se han venido desarrollando en las últimas décadas; y 3) indagar sobre las políticas públicas en general y sobre éstas orientadas a la vejez en el Cono Sur.

I. 2. Introducción a la gerontología. Envejecimiento. Vejez. Edades. Envejecimiento diferencial

La definición etimológica del término **gerontología** alude a *geronto/es* = viejos, ancianos, notables y *logía* = estudios, razonamiento, argumentación (lo que hoy conocemos como ciencia).

La gerontología surge a comienzos del siglo pasado de la mano de un biólogo ruso, Elie Metchnikoff, quien abandona sus estudios sobre los sistemas de inmunidad para abocarse a investigar al proceso de envejecimiento a nivel orgánico. En 1908 sus investigaciones lo convirtieron en acreedor del premio Nobel de Medicina y Fisiología.

En este contexto en el que reinaba el positivismo y la legitimación de las ciencias sociales recurría a la metodología aplicada en las ciencias duras, con el estandarte de la objetividad como algo observable y verificable, surge la gerontología.

Hacia la década del 40 aparece el primer trabajo que corresponde al desarrollo de la gerontología científica en el que se abordan además de las cuestiones médicas, lo social y psicológico como aspectos a desarrollar en los "Problemas del envejecimiento", título de la obra de Cowdry (1939 citado en Roqué y Fassio, 2012).

En sus inicios, la gerontología constituyó una respuesta a los problemas asociados al envejecimiento de las personas y de la población. No obstante, con el transcurrir del tiempo, los estudios fueron contribuyendo a construir la cuestión de la vejez y del envejecimiento tal como se conciben hoy.

En la actualidad se refiere a la gerontología como la disciplina científica que estudia el proceso de envejecimiento, la vejez como una etapa de la vida y a las personas mayores desde un punto de vista biológico, social y psicológico. Estas tres grandes dimensiones lejos de constituir compartimentos estancos, configuran una mirada interdisciplinar necesaria para abordar los temas referidos a la disciplina desde un punto de vista lo más integral posible.

Por ello, se plantea que se trata de una disciplina que se nutre de los conocimientos provenientes de otras tales como trabajo social, psicología, sociología, comunicación social, antropología y ciencias políticas, además de la medicina, la psiquiatría, etc. Incluso, cada vez adquiere más relevancia la arquitectura para abordar cuestiones tales como la accesibilidad en la vejez.

Es importante distinguir el campo de acción de la gerontología del de la geriatría. Mientras que la primera procura una mirada más integral y abarcativa, esta última se acerca a la cuestión de la vejez desde el campo de la salud brindando conocimientos a la gerontología.

I. 2.1. ¿Es lo mismo el envejecimiento que la vejez?

El envejecimiento en términos individuales es un proceso que se inicia con el nacimiento y finaliza con la muerte, razón por la cual se refiere a su carácter inexorable y progresivo. Ninguna persona puede evitarlo. Sin embargo, la gerontología se interesa, también, por el envejecimiento de la población, por lo que la demografía tiene mucho para aportar a este campo.

La vejez, por su parte, está relacionada al concepto de edad que, a su vez, asume distintos caracteres: a la edad concebida como años de vida, desde un punto de vista temporal y contemplativo del paso del tiempo, se la define como edad cronológica. Existe también una edad fisiológica asociada al funcionamiento a nivel orgánico y biológico; y una edad psíquica determinada por los efectos psicológicos del paso del tiempo en cada sujeto. A la edad que prescribe los roles en el contexto de una sociedad se la entiende como edad social. (Huenchuan, 2006; Roqué y Fassio, 2012).

Al respecto se debe señalar que en todas las sociedades hay una política de edades que se relaciona con el proceso de envejecimiento, en cuanto las sociedades se organizan en torno a la asignación a cada edad, de roles y significados. Éstos inciden a lo largo del curso vital.

Las distintas etapas de la vida son construcciones sociales, culturales, políticas, económicas e históricas. Si bien en la historia de la humanidad hubo niñas/os, jóvenes y mayores, las categorías de niñez, adolescencia, juventud, adultez y vejez son concepciones que surgen con mayor fuerza en la modernidad, aunque que se han ido construyendo en diferentes momentos históricos de acuerdo con el sistema social y de valores de cada período.

Así, se debe señalar que el conocimiento sobre la vejez y el envejecimiento ha estado presente en diversas culturas milenarias que han construido significados en torno a la vejez y se han preocupado por entender el envejecimiento. Mientras que en algunos casos hubo ponderaciones positivas (tal como

el de la cultura hebrea), en otros, la mirada que ha primado ha sido negativa, como ocurrió en la civilización griega con su culto y devoción por la juventud tal como se puede leer en *El Banquete* de Platón (Dulcey Ruiz y Valdivieso, 2002).

A lo largo de la historia, tal como sintetizan Iacub y Sabatini (2012), las distintas culturas han referido a la vejez mediante diversos términos. Entre ellos se encuentran el de anciano/a, señor/a, senil, viejo/a, y más cerca en el tiempo, persona de edad, jubilado/a, adulto/a mayor y persona mayor.

La Convención Interamericana de Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores contiene, como se verá más adelante, varias definiciones. Ahora interesa señalar que en ella se refiere a personas mayores. De esta forma se enfatiza en la concepción de las personas mayores como titulares de derechos y no objetos de las políticas asistenciales. Este reconocimiento persigue promover, proteger y asegurar el goce pleno de todos los derechos humanos por parte de este grupo social y, desarrollar el respeto de su dignidad en igualdad de condiciones con las demás personas.

Pese a que la institucionalidad de los países del conosur contiene en sus nombres institucionales el concepto de “adulto mayor”, se debe considerar que la creación de estos organismos responden a un momento en el que la perspectiva de género no había alcanzado la extensión que tiene actualmente. Por estas razones, en adelante se utilizará el término persona mayor ya que condensa una perspectiva de género que convierte el término en universal y aplicable a todas las personas sin perjuicio de las identidades de género.

En las sociedades modernas y occidentales la gerontología y la cuestión de la vejez se van construyendo como disciplina y foco de atención en un contexto de industrialización y de expansión del capitalismo en el que el trabajo deviene en el gran eje de ordenamiento social. Como se analizará más adelante, el establecimiento del capitalismo como sistema de producción moderno trajo consigo algunas consecuencias que dieron origen a las primeras acciones por parte de los Estados destinada a la “cuestión social” que sin lugar a dudas engloba a la vejez.

I. 2.2. ¿Todas las personas envejecen de la misma manera?

El envejecimiento, en términos individuales, se produce de diferentes formas de acuerdo a cada persona. Esto implica que la vejez sea probablemente la etapa vital en la que más diferencias se encuentren entre las personas, debido a la combinación de factores de orden biológico y ambiental, que se entrecruzan a lo largo de la vida. Esto es lo que Ruiz y Valdivieso han denominado envejecimiento diferencial (2002) desde un enfoque psicológico.

Los factores ambientales que inciden en los procesos de envejecimiento aluden a diferentes variables como la clase social, el género, la orientación sexual, la etnia, el área geográfica -rural/urbana, las creencias religiosas, el nivel educativo alcanzado, entre muchas otras.

Desde un abordaje sociológico, Yuni y Urbano a su vez han abordado este concepto (2008) partiendo del hecho que no existe el envejecimiento como un fenómeno universal sino que “hay modos de envejecer diferenciados para cada cultura, sociedad e, incluso, grupos sociales” (Yuni y Urbano, 2008, p.156).

Para graficar esta idea resulta interesante plantear el ejemplo de las personas trans¹. Las estadísticas elaboradas por diferentes organismos internacionales refieren que esta población tiene una esperanza de vida que oscila entre los 35 y 40 años. Esto permite señalar que, a diferencia de la población “no trans” cuya esperanza de vida en América Latina es de 74,3 años de acuerdo a las Proyecciones de Población del Observatorio Demográfico 2013 de la CEPAL-ECLAC (2014), se produce un envejecimiento distinto para las personas que pertenecen a esta comunidad. Las razones radican en la incidencia de las distintas variables ambientales sobre personas portadoras de una identidad de género disidente, expresadas en el menor acceso a la educación, a la salud y al trabajo, que influyen en su proceso de envejecimiento, generando una brecha abismal con el resto de la comunidad.

Otro ejemplo puede plantearse a través de la variable clase social. Las personas con acceso a mayor cantidad de recursos materiales y simbólicos tienen más posibilidades de afrontar su vejez con mejores recursos.

Por otro lado, una persona que vive en una comunidad indígena envejece de una forma distinta a aquella que está inserta en sociedades con estilos de vida occidental. Asimismo, en estos contextos culturales, se construyen diferentes significados y roles en relación a la persona mayor. Los lugares ocupados socialmente por éstas en un barrio de Santiago de Chile, Montevideo o Buenos Aires, distarán del lugar que ocupa una persona mayor de una comunidad mapuche. Lo anterior permite afirmar, como plantea Huenchuan (2006), que la combinación de estas variables posibilitará que la vejez sea vivida desde la pérdida o desde la plenitud.

Como se verá más adelante, también hay envejecimientos diferenciados que responden a las diferencias de género, específicamente en el caso de las mujeres.

I. 3. Contexto demográfico del envejecimiento. Transición demográfica. Bono demográfico. Feminización del envejecimiento

El envejecimiento es un dato insoslayable a escala global. Esto significa que, en términos generales, la población mundial vive más. Sin embargo, es preciso advertir que el envejecimiento poblacional asume diferentes características y ritmos en cada continente, al interior de cada uno de ellos e incluso al interior de cada país.

El primer fenómeno que se registra, como se puede observar en el cuadro 1, es el fuerte aumento de la población mundial en los últimos 60 años. Según los datos de Naciones Unidas, ésta era en 1950 de 2.500 millones de personas mientras que en el año 2010 ascendía a casi 7.000 millones. En el caso de América Latina y el Caribe (cuadro 2) el incremento pasó de los 167 millones en 1950 a los casi 600 millones en el 2010, según datos y proyecciones de Naciones Unidas.

1 El término trans alude a identidades travestis, transexuales y transgéneros. Todas las identidades trans refieren a una vivencia de género que no corresponde al género asignado al nacer. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (2014). *De la Ley a la Práctica*, conceptos desde un paradigma igualitario. Buenos Aires, Argentina.

Cuadro 1. Población mundial desde el periodo 1950 al 2100

Año	Población mundial
1950	2 .525 .779
2010	6 .916 .183
2050	9 .550 .945
2100	10. 853. 849

Fuente: Elaboración propia en base a *Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat (2012). World Population Prospects: The 2012 Revision*. Nueva York, Estados Unidos. Recuperado de <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>

Cuadro 2. Población de América Latina y el Caribe desde el periodo 1950 al 2100

Año	Población en América Latina y el Caribe
1950	167869
2010	596191
2050	781566
2100	736228

Se verifica que el primer gran fenómeno demográfico en los últimos 60 años es el exponencial incremento de la población, que se triplicó en este período tanto a nivel global como en América Latina y el Caribe. Si se analiza este crecimiento en la estructura por edades, encontramos que al interior de la población se ha incrementado el grupo mayor de 60 años tanto a nivel global (cuadro 3) como regional (cuadro 4), lo que permite sostener que el mundo en general, y América del Sur en particular, está en proceso de envejecimiento.

Cuadro 3. Evolución de la población mayor de 60 años en el mundo. Período 1950 -2010

año	Cantidad en miles	(%)
1950	201.775	8
2010	764.852	11,1

Fuente: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, Enero 2015

Cuadro 4. Evolución de la población mayor de 60 años en América del Sur. Período 1950 -2010

Año	Cantidad en miles	(%)
1950	6.302	5,6
2010	40.307	10,2

Fuente: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, Enero 2015

El informe de Fondo de Población de Naciones Unidas del 2011 indica que la cantidad de personas mayores en ese año era de 863 millones y que, al promediar el siglo XXI, habrá 2.400 millones de personas de 60 años y más en el mundo. Para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2008) el grupo de personas de 60 años y más pasará de 60 millones en el 2010 a 190 millones en el 2050.

En términos demográficos el proceso de envejecimiento poblacional consiste en la modificación de las estructuras poblacionales por edad, lo que indica que la población mayor de 60 años tiende a crecer en mayor medida que otros grupos etarios (Roqué y Fassio, 2012).

Una población envejece cuando aumenta el porcentaje de personas mayores (personas de 60 años y más) al tiempo que disminuyen el porcentaje de niños (menores de 15 años) y el de personas en edad de trabajar (de 15 a 59 años). Según las previsiones de CEPAL (2013), en América Latina el número de personas mayores superará por primera vez al de niños en 2036. En 1950 la población menor de 15 años representaba un 40% y en el 2100 sólo representará un 15%.

En el caso de América Latina, a diferencia de Europa -el continente más envejecido del mundo- que vivió un proceso de envejecimiento de varias décadas, en esta región el proceso asume un carácter acelerado, de mayor rapidez lo que otorga una singularidad novedosa (Huenchan; 2013a y Cepal; 2012)

Las variables que ayudan a explicar el envejecimiento son los indicadores de natalidad y mortalidad, y en menor medida las migraciones. La Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid (Cepal, 2003) define al proceso de envejecimiento demográfico como “el resultado del descenso sostenido de la fecundidad, la emigración e inmigración en algunos países, y el aumento de las expectativas de vida.”

A lo anterior se debe agregar el desarrollo científico técnico, el incremento de la base de derechos con la consiguiente implementación de políticas públicas que han colaborado para mejorar las condiciones de vida (Pérez Díaz, 1998) así como el hecho de que en las últimas décadas hayan tendido a decrecer las tasas de natalidad y de mortalidad. Asimismo, se registra que la esperanza de vida al nacer ha ido mejorando, lo que resulta un logro de la humanidad. Esto sugiere que las personas tienden a vivir más cantidad de años y logran alcanzar, en mayor medida, la adultez mayor. En los últimos 60 años la región de América Latina y el Caribe aumentó su esperanza de vida de 52 a 74 años, y hubo una disminución de la fecundidad de 6 a 2,8 hijos por mujer. Esto produjo que el crecimiento de la población comenzara a frenarse iniciando una etapa de decrecimiento al descender del 2,7% al 1,6% del crecimiento medio anual.

Un aspecto a tener en cuenta, como se mencionó anteriormente, es la heterogeneidad existente en los países de la región en materia de envejecimiento demográfico. Así, por ejemplo, la tasa de fecundidad de Cuba es de 1,6 hijos por mujer y la de Guatemala de 5 hijos por mujer. Mientras que la tasa anual de crecimiento en Cuba es de 0,4% en Honduras es del 2,8% (CEPAL, 2008).

La esperanza de vida después de los 60 años, por su parte, también se ha incrementado. Como se destaca en el Observatorio Demográfico 2011, existen diferencias por género en la región. Mientras que en 1950 la brecha entre hombres y mujeres era muy pequeña, pues la esperanza de vida para un hombre de 60 años era de 15 años, mientras que para una mujer de la misma edad era de 16 años; con el correr de los años se ha ido ampliando y en el 2010 llegaba ya a tres años (20 años de esperanza de vida para los hombres y 23 años para las mujeres) (CEPAL, 2011).

I. 3. 1. Transición demográfica

En las últimas décadas se produjo una transformación de un régimen demográfico antiguo con altos índices de natalidad y de mortalidad a un régimen moderno en el que, como se ha señalado, descienden los índices de natalidad pero también los de mortalidad. Entre ambos momentos se abre lo que se denomina transición demográfica (Pérez Díaz, 1998).

El **índice de envejecimiento² (IE)** es un indicador que permite analizar la relación entre el número de personas mayores con el número de niños y jóvenes y dar cuenta del proceso de envejecimiento poblacional. Se calcula mediante el cociente entre personas de 60 años y más con respecto a las personas menores de 15 años, multiplicado por 100. El índice debe leerse de la siguiente manera: Un resultado inferior a 100 indica que hay menos personas mayores de 60 años que personas menores de 15 años. Por encima de 100 da cuenta de que la población mayor de 60 supera a la menor de 15. En el año 2010 en América Latina había 36 personas mayores por cada 100 menores de 15 años, mientras que en los países del Caribe no hispanoparlantes esta relación era de 54 por 100, lo cual revela que en esa subregión el proceso de envejecimiento está más avanzado (Huenchan, 2013).

En el mismo trabajo se propone el agrupamiento de los países teniendo en cuenta el índice de envejecimiento, el promedio de hijos por mujer, que establece la a tasa global de fecundidad y la proporción de personas mayores:

- El primero comprende aquellos en los que la tasa global de fecundidad es alta y el índice de envejecimiento bajo. Estos países, se señala, atraviesan por un **envejecimiento incipiente**. En este caso la población mayor no excede el 7% de la población total.
- El grupo que atraviesa por un proceso de **envejecimiento moderado** se caracteriza por presentar una tasa global de fecundidad que oscila entre 1.7 y 2.5 hijos por mujer y un índice de envejecimiento entre 27 y 40 personas mayores cada 100 menores de 15 años. A su vez tienen una población mayor de 60 años que ronda el 9.5% de la población total En este grupo están la mayoría de los países de la región que.
- Los países con tasas globales de fecundidad que van de 1.6 a 2.2 hijos por mujer, pero que a su vez tienen índices de envejecimientos entre 45 y 60 y tienen un porcentaje de población mayor cercano al 14% de la población total atraviesan por un **envejecimiento moderadamente avanzado**.
- Un último grupo con tasas globales de fecundidad oscilantes entre 1.5 y 2.1 hijos por mujer e índices de envejecimiento entre 74 y 105 atraviesan un estadio de **envejecimiento muy avanzado**. En este caso la población mayor de 60 años supera el 17% de la población total.

2 Índice de envejecimiento= (Población de 60 años y más / Población de 0 a 14 años) * 100.

Las proyecciones de CEPAL (2013) indican una evolución del índice de envejecimiento en América Latina sin escalas: Mientras que en 2010 el mismo era de 36; en 2036 se estima que la habrá una inversión en la relación en favor de las personas mayores para alcanzar en 2040 un IE de 116 para llegar a fines de siglo a un IE de 240 (Huenchan, 2013a). Como se señalara anteriormente, una de las características que asume el envejecimiento en la región es la rapidez con la que se produce, a diferencia de los procesos de envejecimiento en los países industrializados (CEPAL, 2012).

A continuación se ilustra el proceso de envejecimiento en Argentina, Chile y Uruguay a través de las series de gráficos 1; 2 y 3 de las pirámides demográficas respectivas.

Gráfico 1. Argentina

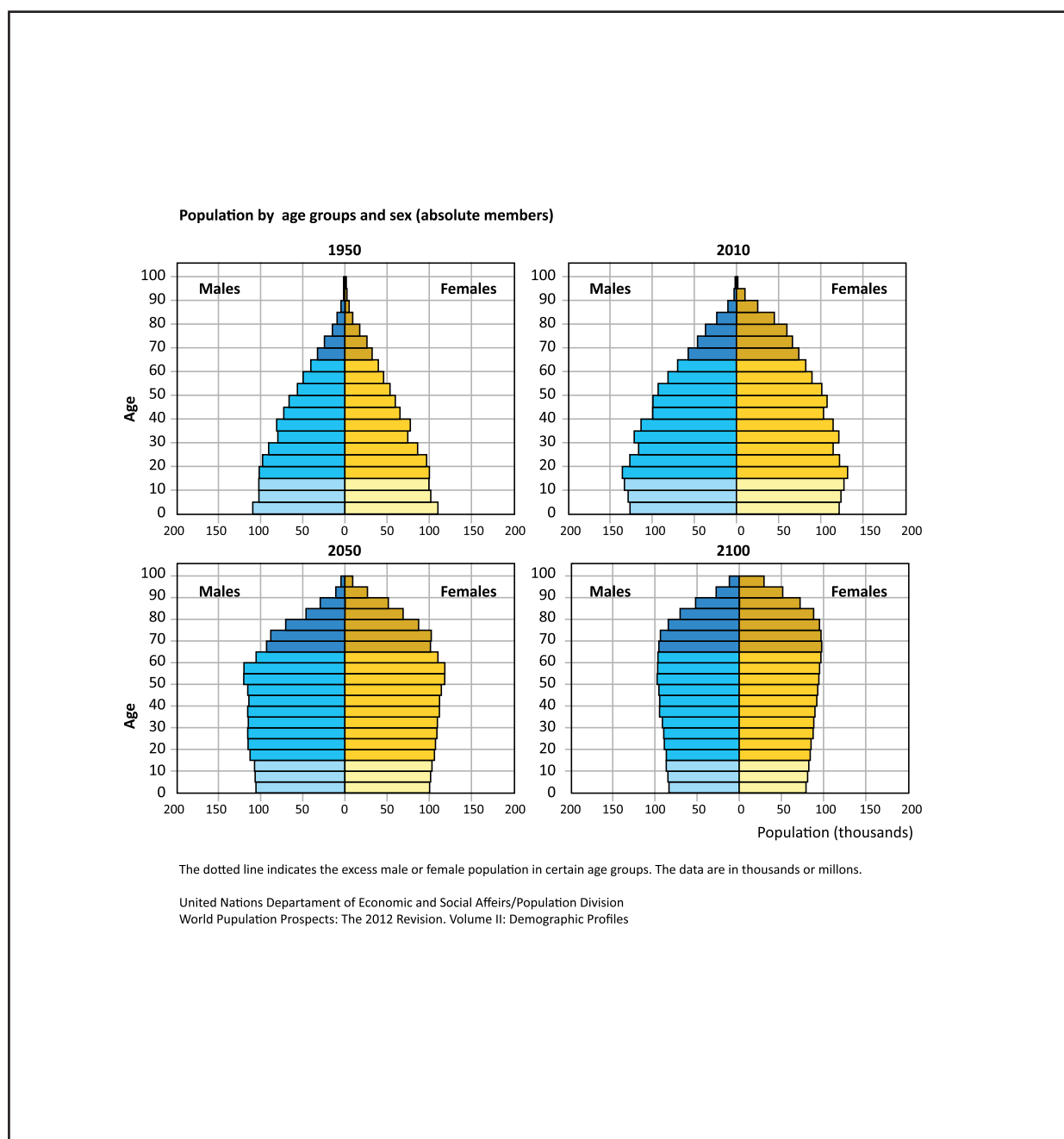
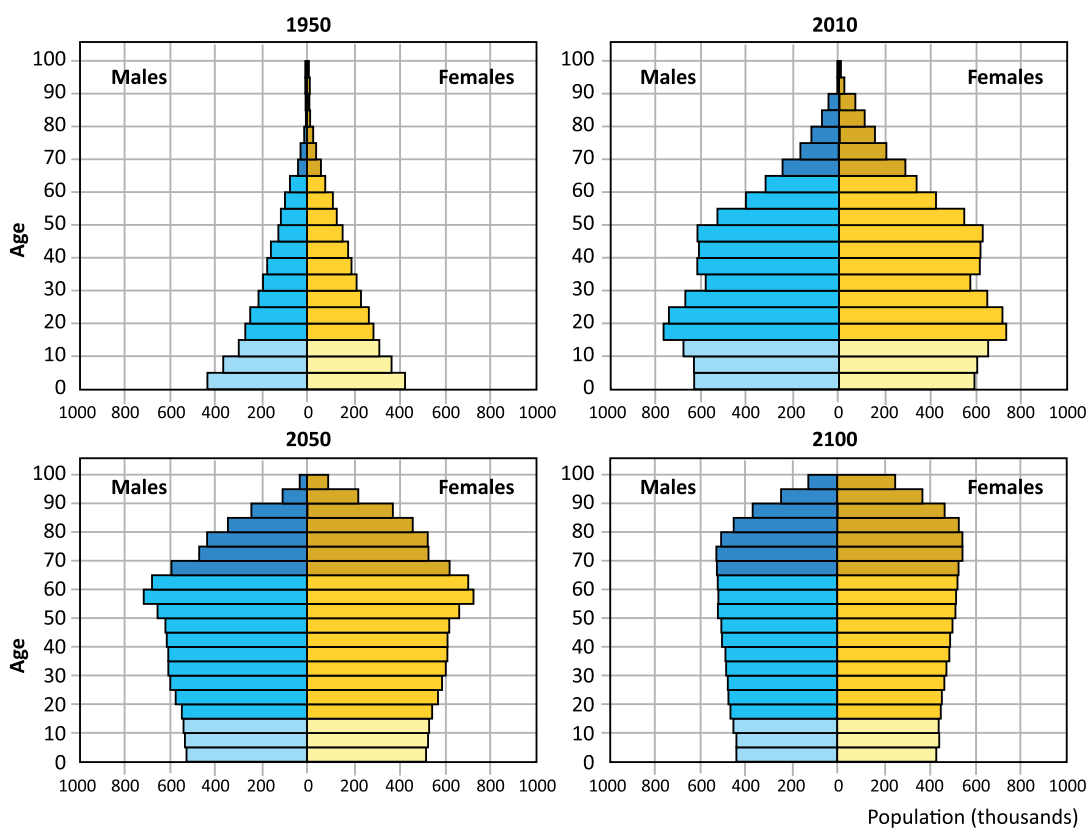


Gráfico 2. Chile

Population by age groups and sex (absolute members)

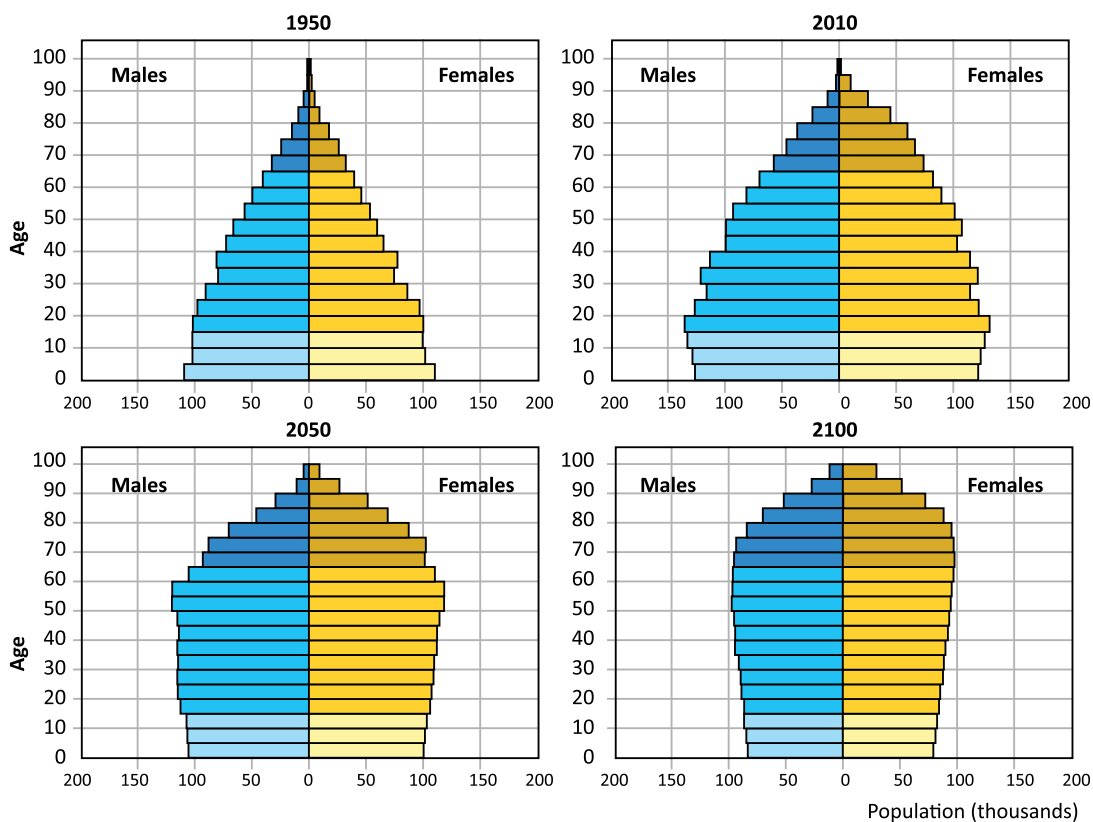


The dotted line indicates the excess male or female population in certain age groups. The data are in thousands or millions.

United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division
World Population Prospects: The 2012 Revision. Volume II: Demographic Profiles

Gráfico3. Uruguay

Population by age groups and sex (absolute members)



The dotted line indicates the excess male or female population in certain age groups. The data are in thousands or millions.

United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division
World Population Prospects: The 2012 Revision, Volume II: Demographic Profiles

De la lectura de los gráficos se desprende que una de las características que asume el fenómeno del envejecimiento es la feminización, punto sobre el que se profundizará más adelante

I. 3.2. El bono demográfico

El envejecimiento de la población será lo que caracterice, en los próximos años, a las sociedades de la región, proyectando, para el año 2100, un 35% de personas de más de 60 años (CEPAL, 2011).

El bono demográfico es una ventaja dada por la menor carga de grupos potencialmente dependientes sobre la población en edades productivas. Es posible identificar si un país atraviesa por el bono demográfico realizando el cálculo matemático³ del indicador **Relación de Dependencia (RD)** dado por la relación establecida entre la carga y el sostenimiento de las personas en edad activa (15-59 años) en relación a los grupos inactivos (menores de 15 y mayores de 60 años). Un país atraviesa por este beneficio demográfico cuando cuando la relación de dependencia total es inferior a 80.

Cuadro 5. Evolución de porcentajes de población por grandes grupos etarios y evolución de la dependencia demográfica en América Latina

		Año		
		1950	2010	2100
Grupo etario	< 15	40%	28%	15%
	15 - 59	54%	62%	49%
	>60	5,6%	9,9%	35%
Relación de dependencia³		85	61	102

Fuente: elaboración propia en base a CEPAL – ECLAC (2011).

El cuadro anterior deja al descubierto que mientras la población menor de 15 tiende a disminuir drásticamente, la población mayor de 60 tiende a incrementarse con mayor intensidad. Al mismo tiempo, la población en edad activa presenta menos variabilidad, incrementándose con menos fuerza hasta el 2010 para luego disminuir. Por otro lado, la relación de dependencia es del 61%, lo que permite sostener que la región transita por el bono, pero se observa que hacia fin de siglo, el bono habrá quedado en el pasado.

La relación de dependencia puede modificarse a través del aumento (o disminución) de la población menor de 15 años (relación de dependencia de menores de 15 años) o de la población mayor a 60 años (relación de dependencia de edades avanzadas mayores de 60 años).

Esta distinción es importante de realizar ya que el índice de relación de dependencia estará en el futuro compuesto principalmente por el incremento de las personas mayores, lo que exige a los gobiernos asumir la responsabilidad que conlleva el bono demográfico en tanto se erige como una oportunidad para crear las condiciones que permitan afrontar de mejor modo el envejecimiento y las vejezes futuras.

3 Relación de dependencia (por cien) = ((Población de 0 a 14 años de edad + Población de 60 años y más) / Población potencialmente activa (15-59 años) * 100.

Una de las claves consiste en fortalecer el sistema de protección social, pero también en crear las condiciones para el desarrollo con inclusión social que es lo que permitiría a las personas envejecer en mejores condiciones. Esta ventaja que ofrece el bono consiste en tener menores gastos lo que permitiría a los gobiernos generar inversiones productivas o aumentar la inversión social en la lucha contra la desigualdad y la pobreza, mejorar la educación y los servicios de salud, y prepararse para la tercera etapa de aumento de la dependencia por incremento de la población adulta mayor.

Los Estados tienen que invertir en políticas para la vejez aprovechando el hecho de que en esta situación hay mayor cantidad de población en edad de producir y menor población en edad potencialmente dependiente. La propuesta que conlleva el bono es crear las condiciones para enfrentar el escenario en que la población potencialmente dependiente equipare a la población activa, lo que significará la desaparición de este bono e implicará una carga de dependencia mayor para la población activa (CEPAL, 2011).

En relación a la duración del bono demográfico, de acuerdo con los datos proporcionados por el mismo estudio se prevé que alcance su menor expresión en el 2020, es decir, el momento en que menos personas dependientes habrá. Sin embargo, esta situación varía según el estadio en la transición en la que se encuentre cada país, así, Chile alcanzó esta mínima expresión en 2010; mientras que Uruguay lo hará este año.

I. 3.3. Feminización del envejecimiento

La feminización de la población de personas mayores es un fenómeno mundial. En casi todos los países las mujeres viven más que los hombres, y en algunos casos mucho más. En el 2007 había 328 millones de mujeres de 60 años y más, y 265 millones de hombres, es decir, una diferencia a favor de las mujeres de 63 millones. La brecha se ensancha a medida que la población envejece.

Para el 2010 en América Latina y el Caribe la población de 60 años y más era cercana a los 57,1 millones lo que equivalía al 9,9% de la población total. De ellas, 31,4 millones eran mujeres, que representaban el 54,9% de la población mayor (CEPAL, 2011).

Las proyecciones del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía nos muestran que en ese mismo año los hombres de 60 años y más representaban el 9,0% de la población masculina regional, mientras que las mujeres de esa edad constituían el 10,7% de la población femenina (CEPAL, 2011). Tanto Argentina (16,7%), como Chile (14,5%), y Uruguay (21,2%), son países que superan este 10,7%.

Por otra parte, la población femenina mayor presenta un proceso de envejecimiento interno, dado que se incrementa en mayor medida el grupo de mujeres mayores de 75 años y más que el grupo de 60 a 75 años. En promedio, en el 2010 tres por cada diez mujeres mayores latinoamericanas tenían 75 años o más. En Uruguay, el 40,6% de las mujeres de edad tenía 75 años o más en tanto que en la Argentina la cifra alcanzaba el 36%; en Cuba el 33,5% y en Chile el 32,1% (UNFPA- CEPAL, 2010).

El género y el envejecimiento se encuentran estrechamente ligados. Las mujeres envejecen en un contexto social, cultural, económico y político patriarcal que incide en el envejecimiento al configurar los roles que prevalecen a lo largo de sus vidas. Los roles de mujeres y varones son determinados socialmente y van cambiando con el transcurso de los años y los contextos. Sin embargo, el pensamiento sociológico no ha integrado envejecimiento y género y son pocas las investigaciones que tienen en cuenta la influencia entre ambos (Arber y Ginn, 1996). El estudio del envejecimiento femenino merece

especial atención por sus profundas repercusiones: la edad multiplica y agrava la discriminación en la mujer. La desigualdad por condiciones de género debe ser un tema prioritario en las políticas públicas.

A continuación se profundizará en los principales aspectos en los que se requiere prestar mayor atención desde una perspectiva de género a los fines de eliminar las desigualdades que operan en la actualidad en perjuicio de las mujeres⁴.

La salud de las mujeres mayores

Las mujeres, si bien viven más años que los varones, lo hacen con más discapacidad y mayor cantidad de patologías crónicas. Según un estudio de Maria Victoria Zunzunegui (2014) de la Universidad de Montreal (*Femininity and Masculinity: Predictors of Health Status in Old Age*) existe una relación entre el primer parto y la aparición de enfermedades crónicas en la vejez, así como también el número de hijos. Este estudio refiere que si una mujer tiene un hijo antes de los 18 años tiene mayores posibilidades de presentar hipertensión arterial, diabetes, enfermedades crónicas respiratorias, entre otras. Similar asociación se hace con aquellas mujeres que han tenido más de 3 hijos. Por lo tanto se puede pensar que la salud de las mujeres mayores es consecuencia también de la escasez o de malas políticas de sexualidad responsable y prevención del embarazo precoz. Según el informe del Fondo de Población de Naciones Unidas 2013, en los países en desarrollo 20.000 niñas de menos de 18 años dan a luz actualmente todos los días. La tasa de fecundidad adolescente promedio en el mundo se estima en 49,7 por mil y en América Latina y el Caribe 72 por mil.

Las enfermedades crónicas, en especial las cardiovasculares y la EPOC, son la causa del 45% de las muertes de mujeres de 60 años o más. Otro 15% de esas muertes se debe al cáncer, sobre todo de mama, pulmón y colon. La mayoría de los problemas de salud de las mujeres de edad avanzada están relacionados con factores de riesgo que aparecen en la adolescencia y la edad adulta, como el consumo de tabaco, el sedentarismo y las dietas inadecuadas. Otros problemas de salud debilitantes de las mujeres de edad avanzada son las pérdidas de audición y visión, en particular por cataratas (cada año más de 2,5 millones de mujeres mayores se quedan ciegas). Una buena parte de esta carga de discapacidad podría evitarse si tuvieran acceso a la asistencia necesaria, en particular, la operación de cataratas.

Otras patologías que presentan son la artritis, la depresión y la demencia. A pesar de que las patologías cardiovasculares son la principal causa de muerte y que están relacionadas con la hipertensión arterial, es escasa la proporción de mujeres mayores que recibe tratamiento antihipertensivo eficaz en los países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2009).

4 A los fines de este trabajo se entenderá por mujeres a aquellas personas que nacieron con genitales femeninos y varones aquellos que nacieron con genitales masculinos. No obstante se entiende que el envejecimiento y las vejezes en personas trans (mujeres y varones) ameritan mayor profundización en las investigaciones, en las políticas públicas y en consecuencia en la producción estadística.

Cuadro 6. Principales causas de morbilidad y mortalidad de las mujeres mayores en América Latina y el Caribe

Fuente: Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Género y el envejecimiento. OPS.

Ingreso y jubilación de las mujeres mayores

Aproximadamente una de cada diez mujeres mayores disponía de ingresos propios en el 2012, ya sea por pensiones, jubilaciones o remesas. Esta situación es el resultado de la precariedad acumulada a lo largo de muchos años y, que en la vejez, se traduce en una vida marcada por la pobreza y la dependencia económica. Las mujeres acceden en menor proporción a jubilaciones y pensiones que los hombres producto de sus trabajos informales, de la dedicación al trabajo reproductivo, o de la dedicación parcial en trabajos formales por tener que abocarse al cuidado familiar.

En este sentido lamentablemente no se reconoce el cuidado familiar como un trabajo y por lo tanto no está remunerado aun cuando tiene un valor económico de mercado. Esto permite sostener que las mujeres trabajan más cantidad de horas que los varones ya que al trabajo productivo y formal se debe añadir el trabajo reproductivo.

María Ángeles Durán advierte por ejemplo que si las abuelas hicieran una huelga para no cuidar a los/as nietos/as o a los/as enfermos/as, su efecto sobre la economía nacional sería mucho más decisivo que la huelga de conductores de autobuses o controladores aéreos. (Huenchuan y Rodríguez, 2014).

Estado civil de las mujeres mayores

Las mujeres mayores tienen más probabilidades de quedarse viudas que los varones dado que es mayor su esperanza de vida. En promedio pueden esperar vivir entre 5 y 15 años como viudas, por lo tanto transitan muchos años de vida solas.

Mientras que la mayoría de los varones mueren estando casados, la mayoría de las mujeres mueren estando viudas o solas (Arber, y Ginn, 1996).

Los datos de las encuestas de hogares para el 2008 muestran que en ocho países latinoamericanos más del 40% de la población femenina adulta mayor era viuda (CEPAL, 2011b).

De acuerdo a los datos de las Naciones Unidas para 2009, las mujeres mayores de América Latina y el Caribe difieren en varios aspectos de las del resto del mundo, sobre todo de aquellas que viven en los países desarrollados:

- En Europa el 34% de las mujeres mayores vivían solas, mientras que en la región el 12% de ellas tenía esta forma de residencia.
- 15 de cada 100 mujeres mayores latinoamericanas y caribeñas formaban parte de la población económicamente activa, en cambio, en Europa la cifra era de cinco por cada 100.
- El nivel de analfabetismo era ostensiblemente más elevado en las mujeres mayores de la región que en las de los países desarrollados: 20% frente al 3% en el período 2005-2007

Fuente: Naciones Unidas, World Population Ageing, 2009 (ESA/p/WP/212), Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 2009.

Las mujeres son las principales cuidadoras

En América Latina, la familia es percibida como la principal fuente de soporte a la vejez. Sin embargo, la progresiva incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, sumado al creciente envejecimiento demográfico, debilita la participación de las familias en la atención de las personas mayores. Hay una crisis del cuidado por la ausencia de servicios sociales y por una alta demanda hacia la familia para cumplir funciones de seguridad y protección. Por este motivo, se plantea la necesidad de incluir los cuidados a la dependencia en los sistemas de protección social (Roqué, 2014).

El informe de la OMS (2009) "Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana" revela que hasta un 80% de todos los cuidados de salud son prestados en el hogar, casi siempre por mujeres. La mayor parte de ese trabajo no recibe apoyo, no se reconoce y no está remunerado. Por ello 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 o mejor dicho en las mujeres de las familias. Los servicios sociales deben abarcar los servicios de ayuda a domicilio, centros de día, programas de adaptación a la vivienda, sistemas alternativos de alojamiento y servicios socio-sanitarios. Asimismo, deben comprender la protección de los derechos económicos, del derecho a la seguridad social y del derecho a la salud de las mujeres que prestan los cuidados familiares o informales (Roqué, 2014).

I. 4. El Enfoque de derechos humanos. Rol del Estado en las políticas públicas y sociales orientadas a las personas mayores

Uruguay, Chile y Argentina son los países más envejecidos de América del Sur y los que han desarrollado en mayor medida el paradigma de los derechos humanos en sus políticas. En este sentido, son también los que más logros pueden mostrar en relación al reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y el mejoramiento de la calidad de vida.

El nivel de desarrollo económico y social alcanzado por estos países creó las condiciones materiales, para que la voluntad política se tradujera en compromiso y participación en la construcción de nueva normativa internacional.

En este apartado se describirán los orígenes del enfoque de derechos humanos. Posteriormente se vinculan los derechos humanos con el envejecimiento y la vejez. Luego se dará cuenta de la inclusión del tema en la agenda internacional hasta llegar a la sanción de la Convención Interamericana de Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Al finalizar el apartado se presentan algunos aspectos a tener en cuenta en las políticas orientadas a las personas mayores y algunos desafíos que se abren al futuro.

I. 4. 1. ¿Cómo surge el enfoque de derechos humanos?

La Segunda Guerra Mundial puso de manifiesto el horror que significaron, para la historia de la humanidad, las experiencias de los regímenes fascistas que perpetraron genocidios en distintas partes del mundo. Si bien el caso emblemático ha sido el régimen del nacionalsocialismo alemán, cabe señalar que no ha sido el único. Una vez finalizada la guerra, se creó Naciones Unidas, que a la brevedad proclamó la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), con el objetivo de evitar que dichos crímenes se volvieran a cometer. Esto constituyó un hito en la historia de la humanidad en términos no sólo jurídicos sino también teóricos y políticos en la medida que contribuyó a desarrollar una nueva conciencia sobre valores como la dignidad, la libertad, la igualdad y la justicia que tomaron forma de derechos inalienables, intransferibles e inherentes a todo ser humano.

La experiencia del Holocausto marcó un lamentable hito en la historia de la humanidad, Sin embargo, este fue el puntapié para crear diferentes instrumentos jurídicos de carácter internacional, universal y obligatorios que se tradujeron en convenciones, tratados y pactos que irán profundizando los principios generales que se postularon en la DUDH.

Los derechos humanos, recuerda Lynn Hunt (2009) deben cumplir con tres cualidades entrelazadas: deben ser naturales, vale decir, inherentes a todos los seres humanos; iguales, esto es, los mismos para todos; y universales, lo que significa que sean válidos en todas partes. Además es posible clasificar a los derechos humanos en tres generaciones, esto es, un enfoque periódico basado en el progresivo reconocimiento de los distintos tipos de derechos.

Los derechos de primera generación hacen referencia a los derechos civiles y políticos que protegen la libertad individual y la participación política, buscando proteger a las personas frente al excesivo poder estatal. Estos derechos surgen con la Revolución Francesa y son incorporados en términos jurídicos en la DUDH.

Por su parte, los derechos de segunda generación son de índole económicos, sociales y culturales y procuran garantizar la igualdad de la ciudadanía y exigir acciones a los gobiernos para la satisfacción de las necesidades básicas. Surgen con la Revolución Industrial y son reconocidos internacionalmente en la DUDH.

En tanto, los derechos de tercera generación, conocidos también como derechos de los pueblos, son de carácter colectivo e instan a los gobiernos a tomar acciones positivas para su cumplimiento. Surgen a fines de la década de los ochenta como respuesta al avance del deterioro medioambiental y de la calidad de vida de los pueblos. En este grupo se considera por ejemplo el derecho a un medioambiente sano y el derecho a la paz.

Por último, los derechos de cuarta generación emergen con lo que alguno/as autore/as han denominado sociedad del conocimiento y la información y están relacionados a la revolución técnica y científica. Se concibe así al desarrollo tecnológico como una necesidad y procuran garantizar el acceso a las tecnologías de información.

I. 4. 1. 2. Derechos Humanos y Personas Mayores

El ordenamiento jurídico de una sociedad no debe entenderse como un constructo de normas cerrado y atemporal, sino como la expresión de un conjunto de relaciones sociales, culturales, políticas y económicas que tienen lugar en un determinado momento histórico.

Anteriormente se hizo referencia a la vejez como una construcción social e histórica reciente.

Las personas mayores han sido titulares de todas las generaciones de derechos por el solo hecho de ser personas. Sin embargo, a partir de la década del 80, con la declaración del Plan de Viena, se origina una identidad política específica basada en la pertenencia a un determinado grupo etario. De esta manera, la persona mayor comienza a erigirse como el sujeto político identificable en la vejez. El origen de esta especificidad identitaria devenida en identidad política se halla en los cambios sociodemográficos que paulatinamente fueron modificando el lugar de la vejez en la sociedad conjuntamente con los cambios económicos que han ido transformando al trabajo como el principal eje ordenador de la sociedad.

La identidad política de las personas mayores se asienta sobre experiencias, demandas, necesidades y problemas propios e inherentes a la edad que requiere respuestas particulares de la sociedad.

Esta necesidad se fue cristalizando en distintos instrumentos jurídicos de carácter internacional y regional en materia de envejecimiento y vejez que han contribuido fuertemente a la creación y consolidación del actual paradigma de derechos humanos en las políticas orientadas a la vejez.

Antecedentes de la Convención

El primer antecedente que se encuentra remite al año 1948 en que por primera vez se planteó en el seno de las Naciones Unidas, el abordaje a los derechos de las personas mayores en la Asamblea General de París, a propuesta de la primera dama argentina, Eva Duarte de Perón. Tuvieron que pasar más de 30 años para que Naciones Unidas abordara el envejecimiento y la vejez como un eje central, lo que tuvo como resultado la elaboración del Plan Internacional de Viena.

A continuación se realizará un recorrido por los principales hitos en la agenda internacional en materia de instrumentos y herramientas jurídicas para el abordaje del envejecimiento y la vejez en términos políticos.

Plan de Viena: aprobado en la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de Viena (1982). Es el primer instrumento jurídico internacional específico para la población mayor, lo que marca un hito en tanto se trata de la primera vez que las personas mayores ingresan en la agenda pública internacional. En dicho plan se liga el envejecimiento al desarrollo y se formulan una serie de recomendaciones para abordar la vejez desde los ejes de salud, consumo, vivienda y medio ambiente, la familia, el bienestar social, la seguridad económica y la educación.

Principios de Naciones Unidas en favor de las personas de edad. En 1991 Naciones Unidas proclamó los principios en favor de las personas de edad, en los que se establecen cinco grandes ejes:

Independencia

- Acceso a alimentación, agua, vivienda, vestuario y atención de salud adecuada, mediante la provisión de ingresos, el apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia.
- Oportunidad de trabajar o de tener acceso a otras oportunidades de generar ingresos.
- Participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales.
- Acceso a programas educativos y de formación adecuados.
- La posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a la evolución de sus capacidades.
- Residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.

Participación

- Permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y pericias con las generaciones más jóvenes.
- Buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicio a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades.
- Formar movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.

Dignidad

- Vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotación y de malos tratos físicos o mentales.
- Recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones. Valoración independientemente de su contribución económica.

Cuidados

- Disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.
- Acceso a servicios de atención de salud que las ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de enfermedades.
- Acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado.
- Acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro.
- Disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.

Autorrealización

- Aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.
- Acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

Plan de Acción Internacional de Madrid: después de veinte años de la Primera Asamblea en Viena, se llevó a cabo la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en Madrid en el año 2002. El lema -y desafío- que se planteó fue el de una “sociedad para todas las edades”. Producto de esta Segunda Asamblea surgió la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento que enuncia tres grandes lineamientos:

- Las personas de edad y el desarrollo.
- El fomento de la salud y el bienestar en la vejez.
- La creación de un entorno propicio y favorable.

A grandes rasgos el nuevo plan profundiza y complejiza al de Viena e introduce nuevas temáticas relacionadas al envejecimiento y a las personas mayores como, por ejemplo, el HIV en personas mayores, la salud mental, las situaciones de emergencia, la asistencia a personas que trabajan con personas mayores, la imagen de la vejez, entre otras. Asimismo se instala la perspectiva de género en relación al envejecimiento.

El Plan de Madrid insta a los gobiernos a tomar medidas en el plano nacional -en lo jurídico e institucional- e internacional -adopción de planes nacionales, cooperaciones, etc-.

La Estrategia Regional: como resultado del Plan de Madrid, en el año 2003 se reunieron en Santiago de Chile los países de América Latina y el Caribe en la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y se diseñó la Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Madrid en el que se adaptaron los lineamientos del Plan de Madrid a la región.

Declaración de Brasilia: en el año 2007 se realizó en Brasilia la Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, cuya consigna fue: “hacia una sociedad para todas las edades y la protección social basada en derechos”. El objetivo de este encuentro fue evaluar los avances de la Estrategia Regional de Santiago de Chile. No obstante, los puntos sobresalientes se manifiestan en los siguientes artículos:

- El artículo 25 de la Declaración dice: “Acordamos solicitar a los países miembros del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas que evalúen la posibilidad de designar un Relator Especial encargado de velar por la promoción y protección de los derechos humanos”.
- El artículo 26 manifiesta: “Nos comprometemos a realizar las consultas pertinentes con nuestros gobiernos para impulsar la elaboración de una convención sobre los derechos humanos de las personas de edad en el seno de las Naciones Unidas”.

Carta de Derechos Humanos de las Personas Mayores de San José de Costa Rica: en 2012 se realizó la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe de la que surgió la Carta de San José de Costa Rica. En ella se plasmaron cuestiones relacionadas a la explotación patrimonial y por primera vez se abordó el tema de la orientación sexual.

Desde la reunión de Brasilia se ha venido impulsando un fuerte trabajo en materia de derechos humanos, es así que se han producido avances modificando instrumentos vinculantes que no habían tenido en cuenta a las personas mayores. Ejemplo de ello son:

- El Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación General número 19 del 2008 se ocupó de los contenidos normativos del derecho a la Seguridad Social y en la Observación General número 20 del 2009 abordó los motivos prohibidos de discriminación.
- El Comité para la eliminación de Discriminación contra la Mujer también se ha ocupado del tema a partir del 2009 donde elaboró una nota conceptual sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos.

- En el año 2010 la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) elaboró la Recomendación General número 27 identificando las múltiples formas de discriminación que sufren las mujeres mayores y realizó recomendaciones en materia de políticas. Resulta increíble pensar que siendo la vejez una etapa mayoritariamente femenina, dado que las mujeres viven más que los varones, ni la CEDAW de Naciones Unidas, ni la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer” (de Belem do Pará), hayan puesto su mirada en proteger a las mujeres mayores hasta el año 2009.
- En la Observación General número 2 de 2008, el Comité de la Convención contra la Tortura y otros Tratos y Penas Cruelles estableció los grupos que corren mayor riesgo de ser torturados y, entre ellos, se encuentran las personas mayores.

Como se puede observar, el envejecimiento y la vejez como cuestión de derecho se han ido desarrollando intensamente en la región durante la última década.

Fundamentos y pasos hacia una Convención para las Personas Mayores

Los argumentos que fundamentan la necesidad de un instrumento vinculante que proteja los derechos humanos de las personas mayores son varios. Entre ellos, se enumerarán los más destacados:

- El acelerado proceso de envejecimiento poblacional, que como se ha mencionado anteriormente, ha ido planteando nuevos desafíos sociales, económicos y políticos que han ido permeando la agenda de las políticas públicas a nivel global.
- La especificidad de la población mayor como portadora de características y necesidades particulares que no encontraba protección en los instrumentos jurídicos preexistentes, es decir, la emergencia de una identidad política asociada a la vejez.
- La dispersión e insuficiencia normativa causante de desprotección política y jurídica. Ejemplo de ello han sido el Comité del Pacto de Derechos Sociales, Económicos y Culturales y su Observación General número 6 de 1995 en el ámbito de las Naciones Unidas y el Protocolo del Salvador en Organización de Estados Americanos (OEA) que si bien brindaban respuestas, eran insuficientes.
- La necesidad de generar instrumentos vinculantes en la región que dieran respuestas a su vez a la desigualdad legislativa imperante entre los países.

Todo ello ha instado a los gobiernos de la región a impulsar, en el plano internacional, la creación de una Convención de Derechos Humanos para las Personas Mayores que estandarice los derechos y a tomar medidas específicas, en el plano nacional, a los fines proteger a las personas mayores desde la promoción de los derechos humanos.

Los países de la región de Latinoamérica y el Caribe han sido los impulsores, tanto en el seno de la ONU como de la OEA, a los fines de establecer un instrumento jurídicamente vinculante que proteja los derechos de las personas mayores.

La necesidad de crear una Convención surge concretamente en el MERCOSUR, organismo que ha asumido un fuerte liderazgo al instalar la necesidad de una convención en la agenda política de la región y en el mundo. De esta manera en la Cumbre de Presidentes del MERCOSUR del año 2008 en Salvador de Bahía, en ocasión de la XXXVI Reunión del Consejo del Mercado Común, se acordó en el punto 7 de la resolución que “los Estados acuerdan promover en el marco de las Naciones Unidas, la convocatoria a una convención internacional de los derechos de las personas de edad”.

Asimismo en el año 2010 en esta misma instancia de debate desarrollada en la ciudad de San Juan, República Argentina, los presidentes reiteraron su interés en profundizar el tratamiento de los Derechos de los Adultos Mayores en la Organización de Estados Americanos y en las Naciones Unidas, con el objetivo de contar con un instrumento internacional jurídicamente vinculante que asegure los derechos de los mismos, promoviendo de esa forma una vejez con dignidad.

Continuando con esta línea de trabajo se debe mencionar como un hito la creación en el año 2010 del Grupo de Trabajo de Composición Abierta sobre el Envejecimiento, establecido por la Asamblea General de las Naciones Unidas y presidida por la República Argentina (resolución 65/182 del 21 de diciembre de 2010). El grupo tuvo como propósito aumentar la protección de los derechos de las personas mayores.

Paralelamente, se fue construyendo consenso y legitimidad en torno a la problemática a partir del involucramiento en el proceso a voces autorizadas en la región como la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), representantes de la sociedad civil y de especialistas de la Secretaría General de la OEA que participaron en el mismo año, en el ámbito de la Asamblea General de la OEA. En ella se instó mediante sus resoluciones AG/RES. 2455 (XXXIX-0/09) y AG/RES. 2562 (XL-0/10) al Consejo Permanente para que convocara una “sesión extraordinaria sobre derechos humanos y personas mayores, con representantes nacionales y expertos provenientes del sector académico y de la sociedad civil, así como de organismos internacionales, con el objetivo de intercambiar información y buenas prácticas, y examinar la viabilidad de elaborar una convención interamericana sobre los derechos de las personas adultas mayores” (Organización de Estados Americanos, 2014).

En junio de 2011, mediante la resolución AG/RES. 2654 (XLI-0/11), la Asamblea General solicitó al Consejo Permanente que estableciera un grupo de trabajo para que éste, después de elaborar un informe que analizara “la situación de las personas mayores en el Hemisferio y la efectividad de los instrumentos universales y regionales vinculantes de derechos humanos con relación a la protección de los derechos de las personas mayores” (OEA, 2014), preparara “un Proyecto de Convención Interamericana para la promoción y protección de los derechos de las personas mayores”. La presidencia de este GT fue ejercida por Argentina.

Un hito importante en el proceso fue la creación de la figura de la Relatoría Especial o de una persona Experta independiente para lo que la Argentina presentó junto con Brasil el proyecto de resolución A/HRC/24 L.37/Rev.1 sobre los derechos humanos de las personas de edad avanzada en nombre del Grupo de América Latina y el Caribe, la cual fue adoptada en la 24ª sesión del Consejo de Derechos

Humanos (Ginebra) en diciembre del 2013. El Consejo reconoció los desafíos relacionados con el disfrute de todos los derechos humanos que enfrentan las personas mayores; exhortó a todos los Estados de promover y garantizar el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas mayores; y decidió nombrar, por un período de tres años, a un/a experto/a independiente para observar el goce de todos los derechos humanos por las personas mayores (ONU, 2013).

En junio de 2014, mediante resolución AG/RES. 2825 (XLIV-O/14) la Asamblea General le solicitó al Consejo Permanente extender el mandato del Grupo de Trabajo para que este culmine el proceso de negociación formal del Proyecto de Convención Interamericana sobre la Protección Derechos Humanos de las Personas Mayores, y procure presentarlo para su adopción en el cuadragésimo quinto período ordinario de sesiones de la Asamblea General (OEA, 2014). La presidencia del Grupo de Trabajo fue ejercida por Chile.

Finalmente, luego de 5 años de trabajo, que incluyeron varias instancias de negociación internacional, el 15 de junio del 2015 la Asamblea General de la OEA aprobó con la firma de Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores⁵

La Convención posiciona al continente Americano como el primero del mundo en tener un instrumento jurídico que protege los derechos de las personas mayores. En este plano se sentó un fuerte precedente en materia de protección de derechos ya que, a diferencia de los instrumentos preexistentes, la Convención posee carácter vinculante, lo que genera obligación de cumplimiento a los Estados firmantes.

Debe señalarse que el valor de un instrumento de este calibre es que permite complejizar la mirada en relación a los derechos humanos en la medida que incorpora no sólo los derechos políticos y civiles, sino también los derechos económicos, sociales y culturales Como derechos humanos.

La Convención estipula en 41 artículos los derechos humanos y libertades de las personas mayores, definidas como aquellas personas de 60 años o más, comprometiéndolo a los Estados parte a adoptar las medidas necesarias para hacer efectivos tales derechos y libertades.

Los capítulos I y II abarcan el objeto, el ámbito de aplicación, definiciones y los principios generales la rigen respectivamente. El capítulo III abarca los deberes generales de los Estados Parte. El capítulo IV da cuenta de los derechos protegidos mientras que el V formula sugerencias para concientizar sobre la temática. En tanto, el capítulo VI abarca los mecanismos de seguimiento de la Convención y medios de protección.

5 Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores:
http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp

Según el artículo 1 de la Convención, el objetivo de la misma es “proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad”.

Sus principios rectores pueden agruparse en:

- Promoción y defensa de los derechos humanos de las personas mayores.
- Protagonismo y autonomía de la persona mayor
- Igualdad y no discriminación.
- Participación.
- Seguridad física, económica y social.
- Protección familiar y comunitaria.
- Buen trato hacia las personas mayores.
- Igualdad de género.
- Respeto de la diversidad cultural.

En función de estos principios rectores, la Convención establece un conjunto de derechos humanos de las personas mayores a ser protegidos. Partiendo de la igualdad y no discriminación por principios de edad y de la persona mayor como un sujeto activo, autónomo e independiente, la Convención reconoce los siguientes derechos:

- Derechos personalísimos: a la vida y a la dignidad en la vejez, a la privacidad y a la intimidad, a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud, entre otros;
- Derechos políticos y civiles: el igual reconocimiento como persona ante la ley, el acceso a la justicia, a la libertad de expresión y de opinión y al acceso a la información, derecho a la nacionalidad y a la libertad de circulación, de reunión y de asociación;
- Derechos económicos, sociales y culturales: a la educación, a la cultura, a la recreación, el esparcimiento, al deporte y a la vivienda.
- Derechos colectivos: a un ambiente sano, a la participación y a la integración comunitaria, a la accesibilidad y a la movilidad.

También se reconoce el derecho a la seguridad y a una vida digna sin ningún tipo de violencia, esto es, se promueve una cultura del buen trato. La Convención enfatiza, además, el derecho de la persona mayor a un sistema integral de cuidados. En este sentido, se promueve que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar, manteniendo su autonomía. De esta manera se insta a los Estados parte a desarrollar un sistema integral de cuidados que tenga en cuenta la perspectiva de género y el respeto a la integridad física y mental de la persona mayor.

Es importante destacar que la perspectiva de género y diversidad sexual en la protección de los derechos de las personas mayores está presente en la letra de la Convención ya que establece que los Estado parte deben elaborar políticas específicas para garantizar la igualdad de las personas mayores en condición de vulnerabilidad, como las mujeres y las personas de diversas orientaciones sexuales e identidades de género. También se mencionan como grupos vulnerables a las personas con discapacidad, las personas migrantes, las personas en situación de pobreza, las personas pertenecientes a pueblos originarios, entre otros.

Entre los deberes generales de los Estado parte se destacan:

- La adopción de medidas para prevenir, sancionar y erradicar aquellas prácticas contrarias a la Convención.
- La realización de los ajustes legislativos o de otro tipo necesarios para el ejercicio de los derechos establecidos en la Convención.
- La promoción de instituciones públicas especializadas en la protección y promoción de los derechos de las personas mayores.
- La promoción de la recopilación de información estadística e investigativa para dar cumplimiento a la Convención.

Los desafíos que emergen con esta Convención son varios. En el plano jurídico internacional, se plantea la necesidad de contar con un instrumento que proteja los derechos humanos de las personas mayores de alcance global. En el plano local, la necesidad de adaptar la legislación al cuerpo jurídico local y fundamentalmente la garantización de los derechos que la Convención establece.

A continuación se describe el impacto que esta evolución tuvo como correlato a través de los cambios introducidos a nivel institucional al interior de los países.

I. 4. 2. Políticas públicas

Lo expuesto hasta aquí da cuenta de que aún hoy la edad es motivo de vulnerabilidades varias en relación a la insuficiencia en la seguridad económica y a las dificultades que aún se presentan en la integración social y en el ejercicio de derechos (Huenchuan. 1999).

¿Qué es una política pública?

Hay varias definiciones de lo que se entiende por política pública. El objetivo de este apartado no es realizar un examen exhaustivo de las diversas definiciones sino identificar qué elementos intervienen en una política pública y cómo se construyen las políticas orientadas a la vejez.

Tamayo Sáez (1997) sostiene que se trata de decisiones, objetivos y acciones que un gobierno asume con el fin de resolver problemas que en un determinado momento la sociedad civil y el gobierno definen como prioritarios.

Oszlak y O'Donnell (1974), por su parte, entienden a las políticas públicas como acciones y omisiones del Estado en relación a cuestiones que son problematizadas socialmente, de modo que se introduce aquí al Estado como un actor central en la definición de las políticas públicas.

Por su parte, Nirenberg, Braweman y Ruiz (2003) retoman esta línea y afirman que la implementación de la política pública está estrechamente ligada a la intervención del Estado como actor central, en tanto responsable de la materialización de los derechos humanos para los distintos grupos sociales.

De acuerdo a las definiciones abordadas, las políticas públicas construyen un nexo también entre el Estado y la comunidad en tanto surgen de la existencia de alguna situación problemática que evidencia la falta de materialización de algún derecho, lo que sugiere que las políticas públicas se relacionan con el concepto de ciudadanía (Kirchner, 2007).

En cuanto al proceso de construcción de las políticas públicas, se inicia con la identificación de un problema por parte de la comunidad o algún grupo social que, movilizándolo recursos y esfuerzos, logran incluirlo en la agenda pública (Huenchuan, 1999 y 2005), es decir, transforman el problema en una cuestión colectiva que clama por una solución. En este sentido es muy importante, como se verá en la clase de participación, el empoderamiento de las personas mayores como un colectivo capaz de demandar por la efectivización de sus derechos.

La instalación del tema a resolver en la agenda pública nunca permanece en un terreno neutral ni inmutable sino que está sujeta a una disputa en la que los diferentes actores involucrados pugnarán por la definición sobre la cuestión a partir de sus intereses (Huenchuan, 1999).

Estas disputas ponen en juego definiciones que manifiestan valores, intereses y posiciones ideológicas que son elementos claves para el diseño e implementación de una política pública así como también para el tipo de enfoque (de derechos o tradicional) que adoptará.

La instalación de una cuestión socialmente problematizada en la agenda pública requiere de un alto grado de politización, lo que no está exento de cierto grado de conflictividad y tensión social. En torno a un problema social hay siempre posiciones encontradas, sectores con intereses generalmente opuestos y fundamentalmente con posibilidades desiguales para influir en el espacio público. En otras palabras, los diversos actores sociales (Estado, organizaciones sociales, grupos económicos, organismos internacionales, iglesias, medios de comunicación, entre otros) tienen distinta fuerza al momento de disputar los temas que le interesan a la sociedad, por lo que no es indiferente qué tipo de administración del Estado será la que prevalezca (Oszlak y O'Donnell, 1974).

Un aspecto central a la hora de pensar la definición de las políticas públicas está dado por la escasez de recursos que toda una sociedad para atender a todas las necesidades y demandas de sus integrantes, esto es, los problemas a resolver siempre exceden a los recursos con los que una sociedad cuenta para resolverlos. De allí surge necesidad de priorizar y definir (Oszlak y O'Donnell, 1974) cuáles son las cuestiones que ameritan el uso de los recursos.

En esta priorización es el gobierno el que define, dependiendo de su capacidad, de qué forma se administran y distribuyen los recursos materiales. Sin embargo, no debe perderse de vista que los diferentes grupos sociales tienen, habitualmente, capacidad de inclinar la voluntad del gobierno para satisfacer sus demandas de acuerdo al grado de organización y a la posibilidad de incidir en la opinión pública.

Muchas veces queda al margen de los análisis sobre políticas públicas un elemento que no es menor, que refiere a la concepción política, filosófica e ideológica que un gobierno tenga en relación a las competencias y responsabilidades que le corresponden al Estado. Esto es muy importante porque se trata de un actor clave cuya tarea es, entre otras, traducir las demandas sociales en políticas públicas. A su vez interviene en la definición, junto a la sociedad civil, del sentido y significado del problema a resolver.

En palabras de Oszlak (1980, p.11), (...) *el proceso de materialización de la política afecta a actores de la sociedad civil cuyo comportamiento condiciona, a su vez, la naturaleza y los alcances de la acción en los diferentes niveles de implementación. Esto significa que la "relación estado-sociedad" se concreta a través de sucesivas "tomas de posición" (o políticas) de diferentes actores sociales y estatales, frente a cuestiones problemáticas que plantea el propio desarrollo de la sociedad.*

Toda política pública se inserta en una determinada conceptualización del Estado. La forma en que se conciba el rol del Estado y su relación con la sociedad y el mercado será determinante en la definición y el ciclo vital de las políticas públicas. En este sentido, una concepción del Estado en la que la lógica de mercado se erige como organizadora de la sociedad se caracteriza por su retirada de la escena social como garante de los derechos de los sectores socialmente más desfavorecidos, renunciando así a sus funciones y competencias. En este caso, grupos vulnerables, como el de las personas mayores, quedan expuestos a que se incremente su vulnerabilidad.

Durante la primacía de las políticas neoliberales, tal como señala Oszlak (2001), se implementaron reformas en el Estado tales como privatizaciones, transferencias, desregulaciones, descentralizaciones y reducciones en el tamaño del personal. En ese marco se aplicaron políticas públicas desde una perspectiva focalizadora que van a trasmano de la universalidad propuesta por el enfoque de derechos y que, al mismo tiempo, conllevan una mirada tecnicista que olvida la integralidad. Por consiguiente las políticas no son dirigidas a personas con realidades heterogéneas, sino a grupos homogéneos, lo que dificulta la intervención en el campo de las políticas ya que no parten de la realidad de la persona a la que se busca fortalecer.

A modo de ejemplo se puede plantear el caso argentino. Durante la década de los '90 el gobierno privatizó su sistema de jubilación, lo que provocó un gran perjuicio a la mayoría de las personas mayores que se encontraron en sus vejez sin ningún tipo de cobertura previsional.

De la conceptualización anteriormente realizada se desprende que la privatización fue entendida en ese momento como una política pública que prometía resolver el déficit en el sistema jubilatorio

pero que, transcurrido el tiempo, había fracasado para el caso argentino. Esta situación ha sido revertida a través de la recuperación de los fondos previsionales por parte del Estado, como respuesta a la falta de seguridad jurídica que afectaba a la población mayor, lo que también puede enmarcarse como una política pública, orientada a proveer seguridad jurídica a las personas mayores.

Una de las consecuencias de la implementación de estas políticas bajo un Estado de tinte neoliberal está dada por un fuerte retroceso en la distribución de la riqueza con la consiguiente pauperización de la población.

I. 4.3. Políticas orientadas a personas mayores

Las políticas públicas gerontológicas constituyen específicamente una respuesta al envejecimiento poblacional e individual (Huenchuan, 1999).

La premisa para comprender la evolución de las políticas orientadas a las personas mayores parte de la idea de que éstas han ido evolucionando al calor de los procesos políticos, sociales, económicos y culturales que fueron marcando la historia de los últimos 200 años.

Si bien las políticas orientadas a las personas mayores han adoptado características particulares en cada uno de los países del Cono Sur es posible señalar, a grandes rasgos, diferentes momentos.

Un primer gran momento se puede identificar a finales del siglo XIX y a principios de siglo XX cuando las políticas se caracterizaron por la presencia de organizaciones de beneficencia que fueron las encargadas de dar respuestas a la población mayor en situaciones de pobreza. Estas sociedades de la caridad eran principalmente católicas y su accionar se comprendía desde un paradigma asistencialista y paternalista.

Este modelo asistencialista se asentó principalmente en la idea de marginación social en la medida que proliferaron asilos a los que estaban destinadas todas las personas en situación de pobreza, entre ellas, personas mayores, niños/as, enfermos/as, discapacitados/as, etc.

Posteriormente, en un segundo momento, con la consolidación de los Estados Nación y del desarrollo industrial, las políticas se orientaron a procurar protección social para las personas mayores con la creación de sistemas de jubilación y pensión que fueron fortaleciéndose a lo largo del siglo XX. En palabras de Huenchuan (1999) la vejez como cuestión social deja de ser entendida desde lo asilar para ser comprendida desde la integración social.

En este período el Estado empieza a asumir su rol como responsable de las políticas orientadas a las personas mayores, desplazando de esta forma a las organizaciones de la sociedad civil. Se crean instituciones estatales y públicas así como organizaciones de personas mayores. Otra de las características de este período es la visualización de las personas mayores asociadas a la pasividad (Inmayores, 2014).

En el caso de Argentina es de destacar el Decálogo de la Ancianidad, impulsado por Eva Perón en el seno de la Asamblea General de Naciones Unidas, que amplió la mirada hacia las personas mayores incluyendo cuestiones como el derecho al descanso, al cuidado de la salud física y moral, al esparcimiento, al trabajo y a la tranquilidad (Roqué y Fassio, 2012).

Finalmente hay un tercer momento que se inicia a finales del siglo XX y principios del siglo XXI en el que las políticas incluyen el paradigma de los derechos humanos. A los avances del período anterior se suma la creación de nuevas institucionalidades (Instituto Nacional del Adulto Mayor en Uruguay; el Servicio Nacional del Adulto Mayor en Chile y la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores en Argentina) rectoras en materia de políticas públicas para el envejecimiento.

Estas nuevas instituciones vienen implementando desde entonces políticas en las que la persona mayor es concebida como titular de derecho y, por lo tanto, como persona ciudadana con derechos y obligaciones. El paradigma de los derechos humanos establece principios como los de inclusión social, autonomía, participación de las personas mayores en la vida social y en los organismos que les competen directamente, el fortalecimiento y la universalización de la seguridad social, la dignidad, la mejora de la calidad de vida, la cultura del buen trato y el envejecimiento positivo entre otras cuestiones. En síntesis, este paradigma busca garantizar el bienestar integral de las personas mayores.

El desarrollo del marco normativo internacional ha servido de plataforma para impulsar el avance de una nueva institucionalidad desde la cual ha sido posible generar políticas públicas bajo el enfoque de derechos (Huenchuan, 2006).

Por otro lado, datos recientes indican que mientras el 62% de las personas mayores de Iberoamérica perciben alguna jubilación o pensión, en los países del Cono Sur el porcentaje supera el 85% de la población mayor. En el contexto regional este dato es alentador ya que pone de manifiesto el compromiso de las sociedades y gobiernos en garantizar la seguridad económica. El escenario es auspicioso y son destacables los esfuerzos realizados por los gobiernos de la región en esta materia de seguridad económica.

Las políticas más destacadas del Cono Sur son:

- La instalación de un Sistema Progresivo de Atención que tenga su prioridad en el cuidado comunitario, a través de los servicios de apoyo en domicilio y los centros de día, dejando como última instancia la institucionalización en residencias de larga estadía.
- Formar cuidadores/as domiciliarios/as necesarios/as para que las personas mayores en situación de dependencia puedan envejecer en sus casas, fortaleciendo de esta manera el derecho a vivir en sus hogares.
- La garantía de los derechos humanos en los cuidados a largo plazo sobre todo en las residencias de larga estadía.
- Sensibilizar a la población sobre la cultura del buen trato de manera de contribuir a generar en la sociedad una modificación de la imagen de la vejez, ayudando a enriquecer a la sociedad a través de la integración de las personas mayores en los espacios públicos.
- Fomentar la participación de las personas mayores como personas activas en la trama social, especialmente en los espacios institucionales donde se diseñan, implementan, evalúan y monitorean las políticas públicas que les atañen (Consejos de Mayores).
- La formulación de una convención tanto Interamericana en el seno de OEA como Universal en el seno de ONU.

I. 5. Conclusiones

Los países del Cono Sur atraviesan en la actualidad el envejecimiento de las personas y de las poblaciones. Tanto a nivel individual como poblacional y por ende social, el envejecimiento es un fenómeno ineludible.

La transición demográfica ha abierto una oportunidad con el bono demográfico que los gobiernos debieran aprovechar para invertir en el desarrollo social del país, de modo que las personas que lleguen a la vejez lo hagan con las mejores herramientas y la vivan en las mejores condiciones. .

Para ello es necesario que el abordaje de las políticas orientadas a las personas mayores se realice desde un enfoque gerontológico, que es la disciplina que estudia el envejecimiento y la vejez desde una perspectiva biopsicosocial y puede, por ello, brindar las mejores herramientas a estos fines.

Una característica del envejecimiento en la región y el mundo, además de la rapidez con la que se está dando, es la feminización que asume este proceso. La proporción de mujeres mayores supera ampliamente al número de varones. Sin embargo, siguen operando serias desigualdades para las mujeres producto de una historia que formó a las personas mayores bajo relaciones de género rígidas que desfavorecieron a las mujeres en todo lo relacionado a la esfera pública: menor acceso a la educación, al mercado laboral y a la participación política y social. Por otro lado, la mujer fue relegada a la esfera privada como protagonista del cuidado familiar y responsable de las tareas del hogar.

Ese mismo clima patriarcal expresado en lo cultural, social y político ayuda a comprender la falta de políticas públicas que han alimentado la brecha de género que se profundiza en la vejez y donde las desventajas para ellas son altamente alarmantes.

En la actualidad, es importante que, además de la mirada de género, las políticas públicas añadan la perspectiva de diversidad sexual a los fines de incluir a todas las personas mayores que han envejecido con patrones no heteronormativos⁶. El paradigma de los derechos humanos, para realizarse, deberá complementarse indefectiblemente con la perspectiva género y de diversidad sexual.

Por otra parte, la declaración de la Convención en el seno de la OEA establece un hito en materia de establecimientos de derechos en tanto obliga a los Estados a garantizarlos.

Los desafíos son muchos. El principal continúa siendo desarrollar las sociedades con inclusión total de las personas mayores. Para ello es necesario dar pasos para terminar de fortalecer la seguridad económica en las personas mayores. Complementariamente se debe continuar promoviendo una cultura del buen trato, la participación de las personas mayores y la capacidad de poder envejecer en las casas a través de la formación y asistencia de cuidadoras/es domiciliarias/os a fin de evitar las institucionalizaciones innecesarias.

6 Este concepto remite a discursos centrados en una visión heterosexual de la sociedad que conducen a la presunción de la heterosexualidad de las personas.

Capítulo II.

Envejecimiento poblacional y políticas públicas. Situación de Argentina, Chile y Uruguay

LOS/AS AUTORES/AS

ARGENTINA

Monica Roqué, Médica, Magister en Administración de Servicios de Salud y Seguridad Social con Especialización en Tercera Edad (OISS, UNLM). Magister en Dirección y Gestión en 3 Sistemas de Seguridad Social. Universidad de Alcalá, España. Cursando el Doctorado en Demografía de la Universidad Nacional de Córdoba. Directora Nacional de Políticas para Adultos Mayores de la SENNAF-Ministerio de Desarrollo Social. Presidenta de la delegación Argentina ante ONU y OEA en el grupo de trabajo sobre la convención de derechos humanos para las personas mayores. Presidenta del Foro Social 2014 del Consejo de Derechos Humanos de ONU Ginebra. Secretaria Ejecutiva del Consejo Federal de Mayores, Responsable Nacional del Programa Iberoamericano. Vocal Regional RIICOTEC, IMSERSO, España. Actividades académicas: Directora de la carrera de posgrado Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional de la Facultad de Psicología de Mar del Plata. Docente titular en la carrera de posgrado Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional. Disertante nacional e internacional. Presenta varias publicaciones entre las que se encuentran: El Plan Nacional de las Personas Mayores; el Manual de Cuidados Domiciliarios; la Carta de Derechos de las Personas Mayores; la Guía para el Autocuidado de la Salud de las Personas Mayores; Capítulo “De la necesidad y fundamentos para un tratado internacional de las personas mayores” en los Derechos de las personas mayores en el siglo XXI, CEPAL; Capítulo “Los cuidados progresivos, los derechos humanos y el rol del Estado en la Argentina”, CEPAL. Asesora en la Primera Encuesta Nacional de Calidad de Vida de los Adultos Mayores.

Sebastián Amaro, Licenciado y Profesor en Sociología, egresado de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina; especializando del Posgrado en Gerontología Comunitaria e Institucional de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata. Desde el año 2012 se desempeña como técnico responsable del Área de Monitoreo en la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, dependiente de la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Es coautor de varios artículos sobre “Políticas Públicas y Vejez” y docente en el Seminario de Gerontología Comunitaria, en temas vinculados al envejecimiento, políticas públicas y diversidad sexual. Asimismo, participa en la producción e implementación de talleres sobre vejez, diversidad sexual y género, destinado a personas mayores de todo el territorio argentino. Anteriormente se desempeñó en el ámbito privado y participó de experiencias de Educación Popular con adultos/as en contextos vulnerables.

CHILE

Cristián Massad Torres, es Magíster (c) Gobierno y Sociedad, Universidad Alberto Hurtado, Chile; Sociólogo, Universidad Alberto Hurtado, Chile. Trabaja desde el año 2006 en la Unidad de Estudios del Servicio Nacional del Adulto Mayor del Estado de Chile (SENAMA), desempeñándose como jefe de la Unidad desde el año 2014. Dentro de su experiencia se incluyen más de 20 estudios relacionados con temas de envejecimiento y vejez en la sociedad chilena. Asimismo, tiene en su haber una serie de artículos y libros sobre la situación de las personas mayores y los avances programáticos que ha realizado el país para el mejoramiento de su calidad de vida, además de una tesis publicada respecto a la construcción social de las enfermedades mentales. Ha sido profesor de cursos de diplomado en la Universidad de Santiago de Chile y es miembro fundador de la Fundación Ecomabi, desempeñándose como asesor en temas de desarrollo social, estrategias de inclusión social y metodologías de participación ciudadana.

Felipe Herrera Muñoz, Diplomado en Administración y Gestión de Servicios Sociales para Personas Mayores, Pontificia Universidad Católica de Chile; Diplomado en Seguridad Ciudadana, Universidad Alberto Hurtado; Sociólogo, Universidad Alberto Hurtado, Chile. En el año 2010 realizó una pasantía en el departamento de Gobernabilidad Democrática del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo de El Salvador. Desde el año 2011 hasta el año 2014 fue supervisor del Área Social de Proyectos en la Fundación Un Techo Para Chile. Trabaja desde el año 2014 en la Unidad de Estudios del Servicio Nacional del Adulto Mayor del Estado de Chile (SENAMA), desempeñándose como Profesional de la Unidad. Además, ha participado como tutor en el diplomado de Relaciones Comunitarias del Centro de Políticas Públicas de la Pontificia Universidad Católica de Chile, participó como miembro del equipo técnico en el desarrollo de los Cuadernillos sobre Seguridad Ciudadana y Convivencia Municipal, la experiencia de Sonsonate, Sonzacate y Acajutla, de la serie Ciudades Seguras y como miembro del equipo que elaboró el Manual de Copropiedad Inmobiliaria y Vida en Comunidad del Ministerio de Vivienda.

URUGUAY

Adriana Rovira, Licenciada en Psicología, egresada de la Universidad de la República del Uruguay. Con estudios de posgrado en Demografía, Políticas Públicas y Psicología Social. Directora del Instituto Nacional de Personas Mayores de Uruguay. Docente de la Universidad de la República del Uruguay. Investigadora en temas de políticas públicas con relación al cuidado y al envejecimiento.

En este capítulo describimos la población de las personas mayores y las políticas sociales desarrolladas en los tres países comprometidos con la realización de este proyecto (Argentina, Chile y Uruguay).

ARGENTINA

II. 1. Las personas mayores en Argentina

II.1. 1. Caracterización de las personas mayores

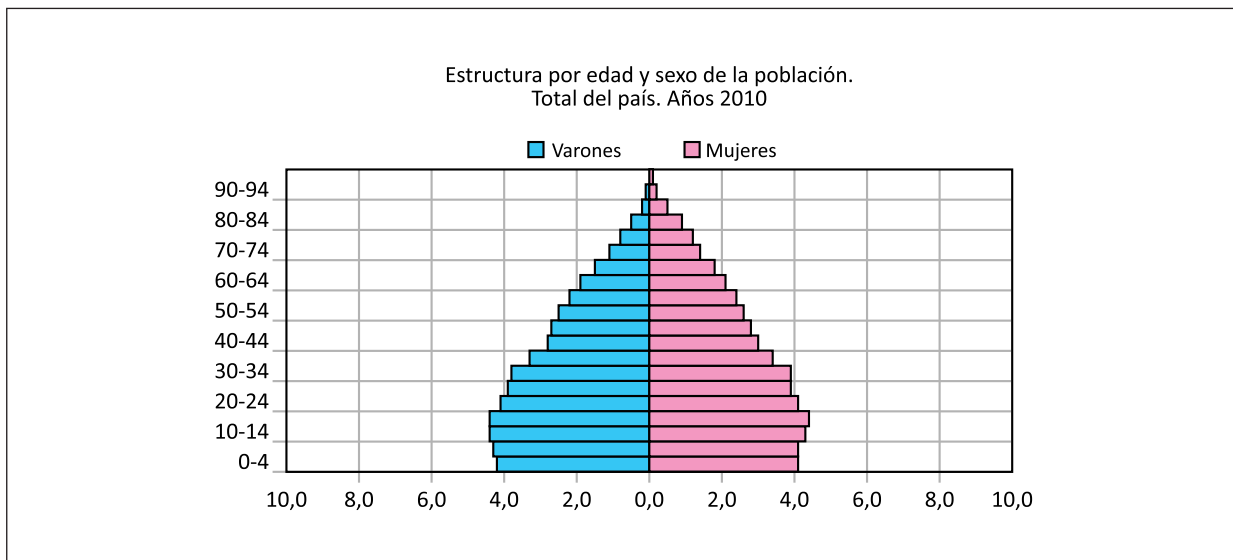
La República Argentina muestra claros signos de envejecimiento poblacional desde hace varias décadas. En el año 2010, fecha del último CENSO, se contabilizaba una población de 60 años y más de 5.725.838 personas, lo que representa el 14,3% de la población total. Según las proyecciones de Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), para el año 2015 la cantidad de personas de 60 años y más aumentará a 6.416.920 incrementándose también el porcentaje a 14,9% (INDEC, 2013).

La esperanza de vida al nacer para el 2015 es de 76,92 años para toda la población (INDEC, 2013). Mientras que para los varones la misma asciende a 73,72 años, para las mujeres es un poco más de seis años mayor: 80,33 años. La expectativa de vida después de los 60 años es de 19.9 años para ambos sexos. Sin embargo, si se analiza de acuerdo al género, se observa que en el caso de las mujeres es de 22,3 años mientras que para los varones es de 17,4 años, lo que indica que las mujeres tienen expectativas de vida más prolongadas (INDEC, 2009). Esta situación ayuda a explicar el carácter femenino que asume el envejecimiento en Argentina.

En este sentido se debe destacar que las mujeres representan un 57% de la población de 60 años y más. A medida que la edad avanza, la proporción se va elevando. El índice de masculinidad para toda la población, de acuerdo a los datos del CENSO 2010, es de 94,8, lo que significa que existen casi 95 varones cada 100 mujeres. Si tomamos a partir de los 60 años, encontramos 74 varones cada 100 mujeres y, a los 75 años, encontramos 55 varones cada 100 mujeres.

Argentina es un país envejecido tal como lo muestra la pirámide poblacional del año 2010. En la evolución de las pirámides a lo largo de los años se observa el carácter avanzado del envejecimiento de la población en tanto la tendencia indica que, con el paso del tiempo, la base tiende a reducirse y la cúspide a ensancharse. Esta evolución permite a su vez identificar el incremento de la proporción de mujeres sobre los varones en edades más avanzadas.

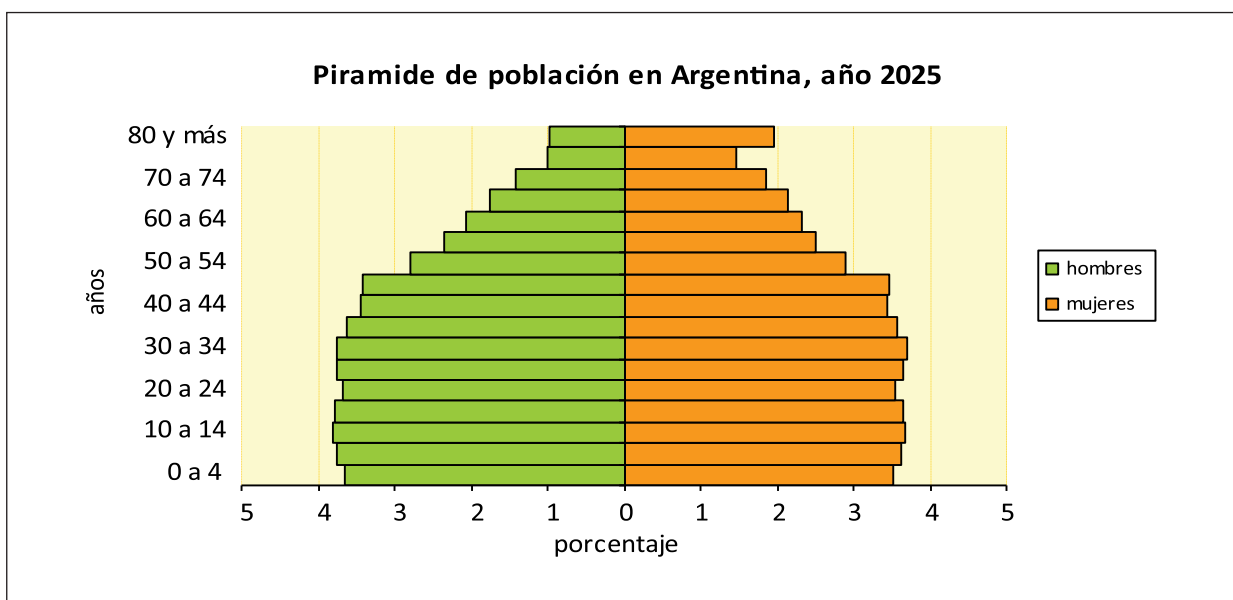
Gráfico 1. Pirámide de población de Argentina. Año 2010



Fuente: INDEC (2010). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas.

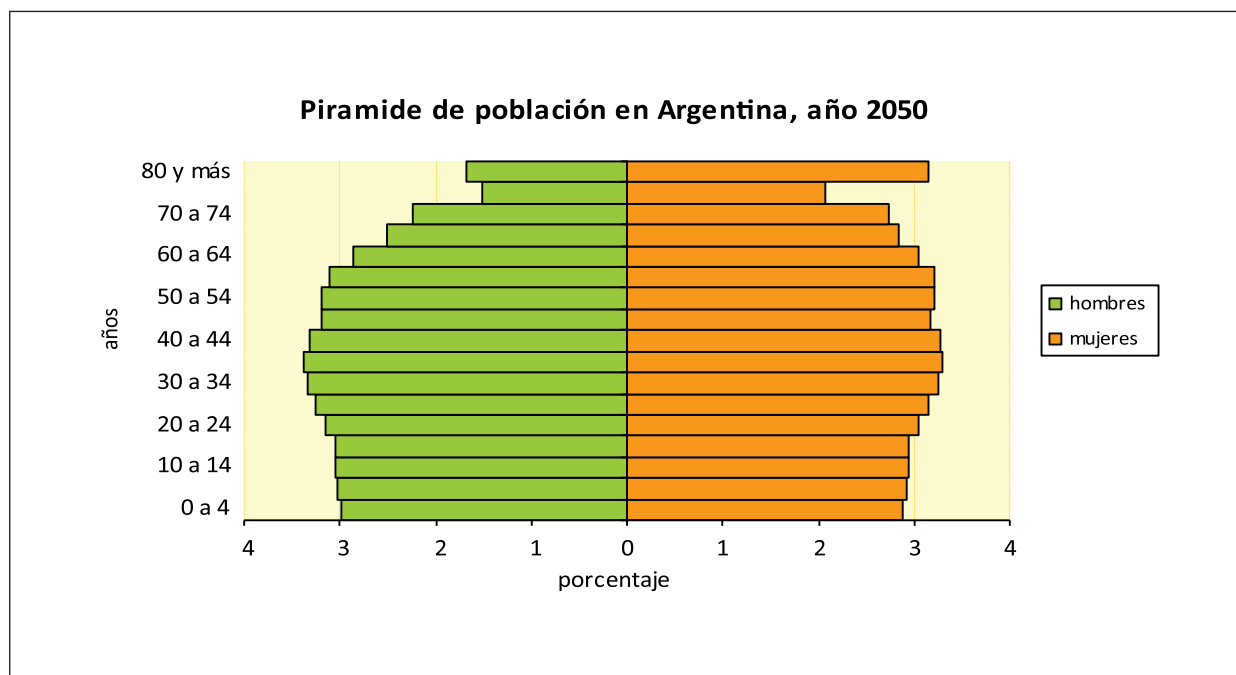
Las proyecciones poblacionales correspondientes a las pirámides de 2025 y 2050 muestran que esta tendencia del envejecimiento poblacional se acentuará en la medida en que la base que representa a los niños y jóvenes se achicará, al mismo tiempo que aumentarán los grupos de edad intermedia y las personas mayores de 60 años. La sobrevivencia de las mujeres, en especial en edades muy avanzadas, continuará como tendencia general.

Gráfico 2. Pirámide de población de Argentina. Año 2025



Fuente: CELADE. (2004). *Boletín demográfico No. 73. América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050*. Santiago de Chile, Chile.

Gráfico 3. Pirámide de población de Argentina. Año 2050



Fuente: CELADE. (2004). *Boletín demográfico No. 73. América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050*. Santiago de Chile, Chile

Una de cada tres personas mayores en Argentina tiene 75 y más años. En edades que se aproximan a los 60 años la cantidad de mujeres supera en muy poco a la de los varones, pero a medida que la edad aumenta esta tendencia se profundiza: a los 100 años, cada cuatro personas mayores, tres son mujeres y una sola varón.

Cuadro 1. Población total de 60 y más años según edad en grupos quinquenales y sexo. Total del país. Año 2015

Edad	Población total	Sexo			
		Varón	%	Mujer	%
60-64	1.782.266	837.634	47,0	944.632	53,0
65-69	1.505.504	687.330	45,7	818.174	54,3
70-74	1.158.131	504.795	43,6	653.336	56,4
75-79	854.985	345.283	40,4	509.702	59,6
80-84	591.455	215.439	36,4	376.016	63,6
85-89	341.806	107.103	31,3	234.703	68,7
90-94	141.746	38.173	26,9	103.573	73,1
95-99	35.094	7.867	22,4	27.227	77,6
100 y más	5.933	1.075	18,1	4.858	81,9
Total	6.416.920	2.744.699	42,7	3.672.221	57,3

Fuente: INDEC (2013). *Estimaciones y Proyecciones de población 2010-2040. Serie Análisis Demográfico 26*. Buenos Aires, Argentina

La población adulta mayor del país es fundamentalmente urbana. Un poco menos de una de cada diez personas mayores habita en áreas rurales y el resto lo hace en áreas urbanas. Cabe aclarar que el peso de la población mayor no es uniforme en todo el país: la Ciudad Autónoma de Buenos Aires es la jurisdicción más envejecida con el 22% de su población de 60 años y más, mientras que Tierra del Fuego es la más joven con 6,4% (Indec, 2010).

II. 2. Condiciones de vida de las personas mayores. Seguridad económica: Cobertura de jubilaciones y pensiones

Casi la totalidad de la población de 65 años y más accede a una jubilación o pensión (95%), siendo mayor el número de mujeres que de varones (Administración Nacional de la Seguridad Social, 2012). El gobierno actual tomó, en el año 2008, la decisión de reestatizar el Sistema Previsional, pasando del Sistema de Capitalización Individual (AFJP) al Sistema de Reparto, entendiendo que este último es un sistema solidario. Se creó así el "Sistema Integrado Previsional Argentino" (SIPA), a través de la Ley 26.425 de 2008, lo que ha significado una medida progresiva para el conjunto de los trabajadores de nuestro país. De hecho, ha implicado que el sistema previsional vuelva a concebirse como un régimen solidario financiado a través de la transferencia intergeneracional (o por lo menos en parte).

A su vez, la re estatización del sistema implicó que los fondos que administraban las AFJP fueran traspasados hacia las arcas de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES). Hasta el año 2008 las AFJP eran diez y administraban 90 mil millones de pesos de los trabajadores, cobrándoles comisiones por administración que alcanzaban el 33% de sus aportes. Desde la recuperación de los fondos previsionales por parte del Estado, las inversiones en proyectos productivos, obras públicas, energía y créditos para la vivienda se cuadruplicaron (Basualdo, 2009).

Para el Censo del 2010 las coberturas por edades fueron las siguientes:

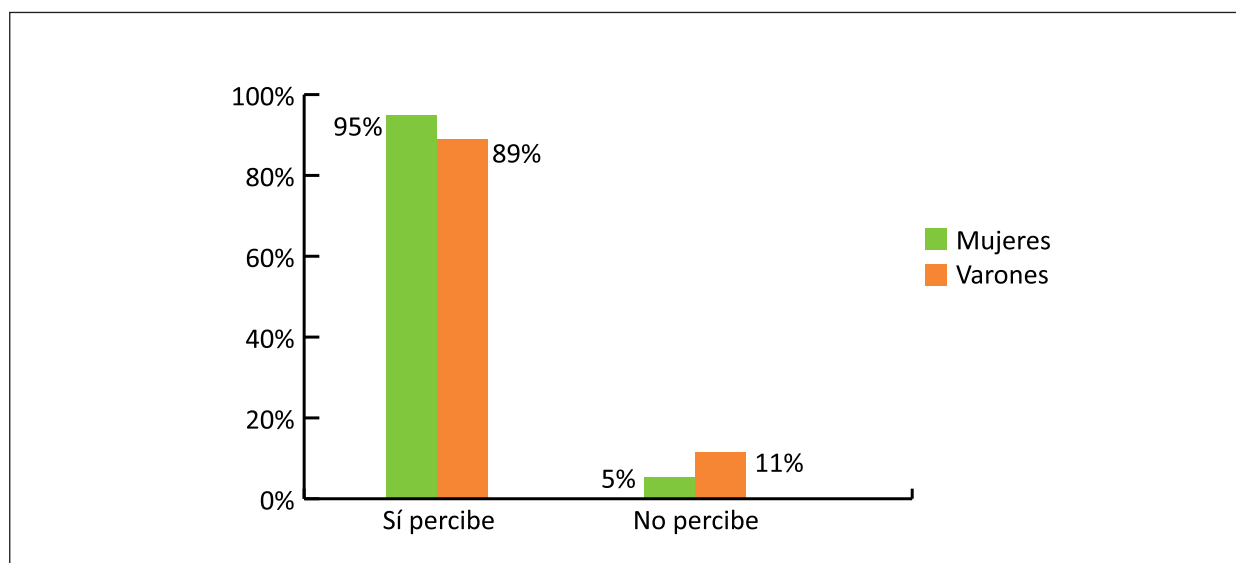
Cuadro 2. Población de 60 y más años por sexo, grupos de edad y cobertura previsional

Sexo/Grupos de edad	Población de 60 años y más	% con cobertura
Varón		
65-69	580.09	78,4
70-74	431.601	94,4
75-79	310.402	96,3
80 y más	309.946	97,9
Total	1.632.039	89,7
Mujer		
65-69	693.296	92,1
70-74	567.664	95,6
75-79	465.265	96,5
80 y más	620.768	97,6
Total	2.346.993	95,4

Fuente: INDEC (2010). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas .

Si bien en la mayoría de los países del mundo la cantidad de mujeres que perciben jubilación es menor que la de los varones, en el caso argentino sucede a la inversa. Tal como se muestra en el gráfico 4, las mujeres tienen una cobertura previsional más amplia que los varones. Esto se debe a medidas tomadas por el gobierno actual, tales como la “Jubilación de Ama de Casa”, una denominación coloquial para identificar un régimen que permite a aquellas personas que nunca realizaron aportes poder acceder a una jubilación. Como la gran mayoría que accedieron fueron mujeres, se la conoce popularmente con ese nombre.

Gráfico 4. Personas de 65 años y más en viviendas particulares según jubilación o pensión según sexo



Fuente: INDEC (2010). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas.

No obstante, los requisitos y beneficios referentes a las jubilaciones de amas de casa pueden hacerse extensivos a los varones que no tienen todos los aportes, que trabajaron en condiciones de informalidad o realizaron tareas domésticas. Se encuadra dentro de la Ley 24.476, que corresponde a la “Moratoria permanente de autónomos”. De esta manera acceden a una jubilación y, durante el cobro de la misma, se les hace el descuento correspondiente a la contribución que no se hiciera en los años trabajados.

Es importante señalar que, a través de la ampliación de la moratoria previsional sancionada en el 2014, se espera que la cobertura previsional sea universal.

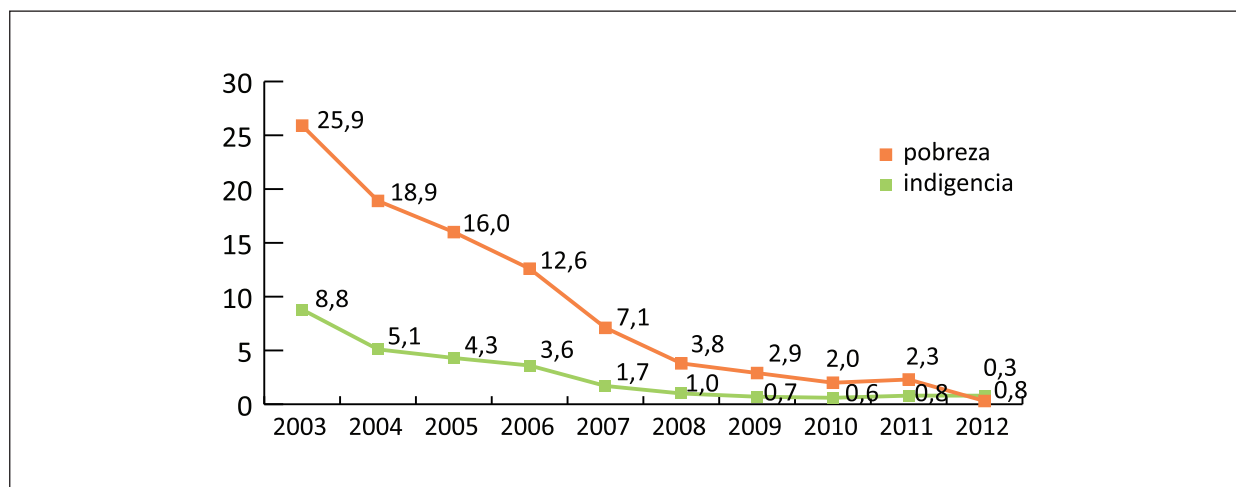
Por otro lado, se universalizaron las pensiones no contributivas para las personas de más de 70 años que no pudieron acceder a la jubilación. Las mismas son otorgadas por la Comisión Nacional de Pensiones, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Para el año 2009, en la región de Latinoamérica y el Caribe, apenas 4 de cada 10 personas de 65 años y más (40%) recibía jubilaciones o pensiones (CEPAL, 2012). En este mismo informe nuestro país muestra las cifras más altas en cobertura previsional en la región: mientras que Chile, Brasil y Uruguay oscilan entre el 88 y 89% de cobertura previsional, Argentina está por encima del 95%.

Situación de pobreza y niveles de vida

La pobreza y la indigencia entre las personas mayores ha descendido fuertemente desde el año 2003 a partir de dos políticas convergentes que se orientaron a mejorar su nivel de ingresos: por un lado la incorporación de más de 2,5 millones de personas a la cobertura previsional y, por el otro, el constante incremento del monto de los haberes previsionales. La República Argentina cuenta con una ley de movilidad previsional que otorga dos aumentos al año a las jubilaciones y pensiones. Así, en 2012 el porcentaje de personas en situación de pobreza era solo del 0,8 %, en tanto que el correspondiente a personas en situación de indigencia era del 0,3%.

Gráfico 5. Población de 60 y más años por incidencia de la pobreza y de la indigencia. Años 2003-2012



Fuente: elaboración propia en base a INDEC - EPH 2003 - 2012.

Educación

En el cuadro 3 se observa que prácticamente el 40% de la población adulta mayor ha accedido como máximo nivel al primario completo. Seguidamente se registra que el 25% no pudo finalizar el primario.

Cuadro 3. Porcentaje de personas de 60 años y más de ambos sexos según nivel de educación alcanzado

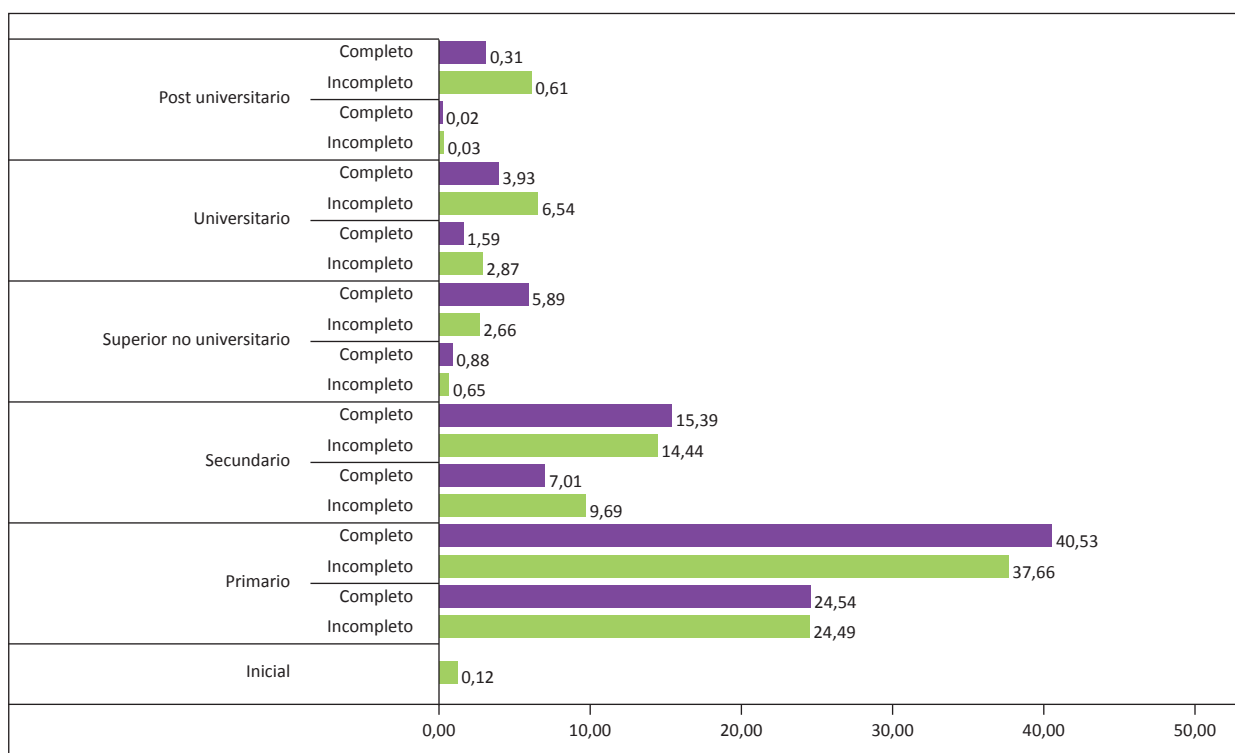
Inicial	Primario		Secundario		Superior no univers.		Universitario		Post Univers.	
	Comp.	Incomp.	Comp.	Incomp.	Comp.	Incomp.	Comp.	Incomp.	Comp.	Incomp.
0,12	24,52	39,31	8,16	14,99	0,75	4,51	2,14	5,04	0,02	0,44

Fuente: INDEC (2010). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas.

Sin embargo, también se observa que un poco más de un tercio de las personas mayores ha alcanzado, como mínimo, el nivel secundario completo.

Como se muestra en el gráfico 6, si bien los índices correspondientes a secundario completo, universitario incompleto y universitario completo no muestran grandes diferencias por género, sí se registran diferencias por género desde el nivel superior universitario en adelante, en tanto que la probabilidad para alcanzar este nivel educativo para los varones duplica y cuadruplica la de las mujeres. Asimismo, las diferencias por género aparecen a la inversa: en el nivel primario completo a favor de las mujeres y en el nivel secundario incompleto en su contra. En referencia a la población que alcanza niveles universitarios, la mayoría son varones, marcando una clara inequidad de género.

Gráfico 6. Porcentaje de personas de 60 años y más de ambos sexos según nivel de educación alcanzado



Fuente: INDEC (2010). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas.

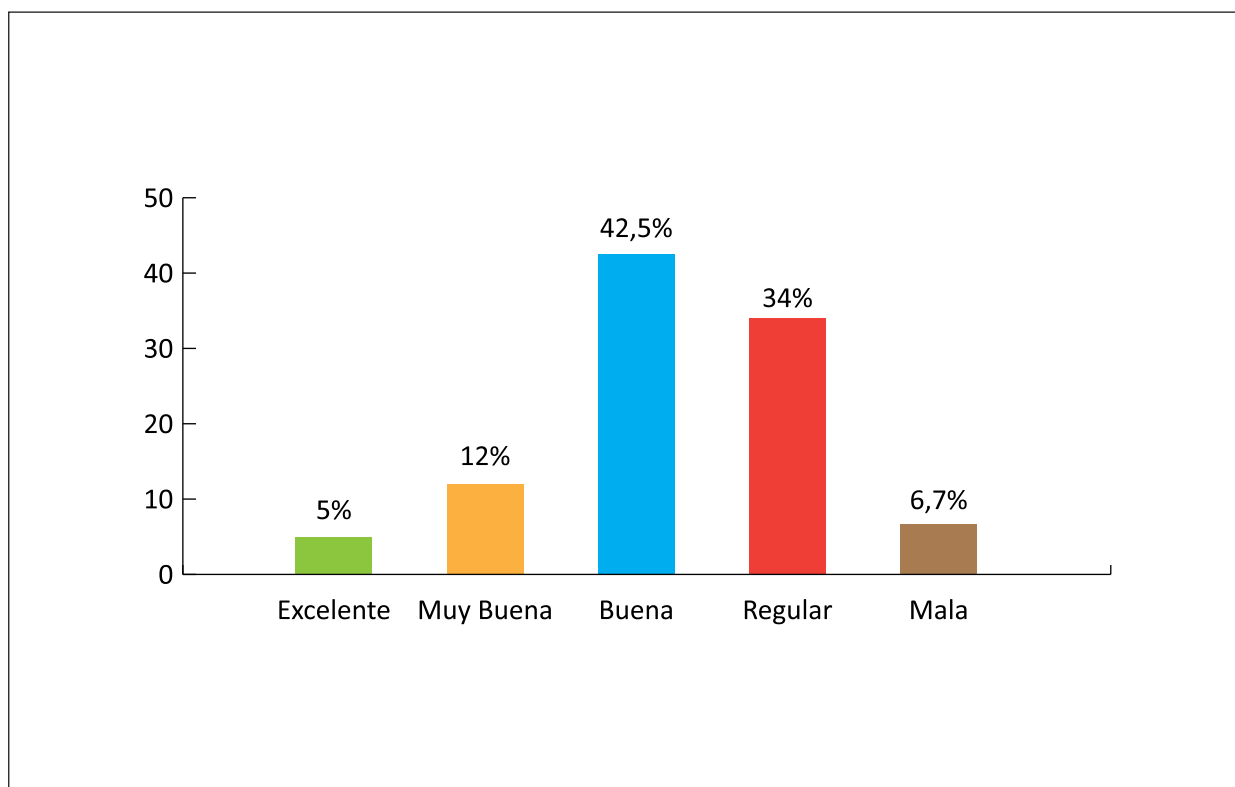
En relación a la alfabetización, de acuerdo a datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) correspondientes al 4° trimestre de 2012, el 1,9% de los varones y el 2,8% de las mujeres mayores no sabe leer ni escribir. Si bien es un número bajo en relación a la prevalencia en la región, no deja de ser un grave problema para las personas mayores, especialmente mujeres.

En cuanto a la relación entre personas mayores y las tecnologías de información y comunicación (TIC), según el Censo 2010 el 18% de la población mayor utiliza la computadora, situación que implica un importante logro y, al mismo tiempo, un desafío a fin de promover entre ellos una mayor alfabetización informática.

II. 3. La salud de las personas mayores. Percepción del estado de salud

En el año 2012 el Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina realizó, conjuntamente con la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, la primera Encuesta Nacional Sobre Calidad de Vida de los Adultos Mayores. Allí se indagó acerca de la percepción de la salud y los resultados arrojaron que el 60% de las personas encuestadas consideran a su salud como excelente, muy buena y/o buena.

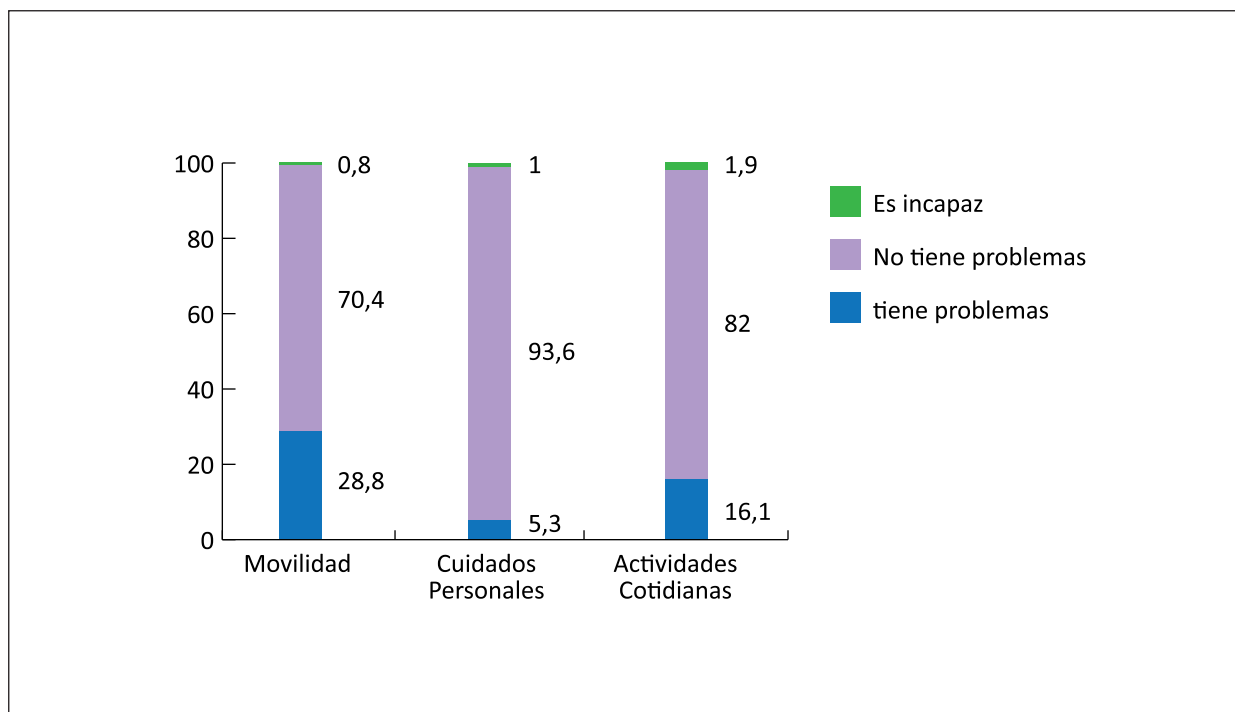
Gráfico 7. Población de 60 y más años por percepción del estado de salud



Fuente: INDEC (2012). Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores, ENCaViAM 2012.

Una aproximación a la independencia de las personas mayores está dada por la posibilidad de realizar sin ayuda las actividades de la vida diaria. El deterioro funcional para realizar estas actividades es un factor de riesgo y marca la necesidad de contar con cuidadores y personas de apoyo. La mayor incidencia de limitaciones se da en las actividades relacionadas con la movilidad, en las que casi un 29% de las personas encuestadas manifiesta tener problemas y un 1% no puede realizarlas; luego le siguen las actividades relacionadas con el cuidado de la casa (un 16% tiene limitaciones para realizarlas y un 2% no las puede efectuar) y, finalmente, el 5% de las personas encuestadas tiene dificultades para realizar actividades relacionadas con su cuidado personal y un 1% no puede llevarlas a cabo.

Gráfico 8. Porcentaje de la población de 60 y más años por limitaciones en las actividades de la vida diaria

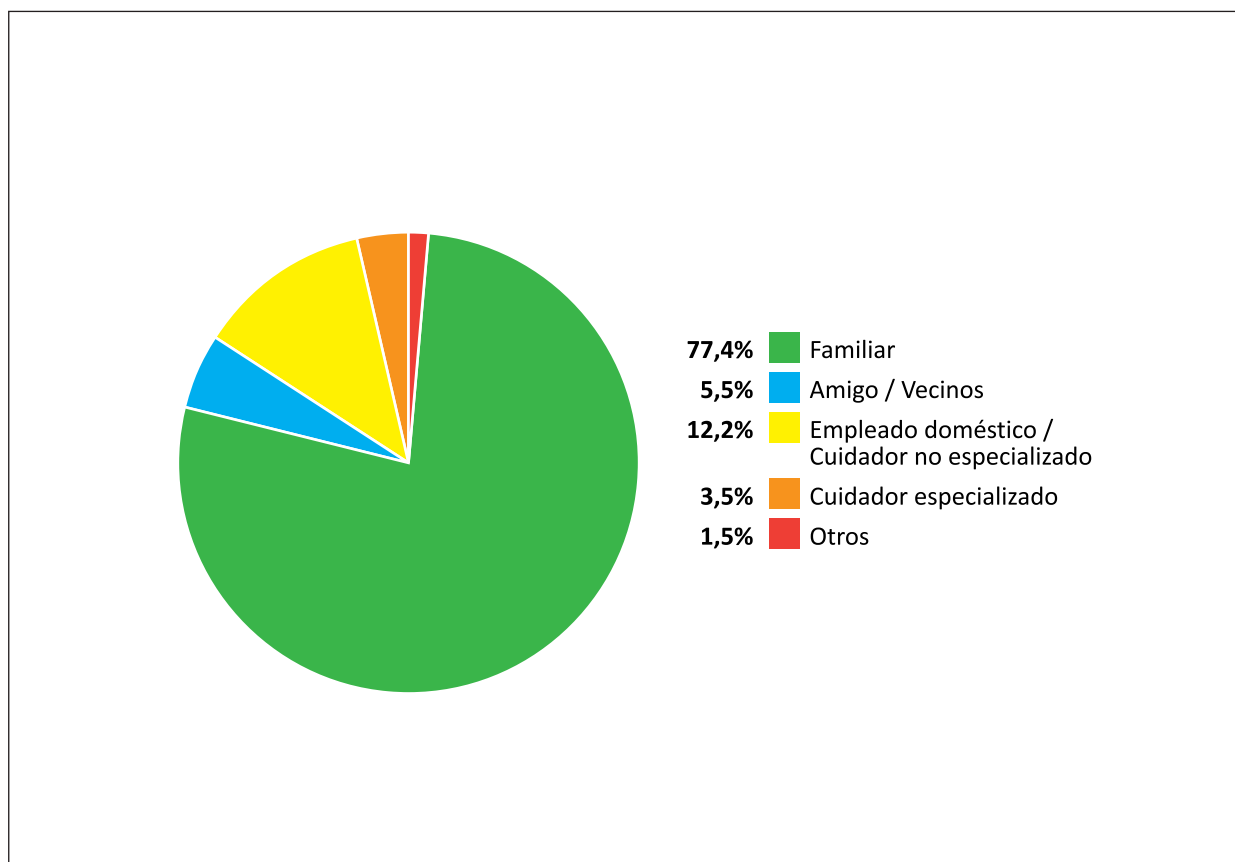


Fuente: elaboración propia en base a Ministerio de Salud- INDEC, Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009.

En la Encuesta Nacional Sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (INDEC, 2012) se indagó acerca de quiénes ayudaban a las personas mayores cuando tenían dificultades en las actividades básicas cotidianas y se encontró que la mayor ayuda la brindan los familiares y, en segundo lugar, los cuidadores no especializados o servicio doméstico.

En este aspecto es destacable el dato que señala que en el 3,5% de los casos lo hacen cuidadore/as especializado/as, lo que lleva a pensar que hay 227.500 personas mayores siendo cuidadas en su domicilio por personas capacitadas. Lo anterior pone de manifiesto el impacto que ha tenido la implementación del Programa Nacional de Cuidadores Domiciliarios.

Gráfico 9. Población de 60 y más años. Personas que ayudan en las actividades básicas



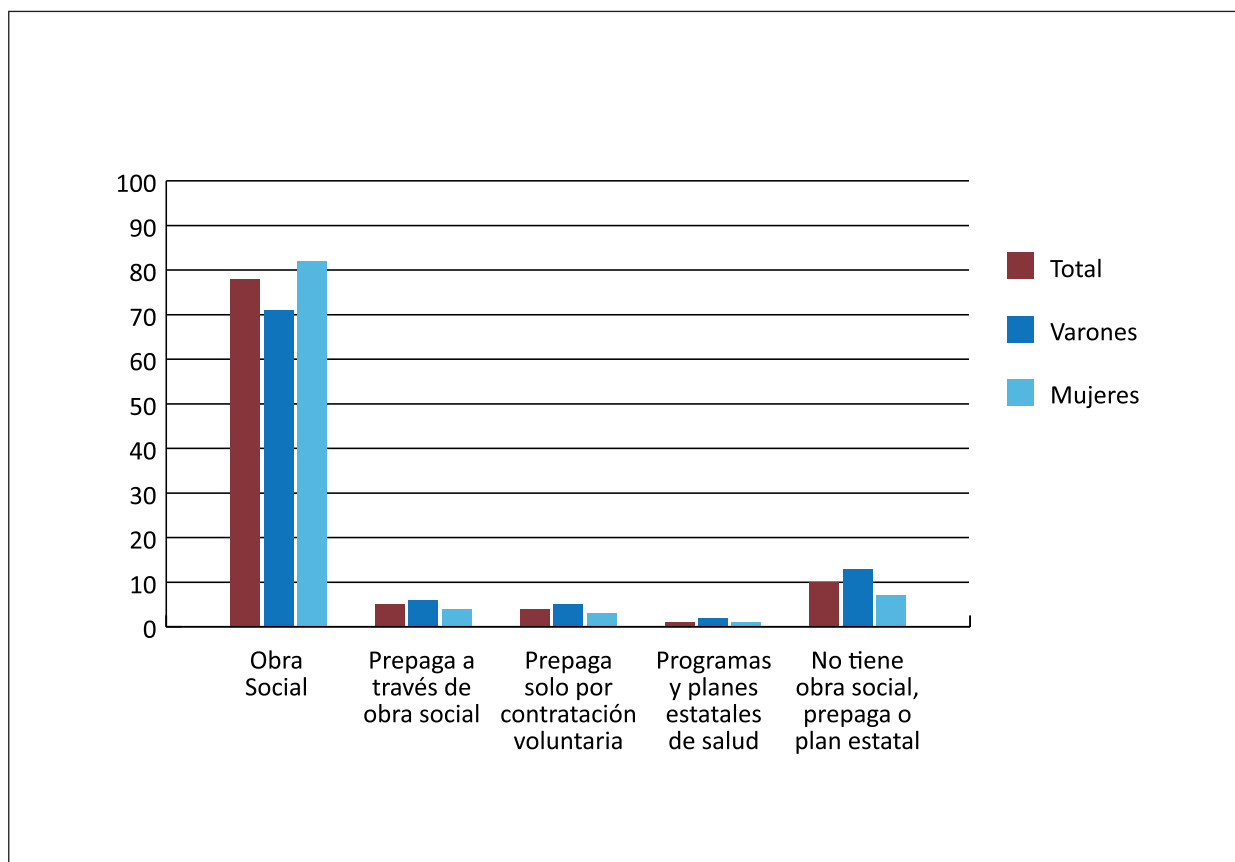
Fuente: INDEC (2012). Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores, ENCaViAM 2012.

Cobertura del sistema de salud

Además del sistema de salud público y gratuito al que todas las personas mayores tienen derecho a acceder, el 90.1% de la población mayor de 60 años tiene cobertura específica, ya sea por prestación pública o privada (obra social, medicina prepaga a través de obra social o por contratación voluntaria).

Este tipo de cobertura es mayor entre las mujeres (93.5%) que entre los varones (85.6%). La principal obra social para las personas mayores es el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) que alcanza a cubrir al 80% de esta población. El PAMI no solo brinda prestaciones médicas sino también sociales. La cantidad de personas afiliadas al PAMI asciende a 4,5 millones. Por otro lado, la población sin cobertura específica pero con acceso al sistema sanitario público, alcanza al 9.9% de esta población.

Gráfico 10. Población de 60 y más años por tipo de cobertura del sistema de salud

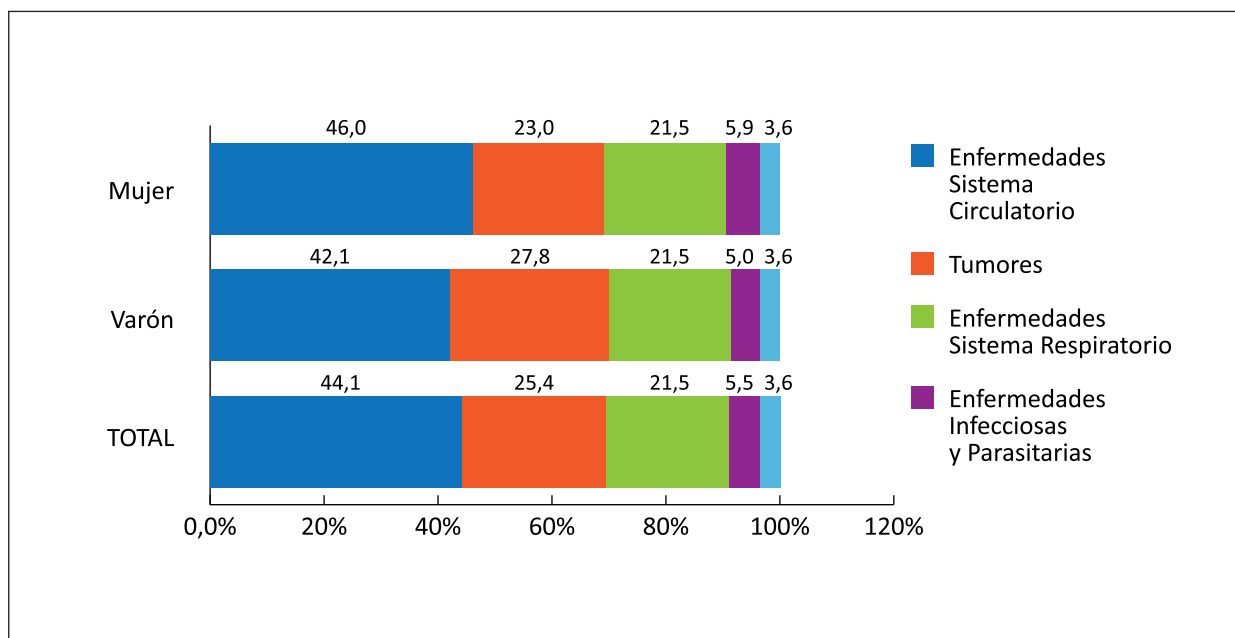


Fuente: INDEC (2010). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas.

Causas de morbimortalidad

La primera causa de muerte de las personas mayores se vincula a las enfermedades del sistema circulatorio, tal como se indica en el gráfico 11, seguidas en importancia por tumores y las enfermedades del sistema respiratorio. La prevalencia de las primeras es algo mayor entre las mujeres que entre los varones, en tanto que se da un predominio inverso (mayor entre los varones) en los tumores.

Gráfico 11. Personas de 60 años y más por sexo, según principales causas de mortalidad



Fuente: elaboración propia según datos de la Dirección de Estadísticas e información de Salud, 2009.

II. 4. Formas de convivencia

El 31% de las personas mayores viven en hogares unigeneracionales, el 48% en hogares multigeneracionales y el 21% vive solo. Por lo tanto, la mitad de las personas mayores en nuestro país pueden ser plausibles de necesitar apoyo en su domicilio dado que vivir solo o con otra persona mayor puede convertirse en una situación de fragilidad. En este escenario ocupan un rol muy importante los programas de cuidados domiciliarios y centros de día.

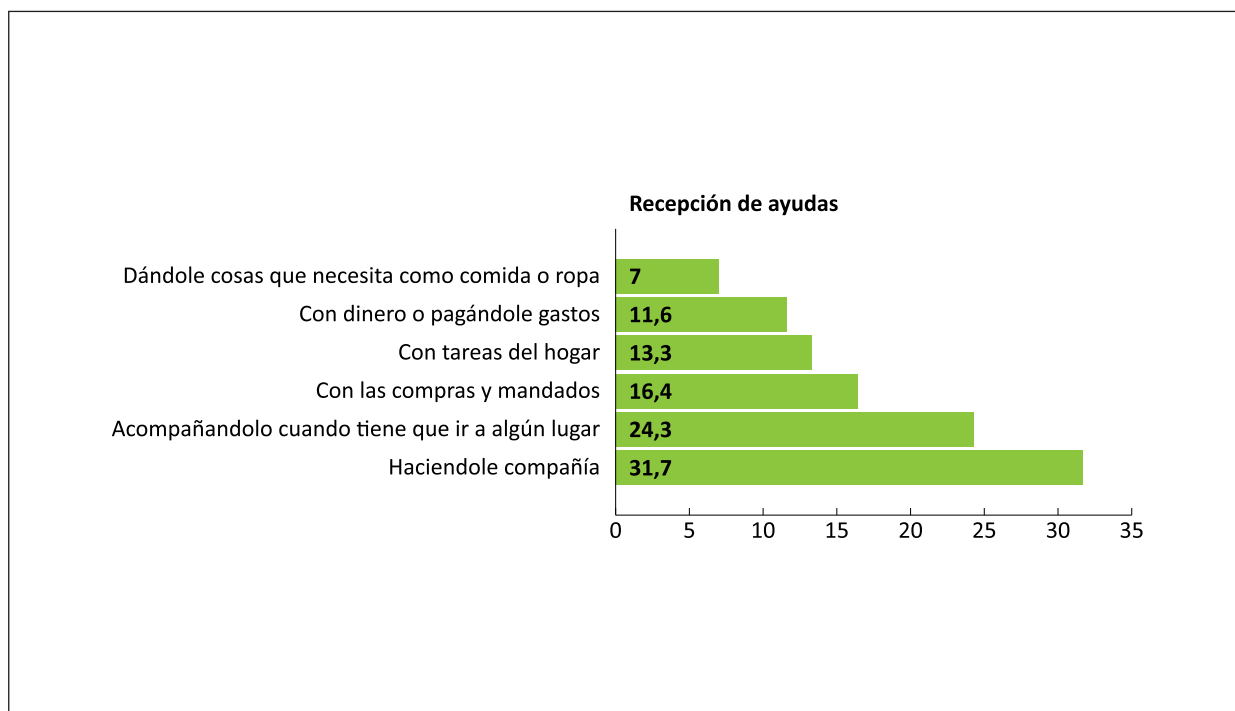
En Argentina existen, de acuerdo al CENSO 2010, 3.696 Residencias de Larga Estadía donde viven 76.627 personas mayores de ambos sexos, lo que implica que el índice de institucionalización es del 1.4%, equivalente a un valor bajo. Entre las personas institucionalizadas, las mujeres representan el 71% mientras que los varones constituyen el 29% restante, lo que marca una fuerte feminización en las institucionalizaciones. Entre los motivos se destaca el hecho de que, además de vivir más, lo hacen solas y con mayor prevalencia de patologías crónicas y discapacitantes.

II. 5. Redes de apoyo

Las fuentes primarias de apoyo y asistencia a las personas mayores son informales y voluntarias. Son dadas en su mayoría por mujeres y surgen de los lazos personales de parentesco, amistad y vecindad.

La Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de los Adultos Mayores indica que cuatro de cada diez personas mayores reciben ayuda habitualmente de un familiar y que el tipo de ayuda más frecuente es la compañía y el acompañamiento a algún lugar fuera de su casa.

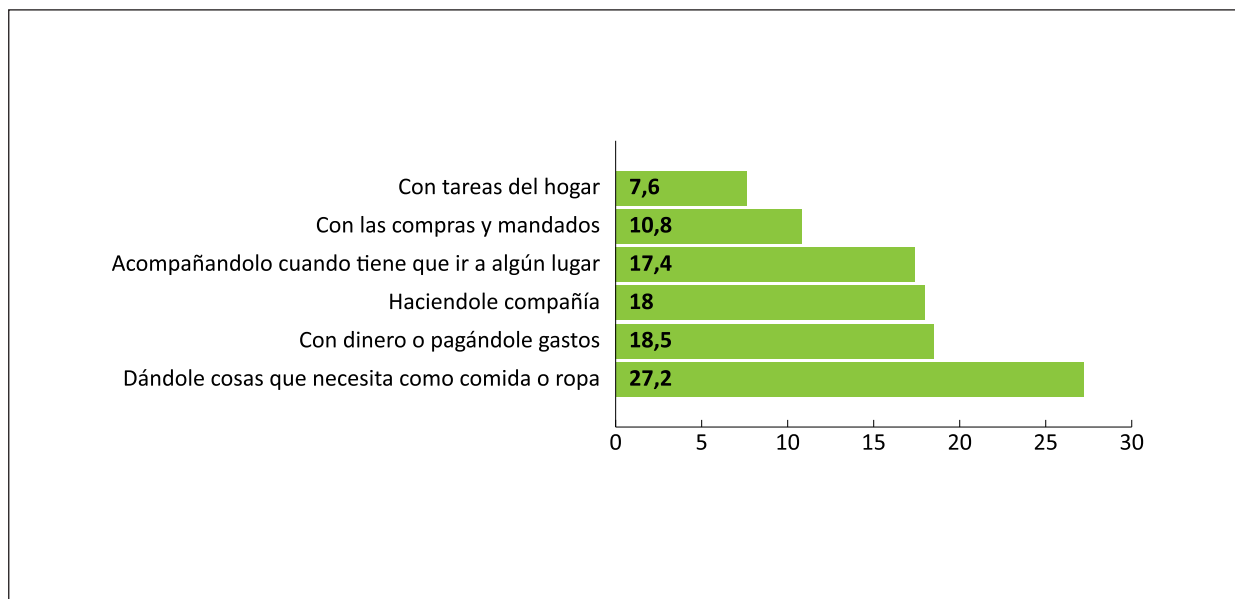
Gráfico 12. Personas de 60 años y más según tipo de ayuda que recibe



Fuente: INDEC (2012). Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores, ENCaViAM 2012.

Pero también es interesante señalar que el 44% de las personas mayores encuestadas indica que brinda ayuda a un familiar.

Gráfico 13. Personas de 60 años y más según tipo de ayuda que brindan



Fuente: INDEC (2012). Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores, ENCaViAM 2012.

II. 5. 1. Políticas y programas implementadas por la dirección nacional de políticas para personas mayores (dinapam)

Las personas mayores son sujetos de pleno derecho y, por lo tanto, protagonistas de las políticas sociales que el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, a cargo de la Dra. Alicia Kirchner, lleva adelante para fortalecer la identidad individual y colectiva de estos actores sociales, promoviendo su participación social y desarrollo integral.

En este sentido, la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, a través de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, impulsa programas de promoción, protección e integración social de las personas mayores de nuestro país.

Estas líneas de acción están contenidas en el Plan Nacional de las Personas Mayores 2012-2016, que coordina recursos, acciones y programas de todos los organismos de gobierno nacional involucrados en la promoción de derechos y atención a las personas mayores.

Asimismo, gracias al trabajo y al compromiso de la República Argentina en materia de promoción y protección de los Derechos de las Personas Mayores, el Ministerio de Desarrollo Social junto con la Cancillería Argentina y en articulación con organismos del Estado, lidera y preside el Grupo de Trabajo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para la elaboración de una Convención que proteja los Derechos de los Mayores, asimismo, es uno de los principales países que apoya a los grupos de trabajos en la Organización de Estados Americanos (OEA).

II. 6. Programas de la DINAPAM

Programa de Promoción del Buentrato hacia los Adultos Mayores

Este programa promueve, como lineamiento transversal de sus políticas públicas, la “Cultura del Buentrato”, entendida como un conjunto de valores y acciones que, puestos en práctica con los otros, generan un sentimiento de respeto y reconocimiento mutuo y favorecen el desarrollo personal y comunitario. Al mismo tiempo, apunta a evitar todo tipo de violencia, abuso y discriminación hacia las personas mayores.

El programa tiene como fin capacitar profesionales, tanto de los servicios sociosanitarios como del poder judicial, policías, choferes, etc.; brindar información y sensibilizar a la comunidad, empoderar a las personas mayores y facilitar la constitución de redes de apoyo formales ante la detección de situaciones de abuso y maltrato hacia la población mayor.

Consejo Federal de Adultos Mayores

Nuclea y articula la implementación de todas las políticas destinadas a las personas mayores. Este espacio de trabajo conjunto, entre todos los sectores comprometidos con las temáticas gerontológicas, posee una participación mayoritaria de las organizaciones de personas mayores pertenecientes a todas las provincias y regiones del país.

Programa Nacional de Educación, Cultura y Comunicación Comunitarias de Personas Mayores

Promueve espacios inclusivos socioculturales, educativos y de comunicación comunitaria para la participación de personas mayores. Al mismo tiempo impulsa congresos nacionales e internacionales, jornadas y seminarios de formación gerontológica. Este programa incluye las siguientes líneas de acción:

La experiencia cuenta: facilita la transmisión de oficios tradicionales desde los mayores hacia las personas jóvenes y de mediana edad.

Preparación para la jubilación: acompaña a los trabajadores próximos a jubilarse con información sobre los cambios personales y colectivos de esta nueva etapa de la vida.

Formación Permanente en Gerontología Comunitaria: dirigida a técnicos, docentes, profesionales y a aquellas personas de todo el país interesadas en Gerontología Comunitaria, a través de seminarios cursos y otros espacios de formación.

Voluntariado Social: promueve el desarrollo de acciones comunitarias y voluntarias protagonizadas por las personas mayores, generando espacios de encuentro y actividades intergeneracionales.

Bien Activos: promueve un estilo de vida saludable y activo a partir de la inclusión de personas mayores a los beneficios integrales de una práctica adecuada de la actividad física en el espacio público.

“AM” Radio Abierta: fomenta mecanismos de participación ciudadana en los mayores, a través de prácticas de comunicación comunitaria que promuevan una imagen positiva de la vejez y el envejecimiento.

Promotores de Cultura de Adultos Mayores: promueve la participación de las personas mayores en experiencias culturales y artísticas, desde una perspectiva de derechos.

Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional

El Ministerio de Desarrollo Social de la Nación a través de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia y su Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, conjuntamente con la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata comenzó, desde hace 9 años, con la formación profesional de los equipos técnicos que se encontraban trabajando con y para las personas mayores. En el año 2007 comenzó la primera cohorte de la **Carrera de Postgrado Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional** que ya lleva formados a 720 profesionales de todo el país. La carrera es pública, gratuita y federal.

El postgrado tiene aprobación del Consejo Superior de la Universidad Nacional de Mar del Plata por Resolución N°: 1676/07, de CONEAU y del Ministerio de Educación de la Nación a través de la resolución N°1854.

Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios

Este programa ya ha formado a 35.000 cuidadores en todo el país. Su objetivo es que las personas mayores envejecan en sus casas y retrasar de este modo las institucionalizaciones. Tiene dos componentes: uno de formación en el cuidado domiciliario y otro que promueve la creación de servicios locales de atención domiciliaria de personas mayores. Para llevar adelante el segundo componente se ha firmado un convenio con las obras sociales más grandes del país que financian la prestación domiciliaria.

Programa Nacional de Promoción de la Autonomía Personal y Accesibilidad Universal para Adultos Mayores

Promueve la independencia y la autonomía de las personas mayores a través de la accesibilidad y la adecuación del hábitat para posibilitar una mejor calidad de vida, mediante el diseño y la construcción de ayudas técnicas de bajo costo.

Programa Nacional de Promoción de la Calidad de Vida para Personas Mayores con Deterioro Cognitivo, Alzheimer y otras Demencias

Propone la formación de espacios de atención, centros de día, espacios sociocomunitarios, etc. e impulsa la capacitación de profesionales, cuidadores especializados y personas en general que trabajan en la temática para mejorar la calidad de vida de las personas con deterioro cognitivo, Alzheimer y otras demencias a través de un abordaje comunitario con foco en la educación y la atención. También promueve la capacitación y el trabajo con las familias y las redes voluntarias.

Fortalecimiento Institucional

Financia equipamiento y refacciones para centros de día y residencias de larga estadía. Dado que es importante tener un ambiente adaptado a las necesidades de las personas mayores, se entregan subsidios para realizar adecuaciones edilicias y la compra de equipamiento adecuado.

También fortalece la participación social, la capacidad técnica y de gestión de las organizaciones que trabajan con temáticas de personas mayores, tanto para mejorar sus servicios como también las condiciones edilicias y de equipamiento de centros de jubilados, federaciones, etc. Dentro de este programa se encuentra el desarrollo de un curso para responsables y equipos técnicos de residencias y centros de día.

CHILE

II. 7. Introducción

Entre los logros conseguidos por las sociedades contemporáneas se encuentra el de una mayor expectativa de vida de la población, debido básicamente a la reducción de las tasas de mortalidad, como resultado de los avances de la medicina y de la implementación de políticas públicas dirigidas a mejorar las condiciones de salud pública y las laborales. A la vez, cambios socioculturales como el acceso de las mujeres a los medios de control de la natalidad y su creciente participación en el mercado laboral han influido para que se produzca una reducción de las tasas de fecundidad. La conjugación de estos fenómenos ha derivado en una transición demográfica hacia el envejecimiento de la población, que en Chile se encuentra en una etapa avanzada (SENAMA y CELADE-CEPAL, 2007).

Los países de la región han experimentado en las últimas décadas una acelerada transición demográfica y epidemiológica, presentándose cambios notorios en los valores de fecundidad/natalidad y mortalidad/esperanza de vida, situación de la que Chile no ha estado ajeno, más aún, es el segundo país más envejecido de la región (CELADE, 2015) con un 15% de la población en el rango etario de 60 y más años. Sumado a esto, la esperanza de vida al nacer es de 82 años para las mujeres y 75,8 para los hombres, ubicando a Chile en un estadio de envejecimiento avanzado.

El acelerado crecimiento de este grupo de la sociedad se vuelve evidente cuando se observa que en el año 1970 las personas mayores representaban al 8% de la población, mientras que en el año 2015 se pasa a un 15% de la misma. Ahondando aún más en el tema, de acuerdo a las estimaciones CELADE (2015), las personas mayores en el quinquenio 2020-2025 representarán un 20% de la población total, superando en número a los menores de 15 años, situación nunca antes vivida por la sociedad chilena. Este escenario conlleva la necesidad de revalorar al envejecimiento como un logro que genera oportunidades, al tiempo que significa un desafío en términos de políticas públicas.

Tanto el envejecimiento, entendido como proceso que abarca todo el ciclo vital y que cruza a toda la población; como la vejez, como etapa del proceso individual, conforman un fenómeno complejo y multidimensional que acarrea consecuencias y desafíos tanto para los sujetos que experimentan la vejez como para la sociedad en su conjunto. Considerando lo anterior, es de suma relevancia la generación de políticas públicas, las cuales deben tener en cuenta el enfoque de derecho, dejando atrás la comprensión del sujeto como persona con necesidades que deben ser asistidas para pasar a una comprensión del sujeto como titular de derechos que el Estado y el resto de la sociedad, tienen que garantizar.

Desde esta perspectiva, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) ha acogido el marco político de Envejecimiento Activo, el cual reconoce los Derechos Humanos de las personas mayores y los principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos (OMS, 2002).

Esta clase se propone discutir tanto las características de los programas dirigidos a los adultos mayores en Chile, como las distintas acciones que se vienen implementando para responder a los retos que involucra la transición demográfica.

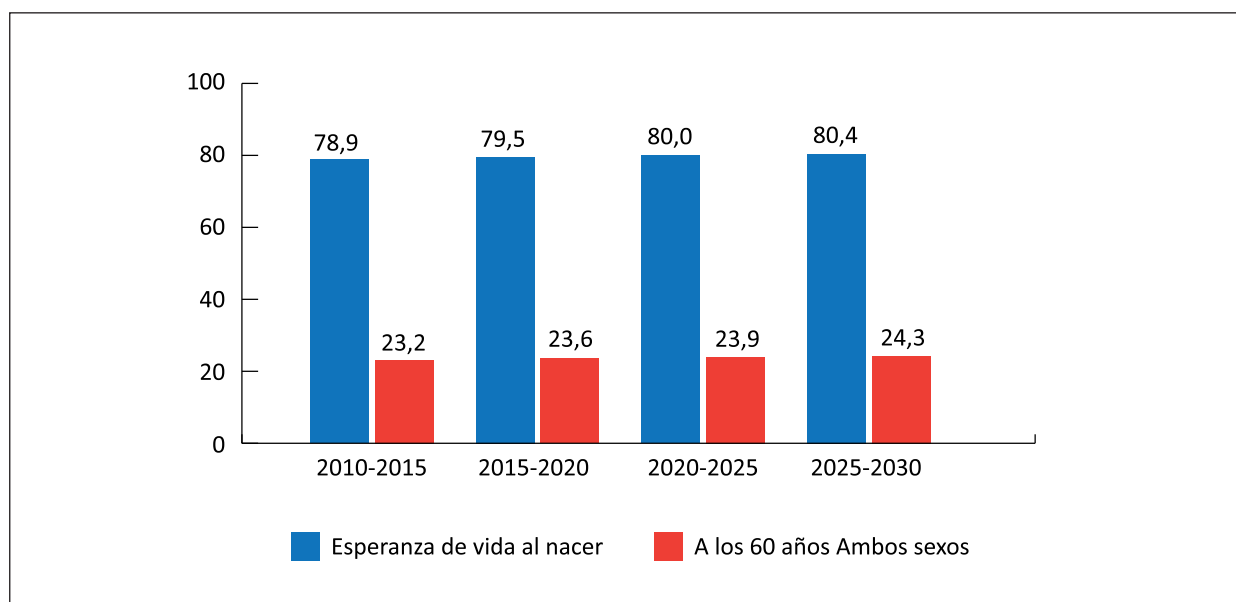
En la primera parte se retoman elementos de diagnóstico de la situación de los adultos mayores. En la segunda parte se incorporan algunas políticas y programas, resaltando los aspectos que gozan de mayor consenso entre los actores vinculados a la temática del envejecimiento y la vejez. Finalmente, se hacen algunas recomendaciones para las políticas públicas dirigidas a los adultos mayores, las cuales se basan en la experiencia chilena en esta materia.

II. 7. 1. Información sociodemográfica sobre el envejecimiento de la población chilena

Esperanza de vida y natalidad

Actualmente, en Chile, la expectativa de vida al nacer supera los 79 años, sobrepasando los 82 años en el caso de las mujeres. Si a ello se agrega que el país ha mostrado una drástica disminución de sus tasas de natalidad, se observa una acelerada transición demográfica hacia el envejecimiento. Un resultado fundamental de los avances en el ámbito de la salud es el incremento de la esperanza de vida al nacer y de la expectativa de vida al alcanzar los 60 años, ello a causa de la disminución de las tasas de mortalidad.

Gráfico 14. Esperanza de vida al nacer y a los 60 años, según quinquenios

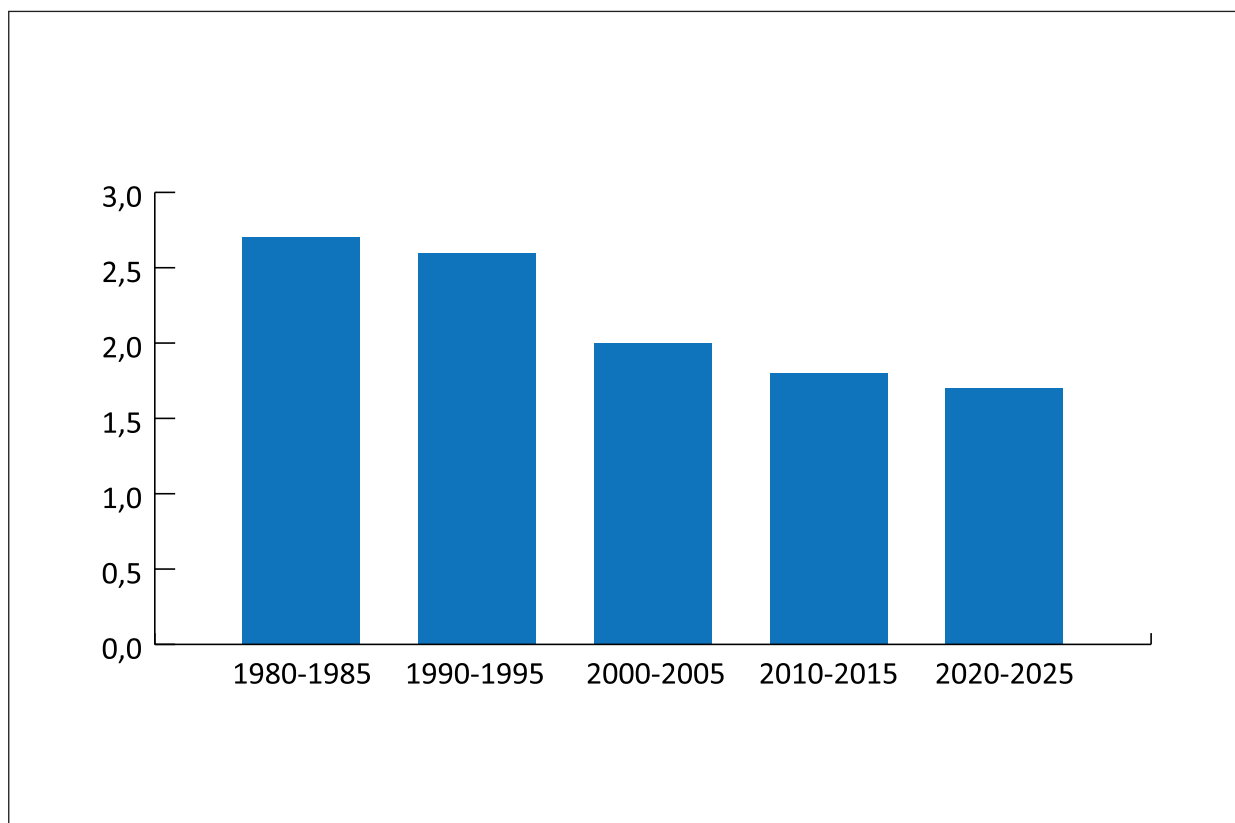


Fuente: Elaboración propia en base a CELADE (2015). Revisión 2013.

Recuperado de http://www.cepal.org/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm

Asociado a la introducción de innovaciones técnicas y a cambios en las dinámicas socio-culturales, se ha producido un descenso en las tasas brutas de natalidad y fecundidad. El número de hijos por mujer en Chile ha venido decreciendo, lo que conlleva impactos sustanciales en la estructura demográfica de la población y su tendencia hacia el envejecimiento, dado que bajas tasas de fecundidad y natalidad significan una escasa renovación demográfica.

Gráfico 15. Tasa Global de fecundidad



Fuente: Elaboración propia en base a CELADE (2015). Revisión 2013.

Recuperado de http://www.cepal.org/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm

Envejecimiento de la población

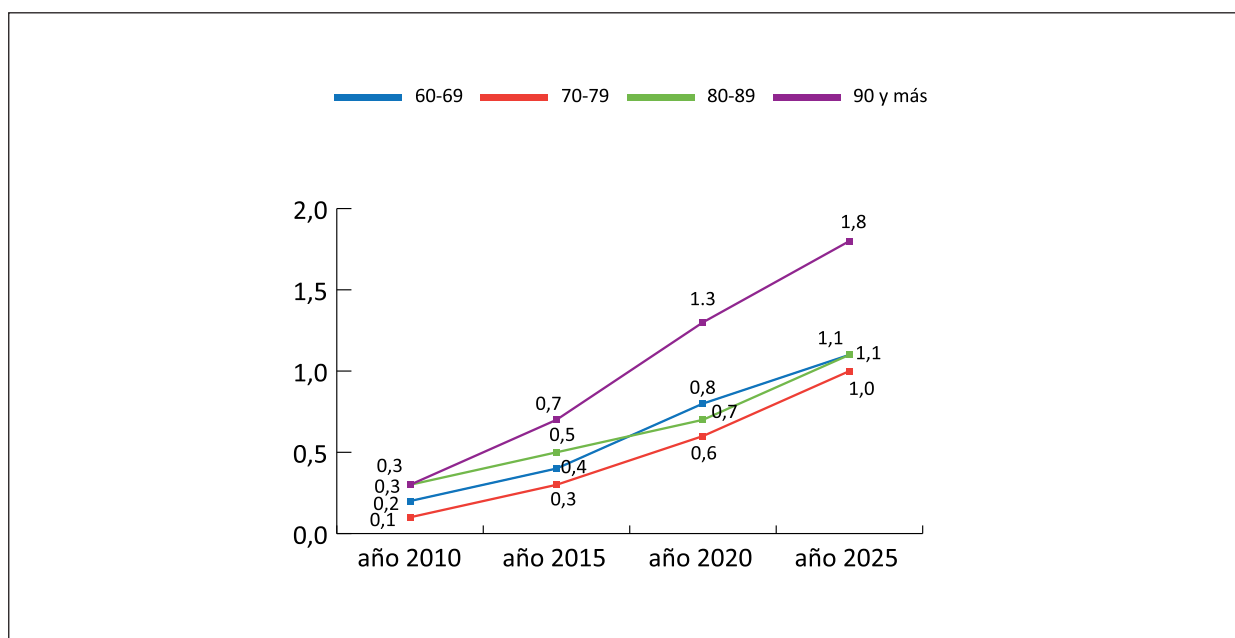
El número de habitantes en Chile en el año 2014 fue de 17.819.054, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas (2014). De estos, 2.578.823 son personas mayores, lo que representa un 14,5%. De dicho porcentaje, el 55,4% son mujeres y el 44,6% hombres lo que, en términos sintéticos, significa que hay 81 hombres de 60 años y más por cada 100 mujeres de la misma edad..

Otros factores de relevancia son el índice de envejecimiento y el índice de dependencia demográfica de la población. En el año 2015, el índice de envejecimiento se sitúa en 70 personas mayores por cada 100 menores de 15 años. Se proyecta que esta cifra llegará, en el año 2025, a una persona mayor por cada menor de 15 años. Por su parte el índice de dependencia demográfica que da cuenta del total de los menores de 15 años y mayores de 59 por cada 100 personas en edad de trabajar (15 a 59 años), muestra que en Chile en el año 2015 hay 54 personas con necesidades potenciales de soporte social por cada 100 personas con condiciones de estar activas laboralmente.

Lo anterior implica que a mayor índice de dependencia habrá un menor aporte del trabajo al crecimiento económico, lo que genera un impacto negativo sobre el ahorro interno, problemas para financiar los mayores gastos en seguridad social derivados del envejecimiento (pensiones, salud, cuidado, etc.), entre otros muchos factores.

Según datos del INE-CELADE, en el quinquenio 1970-1975 la expectativa de vida adicional al llegar a los 60 años era de 15,7 para los hombres y 18,4 para las mujeres, dicha cifra se incrementó en el periodo comprendido entre los años 2000-2005 a 19,1 años en los hombres y 22,9 en las mujeres. La esperanza de vida al llegar a los 60 años, en el 2015-2020, será de 21,3 años para los hombres y 25,4 para las mujeres, incrementándose en 5,6 años para los hombres y 7 años para las mujeres en un periodo de 40 años. El gráfico 3 considera el año 2005 como referente para calcular la tasa de incremento poblacional de las personas mayores, observándose en el mismo que el grupo de 90 y más años es el que presenta un mayor incremento hacia el año 2025.

Gráfico 16. Tasa de crecimiento poblacional según grupos etarios, de personas mayores, en base a la población 2005



Fuente: Elaboración propia en base a CELADE (2015). Revisión 2013.

Recuperado de http://www.cepal.org/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm

En consecuencia, a medida que pasan los años hay menos niños y más personas mayores y, se destaca que el grupo de mayor desarrollo (en cuanto a tasa de crecimiento) es el de los mayores de 80 años, lo que se ha denominado envejecimiento de la vejez. Este dato es de suma relevancia debido a que, de acuerdo al Estudio Nacional de Dependencia en Personas Mayores (SENAMA, 2009a), a medida que aumenta la edad, la severidad y frecuencia de la dependencia se incrementa. Se pudo observar que, a partir de los 75 años, la dependencia severa presenta una mayor proporción respecto a la dependencia total, llegando a una cifra superior al 30% en los mayores de 80 años.

Este aumento genera, inevitablemente, un incremento en la cantidad de personas que requieren de recursos y de servicios especiales de atención específica a problemáticas que comienzan a presentarse en los años más tardíos del ciclo de vida. Este fenómeno se expresa mayoritariamente en el ámbito de la salud. En números absolutos desde el año 2010 al 2025 habrá un incremento de 272 mil personas, pasando de 357 mil a 631 mil mayores de 80 años. Para el año 2050 se estima que dicho grupo etario podría llegar a más de un millón quinientas mil personas.

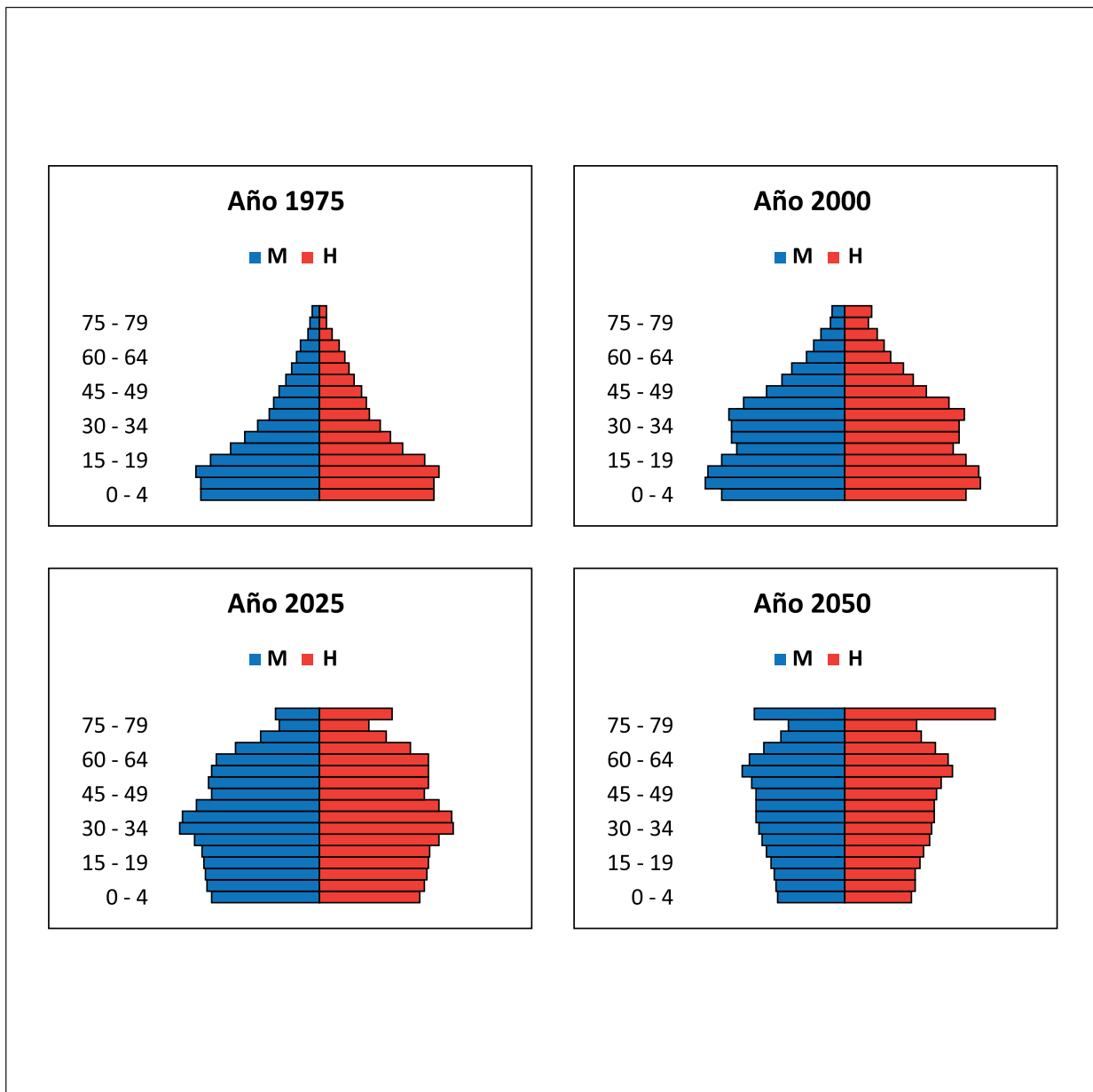
Cuadro 4. Personas mayores por quinquenios y proporción respecto a la totalidad de la población chilena

Edad/Años	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
60-64	670.787	804.081	1.012.068	1.164.097	1.140.639	1.141.040	1.080.468	1.222.242	1.355.210
65-69	537.848	628.380	755.412	953.230	1.099.323	1.079.577	1.082.487	1.027.196	1.164.159
70-74	385.758	484.863	569.017	686.754	870.125	1.006.880	992.400	998.266	950.105
75-79	292.658	327.641	414.625	489.523	594.404	756.962	880.829	872.385	881.484
80-84	195.887	226.885	256.519	327.566	390.184	477.279	612.907	718.323	716.223
85-89	103.099	132.077	155.322	177.903	230.093	276.968	342.918	444.863	526.475
90-94	43.690	56.426	73.855	88.609	103.252	135.510	165.980	208.299	273.905
95-99	12.589	17.554	23.383	31.469	38.669	45.907	61.732	76.900	98.192
100 y más	2.406	2.948	4.097	5.568	7.575	9.525	11.543	15.337	19.425
Total PM	2.244.722	2.680.855	3.264.298	3.924.719	4.474.264	4.929.648	5.231.264	5.583.811	5.985.178
Proporción PM	13,09%	14,99%	17,61%	20,60%	23,03%	25,09%	26,51%	28,33%	30,55%

Fuente: Elaboración propia en base a CELADE (2015). Revisión 2013. Recuperado de http://www.cepal.org/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm

En el cuadro 4 también se puede observar el aumento sostenido de la proporción de personas mayores respecto de la población total, pasando desde un 13,1% el año 2010 a un 20,6% el 2025 y a un 30,6% el 2050. Lo anterior se observa en el gráfico 4 donde se pueden apreciar, claramente, las modificaciones en la composición de la sociedad chilena. En el año 1975 los niños y jóvenes eran el grupo de mayor representación. Las proyecciones indican que esta situación irá modificándose hasta llegar al año 2050 con un 30% de la población en edades de 60 y más años.

Gráfico 17. Variación Poblacional 1975-2000-2025-2050



Fuente: Elaboración propia en base a CELADE (2015). *Revisión 2013.*

Recuperado de http://www.cepal.org/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm

II. 7. 2. Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)

Institucionalización de la temática

Los primeros abordajes, en el ámbito público, de la temática de las personas mayores en Chile se inician en la década del 90, cuando el Presidente Patricio Aylwin Azócar instala como grupo prioritario para la política pública a las personas de 60 años y más. En este periodo se realizan los primeros diagnósticos sobre la situación de los mayores y comienzan las primeras intervenciones asociadas a transferencias de recursos a los municipios. Posteriormente, en el gobierno de Eduardo Frei Ruiz-Tagle se nombra una Comisión Nacional para el Adulto Mayor compuesta por 38 integrantes de los más diversos ámbitos, la que comienza a funcionar en el año 1995. La comisión realizó un informe que incluyó un diagnóstico y propuestas para la institucionalización. De este modo, a través del Decreto Supremo N° 203, se creó el Comité Nacional para el Adulto Mayor. Al año siguiente, en marzo de 1996, el Consejo de Gabinete de Ministros del Área Social aprobó la Política de Gobierno para el Adulto Mayor.

Posteriormente, en enero del año 1997, el entonces Presidente Eduardo Frei dictó el D.S. N° 009 que creaba los Comités Regionales para el Adulto Mayor. Éstos debían ser presididos por el Intendente Regional e integrados por los Secretarios Regionales Ministeriales del área social y por representantes de instituciones de la sociedad civil. Estos funcionarios debían implementar la política a nivel regional. Cabe destacar el compromiso del gobierno del Presidente Frei en el desarrollo de una política en materia de envejecimiento que recogiera una particularidad regional. Para 1998 ya se encontraba en implementación la Política de Salud para Adultos Mayores, iniciándose un proceso de aseguramiento de los derechos en el ámbito sanitario, el cual ha permitido mejorar la atención y ofrecer servicios gratuitos a las personas mayores.

En el año 1999 se dio otro paso importante en la institucionalización al enviarse al Congreso el Proyecto de Ley que creaba el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Éste fue declarado “Año Internacional del Adulto Mayor”, con lo cual el Gobierno de Chile cristalizó su preocupación por este grupo poblacional. Con la llegada al gobierno del Presidente Ricardo Lagos Escobar, en el año 2002, el Congreso de la República aprobó la Ley N° 19.828 que creaba el Servicio Nacional del Adulto Mayor.

II. 7. 3. Avances y acciones de la política pública de envejecimiento y vejez

Líneas programáticas del SENAMA

Durante la vejez se comienzan a manifestar o potenciar ciertas condiciones que dificultan o disuelven la posibilidad de movilizar recursos funcionales a la calidad de vida y el bienestar. La capacidad de generar ingresos, las condiciones de salud y de funcionalidad, la integración socio-comunitaria y el capital social, entre otros, son condiciones de vida que en cierto momento del ciclo vital comienzan a decaer debido al repliegue desde el mercado del trabajo (jubilación), el deterioro de las condiciones de salud, el aislamiento y el abandono. Muchas de estas condiciones se encuentran mediadas por factores estructurales y socioculturales, como la constitución de estereotipos, la estigmatización y la exclusión sostenida sobre preconceptos en torno a la vejez. Los medios institucionales para enfrentar estas limitaciones deberán enfatizar en medidas preventivas y correctivas a través de políticas que se ocupen de todo el ciclo de vida.

La existencia de escenarios de inestabilidad y riesgo de las personas de una sociedad trasciende a la población en situación de pobreza y afecta también a otros grupos como las mujeres, los niños y, especialmente, a las personas mayores. En este sentido, los ámbitos de vulnerabilidad se amplían y exigen considerar los diversos factores por los cuales las personas se encuentran en desventaja frente a la participación en la vida comunitaria, el disfrute de sus beneficios y la toma de decisiones (SENAMA, 2009b)¹. De esta manera, un sistema de protección social constituye un dispositivo de políticas y acciones que acompañan el ciclo vital de las personas.

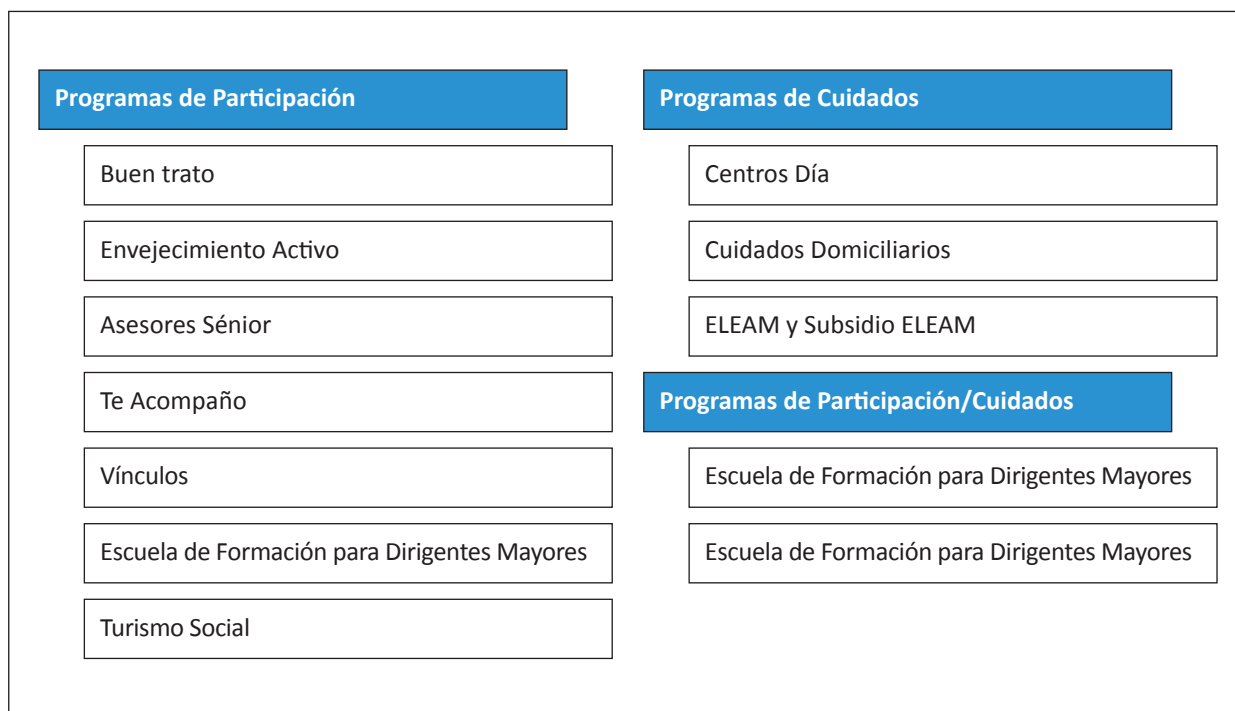
En Chile se han llevado a cabo una serie de avances en materia de políticas, planes y programas abocados a la protección de las personas mayores. Algunas de estas acciones se enmarcan dentro de la protección social como eje rector de las políticas públicas que se han orientado a establecer la igualdad en el ejercicio de los derechos, tanto los relacionados con la salud como con la seguridad económica y, en general, al logro del bienestar y la calidad de vida durante todo el ciclo vital.

Así, el SENAMA, como parte del Ministerio de Desarrollo Social, tiene la misión de fomentar el envejecimiento activo y el desarrollo de servicios sociales para las personas mayores, cualquiera sea su condición, fortaleciendo su participación y valoración en la sociedad, promoviendo su autocuidado y autonomía, y favoreciendo el reconocimiento y el ejercicio de sus derechos por medio de la coordinación intersectorial, y del diseño, implementación y evaluación de políticas, planes y programas.

En la actualidad existen dos líneas programáticas de las que el servicio se debe hacer cargo, éstas son la participación y el cuidado de las personas mayores. En el cuadro 5 se pueden observar los distintos programas según su línea estratégica. Una primera línea es la relacionada con el fomento de la participación social de las personas mayores y una segunda con los cuidados. Además, existen programas que integran ambas líneas.

1 En este sentido, “persistir en políticas de protección social sólo hacia los más pobres puede convertirse en una opción regresiva si consideramos la amplitud de sectores no pobres vulnerables que, sin soporte ante los riesgos, enfrentan la inestabilidad laboral, los bajos ingresos o ambos.” (SENAMA, 2009b).

Cuadro 5 . Líneas programáticas del SENAMA



Fuente: elaboración propia.

Los programas de participación desarrollados por el servicio buscan promocionar la contribución de las personas mayores en la sociedad considerando las recomendaciones de las Naciones Unidas y la promoción del envejecimiento activo². Éstos buscan la participación activa, para lo cual fomentan y equilibran la responsabilidad personal, el encuentro, la solidaridad intergeneracional y la creación de entornos favorables, tanto para mejorar la calidad de vida de las personas mayores como para retrasar las probabilidades de caer en dependencia. Al mismo tiempo, a través de la apertura de nuevos espacios sociales donde las personas mayores cumplen un rol protagónico, se busca modificar la imagen social de la vejez. Finalmente, es relevante mencionar que en estos espacios se difunde conocimiento respecto a los derechos de este grupo etario. En este sentido, esta línea de programas de participación estimula el envejecimiento activo, promueve el buen trato a las personas mayores, suscita y protege los derechos, promueve el voluntariado y el contacto intergeneracional, capacita a dirigentes de organizaciones de mayores y/o las vincula con los servicios públicos y comunitarios.

Por otra parte se encuentran los programas de cuidados sociosanitarios, los cuales benefician a personas con algún grado de dependencia. De esta forma, por ejemplo, los centros diurnos prestan servicios a las personas con dependencia leve, los establecimientos de larga estadía para adultos mayores (ELEAM) a personas con dependencia moderada y severa y los cuidados domiciliarios a personas mayores en situación de vulnerabilidad y dependencia que cuentan con un cuidador principal, entregando servicios socio-sanitarios de apoyo al adulto mayor y respiro al cuidador.

2 Proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

Finalmente, hay dos programas impulsados por el SENAMA que buscan promover la participación al mismo tiempo que prestan cuidados. El conjunto de viviendas tuteladas presta apoyo psicosocial y comunitario a través de una solución habitacional adecuada a las necesidades, que permite la integración y promoción de la autonomía de las personas mayores. Por su parte, el Fondo Nacional del Adulto Mayor financia iniciativas de organizaciones públicas o privadas para dar apoyo a personas mayores vulnerables tendientes a promover, mantener y/o mejorar sus condiciones.

En cuadro 6 se describen los objetivos de cada uno de los programas anteriormente mencionados, sus criterios de ingreso y su cobertura a nivel nacional.

Cuadro 6. Programas del SENAMA

Programa	Objetivos	Criterios de ingreso	Cobertura	
Programas de Participación				
Programa Buen Trato	Contribuir a la promoción y al ejercicio de los derechos de las personas mayores a través de la prevención, protección y promoción del buen trato.	<ul style="list-style-type: none"> No existen criterios de acceso por vulnerabilidad ni por dependencia. 	9.537	
Programa Envejecimiento Activo	Lograr que los adultos mayores participen de actividades que promuevan el envejecer activamente, para lo cual se requiere fomentar y equilibrar la responsabilidad personal, el encuentro, la solidaridad intergeneracional y la creación de entornos favorables que aporten a la calidad de vida y retrasen los niveles de dependencia.	<ul style="list-style-type: none"> Personas mayores de 60 años. Autovalentes. 	26.081	
Voluntariado	Asesores Sénior	Promover la integración social y las relaciones intergeneracionales de personas mayores, preferentemente profesionales jubiladas, y de niños y niñas que pertenezcan a familias vulnerables a través de la transmisión de su experiencia sociolaboral y la entrega de apoyo escolar.	<ul style="list-style-type: none"> Personas mayores de 60 años. Enseñanza media completa o superior Autovalente. 	415
	Te acompaño	Contribuir a la integración social y al fortalecimiento de la imagen de las personas mayores a través de acciones de voluntariado en el ámbito de la prevención de drogas en niños y jóvenes.	<ul style="list-style-type: none"> Personas mayores de 60 años. Autovalente. 	275
Escuela de Formación para Dirigentes Mayores	Aumentar la participación de los dirigentes e integrantes de organizaciones de personas mayores en diferentes ámbitos, promoviendo una valoración positiva de la vejez, así como el conocimiento y ejercicio de sus derechos a fin de que sean protagonistas activos de la sociedad y puedan aportar su experiencia y conocimientos.	<ul style="list-style-type: none"> Ser dirigente de una organización de personas mayores. 	11.724	
Vínculos	Contribuir a la generación de condiciones que permitan a los usuarios acceder en forma preferente al conjunto de prestaciones sociales pertinentes a sus necesidades e integrarse a la red comunitaria de protección social.	<ul style="list-style-type: none"> Personas mayores de 60 años. Que pertenecen a los quintiles I, II y III de vulnerabilidad. 	11.242	

Programa	Objetivos	Criterios de ingreso	Cobertura
Turismo Social	Brindar oportunidad de acceso a espacios de recreación y esparcimiento para adultos mayores vulnerables que no tienen acceso a satisfacer esta necesidad por sus propios medios.	<ul style="list-style-type: none"> Personas mayores tanto organizados como no organizados, focalizados en organizaciones de mayores y usuarios de la red comunal de municipios. Usuarios/as del Programa Vínculos del Sistema de Protección Social Chile Solidario; residentes de Establecimientos de Larga Estadía según situación de beneficencia o sin fines de lucro y personas mayores provenientes de condominios de viviendas tuteladas. 	13.441
Programas de Cuidados			
Programa Centros Día	Entrega de prestaciones de servicios socio-sanitarios y de apoyo familiar preventivo a través de la atención a necesidades personales básicas, actividades socio-culturales y de promoción para un envejecimiento activo, favoreciendo la autonomía.	<ul style="list-style-type: none"> Personas mayores de 60 años. Pertenecientes al I, II o III quintil de vulnerabilidad. Que presenten dependencia leve, deterioro cognitivo leve o depresión leve. 	1.200
Cuidados Domiciliarios	Mejorar la calidad de vida de las personas mayores en situación de vulnerabilidad y dependencia que cuentan con un cuidador principal, entregando servicios socio-sanitarios de apoyo al adulto mayor y respiro al cuidador.	<ul style="list-style-type: none"> Personas mayores de 60 años. Pertenecientes al I, II o III quintil de vulnerabilidad. Que presenten dependencia moderada o severa. 	1.835
ELEAM	Establec. de Larga Estadía para AM	<ul style="list-style-type: none"> Personas mayores de 60 años. Que pertenecen a los quintiles I, II y III. Que presentan dependencia moderada o severa. 	588
	Programa Fondo Subsidio ELEAM	<ul style="list-style-type: none"> Personas mayores de 60 años. Que pertenecen a los quintiles I, II y III. Que presentan dependencia moderada o severa. 	5.820

Programa	Objtivos	Criterios de ingreso	Cobertura
Programas de Participación y Cuidados			
Conjunto de Viviendas Tuteladas	Apoyo psicosocial y comunitario, a través de una solución habitacional adecuada a las necesidades, que permita la integración y promoción de la autonomía de las personas mayores.	<ul style="list-style-type: none"> • Personas mayores de 60 años. • Autovalentes. • Que pertenecen a los quintiles I, II y III de carencia habitacional (puntaje Rukan³). 	781
Fondo Nacional del Adulto Mayor	Destinado a financiar iniciativas de organizaciones públicas o privadas para entregar apoyo a personas mayores vulnerables, tendientes a promover, mantener y/o mejorar su condición de vida.	Componente autogestionado: <ul style="list-style-type: none"> • Personas mayores de 60 años. • Pertenecientes a organizaciones de mayores. • Componente intermedio: • Personas mayores de 60 años. • Que pertenecen a los quintiles I, II y III de vulnerabilidad. • Que presentan algún grado de dependencia. 	1.873

Fuente: elaboración propia.

II. 7. 4. Otras políticas y programas que incluyen a los adultos mayores: la búsqueda de la integralidad de las políticas

Reforma Previsional

Los programas de jubilaciones y pensiones forman parte del sistema de seguridad social y constituyen una de las fuentes formales de seguridad económica para las personas mayores. El objetivo principal de los sistemas de previsión y jubilación consiste en proteger a la población del riesgo de pérdidas de ingresos en la vejez. La protección de la seguridad económica puede brindarse en el marco de un esquema contributivo o no contributivo. En 1981 el sistema de pensiones contributivo chileno fue sometido a una reforma radical. De un sistema de reparto basado en la solidaridad intergeneracional se pasó a un sistema de capitalización individual.

La reforma de los ochenta debía resolver tres problemas fundamentales del sistema de reparto: el bajo valor de las pensiones, la escasa cobertura de los trabajadores independientes y el desfinanciamiento del sistema. Sin embargo, luego de 27 años de aplicación del sistema de capitalización individual, la gran mayoría de los trabajadores no logró cotizar con la constancia requerida y el rendimiento de sus aportes no ha sido el suficiente. De continuar con el sistema de capitalizaciones individuales, la mayoría de las personas que integran la fuerza laboral obtendrían pensiones significativamente menores a sus remuneraciones, de muy escaso monto para el logro de una vejez digna y, por lo tanto, con dificultades para lograr un grado aceptable de seguridad económica. Debe considerarse, por otra parte, que el 90% de los trabajadores independientes no se ha afiliado al sistema, lo que implicaría un elevado número de personas sin pensión.

3 Puntaje asignado por el Ministerio de Vivienda y Urbanismo, a través de la Ficha de Protección Social, en referencia a criterios de hacinamiento, no contar con un sistema de eliminación de excretas (excremento), materialidad de la vivienda, composición familiar, entre otros elementos.

Los cambios en la estructura de las familias, la alta proporción de hogares con jefatura femenina y la participación inestable de las mujeres en el mercado de trabajo generan a su vez un universo de mujeres que tendrán pensiones demasiado reducidas, o que carecerán de ellas. El 11 de marzo de 2008 fue promulgada la *Ley Sobre Reforma Previsional* (ley número 20.255) aprobada por el Congreso Nacional.

La Reforma Previsional creó un Sistema de Pensiones Solidarias (SPS) que beneficia a quienes por diversas razones no se han incorporado a un sistema previsional o no tienen derecho a pensión en algún régimen previsional o que, encontrándose afiliados a algún sistema y habiendo cotizado y cumplido con los requisitos de elegibilidad, no han logrado reunir los fondos para financiar una pensión digna. Se reseñan a continuación los principales beneficios para las personas mayores de 65 años:

- Pensión Básica Solidaria de Vejez (PBSV), que es un beneficio monetario mensual de cargo fiscal al que tienen derecho todas las personas que no cotizaron al régimen previsional. La PBSV beneficia al 40% más pobre de la población desde julio de 2008.
- Aporte Previsional Solidario de Vejez (APSV), un aporte monetario mensual que incrementa las pensiones autofinanciadas inferiores a 255.000 pesos a través de un complemento que aumenta el monto de la pensión final para quienes cumplan con los requisitos determinados por la ley.
- Bono por hijo nacido vivo. La Reforma Previsional incorporó un beneficio que se otorga a todas las mujeres que cumplan con los requisitos correspondientes, hayan o no contribuido al sistema de pensiones durante su vida activa. Se incrementa su pensión a través del otorgamiento de un bono por cada hijo nacido vivo (incluyendo los hijos adoptivos), consistente en un aporte estatal que equivale al 10% de 18 ingresos mínimos mensuales.

Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud (AUGE)

El proceso de transformación del perfil de enfermedades como consecuencia del envejecimiento de la población, del cambio en los hábitos de vida y de las condiciones de trabajo, entre otros factores, se reconoce en la formulación de nuevos objetivos sanitarios nacionales para la década 2000-2010, entre ellos se incluyen algunos relacionados con la necesidad de enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad. El Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) cubre 56 patologías que son atendidas por los establecimientos de la red asistencial pública para los beneficiarios de FONASA, mientras los asegurados a través del sistema privado pueden acceder mediante la red de aseguradoras particulares.

La política de salud, por otro lado, tiene componentes específicos orientados a mantener la capacidad funcional de la persona mayor. En este sentido, "El Programa del Adulto Mayor" contempla acciones de prevención, como un control anual de salud, controles periódicos de enfermedades cardiovasculares, respiratorias, reumatológicas y tuberculosis. En materia de recuperación se incluyen consultas de morbilidad para las personas mayores que lleguen con cualquier tipo de enfermedad al consultorio u hospital, los que deberán ser atendidos dentro de las 48 horas desde que lo solicitan. A estas acciones se suma el programa de atención ambulatoria de especialidades constituido por un conjunto de acciones focalizadas, consultas oftalmológicas y entrega de lentes, entre otros.

El control de salud anual o examen de medicina preventiva del adulto mayor permite medir la funcionalidad, identificar los factores de riesgo y elaborar un plan de atención. Para medir la funcionalidad de las personas mayores se utilizan dos instrumentos: la Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM-Chile) y el Índice de Katz.

Entre las prestaciones de salud dirigidas a las personas mayores ha sido de alto impacto la eliminación del copago para quienes tienen 65 años y más. Antes de esta medida los beneficiarios debían cubrir entre el 10% y el 20% del valor de la prestación al atenderse en establecimientos públicos.

II. 8. Conclusiones

Toda la información disponible indica que el envejecimiento poblacional constituye una de las principales transformaciones sociales de la modernidad. Debe abordarse desde las políticas públicas de manera transdisciplinaria e integral, como lo requiere la complejidad y la heterogeneidad del proceso de envejecimiento.

El aumento de los grupos de mayor edad entre las personas mayores constituye uno de los escenarios en los que se debe actuar con especial énfasis. El “envejecimiento de la vejez” trae consigo situaciones de mayor vulnerabilidad para las personas dado que, a mayor edad, aumentan significativamente los riesgos de dependencia y de desvinculación de las redes sociales de apoyo. Por ello se deben generar servicios diferenciados para las personas mayores pertenecientes a los distintos grupos etarios que consideren las especificidades de cada segmento.

Por su parte, la reducción sostenida de las tasas de natalidad y la consecuente reducción del número de niños constituye una problemática creciente. Posiblemente, existirá en el futuro una cantidad reducida de personas que soporten económica y socialmente a las personas mayores, siendo necesario entonces generar políticas de fomento a la natalidad.

Al mismo tiempo que se debe fomentar la natalidad es importante generar políticas que fomenten la permanencia en el empleo por el mayor tiempo posible, ya que esto tiene impactos positivos no sólo en la seguridad económica de las personas mayores, sino que también supone enormes ventajas para su calidad de vida. Factores asociados al mantenimiento de la funcionalidad, al ejercicio de roles, a la valoración social y a los sentimientos de autoeficacia y autonomía deben considerarse como parte integral de las políticas que se diseñen en materia de empleo para las personas mayores.

Finalmente, es importante mencionar que la vulnerabilidad de las personas mayores presenta características específicas que deben ser consideradas en la medición y protección frente a los diversos riesgos de la vejez. Una definición adecuada del concepto de vulnerabilidad en las personas mayores permitirá el diseño de programas que trasciendan un enfoque asistencial, priorizando los aspectos preventivos y promocionales.

URUGUAY

II. 9. Introducción

Cuando se construye información sociodemográfica se realiza una fotografía asociada a un momento específico, aunque debe reconocerse que la trayectoria vital que recorren las personas a lo largo del ciclo de vida determina las condiciones materiales y simbólicas de los indicadores que surgen para un contexto de análisis. Con respecto a las personas mayores es claro que las condiciones que atraviesan los eventos en el curso de la vida también determinan los niveles de bienestar en la vejez.

Si bien las personas mayores en Uruguay son el grupo etario con menores niveles de pobreza, es falso considerar que en la vejez no se presenta una gran variabilidad de riesgos sociales, los cuales impactan en el bienestar y en la protección de derechos de las personas mayores. Observar la situación de la vejez obliga al ejercicio de analizar distintos indicadores de forma multidimensional, buscando la interrelación que se presenta en la administración de los riesgos y oportunidades en esta etapa.

La información ordenada a continuación busca presentar la situación de las personas mayores en Uruguay con el objetivo de constituir un aporte para conocer y entender los procesos actuales que presenta el envejecimiento con la convicción de dos premisas relevantes para leer los datos. Por un lado, la necesaria comprensión de cómo las circunstancias vitales a lo largo de toda la vida juegan un factor sustantivo en las condiciones materiales y subjetivas de la vejez. Y por otro lado, el entender que el análisis de indicadores debe hacerse en un marco de comprensión articulado, donde las distintas dimensiones se impactan unas a otras, determinando las circunstancias vitales de las personas mayores.

Para esta capítulo se han seleccionado los indicadores de salud, vivienda, participación, situación económica, dependencia, redes de apoyo y composición del hogar. Estos aspectos son elementos relevantes del bienestar en la vejez que, al ser analizados, orientan una aproximación necesaria a los problemas para diseñar estrategias en políticas públicas.

II. 9. 1 Consideraciones generales

En Uruguay se establece que una persona es vieja a partir de los 65 años. Para este trabajo la información estadística será presentada a partir del grupo de los 60 años y más, con el objetivo de que los datos puedan ser comparados con la situación de Argentina y Chile.

El envejecimiento de la población en Uruguay es producto de tres fenómenos demográficos asociados: la baja tasa de mortalidad, la baja tasa de fecundidad y la emigración. Uruguay tiene una población claramente envejecida, cuyo contingente de personas mayores crece a un ritmo más acelerado que el de otros grupos de población. Este envejecimiento de la población supondrá que en 20 años la cantidad de personas mayores de 60 años sea equivalente a la de menores de 15. Actualmente, las personas de 60 años y más conforman el 19% de la población y las personas mayores de 64 llegan al 14,1%.

El índice de envejecimiento es 72, esto quiere decir que existen 72 personas mayores de 60 años cada 100 personas menores de 15 años en el país. Una de las características más relevantes es el enve-

jecimiento de la población mayor, que presenta un aumento sostenido del grupo de mayor edad entre las personas mayores. Según el censo 2011 (INE, 2011) la proporción de las personas de 80 años y más constituye el 27% del total de personas mayores.

En Uruguay, al igual que en el resto de la región, hay un claro predominio de la población mayor femenina. Según los datos del Censo de Hogares 2011 (INE, 2011) las mujeres mayores representan el 21% de la población femenina en tanto que, entre los varones, los mayores de 60 alcanzan el 16% de la población. La esperanza de vida es de 78 años para las mujeres y de 74 años para los varones.

II. 9. 2. Situación económica

El porcentaje de hogares con personas mayores por debajo de la línea de pobreza en Uruguay se encuentra en el 7,41% (Paredes, Ciarniello y Brunet, 2010).

Al analizar las fuentes de seguridad económica en la vejez se debe considerar la situación en materia de seguridad social y transferencias, así como la situación laboral de las personas mayores. En esta dirección podemos tomar como indicador el nivel de cobertura en materia de transferencias y la tasa de participación económica de esta población, estableciendo la relación entre las personas que participan del mercado laboral por sobre el total de las personas mayores de 60 años.

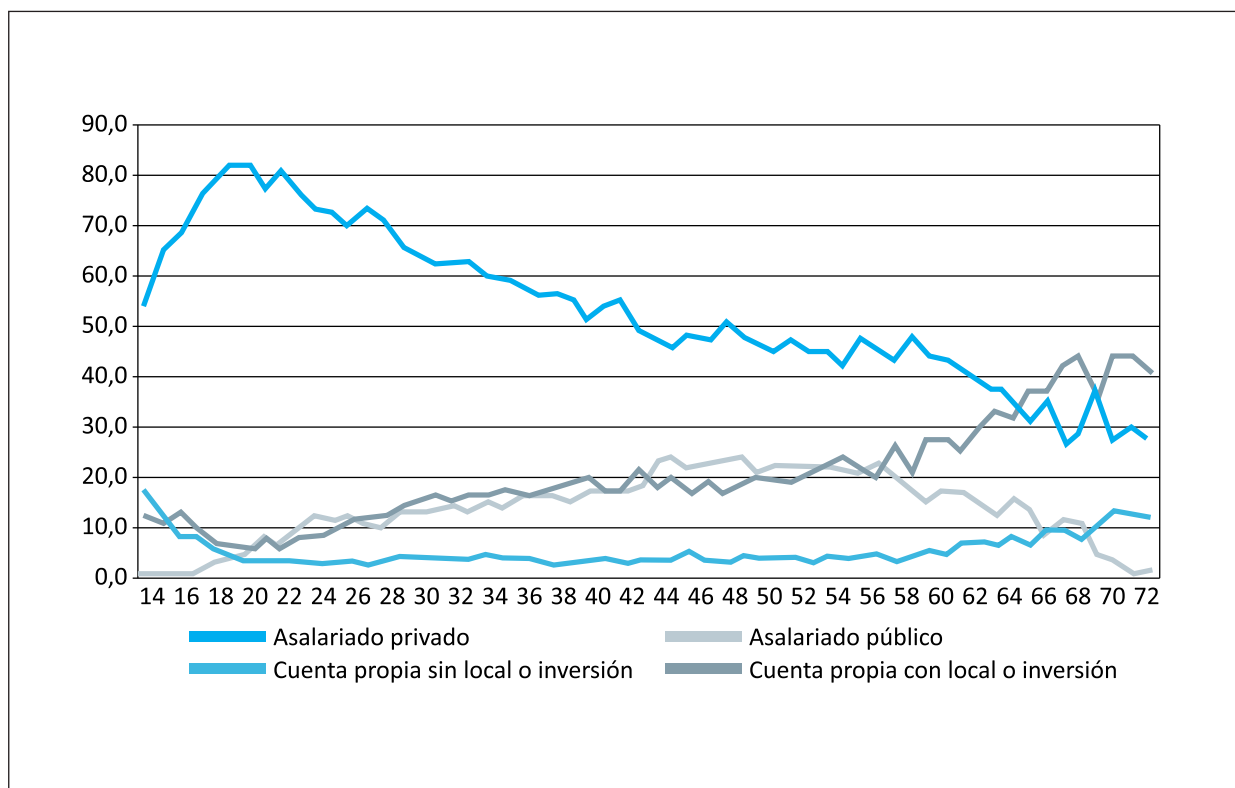
Cuadro 7. Tasa de participación económica en la vejez para la población de 60 años y más en Uruguay. Año 2008

Uruguay	1996	2008	Var %
Hombres	33,8	37,79	4,31
Mujeres	13,20	18,63	5,43
Ambos sexos	21,63	26,40	4,77

Fuente: Berriel F. y Pérez R. (2002). *Adultos Mayores Montevideanos: Imagen del cuerpo y red social. Revista Universitaria de Psicología 2(1), 25- 42.*

Se puede ver que, del total de la población mayor de 60 años, es mayor la proporción de hombres que participan económicamente en relación a las mujeres. De acuerdo a datos de registros estadísticos de 2008, los primeros constituyen poco más del doble (37,39% y 18,63% respectivamente) (Berriel, Pérez y Rodríguez. 2011).

Gráfico 18. Categoría de la ocupación (sobre ocupados), por edades simples. Año 2008



Fuente: Berriel F. y Pérez R. (2002). *Adultos Mayores Montevideanos: Imagen del cuerpo y red social*. *Revista Universitaria de Psicología* 2(1), 25- 42.

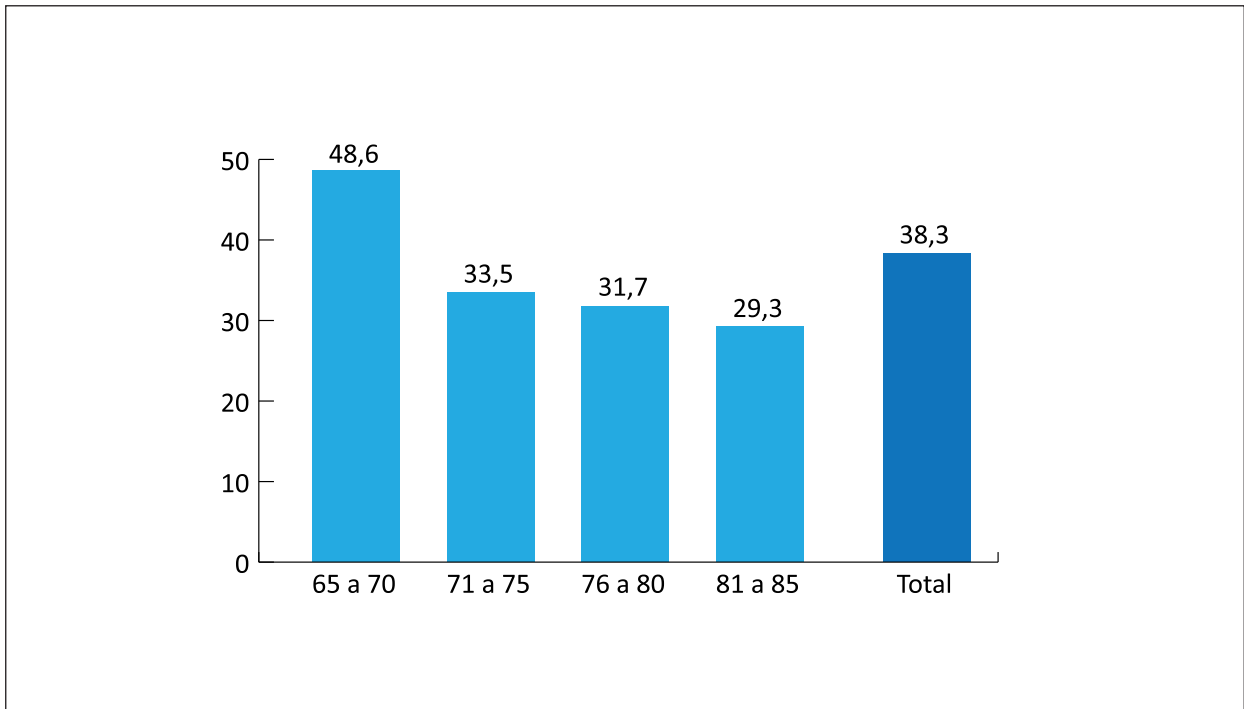
Es notorio que entre la población mayor que trabaja se presenta una disminución de la proporción de los asalariados y un incremento de trabajadores por cuenta propia. Otra dimensión relevante que surge en la vejez es la informalidad en relación a los aportes a la seguridad social por el empleo. La proporción de ocupados que no aportan a ésta, casi se duplica entre los 61/65 años y los 71/75 años. Para Rodríguez y Rossel (2010) esta informalidad afecta en mayor medida a las mujeres que a los hombres y, las causas podrían ser que, al recibir un aporte de la seguridad social (jubilación o pensión), se establece la prohibición de trabajar legalmente en el mismo rubro, lo cual incrementa la inserción informal. Actualmente encontramos que el 7,4% de las personas mayores jubiladas están insertas en el mercado de empleo.

Un análisis en profundidad nos señala que la permanencia en el mercado de trabajo es una pauta mayoritariamente masculina y que, no necesariamente, implica diferir la jubilación, sino que más bien se da la sostenibilidad de un empleo “ancla” en un marco de informalidad o bajo la modalidad de cuentapropista como salida para una mejora económica, ya que la disminución de ingresos cuando la persona se jubila requiere en algunos casos de estos complementos (Rodríguez y Rossel. 2010).

La permanencia en el mercado de trabajo presenta dos situaciones diferenciadas: la de los quintiles más altos, que desean probablemente compensar ingresos para mantener un determinado nivel de vida, estando jubilados o no. Y la asociada a los sectores de menores ingresos, no jubilados y que probablemente no tengan posibilidad de jubilación.

Los ingresos de las personas mayores suelen pasar por importantes transformaciones durante al menos dos de los eventos que se experimentan en la vejez. La primera es la salida del mercado laboral, donde la disminución de los ingresos es compensada con las transferencias correspondientes a la seguridad social. La segunda se asocia a los cambios en el ámbito de la familia, más precisamente a transformaciones en la composición del hogar: en Uruguay en la vejez hay una tendencia a hogares más pequeños y por tanto con una distribución distinta de los ingresos.

Gráfico 19. Brecha de ingresos entre hombres y mujeres, por tramos de edades. Año 2008



Fuente: Berriel F. y Pérez R. (2002). *Adultos Mayores Montevideanos: Imagen del cuerpo y red social*. *Revista Universitaria de Psicología* 2(1), 25- 42.

El 93% de las personas mayores en Uruguay percibe algún tipo de ingreso. Un 7% de esta población no percibe ningún ingreso, fenómeno que tiende a aumentar si observamos la situación de las mujeres donde el 10,1% no percibe ingresos de ningún tipo. Por otro lado, los ingresos de los hombres son significativamente más altos que los de las mujeres. Los ingresos de las mujeres, en promedio, apenas representan dos tercios de los ingresos de los hombres (Rodríguez y Rossel. 2010). Sin embargo la brecha de ingresos entre hombres y mujeres muestra importantes variaciones dependiendo de las edades consideradas. En su versión más positiva, entre los 81 y los 85 años, alcanza el 29,3% (lo que significa que las mujeres de esa edad ganan 29,3% menos que sus pares hombres). En su versión más crítica, entre los 65 y los 70 años, llega a 48,6% (lo que significa que a esa edad las mujeres ganan, en promedio, casi un 50% menos que los hombres) (Rodríguez y Rossel. 2010).

Los ingresos en la vejez poseen distintas fuentes como jubilaciones, pensiones, el trabajo formal y el trabajo informal, así como otras fuentes no especificadas producto de rentas o movimientos personales de activos. Sin embargo, el mayor peso lo presenta el sistema de seguridad social ya que de él proviene más del 80% de los ingresos en la vejez.

II. 9. 3. Salud

El sistema de salud uruguayo se encuentra ante la culminación de un proceso de transformación intenso que ha sido gravitacional para la vida de las personas mayores.

A partir de la creación en 2006 del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) se ha modificado el modelo de atención en salud, centrando las acciones en materia de atención ubicadas en la prevención y la promoción de salud (Modelo de Atención Primario en Salud) con un enfoque integral. El Estado pasa, a partir de la creación del SNIS, a oficiar de mediador en la financiación, transfiriendo a partir del Fondo Nacional de Salud (FONASA) recursos a los prestadores en función de los perfiles de edad y los servicios brindados. Esto permite dar cobertura a muchas personas mayores que hasta el momento quedaban sin acceso a instituciones de salud. Desde la implementación del SNIS las personas mayores se encuentran con cobertura total de salud, ya sea por la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) o por un prestador privado integrado al SNIS.

Según datos de la OMS (2010) se estima que la actual expectativa de vida sana al nacer de la población uruguaya, es de 67 años, siendo de 64 para los hombres y 70 para las mujeres. Esto implicaría una expectativa de vida carente de buena salud de 8 años para los hombres y 9 de para las mujeres, en lo que es esperable una mayor presencia de limitaciones funcionales y enfermedades crónicas (Berriel, Pérez y Rodríguez, 2011).

En relación a la morbilidad de las personas mayores de Uruguay, la información disponible proviene de los auto-reportes recogidos por la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada 2006 (ENHA), así como de la información relevada en la Encuesta SABE.

En base al análisis de los datos de la ENHA del año 2006, Nuñez (2009) concluye que el 47,8% de las personas mayores uruguayas manifiesta padecer alguna enfermedad crónica. La ENHA 2006 permite conocer datos sobre el comportamiento de tres enfermedades crónicas (asma, hipertensión y diabetes) muy vinculadas a los factores de riesgo relevados anteriormente (MSP-DGS, 2009) y a las principales causas de mortalidad de la población uruguaya: asma, hipertensión y diabetes (Berriel, Pérez y Rodríguez, 2011).

Asimismo, la ENHA 2006 ha permitido conocer datos sobre la prevalencia de algunas patologías que implican limitaciones físicas permanentes, tales como las de visión, audición y movilidad. Estas tres limitaciones tienen una mayor incidencia en las edades avanzadas y son una importante causa de discapacidad y dependencia. Al respecto, el 47% de las limitaciones permanentes de la visión (independientemente del uso de lentes) se da en la población de 65 y más años. En este grupo etario se presenta el 63% de todas las limitaciones de la audición (independiente del uso de audífonos), y el 69% de las limitaciones en la movilidad (Scardino, 2007).

En Uruguay en el año 2004 se realizó la Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad que presenta datos relevantes en el tema. En esta encuesta se define la discapacidad como *“toda limitación y restricción en la participación, que se origina en una deficiencia que afecta a una persona en forma permanente para desenvolverse en su vida cotidiana dentro de su entorno físico y social”* (INE, 2004: 4). Según los resultados de esta encuesta, la discapacidad tiene una prevalencia de 7.6% de la población general. En tanto que en el grupo de 65 años y más, 24,5% declara presentar al menos una discapacidad, con una prevalencia en las mujeres de 25,9% y de 22,5% en los hombres.

II. 9. 4. Tipo de hogar y redes de las personas mayores

El hogar unipersonal es aquel en el que la persona mayor vive sola, modalidad que predomina en los arreglos familiares de las personas mayores uruguayas. De la encuesta realizada sobre dependencia a personas mayores de 64 años por el Instituto Nacional de las Personas Mayores (INMAYORES-NIEVE. 2012) se detecta que las personas mayores que viven en hogares unipersonales alcanzan al 31% de las personas encuestadas. Esta modalidad se acentúa en la población de edad más avanzada y en la población femenina donde asciende al 37%.

Cuadro 8. Tipos de hogar de la población encuestada (%) por edad y sexo

Tipo de hogar	Edad		Sexo		Total
	65 a 74	75 o más	Varón	Mujer	
Unipersonal	26,9	36,2	22	37,3	31,2
Nuclear sin hijos	36,0	22,1	43,8	19,9	29,5
Nuclear con hijos	8,9	4,5	11,5	3,7	6,8
Monoparental	6,1	9,6	4,0	10,2	7,7
Extensa	17,8	22,1	14,3	23,4	19,8
Compuesta	1,9	2,7	1,9	2,5	2,2
NS/NC	2,6	2,9	2,5	2,9	2,7
Total	100	100	100	100	100

Fuente: Encuesta de Detección de Población Adulta Mayor Dependiente, MIDES-NIEVE. 2012.

El tipo de hogar que sigue en relevancia es el hogar nuclear sin hijos (30%), es decir donde vive una pareja que ya no convive con hijos. Esto quiere decir que de la población encuestada el 61% de las personas mayores viven solos o en pareja con un cónyuge de similar edad.

En Uruguay, las estructuras familiares de las personas mayores se asemejan al patrón que caracteriza a las sociedades más desarrolladas (UN-DESA, 2007). Esta situación presenta la complejidad de cómo los hogares acceden a formas de protección asociadas a cuidados de distinto tipo que deben ser proporcionados por personas de menor edad, ya sea por parte de parientes o vecinos, o a través de servicios de cuidados contratados en el mercado.

Las transformaciones que ocurren en el ámbito de las familias con el avance de la edad dan lugar al surgimiento de nuevos arreglos familiares. A medida que avanza la edad es clara la disminución significativa de las personas que viven en hogares nucleares (del 60% a los 60 años de edad al 40% en las personas de 80 años) y, como contrapartida, el aumento de los hogares unipersonales. A la vez, la proporción de personas en hogares unipersonales prácticamente se triplica entre los 60 y los 80 años. El fenómeno no asume el mismo patrón en hombres y mujeres. La presencia de mujeres mayores en hogares unipersonales duplica a la de hombres (31,6% frente a 15,7%) (Paredes, Ciarniello y Brunet, 2010). De hecho, un 76% de estos hogares está compuesto por mujeres, lo que refleja un fuerte sesgo femenino en este fenómeno. Entre las edades de 55 y aproximadamente 70-75 años la proporción de personas en hogares unipersonales asciende desde un 5% a cerca de un 15% en el caso de los hombres y de un 10% a un 30% entre las mujeres. En otras palabras, la evidencia sugiere que para las mujeres la probabilidad de finalizar sus días viviendo solas es significativamente mayor que para los hombres (Batthyány, 2007).

Estas diferencias no obedecen a una sola causa. La mayor presencia de mujeres viudas puede ser el resultado de al menos dos situaciones diferentes. En Uruguay, las mujeres tienden a sobrevivir a sus cónyuges por el efecto combinado de una mayor esperanza de vida femenina (Paredes, 2008) y de que, en promedio, se han unido con varones de más edad. La disolución del vínculo, en cambio, afecta necesariamente a los dos miembros de la pareja, por lo que la pauta mencionada sólo puede obedecer a que los varones tienden a contraer vínculos en segundas nupcias en mayor medida que las mujeres, propensión que contribuye a explicar las diferencias en las tasas de viudez (Paredes, 2008). El resultado combinado de los procesos señalados es que, mientras la gran mayoría de los varones transita por la vejez en pareja (al menos hasta aproximadamente los 80 años de edad), muchas mujeres comienzan este ciclo sin cónyuge o van quedando solas.

La convivencia con otros familiares tiende a aumentar con la edad, pero este tránsito es más frecuente entre las mujeres (Berriel, Pérez y Rodríguez, 2011). En efecto, mientras que a los 60 años poco más de una de cada seis mujeres vive en hogares extendidos, a los 80 esta proporción se duplica. Es decir que, aun con el aumento de los hogares unipersonales, los hogares extendidos todavía forman parte de la ecuación familiar de las personas mayores y muy especialmente de las mujeres (Batthyány, 2007).

A pesar de detectarse claramente una pauta de convivencia mayoritaria de pocas personas y de una sola generación entre los hogares de personas mayores en Uruguay, esto no necesariamente implica que las personas mayores se desvinculen de otras generaciones de su familia ni de otras redes que trascienden el hogar. Sin embargo, esta no convivencia en el mismo domicilio contrasta claramente con la presencia de otras generaciones en la vida de las personas mayores. En la investigación de INMAYORES-NIEVE (2012) se constató que casi el 27% de las personas mayores vive con algún hijo en el hogar, una cuarta parte cuenta con algún hijo en el barrio, un 22% con sus hijos en otro barrio pero en la misma ciudad, un 11% tiene a alguno de sus hijos en otra ciudad y únicamente un 3% no tiene hijos próximos porque viven en otro país. Si se pregunta por todos los hijos en general, un 16% declaró tener hijos en otro país.

Cuadro 9. Ubicación geográfica de los hijos según sexo y edad de la persona mayor

	Total	Varón	Mujer		65 a 74	75 o más
No tiene hijos	12,1	9,3	13,9	No tiene hijos	9,1	15,4
En el hogar	26,5	22,7	29,0	En el hogar	25,5	27,7
En el barrio	24,6	26,7	23,2	En el barrio	24,8	24,5
En otro barrio	21,6	24,5	19,7	En otro barrio	25,0	17,8
En otra ciudad	11,4	12,7	10,6	En otra ciudad	12,1	10,6
En otro país	3,1	3,4	2,9	En otro país	2,8	3,5
NC	0,6	0,6	0,6	NC	0,7	0,5
Total	100	100	100	Total	100	100

Fuente: Encuesta de Detección de Población Adulta Mayor Dependiente, MIDES-NIEVE. 2012.

Más allá del contacto con los familiares se indagó (INMAYORES-NIEVE 2012) sobre la frecuencia con que las personas mayores ven a sus amigos y vecinos que también pueden operar como redes de apoyo potenciales. En el caso de los amigos, las frecuencias de visitas son sustantivamente menores que con familiares. Solo un 12% los ve semanalmente y casi un 38% los ve algunas veces al año. Un

22% de las personas mayores encuestadas ve con frecuencia semanal a sus vecinos, alcanzando valores cercanos al 24% tanto para los varones como para los mayores de 75 años. Pero más de la mitad de la población tiene contacto muy poco frecuente con sus vecinos y cerca de un 5% no los ve nunca.

Por lo tanto, con relación a las redes de contactos de las personas mayores, se puede concluir que la potencia de sus apoyos reside básicamente en sus familiares, en menor medida en los vecinos y mínimamente en los amigos. Esto es congruente con los resultados de un anterior estudio sobre las personas mayores de Montevideo (Berriel y Pérez, 2002) que encontró un perfil de las personas mayores centrado principalmente en la familia, con gran dependencia subjetiva de la misma.

II. 9. 5. La dependencia en las personas mayores de Uruguay

La dependencia es un concepto complejo que implica diferentes dimensiones y grados de pérdida de autonomía, lo cual produce la necesidad de ayuda de otra persona para realizar distintas actividades de la vida diaria (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España – MTAS - IMSERSO, 2004). En las personas mayores, debido al aumento de la vulnerabilidad física y social que se da en la edad avanzada, se prioriza el estudio de la dependencia de tipo funcional. Ésta refiere a la pérdida o falta de autonomía física, psíquica o intelectual para realizar actividades elementales de una vida autónoma.

Es así que se pueden clasificar los grados de dependencia funcional según dos tipos de actividades: las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Las ABVD implican las capacidades más elementales para la vida independiente de una persona. Son acciones dirigidas hacia la propia persona y tienen un alto grado de automatización, adquiriéndose tempranamente en la vida. La pérdida de estas funciones llevan a que la persona no pueda sobrevivir si no cuenta con alguien que lo asista. En cambio, las AIVD se consideran un medio para efectuar una acción más compleja y están en relación directa con situaciones cotidianas más amplias.

De la población encuestada (INMAYORES-NIEVE, 2012) un 16,3% declara tener algún tipo de dependencia en las ABVD o en las AIVD. El 10% presenta dependencia leve (DL) y el 6,3% dependencia severa a moderada (DSaM). Esta situación adquiere diferencias por sexo y edad (con mayor prevalencia entre las mujeres y las personas de mayor edad).

Cuadro 10. Personas mayores por tipo de dependencia, sexo y edad

Tipo de hogar	Sexo		Edad		Total
	Hombres	Mujeres	65 a 74	75 y más	
Sin dependencia	93,5	77,2	89,7	76,9	83,7
Dependencia severa o moderada	3,4	8,3	3,3	9,8	6,3
Dependencia leve	3,1	14,5	7,0	13,3	10,0
Total	100	100	100	100	100

Fuente: Encuesta de Detección de Población Adulta Mayor Dependiente, MIDES-NIEVE. 2012.

Dentro del grupo de personas con DSaM, el 44% manifiesta necesitar ayuda para realizar cuatro o más ABVD y el 30% para realizar dos o tres ABVD. El 26% restante manifiesta necesitar ayuda para una ABVD. Respecto al tipo de ABVD para la que se necesita ayuda, aproximadamente tres de cada cuatro personas señala bañarse - lavarse (76%) y/o vestirse - desvestirse (70,6%). Asimismo, más de la mitad plantea necesitar ayuda para caminar dentro de su casa (52,9%), acostarse o levantarse (52,9%) y/o usar el baño (51%). Finalmente, el 37,3% necesita ayuda para llevarse comida a la boca.

Actualmente sólo el 64% del grupo con DSaM declara recibir ayudas. Distribuidos por sexo, no se aprecia una diferencia importante en la recepción de ayuda (el 40% de los hombres y el 35% de las mujeres que necesita ayuda no la recibe). El grupo etario que recibe menos ayuda es el de menor edad (61,5% manifiesta no recibirla). En el grupo de mayor edad, el porcentaje de personas que no reciben ayuda disminuye a 27%.

Respecto a las personas que actualmente brindan ayuda para las ABVD de las personas mayores, el 71,1% de las respuestas señalan que esta actividad es realizada por un familiar que vive en el hogar. Asimismo, el 78,4% de las personas mayores indica que la ayuda recibida es diaria. Por su parte, dentro del grupo de personas con DSaM que recibe ayuda, casi la totalidad (el 95,9%) plantea recibir una ayuda suficiente para su dependencia.

Del grupo de personas mayores que presenta DL esto es, la necesidad de ayuda en al menos una de las actividades instrumentales de la vida diaria, la mayoría de las personas (83,8%) manifiesta recibir ayuda para realizarlas. No obstante, casi una de cada cinco personas que necesita ayuda con las AIVD (16,2%) manifiesta no recibirla. La recepción de ayuda no presenta mayor variación por sexo: declaran recibir ayuda el 80% de los hombres y 84,3% de las mujeres con DL.

Cuadro 11. Personas con DL que reciben ayuda para la AIVD por sexo y edad

Recibe ayuda con las AIVD	Sexo		Edad		Total
	Hombres	Mujeres	65 a 74	75 y más	
Si	80,0	84,3	90,0	80,0	83,8
No	3,1	15,7	10,0	20,0	16,3
Total	100	100	100	100	100

Fuente: Encuesta de Detección de Población Adulta Mayor Dependiente, MIDES-NIEVE. 2012.

Cuando se analiza por tramo de edad, mientras el 90% de los más jóvenes declaran recibir ayuda, en los más viejos este porcentaje disminuye al 80%. Este descenso de 10 puntos porcentuales debería considerarse como significativo en la medida que, a mayor edad, aumenta la vulnerabilidad física y social, disminuyendo las redes de apoyo. Dentro de las personas con DL que reciben ayuda en AIVD, la mayoría consiste en quehaceres pesados (63,8%) y compras (58,8%). La actividad para la que menos ayuda se recibe es tomar medicamentos (10%).

Un dato relevante es que el 16% de las personas con DL necesita ayuda para el manejo de dinero. Esta actividad, si bien se considera en general como instrumental, es un factor muy importante para la autonomía. Respecto al perfil de las personas que brindan ayuda para las AIVD a la población con DL, más de la mitad pertenece a la familia (62,9%), seguido de servicio doméstico (18,2%). Casi la mitad de las personas que prestan ayuda viven en el propio hogar (47,1%) y el 24,1% vive en el barrio. A su vez, casi la mitad de la ayuda se realiza diariamente (49,3%) y el 37% entre 1 y 6 veces por semana.

En relación a la valoración sobre las ayudas recibidas por las personas con DL, el 94,7% las considera suficiente para sus necesidades.

Esta situación exige profundizar en las relaciones que tienen las personas mayores uruguayas con sus familiares. Dada la modalidad de convivencia predominante en el país de hogares integrados por personas mayores solas o con su pareja, es importante trascender la unidad analítica del hogar con la que se manejan las fuentes tradicionales de datos, para analizar las redes familiares que se despliegan en sus diversas formas y que constituyen un apoyo real y potencial para las personas mayores en su vida cotidiana.

II. 9. 6. Vivienda

La situación habitacional es un indicador sustantivo a la hora de observar los activos que disponen y movilizan las personas mayores, teniendo en cuenta la capacidad que éstos les dan para resolver los problemas socioeconómicos que puedan presentarse en la vejez.

En Uruguay el 75% de las personas mayores son propietarias de la vivienda donde residen. Si observamos este dato por quintil de ingresos nos encontramos con variaciones importantes: mientras que la mayoría de las personas de 65 años y más del último quintil tiene resuelto el acceso a la vivienda, entre los del primer quintil aumenta la proporción de inquilinos y ocupantes gratuitos.

A partir de la investigación realizada por Rodríguez y Rossel (2010) en base a la ENCH se puede apreciar que, en términos generales, el acceso a los servicios básicos en las viviendas uruguayas es prácticamente universal, y los hogares con jefe de 65 y más años se ubican bastante por encima del promedio.

El 40% de los hogares con jefes mayores a 65 años habita en una vivienda de calidad buena sin problemas de conservación, aunque en una concentración del quintil más alto.

En tanto que, cerca del 6% del total de los hogares con mayores presenta serios problemas habitacionales que permiten definirlo como un grupo en situación de altísima vulnerabilidad, tales como el estado de conservación, la calidad de construcción y el acceso a distintos servicios básicos, tanto dentro de la vivienda como en su entorno inmediato. Del total de viviendas ocupadas por hogares con jefe de 65 y más años casi una tercera parte (31,1%) tiene dificultades moderadas (humedades o goteras en techos, caída de revoque, cielorrasos desprendidos o humedades en los cimientos) y una quinta (22,4%) problemas graves, tales como muros agrietados, se inunda cuando llueve o peligro de derrumbe.

Cuadro 12. Hogares con jefe de 65 años y más según estado de conservación de la vivienda por quintiles de ingreso per cápita

	Sin prolemas	Problemas leves	Problemas moderados	Problemas graves	Total
Quintiles de ingreso per cápita					
Quintil 1	20,3	6,0	32,5	41,2	100,0
Quintil 2	29,4	4,2	36,0	30,4	100,0
QUintil 3	38,8	4,8	35,0	21,4	100,0
Quintil 4	45,7	4,6	29,9	19,8	100,0
Quintil 5	60,4	2,7	24,2	12,7	100,0

Fuente: Berriel F. y Pérez R. (2002). *Adultos Mayores Montevideanos: Imagen del cuerpo y red social*. *Revista Universitaria de Psicología* 2(1), 25- 42.

En relación a la movilidad y a la concentración de los hogares con personas de 65 años y más, en la misma investigación de Rodríguez y Rossel (2010) se plantea que en la actualidad las personas mayores han tendido a ubicarse en los barrios centrales y costeros de Montevideo a medida que fueron envejeciendo. En este sentido, podría suponerse que estas zonas atraen a la población mayor por su cercanía a servicios de salud y transporte, así como por una mejor oferta en términos de equipamiento urbano, seguridad, etc. Por otro lado, en el interior del país se da una concentración de las personas mayores en las zonas urbanas.

En Uruguay (Rodríguez y Rossel, 2010) los hogares con jefatura de una persona mayor accedieron a su vivienda actual hace más de 25 años. Tres de cada cuatro hogares con jefatura de una persona de 65 años y más son propietarios de la vivienda. A su vez, algo menos de la mitad posee el inmueble y accedió a él con recursos propios, un 15,7% obtuvo su vivienda actual a través de una herencia, en tanto el 9,3% lo hizo mediante un programa público (7,7% en el quintil de menores ingresos y 11,3% en el más rico). Finalmente, el 4,9% de estos hogares compró su vivienda través del Banco Hipotecario del Uruguay (BHU) (4,8% en el primer quintil, 11,0% en el cuarto y 8,8% en el quinto).

II. 9. 7. Participación

Durante 2012 INMAYORES realizó una encuesta junto al Núcleo Interdisciplinario de Estudios de la Vejez y el Envejecimiento de la Universidad de la República para conocer algunas realidades vinculadas al proceso de participación social de las personas mayores. Entre 2013 y 2014 se llevó adelante una segunda investigación junto al mismo equipo, de tipo cualitativo, que tenía como objetivo conocer con mayor profundidad los procesos de participación haciendo énfasis en las motivaciones que llevaban a una persona mayor a formar parte de organizaciones sociales.

Los resultados de estas investigaciones señalan que un 23,4% de la población encuestada participa de alguna organización de la sociedad civil: un 15,7% lo hizo en los últimos seis meses. Se presentan diferencias importantes según género: mientras que el 18,9% de las mujeres de 65 a 74 años participan de alguna actividad, en el caso de los hombres del mismo rango de edad el porcentaje baja a un 13,1%. En cuanto a la población de más de 74 años, las mujeres participan más que los hombres (15,6% y 13,6% respectivamente).

Cuadro 13. Participación en actividades en los últimos seis meses por sexo y edad

	Varones		Mujeres		Total
	65 a 74	75 y más	65 a 74	75 y más	
Si	13,1	13,6	18,9	15,6	15,7
No	10,0	10,6	5,5	6,6	7,7
No corresponde	76,9	75,8	75,6	77,9	76,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta de Detección de Población Adulta Mayor Dependiente, MIDES-NIEVE. 2012.

Es relevante conocer, asimismo, sobre el tipo de esa participación, que supondría un nivel de compromiso de diverso grado con la organización. Del total de la población encuestada el 4% declara haber participado en los últimos seis meses en la Comisión Directiva o en alguna de las comisiones de la organización de la que se siente parte. Sin embargo, en los hombres ese porcentaje sube a un 5,3%, mientras que dentro de la población de mujeres es de un 2,9% para las de 65 a 74 años y de un 3,3% para las que tienen una edad mayor a 75 años. La mayoría de las mujeres participa en actividades puntuales, esto se repite entre los hombres pero con una menor prevalencia, mientras que el 13,8% de las mujeres de entre 65 y 74 años participa en actividades puntuales, los varones de la misma franja etaria lo hacen un 7,9%.

II. 10. Consideraciones finales

Uruguay se encuentra actualmente en un proceso de envejecimiento avanzado, con una estructura diferencial feminizada a medida que aumenta la edad. Este aumento de la esperanza de vida plantea tres fenómenos asociados:

- Profundidad de la transformación de la estructura por edades de la población.
- Distribución diferencial por sexo que se observa en las distintas edades, en particular en las más avanzadas con una marcada feminización de la vejez.
- Un crecimiento sostenido del grupo de personas mayores de 75 años.

En líneas generales, si los distintos indicadores son observados de forma independiente hay buenos niveles en materia de acceso a seguridad social, cobertura de salud, tenencia de la vivienda y acceso a servicios públicos. Ahora bien, cuando analizamos los déficits que se presentan, nos encontramos con un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas que impactan en la calidad de vida y en la pérdida de autonomía de las personas mayores.

El acceso a la tenencia de una vivienda presenta serios problemas para la población del primer quintil y, la calidad de la vivienda está comprometida para los sectores más pobres (primer y segundo quintil).

Las mujeres tienen una peor calidad en los ingresos en comparación con los hombres, dado que ellas salen antes del mercado formal de empleo y eso afecta la calidad de las prestaciones, en materia de seguridad social, que percibirán en el futuro.

Finalmente, la composición de los hogares presenta un grupo importante de personas mayores que viven solas y con distintos niveles de dependencia. Si además esta situación se relaciona con un crecimiento del grupo de mayor edad, en particular mujeres, los desafíos que se presentan para Uruguay, en materia de política pública a corto plazo, son importantes.

Capítulo III.

Las Políticas rectoras en los temas de Envejecimiento y Vejez”

LA AUTORA

Adriana Rovira, Licenciada en Psicología, egresada de la Universidad de la República del Uruguay. Con estudios de posgrado en Demografía, Políticas Públicas y Psicología Social. Directora del Instituto Nacional de Personas Mayores de Uruguay. Docente de la Universidad de la República del Uruguay. Investigadora en temas de políticas públicas con relación al cuidado y envejecimiento.

III. 1. Introducción

Este trabajo analiza el rol que los organismos nacionales, rectores en políticas públicas dirigidas a las personas mayores, plantean cubrir. La función rectora se valida a partir de un proceso de distintos acuerdos y tensiones, en directa relación con las habilidades para generar una legitimidad a partir de las capacidades políticas y organizativas de cada país.

Rectorizar no es una función sencilla, está sujeta a un posicionamiento material y simbólico sobre las capacidades organizativas, pero también a la construcción conceptual de un sujeto materia de la intervención estatal.

Históricamente, en la región, las personas mayores han sido objeto de políticas públicas pero desde un ejercicio institucional sectorial, instalando un marco de acción hacia un problema social específico. No obstante, en los últimos veinte años se han constituido organismos en la región que tienen como objetivo diseñar e instrumentar una política general hacia las personas mayores. Es importante analizar, ante este cambio, cómo funciona el escenario que da lugar a la generación de este tipo de institucionalidades y cuáles son las funciones que los organismos deben cumplir.

III. 2. Institucionalidad y políticas públicas

El Estado está constituido por las distintas instituciones que llevan adelante los mecanismos que permiten garantizar el soporte para que una vida en colectivo sea efectiva. La incidencia de políticas públicas tiene su correlato en los modelos sociales, ideológicos y políticos de que los sujetos sean concebidos por parte de los Estados. En definitiva, el poder político junto a una hegemonía cultural es proyectado territorialmente sobre los sujetos que forman parte del Estado.

El aspecto que interesa resaltar aquí es que tanto el sistema de derechos y deberes como la participación política y cultural efectiva tienen consecuencias materiales de variable intensidad, las cuales tienden a consolidar una "posición" del individuo-ciudadano en la estructura social y política del Estado-nación. La ciudadanía materializa, desde este punto de vista, una suerte de estatus jurídico, político y socioeconómico (Andrenacci y Repetto, 2006, p.5).

Las personas que conforman a su vez ese Estado-nación proyectan expectativas y necesidades que se traducen en demandas e interpretaciones sobre el propio rol del Estado. Podemos entender según Andrenacci y Repetto (2006) a los *Estados-nación* como construcciones históricas complejas, donde se despliegan acciones a partir de las instituciones que se ubican en contextos determinados.

Los *Estados-nación* son campos simbólicos y materiales sobre los cuales se configuran los entramados posibles de "ser" para los sujetos. Y es en la propia dinámica de acción de las políticas públicas donde se terminan por cristalizar esas producciones de sentido,

(...) por más interdependencia que el ciudadano tenga con el Estado, este puede seguir siendo un ente abstracto e inasequible para muchos. Sólo se convierte en algo tangible cuando las personas acuden a él en las oficinas públicas, que son las que implementan las acciones que les afectan. Los individuos, sobre todo aquellos que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad como los pobres, los niños, las mujeres y las personas de edad, encuentran al Estado en su presencia y en su ausencia. Esto

significa que, cualquiera sea el caso, cuando el Estado se hace presente son las instituciones su cara visible. Ellas forman parte de las políticas públicas y constituyen un factor central para su adecuado funcionamiento (Jaspers_Faijer, 2012, p.114).

Las políticas públicas operan como soportes materiales del Estado y regulan las formas en que la población se reproduce y socializa.

Las instituciones son las que disponen de la autoridad y el poder y proporcionan el contexto físico, cognitivo y moral para la acción conjunta, la capacidad de intervención, las bases conceptuales para la observación, la agenda, la memoria, los derechos y las obligaciones, así como el concepto de justicia y los símbolos con que el individuo puede identificarse (March y Olsen en Jaspers_Faijer, 2012, p.115).

Las políticas públicas se materializan mediante el soporte de las instituciones y administran entonces un orden material, pero en la propia dinámica también estructuran una base simbólica que genera un entramado que distribuye un orden de comprensión sobre los sujetos. Y este proceso no se da en el vacío, sino que sucede en un espacio en permanente disputa. Para Pierre Bourdieu (1993) el Estado tiene un rol sustancial en la construcción de realidad social y, las políticas públicas, se pueden definir como acciones concretas que inciden en el desarrollo de la vida material y simbólica de la sociedad, afectando directamente en la distribución de espacios de poder dentro del campo social.

Según el autor, las políticas públicas operan de acuerdo a una base práctica, pero también discursiva, configurando así un espacio privilegiado de producción y reproducción de la vida social. Por lo tanto, la política pública debe observarse como práctica, pero también como discurso en su calidad performativa, ya que al definir la acción construye la realidad social.

Para Bourdieu (1993) el discurso estatal es resultado del conflicto y de la negociación de los diferentes grupos sociales con representación dentro del aparato público, convirtiéndose en un reflejo de la distribución del poder en la sociedad. Las políticas públicas como acciones estatales inciden en la dinámica de distribución de poder del campo social, legitimando y regulando actores y grupos sociales. Este proceso se da en permanente construcción. Las políticas públicas están dirigidas y enfocadas a solucionar problemas políticos y demandas de determinados sectores sociales relevantes, con visibilidad y capacidad de presión, quienes pueden tener la habilidad de instalar sus demandas en la agenda, sea por la vía discursiva, o por la propia movilización de opinión, logrando incorporar sus temas en la acción pública.

Al constituirse una institucionalidad nueva se configura un proceso de disputa de este orden material y simbólico. La institucionalidad surge ya en un escenario preestablecido que organiza una base de comprensión sobre el estado de situación y deberá hacerse lugar entre otros procesos ya establecidos de legitimidad institucional y en una arquitectura organizacional previamente acordada y materializada en el espacio de intervención de la política pública, enfrentando así una disputa material, pero también otra por la producción de sentido que se establecerá sobre la materia de la institucionalidad.

El proceso de creación y posterior consolidación de una institución no es fácil ni rápido. Se trata de un desarrollo tanto técnico como político que exige cambios en los niveles de acción y decisión, en que intervienen distintos actores que responden a lógicas diferentes, así como otras instituciones, todos ellos ansiosos de cumplir una función en la definición de los problemas, la elaboración de las agendas y la toma de decisiones (Jaspers_Faijer, 2012 p.116).

III. 3. Contexto de creación de las institucionalidades rectoras

Hay un modelo de gestión en política pública hacia las personas mayores que ha iniciado un proceso de revisión y transformación en los últimos años. El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento de 2002 impulsó un cambio de estrategia en la comprensión y el abordaje en estos temas, por parte de los países de América Latina. Uno de los aspectos que acompañó la puesta en funcionamiento del Plan es la de buscar su adaptación a las realidades regionales, es así que a partir de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, que tuvo lugar en Madrid en abril de 2002, tres comisiones regionales organizaron inmediatamente reuniones complementarias para promover la aplicación del Plan a nivel regional. Para América Latina y el Caribe tuvo lugar en Santiago de Chile en noviembre de 2003 la Primera Conferencia regional intergubernamental¹ sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento².

Este hito que constituyó el Plan ubicó con un especial interés por parte de la comunidad internacional a las personas mayores, propiciando una transformación para la década siguiente por parte de los Estados en el abordaje de sus derechos.

Para el presente trabajo se destacarán tres áreas sustantivas que impactaron en la toma de decisiones futuras de los gobiernos de la región para impulsar el Plan.

- En primer lugar, las personas mayores fueron reconocidas como sujetos políticos, donde la participación y la visión de ellas mismas se ubicó como una dimensión imprescindible en las acciones públicas.
- En segundo lugar, los problemas que planteaba el envejecimiento dejaron de ser pensados como aspectos de índole individual para ser comprendidos en una dimensión integral y colectiva, interpelando el lugar de toda la sociedad y el rol del Estado.
- Por último, pero no menos importante, se planteó una transformación en la forma de instrumentar las políticas públicas dirigidas a las personas mayores, impulsando la creación de políticas a nivel nacional que tuvieran como objetivo la coordinación y la articulación como forma de impactar en abordajes históricos dispersos y fragmentados.

1 Desde la fecha hasta ahora se han realizado dos Conferencias Regionales más, la segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, celebrada en Brasilia en 2007. Y la tercera Conferencia regional intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe, realizada en San José de Costa Rica en 2012.

2 Las otras dos comisiones de trabajo fueron: la Comisión Económica para Europa (CEPE) que aprobó una Estrategia Regional de Aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, 2002 (ECE RIS) y, por su parte, la Comisión Económica y Social para Asia y el Pacífico (CESPAP) aprobó la Estrategia de Aplicación de Shanghai (ESCAP RIS) en reuniones intergubernamentales celebradas en septiembre de 2002.

Respecto a este último punto, en el Plan aparece en la Introducción literal 8:

Es indispensable integrar el proceso del envejecimiento mundial, que está en curso de evolución, en el proceso más amplio del desarrollo. Las políticas sobre el envejecimiento deben ser examinadas cuidadosamente desde una perspectiva de desarrollo que incluya el hecho de la mayor duración de la vida y con un punto de vista que abarque toda la sociedad, tomando en cuenta las recientes iniciativas mundiales y los principios orientadores establecidos en importantes conferencias y reuniones en la cumbre de las Naciones Unidas (Naciones Unidas, 2002).

El actual modelo de política pública en materia de envejecimiento y vejez ha sido impactado a partir de estas estrategias regionales de implementación del Plan, buscando posicionar la generación de institucionalidades rectoras. Los organismos especializados deben, en muchas ocasiones, responder a un objetivo de creación que implica el ordenamiento administrativo de roles y funciones de las instituciones involucradas en la implementación de la política. Sin embargo, no queda claro cómo estas nuevas experiencias y desarrollos institucionales construirán los sentidos y contenidos de esta política, aspecto que es sustantivo ya que la institucionalidad se juega su legitimidad en su capacidad de llevarla a la práctica.

En el Informe sobre la Aplicación de la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y El Caribe del Plan de Acción de Madrid sobre el Envejecimiento y la Declaración de Brasilia en América Latina y El Caribe (Jaspers_Faijer, 2012) se hace un análisis sobre las instituciones rectoras en materia de envejecimiento y vejez de la región y, una de las conclusiones, del estudio es la naturaleza heterogénea de las mismas. El origen de las instituciones se establece en general a partir de normativas específicas, como leyes, decretos, resoluciones administrativas o políticas nacionales. Y existe una modalidad de comprensión del tema por parte de la institucionalidad que impacta en la distribución de poder, tanto en la ingeniería institucional como en el grupo de población referido.

La consolidación de la institucionalidad pública dirigida a las personas de edad en la región aún presenta un sinnúmero de dificultades. Sin embargo, su sola existencia es un buen punto de partida. Las instituciones son instrumentos que pueden facilitar o restringir el avance de las acciones orientadas a las personas mayores y, consecuentemente, su constitución como ciudadanos, en la medida en que tienen la posibilidad de proporcionar los mecanismos, instrumentos y recursos para asegurar la efectividad de los derechos (Jusidman en Jaspers_Faijer, 2012, p.113).

Según este informe:

(...) el tipo de institución más frecuente es el de las direcciones nacionales, como ocurre en las antiguas Antillas Neerlandesas, la Argentina, Aruba, Colombia, Nicaragua, el Paraguay y el Perú, entre otros países. Le siguen los consejos, que están presentes en Anguila, Belice, Costa Rica, Jamaica, la República Dominicana y Santa Lucía. Los institutos son una modalidad menos frecuente de organización y existen en México, Venezuela (República Bolivariana de) y, recientemente, en el Uruguay. (...) Hoy en día, la concepción más moderna de las personas mayores condujo a ampliar el espectro de acciones que llevan a cabo las instituciones encargadas del tema en los países, por lo que éstas han ido paulatinamente insertándose en el ámbito de los ministerios de desarrollo social. Una parte importante de las entidades sobre las que se dispone de información dependen de estos ministerios. Se registran 14 países en esta situación (antiguas Antillas Neerlandesas, Argentina, Bahamas, Belice, Chile, Dominica, Ecuador, México, Panamá, Perú, Saint Kitts y Nevis, Suriname, Trinidad y Tabago y Uruguay) (Jaspers_Faijer, 2012, p.124).

Otro de los puntos que el informe destaca es el ámbito de competencias que tienen las institucionalidades, donde en la mayoría de los casos están insertas en instituciones del ámbito social, por lo cual se demuestra un esfuerzo importante de ubicarlas fuera del escenario sanitario. Además, en el mismo se señala que incluso en aquellos casos en donde las instituciones están en la órbita de salud, como en los casos de Cuba y Paraguay, las competencias van más allá de la atención sanitaria.

Según este estudio se puede concluir que la función de rectorizar en los temas de envejecimiento se presenta en la región desde diversas modalidades organizacionales. Estas diferencias dan cuenta de procesos institucionales y de desarrollo sectorial con distintas características. En el intento de ordenar una tipología se pueden señalar cuatro modalidades diferentes:

1. Institucionalidad especializada en los asuntos de vejez.
2. Espacios institucionales y de coordinación intersectorial de las políticas con incidencia en los temas de las personas mayores.
3. Transversalización de los asuntos de envejecimiento en las políticas públicas.
4. Especialización de áreas de trabajo en las instituciones sectoriales.

III. 4. Sobre la función de rectoría institucional

Las políticas públicas pueden entenderse como un conjunto de procedimientos formales e informales que expresan relaciones de poder y se destinan a la resolución de conflictos en cuanto bienes públicos (Rua, 1998). La creación de una institución pública es producto de una serie de acciones políticas que transforman las prácticas sociales en acciones reguladas y que impactan en determinado escenario de producción organizacional.

La institucionalización de la función rectora ubica un orden de producción conceptual en el tema de referencia, poniendo el acento en la articulación como aspecto sustantivo a promover. Presenta la compleja función de coordinar un ámbito de intervención y gestión pública de población, pretendiendo intervenir en fijar prioridades y de efectuar el control, monitoreo y evaluación de los programas a nivel nacional.

La función rectora en los temas de envejecimiento y vejez debe darse en un marco de convivencia institucional con organizaciones identificadas en el tema que surgieron previamente, y que en la mayoría de los casos están fuertemente referenciadas por los distintos actores sociales. El mayor desafío que presenta una institucionalidad rectora que destina acciones hacia las personas mayores es cómo lograr legitimidad para aplicar un modelo de política nacional que pretenda una transformación en la producción social de la vejez.

Si bien es interesante observar cómo se han dado otros procesos de rectorizar políticas públicas hacia distintos sectores de población, es importante identificar que el escenario de acción en materia de vejez presenta particularidades muy específicas. Cuando observamos otros grupos de población nos encontramos, en muchos casos, con que no hay acciones previas y el sujeto de la política se visualiza a partir de la acción que emprende este nuevo organismo específico. Sin embargo, respecto

a los temas de envejecimiento y vejez, el mayor desafío es la confrontación y legitimidad frente a la construcción previa de un “sujeto viejo” materia de la intervención estatal. Este escenario previo evidencia la presencia de una construcción teórica y técnica que ya está instalada y que impacta en la toma de decisiones. No se puede obviar que las personas mayores ya son sujetos de política y que en casi todos los países de la región hay un menor o mayor desarrollo en instalación de acciones estatales dirigidas hacia este sector de población. Esto presenta un contexto previo que no sólo debe ser tomado en cuenta desde la base material, donde existen prácticas de políticas públicas, sino también en los aspectos de comprensión y en la construcción simbólica de este “sujeto viejo”. Este movimiento presenta dificultades ya que, si bien es necesaria una base sobre la cual asentar la rectoría, puede darse un efecto paradójico donde ese marco conceptual existente dispute el campo de comprensión y producción social de la vejez, obturando las funciones y avances de una política a nivel nacional de carácter programático.

La rectoría en materia de institucionalidad implica postular los objetivos que darán orientación a la política, para esto se requiere la consolidación de una política nacional que trascienda los objetivos meramente técnicos, que permita la regulación y la armonización de una base de comprensión conceptual de las personas mayores y del rol que tendrán en la política pública. Si bien en la función rectora que inicia pueden darse elementos de tensión con la base organizacional preexistente, es importante comprender que para aplicar la función de rectoría debe existir esta base de acciones ya establecidas en la matriz institucional: si no hay políticas previas, no hay sobre qué aplicar objetivos supra-institucionales.

Rectorizar implica la coordinación con los distintos sectores de la administración pública para influir en los lineamientos generales, a fin de que éstos incluyan explícitamente acciones en materia de protección de derechos para las personas mayores. La institucionalidad rectora deberá desarrollar una base argumental que traduzca los objetivos de la nueva institucionalidad en el discurso y preocupaciones de los otros sectores. Esta institucionalidad tiene entonces la tarea de difundir el conocimiento acumulado respecto de las causas, los mecanismos de reproducción y las alternativas de políticas para abordar el problema.

Para ello, debe desarrollar una estrategia combinada: por un lado, aumentar las capacidades técnicas del sector de intervención de acuerdo a la racionalidad que se quiere impulsar y, por otro, desarrollar una agenda pública coordinada con carácter de política nacional que permita integrar a los diversos sectores a una misma matriz operativa de acción y comprensión sobre el envejecimiento y la vejez.

Las acciones de la nueva institucionalidad tienen que ver con administrar un campo teórico de abordaje, esto quiere decir la base estructural de intervención donde aterrizan los programas y definiciones sobre las personas mayores por parte del Estado, la definición de la racionalidad y la comprensión del tema sobre el envejecimiento y la vejez. La tarea resulta ser entonces bastante compleja en la medida en que tiene que legitimarse frente a una estructura social e institucional existente, pero también frente a la generación de políticas que trasciendan las lógicas sectoriales. Es así que esta nueva institucionalidad estará obligada a coordinarse con los otros sectores y a promover políticas integrales, a la vez que a demostrar productos, resultados e impacto en un escenario de alta demanda social. La generación de una institucionalidad rectora no alcanza por sí sola para generar una plataforma de transformación a nivel social, pero la consolidación de una institucionalidad pública con la capacidad de orientar objetivos programáticos presenta un buen punto de partida.

La nueva institucionalidad de carácter rector, que existe en la mayoría de los países de la región, no dará inicio a un proceso de visibilidad de un sector de la población, sino que deberá integrar una mirada que, en muchos casos, presentará un nuevo paradigma, como un proceso de ruptura con la forma histórica de abordaje estatal dirigida a las personas mayores. Este proceso es altamente complejo ya que requiere la revisión de un escenario material y simbólico ya instalado. Virginia Guzmán (1997) tomando a Landau para pensar el rol de las instituciones rectoras en materia de género, habla de lo que el autor ha dado en llamar *fenómeno de la redundancia*. Esto quiere decir que las acciones de los organismos sectoriales ya previos, instalados con presupuesto, legitimidad y capacidades institucionales, pueden favorecer el proceso de legitimidad de la institucionalidad rectora, pero también lo pueden obstaculizar. La base preexistente podría contribuir a aumentar la efectividad de la institucionalidad rectora, pero también transformarse en un mecanismo para aislar y debilitar su actuación.

La incorporación de la perspectiva de envejecimiento y vejez exige a la nueva institucionalidad anticipar el curso de las acciones, los actores y los escenarios institucionales. Desde esta perspectiva resulta conveniente, en el momento de diseñar las políticas, por una parte pormenorizar los objetivos, los recursos y los procedimientos para adaptarlos a las circunstancias y a los operadores a fin de precisar y simplificar los diseños de intervención y, por otra, identificar las decisiones de colaboración conjunta para con los actores y las organizaciones que intervienen en los distintos puntos de decisión.

Es posible identificar algunos de los factores que pueden obstaculizar la coordinación en torno a la búsqueda de un proyecto conjunto en política pública:

- La defensa de un paradigma fuertemente arraigado que obture y no permita la revisión con nuevos enfoques.
- Una defensa de la acción pública sectorial en confrontación con la función rectora.
- Inequidades en la operatividad y administración de los recursos materiales en desmedro de la institucionalidad rectora.
- Fuerte legitimidad de organismos sectoriales para administrar la base conceptual y simbólica en el tema.
- Una base ejecutora que se presente competitiva y que priorice una disputa por la estructura de acción pública.
- Ausencia de mecanismos imperativos, por parte de la rectoría, que otorguen un carácter de obligatoriedad a la coordinación y a los acuerdos que de ella se derivan, presentando una falta de poder para llevar a cabo los acuerdos.
- Ausencia de instrumentos que operacionalicen y orienten el sentido de la acción en los distintos sectores.

Ante la complejidad que implica instalar nuevos procesos institucionales con un carácter programático es necesario pensar en la promoción de tres planos distintos de acción:

a) Alianza estratégica

La acción de la nueva institucionalidad no está limitada ni depende sólo de lo que sucede en el interior de la administración pública y del gobierno, por el contrario, las nuevas están asentadas en un complejo sistema de interlocución integrado por actores y organismos de distinto tipo que condicionan su poder y legitimidad. El proceso de legitimidad implica desarrollar estrategias de interlocución y comunicación diferentes para que, desde sus ámbitos de acción, los distintos actores contribuyan a asentar el proceso de capacidad institucional. La legitimidad institucional depende en gran medida de la capacidad que tienen las instituciones para detectar, interpretar y dar solución a los problemas que comparten las personas mayores, por lo cual la nueva institucionalidad debería estar dotada entonces de herramientas que le permitan acceder a la visión de las propias personas mayores, ya que deben ser consultadas; esto es fundamental al pensar las alianzas que faciliten legitimar el nuevo proceso institucional. Los actores sociales y las organizaciones de las propias personas mayores son actores relevantes e imprescindibles para tomar en cuenta al momento de querer iniciar un proceso de administración pública supra-nacional, ya que estos actores conocen la experiencia de las acciones fragmentadas y solapadas de agendas descoordinadas y sin la incorporación de temáticas transversales.

b) Conjunto estructurado de acciones

Una política nacional en materia de vejez requiere objetivos sostenidos en el tiempo y de largo plazo. No resultan suficientes los programas aislados, sino que se necesita un conjunto estructurado de acciones pensadas para desarrollarse en periodos extensos y que produzcan efectos acumulativos (Franco, 1996) El proceso de una política nacional que sea unitaria, con prioridades claras, en la cual los diferentes actores se orienten a alcanzar los grandes objetivos del sistema, es la posibilidad de superar la fragmentación y la duplicación de funciones y servicios. Una política nacional liderada por una institucionalidad rectora debe estar dirigida a modificar aspectos de la realidad material y simbólica en la cual viven las personas mayores, pero fundamentalmente en la producción social de la vejez.

c) Asegurar funciones que permitan el diálogo entre sectores:

Priorizando una línea de base en materia de política pública. Para esto se requiere establecer una estrategia que determine las dimensiones de abordaje en materia programática, así como jerarquizar las poblaciones a atender y la construcción de agenda pública.

Coordinación. En este punto se debe comprender el relacionamiento con los organismos sectoriales y las organizaciones que ejecutan los programas, adoptando decisiones para evitar la duplicación de atenciones o la falta de cobertura.

Disponibilidad de recursos. Las instituciones rectoras deben tener contempladas previsiones presupuestarias acordes a la complejidad de la función. Este punto es sustancial, ya que si la institucionalidad es muy débil en este punto o, depende de líneas de cooperación externas al Estado, posee una débil capacidad de intervenir para transformar los dispositivos institucionales de respuesta existentes. Es común que se dé en la región latinoamericana la existencia de instituciones que no poseen

presupuesto propio o que para funciones institucionales centrales deben negociar líneas de cooperación con agencias financiadoras.

Evaluación y monitoreo. Para que la coordinación sea efectiva es preciso que la institucionalidad rectora controle la aplicación de las políticas a nivel nacional y que pueda determinar el rumbo de las decisiones.

Ubicar como eje central la función reguladora: es importante que este tipo de instituciones asuman una función reguladora, entendiéndose por ello, que tengan objetivos claros de cómo pautar el funcionamiento de las políticas dirigidas a las personas mayores y generar mecanismos de protección de derechos. La regulación implica aquellos mecanismos formales que amparan los intercambios de bienes y servicios y la toma de decisiones. La regulación está fuertemente asociada a la función rectora, ya que requiere de capacidades políticas e institucionales para formular e instrumentar las líneas de acción en políticas públicas.

Si bien una política rectora debe asumir el desafío de articular las políticas sectoriales en la búsqueda de una única base programática, no deben ser entendidos los instrumentos sectoriales como opuestos o en tensión con la política rectora. La planificación del Estado implica procesos que se desarrollan en diferentes niveles, por lo tanto, es necesaria la política sectorial para responder a problemáticas en áreas específicas, lo que debe proponerse entonces no es eliminarla sino incorporar y promover espacios de articulación y retroalimentación.

III. 5. El caso de Uruguay: puesta en funcionamiento del Instituto Nacional de Personas Mayores

Con el objetivo de problematizar de forma práctica los elementos hasta acá planteados, se presenta el proceso que se ha dado en Uruguay, ya que el mismo permite observar la puesta en marcha de transformaciones y reformas hacia la generación de una política rectora.

Uruguay ha iniciado una reforma general en la definición e instrumentación de sus políticas. Estas transformaciones han estado orientadas por principios de equidad, continuidad, oportunidad y calidad con un fuerte enfoque de gestión democrática y participación social. La concepción y el rol del Estado en su vinculación con las políticas públicas ha transitado por un proceso adecuado al crecimiento nacional, distribución de la riqueza, modernización, democratización e inclusión social. Estos cambios también han impactado en la profundización de mejores procesos institucionales vinculados a la articulación y coordinación de los distintos sectores que componen la agenda nacional.

Antes de la puesta en funcionamiento de Inmayores, en el año 2012, Uruguay tenía claros antecedentes en funciones rectoras en materia de gestión de población hacia otros sectores, como ejemplo se pueden mencionar la presencia del Instituto Nacional de las Mujeres, el Instituto Nacional de Juventudes y el Programa Nacional de Discapacidad. Estos antecedentes en rectorizar políticas han logrado transformar la pauta de intervención y producción de conocimiento estatal referida a los grupos de población mencionados y fortalecer la mirada sobre la necesidad de políticas nacionales, pero también han significado antecedentes valiosos en los temas de envejecimiento y vejez.

Para el caso de las personas mayores es de destacar que, previo a esta transformación institucional, las sectoriales de seguridad social y salud que eran los organismos identificados naturalmente como

competentes en la materia, habían iniciado también un proceso de transformación de sus prácticas sectoriales. Esta transformación institucional intentaba superar una política que estuvo orientada principalmente a cubrir necesidades vinculadas a prestaciones básicas como son la previsión social y la salud, articulando las políticas de trabajo con pretensiones de políticas más universalistas en materia de acceso a la salud.

En el proceso nacional de intervención estatal se pueden detectar cuatro etapas de implementación y pautas de acciones públicas dirigidas a las personas mayores. Rafael Tejera (2009) desarrolla un análisis sobre tres momentos articuladores del carácter de las políticas de vejez y de los programas que existieron en la oferta pública del país.

Una primera etapa, que corresponde a la primera parte del siglo XX hasta la vuelta a la democracia en 1985, donde se presenta una base de respuesta pública dirigida a las personas mayores dependiendo de su vinculación con el mundo del trabajo. Este esquema presentaba grandes grupos de personas mayores que quedaban excluidos de la acción estatal, donde aquellos que no hubiesen cubierto sus necesidades de vivienda o de ingresos durante su vida activa deberían poder resolverlas en la vejez, o bien individualmente o a través de sus redes familiares de apoyo o mediante organizaciones filantrópicas y de caridad desde una perspectiva asistencialista.

Una segunda etapa, se identifica hasta mediados de los '90, con la extensión de las prestaciones tradicionales mediante los programas de vivienda y otras, no tradicionales, como propuestas de turismo social del Banco de Previsión Social (BPS). Es de destacar, en este punto, el ingreso de personas mayores al Directorio del Banco de Previsión Social en esta década. Asimismo, se produce una ampliación de comprensión de las áreas de intervención de las políticas públicas dirigidas a las personas mayores, como las de recreación o participación que entran en la esfera de las acciones en políticas públicas, lo cual podría señalar el impacto de un nuevo paradigma que por esa época comienza a ejercer efectos en la producción social de la vejez: el *Envejecimiento Activo* que a nivel mundial va generando transformación en la forma de entender los derechos y necesidades de las personas viejas. A nivel internacional se aprueban los Principios de Naciones Unidas para las personas de edad, del año 1991, y el envejecimiento ya es un tema de preocupación hacia América Latina que comienza a experimentarlo pero en un escenario más desfavorable económicamente y con más desigualdad social que otras zonas del mundo. En ese momento el tema central de discusión se establece en la sostenibilidad de un sistema de seguridad social contributivo con bajos niveles de formalidad, una crisis a nivel de empleo de calidad en la región y la búsqueda de reformas que ponen el acento en la privatización y el ahorro individual en materia de jubilaciones y pensiones. Todas estas acciones son ajustadas a un modelo neoliberal en la administración del Estado.

A partir de 1995 puede reconocerse una tercera etapa, cuando las personas mayores más vulnerables pasan a ser consideradas por la política, generándose respuestas más focalizadas y parte de un ejercicio que se instrumentó como modalidad de cubrir necesidades puntuales hacia sectores en situación de indigencia.

En 1997 se presenta, por ejemplo, un programa del Banco de Previsión Social coejecutado con ONGs de atención a personas mayores en situación de calle. Esta integración de las personas mayores en posición de mayor vulnerabilidad a la agenda de políticas se inicia en un proceso de respuestas focalizadas y asistenciales que se comienza a ejercitar como modalidad complementaria de respuesta en políticas públicas, se da inicio en esta etapa a la coexistencia de acciones en políticas públicas desde

el área del trabajo con la incorporación de acciones focalizadas a sectores de mayor vulnerabilidad o situación de indigencia. De alguna manera, esto se relaciona con un modelo más general de aplicación a la definición de las políticas sociales en la década de los '90.

A partir de 2008 comienza a producirse en Uruguay un proceso de transformación institucional que permite dar un giro en la forma e impacto de las intervenciones públicas dirigidas a las personas mayores. Este giro tiene que ver con romper la lógica exclusivamente sectorial de abordaje de las políticas sociales la cual, al encontrarse sin articulación, tenía como consecuencia una fragmentación y una atomización de la comprensión del "sujeto" materia de la intervención estatal.

Este cambio se concentra en cuatro puntos destacables:

- a) La creación de un ministerio coordinador y rector de las políticas sociales, donde expresamente se incluye a las personas mayores como competencia de dicho ministerio.
- b) La aprobación del Plan de Equidad, donde las personas mayores son población objetivo directamente.
- c) La puesta en funcionamiento de una reforma sanitaria con la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud.
- d) La puesta en funcionamiento del Instituto Nacional del Adulto Mayor como organismo rector en los temas de vejez a nivel nacional.

Este proceso de transformación puede identificarse como el inicio de una cuarta etapa debido a que considera, como ejes centrales: la función de rectoría, la creación de políticas de base nacional y estrategias de articulación y coordinación supra-institucionales. A partir de allí, es posible hablar de nuevos objetivos y nuevas metodologías de abordaje en el campo del diseño, la ejecución y el monitoreo de políticas públicas orientadas a las personas mayores, con un criterio inclusivo de participación basado en la gobernanza y con un enfoque de derechos humanos como organizador de la agenda política.

La rectoría implicó el ingreso en la agenda de la perspectiva de derechos de forma intencional y explícita. Este cambio en la visión del diseño de políticas implica a su vez una resignificación de las personas mayores en la sociedad, un cambio en la construcción social de la vejez en los roles y funciones atribuidos a las personas mayores. Dado que la instrumentación de la función rectora surge como producto de movimientos previos a nivel organizacional, programático y normativo, es importante destacar una serie de acciones que fueron clave en el proceso:

- Medidas orientadas a la protección del derecho a la seguridad económica en la vejez, principalmente atendiendo la situación del grupo de personas mayores con menores ingresos. Como ejemplo de esto se encuentra la Ley número 18.095 que otorga una prima por edad a los jubilados del BPS de menores ingresos.
- Leyes de ratificación de tratados bilaterales entre Uruguay y otros países en reconocimiento de historia laboral de los trabajadores (Leyes número: 18.269, 18.305, 18.560 y 18.798).

- Leyes que reconocen o regularizan situaciones laborales (Leyes número: 18.310, 18.326, 18.384 y 18.395, la última introduciendo la perspectiva de género); todas ellas buscan garantizar el derecho de acceso a jubilaciones y pensiones.
- Avances en la cobertura en salud, como con la Ley número 18.211 que establece un cambio en el modelo de atención a la salud.
- Se asegura la cobertura universal en salud a las personas mayores a través de Contratos de Gestión con prestadores de servicios de salud.
- Instalación del Programa Nacional del Adulto Mayor del Ministerio de Salud Pública en el Área de Ciclos de Vida de dicho ministerio.
- El Programa de Soluciones Habitacionales que, a partir del año 2009, amplía la oferta para personas mayores autoválidas y se generan soluciones para las personas mayores con dependencia.
- Se avanza en la promoción de derechos a la seguridad económica en la vejez, pero con la mirada en los grupos más vulnerables. Se promulgan las leyes número 18.241, de Asistencia a la Vejez, que otorga un subsidio a las personas en situación de indigencia entre 65 y 69 años y, la ley número 18.246, de Unión Concubinaria, que reconoce los derechos de las concubinas y los concubinos en materia de seguridad social.
- Una serie de programas públicos orientados a las personas mayores en situación de mayor vulnerabilidad, como el Hospital de Ojos “José Martí”, que permitió acceder a las personas mayores a cirugías de cataratas a partir del año 2008. El programa PASC (de Atención a Personas en Situación de Calle). Los Centros de Recuperación Tarará Prado y Unión, estos dos ofreciendo servicios de cuidados al estar dirigidos a personas con altas hospitalarias que requieren de un tiempo de atención especial previa reinserción en su entorno, en funcionamiento desde el año 2009.
- Creación en 2007 del Área de las Personas Mayores dentro de la Dirección Nacional de Políticas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social.

La Ley número 18.617, promulgada en octubre de 2009, creó el Instituto Nacional de Personas Mayores que tiene como cometido la promoción integral de las personas adultas mayores, siendo sus funciones: el diseño, la coordinación, la planificación, la regulación y la evaluación de las políticas sociales dirigidas a esta población. Los canales de participación ciudadana para personas mayores y sus organizaciones están previstos mediante la promoción de la participación de organizaciones de personas mayores en los procesos de creación, control y evaluación de las políticas públicas que inciden en el envejecimiento y en la población vieja. En el marco del instituto además, se ha puesto en funcionamiento un Consejo Consultivo que funciona como espacio privilegiado de articulación y coordinación de las distintas acciones públicas sectoriales. A su vez se ha hecho un esfuerzo por dejar claramente explicitados los objetivos del instituto y las funciones a cumplir:

- Generar espacios de articulación y coordinación interinstitucional en materia de políticas sociales sobre vejez y envejecimiento.

- Asesorar a organismos que ejecuten acciones dirigidas a las personas adultas mayores.
- Impulsar la revisión y eventual modificación de los marcos normativos nacionales vigentes en materia de envejecimiento y vejez. Asesorar en la elaboración de las normativas nacionales e internacionales referentes a la situación de las personas adultas mayores.
- Promocionar y realizar actividades de investigación y divulgación en materia de envejecimiento y vejez.
- Promover políticas de sensibilización cuyas acciones estimulen la reflexión de las personas mayores y de la sociedad toda, en torno a la vejez y el envejecimiento.
- Participar en instancias intergubernamentales sobre los derechos de las personas adultas mayores. Fomentar la cooperación internacional en los ámbitos de políticas públicas, envejecimiento y vejez.

III. 6. Consideraciones finales

La creación de una institucionalidad rectora en Uruguay significó un avance en el desarrollo de los instrumentos políticos para la protección de los derechos de las personas mayores. A nivel nacional se cuenta ahora con un organismo rector en los temas de vejez y envejecimiento destinado a orientar y coordinar las políticas públicas en la materia. Esto representa, además de una innovación, reconocer la necesidad de abordar los temas vinculados a las personas mayores desde una perspectiva integral, articulando respuestas en distintas áreas. La ubicación de una función rectora a nivel nacional define una nueva consideración, más amplia respecto a los asuntos de vejez y envejecimiento y no ya exclusivamente desde un marco sectorial. Estos aspectos aparecen claramente descritos en la normativa que crea la institución rectora con mandato para planificar, diseñar, ejecutar y evaluar las políticas del tema de su competencia y, también, para coordinar, coejecutar y asesorar, planteando el carácter supra-institucional de su rol como organismo orientador.

En el proceso de instalación y funcionamiento de esta institucionalidad se ha producido una clara identificación de su rol programático por parte de los distintos actores institucionales y sociales. Este proceso ha facilitado distintas líneas de acuerdos, pero también ha enfrentado obstáculos en su camino de legitimidad institucional. La estrategia de incorporación de su función se ha basado por un lado en la búsqueda de apertura y de instalación de procesos de colaboración con actores relevantes en temas de envejecimiento y vejez o, que llevan adelante acciones clave vinculadas a esta área específica. Es importante señalar que el proceso de búsqueda de legitimación se ha dado en un trabajo de coordinación y articulación con organismos competentes en el tema a nivel nacional, de vínculo con la sociedad civil y de articulación internacional.

Tomando el ejemplo de Uruguay se pueden realizar algunos puntos de análisis sobre los elementos que aporta una institucionalidad rectora en políticas en un área de población como es el de las personas mayores. El camino no ha sido sencillo y, si bien una institucionalidad con las consideraciones planteadas ha generado avances en la ampliación de agenda, inclusión del paradigma de derechos, detección de vacíos y aplicación de respuestas en áreas sustantivas para la calidad de vida de las personas mayores, también ha tenido que lidiar con fuertes obstáculos que han enlentecido y obturado la capacidad de

crecimiento institucional y que han presentado un proceso de lucha política por la producción social de la vejez. Las alianzas han sido escasas y la falta de recursos junto a la debilidad para pautar elementos de acuerdo a las agendas sectoriales, la disputa de otros organismos, la débil capacidad de acuerdos y legitimidad por parte de los otros actores del entramado estatal, son algunos de los aspectos que han impactado en el proceso de desarrollo y trabajo del instituto.

Entonces, si se detectan estas dificultades ¿Por qué la insistencia de la puesta en funcionamiento de la función de rectoría? ¿Por qué este esquema de trabajo se viene instalando en la región como la vía posible para la incorporación de una perspectiva de derechos?

La generación de instituciones rectoras no surge de la noche a la mañana, es necesaria una transformación en la visión de las funciones de política pública que atraviesan a la población sobre la que, posteriormente, se articulará la institucionalidad. Es probable que previo a la rectoría se puedan identificar cambios que deben ser tomados y analizados como antecedentes preparatorios de este proceso. El hecho de que comiencen a instrumentarse tímidas transformaciones de paradigma, transversalización del enfoque de envejecimiento y vejez, ampliación de la agenda de derechos y avances normativos, son claros indicios de que empieza a darse un espacio para un cambio en la infraestructura organizacional del Estado favorable a la constitución de funciones rectoras. Esta es una oportunidad política para el impulso de las transformaciones en la conceptualización de las personas mayores que debe aprovecharse. Está claro que las políticas sectoriales pueden ser más o menos efectivas para resolver las situaciones de las personas mayores, pero lo que su presencia histórica demuestra es que son poco efectivas para la generación de una perspectiva integral de las personas mayores. La sectorialidad es imprescindible pero tiene límites a la hora de propiciar la ampliación de una agenda dirigida a las personas mayores, la coordinación técnica con otros sectores y subsectores y la articulación de diálogo con actores diversos en una arena social cada vez más compleja y diversa.

Por otro lado, también es importante destacar que tampoco la función de una rectoría institucional es la solución a los problemas y límites que plantea la intervención pública dirigida hacia las personas mayores. El proceso de legitimidad es arduo y en muchas ocasiones se carece de la convicción por parte de los actores públicos de su necesidad.

Como se planteaba previamente, hay procesos de tensión y disputa en materia de recursos materiales y simbólicos que en varias situaciones limitan y obturan el accionar de una institucionalidad con las características planteadas. Esto puede producir, en muchos casos, institucionalidades con equipos técnicos muy pequeños, escasas de recursos y con presencia meramente nominal en la arquitectura organizacional estatal. Ante esto, si bien es vital que exista una base programática sectorial ya funcionando, la misma debilidad de la institucionalidad puede en muchos casos entorpecer y frenar la propia búsqueda de una política nacional y de un cambio de paradigma sostenido en una perspectiva de derechos de forma real y efectiva. Hay mucha resistencia por parte de los organismos sectoriales respecto a la función de rectoría, su presencia se entiende como una probable pérdida de autonomía institucional, además de sumarse un nuevo actor para la interlocución en una agenda sectorial que en muchas ocasiones ya tiene multiplicidad de opiniones y dificultad de acuerdos.

Está claro que en un escenario contrario a la instalación de una institución rectora se presentan obstáculos difíciles de resolver, sin embargo aunque se dé una sinergia y un acuerdo político para su funcionamiento, tampoco es sencillo rectorizar en materia de política pública. Entre los diversos problemas que se presentan se puede destacar la falta de coordinación y contradicciones en los niveles de

comprensión sobre la vejez y el envejecimiento, la existencia de diferentes unidades administrativas ubicadas en distintos sectores que cumplen la misma función, la duplicación de esfuerzos dentro de un mismo sector y diferentes niveles de provisión de servicios, así como la presencia de distintas unidades administrativas asignadas a la misma función. Todo esto a su vez se complejiza aún más ante dificultades en la asignación de presupuestos y restricción de recursos.

En la experiencia de Uruguay, al inicio de la función de rectoría muchos de los espacios de negociación se resolvían a partir de lógicas particulares dependientes de ciertas voluntades de los actores que participaban, y no como política institucional de cooperación. Teniendo en cuenta estas dificultades, el objetivo que se planteó en un inicio fue la búsqueda de brechas y espacios que permitieran una línea posible de trabajo, algo nada sencillo cuando se tiene que lidiar con la resistencia de algunos organismos sectoriales altamente legitimados. Sin embargo, fueron estos espacios de brecha, de vacío de intervención, los que permitieron afianzar un camino de trabajo y un lento proceso de legitimidad.

En este punto la experiencia en Uruguay se instrumentó en base a una serie de procedimientos de trabajo que permitieron ir posicionando a la institucionalidad como un interlocutor válido en el entramado público de trabajo:

- Iniciar un nuevo proceso en agenda, incluir una perspectiva de trabajo altamente sensible para los actores sociales e institucionales y que hasta el momento no había sido abordada.
- Tejer una alianza positiva con las propias personas mayores en los procesos de definición de prioridades en la acción de la institucionalidad.
- Producir conocimiento sobre la situación de las personas mayores.
- Trabajar nuevas capacidades en el abordaje de los temas de vejez y envejecimiento.
- Buscar acuerdos y asociaciones de trabajo con otras instituciones rectoras ya afianzadas y legitimadas.
- Brindar apoyo técnico y capacitación en materia de política pública y vejez.
- Crear condiciones que favorezcan la participación social de las personas mayores para su plena inclusión en la sociedad.
- Fomentar el desarrollo social y la protección de los derechos humanos de las personas mayores.
- Promover en la opinión pública y en los propios adultos mayores un estado de opinión sin prejuicios respecto al envejecimiento y la vejez.
- Colaborar con organismos internacionales y desarrollar acciones orientadas a la búsqueda de cooperación internacional en los ámbitos de envejecimiento y vejez.
- Efectuar apoyo técnico y colaborar con otros organismos que ejecuten acciones dirigidas a las personas mayores.

- Apoyar el intercambio de información y las experiencias entre los distintos organismos de la administración pública, fomentar especialmente la realización de actividades de promoción de los derechos de las personas mayores.

Se puede concluir que la presencia de las institucionalidades rectoras en la región ha aumentado y, en el caso de Uruguay, analizado más en profundidad para este trabajo, se identifica que ha sido un motor sustantivo para transformar la manera en que el Estado define e implementa las políticas públicas hacia las personas mayores. Es difícil cumplir con una función compleja, que presenta dificultades de llevarse a la práctica, que por momentos parece meramente intencional y que, en unas primeras etapas, le cuesta incidir de modo práctico en las situaciones de desprotección de derechos del sector de población de referencia. Ante esto debe pensarse que el camino es lento y trabajoso, la búsqueda de efectividad radica en las alianzas que se logra concretar, así como en una lectura del proceso institucional respecto de la definición de políticas que se instrumentan hasta el momento. Con relación al primer punto, indica que deben encontrarse actores ya legitimados que estén convencidos de la nueva función y que ayuden en el proceso de afianzamiento. Los actores de la sociedad civil y de la academia se presentan como buenos referentes para este proceso.

Respecto al segundo punto, deben darse señales concretas de nuevos abordajes en acciones públicas hasta el momento postergadas e inexploradas. Esto quiere decir, cambiar elementos materiales de intervención pública, buscar aquellos puntos de agenda rezagados y que no presentan entusiasmo ni interés de gestión por otros sectores. Si bien estas brechas en materia de intervención son un terreno complicado de trabajar debido a las múltiples dificultades y problemas que presentan, son la posibilidad de ubicar la institucionalidad como referente y nutrir su proceso hacia la legitimidad.

Capítulo IV.

Salud y envejecimiento

LA AUTORA

Romina Karin Rubin, Médica Clínica, Médica Geriatra, Magíster en Gestión de Servicios de Gerontología. Actualmente se desempeña como Directora Médica de la Fundación Nuevo Hogar y Centro de Ancianos para la Comunidad Judía, Hogar Ledorvador. Equipo Técnico de la Dirección Nacional de Políticas para Personas Mayores. Ministerio de Desarrollo Social presidencia de la Nación. Miembro de la comisión directiva de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria. Vice Directora de la Carrera de Medicina Geriátrica de la Universidad de Buenos Aires sede Ledorvador.

IV. 1. Introducción

En este capítulo se desarrollarán algunas características de las personas mayores (PM) en cuestiones de salud, la importancia de la multidisciplina en geriatría, los conceptos de persona mayor sana, enferma, frágil y paciente geriátrico, aspectos generales de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) y el concepto de síndrome geriátrico con una breve descripción de las características más relevantes.

En el mundo y en la región, el grupo de personas mayores de 60 años crece cada vez más con respecto al total de la población. El envejecimiento poblacional obliga a los profesionales a fortalecer y mejorar su formación en geriatría y gerontología para brindar una prestación adecuada y de calidad.

La calidad de vida de las personas mayores es responsabilidad de aquellas personas relacionadas con las áreas de salud, de seguridad social, y todas aquellas vinculadas a las decisiones socioeconómicas.

Desde el punto de vista demográfico, las pirámides poblacionales se verticalizan como producto del envejecimiento, la disminución de la natalidad modifica a las familias, lo que implica que habrá cada vez menos parientes laterales que puedan hacerse cargo de las personas mayores en caso de caer en dependencia. Este fenómeno requiere el establecimiento de una red social de apoyo que debe extenderse más allá del seno familiar. En el futuro se hará necesaria la participación de nuevos lazos para la asistencia de las personas mayores que requieran más cuidados.

Si bien la mayoría de las personas mayores gozan de buena salud, son independientes y muchos de ellos ayudan a sus familias, es cierto que con la edad aumenta la incidencia y la prevalencia de enfermedades crónicas y ciertas situaciones de dependencia que generan mayor utilización de recursos socio-sanitarios.

La geriatría es la rama de la medicina que estudia los aspectos preventivos clínicos, terapéuticos y sociales de las enfermedades en las personas mayores. Aporta a la gerontología sobre cuestiones del proceso salud-enfermedad.

Los objetivos de este capítulo son:

- Comprender la importancia de la multidisciplina en geriatría y de la valoración geriátrica integral.
- Conocer las características la población de personas mayores en cuestiones de salud.
- Identificar las características del envejecimiento fisiológico.
- Conocer las diferencias entre persona mayor sana, persona mayor enferma, persona mayor, frágil y paciente geriátrico.
- Conocer los síndromes geriátricos para poder detectarlos y derivarlos.

IV. 2. Concepto de envejecimiento

Para comprender la trascendencia de la aparición de la geriatría es necesario hacer un poco de historia. El término geriatría surge por primera vez en 1909 cuando I.L. Nasher publica en el New York Medical Journal un artículo titulado "*Geriatrics*". "*The diseases of the old age and their treatments*", lo que en español significa: las enfermedades de los adultos mayores y sus tratamientos. En ese artículo se pone de manifiesto la necesidad de una medicina diferente para la mejor atención de las personas mayores.

Sin embargo fue recién casi 20 años después en Gran Bretaña, alrededor de 1935, que la Doctora Marjory Warren, a la que se le había encargado un sector de enfermos crónicos de un hospital/asilo de pobres (West Midd-lessex Hospital), evaluó, diagnosticó, estratificó y planificó el cuidado de los distintos grupos. Ella obtuvo resultados inesperados para sus colegas, dejando claramente demostrado que era necesario un cambio en la actitud respecto al cuidado y al tratamiento de los pacientes crónicos. Demostró también que luego del éxito logrado en la prolongación de la vida, la planificación y la continuidad de cuidados eran una pieza fundamental para el mantenimiento de la calidad de vida. Esta experiencia fue la base para la creación de las Unidades de Valoración Geriátrica Integral.

IV. 2. 1. Características particulares de las personas mayores

Se plantean a continuación algunos aspectos relevantes en cuanto a las características del grupo de personas mayores. Constituyen un grupo muy heterogéneo, es decir que existe una importante variabilidad individual. Cada persona envejece de manera diferente debido a que interactúan factores intrínsecos y extrínsecos que tendrán relación con lo social, lo económico, lo cultural y lo ambiental.

Algunas enfermedades se presentan en forma diferente al modo en que lo hacen en los adultos de mediana edad. Cuando tienen criterios de fragilidad, tienen mayor riesgo de pérdida de independencia. Es frecuente la comorbilidad (coexistencia de varias patologías) lo que con frecuencia se asocia con polifarmacia con el riesgo de producir iatrogenia en una población que de por sí es más susceptible.

Cuando requieren cuidadores, la sobrecarga de éstos puede generar maltrato o, incluso, una institucionalización inadecuada. Mayor utilización de recursos sanitarios y sociales y necesidad de rehabilitación.

Los problemas de salud de esta población corresponden con frecuencia a múltiples causas. Mayor número de situaciones que generan verdaderos dilemas éticos.

Pueden consultar tardíamente por problemas de salud debido a que los consideran propios de la edad.

El envejecimiento, entendido como la suma de todos los procesos que acontecen a un individuo relacionados con el tiempo, implica un camino que comienza desde el nacimiento. La vida humana es determinada en toda su extensión por la estructura genética, pero siempre en interacción con múltiples factores, tanto ambientales (llamados extrínsecos) como adaptativos individuales (factores intrínsecos).

Características del envejecimiento

El envejecimiento se define como un proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. En los individuos mayores sanos, muchas funciones fisiológicas se mantienen normales en un estado basal, pero al ser sometidos a stress se revela la pérdida de reserva funcional.

El proceso de envejecimiento es:

- Universal. Propio de todos los seres vivos.
- Irreversible. A diferencia de las enfermedades, no puede detenerse ni revertirse.
- Heterogéneo e individual. Cada especie tiene una velocidad característica de envejecimiento pero la velocidad de declinación funcional varía, enormemente de sujeto a sujeto y de órgano a órgano, dentro de la misma persona.
- Deletéreo. Lleva a una progresiva pérdida de función. Se diferencia del proceso de crecimiento y desarrollo en que la finalidad de éste es alcanzar una madurez en la función.
- Intrínseco. No es debido a factores ambientales modificables. En los últimos 2000 años se ha observado un aumento progresivo en la expectativa de vida de la población, pero el “*maximum life span*” se mantiene fijo alrededor de los 118 años. A medida que se ha logrado prevenir y tratar mejor las enfermedades y se han mejorado los factores ambientales, la curva de sobrevivencia se ha hecho más larga.

Los cambios que acontecen no son uniformes, ni en individuos de la misma especie, ni tampoco dentro de los distintos órganos y sistemas: varían su inicio, su rapidez y su magnitud. Es por este motivo que la “edad cronológica” (considerada como el número de años de una persona) y la “edad fisiológica” (considerada en términos de capacidad funcional), no siempre coinciden.

Estos cambios determinan una disminución de la reserva funcional y una alteración de la respuesta ante el stress. El órgano con menos reserva funcional claudica más tempranamente ante un proceso patológico independientemente de su afección directa.

La comorbilidad (coexistencia de varias patologías) y la polifarmacia colaboran enmascarando el cuadro principal.

IV. 3. Estratificación. Tipología de pacientes

La población es sumamente heterogénea debido a que el modo de envejecer depende de múltiples factores. Los perfiles suelen estar mal definidos y en general dependen de factores genéticos propios de la persona, del ambiente y de los hábitos.

Cuadro 1. Tipología de personas mayores

<i>Persona Mayor Sana</i>	<i>Persona Mayor Enferma</i>	<i>Persona Mayor Frágil</i>	<i>Paciente Geriátrico</i>
> 65 años	Iguales características que el sano, pero con enfermedad intercurrente	> 80 años	> 65 años
Sin Enfermedad Objetivable		Pluripatología	Pluripatología
Independencia para AIVD		Polifarmacia	Dependiente para ABVD
Independencia para ABVD		Mantiene su independencia gracias a un delicado equilibrio socio-familiar	Deterioro Cognitivo
Ausencia Deterioro Cognitivo		Riesgo de caer en dependencia ante cualquier intercurencia	Problemática social
Sin problemática social		Independencia para AVD. Puede requerir ayuda para las AIVD	

Fuente: elaboración propia según Raya, R., Miralles Basseda, R; Imma Llorach, G.; y Cervera Alemany, A. (s/f) Definición y objetivos de la especialidad de geriatría. Tipología de ancianos y población diana. En :Sociedad Española de Geriatría y Gerontología . Tratado de Geriatría para Residentes (pp.25-32). Madrid, España. Recuperado de www.segg.es/tratadoderesidentes.

Si bien la geriatría se ocupa también de las prácticas preventivas, la población que mayores beneficios obtiene con la atención especializada es la que corresponde a las personas mayores frágiles y a los pacientes geriátricos. El concepto de fragilidad se relaciona con el riesgo de pérdida de autonomía (Jauregui y Rubin, 2012).

IV. 4. Aspectos generales de la valoración geriátrica integral (VGI)

El paciente geriátrico presenta características particulares. En él confluyen los aspectos intrínsecos del envejecimiento fisiológico, el declinar paulatino de la funcionalidad de órganos y sistemas, la disminución de la reserva funcional y la alteración de la homeostasis, que aumentan la vulnerabilidad ante situaciones de estrés o enfermedad. La complejidad en el manejo de estos pacientes requiere la modificación en los modelos de valoración clínica y biológica utilizados tradicionalmente.

IV. 4. 1. Definición de la VGI

Se define VGI como el “Proceso diagnóstico, dinámico y estructurado, para la detección de problemas, necesidades y capacidades del adulto mayor en las esferas clínica, funcional, mental y afectiva que permite elaborar un plan de intervención multidisciplinar, tratamiento y seguimiento a largo plazo con la finalidad de optimizar recursos y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores (Raya., Miralles Basseda, Imma Llorach y Cervera Alemany (s/f)). Surge en respuesta a la gran cantidad de problemas y necesidades no diagnosticadas y disfunciones reversibles no reconocidas en el modelo tradicional de atención (interrogatorio y examen físico).

La diferencia con la valoración médica estándar es que está dirigida a personas mayores frágiles con problemas complejos y que su énfasis está puesto en el estado funcional y la “calidad de vida”.

Dentro de los objetivos de la VGI se encuentran:

- Mejorar la precisión diagnóstica y la identificación de problemas.
- Establecer objetivos racionales y seleccionar las intervenciones necesarias para mejorar o preservar la salud.
- Conocer la situación basal del paciente que permita establecer pronósticos.
- Monitorear los cambios a lo largo del tiempo.
- Asegurar una utilización adecuada de recursos.
- Disminuir la mortalidad.
- Mejorar la situación funcional.
- Evitar o reducir el índice de institucionalización.
- Mejorar la calidad de vida.

La VGI implica un diagnóstico cuádruple que incluye la evaluación de aspectos clínicos, funcionales, sociales y mentales.

De nada servirá indicar un tratamiento para una infección urinaria sin evaluar si la situación social, familiar y mental favorecerá el cumplimiento del mismo que incluye que se pueda comprar el medicamento y que se lo tome correctamente.

IV. 4. 2 Valoración clínica

La valoración clínica incluye la detección de los grandes síndromes geriátricos (inmovilidad, deterioro cognitivo, inestabilidad y caídas e incontinencia). Deberá, asimismo, incluir la valoración nutricional, la historia farmacológica, la exploración física y la elaboración de una lista de problemas.

Para realizar una correcta valoración clínica es necesario conocer las características de la población, los aspectos del envejecimiento fisiológico, la pluripatología, saber que la consulta puede presentarse como quejas múltiples, que algunas enfermedades se presentan como deterioro funcional y que muchos problemas pueden deberse a múltiples causas. De los aspectos sociales debe tenerse en cuenta que los déficits a este nivel pueden interferir tanto en la evolución de la enfermedad como en el cumplimiento del tratamiento.

La evaluación clínica consta de varios ítems:

1. Anamnesis o interrogatorio. Muchos factores pueden dificultar el correcto interrogatorio:
 - Múltiples quejas en la consulta, para lo que es necesario escuchar atentamente y priorizar.
 - Descripción confusa de los síntomas, que con frecuencia requiere de un interrogatorio dirigido.
 - Déficits auditivos o cognitivos que dificultan la comunicación y que requieren de distintas estrategias para superarlos.
2. Aspectos farmacológicos. Medicación habitual, debe recordarse que el consumo de tres o más fármacos se considera polifarmacia, con alto riesgo de efectos adversos en esta población.
3. Aspectos Nutricionales. Investigar hábitos nutricionales, modificaciones, etc.
4. Antecedentes familiares y personales, de los cuales se deberá investigar, además, su repercusión en las esferas funcional, mental y social.
5. Examen físico completo.
6. Estudios complementarios. En este punto se debe tener en cuenta el criterio con que se solicitan. Debe colaborar con el diagnóstico sopesado y la toma de decisiones.

El objetivo de la valoración clínica es la detección de enfermedades y su repercusión en la esfera funcional y la planificación de cuidados. En el paciente geriátrico cobra mayor importancia la detección de los grandes síndromes.

IV. 4. 3. Valoración funcional

El envejecimiento no es sinónimo de deterioro funcional y mental. Cualquier alteración en estas esferas debe ser evaluada.

La valoración funcional está dirigida a recoger información acerca de la capacidad de la persona para realizar las actividades de la vida diaria que se dividen en:

- Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): tareas destinadas al autocuidado (incluyen aseo personal, el uso del baño, la movilidad, el vestido, la alimentación y la continencia).
- Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): son aquellas actividades que permiten interactuar con el medio y mantener su autonomía (utilizar el teléfono, hacer compras, manejar el dinero, realizar tareas de limpieza y mantenimiento del hogar, cuidado de su ropa, uso de transporte).
- Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD): tareas que le permiten a la persona colaborar en actividades sociales, participar en actividades recreativas, viajes, etc.

Utilidad de las escalas de valoración funcional

Las escalas de valoración funcional son útiles para:

- Objetivar y cuantificar las capacidades y dependencias del paciente (previa y actual).
- Fijar metas terapéuticas o de rehabilitación necesarias y racionales.
- Medir resultados terapéuticos y su eficacia en el tiempo.
- Hablar un lenguaje común para obtener información objetiva y fácil de transmitir entre los distintos profesionales.
- Algunas de las escalas utilizadas son:
 - Índice de Katz (AVD).
 - Lawton Y body (AIVD).
 - Índice Barthel (AVD).

IV. 4. 4. Valoración cognitiva y afectiva

Incluye el estudio de la esfera cognitiva, afectiva y emocional.

Evaluación cognitiva

La prevalencia del deterioro cognitivo aumenta conforme aumenta la edad, aunque el porcentaje varía de acuerdo a la población estudiada: es mayor en las instituciones y menor en las personas que viven en sus domicilios.

La importancia de la valoración de esta esfera radica en que el deterioro cognitivo forma parte de los gigantes de la geriatría. Puede estar asociado a trastornos de conducta y a otros síndromes geriátricos como la inmovilidad, la incontinencia urinaria, la malnutrición, etc. Generalmente se asocia a alteraciones en las esferas funcional y social. Se asocia a un peor pronóstico rehabilitador.

Conocer el grado de deterioro cognitivo permite adecuar la información en la consulta. La consulta puede ser hecha por el familiar (como queja de memoria o cambios de conducta, agresividad, irritabilidad o apatía), o por el propio paciente (como queja de memoria).

De todas maneras, el grado de deterioro cognitivo debe ser explorado teniendo en cuenta la influencia en la entrevista del nivel educacional, los antecedentes médicos y la ingesta habitual de algunos fármacos como ansiolíticos y antidepresivos.

Luego de una entrevista pormenorizada puede completarse la evaluación con el uso de algunos test que permiten:

- Objetivar la información.
- Cuantificar los cambios.
- Evaluar la progresión en el tiempo.
- Evaluar la respuesta al tratamiento.
- Facilitar la comunicación entre los profesionales.

Algunos de los tests de uso común son: el *Minimal State Examination* de Folstein (MMSE), el test del Reloj, y la escala de Depresión de Yesavage.

Una vez detectado el deterioro cognitivo se evaluará si corresponde o no a una demencia. Para lo que requerirá una evaluación más profunda. Es un error frecuente evaluar sólo la repercusión del deterioro en las AVD sin tener en cuenta que éstas son las que se afectan más tardíamente.

Evaluación afectiva

Los síntomas afectivos pueden influir en la calidad de vida, afectar la esfera funcional y mental de las personas mayores. En éstas la depresión puede presentarse con síntomas somáticos como irritabilidad, pérdida de peso, ansiedad o deterioro funcional en lugar de hacerlo con los síntomas habituales.

Tanto los síndromes depresivos como la ansiedad son difíciles de detectar en personas mayores ya que pueden presentarse como síntomas en cualquier localización, múltiples quejas y policonsultas médicas que implican una diversidad de diagnósticos diferenciales.

En la exploración del estado afectivo se debe valorar:

- Estado anímico.
- Emociones.
- Alteraciones de sueño.
- Ideas de muerte o autoagresividad.
- Trastornos de apetito.

Para valorar esta esfera se utilizan varias escalas, entre ellas la escala de Depresión de Yesavage, Inventario de depresión de Hamilton, de Beck, Escala de Zung. Las escalas se administrarán a aquellos adultos mayores con riesgo de depresión. Algunas características a tener en cuenta son:

- Historia de alteraciones del ánimo.
- Adultos mayores con dolor crónico.
- Presencia de síntomas inexplicables.
- Consultas reiteradas.
- Crisis vitales.
- Acontecimientos desencadenantes.
- Viudez reciente.
- Problemas socioeconómicos.
- Hospitalización reciente.
- Institucionalización.

La utilidad del uso de escalas reside en que permiten:

- Rastreo y detección de depresión.
- Evaluación de la severidad de la enfermedad.
- Monitoreo del tratamiento.

Vale la pena aclarar que las escalas nunca reemplazan al criterio clínico.

IV. 4. 5. Valoración social

La salud y la función social se alteran recíprocamente. Esto quiere decir que muchos problemas sociales pueden generar problemas de salud y viceversa.

Importancia de la valoración social (VS)

La VS permite encontrar factores protectores de salud o bien factores de riesgo que requerirán de vigilancia o de intervención psicosocial. Asimismo, permite conocer los recursos con los que cuenta la persona entrevistada. Su realización periódica permitirá detectar “que algo anda mal”.

A partir de la VS se podrá realizar la planificación de intervenciones en personas con criterios de fragilidad para evitar la institucionalización inadecuada. La historia social cuenta con una parte básica, donde se recogen datos específicos con una entrevista libre o dirigida y, una parte complementaria, con la utilización de escalas de evaluación.

La valoración social exhaustiva es función del trabajador social. Sin embargo, si el que realiza la valoración es otro profesional, deberá recoger aquellos factores con repercusión actual o futura en la vida de la persona mayor. Por ejemplo, en la salud de las personas mayores influyen factores demográficos, socioeconómicos y psicosociales tales como:

- **Edad.** Es sabido que la edad conlleva mayor prevalencia de enfermedades crónicas, de igual modo que el deterioro funcional, y aumentan a partir de los 75 años.
- **Sexo.** Existen diferencias por sexo en la percepción de la salud. Entre las mujeres existe una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, que no se perciben como problemas.
- **Educación.** El nivel educacional más bajo correlaciona con mayor prevalencia de deterioro cognitivo y mayor mortalidad.
- **Integración social.** Se entiende por integración social la participación en actividades sociales, clubes, voluntariado, organizaciones, redes sociales. Es un factor protector de la salud.
- **Stress social.** Los indicadores de stress social son la situación económica, pérdida de rol social, el sentido de duelo, todos estos relacionados con la salud física y mental.

Podrá incluirse en la VS la jubilación, la ausencia de empleo, viudez o separación, institucionalización.

- Apoyo social. Los indicadores son presencia de red social y estado civil.
- Habilidades para enfrentar problemas.

La autoestima y la autosuficiencia y la autonomía en la toma de decisiones se correlacionan positivamente con el bienestar de la persona mayor. Asimismo, la participación social puede compensar la ausencia de una red.

En la VS existen dos componentes: uno objetivo, relacionado con el número de contactos, de actividades que realiza, etc. Y, otro subjetivo, que tiene que ver con la percepción de satisfacción del entrevistado. El desafío más importante es determinar cuál es la medición más adecuada para el contexto particular de cada uno. Además, debido a que el funcionamiento social se modifica en el tiempo, la detección del “cambio” es la que dará el alerta para la intervención.

Algunos instrumentos de evaluación social

Escala OARS

Es una herramienta diagnóstica que aporta información acerca de distintas áreas. Evalúa:

- Estructura familiar.
- Recursos sociales.
- Recursos económicos.
- Salud mental.
- Salud física.
- Capacidades para realizar las AVD.

Escala Socio-familiar de Gijon

Fue creada a fines de los años noventa y valora la situación social, familiar de las personas mayores que viven en su domicilio. Su objetivo es la detección de factores de riesgo para poder realizar la intervención social. Evalúa:

- Situación familiar.
- Vivienda.
- Relaciones sociales.
- Situación económica.

Escala de Filadelfia. Se utiliza para la medición de la calidad de vida. Evalúa:

- Actitud frente al envejecimiento.
- La insatisfacción con la soledad.

Su objetivo es medir el grado subjetivo de satisfacción de la persona mayor. Sólo está limitada su aplicación a personas con trastornos del lenguaje.

Escala de Zarit

Está diseñada para medir el grado de sobrecarga del cuidador de personas con demencia. Explora la repercusión en la salud física, psíquica, en la actividad social y en los recursos económicos. De este instrumento existen distintas versiones.

Las escalas están disponibles en: www.infogerontologia.com

IV. 5. Síndromes geriátricos

Los síndromes geriátricos son la forma de presentación de muchas patologías en esta población y requieren de una valoración cuidadosa para determinar su etiología y no considerarlos “típicos” del envejecimiento. Es necesario considerar que no constituyen una patología definida y pueden tener graves consecuencias, por lo que es fundamental conocerlos para elaborar estrategias de prevención.

Por considerarse que gran cantidad de personas adultas mayores están afectadas por alguno de estos síndromes han sido denominados por Bernard Isaacs desde 1975 como los “Gigantes de la Geriatría”. Ellos plantean una constante amenaza al bienestar de quien los padece.

Bernard Isaacs definió a los “Gigantes” de la siguiente manera:

- Inmovilidad es la incapacidad para desplazarse sin riesgos y sin ayuda humana.
- Inestabilidad es la tendencia a perder el equilibrio y caer.
- Incontinencia es la pérdida involuntaria de orina y/o heces.
- Deterioro Intelectual: implica la pérdida de las funciones cerebrales en tal grado de severidad que una vida independiente y segura se torne imposible.

La presencia de uno o más de ellos aumenta el grado de dependencia para las actividades de la vida diaria. Kane en su libro *Essentials of Clinical Geriatrics* (1989) los define como problemas geriátricos y permite su memorización mediante la regla mnemotécnica de las “ies” de la geriatría.

Los “Gigantes” tienen los siguientes atributos en común:

- Reconocen múltiples causas.
- Privan a la víctima de su independencia (pueden ser causa de discapacidad funcional, aislamiento social e institucionalización).
- Presentan baja letalidad (no comprometen la vida en sí mismos).
- Casi nunca responden con rapidez a medidas terapéuticas simples.
- Causan consecuencias más graves que el síntoma en sí.

Conocerlos es fundamental para realizar una correcta valoración geriátrica integral que permita planificar las estrategias de intervención. Son estos atributos los que constituyen a los “Gigantes” en un desafío al sistema de asistencia a los adultos mayores.

Hasta aquí se han descripto cuáles son los gigantes y sus características comunes, a continuación se detallarán cuáles son los cuatro más frecuentes y lo que se debe saber de ellos.

IV. 5. 1. Inestabilidad en la marcha y caídas

La OMS define a la caída como la consecuencia de algún acontecimiento que precipita al paciente al suelo involuntariamente. Con el envejecimiento el deterioro de la marcha aumenta progresivamente y puede agravarse por la presencia de enfermedades crónicas. Dentro de los cambios posturales que favorecen la alteración de la marcha se encuentran: la modificación del centro de gravedad, la alteración de la coordinación, de los reflejos, del equilibrio y de la flexibilidad. La inestabilidad podrá tener consecuencias físicas por la caída, y sociales como el aislamiento y la institucionalización.

Las caídas forman parte de los gigantes de la geriatría, pueden derivar de múltiples causas y tener graves consecuencias.

La inestabilidad es un problema frecuente en geriatría y suele pasar inadvertida en atención primaria por varios motivos: no se interroga acerca del síntoma, la persona que la padece suele no consultar, sobre todo cuando no ha tenido consecuencias y porque, generalmente, se la atribuye al envejecimiento. Sin embargo, es una de las principales causas de deterioro funcional, de discapacidad y es un predictor de mortalidad, factor de fragilidad y riesgo de institucionalización.

Epidemiología

El riesgo de caer aumenta con la edad:

30% de los mayores de 65 años	Han sufrido una caída al menos 1 vez al año
35% de los mayores de 75 años	
80% de los mayores de 80 años	

Se debe tener en cuenta que una caída puede ser la primera manifestación de enfermedad.

Ante una caída siempre se deberá: Intentar identificar la causa, evaluar las consecuencias y evaluar las circunstancias en las que se ha producido el evento.

Es necesario realizar una valoración exhaustiva de la persona mayor en búsqueda de los factores de riesgo, tanto intrínsecos como extrínsecos, y las consecuencias de la caída. Luego debe elaborarse un plan de tratamiento y de prevención de complicaciones y nuevos eventos.

Las causas probables y las consecuencias de las caídas.

Causas. La caída, generalmente, es el resultado de factores intrínsecos del individuo (artrosis, inestabilidad en la marcha), factores ambientales (iluminación) y factores extrínsecos (desniveles en el suelo, obstáculos). Otros factores se relacionan con la actividad que estaba realizando al precipitarse al suelo.

A pesar de ser los intrínsecos los factores de riesgo más importantes, es en los extrínsecos o ambientales donde los profesionales podrán tener la máxima intervención para prevenir caídas.

Fisiológicos	Factores intrínsecos
	Alteraciones sensoriales
	Déficits visuales
	Alteraciones músculo esqueléticas
	Alteraciones vestibulares
	Alteraciones articulares, musculares
	Alteración en el equilibrio
Patológicos	Factores intrínsecos
	Cardiovasculares: hipotensión, hipersensibilidad del seno carotideo
	Enfermedades degenerativas: artrosis
	Alteraciones del pie
	Alteraciones del Sistema Nervioso Central
	Fármacos
	Infecciones
Domicilio	Factores Extrínsecos
	Irregularidades del suelo, desniveles
	Alfombras
	Escaleras
	Ausencia de barras
	Iluminación inadecuada
Calle	Factores Extrínsecos
	Irregularidades del suelo, pavimento alterado, etc.
	Bancos con altura inadecuada
	Escaleras altas en transportes
	Suelos resbaladizos
Iluminación inadecuada	

Consecuencias

Físicas:

Las caídas pueden ocasionar graves consecuencias, entre ellas, fracturas, traumatismos y discapacidad. Si posteriormente a la caída la persona mayor permanece largos periodos en el suelo puede sufrir de hipotermia, trombosis o deshidratación, sobre todo aquellas personas que viven solas.

Algunas cifras: si bien el 1% de las caídas ocasionan fracturas, el 90% de las fracturas de cadera se deben a caídas. Son más frecuentes en las mujeres.

Las caídas pueden ocasionar con secuencias sociales (como el aislamiento), psicológicas, donde el miedo a caerse o "síndrome post caída" es una de la mayores consecuencias. A veces, es agravado por una familia sobreprotectora, otras es consecuencia del mal manejo del dolor. El miedo determina la pérdida progresiva de movilidad, pérdida de autonomía o mayor dependencia, lo que puede llevar a una institucionalización que podría haber sido evitada con un correcto abordaje integral. También producen consecuencias socioeconómicas: porque las personas mayores que han sufrido una caída o más consultan más veces al médico. Tienen con frecuencia mayor necesidad de cuidadores, formales o informales y es mayor el índice de institucionalización.

La inestabilidad en la marcha y las caídas forman parte del síndrome geriátrico del que más se conocen los factores de riesgo y, por este motivo, es en el que más se puede intervenir.

Prevención de caídas en las personas mayores

Un estudio revela que la intervención más eficaz para evitar las caídas de personas mayores en su domicilio consiste en combinar algo de ejercicio físico para mejorar el equilibrio, el tratamiento de los problemas de visión y la eliminación de obstáculos en la vivienda. Si se comparan los resultados de las tres medidas por separado, la más efectiva es el ejercicio físico, sin embargo, las intervenciones multifactoriales tienen mejores resultados.

Prevención primaria de caídas

Ésta se realiza antes de que haya ocurrido un episodio. La educación para la salud consiste en:

- Informar los beneficios del ejercicio físico.
- Recomendar el control de órganos sensitivos (visión y audición).
- Utilización de bastones, andadores, silla de ruedas si fuera necesario.
- Evaluación de la vivienda y actuación social si fuera necesario.
- Detección precoz de factores predisponentes.

Hay algunas pruebas sencillas para detectar alteraciones en la marcha y riesgo de caídas, como por ejemplo la prueba “Levántate y anda minutado” (*Timed get up & go*). La misma consiste en solicitar al paciente que se levante de una silla sin apoyabrazos, camine tres metros y regrese. Si lo realiza en menos de 10 segundos es normal, entre 10 y 20 segundos es una persona mayor frágil y si tarda más de 20 segundos, es una persona de alto riesgo.

Prevención secundaria: para prevenir nuevas caídas se debe actuar sobre las causas detectadas luego de una valoración exhaustiva.

Prevención terciaria son las medidas destinadas a disminuir las secuelas, favorecer la recuperación funcional, prevenir la dependencia y evitar la institucionalización. Básicamente estas medidas se relacionan con la rehabilitación.

IV. 5. 2. Incontinencia urinaria

Se define como incontinencia urinaria a cualquier escape involuntario y objetivable de orina. La incontinencia forma parte de los grandes síndromes de la geriatría por lo que, recordando algunos de los atributos comunes de éstos, puede deberse a múltiples causas y generar graves consecuencias.

Si bien existe una serie de cambios fisiológicos del envejecimiento que pueden favorecerla, la incontinencia urinaria no es normal del envejecimiento y siempre evidencia una disfunción.

Para que exista continencia urinaria debe haber:

- Almacenamiento adecuado en la vejiga.
- Vaciamiento adecuado.
- Capacidad cognitiva para percibir el reflejo miccional.
- Movilidad adecuada para la utilización del sanitario.
- Ausencia de barreras arquitectónicas.

En la persona mayor la incontinencia genera importantes repercusiones en la esfera médica, afectiva, social y económica. Por ello es fundamental la detección de casos, mediante un interrogatorio dirigido y la valoración correcta del paciente, para realizar un diagnóstico adecuado que permita adoptar las medidas terapéuticas correctas a cada caso, reservando el uso de pañales para aquellos pacientes con patología neurológica incapacitante o para cuando hayan fracasado las demás medidas.

Consecuencias de la incontinencia urinaria

Médicas	Lesiones cutáneas
	Úlceras por presión
Sociales	Infecciones del tracto urinario
	Aislamiento
	Institucionalización
	Mayor requerimiento de recursos sociofamiliares
Psicológicas	Alteración de ánimo
	Depresión
	Ansiedad
	Aislamiento
Económicas	Aumenta el costo de medidas diagnósticas y de tratamiento

Epidemiología

De forma general se considera que entre el 10 y el 15% de las personas mayores que viven en comunidad, entre un 30 y un 40% de los pacientes hospitalizados y aproximadamente entre el 50 y el 60% de los pacientes institucionalizados sufren de algún tipo de incontinencia.

Si bien la alta prevalencia se atribuye a factores como la pluripatología y al deterioro funcional, la polifarmacia desempeña un papel importante en la pérdida de continencia urinaria por distintos mecanismos.

Algunos ejemplos de fármacos que pueden empeorar o precipitar la aparición de incontinencia urinaria:

Fármacos (algunos ejemplos)	Mecanismo implicado
Diuréticos (furosemida)	Poliuria (mayor volumen urinario), urgencia miccional
Hipnóticos (zolpidem)	Sedación, inmovilidad, delirio
Antipsicóticos (halopidol)	Sedación, parkinsonismo, inmovilidad
Antidepresivos	Sedación, acción anticolinérgica
Anticolinérgicos y opiáceos (morfina)	Retención urinaria, constipación/ delirio
Calcioantagonistas (diltiazem)	Retención urinaria

Tipos de incontinencia

- a) Incontinencia urinaria de urgencia (IUU): es la más frecuente en las personas mayores (65%). Se llama IUU a aquella que va precedida de la necesidad imperiosa de orinar.
- b) Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE): se llama IUE a aquella que aparece como consecuencia de maniobras que aumentan la presión intraabdominal (por ejemplo la tos, la risa, estornudos, etc.).

Otra forma de clasificación es de acuerdo a la duración de la incontinencia:

- a) *Incontinencia transitoria.* Es aquella incontinencia cuya duración es menor a 4 semanas. Se incluyen aquí las funcionales o sin causa orgánica o estructural que las justifique. En estos casos, mediante un interrogatorio correcto, el examen físico y los estudios complementarios si hacen falta, se podrá identificar la causa e instaurar el tratamiento correspondiente.

Una regla mnemotécnica para memorizar las causas de incontinencia transitoria en la literatura anglosajona es DIAPPERS (en español, quiere decir pañales):

- D:** Delirium está caracterizado por estados de confusión que pueden resultar por un fallo cardíaco congestivo, trombosis venosa profunda e inclusive infecciones.
- I:** Infecciones urinarias pueden ser causa de incontinencia.
- A:** Atrofia vaginal (vaginitis atrófica), es una fuente frecuente de síntomas urinarios en los pacientes geriátricos.
- P:** Polifarmacia. Existen diversos productos farmacológicos que están implicados en la incontinencia urinaria de la persona mayor, entre los que se encuentran los diuréticos, hipnóticos, opiáceos, antihistamínicos, antidepresivos, antiparkinsonianos y los bloqueadores de calcio que están directamente asociados con estreñimiento y retención de orina.

- P:** Psiquiátricos y psicológicos. Trastornos como la ansiedad y la depresión conducen a este tipo de pacientes a cuadros de fugas miccionales.
- E:** Endocrinopatías y el exceso de ingesta de líquidos en pacientes mayores, asociados con falta de movilidad, trastornos psico-motores pueden conducir a inestabilidad y fuga. El exceso de diuresis contribuye a producir la incontinencia si ésta se asocia a nicturia (aumento de volumen urinario durante la noche).
- R:** Restricción de la movilidad por problemas osteomusculares, induce a falta de control miccional y fuga.
- S:** Impactación fecal, puede estar relacionada con la incontinencia en pacientes mayores en un 10% de los casos.
- b) Incontinencia establecida o permanente. La constituyen un grupo de procesos etiopatogénicos, con alteraciones estructurales, localizadas en el tracto urinario o no. Este tipo de incontinencia suele tener una duración mayor a cuatro semanas. Se repite a lo largo del tiempo y con iguales características. Generalmente las causas son más difíciles de solucionar y requieren de un estudio más profundo.

Los distintos mecanismos implicados en este tipo de incontinencia son:

1. La hiperactividad vesical. Es el mecanismo más común. Se produce por contracciones involuntarias del detrusor (músculo de la pared vesical), debido a la pérdida de control inhibitorio del sistema nervioso central.

Generalmente se debe a patología neurológica: Parkinson, demencia, hidrocefalia, tumores. Puede deberse también a patología vesical, litiasis (cálculos vesicales), neoplasia (tumores) o infecciones. También por obstrucción a nivel del tracto urinario inferior, estenosis uretral (se llama así a la estrechez uretral) o patología prostática. Clínicamente puede aparecer como incontinencia urinaria de urgencia.

2. El segundo mecanismo implicado es el stress, más frecuente en mujeres, relacionado generalmente con la debilidad del piso pelviano que puede observarse en mujeres multíparas (muchos partos), personas obesas, por atrofia urogenital o por falta de estrógenos. Otros eventos relacionados con la incontinencia urinaria de esfuerzo o por stress son las cirugías pelvianas ginecológicas en la mujer y próstata en hombres. Clínicamente se manifiesta como una incontinencia urinaria de esfuerzo y se manifiesta cuando la presión abdominal supera la presión uretral (por ejemplo al toser, o reírse).
3. El tercer mecanismo es el de rebosamiento, que puede ocurrir por dos mecanismos: la obstrucción del tracto urinario inferior y la alteración en la contractilidad de la vejiga que puede darse en lesiones medulares, neuropatía periférica diabética o por alcoholismo. Se presenta clínicamente como sensación de micción incompleta (sensación de vejiga llena luego de orinar).

4. Funcional. Se denomina así cuando la incontinencia se debe a barreras ambientales, físicas, de motivación o factores médicos. Por ejemplo, personas que deben permanecer en cama y no poseen los elementos adecuados para orinar o aquellas con dificultades físicas para levantarse de la cama.

Valoración diagnóstica de la incontinencia

En la incontinencia, como en todos los síndromes geriátricos debido a que son multifactoriales, es necesaria una valoración multidisciplinaria y en ocasiones se debe recurrir a técnicas complejas para determinar el mecanismo que la produce.

Nuevamente se hace evidente la importancia de la multidisciplinaria en geriatría y es necesario tener en cuenta:

- Características clínicas de cada paciente.
- Estatus funcional.
- Expectativa de vida.
- Repercusión de la incontinencia en las actividades habituales.

Se consideran dos niveles de evaluación:

En Atención Primaria:

- * Historia clínica habitual.
- * Historia de antecedentes personales como cirugías pelvianas, patología neurológica, antecedentes ginecobstetricios, patología osteoarticular, diabetes, alcohol, etc.
- * Historia farmacológica: diuréticos, hipnóticos, etc.
- * Historia dirigida a determinar el tipo de incontinencia, tiempo evolutivo para lo que es de utilidad completar el diario miccional. Se muestra más abajo un ejemplo de cómo se realiza.

Diario miccional:

Nombre y apellido:

Fecha / /

Horarios	Micción voluntaria	Volumen	Incontinencia	Motivo
6-8hs				
8-10hs				
10-12hs				
12-14hs				
14-16hs				
16-18hs				
18-20hs				
20-22hs				
22-24hs				
noche				

Ingesta de líquidos:

Observaciones:

El diario miccional le servirá mucho al médico para saber en qué momento aparecen los episodios de incontinencia, si son de poco volumen como la incontinencia por rebosamiento o de mayor volumen como la incontinencia de urgencia. Si son frecuentes, si está bebiendo demasiado líquido, si está asociado a la toma de algún medicamento. Es información complementaria que permitirá al médico orientar los estudios de diagnóstico y el tratamiento.

- * Valoración funcional: valoración de la movilidad, evalúa la capacidad de movilizarse hasta el baño.
- * Valoración cognitiva: en este nivel de atención es importante también la detección de deterioro cognitivo (mini-mental Folstein), delirio, depresión (test de Yesavage) o agresividad. Estos fueron descritos en la unidad de valoración integral.

- * Exploración física: se realiza una exploración sistemática en busca de alteraciones anatómicas, sistema urogenital, alteraciones neurológicas, trastornos en la marcha.
- * Estudios complementarios: incluyen análisis de sangre, glucosa, función renal, sodio, potasio y un análisis de orina.

En el segundo nivel de atención (derivación al especialista, urólogo).

La mayoría de los casos de incontinencia urinaria pueden ser atendidos, diagnosticados y tratados por el médico generalista, clínico o el geriatra, pero existen algunos criterios o signos de alarma que requieren de la derivación al especialista.

Criterios de derivación al urólogo:

- Infecciones urinarias a repetición. Más de dos episodios durante los últimos 6 meses.
- Hematuria sin causa aparente (presencia de sangre en la orina).
- Dificultad para colocar un catéter urinario.
- Marcados cambios anatómicos (prolapso, hiperplasia prostática, se llama así al aumento de tamaño de la próstata).
- Falta de respuesta al tratamiento.

El tratamiento específico de cada tipo de incontinencia escapa a los objetivos de este capítulo. Si lo desea puede ampliar los conceptos en la bibliografía general:

Actividad sugerida:

Marque la /las opciones correctas.

- La incontinencia urinaria puede llevar a la institucionalización.
- En la incontinencia funcional pueden realizarse intervenciones preventivas desde el área social.
- Es importante modificar algunos hábitos como medidas no farmacológicas de tratamiento.

IV. 5. 3. Inmovilidad

Se entiende por movilidad a la capacidad para desplazarse en el medio que le permiten al individuo mantener su independencia.

Inmovilidad: es la disminución de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD), debido al deterioro de la función motora.

Deterioro funcional: es la dificultad para desempeñar la AVD (en ausencia de alteración de otros sistemas).

Llamaremos síndrome de inmovilidad al cuadro clínico general que es condicionado por múltiples factores y que es potencialmente reversible y prevenible con estrategias adecuadas.

La inmovilidad puede deberse a múltiples causas, tanto intrínsecas como extrínsecas.

Factores intrínsecos	
Enfermedades músculo esqueléticas	Osteoartrosis, fractura de cadera, artritis, alteraciones en los pies
Enfermedades neurológicas	Parkinson, demencia en estadios avanzados, depresión
Enfermedades cardiovasculares	Insuficiencia cardíaca, cardiopatías, enfermedad valvular
Enfermedades respiratorias	Enfermedades Crónicas
Enfermedades metabólicas y endocrinológicas	Diabetes, Hipotiroidismo
Déficits sensoriales	Alteraciones en la visión y en la audición
Factores extrínsecos	
Ausencia de soporte familiar, familia sobreprotectora	
Indicación de contención física	
Psicofármacos, neurolépticos, diuréticos	
Barreras arquitectónicas, hospitalización	

Es posible prevenir el síndrome de inmovilidad y para ello existen distintos niveles de prevención:

Prevención primaria

La primera medida es mantener el grado de movilidad adecuado. Se recuerdan los beneficios de la actividad física. El ejercicio mejora:

- La movilidad articular.
- La fuerza muscular.
- El equilibrio.
- La coordinación.
- La vida social.
- El sueño.
- Favorece el control de enfermedades metabólicas como la diabetes y enfermedades cardiovasculares.

De todas formas, debe recordarse que en pacientes con una enfermedad subyacente hay que adecuar el tipo y la intensidad de la actividad.

Prevención secundaria

Es aquella que se realiza luego de instalada la inmovilidad. Se requiere la detección precoz. El síndrome de inmovilidad puede presentarse de forma aguda, es decir rápidamente o, de manera insidiosa, o sea, en forma progresiva.

Prevención terciaria

Este nivel de prevención hace referencia a las medidas destinadas a prevenir las complicaciones una vez instalado el síndrome de inmovilidad.

Incluye el tratamiento de la rigidez, la atrofia, osteoporosis y las lesiones de piel. Se inicia la prevención con el control postural, implica alineación del cuerpo para evitar posiciones viciosas o anatómicas (posición definitiva que se toma para evitar el dolor).

Para evitar lesiones en la piel se debe rotar de posición, los cambios posturales deben ser frecuentes, programados y hechos en forma regular. Al principio se harán cada dos horas, luego se evaluará individualmente.

Manejo de la inmovilidad

En primer lugar, luego de ser valorado el problema, el plan de actuación deberá incluir:

- El tratamiento de la causa de la inmovilidad.
- Rehabilitación que permita la recuperación y evite su progresión.
- Evaluación de la vivienda y la realización de adaptaciones dentro de la misma que faciliten la movilidad.

Valoración de la necesidad de bastones, andador, silla, etc.

Si la inmovilidad es total debe asegurarse que la persona mayor esté estable clínicamente, sin dolor. La primera intervención son los cambios posturales. Luego, la movilización pasiva de las articulaciones, mejorar la circulación general y la actitud postural y después de asegurarse la tolerancia y respuesta a las mismas, la movilización activa.

IV. 5. 4. Deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo se define como una pérdida o reducción de funciones mentales superiores en personas que las conservaban intactas previamente.

Esta definición incluye cuadros agudos muy definidos como el síndrome confusional agudo (secundario a infecciones, anemia, patología que afecta a cualquier sistema, ingreso hospitalario, cambio de domicilio, fármacos, etc.), u otros como la demencia de diferentes causas (enfermedad de Alzheimer, etiología vascular, formas mixtas, etc.) pero también engloba otros cuadros no tan definidos, vinculados o no a problemas de salud.

La queja cognitiva puede ser expresada por el paciente o por la familia. Es importante el concepto de que el deterioro cognitivo no es un proceso normal del envejecimiento y que los problemas de memoria siempre deben ser evaluados. Asimismo, cabe enfatizar que no todos los problemas de memoria corresponden a demencia y que no todas las demencias corresponden a enfermedad de Alzheimer.

Como todos los síndromes tiene causas, entre ellas:

- Síndrome confusional agudo o delirium.
- Síndrome depresivo.
- Demencia.

Las consecuencias de deterioro cognitivo

En los estadios más avanzados de síndromes demenciales, las consecuencias son las siguientes: pérdida de funciones que se complican con caídas, inmovilidad, incontinencia, riesgo aumentado de infecciones, aislamiento social, dependencia para las actividades de la vida diaria, cambio de carácter, alteraciones de conducta, desnutrición, sobrecarga para el cuidador y elevado consumo de recursos socio-sanitarios e institucionalización.

La evaluación de la persona mayor con problemas de memoria es compleja y requiere de derivación al médico. Existen algunos síntomas de alarma que permiten identificar el momento para derivar a evaluación por un especialista:

- Pérdida de memoria que afecta las capacidades en el trabajo.
- Dificultad en realizar tareas cotidianas.
- Problemas de lenguaje: olvido y sustitución de palabras.
- Desorientación en tiempo y lugar.
- Cambios en la conducta: vestidos inapropiados y conductas anómalas.
- Problemas en el pensamiento abstracto: olvido del significado del dinero, por ejemplo.
- Perder cosas o ponerlas en lugares incorrectos.
- Cambios en el humor.
- Cambios en la personalidad.
- Pérdida de iniciativa: pasividad y necesidad de estímulo constante.

La evaluación por pasos incluye la evaluación de los dominios cognitivos afectados, evolución de los síntomas, repercusión en la vida social y los factores relacionados con la evolución y la presencia de trastornos de conducta. Los pasos son los siguientes:

Paso 1 - Historia clínica

Paso 2 - Exámen físico

Paso 3 - Evaluación neuropsicológica

Paso 4 - Evaluación funcional y social

Paso 5 - Estudios complementarios

La evaluación será realizada por un especialista y, una vez realizado el diagnóstico, requiere de un abordaje interdisciplinario para lograr los mejores resultados.

Capítulo V.

Psicología de la vejez

EL AUTOR

Ricardo Iacub, Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, UBA. Programa de Actualización en Psicoanálisis Lacaniano. Facultad de Psicología, UBA. Postgrado: "La Temática Gerontológica y la Investigación en Ancianidad", FLACSO. Doctor en Psicología de la Facultad de Psicología, UBA. Profesor Asociado Regular de la materia de grado "Psicología de la Tercera Edad y Vejez" a cargo de la titularidad de la materia desde 2007. Asesor de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores desde 2003. Profesor en universidades americanas y europeas sobre la Psicología del Envejecimiento. Autor de numerosas publicaciones científicas y libros sobre la temática.

V. 1. Introducción

El enfoque psicológico es uno de los pilares desde donde resulta posible comprender, en el ser humano, el significado del envejecimiento y de la etapa de la vejez.

La identidad del ser humano se construye teniendo en cuenta una serie muy amplia de factores, tales como lo social, lo biológico, lo cognitivo y lo histórico personal. Muy difícilmente podría decirse cuál influye más en el envejecimiento, ya que es necesario tener en cuenta un pensamiento complejo que permita articular la diversidad de elementos interrelacionados y que construyen al envejecimiento y la vejez.

Para este capítulo, se han elegido sólo algunos temas que se consideran de importancia para la formación del gestor de políticas sociales, sin poder abarcar el conjunto de conceptos indicados en la “Psicología de la vejez”.

El objetivo es entamar algunos criterios centrales que faciliten una comprensión más clara acerca de la interrelación de aspectos que modelan al ser humano a lo largo de la vida y que conforman ciertas particularidades en el desarrollo del psiquismo humano.

Entender algunos conceptos puede ayudar a enfrentar una serie de tareas que van desde lo asistencial hasta las políticas sociales.

V. 2. El envejecimiento psicológico

V. 2. 1. ¿Qué es el envejecimiento desde un punto de vista psicológico?

Las definiciones de envejecimiento están teñidas por una ideología que, por un lado, reduce este fenómeno a su biología y desde allí lo generaliza a otros campos y, por el otro, plantea un esquema evolutivo-involutivo que lleva a concebirlo como un proceso que se sintetiza en el deterioro progresivo.

Para la psicología existen diversas maneras de concebir el envejecimiento. En primer término, se podrían considerar los efectos que los cambios biológicos le imprimen a la mente modificando ciertos mecanismos que brindan recursos a lo cognitivo como, por ejemplo, a nivel de la atención, la memoria o ciertas funciones ejecutivas. En segundo término se produce un efecto del envejecimiento condicionado por las experiencias particulares y sus formas de procesamiento, dando lugar a la sabiduría o la neurosis. Por último, las interpretaciones disponibles acerca del envejecimiento le imprimen un modo de ver y considerar los acontecimientos vitales a partir de creencias compartidas dentro de una comunidad de sentidos.

Es importante diferenciar los diversos procesos de envejecimiento biológico, psicológico o social, aun cuando cada uno de estos interactúa con el resto, incidiendo de muy diversas maneras el uno sobre el otro.

El envejecimiento psicológico es el proceso de cambios que se producen en el ser humano y que impactan de manera saliente en la identidad, los rasgos de personalidad y la cognición.

Otro modo de situar la cuestión, desde una perspectiva más descriptiva, es la de Aragón (1980) que considera el modo en que *“algo o alguien toma las formas de la vejez”*.

Esta definición permite articular el peso de los significados sociales atribuidos a un concepto y el modo en que impacta sobre el ser humano. Las características asociadas a la vejez resultan variables y se relacionan con la diversidad cultural, histórica generacional y subjetiva. Razón por la cual los signos del proceso de envejecimiento, previos a la edad de comienzo de la vejez, podrán ser significados de maneras tan disímiles como las clasificaciones existentes sobre ésta, incluyendo tanto el deterioro o la involución como la maduración y la sabiduría.

La vejez es una etapa definida desde un conjunto de significados que le atribuyen una edad, así como características psicológicas, biológicas y sociales. Esta etapa, al ser significada por cada cultura, toma aspectos particulares de dicho grupo humano que promueven espacios sociales con variantes muy disímiles. Generalmente hace referencia al tramo final de la vida, aunque con cronologías diversas y también suele ser aplicable al término laboral, al fin de la reproducción, etc.

V. 2. 2. Teorías acerca del curso de la vida

Pensar el envejecimiento es analizar el conjunto de la vida y la multiplicidad de transcurso que allí se producen.

El conjunto de teorías agrupadas en la denominada “Perspectiva del curso de la vida” es un paradigma integrador, en la medida en que permite un abordaje interdisciplinario o multidisciplinario, en contenido y en métodos, donde se unen enfoques aparentemente divergentes, reflejados en disciplinas académicas tales como la sociología, la psicología, la antropología, la economía y la historia; encontrando factores comunes y señalando sus aspectos complementarios (Bengtson, Burgess y Parott, 1997).

Dixon y Lerner (1992) sostienen que esta perspectiva no encuentra una causa única y singular para explicar el comportamiento y el desarrollo individual –ni mediante variables internas (biológicas o psicológicas), ni interpersonales (relaciones entre pares), ni externas (ambientales o institucionales)–, sino que su comprensión es posible articulando los tres niveles de organización y considerando el modo en que esa relación evoluciona.

Es importante destacar ciertos ejes básicos:

- El envejecimiento como un proceso de diferenciación progresiva: envejecer es una realidad de cualquier forma de vida, aunque su complejidad difiera según las especies, los individuos y las etapas históricas; de allí que existan tantas formas de envejecer como individuos. En los seres humanos, a medida que envejecen, la variabilidad interindividual aumenta, tanto por razones genéticas como del ambiente (Pedersen, 2000).

- **Reconceptualización del desarrollo y el envejecimiento:** el desarrollo y el envejecimiento deben ser analizados más allá de sus aspectos biológicos, pudiendo ser abordados desde una perspectiva cultural que trascienda las concepciones unidimensionales, estáticas y limitantes. En concordancia con el modelo contextual dialéctico, que busca superar las perspectivas biologicistas y mecanicistas, desarrollo y envejecimiento han de entenderse como procesos simultáneos y permanentes durante la vida, en los cuales se conjugan ganancias y pérdidas, así como múltiples influencias y orientaciones (Dulcey- Ruiz y Uribe Valdivieso, 2002).
- **Multidimensionalidad, multidireccionalidad, plasticidad y discontinuidad:** estos criterios implican que diferentes factores y sistemas (biológicos, sociales, psicológicos y ambientales) interactúan en disímiles direcciones en la construcción de la vida de cada persona. Cada curso vital implica, al mismo tiempo, continuidad y discontinuidad. La plasticidad es el mecanismo de ajuste que permite la adaptación a nuevos contextos, donde algunos aspectos se abandonan, otros se mantienen y surgen nuevos.
- **El envejecimiento como un proceso dinámico y contextual:** las múltiples influencias que componen el envejecimiento conforman una suerte de ecología social en la que resultan determinantes la ubicación estructural, la construcción de los significados y las conexiones entre el individuo y el medio, así como los procesos dialécticos, interactivos y no lineales que se ponen en juego a la hora de pensar los cursos vitales.
- **El curso vital modelado por transiciones y trayectorias relacionadas con la noción de edad:** ésta aparece modelada por la estructura social, al tiempo que las vidas humanas se ajustan al modo en que se concibe “adecuado” vivir según la edad. El modelo del “currículum vital” presenta el modo en que una sociedad construye y propone a los individuos ciertos principios organizadores del desarrollo de su vida. Son sistemas de normas que generan roles por edad y transiciones en las etapas vitales. Un ejemplo de ello son los tiempos y cambios entre el estudio, el trabajo y el retiro (Kohli, 1986).
- **Importancia del contexto y de la historia:** Degirmencioglu (2000) sostiene que los modelos contextuales son los más apropiados para estudiar las trayectorias vitales, dado que estas son cada vez más atípicas. Las variables de tiempo, período y cohorte permiten analizar la influencia que tienen en la vida de distintas generaciones las variables históricas y sociales.

V. 2. 3. Construyendo al adulto mayor

A partir de lo expuesto se mostrará de qué modo emergen personas mayores con rasgos distintivos y diferenciales. Para ello se delimitarán algunos criterios que demarcan modos de envejecer relativos a perspectivas y significados.

V. 2. 3. 1. Las perspectivas

El objetivo es dar cuenta de la intersección entre dos criterios, tales como el género, la clase social, la edad, la etnia o el nivel educativo, que influyen en ciertas características del envejecimiento pero volviendo, particularmente, evidente la incidencia y profundidad que puede alcanzar uno sobre el otro.

La edad

El modo en que una sociedad determina el rol atribuido a las edades del ser humano es cambiante a lo largo de la historia. Incluso se han ido conformando nuevos grupos según las necesidades y recursos de cada sociedad.

En las últimas décadas se ha producido un cambio en la temporalidad adjudicada a cada edad, así como una flexibilización respecto de sus límites, lo que permite hallar adolescencias alargadas o envejecimientos postergados.

Estudiar, trabajar o jubilarse se desvanecen de su ordenamiento por edades y se convierten en una serie de opciones alternadas y no consecutivas, perdiéndose a su vez los mandatos sociales tales como las profesiones o los matrimonios para toda la vida y generándose una cultura de lo limitado y de lo móvil.

El género

La noción de género surge como otra de las maneras de construir la identidad de las personas en el plano social. Se define como un conjunto de creencias, valores y representaciones acerca del varón y la mujer, hetero u homosexuales, que suponen roles, formas de expresión de las emociones y los sentimientos, y tipos de actitudes y actividades. Cada una de estas formas se despliega en contextos de interacción y están mediatizadas por usos jerárquicos de poder.

La posición de género permitirá predecir ciertas características y roles en una persona mayor y hasta avizorar sus desventajas. Así como la rigidez de los modelos denominados tradicionales de género puede fragilizarse dramáticamente ante los nuevos contextos que plantea el envejecimiento, también es observable como se produce una amplitud de roles en esta etapa vital que permite un mayor bienestar psicológico (Neugarten y Gutmann, 1964; Troll L. y Parron, E., 1981).

La generación y las cohortes

La generación se construye en función de influencias específicas, de sucesos y experiencias históricas, que comparte cada generación. Sin embargo no necesariamente son compartibles con las del conjunto de las personas de la misma edad. Por ello, la cohorte implica “un grupo de personas que experimenta un evento durante un mismo intervalo de tiempo” (Allwin, Hoffer y McCammon, 2006, p. 23).

Las cohortes modelan a un sujeto en la juventud debido a la apertura a nuevos contextos y a múltiples formas de socialización que las personas suelen realizar en esa etapa que se mantendrán, con mayor o menor fijeza, durante el resto de la vida.

Una de las diferencias más notorias se presenta en el incremento del coeficiente intelectual entre cohortes. El aumento de los niveles de educación, el mejoramiento de la nutrición y los cuidados sanitarios han avanzado notablemente en los últimos 70 u 80 años lo que lleva a que la condición física de los cerebros de las personas pertenecientes a las cohortes más jóvenes se encuentre en mejores condiciones.

La clase social, la etnia y los niveles de educación

La clase social tiene un alto impacto en el envejecimiento, ya que la condición socioeconómica implica una serie de vivencias biológicas, psicológicas y sociales que determinan modos de llegar a la vejez. Algunas variables se construyen a lo largo de la vida, como el haber contado con servicios adecuados de salud y, otras, pueden ser específicas de esta etapa, como tener una jubilación.

La noción de etnia es otro eje diferenciador, en la medida en que ciertas formas culturales basadas en orígenes comunes, pueden ofrecer mayores o menores posibilidades sociales, recursos para concebirse como un sujeto de determinado rango y escala social, expectativas de reconocimiento, etc. Las diferencias étnicas modifican incluso los temores más arraigados en las personas. Mientras que en la cultura occidental una de las más grandes preocupaciones de los adultos mayores es quedar discapacitados y pasar a depender de la familia, en India es uno de los valores centrales del envejecimiento exitoso (Markus y Herzog, 1991).

V. 2. 4. Los significados, los prejuicios y los estereotipos

Los significados atribuidos al envejecimiento y la vejez tienen una alta incidencia en el modo en que se representan individual y socialmente los sujetos. Suponen concepciones diversas, contradictorias entre sí, dinámicas en el tiempo, con sentidos variables – positivas o negativas–, es decir que son espacios en construcción.

Los prejuicios y estereotipos son significados que se sostienen socialmente aun cuando no haya criterios que lo validen científicamente.

Los significados del cuerpo envejecido: la vejez como enfermedad

El enfoque biomédico produjo una reducción de interpretaciones acerca del fenómeno del envejecimiento reduciéndolo a un hecho meramente biológico. Las enfermedades propias de esta etapa se volvieron el eje en torno al cual giraba la vida e, incluso, se llegó a acuñar un término específico para denominarlas: *la senilidad*.

La asociación entre vejez y enfermedad y la búsqueda de normalizar el envejecimiento promovieron que la senectud fuera pensada como un momento donde el sujeto debería dedicarse a cuidar su salud, limitando así todos aquellos intereses que pusieran en riesgo este valor. Por esto, uno de los ejes centrales de la gerontología actual reside justamente en calificar como prejuiciosa la asociación de la vejez con la enfermedad.

El discurso gerontológico construye un modelo de envejecimiento que desafía los estereotipos de patología y decrepitud, evidencia el potencial de salud, cuestiona las falsas creencias sobre el real estado de salud de los mayores y conforma nuevos conceptos, como el de *salud funcional*, que permiten comprenderla por fuera de esquemas rígidos y poco útiles para este grupo etario.

Los significados de la erótica en la vejez

La desestima de la sexualidad y de los goces del erotismo aparece negado o subestimado. Diversos valores morales niegan la sexualidad no reproductiva o se apela al cuidado de la salud en detrimento

del goce sexual, pero también se considera, desde valores estéticos, que los cuerpos de los adultos mayores no resultan deseables ya que las medidas de la belleza rechazan las formas de la vejez.

Los significados de la productividad y la autonomía

Rice, Löckenhoff y Carstensen (2002) sostienen que:

“La primacía otorgada a la contribución productiva en la sociedad occidental, enraizada en la ética protestante del trabajo, y con el foco en el funcionamiento independiente, más que en la interdependencia entre estas, es el sello del pensamiento occidental”.

Es por esto que consideran que la vejez y la jubilación corren el riesgo de presentarse como un antimodelo, ya que desafían el modelo hegemónico de productividad e independencia.

V. 2. 5. Los significados negativos del sujeto psicológico envejecido

Los siguientes son algunos de los presupuestos que aún cargamos acerca del sujeto psicológico en la vejez:

Los adultos mayores son rígidos y viven deprimidos: este estereotipo supone un sujeto que cuenta con escasos recursos psicológicos, privado de herramientas que le permitan afrontar los naturales declives que plantea el proceso de envejecimiento. Sin embargo, hoy contamos con gran cantidad de evidencia empírica que muestra la existencia de conductas flexibles en la vida adulta, así como de adecuados recursos de afrontamiento. Es decir que, contrariamente a lo que se piensa, los adultos mayores, comparados con los adultos jóvenes, no son necesariamente menos flexibles en sus actitudes o en sus estilos de personalidad (Dihl, Coyle y Labouvie-Vief, 1996).

Los adultos mayores están aislados, abandonados o institucionalizados: una de las referencias más clásicas a la vejez son las esperables carencias y limitaciones en su integración social y en sus redes de apoyo. Resultados de trabajos recientes han cuestionado la supuesta disrupción de la red como un hecho generalizado y propio de la vejez y han demostrado que, los adultos mayores, poseen una vida social muy activa, disponen en su mayoría de redes amplias y suficientes, se encuentran satisfechos con el apoyo que tienen y son capaces de incorporar nuevos vínculos durante esta etapa de la vida (Arias, 2004). Por último, la creencia acerca de la masiva institucionalización en residencias para adultos mayores resulta falsa y, en el plano internacional, es una pequeña parte de la población la que allí reside.

Los adultos mayores son personas cognitivamente y psicológicamente disminuidas: uno de los principales ejes de comprensión de la vejez en la actualidad es la descalificación de la capacidad intelectual, hoy referida más específicamente como cognitiva. Una suma de concepciones prejuiciosas y estereotipadas acerca de los adultos mayores suele hacerlos equivaler a sujetos añejados, con exageradas limitaciones intelectuales, que llevan a confundir los cambios normales en la memoria que surgen del deterioro cognitivo, lo cual induce muchas veces a una generalización de las demencias. Curiosamente, existe una opinión en absoluto contraria sobre los adultos mayores que afirma que son todos sabios, lo cual, más allá de ser un prejuicio positivo, es igualmente reduccionista.

Ejercicio:

Clara cumplió 60 años el 2 de diciembre de 1972. Ese día sintió que muchas cosas habían cambiado. Entendió que debía cambiar el color de la ropa, pasar de los colores claros a los oscuros, la pollera por debajo de la rodilla, y que los pantalones no eran del todo bien vistos. (...). Se veía gorda, nadie la miraba. Pensaba que era lógico, pues ya era una señora mayor. Clara entendía que le quedaban más o menos diez años de vida, quizás más. Sus padres habían sido longevos, pero pensar en tener 70 la asustaba. ¿Qué vieja! Su vida eran sus nietos, dedicarse a ellos a pleno, visitar a los hijos o que los hijos la visitasen, y algunas amigas con las que chusmear en la vereda. Su marido era diez años mayor que ella, así que le parecía muy viejo. Pensar en la viudez le preocupaba. Ser viuda significaba estar sola el resto de sus días o, en todo caso, irse a vivir a lo de algún hijo. De sexualidad, ni hablemos. Ella ya había pasado la menopausia y sentía que, después de eso, ya era tarde. Alguna vez, para que el marido se quedara contento, pero últimamente él tampoco le pedía. (...) Sus actividades cotidianas eran fáciles: hacer las compras, mirar la telenovela, cocinar, cuidar las plantas, esperar a la familia, cuidar los nietos e ir al médico. Clara cree que, si hay algún problema, la familia la va a alojar.

Marta cumplió 60 el 16 de enero de 1998. Ese día se despertó inquieta. Pensó que le deparaba el destino. La ropa de Marta no iba a cambiar demasiado: usaba jogging para hacer las cosas de todos los días. Si estaba más flaca, se ponía las polleras cortas. El pelo se lo había teñido de rubio con mechas oscuras. Se sentía joven con 60, a pesar de que el número le preocupaba. Se acordaba de que la madre, a los 60, era una vieja. Por eso Marta se preguntaba si ella no sería una desubicada. En esta época es difícil saber cuántos años le quedan a uno. Los de 70 parecen jóvenes, y se habla de 90, 100. Nadie sabe, el número se ha vuelto incierto. (...) Había decidido estudiar lo que nunca se había animado: computación en una universidad. Seguía con sus clases de yoga y ayudaba en un grupo comunitario los fines de semana.

*Ser abuela era lindo, divertido, pero no lo único. (...) Sexualmente, las cosas no habían cambiado desde su menopausia. Los temores que le había dejado su madre se los aclararon su médica ginecóloga y un montón de programas de televisión. (...) Ser viuda era perder al ser querido, o a veces no tanto. Incluía el miedo a quedarse sola, pero también saber que había más oportunidades. Marta entiende que, de no arreglárselas bien, más que contar con los hijos, deberá pensar en una alternativa independiente (del libro *Proyectar la Vida*, Iacub, 2001)*

Preguntas:

1. ¿Qué perspectivas debe tener en cuenta para analizar la diferencia entre ambas mujeres?
2. ¿Qué significados describen cada una de ellas?
3. ¿Qué otros criterios tendría en cuenta tomando el artículo de referencia?

V. 3. Teorías psicológicas sobre el envejecimiento y la vejez

En este apartado se tratarán las teorías que describen los procesos de cambio y ajuste al envejecimiento y la vejez.

V. 3. 1. Del control personal a las teorías de la identidad

Sneed y Krauss Whitbourne (2005) proponen dos ejes en los abordajes del sí mismo en la vejez que se expresan en múltiples teorías. El primero pone el foco en los cambios en el plano de su identidad como adaptación a las experiencias por las que atraviesa. El segundo enfatiza el sentido de control y adecuación que el adulto mayor ejerce sobre su ambiente, su cuerpo y su tiempo.

El envejecimiento según la identidad narrativa

La teoría de la identidad narrativa permite comprender y explicar los modos en los que un sujeto envejecido evalúa los cambios que producen discrepancias en su identidad, así como aquellas elaboraciones narrativas, es decir, donde el sujeto pueda generar nuevas formas de comprenderse, dotando de coherencia y continuidad su vida, para orientar su acción. Poder conferirle una continuidad narrativa a la dimensión temporal de la existencia (Ricoeur, 1999) incrementa los márgenes de seguridad y control frente a la incertidumbre de lo discontinuo y desconocido.

¿Qué es un relato? La narración como estructura

El relato conforma un modelo narrativo que da forma a las experiencias cotidianas, mediando entre el mundo canónico de la cultura y el más idiosincrático de los deseos y creencias (Bruner, 2003). En este sentido, las narrativas cobran un valor funcional ya que proveen una estructura para organizar los pensamientos, las motivaciones, las memorias y los proyectos, reduciendo la ambigüedad natural de la vida y aumentando, en el sujeto, la coherencia y consistencia interna de su sí mismo.

El proyecto de sí y la direccionalidad de la vida

El esfuerzo por otorgar un significado a los acontecimientos de su vida caracteriza al ser humano. La naturaleza proactiva o anticipatoria de los procesos de construcción de significado implica un movimiento en el tiempo a partir del cual la noción de *dirección* surge como un elemento central en la orientación del sujeto. En este sentido, la capacidad anticipatoria y la coherencia interna de su sistema de conocimiento resultan centrales para organizarla. La dirección, el sentido o rumbo vital requieren que podamos anticipar nuestros movimientos vitales. Cada objetivo que nos tracemos supone que debamos ejercer una serie de arreglos en el presente y hasta en el pasado, para que en esta direccionalidad resulte lógica la consecución de ese objetivo.

¿Quién soy ahora?

El envejecer puede promover cambios en el reconocimiento de sí debido a que una serie de relatos sobre el sí mismo o el núcleo de creencias que organizan la identidad, puedan verse cuestionados por variantes vitales como la relación con el propio cuerpo, el trabajo, la relación con los hijos, la pérdida

de una pareja. El relato busca mantener unidas las enormes variabilidades que se presentan dándole un sentido de coherencia interna que facilita que los mecanismos de control funcionen (Iacub, 2011).

Esto puede poner en cuestión el ¿Quién soy?, ya que contiene el núcleo más cualitativo, más íntimo y trascendente de nuestra persona.

La identidad se constituye a partir de un conjunto de disposiciones que regulan la acción y que están ordenadas por valores, normas, ideales, estilos de vida, y modos de control y afrontamiento de la realidad. Cuando un comportamiento no corresponde a este género de disposiciones se dice que una persona ha cambiado o que ya no es la misma.

Cuando el sujeto se enfrenta a cambios de escenarios con fuertes alternancias, es vía la resignificación y la proyección del sí mismo que va a verse interpelado por el cuadro de situación.

Concordancia y coherencia: principios organizadores del relato de la vida

El sujeto requiere de principios autoorganizativos que implican ciertos niveles de concordancia y coherencia lógica a lo largo de su vida a través de un relato con sentido. Este principio de organización le permite establecer mecanismos de control eficientes frente a los sucesos vitales y al propio sí mismo. McAdams (1985, 1997) sostiene que la función es organizar y dar mayor coherencia al conjunto de la vida, la que de otro modo se presentaría fragmentada y difusa. Por ello resulta importante:

- Brindarle una continuidad narrativa a la dimensión temporal de la vida.
- Encadenar historias discontinuas de la propia vida que, de lo contrario, dificultarían reconocer un sentido de identidad.

La posibilidad de dar coherencia a la propia narrativa implica cierto grado de consistencia entre los elementos que componen el relato y los esperables sociales en relación con la edad, el género u otros aspectos.

El carácter figurativo y la fragilidad identitaria

La noción de figuración o de representación del sí mismo es utilizada para dar cuenta de los modos en que un sujeto se concibe, se ve y se comprende como tal, cuando el sujeto se relata y define por sí mismo o por los otros.

El sujeto conforma su identidad a partir de una serie de afirmaciones de valor (interés, afecto, apoyo y admiración) entre los que aparecen las figuras de todos aquellos que toman un lugar relevante para el sujeto. Esta impronta de la identidad refleja cierta fragilidad, ya que lo vuelve dependiente de dicho reconocimiento. Por ello, así como los niveles de reconocimiento positivo promueven concordancias, es decir, sentir que se es quién uno cree ser o debería ser, la confrontación con las diferencias o imprevistos producen discordancias en dicha representación. La relación con otros significativos (personas, instituciones, ideales) se encuentra en la base de los niveles de seguridad y de la capacidad de afrontamiento con los que cuenta el sujeto frente a un entorno que, de otra manera, podría resultar atemorizante.

Estas variaciones tienen una particular gravitación en las crisis vitales, donde el pasaje a una nueva etapa pone en cuestión la continuidad de la figuración del sí mismo, pudiendo producir una “ruptura biográfica” o narrativa debido a que el sujeto siente que su nueva identidad es desconocida, negativa o estigmatizada.

La refiguración en el envejecimiento

En este movimiento, la noción de refiguración alude al cambio en la figuración a través de nuevas categorías desde las que se piensa el sujeto. Se pone en cuestión el “quién soy” o el “¿Sigo siendo el mismo?”, cuestionando al sujeto desde un nuevo contexto de significación o circunstancia vital, lo que promueve una reelaboración identitaria, es decir un ¿Qué hago ahora con esto que soy?

En el envejecimiento, esta noción resulta especialmente relevante por las importantes experiencias que marcan diferencias en el sí mismo, las cuales pueden aparecer como no buscadas ni deseadas. Desde el cuerpo que va cambiando hasta el entorno que se modifica.

Más aún cuando el volverse viejo suele ser una categoría rechazada o mortificante, ante la cual la gente evita identificarse.

El síndrome del nido vacío o de la *jubilación* son, en términos generales, experiencias que modifican la figuración que el sujeto tenía de sí mismo, de los roles y posiciones que había ocupado hasta ese momento, a la vez que promueven una demanda de un *quién soy ahora* o *quién debería ser*.

La configuración en el envejecimiento

Aun cuando el azar juegue un importante rol en la determinación del cambio a través del tiempo, la función de la narrativa es restaurar esos acontecimientos azarosos con sentidos que den al presente recordado un curso de vida coherente o integrado (Cohler, 1993).

La configuración supone retomar y elaborar un conjunto de circunstancias discontinuas y no coherentes que ponen en cuestión la identidad del sujeto, a través de la conformación de un relato que otorgue sentido y concordancia a la identidad. Lo que supone una reorientación de proyectos que establezcan un fin anhelado o una promesa de sentido.

La configuración aparece entonces como la respuesta de cierre a la refiguración, la cual tendrá diversos niveles de alcance, desde formas fragmentarias hasta modalidades más consolidadas. En las siguientes viñetas (Iacub, 2011) encontramos la misma escisión, aunque organizada a través de un sentido de identidad personal o mental que parece centralizar el *quién*, lo que de otra manera se presentaba en forma difusa y escindida.

Ejercicio

“Cuando cumplí los 65, la Corte me comunicó que debía acogerme al retiro obligatorio. Luego el plazo se prolongó por una resolución de la Cámara de Diputados hasta los 70. Cuando cumplí 70 me llamaron y me dijeron verbalmente que si no me jubilaba lo hacían de oficio.

[Jubilarse] es un cambio fundamental; porque tenías jerarquía, eras un personaje, para poder hablar con vos los abogados y los profesionales pedían entrevista en mesa de entradas y uno decidía si les daba entrada o no. (...) Todo el día con profesionales y de la noche a la mañana se corta.” (Iacub, 2006).

“Antes de venir pensaba en lo mío, en cómo crié a mis hijos, si hice bien o hice mal, preguntándome todo el tiempo ¿Por qué? Todos eran por qué y de ahí no podía salir. Y acá salí, porque ocupé mi mente en otras cosas, cosas con vida. Así también el poder ver que venían otras personas y poder ayudarlas me hizo sentir muy bien” (Iacub, 2001).

Preguntas

1. Analice qué cambios se produjeron en cada uno y utilice las categorías trabajadas para su elaboración.
2. ¿Cuál de estas puede ser vista como refiguración y cuál como configuración? Justifique sus respuestas.

El sentido de la acción y el control sobre los objetivos

En el transcurso vital existen crisis o conflictos entre las exigencias externas de comportamiento en una situación dada, subjetivamente evaluadas, y la capacidad potencial percibida por el propio sujeto para manejar o ejercer control sobre ellas. El control se ejercería sobre áreas relevantes en las que le resulta significativo mantener un equilibrio favorable entre ganancias y pérdidas a través un doble proceso de ajuste.

Brandtstädter y Greve (1994) consideran que la idea de un proceso de envejecimiento positivo es posible mediante el uso de la asimilación, entendida como la integración de la experiencia a estructuras previas de conocimiento, y la acomodación, entendida como la modificación de las estructuras de conocimiento para incorporar la experiencia. Ambos recursos permiten que se produzca el reemplazo de objetivos y deseos pertenecientes a etapas de la vida más temprana por otros más compatibles con las habilidades actuales, sin confrontar las metas con las limitaciones tanto cognitivas como físicas.

Consideran que, a medida que el sujeto envejece, utiliza menos estrategias de asimilación y más de acomodación y que, en ello, reside la habilidad para mantener un *positivo sentido del sí mismo*. De todas maneras habrá que tener en cuenta que si las metas son muy valiosas, si es más alcanzable y si

no hay reemplazos, el sujeto optará por mecanismos asimiladores, mientras que si la importancia fuera menor, si se pudiera abandonar y encontrar otras que lo reemplacen sería más fácil acomodarse.

Ciertas condiciones resultan necesarias para que un sujeto se acomode al cambio (Brandtstädter y Grève, 1994):

- *La continuidad*: cuando una persona puede sentirse él mismo a pesar de los cambios que experimenta.
- *La relevancia discriminativa*: cuando puede generar una diferencia que lo individualice.
- *La significación biográfica*: cuando aún frente a los cambios sigue habiendo atributos relativos a una trayectoria personal.

Si se cumplen estas condiciones daría lugar a uno de los principales recursos en el envejecimiento, la *acomodación flexible*, que se constituye como una estrategia de adaptación sin llevar a perder aspectos que resulten prioritarios del sí mismo (Brandtstädter, Rothermund y Schmitz, 1997).

Desde un punto de vista similar Heckhausen y Schulz's (1995) sostienen que, en los intercambios con el ambiente, el deseo del sujeto de ganar control o de ejercerlo sobre sí mismo constituye la fuerza que motoriza la personalidad. Y que, como las pérdidas de control en lo físico, lo cognitivo y lo social pueden incrementarse con la edad, el individuo intenta ajustar los objetivos de manera acorde a sus capacidades, a fin de optimizar la relación de ganancias y pérdidas, y mantener así el bienestar subjetivo y la satisfacción vital. Este modelo distingue dos procesos:

- el primario, que se refiere al control que se ejerce sobre las conductas anheladas, produciendo con ello efectos o eventos en el mundo externo. Este control se centra en la comprensión de la relación existente entre las acciones realizadas para modificar el mundo externo y los cambios efectivamente sucedidos;
- el secundario, que se refiere a la manera en que se modelan los estados cognitivos, motivacionales y emocionales ante los fracasos en los controles primarios. Dichas estrategias incluyen el cambio en el nivel de aspiraciones, la negación y la reinterpretación de las metas (Heckhausen y Dweck, 1998), lo cual permite adaptar o acomodar objetivos personales, deseos y creencias a la situación presente.

Schulz y Heckhausen (1996) han mostrado que el control primario aumenta desde la infancia a la mediana edad y decrece a medida que se envejece, mientras que el control secundario aumenta a medida que la edad avanza. Por esta razón, las pérdidas de control primario se compensan con el control secundario.

Ejercicio

Siempre me gustó ir a los picnics, pero hace un tiempo dejé de hacerlo. Me di cuenta de que había muchos esfuerzos que ya no estaban a mi alcance, ni tampoco quería generárselos a mi familia. De a poco encontré que podía disfrutar y compartir especialmente otras salidas menos trabajosas. Me reía porque le decía a mi sobrina: prefiero dejar yo a los picnics que los picnics me dejen a mí. Ahhh, tan fácil no me van a ganar [risas] (Rita, 85 años).

Preguntas

1. ¿Qué estrategias utiliza Rita para ajustarse a la nueva situación?
2. ¿Qué objetivos persigue con el cambio?
3. Comente alguna situación similar en su ámbito laboral con adultos mayores.
4. ¿Qué otros factores se desprenden de la lectura del texto?

El modelo SOC como ejemplo de adaptación

A medida que envejecemos, resulta fundamental optimizar la utilización de los recursos disponibles. Baltes (2000), teniendo en cuenta la perspectiva de una psicología positiva del envejecimiento, señala que el curso de la vida implica no sólo multidimensionalidad y multidireccionalidad, sino también *selectividad (S), optimización (O) y compensación (C)*. “*Esos procesos de selectividad, optimización y compensación funcionan de forma activa y pasiva, consciente e inconsciente, individual y colectiva*” (Baltes, 2000: 7).

- *Selectividad*: equivale a darse cuenta de oportunidades y restricciones específicas en los distintos dominios de funcionamiento (biológico, social e individual) y actuar en consecuencia, bien sea diseñando en forma intencional metas alcanzables (selección centrada en las ganancias), o cambiando metas y acomodándose a pautas distintas (selección centrada en las pérdidas).
- *Optimización*: significa identificar los procesos generales que se encuentran involucrados en la adquisición, aplicación y refinamiento de los medios para el logro de metas relevantes (Baltes y Freund, 1998) y previniendo resultados indeseables.
- *Compensación*: se refiere a la producción de respuestas funcionales frente a la posibilidad de que ocurran pérdidas, sin necesidad de cambiar las metas. Son nuevos medios y recursos, internos y externos, dirigidos a la prosecución de objetivos, que compensen la pérdida de medios y recursos disponibles, los cambios en los contextos y el ajuste de objetivos.

Ejercicio

“Al famoso pianista Rubinstein, en una entrevista televisiva le preguntaron cómo hacía para vencer a la edad y seguir siendo el concertista de piano número uno a los 90 años. Este respondió ilustrando este modelo: en primer lugar, de todo el repertorio musical he elegido las piezas que más me gustan y con las que me siento más cómodo. En segundo lugar, practico todos los días las mismas horas, pero como ensayo menos piezas, dedico más tiempo a cada una. Por último, cuando tengo que interpretar movimientos que requieren de más velocidad en mis dedos de la que puedo conseguir, hago más lentos los movimientos previos a los más rápidos para dar sensación de mayor velocidad en estos” (citado en <www.imsersom.ayores.csic.es>).

Preguntas

1. Explique dónde se aplicaría la selección, la optimización y la compensación.
2. ¿Qué objetivo persigue Rubinstein aplicando el SOC?
3. ¿Qué otros factores se desprenden de la lectura del texto?

La teoría de la selectividad socioemocional (TSS)

El principio rector de esta teoría es que la gente toma nota del tiempo que tiene por delante y fija sus metas de acuerdo con esto. Cuando el tiempo se percibe como algo abierto, son más importantes las metas relacionadas con el futuro y con la información, mientras que cuando el tiempo es percibido como más limitado, las metas emocionales se vuelven más importantes y las personas prefieren interactuar con quienes mantienen relaciones más estrechas que promuevan un bienestar más seguro y rápido. Esta hipótesis ha sido testeada tanto con sujetos mayores como con personas de otras edades que, por diversas razones, entendían que el tiempo de vida era *finito*.

Para Carstensen (1992, 1995), existirían tres motivos sociales primarios: la regulación emocional, el desarrollo y mantenimiento del autoconcepto, y la búsqueda de información.

En la mediana edad y en la vejez se volvería menos importante la búsqueda de información y más centrales las *metas emocionales*. Por esta razón, los objetivos se focalizan en adquirir satisfacción emocional en el contexto de relaciones interpersonales gratificantes, manteniendo una vida positivamente equilibrada y una óptima regulación emocional.

Ejercicios

El viejo piensa en el poco tiempo de vida que le queda y se decide a hacer cosas que antes no pudo (León, 82).

Lo que pienso es que no me queda tanto, así que quiero aprovechar a disfrutar de la gente que más quiero (Juana, 87).

Preguntas

1. ¿Por qué piensa que se aplica esta teoría en estas viñetas?
2. Conceptualice, a partir de estas viñetas, qué cambios se produjeron en ambos.
3. ¿Qué otros factores se desprenden de la lectura del texto?

La autoeficacia como estimación de adaptación

Bandura (1977) desarrolló el concepto psicológico de “autoeficacia” y lo describió como la eficacia personal percibida, es decir, la creencia en la habilidad para llevar a cabo o afrontar con éxito, una tarea específica.

La autoeficacia determinará en qué tipo de actividades se implica una persona, cuánto tiempo permanece inmersa en su consecución y cuánta intensidad pone en lo que trata de lograr. Las personas que se perciben como autoeficaces realizan el esfuerzo necesario para lograr sus objetivos, sienten que tienen el control sobre los acontecimientos y que pueden cambiar aquello que les produce malestar o insatisfacción (Bandura, 1977). La confianza y las evaluaciones positivas dependen del éxito repetido en la tarea y, por lo contrario, los fracasos las disminuyen.

Esta teoría ha sido utilizada para investigar de qué modo las creencias culturales negativas y los prejuicios y estereotipos sobre el envejecimiento pueden influir en la autoeficacia durante la vejez desalentando las expectativas, las metas y los resultados.

El efecto es un incremento de ansiedad y de amenaza al yo, que puede interferir con la ejecución de tareas intelectuales y motoras ya que la preocupación de ser considerado como parte de un grupo estereotipado negativamente, con la consiguiente sensación de denigración y rechazo social, desplaza la atención de la tarea y puede obstaculizar su ejecución, limitando progresivamente la autoeficacia.

Ejercicio

La primera vez que me acerqué a la computadora me daba miedo todo, sentía que podía romperla y cada vez que quería manejar el mouse se me iba para cualquier lado. Fraculé muchas veces, empezaba y dejaba. Cuando fui al curso que se daba en la facultad para nosotros (adultos mayores), fue distinto. [¿Por qué?] No sé, me tuvieron paciencia y me decían cosas que nos pasaban a todos. Eso me hizo probar con menos miedo y darme cuenta de que, si insistía, algunas cosas iban saliendo. No soy una experta, pero sé que puedo mandar mails y de a poco me fui tomando confianza, y ahora hasta hablo por Skype con mis nietos. Mucho más no me pidas [risas]

(Martha, 74 años).

Preguntas

1. ¿Por qué considera que en los adultos mayores puede modificarse la autoeficacia?
2. ¿Qué relación observa en Martha entre sus creencias y sus capacidades? ¿Qué incidencia podría tener en su autoeficacia?
3. ¿Qué otros factores se desprenden de la lectura del texto?

V. 4. El erotismo, la erótica y la sexualidad

Diferenciar los términos nos permite considerar esferas de comprensión sobre la temática:

- La **sexualidad** hará referencia al impulso biopsicológico que emerge en los seres vivientes tendiente a formar diversas formas de acoplamiento que generan disfrute o descargas de libido.
- La **erótica** supone el procesamiento cultural del sexo (Bauman, 1999), es decir, el modo en que una cultura construye y regula los modos de goce en un momento histórico, según el género o la edad.
- El **erotismo** implica la invención, elaboración, regulación y domesticación del impulso sexual (Featherstone, 1999) y de una erótica, en cada sujeto.

Por todo esto entendemos que, sobre una base psicobiológica denominada sexual, hallamos la multiplicidad de formas de construir cultural e individualmente los modos de goce.

V. 4. 1. Los mitos sexuales de la vejez

La gerontología aborda la sexualidad desde un discurso moderno y científico, que se enfrenta a otro calificado de mítico, moralista o puritano y que intenta presentar a la sexualidad y al envejecimiento como términos no excluyentes. No sólo eso, sino que considera que la vida sexual activa constituye un valor tan central como la salud.

Entre los prejuicios más habituales se encuentran los siguientes:

- La **sexualidad** no es importante en la vejez: aun cuando haya cambios en el funcionamiento y el monto de deseo, el sexo sigue siendo un impulso necesario y el erotismo encontrará nuevos y viejos caminos para su satisfacción.
- La **sexualidad** puede producir problemas físicos: la falsa creencia entendía que el sexo podía producir enfermedades en un sujeto con fuerzas amenguadas. Hoy se entiende que salvo ciertas circunstancias físicas, no especificadas por la edad, como un problema cardíaco, el sexo es sano física y mentalmente.
- **No es considerada normal en esa etapa de la vida:** este concepto consideraba que el goce sexual podría ser perverso y por ello dañino para la persona y su medio. Hoy se considera esperable que las personas sigan gozando de su erotismo tanto como la persona lo considere.
- **Los adultos mayores pueden ser pedófilos:** una de las creencias era que, como el adulto mayor ya no podría tener relaciones sexuales, cambiaría su orientación sexual. Esto es absolutamente falso ya que con la edad no habría cambios en este sentido.
- **Los varones ya no pueden tener erecciones:** más allá de que aumenta la cantidad de varones con problemas de erección, esto no es un problema de edad, sino de patologías que pueden aparecer con mayor frecuencia con la edad, como los infartos.
- **Las mujeres no sienten deseos:** esta creencia puede resultar aparentemente cierta ya que los prejuicios niegan de una manera más rotunda el deseo femenino. Esto genera que, luego de la viudez, muchas mujeres abandonen las prácticas sexuales tradicionales, aunque no por ello pierdan el deseo.
- **Luego de una histerectomía o de la menopausia, desaparece el deseo:** este es un mito muy antiguo que no tiene ninguna verosimilitud. Sin embargo, en aquellas mujeres que asociaron la maternidad con el erotismo, la pérdida de la capacidad de reproducirse puede afectarlas emocionalmente y limitarlas en sus deseos.
- **Es lógico que un hombre mayor busque a una mujer joven, pero no lo contrario.** El sistema patriarcal, y con una estética que pondera lo juvenil, considera que un hombre no tiene que ser objeto de deseo por lo corporal, mientras que la mujer sí, y que el poder es un atributo masculino y que la mujer depende del varón. La edad en este punto se convierte en un equivalente de un poder que parece solo detentable por el varón.

- **La gente mayor debería ser separada en instituciones por sexo para evitar problemas familiares, institucionales y comunitarios.** Esta creencia aún funciona en establecimientos para adultos mayores ya que consideran que no habría erotismo en esta población y que, de haberlo, podría ser disfuncional para los propósitos institucionales y familiares.

En oposición a estas creencias, el erotismo es considerado como un remedio, fuertemente asociado a la salud física y mental, y como un recurso indispensable para el bienestar. De acuerdo con este enfoque, el sexo puede ser un antídoto ante la idea del cuerpo como una suma de dolores y puede servir para evitar el descompromiso social, para promover y mantener el contacto intergeneracional, como ejercicio físico, para mantener una saludable autoimagen y para manejar las ansiedades personales.

Lobsenz (1974) considera que otra de las fuentes de puritanismo sexual contra la vejez son los clisés de una sociedad fijada en la juventud. Las publicidades dan un estereotipo en el que la sexualidad existe sólo para la gente linda con músculos duros y cuerpos ágiles: la idea que las personas mayores gocen –fofas, arrugadas y con otros rasgos propios de la vejez– se nos aparece primero como lúbrica y, luego, como repugnante.

Los aportes de Masters y Johnson

William Masters y Virginia Johnson señalaron la falsa creencia según la cual *“la incompetencia sexual es un componente natural del proceso de envejecimiento”* (Masters y Johnson, 1976). Entendieron que la metodología educativa era el mecanismo que promovía la modificación de dicha creencia y, para plantearlo, se servían de una prolija descripción de los cambios producidos con la edad, lo que evidenciaba que no implicaban incompetencia ni desinterés sexual.

Señalaron que *“Hay muchos conceptos erróneos relacionados con el proceso de envejecimiento que se reflejan en una progresiva falta de confianza psicosocial”* (Masters y Johnson, 1976).

Consideraban verdaderamente relevante desandar los prejuicios, ya que una educación prejuiciosa y represiva podría ser responsable de inhibir el acceso a la sexualidad en las personas de edad.

Los aportes de Simone de Beauvoir

Esta filósofa francesa formuló con audacia una crítica vehemente al puritanismo con el que había sido pensada la erótica en la vejez, tanto de los que condenaban la práctica de la sexualidad sin un fin reproductivo, como de aquellos que pensaban que la persona mayor efectuaba una regresión a etapas tempranas del desarrollo y cuya sexualidad podría devenir perversa.

Por el contrario, retomó el cauce antes señalado por Freud, de la diferencia entre pulsión e instinto, lo cual le permitió repensar la sexualidad de una manera más amplia, sin objetos precisos. Si la finalidad era el placer, sostenía, entonces el viejo podía encontrar caminos auxiliares sin que esto llevase necesariamente a un goce genital y sin que supusiera por ello un goce perverso. Sin embargo, señaló que los prejuicios existentes relativos a una estética que niega a la vejez limitaban el acceso a sentirse deseado.

Otro de los mitos que criticó fue el de la perversión en la vejez, relacionada con los casos de pedofilia, voyeurismo y exhibicionismo. Cuestionó esta hipótesis a través de las estadísticas de la investigadora en sexualidad Isadore Rubin, quien encontró que la franja etaria comprendida entre los 30 y los 40 años era más proclive a los atentados contra “la moral y las buenas costumbres”.

V. 4. 2. Modificaciones en la sexualidad como producto del envejecimiento

La actividad y el deseo sexual tienen un gradual descenso que aparece más pronunciadamente después de los 50 años (Scolnick, 1980). Este autor consideraba que existían una serie de hechos biológicos, psicológicos y sociales que inciden en la aparición de estas respuestas, aunque observó que ninguno promovía ni el retiro de la sexualidad ni la renuncia al goce.

En una publicación realizada en 1985 sobre los estudios longitudinales efectuados en la Universidad de Duke, E. Busse y G. Maddox demostraban que la viudez y el deterioro en la salud eran los principales factores del término de la sexualidad en la vejez, no así la longevidad. De todos modos, sí existe una gradual declinación del interés y de la capacidad para llevarlo a cabo, aunque el erotismo sigue desempeñando un importante papel en la vida de los sujetos estudiados.

El estudio de Laumann, Waite y Das (2008) arrojó los siguientes datos:

El 69% de los varones y el 40% de las mujeres han tenido actividad sexual con una pareja en el último año, y luego de los 75 el 39% de los varones y el 17% de las mujeres se mantienen activos.

La razón más común por la que abandonan la sexualidad es, en los hombres, los problemas de salud y más específicamente la ingesta de medicamentos, mientras que en las mujeres, el ser viudas y no encontrar al hombre adecuado.

Más de la mitad de los hombres y mujeres sexualmente activos han tenido dos veces al mes relaciones sexuales y en muchos esta cantidad no varía demasiado por edad. Casi un cuarto de las personas de 75 a 85 años sexualmente activas han reportado tener sexo 4 veces o más por mes.

La sexualidad es importante para dos tercios de las mujeres y para el 90% de los varones. Mientras que 1 entre 7 varones toman medicamentos para mejorar la sexualidad, solo 1 en 100 mujeres lo hace.

Las relaciones vaginales son las más habituales pero también el sexo oral lo es. De hecho entre los 75 y los 85 años más de una cuarta parte de los varones y un tercio de las mujeres han dado o recibido este tipo de práctica.

Casi la mitad de los varones y un cuarto de las mujeres se han masturbado en el último año, con las parejas o sin ellas.

Cambios esperables en la fisiología del varón y la mujer

Entre los cambios más relevantes se encuentra la mayor cantidad de tiempo que implica todo el acto sexual. Desde la erección hasta la eyaculación.

Respecto de las dos etapas de que se compone el proceso eyaculatorio –inevitabilidad eyaculatoria y fenómeno orgásmico– ambas podían modificarse con la edad, en el sentido de que la primera etapa no se produjera y que el orgasmo tuviera una duración menor. Además, que la emisión preeyaculatoria podía verse reducida hasta desaparecer en algunos casos. Sin embargo, los autores aclaraban que todas estas modificaciones fisiológicas en el hombre mayor no parecían disminuir su experiencia orgásmica. Tampoco las disminuciones en la presión y el volumen eyaculatorios alteraban el placer que experimentaba (Masters y Johnson, 1976).

En sus consideraciones sobre la mujer, utilizaron el mismo esquema: romper con el mito que señalaba que las mujeres menopáusicas carecían de deseo sexual y que los cambios fisiológicos propios de esa edad significaban el término de su vida sexual.

La menor producción de secreción vaginal, los efectos de la involución ovárica que ocasiona el adelgazamiento de las paredes vaginales, la pequeña disminución del tamaño del clítoris y las contracciones espasmódicas durante la fase orgásmica son algunos de los cambios que Masters y Johnson describieron como parte del proceso del envejecimiento femenino. Frente a ellos, recomendaban seguir manteniendo relaciones sexuales, ya que consideraban que *“la vagina es un espacio potencial y no actual”*, es decir, que de no haber una adecuada *“afectiva estimulación sexual”*, sus paredes colapsarían. Resulta curiosa la calificación de *“afectiva”* aplicada a la estimulación sexual, ya que no se utiliza al hablar del hombre. La terminología parece adecuarse a un lenguaje más emotivo al referirse a las mujeres.

Por otro lado, el estudio daba cuenta de que aquellas mujeres mayores que establecían una actividad sexual regular iban a mantener una mayor capacidad para desarrollar el acto sexual que las que no la tenían. Es decir que, para estos autores, la psique desempeñaba un papel importante en un desbalanceado sistema endocrino de la mujer posmenopáusica.

V. 4. 3. La cuestión de género y el erotismo

Varones y mujeres

En las sociedades occidentales, la demanda relativa a la capacidad sexual resulta más exigente para los hombres que para las mujeres, dado que la falta de rendimiento es vista como falta de virilidad. Siever (Iacub, 2006) agrega que los hombres parecen más interesados en su fuerza, su capacidad física y su rendimiento, en competencia con otros hombres. Huick (1977, en Iacub, 2006) considera que la falta de rendimiento sexual puede amenazar su autoimagen.

Si el vigor es esencial en un hombre, en la mujer es el atractivo. El cuerpo, la imagen de la mujer mayor, es connotado por su falta, por lo que ya no es. Susan Sontag lo señala de esta forma: *“El punto es que una mujer bien vestida, maquillada, teñida, no es atractiva. La desaprobación puede tomar la forma de la aversión. El envejecimiento es un proceso que consiste en volverse obscena sexualmente por los senos fofos, el cuello arrugado, las manos manchadas, el cabello afinado, el torso sin cintura y las*

piernas con várices” (en Iacub, 2006). Esta dura descripción refleja la lectura social que se hace del cuerpo femenino (aunque con menor exigencia, también en la actualidad ocurre lo mismo con el masculino), lo que acarrea una serie de limitaciones a la hora de pensarse eróticamente.

Las mujeres tienden a ver sus cuerpos como objeto de evaluación estética (Calasanti y Slevin, 2001) y en fuerte comparación con otras mujeres (Iacub, 2005). Es interesante rescatar variantes en las clases sociales: en las más altas el proyecto del cuerpo es más estético, mientras que en las más bajas el cuerpo aparece más instrumentalizado (Calasanti y Slevin, 2001).

Diversas investigaciones sugieren una mayor diferenciación de géneros en la temprana adultez y una mayor indiferenciación en la vejez (Neugarten y Gutmann, 1964). Troll y Parron (1980) sostienen que, debido a los cambios ambientales y de roles sociales que se transitan, los roles de género se flexibilizan en esta etapa y permiten una mejor adaptabilidad de los adultos mayores. Esta condición más andrógina permitiría una ganancia de atributos del otro sexo para enfrentar temores y peligros.

Patologías, farmacología y sexualidad

Existen patologías que efectivamente pueden determinar restricciones directas o indirectas de la sexualidad. Cualquier deterioro, agudo o crónico, con sintomatología asociada que produzca debilidad, dolor o limitaciones de la movilidad, que se manifieste tanto en el plano físico como en el mental, puede reducir o inhibir el deseo sexual (Salvarezza, 2002). Así como la enfermedad suele promover un retiro transitorio de los goces, una vez terminada suele reaparecer el deseo.

Estética de la erótica en la vejez

Es importante tener en cuenta el peso que tiene una mirada negativa sobre el erotismo. En este caso el no poder estilizar los encuentros amorosos lleva a una posición de desestima no siempre explícita, que sin embargo suele ser muy agresiva. Al mismo tiempo, la promoción de productos que llevan a evitar las imágenes de la vejez vuelve a refrendar el rechazo que produce el adulto mayor en este contexto social.

Una estética de la erótica en la vejez busca promover que nuestra cultura pueda incluir de una manera positiva los goces de los adultos mayores y que se promueva una ética donde las metas no se reduzcan a estar en buena salud sino al disfrute vital.

Preguntas

1. ¿Cuáles son los mitos más arraigados sobre la sexualidad y el erotismo en la vejez?
2. ¿Cómo inciden los factores de género en la vejez sobre los cambios en la fisiología sexual?

V. 5. La cuestión Lesbiana, Gay, Bisexual, Transexual (LGBT)

Datos demográficos

El número de gays y lesbianas mayores va a incrementarse en los próximos años al mismo ritmo que crece el número de personas mayores, en una sociedad cada vez más envejecida. Se estima que entre el 8 y el 10% de la población adulta es gay o lesbiana. Naturalmente que éste no es el número de adultos mayores que se declaran gays o lesbianas, aunque se espera que con el paso de las nuevas generaciones las personas que declaran su orientación sexual vaya creciendo.

Por esta razón, es importante tener en cuenta las necesidades de esta población en notorio incremento.

La doble discriminación viejista y homófoba

Los adultos mayores gays y lesbianas padecieron altos niveles de discriminación a lo largo de sus vidas que los llevaron al ocultamiento o a un peligroso desafío.

A esta generación de mayores no les resulta sencillo asumir las nuevas lecturas acerca de las preferencias sexuales como una elección no patológica ya que crecieron en una cultura con nominaciones generalmente de orden médico que los asociaban a la enfermedad, al desprecio o a la desviación, tales como perversos, desviados o afeminados.

La discriminación hacia las personas mayores LGBT puede extremarse en la vejez. Son diversos los factores que intervienen, entre ellos cuando deben entrar en residencias para adultos mayores, participar en espacios socio-recreativos o de viajes, los prejuicios de la familia que reeditan el dilema de enfrentarse a un orden homófobo, u ocultar su identidad. Sin embargo aún puede ser más grave y violento ante la denegación del seguro social de la pareja y la discriminación legal de ésta cuando fallece el/la compañero/a.

Las malas condiciones, la falta de familia o de protección legal frente a la pérdida de la pareja, se deben a factores discriminatorios, pero no a una condición de la homosexualidad.

Vejez y soledad

¿Los adultos mayores LGBT tienen más posibilidades de acabar su vida viviendo solos? Aun cuando no contamos con estudios muy sólidos al respecto y cuando existen diferencias socioculturales, étnicas y de género, los pocos estudios que existen apuntan a que los números de personas solas aumenta notoriamente.

Estudios realizados en el Reino Unido hallaron que los varones gays y bisexuales tienen tres veces más posibilidades de estar solos que los heterosexuales.

Esta perspectiva puede dar cuenta de por qué se incrementa la ansiedad ante el envejecimiento, ya que con menos redes sociales familiares requieren más apoyo de las instituciones, o de cuidados formales, de las que muchos sienten que podrían no satisfacer sus necesidades.

La política de la amistad

La sociabilidad LGBT “se funda, en principio y ante todo, sobre una práctica y una ‘política’ de la ‘amistad” (Eribon, 1999), la que implica elegir el propio círculo de relaciones y también desarrollar una identidad más concreta y positiva, frente a una sociedad que puede ser violenta con este grupo. Diversos estudios señalan la importancia de la amistad para la salud física y psicológica de los adultos gays y lesbianas. Por ello, estos vínculos que tantas aportaciones positivas tienen, conocidos como “familiares por elección”, son especialmente resaltados en el caso de gays y lesbianas.

Estas estrategias nos permiten comprender por qué, aun siendo más habitual que se encuentren viviendo solos, no implica que estén aislados o en malas condiciones.

Vivir como adulto mayor gay

Friend (1991, en Iacub, 2006) investiga el envejecimiento exitoso de los individuos en relación con su grado de compromiso con la comunidad gay y establece tres grupos:

- Los estereotípicos: aquellos que han internalizado la homofobia y se caracterizan por la soledad, la depresión y la alienación.
- Los passing (de paso): se trata de individuos que, aunque hayan aceptado ciertos aspectos de la homosexualidad, aun creen que es mejor no serlo.
- Los afirmativos: se encuentran en el polo opuesto a los primeros y consideran la homosexualidad como algo positivo. Lo cual genera un mejor ajuste psicológico y adaptación al envejecimiento.

El problema no es ser una persona mayor ni ser gay, sino la pérdida de identidad que supone el no aceptarse a sí mismo, a lo que se suman las consecuencias psicosociales que pueden extremarse en la vejez.

Salir del armario o «hacer de manera voluntaria y pública la declaración de su homosexualidad» es un proceso marcado por culturas generacionales. Entre los actuales adultos mayores, la mayoría reconoce este momento como decisivo en su vida, y que fue vivido como un proceso largo, doloroso y de mucha incertidumbre.

Son frecuentes los relatos de hombres y mujeres que afirman haber estado casados con personas del sexo opuesto, aun identificándose como homosexuales, por no poder hacer frente a los mandatos sociales conservadores.

Muchas lesbianas mayores no han desarrollado relaciones con mujeres hasta después del matrimonio convencional o de haber tenido hijos. Un estudio de Deevey's (1990 en Iacub, 2006) encuentra que el 15% de las mujeres lesbianas salieron del closet después de los 50.

Aceptar el envejecimiento

Kimmel (1978, en Iacub, 2006) piensa que haber atravesado esta vivencia de discriminación puede mejorar su capacidad para hacer frente a otras crisis. Friend (1980, en Iacub, 2006) estima que los cambios de rol asociados con el envejecimiento pueden ser menos severos, ya que los roles de género son más flexibles a lo largo del curso vital.

Aceptarse se encuentra relacionado con el apoyo y aceptación de la propia comunidad; el estrés de ser una minoría ha mejorado y/o potenciado dimensiones espirituales y psicológicas y, el no contar con hijos, ha llevado a que planifiquen cuidadosamente su economía.

Ejercicios

1- ¿Qué factores inciden en la calidad de vida de un adulto mayor LGBT?

2- ¿Qué programas o políticas sociales piensa que serían adecuadas a este grupo y por qué?

V. 6. Cambios cognitivos en el envejecimiento

¿Qué es la cognición?

Son las habilidades psicológicas que dan cuenta de toda la vida mental, a partir de la cual procesamos información proveniente del medio interno como externo. Son inseparables de las emociones y los afectos.

- Atención
- Percepción
- Memoria
- Lenguaje
- Funciones ejecutivas: juicio, toma de decisiones, razonamiento, planificación, regulación de la conducta social.

La memoria

Es un proceso complejo que permite adaptarnos y desenvolvemos en el ambiente así como también mantener nuestra identidad.

La vejez suele asociarse a una etapa donde la memoria se va perdiendo inexorablemente, lo cual coloca al adulto mayor en una situación de vulnerabilidad. Sin embargo, numerosas investigaciones demuestran que esto no es más que un prejuicio.

No todos los sistemas de memoria declinan con la edad, ni todos los olvidos son patológicos.

La memoria puede ser consciente (memoria declarativa), como cuando se trata de recordar el nombre de una persona. En otras ocasiones se utiliza de manera inconsciente (no declarativa o implícita), como al caminar o vestirse, ya que no se hace un esfuerzo por recordar. Hay memorias de objetos, sensaciones, olores, imágenes, melodías, de abstracciones como el sentido de la libertad o el amor.

La memoria no es sólo la capacidad para conservar información, como frecuentemente se la caracteriza, sino un proceso neuropsicológico que capacita para adquirir, conservar y utilizar una extraordinaria diversidad de conocimiento y habilidades.

El concepto memoria se refiere a muchos elementos a la vez, ya que la memoria es un acto, pero también un proceso cognitivo que ocurre sostenida por sistemas o conjuntos de sistemas: los registros sensoriales, la memoria a corto plazo y la memoria a largo plazo.

Por lo tanto, hablar de la memoria implica tener en cuenta otra serie de funciones que comprometen su funcionamiento: los registros sensoriales, los distintos tipos de atención, las funciones ejecutivas, el lenguaje y otros factores biopsicosociales. En cuanto a estos últimos cabe destacar la historia, el estado de ánimo, las condiciones ambientales, la salud, las preferencias, las experiencias previas y la familiaridad con la temática.

Envejecimiento y Memoria

Un envejecimiento cognitivo saludable es biológicamente posible y por ello no puede sostenerse más la visión tradicional de que el envejecimiento se asocia inexorablemente a la patología.

Lo que frecuentemente se produce en la vejez es una disminución del desempeño cognitivo relacionado con cambios fisiológicos. A esta disminución se la llama declive cognitivo que se diferencia del deterioro (patológico).

Los cambios cognitivos esperables en el envejecimiento no comprometen la autonomía de la persona y no interfieren en las actividades de la vida diaria. El declive cognitivo entonces se traduce en menor eficiencia al realizar tareas intelectuales, invirtiendo más tiempo y más esfuerzo cognitivo pero alcanzando el resultado correcto.

¿Por qué suceden los cambios cognitivos?

La declinación cognitiva en los adultos mayores tiene como mecanismos principales la disminución en:

La recepción y discriminación sensorial, que se ve disminuida por el paso de los años, principalmente la vista y el oído. Estos cambios disminuyen la información que el sujeto recibe del medio, afectando con ello a la memoria. Esto requiere de la adaptación a diferentes mecanismos y nuevos hábitos intelectuales como por ejemplo, observar y escuchar con mayor atención.

La velocidad de procesamiento, que es el descenso generalizado de la velocidad con que se llevan a cabo las operaciones mentales. Este descenso es visto como el sello más determinante del envejecimiento cognitivo. De hecho, se entiende que gran parte de los cambios cognitivos esperables por la edad se deban a la ralentización del procesamiento de información. Para atenuar este mecanismo y favorecer un efectivo procesamiento, una técnica es descender la velocidad de entrada de información. Por ejemplo brindando mayor tiempo de procesamiento y elaboración de la información los adultos mayores pueden llegar a los mismos resultados que personas más jóvenes.

La memoria operativa o de trabajo, que es la capacidad de manipular una determinada cantidad de información mientras se procesa la memoria. Por ejemplo, mientras se reciben datos de números tratar de ordenarlos de tal manera que luego puedan ser evocables.

La función inhibitoria, que es la capacidad de la atención para controlar y regular los procesos cognitivos, filtrando los estímulos ambientales menos relevantes, y dándoles prioridad a los más relevantes para procesarlos con mayor profundidad. Los adultos mayores tienen más dificultad para inhibir cierta información y por consiguiente problemas para concentrarse. El resultado del mantenimiento de información irrelevante lleva a que mengüe la posibilidad de focalizar en información pertinente.

Resumiendo, éstos son algunos ejemplos de cambios esperables en los adultos mayores:

- Dificultades atencionales y de organización de la información.
- Dificultades para recordar eventos próximos, realizar acciones futuras (ej.: ir a la cita con el médico, recordar el cumpleaños de un amigo nuevo, etc.).
- La persona olvida parte de situaciones o eventos, que pueden ser recordados ante ayuda externa con alguna pista o aparecen espontáneamente más tarde.
- Enlentecimiento en la velocidad de tratamiento de la información (procesamiento cognitivo) y en el aprendizaje de nueva información.
- Disminución en la capacidad de atención dividida: hacer dos tareas casi simultáneamente.
- Dificultad para inhibir información poco relevante o inapropiada (mayor distractibilidad).
- Mayor dificultad en la flexibilidad mental y abstracción.
- La experiencia de “lo tengo en la punta de la lengua”, conocida como anomia.

Por otro lado, en la vejez se mantienen relativamente estables los siguientes sistemas:

- La memoria de reconocimiento. “¿La nueva vecina se llama Juana o Marta?”
- La memoria primaria, un proceso componente de la memoria operativa que sólo implica la retención pasiva de porciones de información por un período de segundos. “Repetición de dígitos”.

- Las destrezas motrices y cognitivas (memoria procedimental) “caminar, comer, andar en bici”.
- El conocimiento semántico (significado). “¿Cuál es la capital de Santa Fe?”
- El procesamiento emocional de los eventos.
- La memoria autobiográfica (especialmente, la remota o más antigua). “El casamiento, el nacimiento del primer hijo”.

Las estrategias fundamentales para compensar estos fallos son: conocer y valorar las posibilidades de la memoria, atender a un estímulo por vez, preguntarse cuál es la información relevante que se pretende recordar, valorar y utilizar la información multisensorial, aprender a observar detenidamente, crear imágenes mentales de la información que interesa y se quiere retener, cuestionarse acerca de la importancia de dichos contenidos y su relación con los conocimientos previos, etc.

¿Por qué los adultos mayores tienden a recordar tanto su pasado?

Otra de las formas de la memoria se manifiesta en la “reminiscencia”. La persona realiza una introspección hacia el pasado, de modo espontáneo o intencional, tratando de comprender y reflexionar sobre sí en un momento de cambio o transición vital. Este modo del recuerdo permite la confrontación rememorativa entre aquel que fue y el que ha llegado a ser.

Esta forma del recuerdo busca consolidar y redefinir la identidad propia ante las experiencias de ciertas circunstancias del envejecimiento que pueden tener un impacto negativo, recordar puede contribuir a redefinir el sentido propio a la luz de logros previos. Rememorar eventos puede ayudar a manejar los cambios y pérdidas.

Ejercicios

¿Qué es la memoria? ¿Hay una única memoria?

¿Es el envejecimiento sinónimo de pérdida de memoria?

¿Cuáles son los cambios cognitivos esperables en esta etapa?

¿Cuáles son los mecanismos que subyacen estos cambios?

¿Qué estrategias considera valiosas?

V. 7. A modo de cierre

Retomando, algunos ejercicios para mejorar la comprensión:

1. Defina el envejecimiento psicológico.
2. Conceptualice los aportes centrales de la Perspectiva del Curso de la Vida.
3. Analice desde ejemplos cercanos a su área de trabajo cómo inciden las perspectivas y los significados sobre el envejecimiento y la vejez.
4. Defina de qué modo un adulto mayor se ajusta a los cambios del envejecimiento a partir de las teorías propuestas.
5. Distinga cuáles de las teorías podría ser utilizada para alguna problemática en la que se encuentre involucrado desde su trabajo.
6. Analice los prejuicios sobre el erotismo que encuentre en su ámbito laboral y comunitario.
7. Analice las películas Elsa y Fred o El Regalo y detalle los criterios sobre erotismo allí implicados.
8. Desarrolle los principales prejuicios sobre la cuestión LGBT en la vejez.
9. Desarrolle los cambios esperables en la memoria de los adultos mayores.

Capítulo VI.

Cuidados progresivos a lo largo de la vida I: sistema de cuidados progresivos. Autonomía personal en contextos institucionales. Derechos humanos en personas con fragilidad y dependencia

LA AUTORA

Rosana Croas, Magister en Dirección y Gestión de los Sistemas de Seguridad Social. Universidad de Alcalá. OISS. Especialista en Gerontología Comunitaria e Institucional, Universidad Nacional de Mar del Plata. Licenciatura en Trabajo Social. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales. Coordinadora de Atención Gerontológica Institucional. Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Docente Titular. Cátedra “Modelos Comunitarios e Institucionales de gestión gerontológica”. Carrera de Post Grado “Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata.

Docente de la materia Trabajo Social, Territorio y Comunidad y de Nivel de Intervención I, Cátedra Jorge Paola. Carrera de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UBA.

VI. 1. Ideas principales

El presente capítulo tiene como objetivo brindar herramientas teóricas que permitan analizar el escenario en la región en torno a los cuidados y la necesidad de contar con un Sistema de Cuidados Progresivos.

Para ello se abordarán aspectos relacionados con los cambios demográficos, las modificaciones en las familias y específicamente el rol de la mujer como cuidadora familiar y las respuestas que históricamente se han brindado a las personas mayores en la región. En el desarrollo de estos temas se problematizará la lógica por la cual fueron creadas y la función social que tenían y tienen en nuestras sociedades las instituciones que albergan a las personas mayores en virtud de la necesidad de cuidado.

Se enfatiza en una definición de cuidado desde la perspectiva de derechos humanos, deslindándola de la mirada mercantilizada y privada del mismo. El Estado debe ser el que garantice el acceso a los mismos eliminando toda desigualdad que repercuta en un déficit en el cuidado, en una carga y/o explotación del cuidador, en el empobrecimiento de las familias que lo afrontan privadamente, etc.

La respuesta que cada sociedad brinde respecto a esta necesidad en los próximos años impactará en el tejido social, en el nivel de cohesión e inclusión de esa sociedad.

Se aborda la necesidad de contar con un sistema que permita dar respuesta a los cuidados teniendo en cuenta las necesidades, bajo una mirada de gradualidad, de complementariedad y de progresividad.

Se describen los elementos constitutivos del sistema, con los distintos dispositivos y la población a la cual va dirigida su acción.

El Sistema de Cuidados Progresivos debe ser garantizador de la dignidad y de los derechos de las personas mayores cuidadas, favoreciendo la autonomía de las mismas, independientemente de la situación de dependencia que estén atravesando.

Los objetivos de este capítulo son: 1) conocer el escenario demográfico respecto a las necesidades de cuidados de las personas mayores; 2) revisar históricamente las respuestas que se han brindado para el cuidado de las personas mayores; 3) describir el sistema de cuidados progresivos desde la perspectiva de los derechos humanos y 4) desarrollar la tipología de los cuidados progresivos para personas mayores.

VI. 2. Definiendo los cuidados

Para comenzar a hablar de un Sistema de Cuidados Progresivos es necesario definir qué se entiende por cuidar.

El cuidado es la acción social dirigida a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas que carecen o que han perdido la autonomía personal y que necesitan ayuda de otros para realizar los actos esenciales de la vida diaria. Su novedad y urgencia actual reside principalmente en el escenario en el que hoy se desarrolla, caracterizado por la transformación de los roles de las mujeres, la presencia aún importante de niños, el creciente envejecimiento de la población, la mayor sobrevivencia con enfermedades o discapacidad y los cambios de los modelos de familia (CEPAL 2014).

Es importante entender el cuidado como parte del tejido social y, por lo tanto, como elemento central del desarrollo social. La respuesta que den las sociedades para abordar el cuidado tendrá implicaciones trascendentales en la forma de organizar la inclusión, los lazos sociales, la solidaridad inter e intra generacional y el ejercicio de la ciudadanía social.

Desde la perspectiva de los derechos humanos, el cuidado puede ser definido como un derecho subjetivo, vale decir, una expectativa que se ha formado una persona acerca de la acción del Estado, de los poderes fácticos o del resto de las personas.

El cuidado es entonces una necesidad, ya que se corresponde a un estado de dependencia o, en otros términos, expresa la relación de dependencia del ser humano con respecto al mundo al que pertenece (CEPAL 2014).

La obligación de los Estados frente a la necesidad de cuidado deberá ser la de garantizar el acceso a los servicios socio-sanitarios a todas aquellas personas mayores que se encuentran en situación de dependencia, ya sea de carácter temporal o permanente.

Los Estados deben garantizar que todas las personas cuenten con la certeza de que su necesidad de cuidado será atendida con independencia de su trayectoria individual y generacional, que esa atención será sostenible y que no se perderá por razones de índole presupuestaria.

Lamentablemente, en la actualidad la posibilidad de contar con servicios sociales al alcance de las personas mayores que requieren de cuidado es limitada, incluso en los países europeos, debido a que se trata de servicios de elevado costo y de escasa cobertura en los sistemas de protección social.

Teniendo en cuenta la importancia y el impacto de los mismos es que se desarrollará el escenario demográfico en relación a la necesidad de cuidados en las personas mayores.

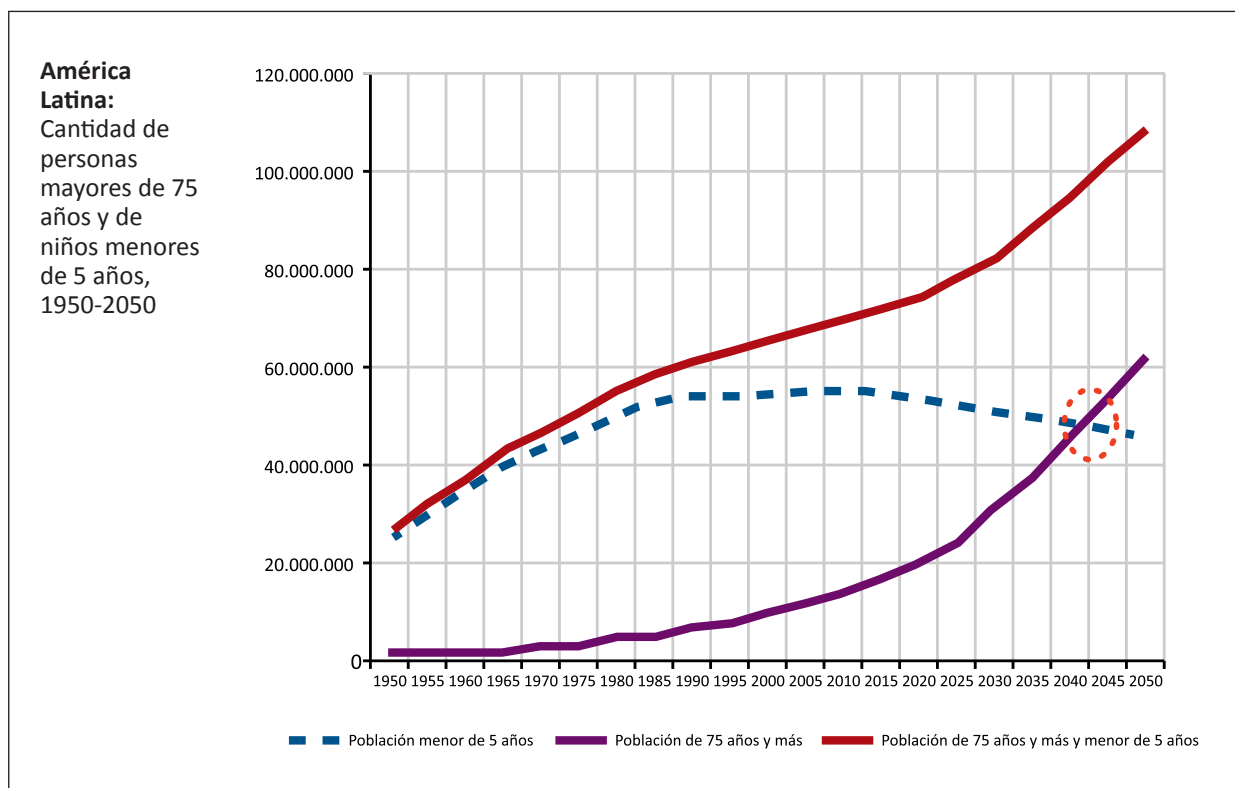
VI. 3. El efecto del envejecimiento en el sistema de cuidados

El desarrollo que precede a este capítulo ya ha dado vasta información sobre los cambios demográficos, el aumento de la esperanza de vida, los mejores tratamientos, la aparición y sobre vida de quienes atraviesan enfermedades crónicas, la pérdida de redes como ser pareja, amigos, etc. junto a la inserción en el mercado de trabajo de las mujeres, que han sido históricamente quienes desempeñaron la tarea de cuidado. Este escenario sin duda modifica e impacta sobre los cuidados de las personas mayores y nos pone en el desafío de pensar un sistema de cuidados acorde a dicha caracterización. La población mayor que precisa cuidados de forma permanente se encuentra en un franco proceso de crecimiento.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en América Latina y el Caribe aumentó en un 23% la prevalencia de necesidad de cuidados en la población de edad avanzada entre 2000 y 2010, y diez años más tarde se habrá incrementado en un 47%, lo que se traducirá en que más de diez millones de personas de 60 años y más requerirán asistencia cotidiana.

Para ilustrar este fenómeno que irá en ascenso, se observa en el siguiente gráfico cómo aumentará la necesidad de cuidados en los próximos años, planteándose inevitablemente cambiar las prestaciones sociales y sanitarias para las personas mayores.

Gráfico 1. América Latina: cantidad de personas mayores de 75 años y de niños menores de cinco años, 1950-2050



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de procesamientos especiales de microdatos censales.

Como puede observarse en el gráfico, la población de 75 años y más marcará fuertemente el incremento de las necesidades de prestaciones de cuidados en los próximos años, mientras la población menor de cinco años se mantendrá constante. Sin embargo en el 2040 cambiará significativamente esta proporción descendiendo la necesidad de cuidados en la población menor de 5 años y aumentando considerablemente la de la población mayor de 75 años.

Si bien hay un gran porcentaje de personas mayores que son autoválidas, es cierto también que podrían sufrir alguna situación de fragilidad o discapacidad a medida que aumenta su edad. Por lo tanto, la atención a la dependencia en la población mayor debe ser de un tema prioritario.

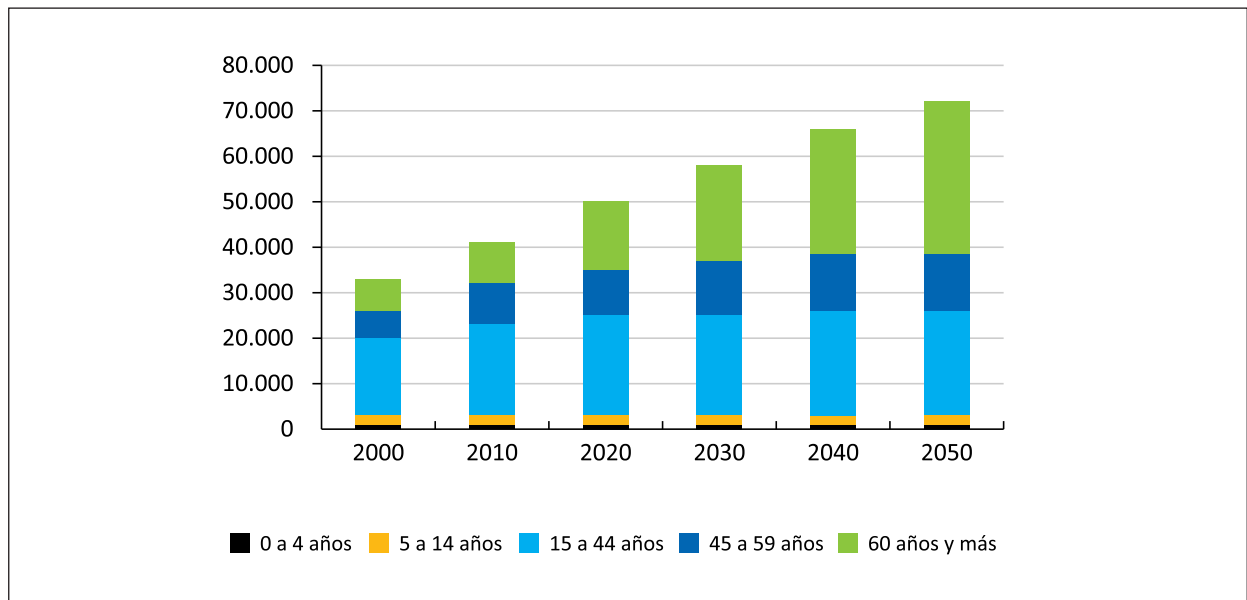
Estudios epidemiológicos han demostrado que, si hubiera que definir una edad de corte, a partir de los 80 años la presencia de fragilidad tiene una clara relación con la edad cronológica¹. Desde ese momento las enfermedades crónicas y degenerativas, sumadas a la predisposición genética, los estilos de vida inadecuados y las condiciones socioeconómicas precarias y ambientales nocivas, hacen que aumente el riesgo de que el estado de salud funcional de la persona mayor pase de la independencia a la dependencia.

1 En general, las personas de 80 años y más pueden experimentar una independencia inestable y con riesgo de pérdida funcional. Suelen requerir de hospitalización, sufren caídas frecuentes, usan medicación y padecen enfermedades crónicas que tienden a conducir a la incapacidad (García-García et al., 2011; The Family Watch, 2012).

Actualmente se estima que, dentro de la población mayor latinoamericana, el segmento de personas de 80 años y más representa el 16%, y ha crecido a una tasa cercana al 4% en el período 2010-2015. Este porcentaje prácticamente se duplicará en 2070 y al final del siglo el 37% de este grupo etario estará compuesto por personas de muy avanzada edad (CEPAL, 2012).

Para mostrar esta próxima situación, se analizará el siguiente gráfico:

Gráfico 2. América Latina y el Caribe: personas con dependencia moderada o grave que requieren cuidados diarios por grupos de edad 2000-2050 (en números de personas)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de: Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). *Current and future long-term care needs*, Ginebra, Suiza.

Como se puede observar en el gráfico, en la actualidad la población con dependencia grave o moderada que requiera cuidados se encuentra en la franja etaria de entre los 15 y los 59 años. Sin embargo, en el 2050 el grupo etario que requerirá cuidados será el de 60 años y más, constituyéndose en la mitad de la población total con dicha necesidad.

Además, la contribución de la familia, como principal red de protección para cubrir las necesidades de cuidado de las personas mayores con dependencia, ya no es la misma que en décadas anteriores. Sin embargo, su actuación pasada facilitó un rol subsidiario del sector público en esta materia que continúa hasta el presente.

El escenario debe ser pensado como una gran oportunidad para desarrollar sistemas que permitan brindar respuestas y servicios y que logren enfrentar estos fenómenos y sus consecuencias desde la perspectiva de derechos humanos.

Se analiza a continuación cuál es la situación de los cuidados en la región y cómo se fueron configurando las respuestas para las personas mayores.

VI. 4. Institucionalidad en los cuidados. La historia de los cuidados

Las primeras respuestas que aparecen en el siglo XVI en Europa se concretizan en hogares de ancianos en los cuales se albergaba a locos, vagabundos, desviados de la ley y viejos. Éstos surgen con el objetivo de vigilar y castigar a quienes se debía educar y corregir no desde el castigo físico, sino desde el castigo del alma.

En la región radicaba la intervención para ocultar a los pobres, reclutar la mendicidad, invisibilizando a los inadaptados, los raros, los diferentes y allí se encontraban los ancianos en los llamados asilos. Por lo tanto, no era un dispositivo de cuidado a la dependencia sino uno vinculado a la asistencia en condiciones de pobreza. Este tipo de dispositivos fueron muy bien descritos por el sociólogo Erving Goffman, quien los conceptualiza como “instituciones totales”.

Una institución total puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período prolongado de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada “formalmente”. (Goffman, 1989, p.13).

Goffman caracteriza cinco tipos de instituciones totales. Nos interesa analizar en este capítulo las que fueron erigidas para cuidar de las personas que parecen ser a la vez incapaces e inofensivas: son los hogares para ciegos, ancianos, huérfanos e indigentes.

Una de las características que enuncia el autor es que las relaciones sociales que se desenvuelven en este tipo de instituciones actúan remarcando la distancia con el mundo exterior. Los rituales institucionales refuerzan a su vez esta dirección de las relaciones: horarios únicos para comer, levantarse, bañarse; la misma vestimenta y el mismo corte de pelo, etc. Es decir, el proceso de institucionalización tiende a la despersonalización individual y colectiva.

Las relaciones de poder de los “internados” están signadas por los poderes diferenciales instituidos. El mundo del interno está sometido a las reglas del personal. Estas jerarquías promueven a su vez la conformación de grupos rivales. En muchas ocasiones el personal se refiere a los internos con apodosos y seudónimos que marcan la distancia entre los grupos y los estigmatiza.

La palabra “internado” tiene toda una connotación simbólica. Se marcarían las enfermedades sociales, lo patológico, lo desviado, lo anormal con la consecuente normatización que deviene de esta caracterización.

Con respecto al tema del aislamiento de los internados, se puede afirmar que las instituciones totales generan un quiebre en los lazos sociales colaborando con una disminución en la calidad de vida. Si bien en algunos casos las relaciones con el afuera se siguen manteniendo, éstas se caracterizan por ser débiles, limitadas y controladas. La consecuencia más extrema es alentar el corte total de dicho lazos.

A su vez, la relación entre los internados es pobre, escasa y conflictiva. Lejos está de promover la solidaridad y la convivencia. Se suma a esto que la disposición del espacio físico no contribuye a que los internados puedan disponer de un ámbito privado provocando tensión entre pares. Todos los espacios son compartidos, hasta los más íntimos (habitaciones tipo pabellones, baños colectivos sin puertas, etc.).

Una socióloga española más contemporánea, María Pía Barenys (1993), se propone desentrañar el parentesco que toda institución que acoge a residentes de por vida (o al menos por un plazo relativamente largo) tiene con las instituciones de internamiento, singularizando la de ancianos; y luego da cuenta de la situación de los residentes desde la noción de control dentro de estas organizaciones.

Al analizar las residencias para ancianos, explica que las mismas no corresponden a los tenebrosos asilos que describía Goffman como instituciones totales, pero tampoco son hogares. Ella entiende a los mismos como algo más que un techo, la manutención, la convivencia y la prestación de servicios en caso de inhabilitación o enfermedad. Dice la autora que el Hogar, además de esos aspectos vinculados a su materialidad, poseen una historia de relaciones personales, un conjunto inagotable de vivencias asociadas, que ni el mejor de los tratos ni el más exquisito hotel podría reproducir. Agrega además que cuando la puerta del hogar se abre, el horizonte de la vida se abre igualmente por delante lleno de promesas (y de incógnitas), de proyectos. Sin embargo, cuando se abre la puerta de una residencia no habría promesas, sino sólo incógnitas.

La segregación del mundo extra residencial en el caso de los adultos mayores está muchas veces vinculada a la pérdida o alejamiento de sus familias, a las dificultades psicomotoras y/o de dependencia y no a un carácter coercitivo de las organizaciones. Lo que sucede es que, en oportunidades anteriores al ingreso a las residencias, estas personas mayores ya se encontraban marginadas y segregadas de sus vínculos familiares.

La imposición del reglamento que regula la totalidad de la vida cotidiana arrebatada a los sujetos la posibilidad de organizar actividades como, por ejemplo, impone comer en horas prefijadas y coarta la posibilidad de tomar algo entre horas, irse a dormir, restringiendo incluso el acceso a las habitaciones fuera del horario de descanso. En ocasiones estas normas no son tan estrictas y se aceptan las excepciones con la condición de que se pidan los correspondientes permisos.

El trato colectivo, efecto de la reglamentación, se manifiesta de forma más evidente en el expolio de la privacidad: muchos ancianos, y no únicamente los económicamente débiles, se ven obligados a convivir con extraños en las situaciones que nuestra cultura define como «íntimas». A veces —no siempre— a la promiscuidad se añade la dificultad de acotar un «territorio», por mínimo que sea, y de «marcarlo simbólicamente» dentro de un espacio común (detalles de decoración personal en la habitación, uso de cubiertos y servilletas propias, etc.) (Barenys, 1993, p.163).

La autora complejiza el análisis de la institucionalización en términos de control personal; la institución fomenta y premia en los mayores una actitud sumisa y pasiva. La institucionalización entonces puede enfocarse como un proceso paulatino de pérdida de control, el control que toda persona adulta ejerce sobre las circunstancias más habituales que la afectan como miembro de un grupo que participa plenamente de su vida social. El control es un constrictor personal y subjetivo que hace referencia a una actitud o postura de la persona frente a los acontecimientos que le suceden.

Estos teóricos han permitido conceptualizar a la institución que históricamente se ocupó del cuidado de las personas mayores en la región. Dichas instituciones pensaban el cuidado desde la perspectiva de la caridad y la filantropía, entendiéndolas como prácticas de educación moral de las mujeres de los estratos más altos de la sociedad o por parte de la iglesia. La idea de cuidados entonces tiene un sesgo disciplinador, moralizador, y como alternativa para la atención de la pobreza y no para el cuidado, entendiéndose al mismo como un derecho humano.

A partir de los teóricos como Irving Goffman y Michel Foucault, las críticas a estos modelos de cuidados comienzan a difundirse y se advierte de la necesidad de contar con “alternativas a la institucionalización”.

Desde el plano internacional y en el marco de las asambleas mundiales sobre envejecimiento, las recomendaciones se basan en señalar la importancia de la implementación del cambio de modelo conocido como “asilar” hacia aquel centrado en los derechos de los mayores. La persona mayor pasa de conceptualizarse como objeto de cuidado para ser un sujeto de derecho.

La principal función de los servicios sociales dirigidos a las personas mayores debería ser eliminar todos los obstáculos que les impidan o dificulten su plena integración en todos los ámbitos de la vida social. Los servicios y prestaciones vinculadas al cuidado deberán necesariamente estar sostenidos desde la promoción y la garantía del ejercicio de la autonomía personal.

Los cambios sociales acaecidos recientemente y el avance tanto en políticas sociales como en promulgación de derechos nos obligan a reflexionar críticamente sobre el modelo clásico de atención a personas mayores para instalar un modelo de cuidados desde el paradigma de los derechos humanos.

VI. 5. Un modelo de cuidados progresivos desde la perspectiva de los derechos humanos

Un modelo de cuidados desde la perspectiva de los derechos humanos es sustancialmente la factibilidad de su implementación en todo su desarrollo. Para lograr el desarrollo y fortalecimiento de este modelo de atención, es necesario ubicar en el centro y como eje de las acciones, programas e intervenciones a la persona mayor y sus derechos al pensar, planificar, ejecutar y evaluar el sistema de cuidados.

Este modelo se sustenta en principios y criterios. Los principios son los ejes más sustanciales, y están relacionados con el concepto de respeto a la dignidad de la persona y sus derechos. Dignidad entendida como el reconocimiento del valor intrínseco de las personas, en toda circunstancia, con pleno respeto de su individualidad y de sus necesidades personales incluyendo:

- a) Ser atendidas con respeto y con buen trato.
- b) Ser atendidas de forma individualizada y personalizada.
- c) Ser atendidas de acuerdo a sus necesidades, si es posible sus preferencias, teniendo en cuenta factores culturales y religiosos y no ser objeto de discriminación por razones vinculadas al sexo, orientación sexual, estado civil, edad, raza y otros.

Los criterios cuentan con los valores éticos de los principios y se constituirán en la metodología para poder lograr el cumplimiento de los principios.

Los principios y criterios sustentadores de este modelo son:

a) Autonomía y diversidad

Principio de autonomía: las personas mayores tienen derecho a mantener el control sobre sus vidas, es decir independientemente de sus condiciones físicas y psíquicas tienen derecho a seguir decidiendo en todo lo que atañe a su vida. Aun en aquellos casos en los cuales requieran de apoyo por su situación de dependencia, las personas tienen capacidades para desarrollar elecciones por propia iniciativa o (cuando el grado de afectación es tan grave que afecta a su capacidad de autodeterminación) de manera delegada a través de su grupo de apoyo o, si es el caso, su representante legal.

Este principio es esencial porque es la base de la dignidad personal.

Criterio de diversidad: esto significa que, al momento de pensar el sistema de cuidados, deben instrumentarse las medidas suficientes y necesarias para que la oferta pueda ser lo más diversificada posible, contando con un abanico de posibilidades que puedan ser tenidas en cuenta para decidir autónomamente el tipo de cuidados. Estas opciones deben considerar la edad de las personas, la biografía, las redes de apoyo, sus preferencias y gustos, etc.

b) Participación, accesibilidad e interdisciplinariedad

Principio de participación: este principio está relacionado con el anterior y se vincula con que las personas mayores tienen derecho a participar en su comunidad, independientemente de su condición física y/o funcional. Se deberá garantizar el disfrute de las interacciones sociales suficientes y acceder al pleno desarrollo de una vida personal gratificante y libremente elegida (sexualidad, trabajo, vida de pareja, relaciones sociales, vivienda, etc.). Por otra parte, quienes precisan atención o cuidados de larga duración (y también sus familias cuidadoras) tienen derecho a estar presentes y participar en la toma de decisiones que afecten al desarrollo de su vida. Es decir, en las intervenciones participarán tanto en la elaboración del plan personalizado de atención como en su desarrollo y seguimiento.

Criterios de accesibilidad: para lograr la plena participación hay que trabajar en suprimir o minimizar los obstáculos que impidan la participación de las personas mayores en su comunidad, a través de eliminación de barreras, la provisión de productos de apoyo, etc.

Criterio de interdisciplinariedad: en todo el proceso de planificación, de ejecución y de evaluación debe contarse con diferentes profesionales que permitan trabajar con cada una de las personas en todas sus dimensiones.

c) Integralidad y globalidad

El **principio de integralidad** remite a que la persona es un ser multidimensional y deben tenerse en cuenta todos los aspectos, sociales, psicológicos, de género, culturales, recreativos, biológicos, etc.

El **criterio de globalidad** contiene todas las dimensiones al momento de planificar y ejecutar las intervenciones. Además incluye a la persona mayor y su entorno de un modo sistemático y relacionado.

d) Individualidad, atención personalizada y flexibilidad

El **principio de individualidad** refiere a que todas las personas son iguales en relación a sus derechos, pero son únicas con características propias y únicas respecto a otros.

Los criterios de atención personalizada y flexibilidad garantizan el cumplimiento de que cada plan/sistema de cuidado sea único y responda a las características propias de la persona para la que fue planificada, es decir, debe estar adaptado a las condiciones de esa persona, respondiendo a sus necesidades. Estos programas deben ser lo suficientemente flexibles para adaptarse a las situaciones cambiantes a lo largo del tiempo. Además deben permitir responder a los gustos, inquietudes y biografía de la persona mayor.

e) Inclusión social, proximidad y enfoque comunitario

El principio de **inclusión social** remite a que las personas mayores, independientemente de su discapacidad y/o fragilidad, tienen el derecho a permanecer en su entorno y tener acceso a todos los bienes y servicios sociales y culturales. Es decir la condición de fragilidad y/o de discapacidad no debe impedir su participación social con su entorno.

Criterios de proximidad y enfoque comunitario. Estos criterios recuerdan que los recursos de apoyo para la atención de las personas destinatarias de los programas han de situarse en el entorno más próximo y cercano a donde viven y deben ser de carácter comunitario. Las intervenciones realizadas con enfoque comunitario promueven la participación activa de las personas que requieren apoyo en los recursos existentes en la comunidad (culturales, artísticos, deportivos, etc.) y, por tanto, evitan la tendencia de que las actividades exclusivamente se presten en los centros de mayores o de discapacitados.

También es relevante planificar desde los servicios de atención en domicilio actividades a desarrollarse exclusivamente en el domicilio. Se deberá trabajar en intervenciones el mantenimiento o el incremento del control de las personas sobre el medio, así como su empoderamiento, con el fin de favorecer la capacidad de hacer elecciones y, también, la posibilidad de que sus propuestas tengan influencia en el desarrollo de la vida comunitaria.

Asimismo, se deben promover acciones dirigidas a la propia sociedad con el fin de desterrar las imágenes sociales negativas, los mitos y los prejuicios sobre las capacidades de las personas mayores o con discapacidad y conseguir que las conozcan mejor y que se creen espacios para la interacción con ellas.

f) Independencia, prevención y rehabilitación

Principio de independencia: se debe garantizar a todas las personas el acceso a programas informativo-formativos dirigidos a la promoción de la salud y a la prevención de la dependencia y a aquellas que se encuentran en situaciones de discapacidad, fragilidad o de dependencia, el acceso a servicios y programas que mejoren su funcionalidad y faciliten su bienestar. Los apoyos diseñados, tal y como ya se ha mencionado, deben proponerse objetivos en dos áreas diferenciadas. Por una parte, los que se

dirigen a preservar y facilitar la autonomía personal y, por otra parte, los que promueven la mejora de su entorno y favorezcan su independencia.

Criterios de prevención y rehabilitación: los excelentes resultados en la prevención y la rehabilitación ya han sido abundantemente demostrados. Por ello, es de suma importancia que, dentro de los programas y servicios, se cuente con objetivos desde la prevención y la promoción de la salud, la prevención primaria, secundaria y terciaria, según la situación de las personas a los que éstos se dirigen.

g) Continuidad, coordinación y convergencia

Principio de continuidad de atención: las personas mayores que se encuentran en situación de fragilidad o dependencia deben tener acceso a los apoyos que precisan de manera continuada y adaptada permanentemente a las circunstancias cambiantes de su proceso, a lo largo de toda la vida, si es necesario, como ocurre cuando la persona tiene una discapacidad congénita o perinatal.

Criterios de coordinación y convergencia: en las planificaciones que se realicen hay que tener en cuenta los mecanismos formales y estructurados de coordinación y complementación para que los recursos puedan adaptarse al proceso de la discapacidad, la fragilidad o la dependencia, que siempre es cambiante a lo largo del tiempo.

Esta coordinación debe tener en cuenta a los diferentes recursos, prestaciones y niveles de los servicios sociales, entre los diferentes sistemas cuando han de intervenir conjuntamente en la atención de los casos (especialmente, social y sanitario, pero también educativo y de formación, de vivienda y de empleo -para personas en edad laboral-).

Asimismo, **los recursos formales que se apliquen se harán con el enfoque de convergencia y complementariedad con el apoyo informal** (familia y allegados) con el que cuente la persona, que ha de ser apoyado con las intervenciones que se realicen, mediante programas de formación e información y servicios de soporte y respiro dirigidos a la persona identificada como cuidadora principal.

En el esquema del gráfico 2 se presenta una síntesis de la correspondencia que ha de existir entre principios y criterios y su relación estrecha con la calidad de vida fundamentada en la preservación de la dignidad y los derechos de las personas mayores con discapacidad y de quienes se encuentran en riesgo o en situación de dependencia, objetivo central que deben tener las intervenciones en este ámbito.

Gráfico 3. Principios y criterios para fundamentar un modelo de atención integral centrado en la persona.

PRINCIPIOS Relacionados con las personas, su dignidad y sus derechos	CRITERIOS Relacionados con la calidad de los servicios y programas e impregnados de valores éticos
AUTONOMÍA	DIVERSIDAD
PARTICIPACIÓN	ACCESIBILIDAD E INTERDISCIPLINAREIDAD
INTEGRALIDAD	GLOBALIDAD
INDIVIDUALIDAD INCLUSIÓN SOCIAL	FLEXIBILIDAD Y ATENCIÓN PERSONALIZADA PROXIMIDAD Y ENFOQUE COMUNITARIO
INDEPENDENCIA	PREVENCIÓN / REHABILITACIÓN
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN	COORDINACIÓN Y CONVERGENCIA
CALIDAD DE VIDA, DERECHOS Y DIGNIDAD	

Fuente: Rodríguez Rodríguez, P. (2010). *La atención integral centrada en la persona*. Madrid, España: Informes Portal Mayores, 106.

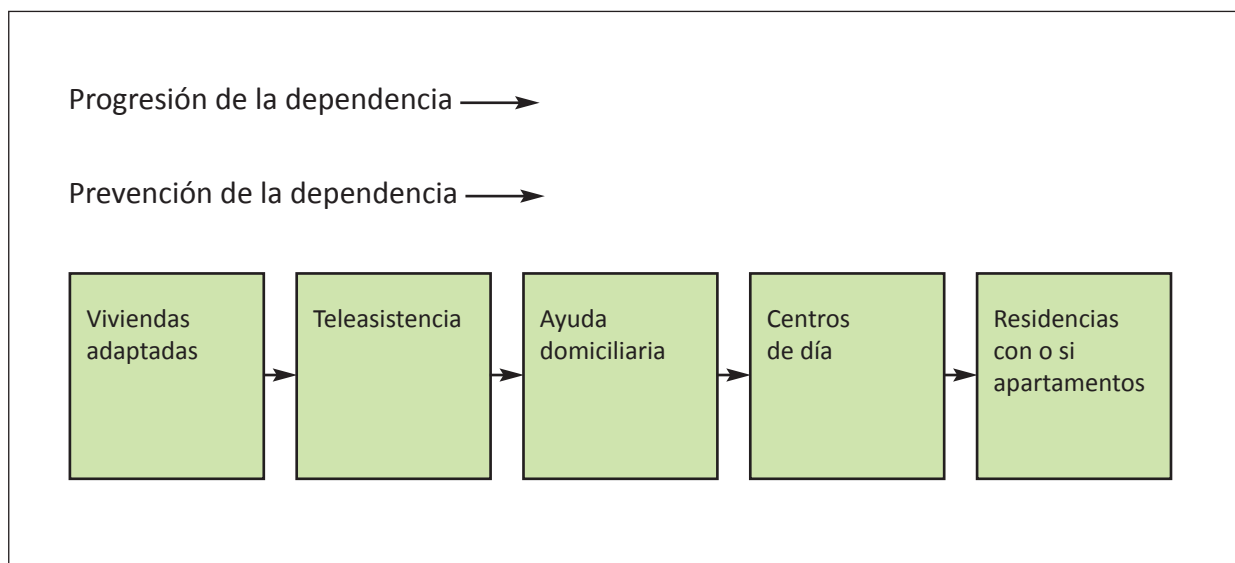
En síntesis conceptos como autonomía, existencia y disposición de apoyo para favorecer la independencia y la integralidad de las políticas son aspectos claves a tener en cuenta en un modelo en el que la salvaguarda de los derechos fundamentales de las personas, como la mejor garantía de la preservación de su dignidad, sean el eje central de todas las intervenciones.

VI. 6. La progresividad en los cuidados: el sistema progresivo de atención

El Sistema de Cuidados Progresivos para personas mayores debe constituirse en un sistema formal de apoyo que pueda dar respuesta a la creciente necesidad cuidados, que tal como se ha analizado precedentemente irá en incremento en los próximos años.

Para ilustrar el Sistema de Cuidados Progresivos observemos el siguiente gráfico.

Gráfico 4. Sistema de Cuidados Progresivos



Fuente: Sanyres (2005). *Las personas mayores y su vivienda: fuente de riqueza y de calidad de vida. Inventario de Recursos*. Valencia, España: Inventario de Recursos.

Como se observa en el gráfico, se despliegan progresivamente diferentes tipos de servicios que serán desarrollados en los siguientes apartados según la modalidad, el contexto en el cual desarrollan sus tareas y la finalidad de cada uno de ellos.

El sistema de cuidados debe tener las siguientes características:

- Carácter **progresivo**, no podrán ser excluyentes, irán desde el nivel de menor complejidad al de mayor complejidad.
- Carácter **preventivo**, independientemente de la situación de dependencia en la cual se encuentre la persona mayor. No debe dejar de trabajar en la prevención además de en la asistencia.
- La progresividad en los cuidados y la atención continuada requieren una **gradualidad** en los servicios socio sanitarios para cubrir las necesidades de cuidados.
- Deberán **combinarse distintos servicios**, ya que la heterogeneidad de las personas debería permitir complejizar la respuesta a las necesidades de cuidados.
- La progresividad en los cuidados y la atención continuada deben ser brindadas para **cubrir las necesidades de quienes requieran más apoyo** por sus condiciones de fragilidad y dependencia.
- Las residencias deben estar reservadas para las personas mayores que requieran de más apoyos. Que se incluyan a personas totalmente autoválidas en residencias es una situación que se debe modificar sustantivamente.

Según los contextos en donde se desarrollan los cuidados:

Los que se brindan en el domicilio de la persona mayor y los que se desarrollan en contextos institucionales. En un extremo del sistema se encuentra el cuidado en domicilio como servicio de baja complejidad y en el otro (de gran complejidad) están las residencias de larga estadía, incluyendo los cuidados paliativos.

A su vez, debido a las particularidades que adquieren las distintas modalidades de cuidado, los servicios sociales se ubican en la interfaz entre el sistema formal de protección social y las redes familiares y comunitarias; ampliando el ámbito de acción del primero y fortaleciendo la capacidad de respuesta de las segundas.

Gráfico 5. Tipología de cuidados

Tipología por entorno y dependencia	Cuidados en Domicilios	Cuidados en Contextos Institucionales
Personas mayores autoválidas.	Viviendas tuteladas. Servicio de Teleasistencia.	Centros de día para personas mayores autoválidas.
Personas mayores con dependencia, física y/o mental de leve a moderada.	Cuidados Domiciliarios. Programas de adaptación a la Vivienda. Servicio de Teleasistencia.	Centros de día para personas mayores con dependencia funcional y/ o demencias.
Personas mayores con dependencia física o mental de moderada a severa.		Residencias para personas mayores de carácter transitorio y/o permanente.

Fuente: elaboración propia.

VI. 6. 1. Cuidados en domicilio

Viviendas tuteladas

Las viviendas tuteladas son recursos habitacionales para personas autoválidas y con necesidades vinculadas a la falta de vivienda adecuada o dificultades de índole económica, que requieran una mínima o nula supervisión.

Los objetivos de las viviendas tuteladas son:

- Sostener a la persona mayor viviendo en una residencia domiciliaria con una pequeña atención, promoviendo la convivencia, la integración social, evitando su aislamiento y fragilización.
- Promover la autonomía personal.
- Posibilitar la permanencia en una residencia domiciliaria durante el mayor tiempo posible y conveniente.

- Demorar o evitar la institucionalización.
- Favorecer los vínculos familiares.
- Favorecer la integración en la comunidad.

Cuidados domiciliarios

Se trata de un servicio de apoyo en domicilio, brindado por personal capacitado para tal fin. Es un apoyo en las actividades de la vida diaria para la persona mayor con bajo nivel de dependencia. Permite sostener a la persona mayor en su entorno. Este tema se ampliará en el módulo de Sistemas de Cuidados Progresivos II.

Adaptación de las viviendas

Es un sistema que permite adaptar la vivienda según los criterios de accesibilidad, seguridad, eliminación de barreras arquitectónicas, etc. Este tema se ampliará en el módulo de Sistemas de Cuidados Progresivos II.

Servicios de teleasistencia

Es un sistema que permite la permanencia de las personas mayores en su propio hogar en contacto con su entorno socio-familiar y asegurando la intervención inmediata en situaciones de necesidad personal, social o médica, proporcionándoles tranquilidad, autonomía, contención y acompañamiento. Es para aquellas personas que, debido a circunstancias personales o físicas, requieran atención en forma regular y en caso de emergencia una rápida asistencia las 24 horas del día los 365 días del año.

La teleasistencia consiste en un entorno informático con un terminal que se instala en el domicilio de la persona mayor. La persona mayor debe llevar siempre sobre sí mismo un dispositivo que, al pulsarlo, desencadena una señal de alarma identificable en la central de escucha donde, automáticamente, aparecen reflejados en la computadora del/a operador/a del Centro de Atención (CA) los datos identificativos y relevantes del usuario. Inmediatamente, se debe producir el contacto telefónico (sin manos) para detectar la causa de la llamada y buscar la solución más pertinente incluyendo, si el caso lo requiere, el envío de ayuda urgente al domicilio de donde proviene la señal de alarma.

Dado que el manejo del sistema requiere una mínima capacidad de comprensión y discernimiento, se limitan como usuarios a las personas con enfermedades mentales graves, incluidas las demencias.

Este servicio es complementario con otros sistemas tecnológicos periféricos instalados en el domicilio que ofrecen seguridad, máximo control y compañía al usuario mayor. Entre los sistemas periféricos se encuentra el detector de caídas, de gas, de humo, el dispensador de medicación, el sensor de ocupación de sillón, de apertura de heladera/microondas, GPS, etc.

Asimismo, el servicio de teleasistencia es complementario al servicio de ayuda a domicilio (SAD) y aunque existen personas mayores que sólo tienen teleasistencia, es muy común que ambos recursos se den juntos, sobre todo en las personas mayores que viven solas.

Los objetivos del servicio de la teleasistencia son:

- Contribuir a la permanencia de las personas mayores en su entorno habitual evitando ingresos innecesarios en centros residenciales de larga estada, con el desarraigo que ese hecho supone y siempre que sus condiciones y las características de su situación así lo permitan.
- Proporcionar compañía, seguridad y tranquilidad a la persona mayor y sus familiares durante las 24 horas del día los 365 días del año.
- Ofrecer una atención integral contando con el apoyo y la coordinación de los recursos existentes.
- Favorecer la independencia y la autonomía personal de las personas mayores.
- Prevenir situaciones de riesgo evitando la dependencia, el aislamiento y la soledad favoreciendo de este modo la comunicación y su integración social.
- Ofrecer apoyo y atención inmediata y adecuada ante crisis personales, sociales y sanitarias.
- Optimizar las potencialidades de la persona mayor usuaria facilitando información sobre los recursos sociales disponibles y su forma de acceso.

VI. 6. 2. Cuidados en contextos institucionales

Centros de día para personas mayores autoválidas o bajo nivel de dependencia

El centro de día para las personas mayores autoválidas o con bajo nivel de dependencia tiene fundamentalmente un carácter preventivo, integrador, recreativo y de socialización, ya que su objetivo es la integración y contención diurna, especialmente para prevenir situaciones de aislamiento. Los centros de día para personas mayores están focalizados en la atención de la problemática psicosocial, favoreciendo la integración con sus pares desde una perspectiva comunitaria.

Los objetivos del centro de día para personas mayores autoválidas son:

- Desarrollar programas recreativo-culturales que permitan la mejor utilización del tiempo libre.
- Contribuir al establecimiento de nuevas redes sociales.
- Estimular actividades de intercambio intergeneracional y de extensión comunitaria.
- Generar un espacio de participación que tienda a favorecer conductas autogestivas y de participación ciudadana.

Centros de día para personas mayores con dependencia

Se trata de un centro gerontológico terapéutico y de apoyo a la familia que, en régimen ambulatorio y de manera especializada, presta atención integral a la persona mayor en situación de dependencia. Los servicios de estancias diurnas constituyen una alternativa a la institucionalización e intentan reducir la sobrecarga de los cuidadores principales. Se denominan servicios intermedios asistenciales porque, dentro de la cadena asistencial, se sitúan entre el domicilio y la residencia de larga estada.

Los centros de día normalmente funcionan de lunes a viernes o sábado, abarcando un horario flexible y amplio, según necesidades.

El servicio de estancia diurna es un equipamiento especializado que se caracteriza por ser:

- Un servicio polivalente, porque se fundamenta en una intervención de tipo integral que presta atenciones de carácter personal, preventivo, educativo y de relación social.
- Un servicio integral, en el que se atienden a las personas mayores contemplando toda su problemática, considerando al individuo y a todas las circunstancias que le rodean, dando respuesta de forma conjunta y no parcial a los problemas de cada caso.
- Un servicio interdisciplinario, en el que se aborda la realidad completa de la persona mayor, desde diferentes perspectivas.
- Un servicio rehabilitador, cubriendo las necesidades básicas, terapéuticas y sociales, potenciando habilidades.

Los objetivos de los centros de día para personas mayores con dependencia son:

- Disminuir la sobrecarga de los cuidadores principales y proporcionar una atención diurna integral al adulto mayor dependiente, fomentando su capacidad funcional y manteniendo su mayor grado de autonomía, evitando procesos de institucionalización innecesarios y/o retrasando los mismos.
- Prestar una atención integral, trabajar desde las necesidades sobre las situaciones de dependencia de las personas mayores y dar una respuesta global.
- Evitar la sobrecarga de los cuidadores principales.
- Animar las relaciones interpersonales.
- Fomentar y poner en marcha programas de habilitación que permitan el máximo mantenimiento y durante el máximo tiempo de la capacidad funcional de las personas mayores.
- Promover el mantenimiento psico-físico-social de los usuarios, retardando la pérdida de las capacidades.

- Mantener el mayor grado de autonomía posible del usuario que le permita tomar decisiones respecto a su persona y a su vida.
- Prevenir el deterioro físico y mental.
- Favorecer la recuperación y estabilización de la máxima capacidad funcional remanente.
- Mejorar y favorecer la integración social.
- Mantener y prolongar la estancia del usuario en su propio contexto el mayor tiempo posible, retrasando el verse obligado a ser ingresado en una residencia como única alternativa.
- Cubrir de forma adecuada sus necesidades de alimentación, aseo, compañía, ocupación, ocio.
- Respetar sus decisiones personales y familiares, sus convicciones y principios.
- Informar y orientar a los familiares acerca de cuidado de sus mayores.

Centro de día para personas mayores con deterioro cognitivo, Alzheimer y otro tipo de demencias

Se trata de centros gerontológicos terapéuticos y de apoyo a la familia que, en régimen ambulatorio y de manera especializada, prestan atención integral a la persona mayor con deterioro cognitivo, Alzheimer y otro tipo de demencias.

Los objetivos de estos centros son:

- Promover el mantenimiento de la mayor autonomía personal de la persona con deterioro cognitivo, Alzheimer y otro tipo de demencias.
- Potenciar las capacidades físicas, cognitivas y funcionales de los usuarios.
- Estimular y entrenar las actividades de la vida diaria para lograr el mayor grado de independencia posible de las personas con deterioro cognitivo, Alzheimer y otro tipo de demencias.
- Mantener las evaluaciones de las personas mayores usuarias actualizadas para poder adaptar las actividades a cada momento del proceso evolutivo de la enfermedad.
- Fomentar las relaciones sociales dentro y fuera del centro.
- Evitar el aislamiento social producido por la pérdida de capacidades de los usuarios.
- Realizar actividades que provoquen el aumento de la autoestima de las personas mayores.

- Promover la utilización de cualquier otro recurso sociosanitario que pudiese complementar y aumentar los beneficios de la asistencia al centro.
- Normalizar y adaptar el uso de otros recursos socioculturales para el disfrute de los usuarios.
- Con respecto a la familia y, más en concreto, a la familia-cuidadora, el centro de día debería plantearse como metas propias las siguientes:
- Mantener una comunicación bidireccional continuada entre la familia y los técnicos del centro sobre la dinámica del mismo y la evolución del familiar afectado.
- Prestar apoyo psicológico (y de cualquier otro tipo que sea necesario o demandado) a las familias que se ocupan del cuidado de las personas con deterioro cognitivo, Alzheimer y otro tipo de demencias.
- Formar a los cuidadores-familiares en cuestiones específicas relativas a cualquier ámbito de la enfermedad, así como en el entrenamiento de habilidades para afrontarla.

Con respecto al espacio social en que el centro de día está ubicado, éste deberá tender, al menos, hacia:

- Realizar campañas de concienciación sobre la problemática social de la problemática de deterioro cognitivo, Alzheimer y otro tipo de demencias.
- Promover actos que permitan un mayor conocimiento de los beneficios de este recurso sociosanitario.

Existen tres modelos coexistentes de centros de día para personas con deterioro cognitivo, Alzheimer y otro tipo de demencias:

- Centros de día con personas mayores en primera fase o leve.
- Centros de día con personas mayores en segunda fase o moderada.
- Centros de día con personas mayores en tercera fase o grave.

Los centros de día para personas mayores con deterioro cognitivo, Alzheimer y otro tipo de demencias leves ofrecen actividades terapéuticas dirigidas a tratar los problemas mnésicos y disminuir la angustia que ello produce a las personas mayores. Con carácter general, realizan actividades que permiten:

- Estimular y mantener las capacidades mentales residuales.
- Incrementar la autoestima e identidad personal del enfermo, tratando de superar la confusión y la desorientación, proporcionando seguridad.

- Evitar la desconexión del entorno y fortalecer las relaciones socioafectivas.
- Mantener la autonomía del enfermo en las actividades de la vida diaria.
- Prevenir y reducir los síntomas psiquiátricos y de comportamiento.
- Proporcionar seguridad.

Estos centros de día disponen, con carácter general, de un programa de estimulación en fases iniciales constituido por talleres como, por ejemplo, de psicoestimulación cognitiva, expresión artística, musicoterapia o psicomotricidad.

Por su parte, los centros de día con personas mayores con deterioro cognitivo, Alzheimer y otro tipo de demencias en fase moderada, además de las actividades anteriores, suelen realizar también las siguientes (manteniendo, en cualquier caso, rutinas horarias establecidas): psicomotricidad, gimnasia activa y pasiva, musicoterapia, actividades al aire libre, paseos y otras encaminadas a paliar las alteraciones de conducta.

Finalmente, los centros de día con personas mayores con deterioro cognitivo, Alzheimer y otro tipo de demencias en estado grave adaptan sus atenciones y servicios a la pérdida de las habilidades psicomotoras básicas, incontinencia urinaria, pérdida de todas las capacidades verbales, etc. En consecuencia, la labor de estos centros suele orientarse a:

- Cuidados básicos de enfermería (medicación, alimentación, hidratación, soportes auxiliares, higiene, etc.).
- Estimulación afectiva y sensorial.
- Ejercicios de gimnasia pasiva.
- Cambios posturales, estableciendo una rutina de posturas individualizadas.

Residencia temporal o permanente para personas mayores con alto nivel de dependencia

Se la define como centro gerontológico abierto de desarrollo personal, de atención socio sanitaria interprofesional, en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia (Rodríguez Rodríguez, 2000).

Las residencias son contextos institucionales que permiten un abordaje de mayor complejidad por lo tanto deben estar destinadas a la mayor necesidad de apoyo para la atención a la gran dependencia y fragilidad de las personas mayores.

Este recurso se caracteriza por ser un servicio de atención integral, convivencial permanente o temporal y de apoyo a las actividades de la vida diaria para personas en situación de alta dependencia física y/o cognitiva.

Por tanto, se encuentra dirigido a personas mayores dependientes, que no tienen un grado de autovalimiento suficiente para realizar las actividades de la vida diaria, que necesitan constante atención y supervisión y que sus circunstancias sociofamiliares requieren la institucionalización.

Los objetivos de las residencias temporales o permanentes para personas mayores con alto nivel de dependencia son:

- Facilitar al adulto mayor dependiente un entorno institucional que sea adecuado y adaptado a sus necesidades de asistencia proporcionándole una óptima calidad de vida, así como favorecer el mantenimiento o la recuperación del máximo grado de autonomía personal y social.
- Mejorar o mantener, hasta donde sea posible, la capacidad funcional y mental, mediante técnicas rehabilitadoras.
- Prevenir el incremento de la dependencia mediante terapias y programas adecuados.
- Favorecer las buenas relaciones sociales entre los residentes, familiares y el personal de la residencia, interviniendo profesionalmente cuando se detecten conflictos.
- Potenciar al máximo posible la participación de las personas mayores, tanto dentro de la residencia como afuera de la misma.
- Garantizar el derecho a la integridad.
- Impulsar los contactos personales de las personas mayores con el contexto comunitario.
- Fomentar los contactos con la familia y personas cercanas.
- Estimular, mediante reforzamientos positivos, el ejercicio de los conocimientos y experiencias de los residentes.
- Favorecer la creatividad y la expresión corporal, mediante talleres y programas de ejercicio físico.
- Promover la participación de los adultos mayores en la toma de decisiones que afectan a sus vidas dentro del recurso.

En el funcionamiento de una institución de cuidado de largo plazo los derechos de los residentes son fundamentales y todos los miembros del personal deben cumplir un rol activo en respetar, proteger y promover estos derechos. Todos los residentes de las instituciones tienen derechos y libertades garantizados por los pactos internacionales y las leyes nacionales, sin importar que sufran discapacidad física o mental (Huenchuan, 2009a, p.136).

VI. 7. Conclusiones

La demanda de población mayor que requerirá cuidados aumentará significativamente en las próximas décadas. Se estima que el año 2040 habrá más personas mayores que requerirán cuidados que niños.

Históricamente las familias, principalmente las mujeres, han sido las que han provisto de cuidados a los niños y a las personas mayores. Debido a los cambios en la conformación de las familias y la inclusión de la mujer al mercado laboral, estos cuidados no podrán garantizarse dentro del entramado familiar.

En la actualidad, la población con dependencia grave o moderada que requiere cuidados se encuentra en la franja etaria de entre los 15 a los 59 años. Sin embargo, en el 2050 el grupo etario que requerirá cuidados será el de 60 años y más, constituyéndose en la mitad de la población total con dicha necesidad.

El escenario actual y el próximo deben ser pensados como una gran oportunidad para desarrollar sistemas que permitan brindar respuestas y servicios, que logren enfrentar estos fenómenos y sus consecuencias desde la perspectiva de derechos humanos.

Este cambio en el perfil poblacional que requerirá cuidados interpela a los Estados a planificar políticas de cuidados acordes a dicho perfil. La obligación de los Estados frente a la necesidad de cuidado deberá ser la de garantizar el acceso a los servicios socio-sanitarios a todas aquellas personas mayores que se encuentran en situación de dependencia, ya sea de carácter temporal o permanente. Es decir que los Estados deben garantizar que todas las personas cuenten con la certeza de que su necesidad de cuidado será atendida con independencia de su trayectoria individual y generacional, que esa atención será sostenible y que no se perderá por razones de índole presupuestaria.

Los modelos de asistencia a las personas mayores históricamente se han diseñado para asistencia a la situación de pobreza e indigencia como política pública y no para la asistencia en situación de dependencia física y/o psíquica.

Los servicios deben constituirse en servicios sociosanitarios de apoyo a la situación de dependencia que deben tener las siguientes características:

- Garantizar los derechos de las personas que reciben los cuidados.
- Estar anclados en la comunidad y potenciar los recursos existentes en la red, en el territorio, con el objeto de que la persona mayor siga permaneciendo en su contexto de referencia.
- Poder coordinar servicios según la necesidad de cuidados.
- Favorecer y potenciar la autonomía de la persona mayor en situación de dependencia.
- Ser progresivos, complementarios y contar con una gradualidad que permita ir dando respuesta a cada nueva situación de dependencia que vaya atravesando la persona mayor.
- Pueden desarrollarse en contextos institucionales o en domicilio.
- Deben combinarse y complementarse dada la heterogeneidad de las personas y sus necesidades.
- Ser graduales.

Capítulo VII.

Cuidados progresivos a lo largo de la vida II: cuidados en domicilio, servicios y tecnologías de apoyo. Accesibilidad. Una vida independiente

LAS AUTORAS

María Cecilia Terzaghi, Médica Especialista en Rehabilitación, Magister en Dirección y Gestión en Sistemas de Seguridad Social. Coordinadora Nacional de Programas de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia-Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Miembro del Equipo Técnico del Centro Iberoamericano de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas de la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social. Centro de Acción Regional Cono Sur.

María Constanza Fernández Salvador. Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores – Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia – Ministerio de Desarrollo Social de la Nación Licenciada en Trabajo Social, Psicóloga Social, Especialista en Gerontología Comunitaria e Institucional de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata. Integrante del Equipo Técnico de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, dependiente de la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

VII. 1. Introducción

En este capítulo tiene como finalidad brindar herramientas que aporte al desarrollo profesional, reflexionando y profundizando la temática de los cuidados progresivos a lo largo de la vida. Para ello, en primer lugar se a problematizar y discutir sobre el concepto de cuidados en domicilio desde una mirada integral. En una segunda instancia, será importante explorar el desarrollo de estrategias de cuidados en domicilio de las personas mayores en la región.

Se reflexionará sobre la importancia de pensar en los cuidados desde una doble perspectiva: género y derecho, así como sobre el rol, perfil y funciones del cuidador domiciliario

Y, por último, se darán a conocer las tecnologías de apoyo y accesibilidad como facilitadores de la vida independiente y promotores de la autonomía de las personas mayores.

VII. 2. Cuidados en domicilio desde una mirada integral

El cuidado es la acción que se encamina a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas con dependencia, es decir, de quienes carecen de autonomía personal y requieren de la ayuda de otros para la realización de los actos esenciales de la vida diaria. En este sentido, la necesidad de cuidado en las edades más avanzadas no es un asunto nuevo. En todas las sociedades siempre ha habido personas que han requerido la ayuda de otros para realizar las actividades cotidianas. Sin embargo, desde mediados del siglo XX, el modo mediante el cual se ha dado respuesta a estas necesidades ha experimentado notables cambios (Casado y López, 2001).

Entendiendo el envejecimiento como un proceso, se apunta al desarrollo de cuidados progresivos que acompañen y no reemplacen las potencialidades de las personas mayores, preservando sus roles familiares y sociales tendientes a fortalecer la autoestima, evitando la institucionalización.

De un tiempo a esta parte, importantes fenómenos demográficos como el descenso en la mortalidad, el aumento de la esperanza de vida y la disminución en las tasas de fecundidad, hacen que nos enfrentemos a un nuevo escenario que implica profundas transformaciones.

En este contexto, el aumento de la población de personas mayores no debería ser un problema sino un logro, así como también el pensar en mecanismos de cuidados en domicilio.

Por una parte, y como en todas las épocas, existen personas que no pueden valerse por sí mismas, y por otra, los modos tradicionales de atenderlas están en crisis, justo en un momento en que aumenta la cantidad de personas que precisan ayuda por causas de distinto orden, tales como el envejecimiento, la extensión de la vida mediante métodos artificiales, la mayor supervivencia a los accidentes, entre otras (Sempere y Cavas, 2007). De ahí que numerosos estudios hayan calificado la necesidad de cuidados como un nuevo riesgo social, propio de las sociedades en transición o ya maduras, que demanda una serie de servicios de protección pública especializados.

Profundizando el concepto, la atención domiciliar se define como el conjunto de servicios de apoyo sanitarios y sociales prestados a las personas en su hogar, manteniéndolas en sus casas el mayor tiempo posible y conveniente, insertas en su comunidad, con el fin de mejorar su calidad de vida.

Pilar Rodríguez (2003) define a los servicios de cuidados domiciliarios (o apoyo domiciliario) como un programa individual, de carácter preventivo y rehabilitador, a los que se articulan técnicas de intervención profesional consistentes en atención personal, doméstica, de apoyo psicosocial y familiar a las personas que tienen dificultades en su autonomía personal.

Los servicios de cuidado en domicilio integran el conjunto de acciones que se llevan a cabo en la vivienda de la persona mayor, dependiente o con alguna discapacidad, con la finalidad de atender sus necesidades y brindar asistencia en las actividades de la vida diaria. Tienen como objetivo fundamental favorecer e incrementar la autonomía personal. La prestación en el domicilio debe ser planificada de acuerdo a la situación particular de cada una, sus necesidades, teniendo en cuenta su contexto familiar, social y cultural. No es conveniente estandarizar esta prestación.

El apoyo domiciliario tiene un componente de orientación psicosocial con el objetivo de reducir el deterioro de la persona mayor, apostando a la independencia de la misma a través del accionar programado de un servicio de ayuda y apoyo a las actividades básicas e instrumentales. De esta forma, la persona es considerada como un todo integrado.

Citando a Michel Caudron (2013, p.28)

(...) el apoyo domiciliario provee la oportunidad de desarrollar un entorno de vida en el cual cada persona que envejece pueda concebir y gestionar su propio proyecto de vida, en su domicilio personal, familiar y comunitario, integrado en su entorno (familia, amigos, vecinos) y su contexto gracias a un panel de ayuda adaptada y de calidad que permiten la libertad de elección.

En este marco, las actividades de la vida diaria son un conjunto de tareas o conductas que una persona realiza de manera diaria y que le permiten vivir de forma autónoma e integrada en su entorno y llevar adelante su/s rol/es dentro de la sociedad. Engloban las capacidades de autocuidado más elementales y necesarias que el ser humano realiza cotidianamente.

Podemos diferenciar tres tipos:

1. Básicas (ABVD): tareas destinadas al autocuidado, tales como aseo personal o higiene, uso del baño, movilidad o desplazamiento, alimentación, vestido, y continencia.
2. Instrumentales (AIVD): son aquellas actividades que permiten interactuar con el medio y mantener su autonomía (utilizar el teléfono, hacer compras, manejar dinero, realizar tareas de limpieza, de mantenimiento del hogar y cuidado de su ropa, utilizar medios de transporte).
3. Avanzadas (AAVD): permiten a la persona desarrollar sus roles dentro de la sociedad, es decir, son las actividades de la vida social como, por ejemplo, educación, trabajo, ocio, viajes, participación en grupos, relaciones sociales.

El grado de dificultad que la persona experimente para realizar las actividades ABVD, AIVD y AAVD, va a determinar su nivel de dependencia.

El cuidado de las personas mayores y aquellas con dependencia por razones de salud se ubica en el eje fragilidad-autonomía, en el que el mismo debe concentrarse en brindarles los apoyos específicos para gestionar lo mejor posible su dependencia y ofrecer las compensaciones permanentes para suplir las limitaciones que sufren o a las que pueden estar expuestas. El resto de las personas mayores se podrían ubicar en el cuadrante fragilización-autonomía, en el que el cuidado tiene un carácter de orden preventivo y lo que se requiere son modificaciones en el entorno y la dotación de servicios para una sociedad que envejece, para que el solo hecho de ser mayor no se convierta inmediatamente en fragilidad, como antesala de la dependencia (Huenchuan, 2009).

VII. 2. 1. Cuidados en domicilio y servicios de apoyo

Se puede decir que los servicios de apoyo o cuidado en domicilio son una pequeña parte de un sistema más amplio de servicios que debe ser integral e integrado, de calidad y centrado en la persona, con acceso equitativo, sostenible y coordinado.

Los cuidados en domicilio contienen a los servicios de apoyo que a continuación se detallan:

- **Servicios de alta tecnología:** son aquellos que están dirigidos a personas que presentan una patología que requiere de tecnología compleja para su tratamiento. Se basan, fundamentalmente, en la atención de especialistas con tecnología de alta complejidad en el domicilio. Ejemplo de estos servicios son las diálisis renales, la nutrición enteral o parenteral, el uso de respiradores, la farmacoterapia avanzada, etc.
- **Servicios especializados:** estos se basan, no sólo en el profesional médico, sino, principalmente, en el personal de enfermería, en el fisioterapeuta, en el terapeuta ocupacional, en el fonoaudiólogo y en el nutricionista, entre otros.
- **Servicios de baja complejidad:** se brindan a personas que, por razones biológicas, psicológicas y/o sociales, no pueden realizar las tareas de la vida diaria por sí solos y necesitan ayuda para desarrollarlas. Se apoyan en personal técnicamente capacitado (cuidador) para realizar actividades como: organización del hábitat, higiene y arreglo personal, preparación de alimentos, prevención de accidentes, administración de medicamentos por vía oral, colaboración con prácticas indicadas por profesionales, acompañamiento y asesoramiento en todas las actividades de la vida diaria, realización de trámites a las personas atendidas y actividades de recreación y de reinserción laboral y social. Estos servicios se denominan de cuidados domiciliarios o servicios de apoyo domiciliarios.
- **Servicios para pacientes terminales:** incluyen todos los mencionados anteriormente, incorporando los de asistencia espiritual, psicológica y legal.

El cuidado en domicilio intenta prevenir situaciones que aumenten el riesgo de pérdida de la autonomía, tales como las caídas o accidentes en el hogar, adecuando la vivienda y utilizando ayudas

técnicas o productos de apoyo fortaleciendo los vínculos familiares y sociales. Promueve la creación de hábitos y estilos de vida saludables.

VII. 3. Desarrollo de estrategias de cuidados en domicilio de personas mayores en la región

Partiendo de una sociedad que envejece de manera heterogénea, en un contexto de precariedad económica y ausencia de servicios sociales sólidos y de un acelerado envejecimiento demográfico de los países de la región, es importante analizar los diferentes tipos de servicios de cuidados en domicilio que son llevados adelante.

Históricamente, se ha considerado como única opción de asistencia a las personas mayores, la institucionalización. A partir del cambio de paradigma, nos encontramos frente a un nuevo escenario, pasando de un sistema sanitario a un sistema socio sanitario. En este contexto, el aumento de la población de personas mayores no debería ser un problema sino un logro y, en función de ello, la planificación de propuestas de cuidados en domicilio.

La consideración de la necesidad de cuidados como un riesgo social es reciente en la región. En los inicios de esta década los cuidados descansan mayoritariamente en la capacidad familiar. Al respecto, el Primer Foro de Envejecimiento y Salud que se celebró en Madrid en octubre de 2003 advirtió que:

La familia no puede continuar actuando como una ONG cuya labor se caracteriza por la falta de apoyo económico, social y asistencia. Si a esta situación se suma la demanda de asistencia de situaciones particulares, se hace necesario repensar en políticas públicas en relación a la temática que se centren en la mirada integral de la persona mayor y que fortalezcan las buenas prácticas que llevan adelante los países de la región (CEPAL, 2009, p. 8).

Asimismo,

La principal diferencia entre los países de la región y los desarrollados es que en estos últimos la consideración de la necesidad de cuidados como un riesgo social empezó a instalarse a partir de los años setenta. En ese momento, un informe de la OCDE (1973) advertía que “el crecimiento no es suficiente en sí mismo, sino un medio para lograr unas condiciones de vida mejores”, y colocaba en el primer lugar de una lista de preocupaciones sociales a la posibilidad de disfrutar de una buena salud a lo largo de toda la vida. En los países de la región, en cambio, este proceso ha tenido una evolución reciente, entre otras razones, porque los sistemas tradicionales de cuidado continuaban funcionando con relativa estabilidad hasta bien entrados los años ochenta y a que las personas de edad avanzada no tenían un peso demográfico importante en el conjunto de la población (CEPAL, 2009, p. 8).

Se prevé que la población con necesidad de cuidados aumente notablemente en los próximos años. Los menores de 5 años seguirán representando el sector más importante, que proteger y cuidar, hasta aproximadamente el año 2040. A partir de ese momento, las personas mayores de 75 años aumentarán paulatinamente y seguramente concentrarán la atención y los servicios de asistencia. Además, aunque es verdad que muchas personas de este grupo etario gozan de buena salud y alto grado de independencia, no es menos cierto que el riesgo de sufrir una situación de fragilidad o discapacidad se eleva enormemente con la edad. Por lo tanto, en un contexto de envejecimiento, la sociedad debe preocuparse por la dependencia en los dos extremos: los más jóvenes y los más viejos.

El impacto de estos cambios se sentirá con más fuerza en los próximos años, una vez que la maduración social y demográfica del fenómeno vaya exigiendo modificar las prestaciones sociales y sanitarias que en la actualidad se ofrecen a la población de personas mayores, a la niñez y a las personas con discapacidad (CEPAL, 2009).

Uruguay está desarrollando una propuesta para un modelo solidario y corresponsable de cuidados que apunta a profundizar la nueva matriz de protección social de corte universalista. Este modelo implica un cambio cultural: valorar las tareas de cuidados. Está dirigido a cuatro grupos poblacionales: niños/as de 0 a 3 años, personas con discapacidad, personas mayores con dependencia y cuidadores/as.

La iniciativa, que es un compromiso programático del Gobierno, está encabezada por un Grupo de Trabajo (creado por Resolución Presidencial 863/010) que funciona en el ámbito del Gabinete Social y en el que participaron representantes del Ministerio de Desarrollo Social de este país (MIDES).

Como menciona Rosario Aguirre (2005, p.15):

La incorporación de la temática del cuidado a la agenda pública en Uruguay es un ejemplo paradigmático de los procesos por los cuales las demandas sociales se transforman en opciones políticas. Es producto del impulso de varios actores, entre los que se destacan particularmente la academia, las organizaciones de mujeres, INMUJERES y la cooperación internacional. Un logro indudable es que el tema de los cuidados haya ingresado en las agendas públicas e institucionales.

El Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) en Chile es la institución que lleva adelante las políticas hacia las personas mayores. Este organismo implementa el Programa de Cuidados Domiciliarios que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas mayores en situación de vulnerabilidad y dependencia. El servicio está destinado a éstas, el cuidador y la familia.

Según se menciona en el último Boletín del Programa Iberoamericano de Cooperación sobre Adultos Mayores, entre las políticas que se suman al Programa de Cuidados Domiciliarios, se encuentra el Programa de Acompañamiento para las que viven solas. Se trata del programa "Vínculos", que cuenta con un equipo conformado por un psicólogo y trabajador social que conectan a las personas adultas mayores con las redes de apoyo; así se establece una oportunidad grupal relacionando a grupos de 40 personas en iguales características y que puedan fortalecerse. El programa permite que el reencuentro con sus pares, centros de rehabilitación, colegios de adultos mayores u otros espacios que contribuyen a mejorar su calidad de vida.

En la Argentina se ha estado trabajando sistemáticamente en la instalación de un método progresivo de atención a las personas mayores con dependencia. Este sistema se inicia con los cuidados domiciliarios que pueden coordinarse con los centros de día, que suelen ser de carácter comunitario y concluye con la atención residencial en instituciones de larga estadía, que en el país son conocidas como “hogares de adultos mayores”.

A través de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM), dependiente de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, se implementa el Programa Nacional de Cuidadores Domiciliarios que realiza un abordaje integral del Adulto Mayor desde una perspectiva bio-psico-social en el marco del paradigma de derechos, generando estrategias de intervención que apuntan a mejorar su calidad de vida.

En este sentido, el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios (PNCD) es, sin duda, una de las acciones más potentes a la hora de promover y respetar los derechos de los mayores y, en especial, de aquellos en situación de vulnerabilidad social o que requieren un apoyo calificado ante alguna dependencia.

El mencionado programa que data del año 1996, desde el año 2003 fue adquiriendo fuerza como política de Estado, tras una década de trabajo y con el compromiso de lograr la mayor permanencia de las personas de edad avanzada en sus hogares, evitando institucionalizaciones innecesarias.

Argentina cuenta actualmente con más de 30 mil cuidadores domiciliarios formados en el marco del PNCD y con una meta de trabajo orientada a incrementar la formación a 50 mil cuidadores en todo el territorio nacional para el año 2015.

El componente del programa que contempla la formación del cuidador considera una capacitación básica de 400 horas de duración de carácter teórico-práctico reconocida por el Ministerio de Educación de la Nación y el Consejo Federal de Educación. Gracias a ello, el curso tiene validez nacional y las personas de cualquier provincia pueden ingresar a él, recibirse de cuidadores domiciliarios y ejercer un oficio reconocido oficialmente en todo el territorio nacional.

Las edades de los cuidadores domiciliarios oscilan entre los 30 y los 45 años y por lo general se trata de personas que han tenido dificultad para insertarse o mantenerse en el mercado laboral formal, pero que cuentan con las aptitudes para ejercer el oficio de cuidar, lo que se mide de la manera más científica posible. Su ingreso al programa les ofrece no solamente una opción laboral, sino además el acceso a beneficios previsionales, incrementando así la formalidad del mercado de trabajo y aumentando la cobertura contributiva de los sistemas de seguridad social. Vale decir, el programa implica beneficios para el cuidador, para las personas mayores y para el sistema de seguridad social y sus afiliados.

A su vez, este programa impulsa y genera posibilidades educativas y nuevas oportunidades laborales a grupos de la sociedad que históricamente fueron excluidos del mercado de trabajo, con escasas posibilidades de capacitarse como, por ejemplo, las personas trans. Se articula con organizaciones de la sociedad civil de este colectivo con quienes se acuerda brindar cupos de capacitación al colectivo de diversidad sexual, en el marco de políticas de inclusión social llevadas adelante por el Ministerio de Desarrollo Social de la República Argentina.

La cantidad de personas mayores de 60 y más años continuará creciendo en Argentina y en el mundo. Por ello, desde las políticas públicas del país se intentará seguir ampliando derechos para

las personas mayores, sobre todo para aquellas que presenten alguna dependencia en la realización de las actividades de la vida diaria, para que las mismas puedan envejecer el mayor tiempo posible en sus hogares.

De todas formas, estos programas de apoyo domiciliario enfrentan, en la mayoría de los países de la región, una serie de debilidades mencionadas por Silvia Gascón (2013):

- Programas centrados en la formación del “cuidador”.
- Escasa articulación entre organismos formadores y utilizadores del recurso.
- Falta de consenso sobre la responsabilidad de quien financia.
- Escasa coordinación entre sectores: salud, social, educación, trabajo.
- Insuficiencia de servicios de apoyo domiciliario.
- Baja participación de la comunidad y de las personas mayores en el cuidado.

Intervenir en el cuidado rompe con la desigualdad social. Es necesario tener como norte la igualdad en el acceso al cuidado para todas las personas desde la perspectiva de los derechos humanos, teniendo en cuenta y diferenciando los conceptos de autonomía, dependencia, fragilidad y fragilización.

Si bien el envejecimiento es un proceso inevitable e irreversible, las condiciones de vida del adulto mayor se pueden mejorar y, al mismo tiempo, prevenir o demorar los deterioros propios de la edad.

La prevención no se hace sólo por medio de la intervención médica sino, también, por la intervención social, económica y ambiental. En este sentido las políticas públicas de los países de la región deben ser pensadas teniendo en cuenta que la sociedad no es estática, sino que es dinámica y se encuentra en constante cambio.

VII. 4. ¿Por qué es importante pensar en los cuidados desde la perspectiva de género?

El núcleo central de la dominación cultural de género se sitúa en la imposición de roles hegemónicos que ubica a los varones como individuos ciudadanos plenos en la esfera pública y a las mujeres como madres-esposas confinadas a lo privado-doméstico y negadas de la posibilidad de desarrollarse como sujetos de derechos y ciudadanas legítimas.

Al decir de Sonia Montaña (2014, p.251),

El trabajo de la casa, no remunerado, responde a la cultura patriarcal y su relación con el familiarismo. Según esta configuración cultural, la mujer desempeña su función social dentro de la esfera privada. El trabajo fuera del hogar no debe interferir con el de la casa. La mujer debe elegir generalmente empleos de pocas horas, mal pagados, en el mercado informal, o entrar y salir del mercado de trabajo con más frecuencia que los hombres.

El género, a diferencia del sexo biológico que está determinado por características genéticas y anatómicas, es una identidad adquirida y aprendida que varía holgadamente intra e interculturalmente. Es relacional, ya que no se refiere exclusivamente a las mujeres o a los varones, sino a las relaciones que se tejen entre ambos grupos. Es un conjunto de ideas, representaciones, mandatos, mitos, prácticas, normas, prescripciones y proscripciones sociales que una cultura desarrolla desde la diferencia anatómica entre mujeres y varones, para simbolizar y construir socialmente lo que debe ser “propio” de los varones (lo masculino) y “propio” de las mujeres (lo femenino). Es decir, el género es la forma en que la cultura determina la manera de ser varón o mujer.

La temática del cuidado en las personas mayores, según refiere Sandra Huenchuan, tiene una doble dimensión de género, ya que por un lado son las mujeres las principales encargadas de proporcionar el cuidado y, por otro lado, viven más que los hombres y perciben menores ingresos. De este modo, con la edad aumentan las necesidades de cuidados de estas mujeres.

Como consecuencia de ello, las mujeres mayores son más pobres que los hombres mayores y, habiendo más mujeres que hombres de estas edades, el envejecimiento se entrecruza con escenarios de pobreza (Naciones Unidas, 2009). Esta situación hace más vulnerables a las mujeres.

El costo que asumen las mujeres en sus vidas por el hecho de ser cuidadoras es elevado en términos de salud y calidad de vida. Por último, la disminución de la fecundidad y la mayor participación femenina en el mercado laboral derivan en un descenso del número potencial de cuidadores de personas mayores y en restricciones para dedicarse a esta función entre quienes estaban a cargo de brindar cuidado en épocas anteriores (Robles, 2003).

La familia en general, y las mujeres en particular, son las principales proveedoras de cuidados de quienes los necesitan. Sin embargo, como menciona Mónica Roque, el rol de las familias como fuente de apoyo está cada vez más debilitado, tanto por la incorporación de las mujeres en el mercado de trabajo extra doméstico como por el incremento absoluto y relativo de la presencia de personas mayores en la población.

Socialmente, está “naturalizado” que sea la mujer la cuidadora y no el hombre, a quien se tiende a desacreditar como cuidador comprometido. Estas situaciones tienden a generar un alto impacto en el estado emocional: frustración, stress y angustia y, por otro lado, el descuido de las relaciones personales, pérdida de trabajo, conflictos intrafamiliares, etc. De esta forma, se percibe como indispensable y como una obligación el que la mujer asuma este rol.

Las mujeres mantienen el mandato de los cuidados aún siendo mayores. Sin embargo, llega un momento en que no tienen quién cuide de ellas. La soledad se agudiza en razón de su mayor expectativa de vida. Así, son más las mujeres que los hombres los que viven en residencias de larga estadía, por lo que frente a la soledad también están más expuestas a escenarios de abuso y maltrato.

La consideración de la perspectiva de la equidad de género en el abordaje de los asuntos vinculados a las personas mayores permite desnaturalizar los roles devenidos de la condición biológica o cultural de los sujetos, ampliando la mirada acerca de las relaciones sociales entre varones y mujeres, entre jóvenes y personas mayores para confrontar los roles y los derechos que en consecuencia se les otorga a cada uno de estos grupos (Montaño, 2014).

El tema del cuidado, principalmente de las personas dependientes, plantea el interrogante acerca de la posición de las mujeres y su igualdad en distintos ámbitos de la sociedad pero, principalmente, en la esfera de la familia y el trabajo.

Se debe romper e incidir en la desigualdad de género y, para ello, es necesario tener en cuenta el cuidado desde dos perspectivas: género y derechos, de manera de lograr igualdad de oportunidades en el trato y trayectoria. El derecho al cuidado debe ser considerado como un derecho universal de toda la ciudadanía, desde la doble dimensión de las personas que precisan cuidados y de las que cuidan, es decir, desde el derecho a dar y a recibir cuidados.

Las mujeres sufren lo que se denomina una sobrecarga de trabajo, y con frecuencia no reciben ninguna remuneración por sus labores. Si no se cambia esta realidad, la crisis del cuidado se profundizará (Huenchuan, 2013). Es decir, si las tareas de cuidado no se distribuyen entre todos los actores involucrados, la situación se hará insostenible para las mujeres y las personas mayores.

En la Argentina el cuidado se considera un derecho humano que debería formar parte de los derechos económicos, sociales y culturales reconocidos internacionalmente y, se entiende, que es deber del Estado garantizarlo a todas las personas en el momento que lo necesiten, por medio de la provisión de servicios sociales (Roque, 2013).

El limitar las responsabilidades de los cuidados casi exclusivamente a la esfera privada, convirtiéndolos en un problema privado torna muy dificultoso el convertir este tema en un objeto de derecho real. En el medio familiar, las mujeres aseguran la supervivencia de la familia a pesar de los costos que eso les signifique en términos de comodidad personal. En cambio, la mayoría de los hombres no varía en lo fundamental sus pautas de comportamiento o de consumo en períodos de crisis. Paralelamente, por contar con ese compromiso de las mujeres con su familia, el Estado suele resolver sus problemas de presupuestos en el ámbito de las políticas sociales con una reducción de su apoyo a las unidades familiares. En los dos casos se cuenta con la capacidad de las mujeres de aprovechar lo más posible los recursos, sus energías y su tiempo para contribuir al bienestar de los demás (Batthyány, 2007).

El trabajo no remunerado de las mujeres es considerado implícitamente como flexible, susceptible de adaptarse y modificarse para compensar cualquier otro déficit de los recursos disponibles para la reproducción y el mantenimiento de los recursos humanos. La demanda de cuidados y atención de los adultos mayores es creciente y de acuerdo a las características demográficas de la región, es un tema que se agrava con el paso del tiempo.

La transversalización de género en la construcción de las políticas de cuidado consiste en mostrar las implicancias de las acciones que se proponen sobre la desigualdad de género, en los procesos y en los resultados y considerar sus efectos para avanzar hacia la igualdad en el ámbito de la división sexual del trabajo a través del reconocimiento del valor de ese trabajo y la redistribución de las responsabilidades y tiempos dedicados al cuidado.

Para ello es fundamental el papel de los mecanismos gubernamentales encargados de las políticas de igualdad de género, así como la participación de la sociedad civil para permear a todos los actores involucrados en la política y tejer alianzas entre organizaciones sociales, actores políticos y el Estado.

VII. 5. Los cuidados formales e informales

Uno de los temas que merece atención a la hora de mirar la situación de las personas mayores es visualizar cuáles son las redes de apoyo con las que cuentan y comprender las estructuras familiares en esta etapa de la vida.

El cuidado informal es el que es prestado por familiares, amigos o vecinos. Este conjunto de redes suele caracterizarse por su reducido tamaño, por existir afectividad en la relación y por realizar el cuidado no de manera ocasional, sino mediante un compromiso de cierta permanencia o duración.

Dentro de este grupo suelen identificarse el cuidador principal (cónyuge o familiar femenino más próximo) y los cuidadores secundarios que no tienen la central responsabilidad del cuidado del adulto mayor sino que secundan al principal.

Las fuentes primarias de apoyo y asistencia a las personas mayores son informales y voluntarias. En su mayoría son brindadas por mujeres y surgen de los lazos personales de parentesco, amistad y vecindad.

La Encuesta Nacional sobre calidad de vida de Adultos Mayores 2012 (INDEC, 2014, p.45) de la Argentina nos dice que:

Son las mujeres quienes mayoritariamente brindan las ayudas relacionadas con el ámbito doméstico (tareas del hogar, dar ropa o comida, hacer compañía o hacer las compras) mientras que los varones tienen mayor presencia relativa en aquellas relacionadas con el sustento económico (ayuda en dinero o estar a cargo de algunos gastos).

El cuidado formal, en cambio, es dado por quien ha recibido una formación teórico-práctica. En la Argentina, la capacitación en cuidados domiciliarios tiene como finalidad que el cuidador pueda desarrollar habilidades para el apoyo en las actividades cotidianas, toma de decisiones, prevención de situaciones de riesgo y derivación profesional ante circunstancias que lo excedan. El cuidador formal lo es a partir de la capacitación específica que recibe, de las funciones que desarrolla y de la construcción de su perfil técnico y laboral.

El rol es un lugar en la trama vincular. Todas las relaciones interpersonales están regidas por un interjuego de roles, que a su vez pueden ser asumidos y/o adjudicados. Cada uno de nosotros en la vida cotidiana debe asumir varios roles al mismo tiempo. Por ejemplo, el rol de ser madre, cuidadora y alumna. A su vez, cada uno de estos roles de una misma persona tienen una valoración para nosotros

y para los demás. Así es como se puede ser una buena madre, una alumna irresponsable y una cuidadora poco comprometida.

Enrique Pichon Riviere (1971, p.151) define al rol como “ (...) *un modelo organizado de conducta, relativo a una cierta posición del individuo en una red de interacciones ligado a expectativas propias y de los otros*”.

Para lograr un buen ejercicio del rol del cuidador formal se requiere de la incorporación de conocimientos y de una fuerte motivación vocacional y actitudinal. “cuidar” es diferente a “asistir”, ya que requiere una particular implicación y compromiso técnico.

En el imaginario social, este rol suele asociarse con la demanda de tareas suministradas por el personal de los servicios domésticos o auxiliar de enfermería. El rol del cuidador domiciliario, como otros roles, requiere de una construcción y para ejercerlo se necesita la presencia del otro que demande sus servicios. En esta construcción e interrelación entre cuidadores y personas cuidadas necesariamente debe aparecer el ajuste recíproco de comportamientos.

En este sentido, es importante afirmar que el rol de cuidador domiciliario se encuentra inserto en los servicios de atención domiciliaria de baja tecnología.

La demanda de cuidados en domicilio se relaciona con el envejecimiento poblacional y con la necesidad de generar estrategias en el marco de un sistema progresivo de atención, a fin de que las personas mayores puedan envejecer en sus hogares.

Las funciones del cuidador formal en el domicilio se pueden agrupar en cuatro competencias:

- **Prevención:** se trata de acciones que permiten advertir y detectar de manera precoz aquellas situaciones que conlleven a deterioros en los aspectos bio-psico-sociales de las personas mayores que reciben el cuidado.
- **Promoción:** focaliza la mirada en la identificación y optimización de las potencialidades o posibilidades existentes en cada una de las personas mayores atendidas, generando acciones que estimulen o fortalezcan la integración social.
- **Educación:** esta función permite la transmisión y difusión de conceptos acerca de cuidados y autocuidados; provee información sobre la disponibilidad y el acceso de recursos existentes a nivel comunitario; incide en la desmitificación de prejuicios y estereotipos.
- **Asistencia:** provee apoyo y acompañamiento en el desenvolvimiento de las actividades de la vida diaria de la persona mayor, en el cuidado de la salud, en la rehabilitación posible en cada caso y situación particular.

Acorde a su perfil, el cuidador formal en domicilio debe lograr ser un experto en el campo del cuidado y apoyo en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Se puede desarrollar el perfil desde una doble perspectiva: laboral y técnica.

El perfil laboral tiene que ver con las tareas específicas desde un enfoque integral (bio-psico-social) de la vejez basadas en el paradigma de derechos que el cuidador debe desarrollar teniendo en cuenta su rol y funciones. Las mismas son:

- Acompañamiento y asesoramiento en todas las actividades de la vida diaria.
- Administración de medicamentos por vía oral y de uso externo, indicado y prescripto por profesionales.
- Preparación de alimentos. Ingesta asistida.
- Higiene y arreglo personal y del hábitat.
- Autocuidado.
- Acciones preventivas de accidentes y detección de barreras arquitectónicas.
- Actividades recreativas y ocupacionales acorde a sus posibilidades.
- Colaboración en las prácticas indicadas por el profesional.
- Difusión de acciones de promoción de la salud y reinserción social.

El perfil técnico se desarrolla a partir del conjunto de cualidades, habilidades, técnicas y conocimientos que se deben incorporar en la temática de los cuidados sociosanitarios, con la finalidad de proveer de forma óptima y adecuada los servicios de atención a las personas mayores, potenciando:

- Flexibilidad en el trato personal ante situaciones de cambio del adulto mayor y de su entorno.
- Adaptación acorde al desempeño de sus funciones como cuidador.
- Capacidad de trabajo en equipo.
- Acompañamiento con una actitud de comprensión y escucha, respetando la autonomía de la persona destinataria del cuidado.
- Amplitud de criterio ante situaciones límites.
- Actitud participativa apuntando a favorecer la autoestima del adulto mayor.
- Tolerancia ante eventuales situaciones de frustración personal en caso de alejamiento, discapacidad o muerte del adulto mayor.

La conjunción del perfil técnico y laboral del cuidador formal implica preparación, idoneidad, responsabilidad, compromiso, disposición para trabajar en equipo, aceptación de indicaciones emanadas de los profesionales intervinientes, capacidad para realizar aportes criteriosos, confidencialidad y ética.

VII. 6. ¿A quién cuidamos y cómo cuidar a los que cuidan?

VII. 6. 1. ¿A quién cuidamos?

Según el Consejo de Europa de 1998, se define a la dependencia como un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o de ayuda importante a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal.

Quedan planteados tres factores para poder hablar de una situación de dependencia:

- Existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que disminuye determinadas capacidades de la persona.
- Incapacidad de la persona para realizar por sí misma las actividades de la vida diaria.
- Necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero.

Esta perspectiva es coherente con la clasificación de la OMS que ya hemos citado (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud CIF del año 2001).

La dependencia puede entenderse como el 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 ésta no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provoca una *restricción en la participación* que se concreta en la *dependencia* de ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria.

Según el Libro Blanco de la Dependencia (2004) la dependencia se evalúa en los siguientes tres niveles:

Grado I: dependencia moderada, cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.

Grado II: dependencia severa, cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador.

Grado III: gran dependencia, cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, varias veces al día y por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia indispensable y continua de otra persona.

Las personas dependientes requieren una intervención continuada, aunque no necesariamente permanente, basada en el apoyo y los cuidados.

Algunos datos de nuestra región aportan insumos para dimensionar las necesidades de cuidados:

El Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores del año 2009 en Chile, demuestra que el 24,1% de la población de personas mayores presenta dependencia en cualquiera de sus grados.

A partir de los 70 años la frecuencia de dependencia en las mujeres sobrepasa a la de los hombres haciéndose cada vez mayor a medida que aumenta la edad.

En Argentina, según los datos obtenidos en la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 se demuestra que alrededor del 10% de éstos presenta dependencia básica. A medida que aumenta la edad, la población adulta mayor se vuelve más dependiente en este tipo de actividades - prácticamente se cuadruplica- con un 5% en el grupo de 60 a 74 años y un 21% entre los de 75 años y más. La dependencia para las actividades básicas de la vida está feminizada. Las mujeres con dependencia básica duplican a los varones en todos los grupos de edad.

Cuidar de una persona en situación de dependencia supone un desgaste físico y emocional que puede acarrear complicaciones a largo plazo para la propia salud y bienestar del cuidador. Por eso, los cuidadores de personas en situación de dependencia también necesitan ser cuidados y, sobre todo, aprender a cuidarse sin tener sentimientos de culpa, una de las tareas más importantes y más olvidadas al mismo tiempo.

VII. 6. 2. Cuidando al cuidador

Muchos son los factores que se ponen en juego para poder cuidar: los vínculos con la persona a cuidar, apego o cercanía con adultos mayores, personalidad del cuidador, disponibilidad de tiempo para ejercer la tarea, condiciones físicas y emocionales, género, edad, el contar con habilidades para la realización del tipo de tareas que demanda el cuidado. etc.

En la tarea de cuidar suelen aparecer situaciones que generan estrés y desgaste en la persona que tiene a cargo el cuidado, tanto para los cuidadores familiares como para los cuidadores formales.

El estrés general es un proceso psicológico que conlleva efectos positivos y negativos para la persona, mientras que el Burnout sólo hace referencia a efectos negativos para la persona y su entorno. Es evidente que el estrés general se puede experimentar en todos los ámbitos de la vida y actividad, a diferencia del Burnout, que como la mayoría de los autores estiman es un síndrome exclusivo del contexto laboral.

El estrés es la forma de responder ante situaciones nuevas, amenazantes y de alta complejidad que se produce naturalmente cuando la persona se encuentra sometida a un sobre esfuerzo. Es una respuesta del organismo ante a una serie de acontecimientos externos o internos que pone en juego, entonces, una movilización de recursos fisiológicos y psicológicos para poder afrontar tales demandas.

Los factores de riesgo que incrementan la posibilidad de que aparezcan síntomas de estrés en el desarrollo de las tareas de cuidado están vinculados a: la ausencia de motivación en particular cuando

no hay posibilidad de elección de esta tarea, el exceso de preocupación por la falta de habilidades o recursos, la baja autoestima y tolerancia al conflicto, los sentimientos de omnipotencia, los prejuicios sobre la vejez, la falta de actividades sociales y recreativas, el escaso apoyo familiar o institucional y la falta de capacitación entre otros.

Las consecuencias del estrés en el cuidador pueden manifestarse en los siguientes síntomas:

- Físicos: pérdida de energía, fatiga crónica, sensación de cansancio continuo, contracturas musculares, palpitations, temblor de manos, trastornos digestivos.
- Emocionales: angustia y temores, llanto frecuente, enojos, irritabilidad, cambios de humor, disminución de las capacidades de concentración o de toma de decisiones, sensaciones de miedo o pánico infundadas, aislamiento emocional y/o social, sentimientos de culpa y depresión.
- Conductuales: inquietud e hiperactividad, alteraciones del sueño, comportamientos compulsivos, consumo excesivo de medicamentos sin control médico, fumar o beber más de lo habitual, alteraciones en la alimentación y mayor riesgo a sufrir accidentes.

Se describen distintas fases o etapas: una primera fase o de estrés laboral o fase de alarma donde el cuidador se encuentra en muchas ocasiones sin tener prácticamente tiempo libre para sí. Viven para y por la persona que cuidan, tratándose de demostrar a sí mismos que pueden con todo. Una segunda fase o de inadecuación personal o fase de resistencia: donde se ponen de manifiesto los síntomas físicos y emocionales que derivan de la sensación de falta de apoyo o comprensión que recibe de los demás. Se traduce en una situación de impotencia del cuidador. Una tercera fase de inadecuación personal con consecuencias físicas y psíquicas y sentimientos de culpa. Finalmente una cuarta fase denominada de vacío personal o de agotamiento.

Estrategias favorables para afrontar con éxito el síndrome del cuidador

Actualmente, las estrategias y técnicas de intervención se basan en los diversos métodos y conocimientos desarrollados para afrontar y manejar el estrés:

Las orientadas al individuo en relación a programas psicoeducativos, la capacitación y entrenamiento en las habilidades del cuidado y a la planificación del tiempo libre y recreación.

Otras acciones fomentan el apoyo de los grupos sociales con los que el sujeto tenga relación como, por ejemplo, la integración a los grupos de familiares de personas con Alzheimer u otras demencias.

Es de suma importancia promover la utilización de los recursos formales de soporte comunitario, tales como los equipos de salud mental, otros recursos asistenciales para personas en situación de dependencia y el uso de tecnologías o productos de apoyo para el cuidado.

En general, los programas que proponen el autocuidado brindan herramientas a los cuidadores a fin de lograr una buena disposición física y mental para realizar sus tareas y mantener un estado de serenidad y bienestar en todo momento.

VII. 7. Productos de apoyo

Según Cristina Rodríguez Porrero Miret (2009) los Productos de Apoyo, antes denominados Ayudas Técnicas, implican soluciones y tecnologías facilitadoras de la autonomía y del bienestar de las personas con diversidad funcional, personas con discapacidad y personas en situación de dependencia.

Aunque existen numerosas y extensas definiciones de lo que es una Ayuda Técnica, éstas pueden ser definidas de una forma sencilla como aquellos instrumentos dispositivos o herramientas que permiten, a las personas que presentan una discapacidad temporal o permanente, realizar actividades que sin dicha ayuda no podrían ser realizadas o requerirían de un mayor esfuerzo para su realización.

Según la norma UNE EN ISO 9999:2011 (Norma técnica sobre productos de apoyo para personas con discapacidad de la Organización Internacional de Normalización "ISO" y aprobada por la Asociación Española de Normalización y Certificación "AENOR") sobre clasificación y terminología de Productos de Apoyo para personas con discapacidad, se los define como cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos y software) fabricado especialmente o disponible en el mercado, utilizado por o para personas con discapacidad y destinado a facilitar la participación, proteger, apoyar, entrenar, medir o sustituir funciones/estructuras corporales y actividades o, prevenir deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación.

Esta definición supone la actualización del término teniendo en cuenta los conceptos y la filosofía de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y La Salud (CIF), redactada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por otro lado, "Productos de Apoyo" sustituye al término "Ayudas Técnicas" ya desde la versión de la norma publicada en 2007.

La norma UNE-EN ISO 9999:2012 ha sido elaborada por el Comité Técnico de Normalización 153 de Aenor y es la versión española de la ISO 9999:2011, por lo que su clasificación y su terminología son oficialmente aceptadas por los organismos internacionales a través de la Organización Internacional de Normalización (ISO).

Para la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, *"Discapacidad es el resultado de la interacción entre personas con diferentes niveles de funcionamiento y un entorno que no considera estas diferencias"* (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF, 2001, p.206). Expresa los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una condición de salud y su entorno físico y social (factores contextuales).

Los factores contextuales constituyen el trasfondo, tanto propio como externo, de la vida de un individuo y de su estilo de vida. Incluyen los factores personales y los factores ambientales, que pueden tener una influencia positiva o negativa en la realización de actividades o en el desempeño del individuo como miembro de la sociedad.

La CIF (2001, p.208), define como

(...) facilitadores a todos aquellos factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad. Por ejemplo, la disponibilidad de tecnología asistencial adecuada, y también la existencia de servicios de apoyo que intentan aumentar la participación de las personas con discapacidad en determinadas áreas de la vida (educación, empleo,...). Los facilitadores pueden prevenir o evitar que un déficit o limitación en la actividad se convierta en una restricción en la participación.

Es importante considerar la interacción entre Diseño Universal y la Tecnología de Apoyo. El Diseño Universal es una estrategia a fin de lograr que los diferentes entornos, productos, tecnologías y servicios de información y comunicación sean accesibles, comprensibles y fáciles de utilizar para todos del modo más generalizado e independiente posible, preferentemente, sin requerir adaptaciones o soluciones especializadas.

El Diseño Universal crea un entorno, un instrumento de comunicación o un servicio de uso más sencillo para todas las personas, en particular para las personas con discapacidad, pero no convierte en obsoletas las Tecnologías de Apoyo.

Las personas que precisan de ciertos grados de ayuda seguirán necesitando las Tecnologías de Apoyo y las soluciones del Diseño Universal deben tenerlas en cuenta.

Cuando se diseña, se debe tener un amplio conocimiento de las necesidades del usuario y de las Tecnologías de Apoyo que se requieren para facilitar su autonomía. Sin tener en cuenta estas necesidades se tendrá que recurrir a adaptaciones y mejoras costosas y también se reducirá la facilidad de utilización de cualquier mecanismo.

Las nuevas tecnologías, facilitadoras de la vida de las personas con discapacidad y personas mayores, que pueden proporcionar una dinámica de cambio, están vinculadas a la electrónica, la arquitectura, la ingeniería, el diseño, la domótica y robótica, la informática y la comunicación.

Los Productos de Apoyo mejoran la calidad de vida de todas las personas, en especial de las personas con discapacidad y de las personas mayores, pero sin embargo se las vincula fundamentalmente con la discapacidad y las barreras para la accesibilidad. Facilitan el proceso rehabilitador, procuran mejorar y sostener la autonomía, permiten la asistencia y cuidados de las personas, facilitando el desarrollo de actividades con menor gasto de energía y en condiciones de mayor seguridad.

Se pueden integrar al hábitat elementos tecnológicos de la electrónica, computación y mecánica que logran viviendas inteligentes, conformando verdaderos sistemas de control del entorno a fin de brindar independencia a los usuarios.

Existe una enorme variedad de productos, la tarea de agruparlos y clasificarlos resulta compleja. La ISO (*International Standard Organization*) propone una clasificación tomando en cuenta la función que apoyan. Se establecen 10 grupos troncales que se van dividiendo en otros, cada vez más definidos, hasta llegar a identificar cada producto de apoyo, en clases, subclase y divisiones.

Estos grupos principales son:

- Ayuda para el tratamiento y el entrenamiento.
- Ortesis y prótesis.
- Ayuda para la protección y el cuidado personal.
- Ayuda para la movilidad personal.
- Ayuda para las tareas domésticas.
- Mobiliario y adaptaciones del hogar y otros edificios.
- Ayuda para la comunicación, información y señalización.
- Ayuda para la manipulación de productos y mercancías.
- Ayuda y equipamiento para la mejora del entorno.
- Ayuda para el ocio y tiempo libre.

Las tecnologías de apoyo justifican su aplicación en tanto y en cuanto mejoren la vida de las personas considerando la asequibilidad, la equidad, la operatividad, la universalidad y la sostenibilidad. Requieren de una planificación previa, que surge al conocer las necesidades de las personas, los recursos existentes y disponibles.

La indicación de la ayuda técnica le corresponderá a un profesional en el marco de un enfoque de trabajo interdisciplinario, con participación de la persona que lo requiera como eje de esta intervención. En este proceso se debe considerar el ciclo completo de manera que incorpore la evaluación de la ayuda técnica, la selección, la adaptación, el entrenamiento, los usos, los cuidados y el monitoreo.

Las personas mayores deben recibir toda la información necesaria y estar de acuerdo con la indicación, entendiendo que estas herramientas los acercan a un mayor grado de independencia y/o calidad de vida.

En general se indican ayudas técnicas para aquellas personas mayores que presenten limitación funcional para desplazarse y/o dificultad para realizar actividades de la vida diaria, originadas por múltiples causas y que se encuentren asociadas a dolor, claudicación, riesgo de caída o alteración de la marcha.

Las personas mayores sin pérdidas funcionales pueden hacer más fácil su vida e incluso utilizar estas tecnologías para prevenir accidentes, disminuir esfuerzos y sentirse más seguros. En muchas oportunidades el producto de apoyo será requerido para el cuidador, facilitando así su tarea. Pueden contar con estas herramientas de la tecnología, siendo algunas muy sencillas y otras más complejas. Es importante alentar a la utilización de las mismas, a aceptarlas con naturalidad y promover de esta forma la autonomía.

A modo de ejemplo, se enumeran una serie de productos que se encuentran en el catálogo CIAPAT (Centro Iberoamericano de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas):

- Peine y cepillo con mango anatómico alargado para personas con dificultad en la flexión del brazo y antebrazo.
- Barrales de seguridad que brindan autonomía y seguridad al ducharse.
- Elevador de inodoro con apoyabrazos que facilita la incorporación en forma independiente.
- Sube medias, colocador de medias y calzador de zapatos con mango largo para personas con dificultad para agacharse.
- Silla o banco de ducha para la higiene con mayor seguridad.
- Vaso con escotadura para aquellas personas con movilidad reducida de la cabeza, el cuello o las extremidades superiores.
- Amplificador telefónico de voz, aumenta la intensidad de las voces recibidas a través del teléfono.
- Magnificador de caracteres que opera bajo Windows 95/98/Me, programa que se instala en la PC y permite aumentar el tamaño de todo aquello que se encuentra en la pantalla para personas con baja visión.
- Software basado en comunicación aumentativa que permite la transmisión de necesidades y funciona como un soporte para la comunicación no verbal, diseñado para ejecutarse en teléfonos inteligentes y tablets con sistema operativo Android 2.3 o superior.
- Aro magnético, amplificador por campo magnético para ser usado en el hogar. Conectado a diferentes fuentes de audio (televisor, radio, grabador, reproductor de CD) permite oír sin ningún ruido de fondo perturbador y a un volumen normal.
- Detector de caídas compuesto por un sensor que, cuando nota un cambio, envía una alarma al cuidador para notificar la posible caída del usuario.
- Detector de gas, indicado para la detección temprana de fugas de gas en las viviendas.
- Adaptaciones para autos: inversión de palanca de cambios sobre el lado izquierdo, asiento giratorio a 90°, acompañante para autos con salida al exterior. Plataforma elevadora electromecánica de silla de ruedas.
- Ayuda para la movilidad: bastones, andadores, sillas de ruedas.

El conocimiento de las tecnologías de apoyo por parte de los profesionales y de los propios usuarios es fundamental para que su aplicación sea precisa y oportuna. Teniendo en cuenta la gran variedad

de productos y el desarrollo de la investigación e innovación en este campo, es importante conocerlos y actualizarse. En este sentido cabe mencionar al CIAPAT (Centro Iberoamericano de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas).

Para facilitar el conocimiento y difusión de los productos de apoyo se creó el Centro de Referencia. El mismo se enmarca en un proyecto para América Latina que gestiona la OISS (Organización Iberoamericana de Seguridad Social), que pretende desarrollar una Red de Integración Iberoamericana en lo que respecta a la Autonomía Personal y las Ayudas Técnicas.

Se encuentra ubicado en Buenos Aires, siendo gestionado por el Centro de Acción Regional de la OISS para el Cono Sur, con la colaboración técnica de las Instituciones de España y con Instituciones Argentinas que se han integrado al proyecto, bajo directrices de la Secretaría General de la OISS. Cuenta con el permanente apoyo y asesoramiento del IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales) por medio del CEAPAT (Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas). Fue creado para contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas en situación de dependencia (personas mayores, personas con discapacidad, etc.) a través de la accesibilidad universal, los productos y tecnologías de apoyo y el diseño pensado para todos.

El Centro Iberoamericano de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas de Buenos Aires trabaja para conseguir los siguientes objetivos a nivel de los países de América Latina:

- Facilitar el conocimiento y la utilización provechosa de Ayudas Técnicas y Tecnologías de Apoyo.
- Fortalecer el mercado de Ayudas Técnicas.
- Favorecer la innovación en diseños pensados para todos.
- Servir de apoyo y referencia en Accesibilidad, Tecnologías de Apoyo y Diseño para Todos a nivel de Iberoamérica.
- Favorecer la participación activa de todos los usuarios.
- Ofrecer formación, información y asesoramiento.

Cuenta con los siguientes servicios:

El catálogo de productos de apoyo recopila información on-line sobre los productos de apoyo (o ayudas técnicas) que se fabrican o distribuyen en Iberoamérica, así como los datos de contactos de las empresas, emprendedores, cooperativas y profesionales que los fabrican y/o comercializan a fin de facilitar la búsqueda a los usuarios e interesados.

El catálogo cuenta con productos clasificados en categorías según la Norma UNE, EN, ISO 9999 sobre clasificación y terminología de Productos de Apoyo para personas con discapacidad.

Cuenta con un Centro de Documentación que tiene como misión fundamental la de brindar orientación e información especializada en su temática de interés a investigadores, instituciones, otros cen-

tros de documentación y bibliotecas, como así también de usuarios que así lo requieran. Cabe aclarar que la misma ha sido definida como un servicio en dos niveles: presencial y virtual, siendo éste último de libre acceso a través del sitio Web del CIAPAT.

El área de capacitación tiene como finalidad brindar cursos, talleres y seminarios con el objetivo de actualizar y formar a los recursos humanos de instituciones del sector público y/o privado, organismos no gubernamentales y también otras personas interesadas que así lo requieran.

La Agenda de eventos cuenta con la recopilación de todas las actividades que se realizan a nivel Internacional, regional y local en las modalidades de congresos, cursos, jornadas, seminarios, encuentros, etc. que guardan relación con el tema objeto de actuación del Centro.

VII. 8. Aportes para una vida independiente. Accesibilidad

En un mundo cada vez más urbano y más envejecido se requiere que las ciudades y sus edificios sean espacios que faciliten la permanencia de los mayores en sus hogares, como así también su integración y participación en la comunidad.

Un diseño adecuado, una correcta adaptación de la edificación, un buen uso de los materiales y una actitud amigable y segura, propondrán una buena interacción de los mayores con su entorno.

Las personas mayores pueden estar expuestas a riesgos existentes en los espacios en los que desarrollan su vida cotidianamente, tanto en sus viviendas como en espacios y edificios públicos y, también, en los medios de transporte.

En especial los mayores son vulnerables en los casos de catástrofes, emergencias y evacuaciones si no se tienen en cuenta algunas particularidades para poder asistir a todas las personas por igual ante estas situaciones.

En realidad estos riesgos del entorno surgen por no diseñar los espacios, los servicios y los productos para todas las personas y todas las edades. El estado de las veredas o la ausencia de ellas, el tránsito, el tiempo de duración de las luces en los cruces de calles con semáforos y la iluminación inadecuada pueden desalentar a que las personas mayores salgan de sus viviendas.

La Organización Mundial de la Salud, en su guía ciudades globales amigables con los mayores 2007, describe que una ciudad amigable con los mayores alienta el envejecimiento activo mediante la optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. En términos prácticos, una ciudad amigable con la edad adapta sus estructuras y servicios para que sean accesibles e incluyan a las personas mayores con diversas necesidades y capacidades.

La accesibilidad es el conjunto de características de que debe disponer un entorno, producto o servicio para ser utilizable en condiciones de confort, seguridad e igualdad por todas las personas y, en particular, por aquellas que tienen alguna discapacidad .

Según Silvia Coriat (2002, p.245)

La accesibilidad es la posibilidad de que las personas con discapacidad permanente o con circunstancias discapacitantes cuenten con las adecuadas condiciones de seguridad y autonomía para el desarrollo de sus actividades en edificios y en ámbitos urbanos, y utilizar los medios de transporte y sistemas de comunicación.

Al diseñar, proyectar y construir un espacio o servicio, éste debe acomodarse a las diferentes necesidades de las personas para que puedan hacer uso de él. Sin embargo, aún persiste la idea de que las personas deben adaptarse al medio, sin cuestionar los impedimentos que condicionan este vínculo generando discapacidades y situaciones de dependencia.

VII. 8. 1. Barreras y facilitadores

Las barreras del entorno son aquellos impedimentos u obstáculos físicos que limitan o impiden la libertad de movimientos y autonomía de las personas, que pueden clasificarse en:

- Barreras urbanísticas: aquellas que se encuentran en las vías y espacios de uso público.
- Barreras arquitectónicas: las que se encuentran en el acceso e interior de los edificios públicos o privados.
- Barreras en el transporte: aquellas que se encuentran en los medios de transporte terrestre, aéreo y marítimo.
- Barreras de comunicación: que incluye todo impedimento para la expresión y la recepción de mensajes a través de los medios de comunicación o en el uso de la tecnología para la comunicación.

Algunos ejemplos de barreras urbanísticas nos pueden acercar a la dimensión de las dificultades, que éstas generan, como la inadecuada disposición del mobiliario urbanístico y otros elementos. Un cesto para los residuos o las sillas en las veredas que obstaculizan el itinerario peatonal y comprometen el ancho libre de paso. El pavimento o veredas muy deteriorados pueden provocar tropiezos y caídas, cordones de las veredas sin rampas o vados. Elementos del mobiliario que no se encuentran prolongados hasta el suelo, de forma que no puede ser detectada por el bastón de una persona con discapacidad visual.

En relación al transporte podemos mencionar la ausencia de estacionamientos adecuados, los transportes colectivos o buses sin pisos bajos, transporte subterráneo sin ascensor, inadecuada señalización.

Barreras en la comunicación son los obstáculos que impiden la comunicación en personas con déficit visual, auditivo o de comprensión. La falta de señalética con tipografía o pictogramas adecuados, ausencia de audio descripción, subtítulo o lengua de señas en los medios de comunicación audiovisual.

Internet sin normas de accesibilidad web. Falta de avisos audibles o visibles en las oficinas de atención al público o en el transporte.

Las barreras arquitectónicas en las viviendas de las personas mayores pueden dificultar la permanencia y el envejecimiento en sus hogares. Para promover la autonomía e independencia de las mismas, es importante que cuenten con determinados facilitadores, por ejemplo:

- Pisos antideslizantes, sin desniveles, ascensores o montacargas para facilitar la circulación vertical.
- Pasamanos de ambos lados en las escaleras, pasillos iluminados y libres de obstáculos.
- Baño equipado con sanitarios de altura adecuada, evitando las bañeras, con barras de sujeción, banco de ducha y grifería fácil de accionar.

Las situaciones puntuales de las barreras y algunos facilitadores son fundamentales para pensar en la accesibilidad pero, ésta, no se completa sin tener en cuenta el concepto de la cadena de accesibilidad.

La cadena de accesibilidad se refiere a la posibilidad de aproximarse, acceder, usar y salir de todo espacio o recinto con independencia, facilidad y sin interrupciones. Si se corta esta cadena, estas acciones no se pueden realizar, tornando al espacio o situación inaccesibles.

Una persona debe poder contar con un transporte adecuado, poder recibir la información necesaria para llegar a un sitio, ingresar a un edificio o vivienda, circular, permanecer e ir a un sanitario si lo requiere en forma segura y autónoma.

La incorporación de los criterios de accesibilidad es una labor que concierne a todos: arquitectos, ingenieros, diseñadores, constructores, trabajadores, profesionales de la salud, de la rehabilitación, del derecho, de la psicología ambiental, de la terapia ocupacional, de los medios de comunicación y de las ciencias sociales. *“La existencia de la Accesibilidad constituye un derecho humano y social más, que afirma la inclusión de los Adultos Mayores al facilitarles la vida en sus viviendas, transitar y utilizar todos los espacios y los servicios de las ciudades, sin peligros.”* (Terzaghi, Rodriguez y Schmunis, 2012, p.67).

Existen normativas a nivel internacional y en los países de la región, incluso un importante desarrollo en el tema de la accesibilidad en la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad.

VII. 9. Consideraciones finales

Si bien la familia, el Estado y el mercado se presentan como las tres fuentes de cuidado en la vejez, ninguna de estas instituciones tiene competencia exclusiva en la provisión del mismo y, como consecuencia de ello, no siempre existe una clara división entre cuáles son los derechos y deberes que tiene cada uno.

Frente a la necesidad y demanda de cuidados, que crece con el paulatino envejecimiento, es obligación de los Estados garantizar el acceso a los servicios sociales a todas aquellas personas mayores que se encuentran en situación de dependencia.

Teniendo en cuenta el rol de los cuidados domiciliarios en el marco de los cuidados progresivos, es fundamental que los países de la región lleguen a acuerdos sobre la cobertura de cuidados en la seguridad social. Asimismo, se hace necesario definir conjuntamente el perfil, rol y funciones del cuidador, considerando las particularidades locales.

Es de vital importancia promover la inclusión de las nuevas tecnologías y productos de apoyo como facilitadores de los cuidados y prevención de la dependencia de las personas mayores, fomentar la distribución equitativa en la tarea de los cuidados en domicilio entre hombres y mujeres y romper los estereotipos asignados históricamente al rol de la mujer.

La articulación entre las instituciones y diferentes actores sociales comprometidos con las personas mayores requiere de un trabajo minucioso de sensibilización y responsabilidad, para visualizar entre todos los recursos existentes y construir nuevas redes y estrategias de intervención.

La naturaleza cambiante de la sociedad en su conjunto, así como las necesidades y fortalezas de las personas mayores, implica que no haya una conclusión cerrada, sino más bien preguntas abiertas para poder seguir pensando y repensando y para construir, entre todos, una sociedad realmente más justa y equitativa para todas las edades.

Capítulo VIII.

Comunicación y vejez desde una perspectiva de derechos

LA AUTORA Y LOS AUTORES:

Mariana Rodríguez, Licenciada en Ciencias de la Comunicación, egresada de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina; docente de la materia “Comunicación: entre lo social y lo tecnológico” en la Escuela Superior de Comercio Carlos Pellegrini, Universidad de Buenos Aires. Desde 2012 brinda capacitaciones y talleres de “Comunicación con Enfoque de Derechos”; trabaja en temas vinculados al “Envejecimiento, Vejez y Personas Mayores” y realiza consultorías técnicas de comunicación en relación a estas temáticas.

Esteban Franchello, Licenciado en Comunicación Social de la Universidad Nacional de Córdoba, Especialista en Gerontología Comunitaria e Institucional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Desde 2012 se desempeña en el equipo técnico del Área de Educación, Cultura y Comunicación Comunitarias de Personas Mayores en la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM), dependiente de la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Además, es asesor de contenidos en ciclos de la señal ACUA MAYOR en la Televisión Digital Abierta Argentina (TDA). Anteriormente se desempeñó en experiencias de Educación Popular en el ámbito público y de organizaciones de la sociedad civil que trabajan con las personas mayores, vinculadas a la animación sociocultural y la alfabetización digital.

Leandro Laurino, Licenciado en Ciencias de la Comunicación, egresado de la Facultad de Comunicación y Diseño, Universidad Argentina de la Empresa (UADE), Buenos Aires, Argentina; especializando del Posgrado en Gerontología Comunitaria e Institucional de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata. Desde el año 2011 se desempeña como técnico en el Área de Educación, Cultura y Comunicación Comunitarias de Personas Mayores en la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, dependiente de la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Se desempeñó como asesor de contenidos gerontológicos del programa “Guía por un día”, de la señal ACUA MAYOR de la Televisión Digital Abierta (TDA). Asimismo, participa en la producción e implementación de talleres sobre *Medios Comunitarios y Vejez*, destinados a personas mayores de todo el territorio argentino.

VIII. 1. Ideas principales

Considerando la relación que existe entre la comunicación y la gerontología, el presente capítulo se propone un recorrido por las principales concepciones aportadas desde las ciencias de la comunicación para analizar los vínculos con la vejez, el envejecimiento y las personas mayores desde una perspectiva de derechos.

Para ello, el módulo se organizará en cuatro puntos que guiarán su desarrollo:

- **Concepciones de comunicación.** Los aportes de las Escuelas de Comunicación más importantes: *Mass Communication Research*, Escuela de Frankfurt y Estudios Culturales.
- **El vínculo entre comunicación y vejez.** ¿Cómo construyen la vejez los medios? ¿Cómo se representa a las personas mayores en las noticias? ¿Cuáles son las temáticas más abordadas? ¿Qué términos e imágenes son utilizados para construir la vejez?
- **Medios comunitarios, medios para la participación de las personas mayores:** un espacio para disputar el “sentido común”.
- **Herramientas para una comunicación respetuosa e inclusiva de los derechos de las personas mayores.** ¿Qué implica la perspectiva de derechos en la comunicación? Cómo comunicar con responsabilidad sobre las personas mayores: diez recomendaciones.

Se comenzará por el análisis de dos concepciones de la comunicación que dan cuenta de dos formas de entender los procesos comunicativos: a) como proceso lineal de transmisión de información y b) como construcción/producción de significaciones o sentidos sociales.

Luego, se trabajará los aportes de las tres Escuelas más significativas del campo de las ciencias de la comunicación: la *Mass Communication Research*, surgida en los Estados Unidos; la Escuela de Frankfurt, de Alemania, y los Estudios Culturales, cuyo origen se sitúa en Birmingham, Inglaterra.

A partir de dichos aportes se abordará el tema que nos convoca: **el vínculo entre comunicación y vejez**. Para ello se dará cuenta de cómo, en las sociedades actuales, los medios de comunicación masiva presentan y construyen a la vejez y el envejecimiento; cómo transmiten, producen y reproducen –por acción u omisión– imágenes, ideas, conceptos, valores y creencias hegemónicas sobre esta etapa de la vida y cómo influyen –en mayor o menor medida– en la construcción de mitos, prejuicios y estereotipos que suelen (re)construirse en las acciones cotidianas.

Seguidamente, se analizará –por un lado– el concepto de comunicación comunitaria, sus raíces y objetivos y –por el otro– a los medios comunitarios como:

- Espacios de expresión de las personas mayores y sus organizaciones.
- Espacios de difusión de una vejez activa que contribuyen a la desmitificación de prejuicios y “falsas creencias” instaladas en el imaginario social.
- Espacio en la disputa del “sentido común”.

Finalmente, se presentarán las herramientas para una comunicación respetuosa e inclusiva desde una perspectiva de derechos en la comunicación y se verán en detalle las diez recomendaciones que plantea la “Guía de Recomendaciones para Comunicar con Responsabilidad sobre las Personas Mayores”¹.

Objetivos del capítulo

Particularmente en este capítulo, los objetivos propuestos son: 1) recorrer las concepciones y Escuelas de Comunicación; 2) analizar el vínculo entre comunicación y vejez; 3) abordar los medios comunitarios en tanto espacios de disputa de sentido y participación social de las personas mayores; y 4) profundizar qué implica la comunicación desde una perspectiva de derechos y cómo comunicar con responsabilidad sobre las personas mayores.

VIII. 2. Concepciones de Comunicación

VIII. 2. 1. Introducción

En las sociedades contemporáneas no se puede minimizar el rol de la comunicación –en general– y de los medios –en particular– a la hora de informar, sensibilizar, formar opinión, construir estereotipos y consolidar imaginarios.

Sin duda, la comunicación ocupa un lugar sumamente importante en la vida cotidiana. Entendida comúnmente como el medio para interactuar, intercambiar y dialogar, la comunicación se presenta también como construcción de sentidos sociales en todos y cada uno de nuestros actos: escribir un mail, asistir a una clase, ir a la cancha o a bailar, escuchar música, militar en una organización, entre tantísimas otras acciones.

Asimismo, y desde este presente contextual, no es posible negar la enorme importancia que reviste la comunicación en el diseño, la gestión y la implementación de políticas públicas.

Es así que resulta fundamental analizar la manera en que los medios y las personas construyen en la vida cotidiana a las personas mayores, justamente para cuestionar ese “sentido común” instalado socialmente que asocia la vejez con la enfermedad, la fragilidad, la pasividad y la inacción.

Comunicar la vejez desde una Perspectiva de Derechos convoca a construir una comunicación responsable, inclusiva y democrática, que promueva el diálogo y consolide los derechos de las personas mayores.

1 Realizada por el Equipo Técnico-Profesional del Área de Educación, Cultura y Comunicación Comunitarias de Personas Mayores de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (Argentina).

VIII. 2. 2. Concepciones de comunicación: *Mass Communication Research*, Escuela de Frankfurt y Estudios Culturales

El campo de las ciencias de la comunicación, como ocurre también en el campo de la gerontología, se nutre de distintas disciplinas a la hora de producir y analizar conceptos. El presente capítulo no se detendrá en un desarrollo minucioso de los estudiosos de la comunicación pero es importante destacar que lingüistas, semiólogos, antropólogos, sociólogos, psicólogos y tantos otros profesionales brindaron y continúan ofreciendo numerosos aportes.

Ahora bien, es posible señalar dos concepciones de la comunicación:

- 1- Como transmisión lineal de información.
- 2- Como producción/construcción de significación, de sentidos.

La primera equivale a creer que la comunicación se produce de la siguiente forma: un emisor codifica su mensaje, es decir, pone sus ideas en un código y otro, el receptor, lo decodifica. En esta concepción el éxito de la comunicación depende de que el código sea claro, preciso, estable y, fundamentalmente, compartido. Esta forma de concebir la comunicación puede ser útil para comprender sólo algunos mensajes, por ejemplo: el significado de las luces del semáforo, señales de tránsito, entre otros.

Sin embargo, los fenómenos de comunicación presentes en la vida social no siempre responden a un proceso tan lineal. Esto es así porque en la comunicación humana se pone en juego un código muy complejo, que es el lenguaje verbal, en el que además intervienen otros códigos a la vez. En una conversación, por ejemplo, además del lenguaje verbal, inciden en el acto comunicativo, las miradas, los gestos y los tonos de voz utilizados.

En tanto, otros pensadores de la comunicación entienden que comunicar implica construir sentidos. Es decir, cuando se produce la comunicación se le da determinadas significaciones – construidas socialmente– a las palabras, las imágenes, las costumbres o hábitos. Desde esta concepción todos **comunicamos y construimos sentidos inevitable y permanentemente**. No podemos decidir “dejar de comunicar”² y, por ende, aunque nos lo propongamos tampoco podemos “dejar de significar”.

La comunicación y los medios masivos

Un simple repaso a las actividades cotidianas demuestra que son incontables las situaciones que nos enfrentan con mensajes mediáticos: desde la lectura del diario por la mañana, la escucha circunstancial de la radio al viajar en colectivo y el afiche de propaganda en la vía pública, hasta la visión de un programa de televisión nocturno.

2 Aunque no hablemos, comunicamos a través de nuestros gestos, miradas, formas de vestirnos o peinarnos.

Si se analiza la historia, se observa que el campo de estudio de la comunicación masiva³ se asomó en el horizonte a partir de la segunda década del siglo XX. Los enfoques teóricos iniciales surgieron simultáneamente en los años '30 en Estados Unidos y en Alemania y en la década del '50 en Inglaterra.

Las primeras Escuelas que se dedicaron al análisis de los mensajes producidos por los medios masivos tendieron a dedicar mayor interés al polo emisor que al receptor, entre ellas, la **Mass Communication Research** y la **Escuela de Frankfurt**.

Sin embargo, tras el aumento de la presencia de los medios en las sociedades, las preferencias de los investigadores se fueron volcando hacia la recepción de los mensajes: **Estudios Culturales**.

A continuación se presentará el desarrollo teórico de las Escuelas de Comunicación:

Mass Communication Research (MCR)

En los Estados Unidos, la investigación sobre los medios de comunicación fue impulsada por las universidades, pero también a pedido de distintas instituciones públicas y privadas. Por ejemplo, empresarios de medios interesados en conocer la audiencia, partidos políticos que estudiaban los efectos de la propaganda sobre la opinión pública, organismos militares y de defensa deseosos de obtener consenso, etc. Estos estudios pretendían explicar los procesos comunicacionales para poder generar determinadas actitudes en los individuos. Se centraban en los efectos que la comunicación mediática producía en las personas.

Esta escuela atravesó por tres etapas en las que primaron tres teorías.

a) Teoría de la “aguja hipodérmica”

La propaganda fue una de las “armas” más potentes durante la Primera Guerra Mundial (1914). Gran Bretaña, Francia, Alemania y también EE.UU. produjeron afiches, proclamas y panfletos con el objetivo de generar determinados comportamientos y pensamientos entre los ciudadanos y tropas de su país y sus enemigos.

Asimismo, la propaganda fue utilizada con frecuencia por los movimientos obreros de los países europeos y cumplió un rol significativo en el triunfo de la Revolución Rusa (1917), en la Guerra Civil Española (1936) y en las experiencias totalitarias como el nazismo y el fascismo.

En esta etapa, **los mensajes de los medios fueron concebidos como estímulos capaces de provocar respuestas en los individuos, como “inyecciones” ante las cuales el cuerpo reaccionaba de una determinada manera**. Es decir, pensaban que si una persona era alcanzada por una propaganda, podía ser manipulada e inducida a actuar según los intereses del emisor. **El mensaje era poseedor de un único significado o sentido**.

3 La comunicación masiva se refiere no solamente a la radio, TV y diarios, también está incluido el cine, la internet, los libros y revistas.

b) Teoría de la Persuasión

A partir de la década del '30 se fue desarrollando una concepción más compleja de las cosas. Ya que la teoría psicológica vigente en aquella época decía que un estímulo no se asocia mecánicamente con una respuesta, entonces **un mensaje mediático puede producir efectos diferentes según las características de las personas.**

Los psicólogos identificaron factores que los receptores ponen en juego en una comunicación: el interés, la exposición selectiva (la atención de los receptores se centra más sobre los mensajes más acordes con sus actitudes y valores), la percepción selectiva y la memoria selectiva.

Los estudiosos entendían que **la efectividad del mensaje dependía de tener en cuenta las características psicológicas del público.**

c) Teoría de los Efectos Limitados

Desde finales de los años '40 y también durante los '50 se desarrolló una nueva teoría dentro de la MCR. El sociólogo Paul Lazarsfeld enunció que, en realidad, **los efectos de los mensajes de los medios están condicionados también por el contexto social del individuo y, especialmente, por su grupo de pertenencia y los líderes de opinión que influyen en la forma que valora tales mensajes.**

Lazarsfeld arribó a estas conclusiones luego de realizar una investigación en 1940, en Ohio, durante la campaña electoral en la que resultó electo Franklin Roosevelt. Este sociólogo señaló que el voto de las personas se definía en virtud de su nivel socioeconómico, lugar de residencia, grupo religioso y de las opiniones de familiares y amigos bien considerados: los **líderes de opinión.**

De las tres etapas enunciadas, la Teoría de los Efectos Limitados es la única que considera que el proceso comunicacional está inscripto en una red de relaciones sociales. Su noción de sociedad se vincula a la concepción funcionalista que la interpreta como un gran organismo que funciona de manera "correcta" si sus partes conviven armónicamente.

La Escuela de Frankfurt

Tras la Segunda Guerra, los investigadores de la Escuela de Frankfurt o Teoría Crítica estaban preocupados por el estado de barbarie que primaba en la humanidad. Sus principales referentes, **Theodor Adorno** y **Max Horkheimer**, añoraban las ideas de la Ilustración que formulaba que el hombre, al aplicar la razón, eliminaría todos los miedos y permitiría un progreso constante (Adorno y Horkheimer, 1988).

Los pensadores alemanes señalaron que en la sociedad de masas la razón, el pensamiento científico y la tecnología habían cedido espacio a una **razón instrumental** que contribuía no al progreso y al bienestar sino a la manipulación de los individuos para volverlos funcionales al Capitalismo. Y, en ese camino, postulaban que los medios cumplían un rol fundamental.

Surge, entonces, el concepto de **industria cultural** que es el sistema de producción de bienes culturales puesto en marcha por los medios masivos, la producción en serie, el esquematismo, la degradación de la cultura en industria de la diversión, el arte en las reproducciones: películas, programas

de radio, diarios, música de moda, televisión, revistas, etc. Estos productos, al convertirse en mercancías, eran producidos en serie como los automóviles y los electrodomésticos.

Asimismo, los teóricos remarcan otra característica: el Capitalismo, al invadir el ocio, provoca que las personas hagan actividades programadas como lo hacen en la esfera laboral.

Desde una postura hipercrítica al Capitalismo, la Escuela de Frankfurt presenta un modelo de comunicación lineal en el que **los medios son poseedores de un poder omnipotente, el mensaje está provisto de un único sentido y los receptores son concebidos como sujetos pasivos y manipulables.**

Estudios Culturales Ingleses

Los Estudios Culturales surgieron en los años '50 y alrededor de 1964 se fundó la Escuela de Birmingham que reunió a Stuart Hall, Richard Hoggart y Raymond Williams.

Los referentes de esta Escuela consideran que los medios no tienen un poder absoluto de manipulación y cumplen un rol muy importante en la vida cotidiana, **que los mensajes no tienen un sentido único sino que son polisémicos⁴, que los receptores son activos y que la lectura depende de las características psicológicas de las personas pero también –y esto es un aporte– del lugar que ocupan en la sociedad, su clase social⁵.**

Hall realizó en 1973 un importante estudio sobre la comunicación, donde combinó los aportes de la semiótica con los de la teoría marxista. Allí diferencia la operación de emisión de la de recepción: las instancias de **codificación y decodificación** son asimétricas, son momentos diferenciados en un proceso complejo en el que, por supuesto, existe reciprocidad para que efectivamente se concrete la comunicación.

La asimetría se produce en función de los diferentes lugares sociales –de clase⁶– en los que cada uno de nosotros se ubica y por ello las personas les pueden otorgar significados diferentes a los mismos mensajes. En este sentido, el conflicto, más que una perturbación al funcionamiento “correcto” de la sociedad, es **la fuerza que motoriza su desarrollo.**

Stuart Hall (1972-1979) distingue tres tipos de lectura: **preferente, de negociación y de oposición.** Denomina *lectura preferente* cuando la decodificación se realiza desde los mismos supuestos que se actualizaron en la codificación del mensaje y, por lo tanto, se acepta la manera en que el mensaje presenta el orden social como algo natural. En la *lectura negociada* se acepta en términos generales la visión del mundo producida desde la codificación pero se modifican en algún sentido. Finalmente, la *lectura de oposición* es totalmente crítica de los valores que presenta el texto y no los considera válidos⁷.

4 La polisemia hace referencia a la multiplicidad de significados que tiene una imagen, palabra o expresión, independientemente de las particularidades de sus signos.

5 Los Estudios Culturales centraron sus estudios en el consumo de televisión de los sectores populares de Inglaterra.

6 Los Estudios Culturales fueron incorporando nuevas variables que intervienen en la construcción de sentido, como la distinción de género, etaria, religiosa, de raza, entre otras.

7 Por ejemplo: frente a una publicidad donde el “valor de la belleza” se asocia a la delgadez de una mujer.

Es decir, las condiciones de emisión de un mensaje nunca son las mismas que las de su recepción. Por lo tanto, **la comunicación no es nunca un proceso lineal de transmisión de información sino que supone la construcción de sentidos sociales que no son impuestos sino que son negociados mediante un proceso hegemónico.**

Para Hall, los medios de comunicación, y por supuesto los mensajes presentes en ellos, participan en la construcción de una **hegemonía**⁸, entendiendo a ésta como la capacidad que poseen ciertos grupos sociales de establecer los hábitos, valores y creencias que toda la comunidad asume como propios y básicos.

Como no todos los grupos sociales participan en forma igualitaria en el proceso mediante el cual una sociedad fija sus reglas, se dice que el o los grupos que dirigen este proceso de establecimiento de hábitos y valores ejercen la hegemonía, es decir, posicionan los sentidos como “únicos posibles”. Porque, si bien la hegemonía supone el consenso entre los integrantes de la sociedad, no debemos perder de vista que ciertos sectores sociales, los medios de comunicación entre ellos, tienen una mayor capacidad –material y simbólica– para establecer las reglas sociales (modelos de comportamiento, estereotipos, hábitos) que configuran el marco en el cual se desenvuelve la vida social, sus valores, costumbres, etc.

Es que estas reglas, basadas en valores y creencias compartidas, no son producto de una imposición sino que son el resultado de un acuerdo tácito de la propia comunidad. **Tal base común que la sociedad comparte pasa inadvertida porque está internalizada y se pone en práctica permanentemente. Pero también, postulan los culturalistas, ese orden hegemónico es inestable, se encuentra en permanente movimiento y nunca está asegurado del todo, es decir, los sentidos consensuados son dinámicos, históricos y ni verdaderos ni falsos.**

Hablar de *hegemonía cultural* (Gramsci, 1973), entonces, es hacer referencia a una forma de dominación sutil propia de la vida y el desarrollo de las sociedades democráticas.

En América Latina, los principales lineamientos de los Estudios Culturales también recalaron en un sector de pensadores e intelectuales académicos que no dejaron de analizar críticamente la relación de los medios con la sociedad y el papel que cada uno juega en la construcción de hegemonía, es decir, no dejaron de pensarlos fuera de una dimensión de poder: Paulo Freire, Aníbal Ford, Héctor Schmucler, Jorge Rivera, Luis Ramiro Beltrán, Eduardo Romano, Antonio Pasquali, Juan Díaz Bordenave, Oscar Landi, María Cristina Mata, Daniel Prieto Castillo, Jorge Huergo, Martín Becerra, Jesús Martín Barbero, Néstor García Canclini, Washington Uranga, Mario y Gabriel Kaplún, entre otras y otros.

VIII. 3. El vínculo entre comunicación y vejez

En este apartado se destaca la importancia del vínculo que existe entre comunicación y vejez a la hora de construir una nueva mirada más positiva de esta última, las personas mayores y el envejecimiento, asumiendo una concepción culturalista.

8 Los culturalistas se apoyan en el concepto gramsciano de hegemonía cultural para ampliar la mirada de la comunicación.

Como ya se mencionó, muchos profesionales aportaron investigaciones y conocimientos para avanzar sobre una concepción de comunicación lo más completa posible, si se tiene en cuenta la complejidad que reviste cualquier *hecho comunicativo* como *hecho social, cultural e histórico* que construye sentidos o significaciones todo el tiempo.

La vejez es entonces, además de una etapa más de la vida, una construcción social de sentido y la comunicación es pues el *espacio* por excelencia donde se realiza tal producción o construcción. En otras palabras, podría decirse que la vejez significa algunas cosas y no otras en determinadas comunidades, momentos históricos y grupos sociales.

En el sentido social-histórico, la vejez ha sido construida con múltiples significados que abonaron las relaciones y prácticas sociales. Estos sentidos construidos nos son trasvasados, tampoco se extinguen, sino que algunos son desplazados y otros son creaciones novedosas que se incorporan al universo de sentidos que constituyen esta etapa de la vida⁹. Aquí se retoma el concepto gramsciano, ya que hay grupos que dirigen este proceso de establecimiento ejerciendo la *hegemonía* y posicionando los sentidos que son los reproducidos o recreados en un momento determinado.

¿Qué es ser viejo? Significa “algo” en alguna parte del mundo y, seguramente, difiere en uno o varios aspectos en otros lugares, según su historia y cultura particular. Y esos sentidos o significaciones se comunican, se construyen y re-construyen todo el tiempo desde las acciones cotidianas, en el trabajo, en el hogar y también, claro, se comunican desde los medios de comunicación.

Entonces, ¿cómo es que interviene la comunicación en la creación de sentidos? ¿Es a través de los medios de comunicación? Estos últimos juegan un rol importante en la producción de sentido pero previo a estos actores centrales está la comunicación humana como dimensión inherente a esta condición. Como ya se ha señalado, “es imposible no comunicarse”. Así lo sostiene uno de los axiomas de la comunicación propuesto por uno de los referentes de la Escuela norteamericana de Palo Alto, Paul Watzlawick, que pone en evidencia lo constitutivo de la condición pero además la potencia de comunicarse: tanto lo lingüístico como lo paralingüístico (un gesto, un ademán, un movimiento) comunica.

Así, el diálogo es el primer *medio*, la condición de posibilidad, para producir sentidos socialmente contextualizados. Es mediante el cual se genera el intercambio entre las personas y los grupos por los que se crean y re-crean las significaciones.

Por otro lado, surge la importancia del contexto: no es algo exterior a nosotros. La tarea comunicacional implica, entonces, una ponderación contextual que va más allá de los mensajes y de su circulación. Es comprender a la comunicación como *encuentro* en la diversidad en tanto acciones y sentidos compartidos por un grupo o sector social. Así, la comunicación es ese espacio donde, a través de la historia y los actores sociales involucrados, se dota de diversos sentidos a la vejez (a la niñez, a la adolescencia o a la adultez) donde un momento representa una idea y, en otros, otra radicalmente diferente, a veces conviven y otras se desplazan.

9 Un sentido o significado es dinámico, modificable. Por ejemplo: el significado de “belleza” ha variado en la historia. En algún momento, las mujeres regordetas eran consideradas como símbolos de belleza. Contrariamente, en las sociedades contemporáneas la delgadez es asociado con “lo bello” como sentido hegemónico que prima.

En esta dinámica de creación aparecen los medios de comunicación masiva, y luego los comunitarios, que van a ser actores relevantes en la actual “Sociedad de la Información y del Conocimiento” (Castells, 2000; Covi Druetta, 2002; Mattelart, 2002), donde las tecnologías han modificado las formas de crear, distribuir y manipular la información y donde las mismas juegan un papel esencial en las actividades sociales, culturales y económicas de una comunidad.

De esta forma, los medios masivos de comunicación influyen en la manera de envejecer así como en la construcción que realiza cada sociedad de dicho proceso y de los significados de la vejez. Y si ésta es un constructo social, que tiene diversos sentidos en un momento histórico –desde el contexto argentino, chileno y uruguayo actual–, resulta indudable que los medios poseen una fuerte presencia y relevancia en la construcción de los sentidos hegemónicos, aquellos “incuestionables”, que se toman como “naturales” y “como únicos posibles”.

Por lo tanto, construir y difundir el envejecimiento y la vejez desde los diversos lenguajes que proponen los medios de comunicación es un desafío que toma centralidad en la actualidad a partir de una revolución demográfica mundial que es inédita en la historia de la humanidad¹⁰. Abordar y comunicar la vejez se vuelve imperioso no sólo porque los miembros de la sociedad serán cada vez más viejos sino porque el esquema de representaciones sociales sobre la vejez es alimentado, en gran medida, por un imaginario que tiene a la juventud (“bella”, “eterna”, “productiva” y “saludable”) como modelo estandarizado para transitar cualquier etapa vital con “éxito”.

La vejez implica pérdidas pero también ganancias como toda etapa vital, la búsqueda del equilibrio es una dinámica permanente en cualquier persona. Sin embargo, como se dijo, los prejuicios negativos arraigados al envejecimiento y a la vejez son parte del entramado de sentidos al que también los medios de comunicación aportan y está aquí su rol fundamental para revertir esta imagen peyorativa por una más positiva y también, por qué no, más real y representativa.

En este sentido, se podría preguntar: ¿Qué características tiene la vejez para la sociedad argentina, la chilena o la uruguaya? ¿Es pasiva, trae consigo enfermedades y dolores? ¿Se manifiesta a través de las arrugas, las canas y las imposibilidades de seguir realizando algunas actividades, o todo lo contrario? ¿Cómo se representa fotográficamente a los mayores? ¿Priman las imágenes de mayores con bastones, lentes, ayudas técnicas? ¿Cómo se los construye en las ficciones? ¿Cómo “abuelitos buenos y sin malas intenciones”, “como el adinerado sin escrúpulos”? En definitiva, ¿cuáles son algunos de los principales mitos y prejuicios que circulan en estos países del Cono Sur respecto a la vejez?

No existen aún investigaciones o análisis de contenido de la región que den cuenta comparativamente de indicadores sobre los mitos y prejuicios más comunes reproducidos en los medios de comunicación de estos países, pero podríamos arriesgar que en muchos de ellos circulan aquéllos que tienen que ver con que las personas mayores no disfrutaran su sexualidad; otros que desestiman la posibilidad de enamorarse o seguir educándose; la asociación de la vejez con la pérdida de la memoria, los problemas de salud o la inactividad, entre tantos otros. Estas significaciones son, pues, construidas hegemónicamente donde todos y todas participamos en esa construcción –con más o menos poder– y luego son circuladas y reproducidas por los medios de comunicación.

10 Según el Fondo de Población de Naciones Unidas para 2050 habrá 2.400 millones de adultos mayores, esto representa casi el 22% de la población mundial.

Así, pareciera ser que:

(...) los viejos ocupan el escenario de los medios cuando son problemas o dejan de serlo: cuando los científicos anuncian una solución para los problemas de osteoporosis, para el mal de Alzheimer; cuando la industria encuentra una respuesta práctica para su incontinencia urinaria o cuando el rayo láser hace menos gravosa una operación de la próstata. También pasan al frente los viejos cuando la sociedad siente el peso de sus pensiones o cuando hay que resolverles las angustias de su soledad, de sus ocios interminables, o de su abandono. De creerles a los medios, los viejos entran y salen de la agenda noticiosa como problemas apenas resueltos a medias o sin solución a la vista (Restrepo, 2004, p. 43).

En consecuencia, el problema de fondo no es sólo si las personas mayores “figuran o son representadas” o no en los medios de comunicación, sino la imagen que de ellas se proyecta. La propuesta es salir de una visión “incompleta” que encierra a la sociedad en el marco limitado de los estereotipos y dentro de un reducido horizonte de presente, sin proyecciones hacia el futuro. Por esta razón, es necesario comunicar y darle visibilidad a nuevos escenarios del envejecimiento y la vejez desde los medios: tratar nuevas temáticas que establezcan agendas mediáticas que hagan hincapié en las personas mayores como sujetos de derecho, activos y protagonistas de su entorno sociocultural: diversidad sexual, participación, vínculo con las nuevas tecnologías, etc.¹¹.

“¿Qué tal presentar a los viejos como solución?”¹²

“A los viejos los iluminan sólo a medias los medios de comunicación. Sus realidades, su potencial, sus proyecciones se mantienen en penumbra y como un dato desconocido, cuando en los medios nos habíamos creado y creído la ilusión de que todo estaba a nuestro alcance. Ese es el verdadero agujero negro de la vida, el cual podría rescatarse e iluminarse con un *periodismo para todas las edades*. Quizás sería el paso de avanzada hacia una sociedad que también sea para todas las edades. (...) No sería sólo el descubrimiento de esa otra mitad de la luna, tercamente invisibilizada por los medios; ocurriría, además, una transformación de la sociedad por la entrada en circulación de unos nuevos valores” (Restrepo, 2004 p. 44-45).

Junto a este periodista colombiano nos preguntamos: ¿qué sucedería si los medios descubrieran a las personas mayores como solución? Como respuesta encontramos que el **Periodismo para todas las edades** es parte de una propuesta no sólo para re-construir y re-significar social y culturalmente la vejez sino también para abordarla en los medios de comunicación.

11 La “Guía de Recomendaciones para Comunicar con Responsabilidad sobre las Personas Mayores”, se proponen algunas de las “nuevas temáticas” para aportar hacia “Una Nueva Agenda Comunicacional sobre la Vejez”.

12 Tomado del texto “Los viejos en los medios” de Javier Darío Restrepo, en *Periodismo y Comunicación para todas las edades*.

A la propuesta ensayada por Restrepo, decidimos agregarle las palabras “DE” y “COMUNICACIÓN”: **Periodismo Y Comunicación De Y Para Todas Las Edades**, ya que ambas representan la impronta de *lo comunitario* en tanto *escenario* propicio para hacer periodismo, donde crear y poner en disputa sentidos; un lugar donde todos somos protagonistas y capaces de ejercer “la voz propia” en un diálogo constante y participativo; un *espacio* para determinar agendas específicas, problematizar cuestiones sociales y transformarlas. Y, por otra parte, para desnaturalizar la idea de que sólo los periodistas “hacen” la comunicación y producen medios. En este sentido, las personas que participan activamente en sus comunidades re-construyen sentidos cotidianamente sobre los temas que los preocupan o demandan (tema que desarrollaremos más adelante cuando nos refiramos a los medios comunitarios como estrategias de participación de las personas mayores).

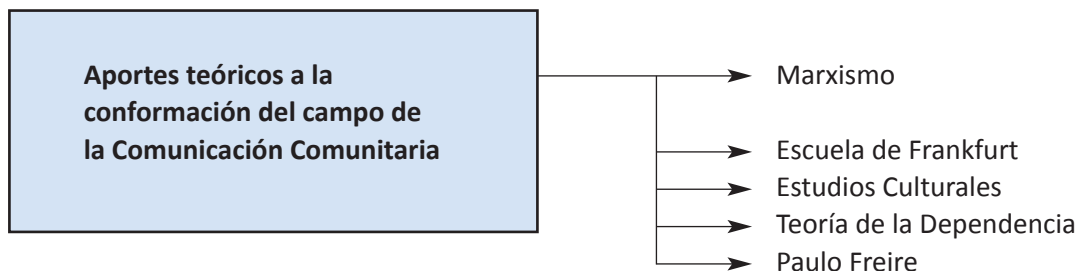
De esta manera y sintetizando, la comunicación, además de un *derecho*, es una dimensión humana y de los hechos sociales y culturales que impactan en las concepciones de lo que pensamos y, en definitiva, en nuestro accionar.

VIII. 4. Medios comunitarios, medios para la participación de las personas mayores

En este apartado se desarrollará brevemente el concepto de comunicación comunitaria, sus orígenes y aportes, para luego presentar a los medios comunitarios como espacios desde donde disputar el “sentido común” construido hegemónicamente, en tanto generadores y productores de estrategias y acciones para la participación de las personas mayores en su comunidad.

¿Qué entendemos por comunicación comunitaria?

La comunicación comunitaria es el resultado de cruces teóricos con prácticas y experiencias territoriales, mayoritariamente latinoamericanas, motivo por el cual no existe una definición única.



La comunicación comunitaria tiene sus raíces en las radios educativas, católicas y mineras de América Latina, en la Educación Popular y en la Teología de la Liberación; todas ellas iniciativas defensoras de los intereses de las clases trabajadoras y amplificadoras de sus voces.

Coherentemente con sus raíces, la comunicación comunitaria es producto de una verdadera praxis, de un largo proceso de síntesis social, cultural y político comunicacional, donde han confluído un conjunto significativo de aportes, perspectivas teóricas, experiencias y movimientos sociales en el contexto latinoamericano de los años '50, '60 y '70.

A fines de los años '60 y principios de los '70, los críticos a los modelos tradicionales planteaban una nueva manera de concebir a la comunicación. En América Latina Kaplún, Mattelart, Dorfman, Reyes, Mata y Pasqualli, entre otros y con diferentes matices, cuestionan el concepto tradicional de "comunicar", conocido como **modelo de trasmisión simple de información**.

La concepción comunicacional emisor/mensaje/receptor está tan incorporada a la sociedad, aparece como tan corriente y natural, que acaso, **sin que seamos conscientes de ello, sigue todavía influyendo con fuerza en nosotros** (Kaplún, 1998, p. 26).

Los críticos a los modelos tradicionales argumentaban que los medios no comunican sino que informan **porque la comunicación no es lineal sino más bien es un proceso "dialógico"** donde existe un elemento distintivo que es el "feedback", la respuesta o retroalimentación del destinatario en el proceso comunicativo.

Los medios de comunicación masiva, justamente, no tienen esa capacidad de respuesta o diálogo con los destinatarios. A esta postura se la identificó con el nombre de **Modelo Ideológico de las Investigaciones en Comunicación**.

Así, las discusiones relacionadas a este tema, se centraban en que la ideología de los medios de comunicación dependía de quiénes eran sus dueños, es decir, al servicio de quiénes estaban. Por lo tanto, los medios eran considerados **instrumentos de manipulación ideológica del Capitalismo**. Como vimos en el apartado anterior, la Teoría Crítica o Escuela de Frankfurt planteaba esta visión.

Según Kaplún, "el cambio fundamental aquí consiste en el paso de un hombre acrítico a un hombre crítico; en ese proceso de un hombre desde los condicionamientos que lo han hecho pasivo, conformista, fatalista, hasta la voluntad de asumir su destino humano; desde las tendencias individualistas y egoístas hasta la apertura a los valores solidarios y comunitarios" (Kaplún, 1998, p.500).

Los referentes de la Teoría Crítica consideraban que esta postura de los receptores no se daba espontáneamente, sino que respondía a una actividad que los mismos debían realizar para lograr "tomar distancia" de algunos mensajes y reflexionar acerca de ellos. Así, esta corriente se centró en **educar a los receptores en el análisis crítico de los mensajes mediáticos**.

En la comunicación comunitaria desde la concepción crítica confluyen dos componentes: **el educativo, que posibilita procesos de aprendizaje en las personas, y el político, que toma en cuenta su aspecto ideológico y su posibilidad transformadora**.

Al respecto, el pensamiento de Paulo Freire, quién cuestiona la educación bancaria (concebe a las personas como objetos donde se deben "**depositar**" ideas) y promueve prácticas de educación con eje

en la libertad, constituyó un aporte fundamental: sus ideas fueron tomadas y resignificadas por las teorías de la comunicación que critican la construcción de la comunicación de manera unidireccional.

La Educomunicación

Surge a mediados de la década de los años '70, basada en los principios de la pedagogía crítica de Paulo Freire, una nueva corriente que en Latinoamérica se conoció como la **Educación para la Comunicación o Educomunicación**. Sus objetivos se relacionaban básicamente con el desarrollo de las capacidades comunicacionales de las personas.

Jorge Huergo, referente del campo de la comunicación y destacado por sus aportes a la constitución del campo de la comunicación/educación, afirmaba que:

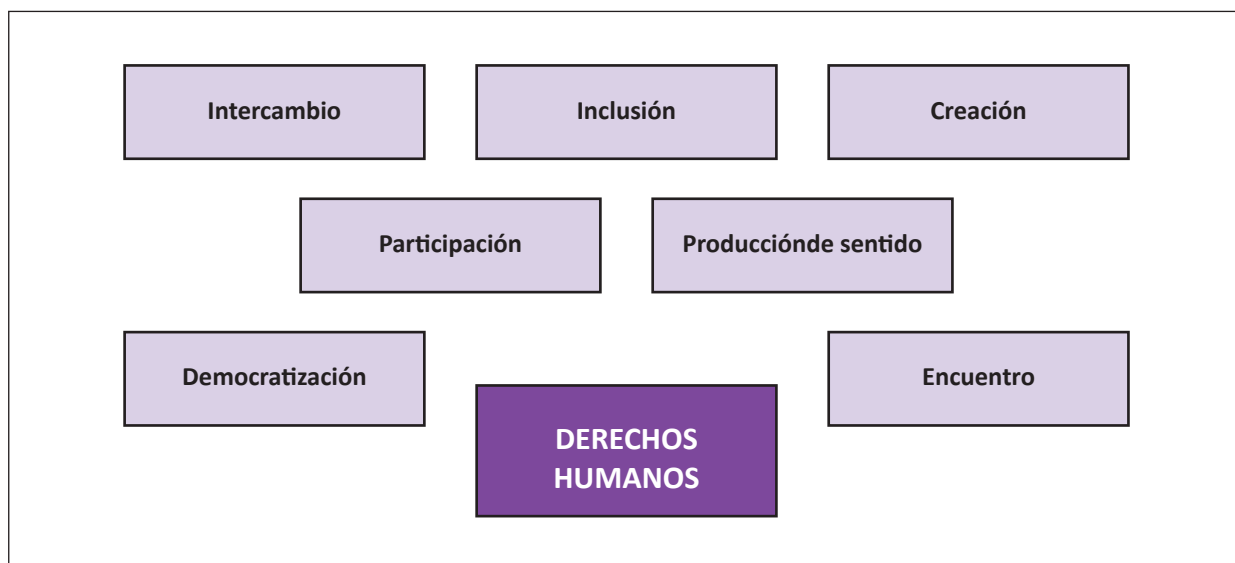
La formación ciudadana, en las narrativas críticas, adquiere mayor relevancia en la medida en que no hay una figura predefinida de ciudadano. El ciudadano, en todo caso, es el que se va constituyendo en procesos de formación. Es por esto que existe, en este proyecto político cultural, una estrecha relación entre comunicación popular y comunitaria, y educación. La articulación con lo educativo está determinada por la construcción (en nuestras prácticas y proyectos de comunicación comunitaria y popular) de espacios que posibiliten desandar las imágenes producidas por el discurso hegemónico, desandando también los anudamientos naturalizados entre significantes y significados, como los del tipo “pobres = vagos” o “jóvenes = peligrosos” o “ciudadanos = votantes”, etc. A la vez, la articulación con lo educativo alude a que nuestras prácticas y proyectos de comunicación popular y comunitaria no se agotan en los lenguajes que desarrollamos, en los modos de nombrar la experiencia y el mundo, y de leerlos, sino en el desarrollo de modos de “escribir la experiencia y el mundo”, es decir, de construir en las prácticas la transformación del orden hegemónico (Huergo, 2003, p.6).

Frente a esta mirada, la comunicación comunitaria buscó generar un diálogo en los medios de comunicación e ir contra la pasividad de las personas que escuchan la radio, o que leen el pequeño periódico, o cualquier otro medio. Es decir,

(...)se busca una comunicación dialogada donde no exista un monopolio de un emisor y donde los receptores tengan posibilidades de acceder a decir su propia palabra y a ejercer su derecho fundamental al lenguaje que está completamente negado por los grandes medios (Correa, 2000, p.72).

Así, la comunicación, pensada desde un enfoque comunitario, brinda el espacio para la difusión de lo propio, abre el camino a las identidades, cede la palabra para construir mejores comunidades, se torna en un espacio en el cual se construyen conversaciones, mensajes y contenidos que asumen problemáticas locales, estimulando la participación y organización de los diversos actores y construyendo redes sociales transformadoras **que cuestionan los “sentidos naturales”** constituidos hegemónicamente.

Desde esta perspectiva, la comunicación es sinónimo de **diálogo**. Un proceso dialógico que implica:



VIII. 4. 1. Los medios comunitarios como estrategia de participación de las personas mayores

La comunicación, desde un enfoque comunitario, es uno de los campos menos explorados para el trabajo con personas mayores. La creación de medios de expresión y difusión –boletines, folletos, periódicos, videos, páginas o portales web, espacios de radio, piezas audiovisuales, etc.–, además de ser una demanda actual de las organizaciones de personas mayores en el mundo, **es una posibilidad para hacer escuchar su voz, así como también de difundir el enfoque de la vejez activa posicionada desde una perspectiva de derechos, contribuyendo así a la desmitificación de prejuicios y “falsas creencias” instaladas en el imaginario social.**

Para Nelson Cardoso, los medios comunitarios recuperan en sus prácticas las raíces etimológicas de la palabra comunicación (*communis*): comunión, poner en común algo con otro u otros expresa algo que se comparte, que se tiene o se vive en común.

Según Olivera, “*el periodismo comunitario atiende a las demandas de la ciudadanía y sirve como instrumento de movilización social*” (Oliveira, 2006, p.196). Así, los ciudadanos juegan un papel activo en el proceso de recolectar, analizar, publicar y difundir información. De esta manera, dejan de lado su pasividad receptiva en tanto meros consumidores, para apropiarse de una herramienta que les permita comunicar su realidad.

En los medios de comunicación comunitarios participan los habitantes como planificadores, productores o intérpretes, por eso son esenciales para la construcción de una sociedad democrática.

Son el instrumento de expresión de la comunidad, más que para la comunidad. La comunicación comunitaria designa un intercambio de puntos de vista y de noticias, y no una transmisión de una fuente a otra (Berrigan, 1981, p.7-8).

¿Cómo se vinculan entonces las personas mayores y los medios de comunicación comunitaria?

Los medios comunitarios contribuyen a la construcción de un diálogo entre diversos actores sociales a través de la participación ciudadana y el pleno ejercicio del derecho a la libre expresión, favoreciendo el pensamiento crítico de sus destinatarios.

La participación de las personas mayores en los medios comunitarios es de suma importancia a la hora de instalar aquellas temáticas que suelen estar invisibilizadas en los medios masivos de comunicación y al momento de incorporar “nuevas voces” que hablen sobre sus propios valores, hábitos, tradiciones, experiencias, sentimientos, problemas o dificultades, deseos y saberes.

Es decir, la participación de las personas mayores en los medios comunitarios es de suma importancia a la hora de disputar el sentido de vejez instalado y trabajar para construir significados más positivos.

Las personas mayores son y deben ser interpeladas como sujetos de pleno derecho y no como objetos de cuidado. Esto implica reconocerlos como personas activas e íntegras y, a la vez, identificar a la vejez como un momento pleno de la vida que no se experimenta de una única manera, que difiere según el contexto donde se envejece y en virtud de las condiciones materiales y simbólicas con las que se cuenta.

De esta manera, **los medios de comunicación comunitaria tienen el propósito de facilitar herramientas para la producción y difusión de contenidos y contribuyen a:**

- Desarticular preconceptos prejuiciosos y peyorativos instalados en el imaginario social colectivo sobre el envejecimiento, la vejez y las personas mayores.
- Promover la participación, el protagonismo y el papel activo de las personas mayores en su comunidad.
- Informar acerca de las acciones que están llevando a cabo las distintas organizaciones de personas mayores.
- Motivar a los y las mayores a participar como sujetos activos en diferentes actividades sociales que les conciernen.
- Promover el intercambio de conocimiento entre personas de distintas generaciones.
- Favorecer la comprensión y solidaridad intergeneracional.

La participación de las personas mayores

En esta búsqueda de empoderar a las personas mayores y construir socialmente una imagen positiva de la vejez es fundamental la participación de los y las mayores en la tarea comunicativa y comunitaria.

Participar en un proyecto implica tener parte, tomar parte y ser parte, en forma consciente y concreta, de las acciones necesarias para producir los cambios sociales que favorezcan el desarrollo, el estado y la concepción de la vejez en la comunidad toda.

Los medios comunitarios deben garantizar la participación de las personas mayores a la hora de definir las temáticas a tratar, producir la información, seleccionar la forma en que se tratarán los temas y, principalmente, construir colectivamente una imagen positiva de los mayores, la vejez y el envejecimiento.

Entonces, retomamos en esta instancia nuestra propuesta:

Periodismo y Comunicación de y Para Todas las Edades

VIII. 5 .¿Qué implica la perspectiva de derechos en la comunicación?

VIII. 5. 1. ¿Cómo construir un nuevo sentido de la vejez?

Desde la concepción culturalista asumida en este capítulo, que señala que comunicar implica construir sentidos o significaciones sociales hegemónicamente, deviene el compromiso de estar atentos a la manera en que construimos comunicacionalmente la vejez, el envejecimiento y las personas mayores y al rol que juegan los medios en dicha construcción y/o consolidación de los sentidos instalados.

El camino hacia una comunicación respetuosa e inclusiva supone la incorporación de una perspectiva de derechos que asume la **responsabilidad de:**

- Construir e interpelar a la persona mayor como un *sujeto de derecho* y **no** como *objeto de cuidado o de intervención*. Esto implica reconocerlos como personas íntegras, con deseos y productoras.
- Observar y cuestionar explícitamente aquellos sentidos negativos sobre la vejez y las personas mayores instalados “naturalmente” en la sociedad y reproducidos por los medios de comunicación: *“las personas mayores son inactivas, enfermas, inútiles, vulnerables, aburridas, indefensas, seniles, deterioradas, débiles, que no tienen mucho para decir, incapaces de enamorarse, asexuados, entre otros”*.
- Construir el envejecimiento de manera positiva, re-significándolo como un proceso activo y productivo e identificando a la vejez como una etapa plena, digna y enriquecedora.
- Atender y evitar el uso de palabras, frases, dichos e imágenes (filmaciones, fotografías e ilustraciones) que vulneren los derechos de las personas mayores y consoliden esos sentidos negativos construidos: *“¿Qué aburrido, sos un viejo!”; “Los viejos son como los chicos, hay que cuidarlos mucho”; “Viste que a los viejos les cuesta mucho aprender cosas nuevas, son muy cerrados”; “Los viejos son el pasado, no van para adelante. Son muy conservadores”; “¿Qué te puede enseñar un viejo?”; “A los mayores no les interesa participar en cuestiones comunitarias, prefieren estar en sus casas”; “Qué triste es llegar a viejo”*.

- Identificar las leyes y acuerdos/tratados nacionales e internacionales que entiendan y protejan los derechos de las personas mayores; reconocer los actores implicados y los roles de cada uno para fortalecer los argumentos a favor de las personas mayores y saber a quiénes y dónde recurrir para garantizar tales derechos. El “Decálogo de los Derechos de la Ancianidad”, presentado por Argentina ante la ONU –en 1948– por Eva Perón e incluido en la Constitución Argentina del ‘49; el Protocolo de San Salvador (Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, San Salvador 1988); Primera Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento (Viena 1982); Principios en favor de los derechos de las personas de edad (Resolución 46 ONU de 1991); Segunda Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento (Madrid 2002: Declaración Política y el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento); Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (Chile 2003); Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe (Brasilia 2007: CEPAL y el Gobierno de Brasil, Declaración de Brasilia); Conferencia Intergubernamental de América Latina y el Caribe Madrid+10 y Reunión Regional de Sociedad Civil sobre Envejecimiento Madrid+10: “Del Plan a la Acción” (San José de Costa Rica 2012); Plan Nacional de las Personas Mayores 2012-2016 (Argentina); Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez 2013-2015 (Uruguay); y el Plan de implementación de Política Integral de Envejecimiento Positivo 2012-2025 (Chile).
- Orientar acciones que permitan detectar y denunciar derechos vulnerados y/o maltratos, reconociendo sus tipos y causas: psicológico, físico, sexual o económico; intencional, por desconocimiento, por negligencia u omisión. Frente a una situación de maltrato, es fundamental identificar los sujetos, grupos o instituciones responsables de brindar respuestas y alertar sobre esos maltratos o derechos vulnerados mediante la producción y/o difusión de información en acciones de capacitación o sensibilización.
- Advertir sobre situaciones que constituyen viejismo –discriminación basada en la edad– en las prácticas cotidianas. Este concepto, acuñado en Argentina por Leopoldo Salvarezza (2000), como una alteración en los sentimientos, creencias o comportamientos en respuesta a la edad cronológica percibida de un individuo o grupo– genera dos actitudes fundamentales: **dislocación social**, en tanto promueve pérdida o redefinición de roles sociales y **el uso de estereotipos**, es decir, de creencias –generalmente negativas– basadas en características excepcionales o inexistentes atribuidas de manera categórica a todos los miembros de un grupo en particular (McGowan, 1996). Es importante poder identificar, entonces, estos fenómenos para re-significar sentidos sociales naturalizados negativamente sobre la vejez, el envejecimiento y las personas mayores, que en esencia discriminan o vulneran derechos.
- Empoderar a las personas mayores para que puedan exigir y gozar de sus derechos. Una alternativa es identificar, claramente, los derechos de este grupo social y promoverlos a través de materiales de difusión en diversos lenguajes y soportes posibles: gacetillas, folletos, flyers, notas, etc. Las personas mayores tienen derecho a:
 - Aprender durante toda la vida.
 - Ser escuchados.
 - Elegir donde vivir.

- Decidir sobre su vida y manejar asuntos patrimoniales y financieros.
- Percibir jubilación y cobertura social.
- Recibir cuidados de ser necesario.
- Reclamar a las autoridades cuando alguno de estos derechos no se cumpla.
- Recibir buenos tratos.
- Pensar y generar estrategias de comunicación para contribuir a la difusión y al cumplimiento de los derechos de las personas mayores promoviendo la **“Cultura del Buentrato”**¹³, entendida como un conjunto de valores y acciones que, *puestos en práctica con los otros, generan un sentimiento de respeto y reconocimiento mutuo y favorecen el desarrollo personal y comunitario*¹⁴.

El **Buentrato** se promueve concibiendo a las personas mayores como adultos responsables y autónomos, protagonistas de las decisiones que les competen; transmitiendo respeto, consideración, reconocimiento e igualdad entre las personas de todas las edades; fomentando la participación de las personas mayores en todos los asuntos sociales; construyendo un entorno favorable y accesible; educando en la no violencia para crear una sociedad más solidaria, equitativa y feliz.

Las estrategias pueden llevarse a cabo dentro de la institución donde trabaja o mediante proyectos con organizaciones sociales o estatales: capacitaciones, abogacía en medios locales, seminarios, charlas, entre otras iniciativas.

De esta manera, las acciones comunicativas favorecerán el desarrollo de las capacidades materiales y simbólicas de las personas mayores para que conozcan sus derechos y puedan ejercerlos y defenderlos desde una participación activa en sus comunidades.

Desde ya, tales acciones favorecerán la generación de una construcción más positiva de la vejez y del envejecimiento que identifique a los mayores como sujetos de pleno derecho.

En definitiva, pensar, diseñar y generar acciones basadas en una perspectiva de derechos implica mirar críticamente la realidad social y promover su transformación. La “batalla simbólica” por la democratización de la comunicación necesita cuestionar las “verdades discursivas” naturalizadas. El objetivo final es consolidar los Derechos Humanos, en este caso, los derechos de las personas mayores.

13 Dada la importancia de las palabras en la construcción de la realidad, el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación Argentina promueve la inclusión de la palabra **“buentrato”** en el diccionario de la Real Academia Española.

14 En definitiva, pensar, diseñar y generar acciones basadas en una perspectiva de derechos implica mirar críticamente la realidad social y promover su transformación. La “batalla simbólica” por la democratización de la comunicación necesita cuestionar las “verdades discursivas” naturalizadas. El objetivo final es consolidar los Derechos Humanos, en este caso, los derechos de las personas mayores.

VIII. 5. 2. Cómo comunicar con responsabilidad sobre las personas mayores: diez recomendaciones¹⁵

A. SUJETOS DE DERECHO

Las personas mayores deben ser consideradas y construidas comunicacionalmente como sujetos de pleno derecho y no como objetos de cuidado o intervención. Esto implica reconocerlas como personas íntegras, productoras, activas, deseantes, con capacidades materiales y simbólicas, tal como sucede en todas las etapas de la vida.

Fortalecer la identidad individual y colectiva de las personas mayores implica construirlas e interpelarlas como ciudadanos con plenos derechos y obligaciones.

B. CONSTRUCCIÓN POSITIVA DE LA VEJEZ

Es fundamental construir la idea del envejecimiento de manera positiva, remarcándolo como un proceso con potencialidades, productivo, sostenible y saludable y también resignificar la vejez como un momento de la vida enriquecedor, activo, pleno y gratificante, con pérdidas y ganancias como en todas las etapas vitales.

C. LA VOZ DE LOS PROTAGONISTAS

Es importante incorporar en las producciones comunicacionales testimonios, valores, hábitos, experiencias, tradiciones, expresiones y creencias de las personas mayores, como así también promoverlas como productoras de información e interlocutores activos dentro de su comunidad.

Las personas mayores son protagonistas sociales y parte del desarrollo comunitario. Recuperar y valorar sus saberes y habilidades supone empoderarlas y enriquecer, al mismo tiempo, a su entorno.

D. NUEVOS TEMAS PARA ABORDAR

Las personas mayores suelen ser protagonistas de las noticias cuando son abandonados por las familias, son víctimas de robos o de accidentes en geriátricos, reclaman incrementos de haberes jubilatorios, por enfermedades, entre otros hechos.

Resulta necesario visibilizar acciones que contribuyan a erradicar prejuicios negativos y promocionar nuevas temáticas vinculadas a sexualidad, educación comunitaria, tecnología, vejez activa, diálogo intergeneracional, participación social y accesibilidad, entre otras.

E. EVITAR EL USO DE DETERMINADAS PALABRAS E IMÁGENES

La denominación de las personas que transitan la vejez es importante a la hora de construir subjetividades y representaciones sociales. Hay expresiones e imágenes que colaboran con la estigmatización de la vejez y las personas mayores y otras que contribuyen a modificarlas positivamente.

15 En base a lo propuesto por la “Guía de Recomendaciones para Comunicar con Responsabilidad sobre las Personas Mayores”.

Nombrar a todos los mayores como “abuelos” o “jubilados” es reducir su condición a un rol social. En todo caso, tales denominaciones deben estar contextualizadas: “La relación entre abuelos y nietos”; “Los abuelos se comunican con sus nietos a través de las redes sociales”; “Los jubilados recibirán sus aguinaldos a partir del 2 de diciembre”. Por lo tanto, debemos priorizar el uso de palabras que sean inclusivas.

En cuanto a las imágenes, es conveniente evitar el uso de aquellas que refuercen mitos y prejuicios negativos de los mayores y que los ridiculicen o vulneren sus derechos.

Evitemos:

- Abuelas/os (a menos que debamos mencionar este rol social o resaltar el vínculo).
- Jubiladas/os (a menos que debamos mencionar este rol social o resaltar el vínculo).
- Sexagenarias/os, octogenarias/os, etc. (a menos que debamos mencionar sólo parámetros cronológicos).

Digamos:

- Personas Mayores.
- Adultas y Adultos Mayores.

VIII. 6. Lenguaje inclusivo

Incorporar el enfoque de género y diversidad sexual en las comunicaciones vinculadas a las personas mayores. Para ello es importante dar lugar a nuevas preguntas, sumar fuentes e identificar diferencias y desigualdad de oportunidades en la construcción de roles sociales entre varones, mujeres, gays, lesbianas, transexuales, transgéneros, intersex y queers, a favor de una comunicación inclusiva.

El lenguaje escrito y visual, como sistema de valoración y construcción social del mundo, es de suma importancia a la hora de modificar imaginarios y significados.

VIII. 7. Contextualizar

A la hora de informar sobre la vejez, el envejecimiento y las personas mayores es importante facilitar claves de lectura e interpretación, incorporando elementos de contexto, datos y testimonios de los mayores y opiniones de referentes en la temática.

Contextualizar favorece la comprensión y el conocimiento de las cuestiones sociales que involucran a las personas mayores desde una visión amplia, sensible y respetuosa y, al mismo tiempo, evita simplificaciones que suelen fortalecer una representación negativa de la vejez.

VIII. 8. Promover el buentrato

Esta recomendación apunta a construir y promover en las comunicaciones una “Cultura del Buentrato”, entendida como el conjunto de valores y acciones que, puestos en práctica con los otros, generan un sentimiento de respeto y reconocimiento mutuo y favorecen el desarrollo personal y comunitario.

Al mismo tiempo, es importante visibilizar, repudiar y denunciar todos los tipos de abuso y maltrato hacia las personas mayores: físico, psicológico, los vinculados a la negligencia o al abandono y, fundamentalmente, el “viejismo” que es la discriminación (implícita o explícita) basada en la edad.

VIII. 9. Empoderar a las personas mayores

Implica visibilizar, difundir y promover sus derechos:

- Aprender durante toda la vida.
- Ser escuchados.
- No ser infantilizados.
- Elegir dónde vivir.
- Percibir jubilación y cobertura sociosanitaria.
- Recibir cuidados, de ser necesario.
- Decidir sobre su vida y manejar asuntos patrimoniales y financieros.
- Reclamar a las autoridades cuando alguno de estos derechos no se cumpla.
- Recibir buenos tratos.

Todas las acciones que generan empoderamiento en las personas mayores desarticulan y deconstruyen prejuicios.

VIII. 10. Accesibilidad para incluir

El incremento de la expectativa de vida, en algunas ocasiones, es acompañado por algunos declives psicofísicos. Contra el imaginario existente, vale destacar que no todos los mayores son personas con discapacidades.

El objetivo de incluir a todas las personas nos obliga a identificar aquellas barreras comunicacionales -físicas, sociales y culturales- que tienden a la exclusión.

Precisamente, la accesibilidad implica utilizar los recursos necesarios y pertinentes para incluir a todas las personas. Al respecto, la Ley de número 26.522 de Servicios de Comunicación Audiovisual, en su artículo 66¹⁴, explicita las condiciones que deben atender las producciones comunicacionales.

VIII. 11. A modo de cierre: recapitulamos

Indudablemente, en los últimos años el desarrollo de la gerontología y su vínculo con la comunicación permitió importantes avances respecto al reconocimiento de la percepción y la construcción social de la vejez.

Las políticas públicas gerontológicas impulsadas desde Argentina, Chile y Uruguay, con características particulares y basadas en un paradigma de derechos, permitieron una mayor visibilización de los temas vinculados a las personas mayores. En este contexto, resulta fundamental prestar especial atención a la manera en que comunicamos la vejez y al uso del lenguaje: las palabras y las imágenes que circulan en nuestra sociedad constituyen un instrumento esencial a la hora de provocar un cambio cultural a favor de los derechos de las personas mayores.

La vejez, además de una etapa más de la vida, es una construcción social que presenta determinados significados que no son establecidos de una vez y para siempre. Que el sentido construido hegemónicamente sea dinámico e histórico manifiesta que esos sentidos vigentes pueden ser modificados, reconstruidos. Esa es la buena noticia para quienes deseamos transformar positivamente el significado de vejez.

Claro que en este proceso de construcción de significaciones no es menor el rol que juegan los medios masivos de comunicación. En sociedades mediatizadas como las nuestras, las interacciones con los medios son una constante, las representaciones de la vejez que circulan por ellos tienen gran relevancia ya que transmiten, producen y reproducen –por acción u omisión– imágenes, ideas, conceptos, valores y creencias sobre esta etapa de la vida que median (en mayor o menor medida, subjetiva y objetivamente) en nuestra concepción de la vejez.

Si bien todos participamos en la construcción de sentidos hegemónicos, que son aquellos que no se cuestionan, que se toman como naturales y “como únicos posibles” en un momento histórico determinado, los medios poseen mayor grado de poder en dicho proceso en tanto espacios de producción/construcción y circulación de significados.

Es cierto que en comparación con épocas anteriores los medios de comunicación van construyendo miradas más positivas del envejecimiento y la vejez, sin embargo, es necesario que cuestionemos explícita y fervorosamente los espacios de representación para “quebrar” las barreras prejuiciosas del “sentido común” e interrogarnos con responsabilidad sobre la forma en que percibimos a los mayores.

16 Artículo 66: las emisiones de televisión abierta, la señal local de producción propia en los sistemas por suscripción y los programas informativos, educativos, culturales y de interés general de producción nacional, deben incorporar medios de comunicación visual adicional en los que se utilice subtítulo oculto (closed caption), lenguaje de señas y audio descripción, para la recepción por personas con discapacidades sensoriales, adultos mayores y otras personas que puedan tener dificultades para acceder a los contenidos. La reglamentación determinará las condiciones progresivas de su implementación.

Por lo tanto, construir y difundir el envejecimiento y la vejez desde los diversos lenguajes es un desafío que toma centralidad en la actualidad a partir de, entre otros aspectos, una revolución demográfica mundial que es inédita en la historia de la humanidad.

Abordar y comunicar la vejez se vuelve imperioso no sólo porque seremos cada vez más viejos sino porque el esquema de representaciones sociales sobre la vejez es alimentado, en gran medida, por un imaginario que tiene a la juventud (“bella”, “eterna”, “productiva” y “saludable”) como modelo estandarizado para transitar cualquier etapa vital con “éxito”.

Ahora bien, dentro de las diferentes acciones que contribuyen a desmitificar prejuicios sobre la vejez que circulan socialmente, podemos destacar el rol de los medios de comunicación comunitarios como estrategias de participación e inclusión de las personas mayores y como espacios de disputa del “sentido común”.

La creación de medios desde un enfoque comunitario, además de ser una demanda actual de las organizaciones de adultas y adultos mayores, es una posibilidad concreta para expresarse en “primera persona”, es decir, para ejercitar la “voz propia”.

En estos espacios, las personas mayores que participan pueden definir las temáticas a tratar, producir la información, seleccionar la forma en que se tratarán los temas y, principalmente, construir colectivamente una imagen positiva de los mayores y visibilizar aquellos sentidos de la vejez que no suelen ser representados o contruidos desde los medios masivos: por ejemplo, que los y las mayores son activos, se enamoran, participan en sus comunidades, continúan aprendiendo, entre otras múltiples actividades.

En definitiva, en este capítulo se intentó acercar los pensamientos teóricos de las ciencias de la comunicación para tomar los principales conceptos que permitan analizar las concepciones de la comunicación, las maneras de abordarlas y la vinculación con la vejez.

Además, a través de este recorrido, se pretendió generar conciencia de la importancia que revisten las acciones comunicativas en cada una de las instancias de la vida: en los hogares, en el trabajo, en la universidad, en la escuela u otro espacio donde se suele socializar. La manera que se comunica y, por ende, se significa a la vejez es de suma importancia para sentar las bases de un cambio cultural que conciba a los mayores como sujetos que disfrutan y tienen proyectos y deje de asociarlos “naturalmente” con la enfermedad, la pasividad y la inacción.

Entender a la comunicación como construcción social de sentido y encararla desde una perspectiva de derechos, nos responsabiliza como actores sociales y nos conduce a dar cuenta de aquellos cuestionamientos que debemos realizar para llevar a cabo una comunicación inclusiva y respetuosa que difunda, promueva y consolide los derechos de las personas mayores, que estimule su empoderamiento y participación y construya así, una imagen más positiva de la vejez y del envejecimiento.

Capítulo IX.

Inclusión social y participación en la vejez

LA AUTORA:

Adriana N. Fassio, Posdoctoranda Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires; Doctora en la Universidad de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras orientación Antropología Social; Master en Gerontología Social V Edición Iberoamericana, Universidad Autónoma de Madrid; Posgrado en Gerontología, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública, Universidad de Buenos Aires; Licenciada en Sociología, Profesora de Enseñanza Secundaria Normal y Especial en Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Profesora Titular regular de la Universidad Nacional de la Plata y Profesora adjunta regular e investigadora de la Facultad de Ciencias Económicas de la UBA. Directora del PIMEAGE (Programa de Innovación Responsable) FCE-UBA. Docente en posgrado y doctorado en diversas universidades del país y del exterior. Consultora en organismos nacionales e internacionales en temas de políticas públicas y envejecimiento.

IX. 1. Ideas principales

En este capítulo se verán algunos de los conceptos claves relacionados con la inclusión social de las personas mayores en su comunidad, más allá de los roles familiares y sus redes de vecinos y amigos, en un contexto de envejecimiento poblacional que supone un cambio paradigmático en todos los sectores de la sociedad, y en particular respecto del protagonismo de las personas mayores. La idea fuerza de este capítulo está orientado a reconocer y a partir de ello, promover, en el contexto de las políticas públicas, el aporte de las personas mayores que conlleva no sólo a la apropiación social de sus producciones, sino también a su propio bienestar y satisfacción vital.

Nuestras sociedades transitan el proceso de envejecimiento poblacional de modo vertiginoso, por ello, en primer lugar, se discutirá el concepto de inclusión de las personas mayores como problema. Es decir, que éste ya no es un tema individual, sino que en función de la perspectiva de derecho, es una problemática colectiva y social a afrontar.

Luego se avanzará sobre el concepto de participación y la normativa internacional y regional que la reconoce como un derecho, que supone prerrogativas y obligaciones por parte de la población mayor.

La participación en el desarrollo económico, a través, no sólo del trabajo voluntario, sino también del trabajo remunerado es otro de los ejes de análisis. Exploramos el tema de los aportes de las personas mayores a partir del trabajo voluntario socialmente útil, tanto en organizaciones intergeneracionales como en organizaciones conformadas sólo por personas mayores. Luego la discusión se centra en la propuesta de la jubilación como derecho pero, al mismo tiempo en la generación de espacios en el sector privado y en el público que fomenten la continuidad del trabajo más allá de la edad jubilatoria para las personas mayores que decidan continuar trabajando, no sólo como la posibilidad por parte de las organizaciones de contar con los saberes de sus trabajadores mayores, sino también como alternativas de revisión de la estructura de la seguridad social creada en el contexto del estado de bienestar con una esperanza de vida menor y con condiciones de salud de mayor deterioro.

A partir de estos conceptos se avanzará en la inclusión de las organizaciones de personas mayores, a través de sus representantes, en espacios de planificación y ejecución de políticas que les atañen, como los consejos consultivos de personas mayores que han tenido amplia difusión en la región.

Finalmente, se revisará el concepto de educación a lo largo de la vida como un derecho de inclusión social de las personas mayores, tanto desde la satisfacción de asignaturas educativas pendientes, como desde la capacitación en materia de salud (como parte de la responsabilidad por el autocuidado) y del derecho a la capacitación en el trabajo y en las nuevas tecnologías.

IX. 2. La inclusión social de las personas mayores como un problema social

Los problemas sociales (Suárez, 1989) varían a través del tiempo y se van modificando en tanto que crece o decrece la conciencia colectiva sobre ellos. Pero como las sociedades no tienen recursos para hacer frente a todos los problemas planteados por sus miembros, se dará lugar a aquéllos que son explicitados por personas o grupos de personas que, ubicados en lugares estratégicos de la sociedad, presionan para que estos temas sean incluidos en el listado de problemas socialmente vigentes.

Estas “cuestiones socialmente problematizadas” presentan un ciclo vital que comprende los siguientes pasos:

- a) una redefinición de la situación. Las situaciones percibidas como aisladas son redefinidas como problemas colectivos y compartidos;
- b) el descontento se focaliza en algunos puntos salientes del problema y se empiezan a enunciar las soluciones en esa dirección;
- c) se logra atraer la atención pública sobre estas cuestiones, especialmente a través de los medios masivos;
- d) se forman grupos de presión que se estructuran y organizan para superar la indiferencia, y en muchos casos se convierten en movimientos sociales.

La inclusión social de las personas mayores se constituye en un problema social puesto que, separados del mundo del trabajo, la inserción quedaría limitada al espacio privado: las redes familiares y los amigos, que no siempre satisfacen sus expectativas; edad del rol sin rol definido, de la identificación social a partir del rol familiar de “abuelos” (Fericglia, 1994). La integración es entonces un concepto subjetivo relacionado con la pertenencia e identidad con la comunidad del adulto mayor (Miranda, 2003).

Se retoma el planteo de Karsz (2004) quien sostiene que la exclusión no es evidente como tal, ya que al ser una construcción social se muestra como un resultado. En la medida en que se movilizan mecanismos tales como articulaciones, presupuestos y formas de mirar la realidad, se dan las condiciones de existencia de la exclusión. La condición necesaria de la exclusión es cierto itinerario material por parte de algunas poblaciones. La condición suficiente es un itinerario inscrito en una serie de significaciones teóricas, de clasificaciones administrativas, de intimaciones institucionales, de asignaciones económicas y de tratamientos políticos. Su gravedad es variada según los grupos considerados. Se trata de exclusiones parciales, restringidas, y tiene que ver con la eliminación, la segregación y el apartamiento del que son víctimas las personas mayores en función de su edad.

La exclusión se construye como un fenómeno social que se da en una sociedad en circunstancias históricas precisas: la exclusión en la atención en salud, en la alfabetización informática, en la cultura y la recreación, en el acceso a un salario digno, en la participación en las políticas sociales de las que son sujeto, son algunas de sus manifestaciones en el caso de las personas mayores. Excluidas siguen inmersas en la sociedad, no están excluidas de todo sino de la posibilidad de consumo de determinados bienes y servicios, no necesariamente relacionados con la condición de pobreza pero sí de ciertas limitaciones relacionadas con la accesibilidad universal y los entornos propicios para la participación social (Rizo López, 2006). No es que no tengan un lugar en la sociedad, sino que como actores carecen de un lugar dominante.

Como un espejo, los procesos de reinserción o inclusión social no son neutros porque también construyen eficacia y resultados esperados. El fenómeno de la exclusión tiene dos caras: la de los receptores, es decir, los excluidos y la de los emisores, es decir, aquellos que desde instituciones trabajan para ellos, los profesionales de las áreas sociales, las políticas y los programas que se ocupan de estos

temas. El punto es entonces que estos actores cumplen un rol protagónico en los procesos de inclusión-exclusión de igual peso que los mismos excluidos (personas mayores) que es necesario tener en cuenta en el análisis.

La inclusión de las personas de edad merece entonces enunciarse como un problema social de ciudadanía: el déficit en los derechos de un grupo determinado en un contexto democrático.

IX. 3. El derecho de las personas mayores a la participación

Dado el impacto del envejecimiento poblacional, que afecta todos los sectores de la vida social, es necesario reflexionar sobre los alcances de la participación de las personas mayores. Desde el enfoque de derechos, las personas mayores individualmente son titulares de los mismos de primera generación (libertades esenciales) y como colectivo de segunda, tercera y cuarta.

El sistema de Naciones Unidas, a partir de sus declaraciones y principios, ha promovido la incorporación de los derechos de los mayores como un eje clave en la agenda de gobiernos y sociedades. Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad (Naciones Unidas, 1991) son: independencia; participación; cuidados; autorrealización y dignidad. En lo que respecta a participación se expresa que las personas mayores deben: a) permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y pericias con las generaciones más jóvenes; b) buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicio a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades; c) formar movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada. En lo que respecta a la autorrealización se destacan a) aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial, y b) el acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

En el marco de la Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (en la que la participación activa de los mismos adultos mayores en su cumplimiento está especialmente señalada (CEPAL-CELADE, 2004)), se mencionan tres líneas de acción.

- a) **Las personas de edad y el desarrollo:** protección de los derechos humanos de las personas mayores y creación de las condiciones de seguridad económica, de participación social y educación que promuevan la satisfacción de las necesidades básicas de las personas mayores y su plena inclusión en la sociedad y el desarrollo.
- b) **El fomento de la salud y el bienestar en la vejez:** las personas mayores deberían tener acceso a servicios de salud integrales y adecuados a sus necesidades, que garanticen una mejor calidad de vida en la vejez y la preservación de su funcionalidad y autonomía.
- c) **Creación de un entorno propicio y favorable:** las personas mayores gozarán de entornos físicos, sociales y culturales que potencien su desarrollo y favorezcan el ejercicio de derechos y deberes en la vejez.

Cabe aclarar que la edad no se constituye en la única dimensión a tener en cuenta para identificar al conjunto de las personas mayores, sino que la vejez es un concepto que se construye socialmente, por lo tanto, no existe un único concepto de vejez (Neugarten, 1999). La utilización de un indicador sobre otros implica una posición analítica determinada que es necesario explicitar. El concepto social de envejecimiento diferencial da cuenta de que el proceso de envejecimiento es diverso para cada una de las personas que lo atraviesan en la medida en que está relacionado con la historia de vida, el nivel socioeconómico, el nivel educativo, la trayectoria laboral, el género y aspectos del contexto cultural, económico, ecológico y social en el que la persona desarrolló su vida. Existe entonces un creciente reconocimiento de la diversidad hacia el interior de la población mayor (Northmore, Ball, y Smith, 2005; Rodríguez Rodríguez, 2002).

Conceptualización de la participación social y comunitaria de las personas mayores

Hoy en América Latina y el Caribe los grupos de personas mayores organizadas, apoyados por los estados, iglesias y otras organizaciones de la sociedad civil, llevan a cabo una gran variedad de actividades que van desde la atención en salud y microemprendimientos, hasta la recreación, capacitación, asesoramiento legal, y defensa de derechos. Cada una de estas opciones son válidas en la medida en que contribuyen a satisfacer necesidades, en forma autónoma o asociada con otros actores públicos o privados, a las que no dan respuesta ni el mercado ni el Estado por sí mismos y que son sentidas por los propios adultos mayores (Fassio, 2001).

Como parte de esta participación, la inclusión de las personas mayores en el diseño y ejecución de políticas y programas destinados a este grupo etario, es de especial importancia en lo referente a: salud, educación a lo largo de la vida, generación de ingresos, defensa de sus derechos e incidencia en las decisiones de gobierno, tanto a nivel local comonacional por medio de los consejos nacionales, provinciales y locales de adultos mayores que se conforman, articuladamente, entre los representantes de organizaciones de mayores y de organismos de gobierno, que se ocupan de la temática de los mayores en los distintos niveles jurisdiccionales.

Debemos ser cautelosos respecto a cuál es nuestra concepción de **participación** (Sirvent, 2004). Las experiencias aisladas reales de ésta —en la medida en que la apertura democrática o el discurso invitante no implican de manera alguna una ideología de modificación de las estructuras de concentración del poder social, político y económico— tienen un límite: el momento en que, como resultado del crecimiento y desarrollo humano de los individuos y grupos comprometidos, se convierten en una amenaza o riesgo contra el poder institucional. Los indicadores del avance efectivo de éste modelo se pueden sintetizar en: cambios en las representaciones sociales inhibitoras de los participantes, la toma de conciencia de la necesidad de cooperación, el crecimiento en las capacidades de reflexión, crítica, creación y diálogo en los hechos y vivencias cotidianos, las evidencias de superación (en distintos grados) del miedo a participar y la manifestación de logros colectivos a partir de acciones organizadas integradas (Schmukler y Di Marco, 1997). Estos ejes, en su conjunto, generan en los actores una toma de conciencia de sus posibilidades que los estimula a llevar a cabo nuevos emprendimientos bajo el paradigma participativo al descubrir que (Burín, Karl y Levin, 1996, p.133):

Participar de y en una organización es mucho más que asociarse o concurrir, es sentir a la misma como algo propio, es implicarse, es decir, es la inclusión personal y psicológica del individuo en los asuntos que hacen a la organización [...] no es sólo estar, sino sentirse dentro.

Asimismo, (Licha, 2000) considera que la participación consiste en promover la organización de los individuos en torno de intereses y crear condiciones para que la comunidad pueda defenderlos, reivindicarlos, articularlos, hacer alianzas y determinar políticas públicas.

Dabas (1998) recuerda que los principios del desarrollo a escala humana se sustentan en tres pilares: la satisfacción de las necesidades fundamentales, la generación de auto independencia y la articulación de las personas con la naturaleza y la tecnología. La participación de las personas mayores es una estrategia de protagonismo real que implica la toma de decisiones en la práctica que permite sostener estos tres pilares. La conformación de organizaciones de personas mayores que actúan en forma solidaria en la comunidad e intervienen en la toma de decisiones sobre las políticas que les atañen y que aportan a la defensa de sus derechos y a la gobernabilidad, sería una alternativa de superación de la inequidad social signada por el “viejismo”.

Para aproximarnos al objeto de estudio debemos hacer una diferenciación entre necesidades subjetivas y objetivas que proviene de la tradición marxista de intereses subjetivos y objetivos (Sirvent, 2004). Los primeros se refieren a un estado psicológico de la persona, en tanto que los segundos tienen que ver con la posibilidad de observación y medición desde estándares externos y derivan de condiciones sociales que afectan a los individuos o grupos independientemente de la conciencia que se tenga sobre ellos. Las necesidades objetivas se refieren, entonces, a las carencias que poseen individuos o grupos independientemente de su conciencia sobre ellas, en tanto que las subjetivas tienen que ver con un estado de carencia percibido. El desafío es transformar estas necesidades objetivas en subjetivas, a fin de que los interesados se movilicen en procura de su satisfacción. La dimensión normativa se agrega al análisis, puesto que se ponen en juego en este proceso no sólo valores y ética sino también el modelo de persona y de sociedad al que se aspira.

El concepto de “trampa social” hace referencia al reconocimiento de las necesidades reales por parte de la población puesto que cuanto mayor es la carencia menor es el reconocimiento de las necesidades objetivas por parte del grupo social. La representación social entendida como (Sirvent, 2004:120) “[...] el conjunto de conceptos, percepciones, significados y actitudes que los individuos de un grupo comparten en relación a ellos mismos y a los fenómenos del mundo circundante” es un fenómeno que sesga la percepción de necesidades y sus satisfactores por parte de un grupo social determinado, en la medida en que no es circunstancial sino que es una construcción perdurable a través del tiempo y difícil de modificar.

Una de las claves para interpretar y comprender la participación de las personas mayores en organizaciones de pares o intergeneracionales pasa por indagar el poder real que tienen para modificar la realidad. La participación real implica la capacidad de las organizaciones/personas para modificar las estructuras de poder, es decir democratizar la toma de decisiones (Sirvent, 2004, p.131):

[...] la participación real implica la toma de conciencia o reconocimiento de las necesidades e intereses objetivos definidos por clases, fracciones de clases, organizaciones, grupos o individuos estratégicamente ubicados en relación con las instituciones sociales y el Estado. La noción de participación real presupone la articulación de intereses sociales. Es una perspectiva colectiva más que individual.

La participación real se contrapone con formas simbólicas de participación que no significan cambios en la relación de poder institucional ni en la toma de decisiones. En este sentido la apertura a la participación por parte de organizaciones y programas, tanto desde la sociedad civil como desde el Estado, no implica necesariamente formas de participación real de las personas mayores y desde su intencionalidad puramente simbólica no se constituyen en satisfactores de sus necesidades de modo individual o grupalmente.

Otras dimensiones clave de la participación son: el modo de participación, que refiere al manejo de la información y a los mecanismos generados para la toma de decisiones; en qué ámbitos de la vida institucional se participa y quiénes participan. Abbot, Forward y Fisk (2000) son críticos en lo que respecta a la participación real/simbólica de las personas mayores y consideran que ésta implica necesariamente un cambio de actitudes de los técnicos y personal que interactúan con ellas.

La participación social ocurre puesto que las personas comparten sus recursos con otros (Bukov, Maas y Lampert, 2002). Según qué tipo de recurso se comparte los autores distinguen tres tipos de participación: la participación colectiva, relacionada con actividades comunes de los miembros del grupo, es decir que se encuentra direccionada hacia el interior del grupo y no se buscan metas externas al mismo. Lo que se comparte, fundamentalmente, es el tiempo, aunque a veces también bienes pero, éstos, no son condición excluyente (jugar a las cartas, viajar).

La participación social productiva apunta a brindar servicios, mercancías y beneficios a otros. Se intercambian conocimientos y habilidades específicas (cuidados, trabajo pago y voluntario). La participación política se da cuando se actúa tomando decisiones referidas a grupos sociales y a la distribución de recursos entre esos grupos. Además del tiempo y habilidades, se comparten conocimientos y competencias especiales para llevar adelante estas tareas. Esta tipología supone un orden jerárquico de acumulación de recursos: en la base la participación colectiva y en la cúspide la política. En tanto que en lo referente a la incidencia de la población involucrada, la participación política tendría la menor tasa de participación mientras que la mayor estaría dada por la colectiva. A nivel individual es de suponer que quienes participan en las actividades de las que se demandan más recursos (políticas) pueden hacerlo en las de menores exigencias (colectivas). Las actividades productivas y voluntarias producen mayor satisfacción y mejora de la calidad de vida que las meramente recreacionales, fundamentalmente, porque la realización de actividades productivas brinda la percepción subjetiva de ser útil y mejora la autoestima (Fassio, 2009). Finalmente no podemos soslayar la importancia de un medio ambiente y entorno comunitario seguro y amigable, orientado hacia la accesibilidad universal que es un factor relevante correlacionado con la participación comunitaria de las personas mayores (Richard, Gauvin, Gosselin, y Laforest, 2009; Wilkie, Peat, Thomas, y Croft, 2006).

IX. 4. Participación en organizaciones intergeneracionales y de personas mayores. Voluntariado social y trabajo voluntario

Estudios relacionados con la participación de las personas mayores como voluntarios y en movimientos asociativos (Díaz Conde, 2003) dan cuenta de que, a falta de roles de las mismas en nuestra sociedades, estas instancias proponen un espacio de inserción social altamente satisfactorio.

El incremento del voluntariado de las personas mayores es creciente (Erlinghagen y Hank, 2006), sin embargo, los estudios realizados muestran que su inserción en estas tareas es menor que entre los

adultos jóvenes (*Institut of Volunteering Research, 2006; SIEMPRO-ECV-2001; INDEC-EnCaViam, 2012*). Numerosas son las causas que dificultan el desarrollo de tareas socialmente útiles por parte de los mayores, sintetizadas en:

- a) la falta de recursos por parte de las personas mayores;
- b) la consideración de la edad en programas de voluntariado como una barrera para realizar este tipo de tareas;
- c) La existencia de obstáculos a la accesibilidad (transporte, etc.) y
- d) el paradigma aún fuertemente arraigado de los mayores como susceptibles de asistencia y no como miembros activos y contribuyentes para la solución de sus problemas y los de su comunidad.

Al voluntariado se lo plantea como un fenómeno universal de conducta solidaria y, al voluntario, como una persona común que está motivada por recompensas no materiales, autorrealización, fortalecimiento de la confianza en sí mismo, cariño y aprecio de los otros cercanos. El voluntariado satisface necesidades esenciales de las personas relacionadas con valores -participación, libertad, creación e identidad- según la clasificación de Max-Neef (s/f). En la medida en que estas recompensas disminuyan o no sean percibidas como tales es mayor la probabilidad de que el voluntario deje de realizar su tarea (Dávila de León y Díaz-Morales, 2009).

El trabajo voluntario se manifiesta de diverso modo a lo largo de la vida (Van Willigen, 2000) y su incidencia mayor se da en la mitad de la vida y luego comienza a decrecer. Sin embargo, una gran proporción de personas mayores que son voluntarias lo hacen con mayor intensidad (mayor cantidad de horas) probablemente porque disponen de mayor tiempo para ello. Las organizaciones en las que se participa a lo largo de la vida también son diferentes: los jóvenes lo hacen como una extensión de sus roles habituales (padres, maestros, etc.), en tanto que las personas mayores lo hacen especialmente en organizaciones relacionadas con iglesias.

Algunos estudios muestran que en las personas mayores la satisfacción y el bienestar no tienen que ver tanto con la cantidad de horas en que desempeñan el trabajo voluntario como con el tipo de organización a la que pertenecen y con la relevancia y significación que le dan a estas actividades (Fassio, 2009; 2010).

Respecto al trabajo voluntario de las personas mayores (Naciones Unidas, 1991) retomamos el principio por el que

“Las personas de edad deberían poder buscar y desarrollar oportunidades de servicio a la comunidad, y actuar como voluntarios en posiciones adecuadas a sus intereses y capacidades”.

Se reconocen los saberes de las personas mayores como contribuyentes a sus sociedades, no necesariamente en la producción de bienes, sino en la de servicios relacionados con la consultoría y ase-

soramiento; cuidado de niños y de personas de su misma generación; el liderazgo comunitario y la participación activa en la vida política. Estas actividades reportan beneficios que no son evaluados monetariamente y menos aún reconocidos.

Se plantean dos enfoques complementarios respecto del aporte de los mayores a la sociedad: el de **utilidad** que orienta su atención en la contribución de los saberes de los mayores a sus organizaciones y que está centrado en la experiencia y en la articulación con otros grupos generacionales (que, cada vez, debido a la longevidad y a la mejora en las condiciones de vida, es más prolongado); y el enfoque de **beneficio** que considera la acción voluntaria como una alternativa de inclusión social, a fin de que la persona mayor conserve su autoestima y el sentido de la vida.

Un tema a discutir, para evaluar si es causa o consecuencia, es el de la relación entre ejercicio del voluntariado por parte de las personas mayores y su bienestar (Fassio, 2009; Van Willigen, 2000). Las personas mayores que no realizan trabajo solidario tienen peores condiciones de salud que las que lo realizan y cuanto más activo y comprometido es el voluntario, mayor satisfacción tiene respecto del trabajo realizado, especialmente si participa en varias organizaciones.

La participación social de las personas mayores puede darse en organizaciones intergeneracionales en las que éstas comparten las actividades con personas de diversas edades. Conforman espacios de intercambio, a partir del trabajo en común, que contribuyen a la eliminación de prejuicios relacionados con la edad y favorecen la conformación de sociedades para todas las edades en la medida en que viejos y jóvenes se identifican en el trabajo conjunto y reconocen los aportes que se pueden realizar a la comunidad independientemente de la edad. Así, en lo referente a la incorporación de adultos mayores como voluntarios (Burr et al., 2005), se producen

- a) ventajas sociales puesto que se modifican los prejuicios con relación a la edad respecto de la vejez;
- b) ventajas para las organizaciones, al aumentar el número de voluntarios disponibles;
- c) ventajas para los voluntarios, al favorecer el contacto intergeneracional y la transmisión de experiencias y
- d) ventajas para los propios voluntarios mayores en la medida en que perciben su contribución a la sociedad.

Antecedentes y estudios sobre el voluntariado y la participación social de las personas mayores en organizaciones

La caracterización de los voluntarios adultos mayores y el impacto de las actividades solidarias, en su propio bienestar y en el de aquellos a los que le brindan servicio, han sido objeto de diversos estudios que señalan la importancia de la participación en su calidad de vida (Fassio, 2001, 2002, 2009). Hendricks y Cutler (2004) sostienen que las personas mayores focalizan su accionar en algunas formas de interacción, no como una característica negativa en la vejez sino como una alternativa de maximizar las gratificaciones emocionales en función de recursos y tiempo limitados.

Realizan un estudio sobre la elección de la actividad voluntaria según edad y muestran que la máxima incidencia se da entre los 40 y 45 años. A partir de ese momento, disminuye para todos los grupos etarios, especialmente, a partir de los 80 años. Sin embargo, en lo referente al número de organizaciones en las que se realiza el trabajo voluntario, se mantiene hasta los 65 años, declina apenas hasta los 79 y, de manera importante, a partir de los 80 años. En tanto que la cantidad de horas utilizadas para el voluntariado se incrementan hasta los 79 años, por lo que suponen que el retiro laboral se constituye en una oportunidad para profundizar la intensidad de la actividad elegida y, comienza a disminuir, notablemente, entre los viejos “viejos”. En síntesis, la evidencia empírica muestra que la actividad voluntaria declina considerablemente sólo en la alta vejez y que las personas mayores poseen un caudal potencial de recursos que no son lo suficientemente aprovechados por las organizaciones y sus comunidades.

Las investigaciones realizadas para la población voluntaria de edad mediana (Bloom y Kilgore, 2003) identifican el dar sentido a sus vidas y experimentar un crecimiento personal como las principales razones para ser voluntario y no, el altruismo, como se menciona tradicionalmente en la literatura. Coincidentemente, Barlow y Hainsworth (2001) consideran tres motivaciones fundamentales por parte de las personas mayores para realizar trabajo socialmente útil: llenar el vacío que deja el retiro laboral; sentirse un miembro útil de la sociedad ayudando a otros y encontrar un grupo de pares, puesto que la amistad es un valor que hace a la calidad de vida y a la percepción de un envejecimiento exitoso (Stevens, 2001), características relacionadas con la problemática de la inclusión social. Entre los costos se mencionan el tiempo, la responsabilidad, la invasión de la vida social, el fracaso, la ansiedad y la duración e intensidad del entrenamiento. Los resultados muestran que en la vejez el voluntariado compensa las pérdidas sufridas por el retiro laboral y el deterioro de la salud.

El estudio de Burr et al. (2005) focaliza su atención en la relación entre voluntariado formal y actividades de cuidado informales. Definen al voluntariado formal como una actividad que implica la inversión de tiempo y esfuerzo por parte del voluntario que no es compensada por un pago regular o retribución monetaria, que es libremente asumida y que, produce bienes y servicios para las organizaciones en las que estos voluntarios trabajan y, en consecuencia, para los miembros de la comunidad en la que estas organizaciones están insertas y para la sociedad toda. Establecen una correlación entre el brindar cuidados a los miembros de la red, especialmente familiares, y la posibilidad de realizar un voluntario social.

A pesar de que existe abundante literatura sobre las restricciones en la participación social que deben enfrentar los cuidadores de personas mayores, fundamentalmente, por la fuerte demanda a la que se ven sometidos, los autores señalan que el formar parte de una red de cuidadores, tener contacto con organizaciones que se dedican a los cuidados, y la participación activa en movimientos y organizaciones que tratan estas problemáticas (Alzheimer, HIV) da cuenta de un capital social que favorece el desarrollo del voluntariado. Este estudio sugiere entonces que el ser cuidador secundario o pasada la coyuntura de ser cuidador principal informal, son alternativas que predisponen a la realización de trabajo voluntario.

El punto es cómo fortalecer y promover el aporte comunitario de las personas mayores, con posibilidad de ejercerlo desde el paradigma del envejecimiento poblacional como un logro de la humanidad y, desde el de la vejez, como una etapa en la que se está en condiciones de aportar a la sociedad el conocimiento y la experiencia vital de haber transitado por toda una vida. Bukov, Maas y Lampert (2002) sostienen que las personas mayores no tienen las obligaciones laborales y familiares a las que se ven sometidas

las generaciones más jóvenes, por lo que dispondrían de mayor tiempo para la participación social. Quienes disponen de mayores recursos (educativos y económicos, incluyendo el compartir con su cónyuge las actividades relacionadas con la reproducción primaria) estarían en condiciones de continuar con sus roles sociales y asumir roles de participación social activa en la gran vejez. La participación diferencial entre varones y mujeres y entre “viejos viejos” y “viejos jóvenes” no tendría que ver tanto con el género o con la edad como con las oportunidades educativas y de desarrollo profesional que se relacionan con la pertenencia a una cohorte determinada. Es así que, a partir de un análisis longitudinal de la participación social en adultos mayores viejos viejos plantean que se da continuidad en las actividades de participación social en edades avanzadas, pero se eligen aquellas que significan menor demanda de recursos. Desaparecen las diferencias por género si se controlan el nivel educativo y la carrera ocupacional. La hipótesis que enuncian es que al modificarse las condiciones de acceso a la educación y a los puestos de alto nivel en el trabajo para varones y mujeres es de esperar un mayor involucramiento en actividades de participación social para las próximas generaciones de personas mayores.

Este hecho es crucial ante un envejecimiento creciente de la población, las modificaciones de las estructuras familiares, la crisis del estado de bienestar y las modificaciones de las últimas décadas en el mercado de trabajo que sugieren un futuro de nuevas generaciones cada vez más numerosas y longevas de adultos mayores con mejores niveles educativos, con situaciones laborales y luego previsionales flexibles que les permitirán acceder a ingresos mínimos, seguramente universales, que no serán suficientes para la satisfacción, por un lado, de necesidades crecientes en materia de apoyo psicosocial y, por el otro, de inclusión social, independientemente del apoyo necesitado (Fassio, 2001). En su mayoría, las organizaciones voluntarias de personas mayores tienen como población objetivo a los mismos mayores y el resto a personas mayores con discapacidades y problemáticas de pobreza y a otros grupos vulnerables.

Una mención particular es la de las personas mayores que participan políticamente en partidos y en grupos de presión en defensa de sus derechos y que han conformado y conforman espacios de inclusión (Goerres, 2009).

Participación en organizaciones de personas mayores en Argentina

En Argentina, las primeras organizaciones de personas mayores datan de 1921, con los primeros centros de jubilados por oficios como lo fue el de los ex trabajadores ferroviarios. En el año 1950 el Club Edad de Plata, de la colectividad judía, marcó un hito en la ocurrencia de organizaciones de pares mayores.

Sin dudas la creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP) como la obra social de los jubilados nacionales (con su Programa de Atención Médica Integral -en la actualidad Por Adultos Mayores Integrados- PAMI) a principios de los años setenta, significó un avance fundamental en la formulación de políticas para este grupo etario y, consecuentemente, en la conformación de organizaciones de personas mayores desde el paradigma de la actividad (Fassio, 2001). La propuesta era fundamentalmente recreativa y de turismo y apuntaba a los sectores medios y medios bajos beneficiarios de la obra social. Por medio de subsidios, el PAMI brindó y brinda a los centros la posibilidad de contar con servicios de enfermería, pedicuría, talleres de gimnasia, yoga, asesoramiento previsional, turismo y miniturismo, etc.

En la década de los ochenta comenzó una línea de acción del PAMI de conformación de centros de jubilados que coincide con la recuperación del espacio democrático a nivel nacional y fue parte de

la transición que se inicia en ese momento. En el año 1984 existían 800 centros de jubilados en todo el país. En la década de los noventa y, luego de la crisis económica de fines de los ochenta, surgieron dos programas alimentarios que centraron su ejecución en las organizaciones de personas mayores como unidades efectoras.

El INSSJyP lanzó en 1992 el Programa ProBienestar por el que se otorgaba un subsidio para que las OAM brinden un servicio de comedor a la población mayor en situación de riesgo social afiliada al Instituto. Este subsidio consistía en un monto per cápita y, eventualmente, otro para mejoras del comedor y del área de preparación de alimentos. En un principio las comisiones directivas de los centros de jubilados y pensionados recibían el subsidio y debían realizar las compras, preparar y servir la comida, así como rendir cuentas. Esta iniciativa implicó, por un lado, la conformación de aproximadamente unos 600 nuevos centros de jubilados fundados en barrios periféricos de las grandes ciudades del país y en zonas marginales que no respondían al perfil original recreacional de sectores medios y medios bajos. Y, por el otro, la implementación del programa en los centros existentes en los que se proponía la solidaridad intrageneracional de aquellos que disponen de más recursos hacia los pares generacionales que se encontraban en situación de vulnerabilidad social. Esto conllevó en muchos casos a un alto nivel de conflictividad en el interior de los centros por la aparición de una población diversa a la que habitualmente concurría. Si bien el programa subsiste, ya no quedan prácticamente comedores y sólo se reparten bolsones con un complemento alimentario¹. Reciben para ello apoyo técnico del PAMI y la oferta de otros servicios para sus asociados.

Se registran en la actualidad 5.500 centros de jubilados y pensionados nacionales en todo el país.

El movimiento asociativo de personas mayores conforma organizaciones de segundo y tercer nivel a partir de nuclear centros de jubilados y “clubes de abuelos” en federaciones, cuyo ámbito territorial son las provincias, y en confederaciones, cuyo alcance territorial es regional o, inclusive, pueden llegar a abarcar todo el país.

Los centros y organizaciones de primer grado, reunidos en asamblea, conforman una organización de segundo grado o federación. Para constituir una federación se necesita nuclear como mínimo a siete centros. Con un mínimo de tres federaciones se conforma una confederación, que es una organización de tercer grado. El mapa de organizaciones no es sencillo, ya que existen centros que adhieren directamente a las confederaciones y, federaciones que no están confederadas. Las federaciones y confederaciones actúan como representantes de las personas mayores ante los órganos gubernamentales y no gubernamentales que demandan la presencia y participación de las personas mayores. Además, llevan adelante estrategias de capacitación y de difusión (programas radiales y publicaciones) a fin de formar e informar a sus asociados.

IX. 5. La Participación de las Personas Mayores en el Mercado de Trabajo Remunerado

Si bien la esperanza de vida se ha incrementado, y las distintas etapas del ciclo vital se posponen y alargan en el tiempo como nunca ha ocurrido en la historia de la humanidad, la edad sigue siendo una convención a la que adhieren las políticas públicas en nuestro país y en la región. Esta convención, relacionada con la edad jubilatoria obligatoria (que ha sido derogada en muchos países), se ha mantenido casi sin cambios a pesar del fenómeno de la longevidad (mayor esperanza de vida más allá del mo-

mento de jubilarse) y de la mejor calidad de vida en la vejez (sobre todo para población que ha tenido acceso a la educación y a un nivel de ingresos mayor que la media). Es así que en los países con amplia cobertura de la seguridad social (europeos y también en el Cono Sur como Uruguay y Argentina) se observa un fuerte decrecimiento de la tasa de actividad de los trabajadores mayores de 60 años (sólo trabaja una cuarta parte de la población, sobre todo varones).

Dados los cambios demográficos, sociales y económicos ocurridos en las recientes décadas, la revisión de los sistemas previsionales afianzados en el marco del estado de bienestar es un tema de profundo debate (Comisión Europea, 2010; Fuentes-Bolaños, 2010; Reuters, 2011) incremento sostenido de la esperanza de vida después del retiro, mejores condiciones de salud de la población mayor, disminución de la cantidad de aportantes a la seguridad social activos por cada pasivo (no sólo producto de la transición demográfica sino también del incremento del trabajo informal), turbulencias en el mercado financiero que ponen en juego los capitales invertidos que son la base del sistema para asegurar la cobertura de las actuales y nuevas generaciones de mayores, el origen de los fondos destinados a la seguridad social (proporción de aporte de los trabajadores activos/empleadores y del proveniente de las rentas generales), revisión que debería estar orientada por el criterio de equidad intergeneracional.

Aunque el tema no está de ningún modo saldado, en los países desarrollados recientemente se observa una tendencia creciente al incremento de la actividad a partir de su promoción, fundamentalmente en el sector público (Gendell, 2008). Es así que, respetando la perspectiva del derecho a optar por parte del trabajador mayor se incluye, por parte del Estado, la posibilidad de la prolongación de la permanencia en el mercado de trabajo a edades avanzadas que supone no sólo incentivos para el retraso de la jubilación sino también el evitar los retiros adelantados (Burtless, y Quinn, 2000; Guillén Estany, Domínguez y Encinas Goenechea, 2010).

Investigaciones recientes dan cuenta de que las personas se jubilan de distintas maneras y estos diversos caminos se están haciendo cada vez más frecuentes debido a los mejores estándares educativos y de salud (Schellenberg, Turcotte, & Ram, 2005). En este escenario un punto de interés son los factores asociados a la decisión de seguir trabajando o, en algunos casos, de reinsertarse en el mercado (más allá de la cobertura de la seguridad social) ya no sólo como una oportunidad y el derecho de seguir desplegando individualmente sus capacidades por parte del trabajador mayor, sino también como el aprovechamiento por parte de la sociedad de los saberes de las personas mayores (Fassio y Arias, 2013 ; Fougère, Mérette y Zhu, 2006; Universidad de Heidelberg, 2014).

La condición de continuidad en el trabajo está relacionada en nuestros países con la jefatura de hogar, la no percepción de ingresos jubilatorios, la condición de ruralidad, la mejor educación y la mejor salud, entre otras variables relevantes (Millán León, 2010). En el caso de la población urbana de la Argentina (Fassio, 2011; Fassio y Arias, 2013) la continuidad laboral está relacionada con la no percepción de ingresos por la seguridad social y se da en mayor grado entre los varones con niveles educativos altos. En tanto que en los países desarrollados, en particular entre las mujeres, se observa una mayor tendencia a seguir trabajando más allá de la edad jubilatoria que entre los varones (Humphrey et al., 2003).

Esta problemática demanda una clara intervención del Estado que delimite y acompañe el rol de los individuos y de las familias (Chiara y Di Virgilio, 2009). Se tiene en claro que las elecciones de los individuos se dan en el contexto de su comunidad, son sociales dado que las decisiones individuales están orientadas y limitadas por dicho contexto (Asquith, 2009). Se hace, entonces, necesaria una reflexión crítica sobre los alcances de las responsabilidades individuales y familiares con relación a la

salud, actividad, productividad, ingresos y bienestar, en un contexto social de inequidad que no permite el acceso de los recursos a todas las personas mayores por igual, dada la diversidad de vejezes (Aberdeen & Bye, 2013). A diferencia de lo ocurrido en la etapa neoliberal, el Estado debe asumir la responsabilidad que le toca a fin de crear condiciones macro y micro económicas que aporten a la calidad de vida de la población mayor (Adelantado, 2009; Sen, 1996) por lo que desde esta perspectiva se analiza críticamente la capacidad individual de autonomía de las personas (Danani, 2009).

En esta dirección, existen proyectos de cuidado de los trabajadores, como un capital social de las empresas tanto públicas como privadas que vale la pena sondear como alternativas de política de promoción para nuestros países, así como los orientados a la promoción de emprendimientos y de acceso a créditos por parte de los emprendedores mayores (Universidad de Heidelberg, 2014).

IX. 6. Los Consejos Consultivos de Personas Mayores Como Forma de Participación de Las Organizaciones de Mayores en la Gestión de Políticas Públicas

Los consejos económicos sociales son organismos consultivos conformados por miembros de la sociedad civil que tienen por objetivo aconsejar a los poderes públicos en temas de su incumbencia (Montalvo Correa, 2005) y sus antecedentes se remontan a principios del siglo pasado.

Para el sector poblacional que nos interesa, se conforman como espacios de inclusión de las personas mayores en la problematización, planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de las políticas que les atañen (Fassio, 2012).

Consejos de Adultos Mayores en Europa y América

En lo que respecta específicamente a los consejos de personas mayores, los primeros datan de la década de los años `80 y se desarrollan sobre todo en la década siguiente.

Entre los antecedentes europeos se encuentra, en España, el Consejo Estatal de las Personas Mayores, organismo que depende del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, creado en 1994 por el Real Decreto 2171, actualizado y reglamentado por el Real Decreto 117/2005. Está actualmente conformado por sesenta consejeros: a) dos de carácter nato: Titular de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad (Presidente) y Titular de la Dirección General del Insserso (vicepresidente). b) Los cuarenta y ocho restantes: trece en representación de la administración pública; siete de la administración General del Estado; cuatro de la autonómica y dos de la Local; veinticinco en representación de las confederaciones, federaciones o asociaciones de mayores; quince del ámbito estatal y diez del ámbito no estatal (vicepresidente y secretario); diecinueve en representación de los consejos u órganos colegiados que tiene funciones análogas al Consejo Estatal en las Comunidades Autónomas; uno en representación del Consejo General de Emigración.

Los consejeros que representan a la Administración Pública Nacional son nombrados por el titular de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad a propuesta de sus respectivos departamentos. Los consejeros representantes de las Administraciones Autonómicas son elegidos por la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales entre sus miembros. Los consejeros correspondientes al ámbito local son elegidos por la Federación Española de Municipios y Provincias. Los consejeros repre-

sentantes de las organizaciones de mayores son nombrados por la Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad a propuesta de las correspondientes organizaciones. El consejero por el Consejo General de Emigración es designado por dicho consejo.

Entre las funciones se destacan: institucionalizar la colaboración y la participación de las personas mayores en la definición, aplicación y seguimiento de las políticas de atención, inserción social y calidad de vida dirigidas a este sector de población en el campo de competencias atribuidas a la Administración General del Estado; canalizar hacia la Administración General del Estado las iniciativas y demandas de las personas mayores; asesorar e informar sobre las consultas que le son formuladas por los departamentos Ministeriales e Instituciones en materias que afectan a las condiciones y calidad de vida de la población mayor.

Las organizaciones de la sociedad civil que conforman el Consejo son entidades formadas exclusivamente por personas mayores, legalmente constituidas, debidamente inscritas en el registro administrativo correspondiente, que carezcan de fines de lucro y hayan sido creadas con fines relacionados con los intereses propios de las personas mayores. No podrán formar parte del Consejo aquellas que conforman federaciones o confederaciones ya representadas en él.

La convocatoria a participar en el Consejo es pública según requisitos, modelo de solicitud y criterios valorativos, así como la composición de la comisión de valoración, que es presidida por el Director General del Imsero y que establecerá los criterios para elegir los diecinueve consejeros representantes de las comunidades autónomas.

En lo que respecta a su funcionamiento, está conformado por el Pleno del Consejo y la Comisión Permanente. El Pleno del Consejo debe realizar al menos dos sesiones ordinarias por año. Podrá haber reuniones extraordinarias convocadas por el Presidente por propia iniciativa, por la Comisión Permanente o a petición de un tercio de sus miembros. La Comisión Permanente se reúne por lo menos cuatro veces al año. Podrá reunirse en sesiones extraordinarias por solicitud del Presidente, de una tercera parte de sus miembros o con carácter previo a la celebración del Pleno.

El Consejo Nacional de Envejecimiento y Personas Mayores que depende del Ministerio de Salud y Niñez de Irlanda fue creado el 19 de marzo de 1997. Tiene como antecedentes dos consejos de mayores creados con anterioridad (1981 en adelante). Está conformado por treinta personas, de las cuales como mínimo cuatro tienen que ser personas de sesenta y cinco y más años. Es un organismo que realiza un diagnóstico de la situación de las personas mayores en Irlanda y participa en la elaboración de las políticas en articulación con otros organismos de Estado, la provisión de información a otros organismos públicos y a la gente en general sobre las personas mayores y la promoción de una mejor comprensión del envejecimiento y de la población mayor en Irlanda.

En América, en la década de los noventa y más tardíamente, surgen diversos consejos de mayores según las características sociodemográficas y políticas de los diversos países del continente. En Canadá se creó el 1º de mayo de 1980 el Consejo Consultivo Nacional sobre la Tercera Edad dependiente del Ministerio Nacional de Salud. Está conformado por dieciocho miembros provenientes de todas las regiones de Canadá y de diversos sectores sociales. Los miembros son nombrados por el Gobernador General por un mandato de entre dos y tres años. El Consejo recibe soporte administrativo de un equipo de funcionarios de la función pública federal de Ottawa. Entre sus funciones se encuentra a) aconsejar al Ministro de Salud sobre las cuestiones prioritarias hoy y en el futuro relacio-

nadas con las personas mayores; b) estudiar los problemas de las personas mayores y efectuar las recomendaciones correctivas necesarias; c) realizar la articulación entre las asociaciones, instituciones y grupos nacionales, provinciales y locales que se interesan por el envejecimiento o que representan a las personas mayores; d) difundir información sobre la temática; e) publicar informes y f) estimular el debate público sobre el envejecimiento.

En los países de América Latina y el Caribe, si bien la legislación en algunos casos data de la última década del siglo pasado, se hicieron efectivos al mismo tiempo o con posterioridad a la realización de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento (2002).

En el caso de la Argentina, pionera en la temática, la Constitución Nacional luego de la reforma del año 1994 en su artículo 75, inciso 23 introdujo en su texto la necesidad de que se “[...] *garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad*”. Por su parte, las leyes fundamentales de las provincias contemplan los derechos que asisten a los adultos mayores en las disposiciones sobre la tercera edad.

El Consejo Federal de los Mayores fue creado por el Decreto número 457 del 22 de mayo de 1997 y fue reglamentado luego de cinco años en el 2002 por Resolución Ministerial número 113 y posteriormente modificada por la Resolución número 1216 de 2006. De este modo, correspondió al Ministerio de Desarrollo Social, primero en el ámbito de la Subsecretaría de la Tercera Edad, y luego, y a partir de la modificación de la estructura orgánica (con la nueva administración a partir de mayo de 2003) en el de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, el espacio de promoción de la inserción plena de las personas mayores en la vida de la comunidad; de generación de las condiciones para el desarrollo de su organización y de la defensa de sus derechos, en consonancia con lo dispuesto en el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, aprobado en Madrid en abril de 2002 a través de la conformación del Consejo Federal y la promoción de los consejos provinciales.

A través del Consejo Federal (Resolución 113/02)

[...] se concentrará el trabajo conjunto de todos los sectores comprometidos con la problemática de la tercera edad, con participación mayoritaria de los representantes del sector pertenecientes a todas las provincias y regiones del país, que contribuirá y participará en la definición, la aplicación y el seguimiento de las políticas sociales dirigidas a la atención del sector de población mayor, canalizando las iniciativas y demandas de las personas mayores.

Según la Res. 1216/06, elaborada en el marco de una reunión Plenaria Consejo con la mayoría de representantes de organizaciones de mayores, el Consejo Federal se conforma de un Plenario y de un Comité Ejecutivo. El Plenario celebrará al menos una reunión ordinaria al año y podrá ser convocado a reuniones extraordinarias sólo a solicitud del Presidente por propia iniciativa, por solicitud del Comité Ejecutivo, o por una tercera parte de sus miembros. El Plenario es el órgano responsable de fijar las políticas y acciones generales que el Consejo debe ejecutar.

El Comité Ejecutivo es el órgano del Consejo Federal de los Mayores que realizará las tareas necesarias para el cumplimiento de las resoluciones del Plenario. El Comité Ejecutivo será coordinado por el titular de la Secretaría Ejecutiva (la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores). El Comité Ejecutivo celebrará, al menos, una reunión por trimestre y reuniones extraordinarias cuando así lo considere el Presidente y expresará las conclusiones a las que arribe a través de recomendaciones a la Presidencia.

El Plenario está integrado por un Presidente, dos vicepresidentes, un secretario ejecutivo y los vocales. La Presidencia será ejercida por el titular del Ministerio de Desarrollo Social (MDS). La Vicepresidencia primera será ejercida por un representante de las organizaciones de adultos mayores, elegido por y entre los consejeros pertenecientes a las confederaciones, federaciones y consejos provinciales que lo componen. La Vicepresidencia Segunda será ejercida por el titular de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, quien sustituirá al Presidente en caso de vacancia, ausencia o enfermedad. La Secretaría Ejecutiva será ejercida por el titular de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores o su equivalente, que sustituirá al Vicepresidente segundo en caso de vacancia, ausencia o enfermedad. Las Vocalías serán ejercidas por: un/a representante con rango de Director/a Nacional o equivalente por cada uno de las siguientes áreas de gobierno: a) Ministerio de Economía; b) Ministerio de Salud; c) Ministerio de Trabajo; d) Ministerio de Educación; e) Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados; f) Administración Nacional de Seguridad Social; g) Comisión Nacional de Pensiones no Contributivas; h) Secretaría de Derechos Humanos de la Nación i) Comisión de Tercera Edad de la Honorable Cámara de Diputados del Congreso de la Nación; j) Comisión de Previsión y Seguridad Social de la Honorable Cámara de Diputados del Congreso de la Nación; k) Comisión de Acción Social y Salud Pública de la Honorable Cámara de Diputados del Congreso de la Nación; l) Comisión de Salud y Deporte de la Honorable Cámara de Senadores del Congreso de la Nación y m) Comisión de Trabajo y Previsión Social de la Honorable Cámara de Senadores del Congreso de la Nación. n) Comisión de Población y Desarrollo Humano de la Honorable Cámara de Diputados del Congreso de la Nación y ñ) Comisión de Población y Desarrollo Humano de la Honorable Cámara de Senadores del Congreso de la Nación. Dos representantes de las sociedades científicas de geriatría y gerontología propiciando la representación rotativa de las entidades. Director/a Provincial de Adultos Mayores o cargo equivalente correspondiente a cada una de las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Un (1) representante por cada una de las confederaciones (el/la representante será la máxima autoridad de la confederación) de organizaciones de adultos mayores del país con un máximo de diez. Deberán estar acreditadas en los Registros del Ministerio de Desarrollo Social a nivel nacional, Registro Nacional de Organizaciones de Adultos Mayores (RENOAM). Un representante por provincia de las Federaciones de jubilados y pensionados pertenecientes a los Regímenes Previsionales provinciales no transferidos al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones. Dos representantes Adultos Mayores del Consejo Provincial (adultos mayores elegidos/as en el seno del Consejo Provincial de Adultos Mayores) por cada una de las provincias y dos por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En caso de no estar conformado el consejo provincial, serán vocales dos adultos/as mayores representantes de las organizaciones de mayores elegidos/as por el Director Provincial de Adultos Mayores o cargo equivalente por cada una de las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de manera transitoria. Dos representantes de los adultos/as mayores pertenecientes a las comunidades aborígenes, elegidos/as por el responsable del INAI u organismo equivalente a nivel nacional.

El Comité Ejecutivo estará integrado por: el Presidente, los Vicepresidentes, el Secretario Ejecutivo. A éstos se suman los siguientes vocales del Plenario del Consejo Federal: a) un/a representante con rango de Director/a Nacional o equivalente por cada uno de las siguientes áreas de gobierno: 1) Ministerio de Salud; 2) Ministerio de Economía; 3) Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados;

4) Administración Nacional de Seguridad Social; 5) Comisión Nacional de Pensiones no Contributivas. b) Un/a representante por cada una de las confederaciones de organizaciones de adultos mayores del país. c) Un representante de las Federaciones de Jubilados y Pensionados pertenecientes a los Regímenes Previsionales Provinciales no transferidos al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones. d) Siete Directores/as Provinciales de Adultos Mayores o cargo equivalente representantes de las áreas provinciales correspondientes a cada una de las regiones del país (NEA, NOA, Centro, Buenos Aires, Nuevo Cuyo y Patagonia Norte y Patagonia Sur). Éstos serán elegidos entre sus pares correspondientes a cada una de las regiones determinadas por el MDS. e) Siete Adultos Mayores de los Consejos Provinciales correspondientes a cada una de las regiones del país (NEA, NOA, Centro, Buenos Aires, Cuyo y Patagonia Norte y Patagonia Sur). Éstos serán elegidos entre sus pares regionales por cada región, que no podrá ser representante de la misma provincia a la que pertenece el representante provincial autoridad.

La resolución 1216/06 establece las siguientes funciones para el Consejo Federal de los Mayores como ámbito de reflexión, concertación y asesoramiento permanente de carácter no vinculante:

- a) Proponer y participar en el diseño de las políticas sociales específicas y las líneas prioritarias estatales de acción para el sector de personas mayores.
- b) Participar en la identificación de las necesidades específicas de las personas mayores, respetando sus particularidades, instituciones, recursos, programas, servicios, legislación, investigación y estudios, propiciando la constitución y el fortalecimiento de centros de documentación y bancos de datos que la registren.
- c) Participar en el relevamiento y análisis de las acciones que se lleven a cabo en la implementación de las políticas relativas a las personas mayores, de los recursos que les sean asignados y proponer alternativas para su optimización.
- d) Contribuir a la creación, organización y ejecución de acciones de los Consejos de Adultos Mayores en las jurisdicciones provinciales y municipales.
- e) Proponer, colaborar e impulsar la organización periódica de encuentros provinciales y nacionales de los organismos de estado y organizaciones de adultos mayores que contribuyan al crecimiento de los aspectos organizativos, culturales, científicos, etc., elaborando sus agendas.
- f) Proponer e informar sobre instancias de capacitación de los recursos humanos dedicados a la formulación de programas y a la atención directa de las personas mayores.
- g) Proponer y promover la actualización permanente de los diagnósticos cuantitativos y cualitativos de la situación de las personas mayores para la formulación y diseño de acciones, procurando que el diagnóstico se realice por zonas geográficas.
- h) Promover el desarrollo de campañas de sensibilización de la comunidad sobre el envejecimiento, las potencialidades y la problemática de la vejez.
- i) Difundir información sobre los programas y proyectos existentes, y experiencias exitosas e innovadoras.

- j) Promover un sistema de interconsultas con organismos del Estado y/o instituciones con alcance nacional y/o internacional en materias relacionadas con las personas mayores.
- k) Proponer y promover el intercambio de experiencias y capacitación de funcionarios, especialistas y adultos mayores con instituciones públicas y/o privadas y jurisdicciones nacionales e internacionales priorizando la relación con los países integrantes del Mercosur.
- l) Participar en la elaboración de propuestas para la incorporación de los derechos de las personas mayores en las futuras reformas al texto de la Constitución Nacional, e invitar a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a incluir las reformas en sus Constituciones.
- m) Evaluar y ponderar los resultados logrados en la aplicación de las políticas y las acciones propuestas.
- ñ) Promover la inclusión y participación de adultos mayores que no perciban ningún beneficio previsional a través de organizaciones propias o de su incorporación a entidades ya conformadas y en funcionamiento.
- o) Coordinar el tratamiento de temas de interés común con otros consejos federales, organismos y cuerpos afines.
- p) Impulsar la actividad legislativa a nivel nacional, provincial y municipal que contemple toda la problemática vinculada a las personas mayores; contribuir a que la normativa vigente se mantenga constantemente actualizada, sugiriendo en tal sentido las modificaciones pertinentes y procurando su incorporación a la legislación general aplicable a todas las personas mayores del país.
- q) Constituir comisiones especiales para el estudio de asuntos específicos en razón de los temas y de su trascendencia, con la colaboración de técnicos y especialistas.
- r) Recabar informes con relación a la población mayor a organismos públicos y privados y referidos a su competencia específica.
- s) Celebrar los convenios que estime pertinente.
- t) Promover las relaciones intergeneracionales.
- u) Representar al colectivo de las personas mayores en el ámbito nacional e internacional.
- v) Fomentar el desarrollo de sistemas de calidad en las organizaciones, servicios y productos relacionados con la temática de los mayores.
- w) Promover el desarrollo del asociacionismo y la participación de las personas mayores en la comunidad.
- x) Participar en el monitoreo del Plan Mayores hasta que esté en vigencia y del Plan Adulto Mayor Más.

- y) Participar en el diseño y evaluación de los programas destinados a la población adulta mayor. Para ser representante de las personas mayores es necesario tener sesenta años cumplidos.

La República Federativa de Brasil creó el Consejo Nacional de los Derechos de los Mayores (CNDI) dependiente de la Presidencia de la República y, dentro de ella, de la Secretaría Especial de Derechos Humanos, según la Ley número 8842, del 4 de enero de 1994 y luego constituido por la Ley número 10741 del 1º de octubre de 2003 y el Decreto número 5109 del 17 de junio de 2004. El consejo está conformado por veintiocho miembros: 1) catorce representantes y sus respectivos suplentes (uno por cada uno) de los siguientes organismos gubernamentales: Secretaría Especial de los Derechos Humanos de la Presidencia de la República, Ministerio de Justicia; Ministerio de Relaciones Exteriores; Ministerio de Trabajo y Empleo, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud; Ministerio de Cultura, Ministerio de Deporte; Ministerio de Turismo; Ministerio de las Ciudades; Ministerio de Ciencia y Tecnología; Ministerio de Desarrollo Social y Combate al Hambre; Ministerio de Previsión Social y Ministerio de Planeamiento, Ordenamiento y Gestión. Éstos son elegidos por los titulares de los organismos representados veinte días antes del término de los mandatos. Un representante y los respectivos suplentes de: las organizaciones de Trabajadores; las organizaciones de empleadores; de los órganos de fiscalización del ejercicio profesional y de las organizaciones de “aposentados”. Dos representantes y sus respectivos suplentes de los siguientes segmentos: representantes de la sociedad civil, que actúan en el campo de la defensa y de la promoción de los derechos de las personas mayores: organizaciones de la comunidad científica; organizaciones de educación, ocio, cultura, deporte o turismo. Tres representantes y sus respectivos suplentes de los siguientes segmentos representantes de la sociedad civil, que actúan en el campo de la defensa y de la promoción de los derechos de las personas mayores: organizaciones de defensa de derechos; organizaciones de asistencia social. El Presidente y el vicepresidente son elegidos por el Plenario reunido en Asamblea, y deberán alternarse entre un representante de las organizaciones de gobierno y de la sociedad civil en cada nuevo mandato. Los catorce representantes de las organizaciones de la sociedad civil son escogidos por medio de votación a partir de una convocatoria del CNDI, en una publicación en el diario oficial realizada sesenta días antes de finalización del mandato. Se elegirán titulares y suplentes, por lo menos treinta días antes de finalización del mandato. El proceso electoral es acompañado por un funcionario de gobierno designado a ese fin.

Entre sus funciones se encuentran:

- 1) elaborar las directrices, instrumentos, normas y prioridades de la política nacional de la persona mayor, controlar y fiscalizar sus acciones de ejecución;
- 2) elaborar proposiciones con el objetivo de perfeccionar la legislación pertinente a la política nacional de la persona mayor;
- 3) velar por la aplicación de la política nacional de atención a las personas mayores y por la implementación de acciones que tiendan al cumplimiento de acuerdos, convenciones y otros instrumentos internacionales relativos al envejecimiento de las personas;
- 4) estimular la creación de consejos de personas mayores;
- 5) estimular y apoyar técnicamente la creación de consejos de mayores y a los organismos estatales, municipales y organizaciones de la sociedad civil para hacer efectivos los derechos de las personas mayores;

- 6) avalar la política llevada a cabo por las esferas estadual, distrital y municipal en lo referente a los consejos de mayores instituidos en esas áreas de gobierno;
- 7) acompañar el reordenamiento institucional de las estructuras públicas y privadas, siempre que sea necesario en lo referente a la atención de las personas mayores;
- 8) apoyar la realización de campañas educativas sobre los derechos de las personas mayores, con atención a las medidas a ser adoptadas en caso de violación de los derechos de las personas mayores;
- 9) acompañar la elaboración y ejecución de una propuesta del estado federal, identificando las modificaciones necesarias para llevar adelante una política de promoción de los derechos de las personas mayores;
- 10) elaborar un reglamento interno, que será aprobado, como mínimo, por dos tercios de sus miembros. Sus miembros permanecen en el cargo por dos años con posibilidad de reelección. Entre los criterios de elección de sus representantes se establece que se considera organización de la sociedad civil a la entidad de derecho privado sin fines de lucro, y de interés de utilidad pública que tenga actuación en el ámbito nacional, con representación como mínimo de cinco unidades de federaciones en tres regiones.

Funciona a partir de una Asamblea General; comisiones permanentes y grupos temáticos. Las comisiones de carácter técnico se constituyen en carácter permanente y son las siguientes: Políticas Públicas; Normas; Comunicación social; Financiamiento y Articulación y estímulo a la creación de los consejos. Los grupos temáticos son temporales y se organizan con tareas y plazos determinados. El CNDI se reúne cada dos meses o extraordinariamente convocado por el Presidente o a requerimiento de la mayoría de sus miembros. Las reuniones ordinarias son públicas. Las asambleas extraordinarias deben ser convocadas con 20 días de antelación.

En Chile se creó el Comité Consultivo del Adulto Mayor como parte del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). El origen del mismo es el Artículo 6 de la Ley 19.828 que creó el SENAMA en 2003 y su Decreto Reglamentario número 92 del 21 de julio de 2003. Está presidido por el titular del SENAMA e integrado por:

- a) siete académicos de Universidades del Estado o reconocidas por éste;
- b) cuatro personas provenientes de organizaciones de adultos mayores, inscriptas en el Registro del Servicio con esa finalidad;
- c) cuatro personas representantes de personas naturales o jurídicas que presten servicios remunerados o no a adultos mayores inscriptas en el Registro de Prestadores de Servicios al Adulto Mayor. Los consejeros correspondientes a los ítems a) y b) son nombrados por el Presidente de la Nación; en tanto que los del c) son elegidos entre las personas e instituciones inscriptas en el Registro Nacional. Para ello el Director Nacional del SENAMA realiza una convocatoria en un periódico de circulación nacional a los representantes de los prestadores de servicios inscriptos en el registro a fin de que realicen la elección. Los elegidos serán aquellos que ten-

gan las cuatro primeras mayorías en la votación de los presentes. Cada representante tendrá derecho a emitir un voto. La elección se lleva a cabo con los representantes que asistan y se realiza durante la segunda quincena del mes de diciembre del año anterior a su entrada en funciones. Los miembros a) y b) se mantienen en su cargo mientras tengan la confianza del Presidente de la República, los c) pueden ser reelegidos.

Las funciones del Comité son: a) asesorar al Director Nacional en todo lo relativo a las acciones, planes y programas del Servicio sometidos a su consideración; b) realizar las sugerencias, observaciones y proposiciones que estimen convenientes; c) dar su opinión en las materias en las que se solicite su opinión.

El Consejo se reúne en sesiones ordinarias por lo menos una vez al mes. El Director Nacional podrá convocar a sesiones extraordinarias por propia iniciativa o a propuesta de cuatro de los miembros del comité consultivo. Los acuerdos se adoptan a partir del voto favorable de la mayoría de los miembros presentes. Estos acuerdos tienen el carácter de recomendaciones para el Director Nacional.

En Costa Rica el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) se creó en el artículo 34 de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, Ley número 7935 del 25 de octubre de 1999. Es el órgano rector en materia de envejecimiento y vejez en Costa Rica adscrito a la Presidencia de la República. El Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor formula políticas y planes nacionales, promueve, ejecuta, evalúa y coordina el desarrollo de programas, proyectos y servicios implementados por las entidades públicas y privadas y dirigidos a la población adulta mayor, con el objetivo de garantizar el mejoramiento de su calidad de vida desde un enfoque de derechos, con perspectivas de género y solidaridad intergeneracional. Busca garantizar el mejoramiento en la calidad de vida de las personas adultas mayores mediante la formulación y ejecución de las políticas públicas integrales que generen la creación de condiciones y oportunidades para que estas personas tengan una vida plena y digna, acorde con los principios de: igualdad de oportunidades, dignidad, participación, permanencia en su núcleo familiar y comunitario, atención integral, realización personal e independencia.

Es dirigido por una Junta Rectora (según indica el artículo 37 de la Ley número 7935), conformada por los siguientes miembros: el Presidente de la República o su representante, quien la presidirá; el Ministro o el Viceministro de Salud; el Ministro o el Viceministro de Educación Pública; el Ministro o el Viceministro de Trabajo y Seguridad Social; el Presidente Ejecutivo de la Junta de Protección Social de San José; el Presidente Ejecutivo del Instituto Mixto de Ayuda Social; el Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social; un representante de las Universidades Estatales, electo por el Consejo Nacional de Rectores; un representante de la Asociación Gerontológica Costarricense; un representante de las Asociaciones de Pensionados; un representante de la Federación Cruzada Nacional de Protección al Anciano. Entre sus fines se encuentra: propiciar y apoyar la participación de la comunidad, la familia y la persona adulta mayor en las acciones para su desarrollo; impulsar la atención de las personas adultas mayores por parte de las entidades públicas y privadas y velar por el funcionamiento adecuado de los programas y servicios destinados a ellas; velar porque los fondos y sistemas de pensiones y jubilaciones mantengan su poder adquisitivo, para que cubran las necesidades básicas de sus beneficiarios; proteger y fomentar los derechos de las personas adultas mayores referidos en el ordenamiento jurídico en general. Cuenta con tres instancias asesoras:

- 1) El SINATEC que está definido en el artículo 36 del Reglamento a la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, el cual establece que el CONAPAM contará con un equipo conformado por personas que tengan a cargo las acciones programáticas relativas a las personas adultas mayores en las diferentes instituciones. Tiene como propósito velar porque en las políticas y planes anuales operativos de cada una de las instituciones se incluyan los programas, proyectos y actividades en beneficio de las personas adultas mayores, sobre todo en cumplimiento de los derechos de esta población.
- 2) El Consejo de notables: un órgano conformado por personas que cuentan con amplia experiencia en temas de envejecimiento y vejez y que poseen una clara identificación con las personas adultas mayores, así como un compromiso genuino para trabajar en favor de la defensa de los derechos de este grupo de población. Fue creado en enero de 2003 con el fin de canalizar las iniciativas y demandas de las personas adultas mayores para mejorar sus condiciones y calidad de vida.
- 3) El Foro consultivo nacional: órgano conformado por una Secretaria Técnica, 81 personas adultas mayores representantes de todos los cantones del país y la Dirección Ejecutiva del CONAPAM.

Su finalidad es brindar la colaboración y participación de las personas adultas mayores en la definición, aplicación y seguimiento de las políticas de atención, inserción social y calidad de vida dirigidas, así como el cumplimiento de la normativa vigente referente a este sector de la población. Además, debe canalizar hacia el CONAPAM las iniciativas y demandas de las personas adultas mayores y asesorar e informar sobre las consultas que le son formuladas por personas físicas y jurídicas en materias que afectan las condiciones y calidad de vida de la población adulta mayor.

En Nicaragua se creó el Consejo Nacional del Adulto Mayor, dependiente del Ministerio de la Familia, según Decreto número 93 del 27 de septiembre de 2002. El Consejo está presidido por la Primera Dama de la República. Coordinado por el titular del Ministerio de la Familia e integrado por dieciséis delegados de los siguientes organismos públicos: Ministerio de la Familia, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo, Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, Instituto Nicaragüense de Turismo, Procuraduría de Derechos Humanos, Asociación de Municipios; un adulto mayor miembro de las Asociaciones de Jubilados, un adulto mayor no jubilado beneficiario de un programa social dirigido a esta población; un representante de las regiones autónomas Atlántico Norte y Atlántico Sur, de organismos no gubernamentales vinculados al tema y acreditados ante el Ministerio de Familia; una empresa privada, la Iglesia, Consejo de Universidades y otros que decida el Consejo. Las funciones del Consejo son:

- 1) estimular la integración del adulto mayor a la vida familiar, social y al desarrollo del país;
- 2) velar y asegurar que el adulto mayor cumpla con sus deberes y disfrute plenamente de los derechos y libertades consagradas en la Constitución Política y en las demás leyes de la República;
- 3) proponer las políticas y los planes nacionales en materia de protección y atención integral del adulto mayor;

- 4) participar, en coordinación con las instituciones gubernamentales, no gubernamentales y la Sociedad Civil en general, en la implementación de las políticas de Estado en materia de protección y atención integral del adulto mayor;
- 5) promover la capacitación y asesoramiento de los órganos gubernamentales y la sociedad civil en general, sobre las políticas estatales dirigidas a la protección y atención integral del adulto mayor, así como la difusión y promoción de los derechos y deberes reconocidos en la legislación nacional y en los instrumentos internacionales firmados y ratificados por Nicaragua;
- 6) evaluar anualmente los programas, proyectos y servicios a las personas mayores que ejecutan las instituciones públicas y privadas;
- 7) promover la actualización de la legislación nacional, necesaria para el cumplimiento efectivo de los derechos y deberes del adulto mayor;
- 8) crear un Comité Técnico de apoyo al Consejo Nacional del Adulto Mayor conformado por las instituciones representadas en el mismo, para realizar el trabajo técnico y de coordinación interinstitucional que el Consejo le asigne. Este comité estará coordinado por la Secretaría Ejecutiva;
- 9) promover la realización de investigaciones, estudios y diagnósticos relacionados al tema;
- 10) aprobar su reglamento interno, el cual establecerá los procedimientos para la elección de los integrantes del Consejo y el cumplimiento adecuado de los objetivos del Consejo; y
- 11) las demás funciones que se consideren convenientes para el desarrollo de las actividades en beneficio del bienestar y la protección de la población de adultos mayores. Debe reunirse seis veces al año para revisar el cumplimiento de sus objetivos.

En Uruguay la Ley número 18.617, promulgada en octubre de 2009, creó el Instituto Nacional del Adulto Mayor en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). La ley creó un Consejo Consultivo, órgano de propuesta y asesoramiento para el instituto. Prevé su integración por la sociedad civil organizada, en un rol de monitoreo ciudadano; por actores estatales, en un rol de articulación y coordinación de acciones; y por actores académicos, en un rol de asesoramiento técnico y conceptual.

El Instituto Nacional del Adulto Mayor (INMayores) comenzó a trabajar en enero de 2012 y el Consejo Consultivo inició sus reuniones en marzo de 2012. El Consejo Consultivo está integrado por el Ministerio de Salud Pública, el Banco de Previsión Social, la Cátedra de Geriatria de la Facultad de Medicina, el Congreso de Intendentes y hasta tres organizaciones de la sociedad civil que representen los intereses de las personas mayores jubiladas, pensionistas y de sus intereses culturales a los efectos de dar cumplimiento a las competencias asignadas al INAM, quien presidirá dicho Consejo. Participan en ese marco representantes de la Red de Adultos Mayores (REDAM), red de organizaciones de mayores pertenecientes a los 19 departamentos del Uruguay. Los organismos del Estado integrantes del mismo deberán prestar aporte técnico y económico con destino a la ejecución de políticas.

A modo de síntesis, existen heterogeneidades entre los consejos de adultos mayores identificados y las formas de participación de las personas mayores en ellos son diversas. Los consejos de España, Costa Rica y Argentina tienen un porcentaje alto de representantes de organizaciones de mayores en su seno, mientras que en Nicaragua o Chile éste es bajo. En otros casos, como el del consejo de Brasil, si bien un alto porcentaje de miembros son representantes de la sociedad civil, no provienen de organizaciones de adultos mayores sino de aquellas que trabajan en la defensa de derechos o en la asistencia o brindan servicios a los mayores cuyos miembros no necesariamente pertenecen a este grupo etario. Los representantes de las organizaciones de personas mayores en algunos casos son elegidos por sus pares de acuerdo a criterios consensuados en la normativa de los consejos (Argentina, España, Uruguay), y en otros son elegidos por la máxima autoridad del país a partir de la inscripción en un registro creado para ese fin (Chile).

IX. 7. Participación en Instancias de Educación a lo largo de la vida

Como mencionamos más arriba, en el marco de la Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, se enuncia el derecho a la educación por parte de las personas mayores a fin de lograr su participación activa en sus comunidades (CEPAL-CELADE, 2004). Asimismo, dado el incremento de la esperanza de vida, es necesario que la población mayor tenga acceso a espacios que le permitan formarse a lo largo de la vida (Muñoz Galiano, 2012), tanto en el sector formal como en el sector no formal de la educación, a fin de favorecer su desarrollo social e individual. Desde el punto de vista del ejercicio de una ciudadanía plena, el acceso a la educación a lo largo de la vida supone no sólo una instancia de participación sino la preservación del derecho a la independencia y a la autonomía.

Las personas mayores han tenido menos oportunidades de educarse en su niñez y juventud debido fundamentalmente a la falta de oferta educativa (en la región el modo es la escolaridad primaria y las personas mayores con educación superior no supera el 10%). Estas carencias se incrementan si se consideran subpoblaciones como la rural, la de los quintiles inferiores y la de las mujeres. Por otro lado, si bien es cierto que la devaluación de las credenciales y el acceso a la educación en forma masiva por parte de las nuevas generaciones da cuenta de demandas de educación formal que las personas mayores no tuvieron en su juventud para acceder al mercado de trabajo, existen brechas que desde el paradigma de derecho es necesario saldar. Entre ellas, el analfabetismo por carencia de formación o por desuso que se da con más prevalencia entre las mujeres mayores que entre los varones pares generacionales y en las generaciones más jóvenes.

Estas carencias suponen demanda de alfabetización y de finalización del ciclo escolar para las personas mayores como parte de su derecho ciudadano de inclusión social, así como el acceso a instancias educativas que permitan abordar asignaturas pendientes y fortalecer el desarrollo de vocaciones en la vejez.

Los cambios tecnológicos recientes implican otra gran brecha a saldar para las personas mayores: el acceso al uso de las nuevas tecnologías de información y comunicación. La capacidad de la utilización de cajeros automáticos, teléfonos celulares y de acceso a internet son saberes claves relacionados con estos derechos.

Los Estados tienen una obligación indelegable en esta dirección promoviendo la oferta educativa de finalización de la educación básica formal para las personas mayores y el acceso a las ofertas universitarias para personas mayores como parte de los programas de extensión universitaria. Cabe destacar la importancia de la formación pedagógica gerontológica para aquellos docentes que asuman esta tarea. La participación de las personas mayores en espacios universitarios supone una instancia relevante de

educación gerontológica a partir de la desmitificación de los prejuicios edaístas como parte de la convivencia intergeneracional en estos ámbitos.

La educación para la salud, relacionada con el autocuidado, que abarca conocimientos sobre la alimentación, los estilos de vida y la actividad física e intelectual, entre otros, es un medio de prevención para todas las edades y es de especial relevancia cuando se es mayor.

Asimismo, existen experiencias en la región que han puesto en juego diversas alternativas educativas que es necesario profundizar y promocionar. Por un lado, las organizaciones de personas mayores a través del voluntariado social desarrollando acciones educativas innovadoras relacionadas con la alfabetización (lectoescritura) y la alfabetización informática de sus pares; por el otro, la participación de los mayores en espacios educativos intergeneracionales.

Por último, la inclusión en instancias educativas supone la transferencia de conocimientos de las personas mayores a las generaciones más jóvenes, como la transmisión de oficios y saberes específicos. Para ello es relevante la formación pedagógica de las personas mayores a fin de facilitar estos procesos.

IX. 8. Conclusiones

En el curso de este capítulo se exploran las distintas alternativas de participación y de inclusión social de las personas mayores. En el trayecto recorrido entre las dos asambleas mundiales sobre envejecimiento (Viena, 1982 y Madrid, 2002) se ha ampliado la visión de la importancia del protagonismo de las personas mayores en sus comunidades y las responsabilidades compartidas que esto supone. Sin embargo, la mayor obligación es la de los Estados que deben promover y propiciar en el seno de sus sociedades entornos favorecedores. En esta dirección, se ha avanzado en la región a partir de las declaraciones de los países producto de las reuniones de seguimiento de Madrid y de la gestación de una convención que proteja los derechos de las personas mayores tanto en el seno de las Naciones Unidas como en el de la Organización de Estados Americanos.

El balance es positivo, sin embargo, quedan asignaturas pendientes relacionadas con la inequidad, producto en la gran mayoría de los casos no de la condición de viejo sino de una trayectoria de vida de exclusión signada por la discriminación por pertenencia a una etnia, por género, por pobreza y por dificultades en el acceso a la educación, a la salud, al trabajo y a la seguridad social, que se profundizan en la vejez. Asimismo, poco se ha avanzado en la promoción de la participación comunitaria de personas mayores con algún grado de discapacidad, a partir de la mejora de las condiciones ambientales que permitan su inserción en dichas actividades (Levasseur, Desrosiers, & St-Cyr Tribble, 2008).

La promoción de espacios de participación de las personas mayores en los diversos ámbitos de la vida pública analizados se conforma como una propuesta de disminución de estas brechas y de mejora de la calidad de vida de las personas mayores (ya no sólo como sujetos de asistencia sino como sujetos que aportan saberes, bienes y servicios a la comunidad) que debemos profundizar.

* Si bien la preparación de los bolsones una vez al mes es más sencilla, de cualquier modo hay que realizar las compras, armar los bolsones, repartirlos y rendir cuentas, además de las tareas complementarias que se llevan a cabo.

Capítulo X.

Redes sociales de las personas mayores

LA AUTORA

Claudia Josefina Arias, Licenciada en Psicología y Magíster en Psicología Social, Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMdP). Docente en grado y posgrado Facultad de Psicología (UNMdP) y Docente invitada en posgrados en Universidades Nacionales y extranjeras. Dirección de 7 Proyectos de investigación bianuales subsidiados por la UNMdP Directora de Tesistas de Carreras de Posgrado, de investigadores en formación, de becarios de la UNMdP, CIN Y CONICET y de adscriptos a la investigación. Autora de numerosos libros, capítulos de libros, artículos científicos y presentaciones en eventos científicos nacionales e internacionales. Coordinadora en los Cursos de Formación en Cuidados Domiciliarios, en el de Directores y Equipos Técnicos de Centros de Día y Residencias para Mayores y en los Talleres UPAMI. Profesora y Subcoordinadora académica en la Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional. Evaluadora y Consultora nacional (convocada por UBA, UNMdP, Universidad Nacional de Tucumán, Universidad de la Patagonia Austral, CONICET, CIN, Ministerio de Educación y CONEAU) e internacional para CELADE/CEPAL, Naciones Unidas y HELPAge International.

X. 1. Ideas principales

El apoyo social a las personas mayores constituye un tema de gran interés y relevancia en la actualidad, formando parte de la agenda de debate en las reuniones de científicos, especialistas y políticos interesados en la vejez y el envejecimiento y, adquiriendo prioridad, entre los principales objetivos de programas y planes internacionales dirigidos a la población mayor.

El envejecimiento poblacional conlleva un sinnúmero de cambios que requieren una reformulación y un potenciamiento de los apoyos sociales. Entre ellos, los servicios sociales y sanitarios deben resultar adecuados, suficientes y de calidad para la población mayor.

El aumento notable en la esperanza de vida y consecuentemente de la proporción de adultos mayores dentro de la población total proponen nuevos desafíos que requieren cada vez más del desarrollo de investigaciones, de tecnologías y de nuevas prácticas que promuevan el bienestar en la vejez (Arias, 2008).

El marcado aumento del grupo de las personas mayores de edad más avanzada (80 años y más), el incremento de los hogares unipersonales entre dicho grupo etario, la sobrevivencia de las mujeres, así como la mayor incidencia de discapacidades y dependencias que requerirán de intervenciones especializadas y de cuidados de largo término son claros ejemplos de lo expuesto anteriormente. Sin duda, la aparición de nuevas necesidades y problemáticas constituye un desafío ante el cual es necesario diseñar estrategias de acción integrales.

En este contexto, la concepción de envejecimiento activo se basa en el ejercicio de los derechos de las personas mayores y es entendido por la Organización Mundial de la Salud como un proceso de optimización de las oportunidades de salud, seguridad y participación (OMS, 2002).

Respecto de ésta última, los organismos internacionales interesados en temáticas referidas a la vejez y al envejecimiento han destacado su importancia, junto con la integración en la comunidad y la disponibilidad de apoyos sociales variados (amigos, familiares, organizaciones, servicios sociales, políticas, programas comunitarios, educativos, etc.) para el mejoramiento de la calidad de vida y el logro de mayores niveles de bienestar.

Este capítulo se orienta a: 1) presentar el modelo teórico del apoyo social, describir los distintos tipos de fuentes de apoyo y analizar su impacto sobre el bienestar integral de las personas mayores; 2) trabajar en la evaluación y mapeo de la red de apoyo social y 3) brindar herramientas para el diseño de intervenciones en variadas situaciones y contextos.

En primer lugar, se expondrán los fundamentos del modelo teórico del apoyo social, se caracterizarán las fuentes formales e informales y se delimitará el concepto de red de apoyo, su forma de evaluación y los cambios que se producen en ella durante la vejez, tanto por pérdida como por inclusión de vínculos.

A continuación se abordarán las implicancias del apoyo social sobre el bienestar integral de las personas mayores a partir de variados hallazgos de investigación y se propondrán diversas alternativas de intervención, desde el apoyo social a nivel individual, grupal, institucional y comunitario. Finalmente se plantearán conclusiones a partir de los contenidos abordados a lo largo del capítulo.

X. 2 ¿Qué se entiende por apoyo social?

El apoyo social es “la ayuda, ya sea emocional, instrumental o de otra índole, que se deriva de un determinado entramado social” (Fernández Ballesteros, Izal, Montorio, González y Díaz Veiga, 1992, p.177) y cumple un papel sumamente importante puesto que ayuda a “proveer sentido a la vida”, aporta “retroalimentación cotidiana acerca de las desviaciones de la salud”, propicia una serie de “actividades personales que se asocian positivamente con sobrevida” (Sluzki, 1996, p. 81) y que se orientan al cuidado y a la promoción de la salud.

Según Gil Lacruz y Frej Gómez (1993, p. 44) *“El apoyo o soporte social se refiere a la percepción subjetiva y personal del sujeto, de que, a partir de su inserción en las redes, es amado y cuidado, valorado y estimado y de que pertenece a una red de derechos y obligaciones”*.

El marco teórico del apoyo social surgió de modelos ecológicos que intentan comprender y explicar la conducta humana en función de la relación dialéctica entre el individuo y su ambiente. Si bien diversos autores ya habían resaltado la importancia de las relaciones sociales para entender el comportamiento humano, el apoyo social se constituyó como modelo teórico y como campo de investigación en la década del `70. Es entonces cuando se produjo un redescubrimiento del valor de las redes de apoyo y se consolidó el movimiento de salud mental comunitaria (Gracia Fuster, 1997).

El modelo del apoyo social sostiene que la participación activa en los espacios sociales y la integración familiar y comunitaria incrementan el bienestar y elevan la calidad de vida. En este sentido, distintos organismos internacionales han remarcado la importancia que reviste el hecho de que las personas mayores mantengan una participación comunitaria activa y se encuentren integradas socialmente:

- La participación ha sido enunciada por las Naciones Unidas como uno de los principios a favor de las personas de edad (Naciones Unidas, 1998).
- La Organización Mundial de la Salud destacó la importancia de la participación y del apoyo social en el bienestar y la salud integral de las personas de edad (OMS, 2002).
- La Asamblea Mundial en el artículo 12 de su Informe Final destaca la necesidad de *“ofrecer sistemas adecuados y sostenibles de apoyo social a las personas de edad”* (Naciones Unidas, 2002, p.3).
- La reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a Personas Adultas Mayores planteó como objetivo principal *“fortalecer las redes de apoyo social de las personas mayores para mejorar su calidad de vida y potenciar su desarrollo como sujetos de derechos”* (CEPAL/CELADE, 2002, p.2).
- En la Estrategia Regional para implementación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento en América Latina y el Caribe (CEPAL/CELADE, 2004), se propuso al aumento de la disponibilidad de los sistemas de apoyo como uno de los objetivos para la creación de un entorno favorable y propicio para los adultos mayores.

Entre sus principales fundamentos podemos destacar que el modelo del apoyo social:

- Se centra en el estudio de los aspectos sociales.
- Posee un importante interés preventivo.
- Sostiene una concepción de salud positiva.
- Se interesa de manera fundamental por las problemáticas de personas en situación de fragilidad.
- Se centra en el trabajo con los recursos y las potencialidades.
- Persigue el logro de cambios a partir de la implicación activa de los involucrados en el problema y apunta al potenciamiento y desarrollo tanto a nivel individual como grupal, institucional y comunitario.

El trabajo basado en el apoyo social tuvo desde sus orígenes una fuerte tradición antropológica y se centró fundamentalmente en el estudio de quienes se encontraban en desventaja social o sufrían diversas prácticas de discriminación. Entre ellos podemos mencionar los trabajos realizados con migrantes, sectores populares, desocupados, madres solteras, personas con discapacidades, enfermos mentales y crónicos, adictos y adultos mayores.

En la actualidad la temática de las redes sociales ha sido incorporada ampliamente en diversas disciplinas y de manera fundamental en sociología, psicología, trabajo social y psiquiatría social.

En el campo de la psicología los conceptos de red y de apoyo social se han desarrollado y aplicado a diversas prácticas de índole preventivas y terapéuticas, tanto en el abordaje de familias, como de grupos, instituciones y comunidades, resaltando su utilidad para la resolución de situaciones críticas (Elkaim, 1989; Speck y Atteneave, 1974), cambio, desarrollo y procesos de autogestión comunitaria (Dabas, 1993), y enfatizando su potencialidad en cuanto a recursos y alternativas creativas de solución.

En base a los hallazgos de la práctica clínica, se ha valorizado la incorporación del paradigma de red en pos del enriquecimiento de la visión multidimensional de los fenómenos y de las posibilidades descriptivas, explicativas y terapéuticas (Sluzki, 1996).

Específicamente en el campo de la gerontología, los desarrollos teóricos e investigativos realizados en torno al apoyo social han dado sustento al diseño y a la puesta en marcha de prácticas de intervención concretas que han ido extendiendo su campo de aplicación a los ámbitos institucionales y comunitarios, así como a la formulación de programas y políticas sociales orientados a mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

En las últimas décadas, tanto los hallazgos de investigación como la evaluación de los logros de variadas intervenciones, han aportado evidencia acerca del impacto benéfico del apoyo social formal e informal sobre el bienestar integral en la vejez, presentándose más fuertemente como posibilidad de dar respuesta a una variedad de nuevas demandas que plantea el envejecimiento poblacional (Arias, 2008).

En la actualidad se encuentran vigentes numerosas políticas y programas que se fundamentan en el modelo teórico del apoyo social y que contribuyen de diversos modos a su fortalecimiento (Arias, 2008, 2013). El trabajo desde este enfoque permite el empoderamiento de los adultos mayores, entendido como un proceso que implica la revisión y problematización de ciertos códigos culturales, produciendo cambios de orden ideológico y social, que posibilitan la mejora de la autonomía y de la integración social así como la mejora de su calidad de vida (Iacub y Arias, 2011).

X. 2. 1. ¿Cuáles son las fuentes de apoyo para las personas mayores?

Entre las fuentes de apoyo social podemos distinguir las formales y las informales, con características muy diferentes, mientras las primeras trabajan con reglas formales y con procedimientos estandarizados, las segundas lo hacen con reglas implícitas y actividades espontáneas (Froland, Pancoast, Chapman y Kimboko, 1981).

Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2002) plantean que los apoyos brindados por fuentes formales pueden provenir del ámbito público o privado, poseen una estructura burocrática y objetivos orientados a ofrecer ayuda en determinadas áreas específicas.

Este tipo de apoyos pueden ser proporcionados a partir de políticas públicas, otorgamiento de subsidios y programas de prestación de servicios de diversa índole (servicios públicos, seguridad social y salud). En este tipo de fuente de apoyo trabajan profesionales o voluntarios.

La disponibilidad del apoyo formal se vincula con el nivel de institucionalidad existente en un territorio determinado. Por otra parte, los autores señalan que los apoyos proporcionados por fuentes informales corresponden a las redes personales (tanto vínculos familiares como no familiares) y a las comunitarias que no estén estructuradas como programas de apoyo. El apoyo informal ha sido valorizado por prestar a las personas mayores *“cuidados no estructurados, complementarios a los que proporcionan los gobiernos”* (Naciones Unidas, 2002, p. 4).

Ambas fuentes de apoyo son importantes y necesarias pero, en muchos casos, la intervención exclusiva o escasa de alguna de ellas o la participación desbalanceada de ambas pueden brindar una respuesta insuficiente o inadecuada.

X. 2. 2. La complementariedad entre las fuentes de apoyo social formales e informales

Diversos autores han señalado que entre ambos tipos de fuentes de apoyo social existen amplias diferencias y puntos de conflicto (Froland, Pancoast, Chapman y Kimboko, 1981; Gottlieb, 1983; Gracia Fuster, 1997) ya que poseen modos de funcionamiento y culturas distintas. No obstante, se ha propuesto de manera reiterada la necesidad de desarrollar iniciativas para lograr una complementación entre los apoyos formales e informales de las personas mayores (Murillo y Gracia Fuster, 1996; Gracia Fuster, 1997; CEPAL- CELADE, 2002, Gascón, 2002; Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2002).

De acuerdo con Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2002) para cumplir las metas de una vejez activa, con independencia económica y sin discapacidades es necesario no sólo que el Estado asuma un

rol activo en mejorar las condiciones de vida, sino que además se potencien las redes informales y los apoyos familiares. Refiriéndose a este tema señalan que las políticas pueden ser de gran utilidad si permiten y amplían *“las posibilidades de que el sistema formal sea complementado por el informal y se aproveche su enorme potencial”* (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2002, p. 24).

Gracia Fuster (1997) reconoce la imposibilidad de satisfacer la totalidad de las necesidades humanas y, especialmente, las de las poblaciones más vulnerables, a través de instituciones y servicios profesionales y destaca la importancia de la utilización de redes informales de apoyo como alternativas de intervención. Al respecto concluye que el trabajo por lograr una mejor articulación entre las fuentes formales e informales de apoyo social, así como la posibilidad de renegociar el equilibrio entre la responsabilidad pública y privada en la provisión de servicios de ayuda constituye una tarea sumamente importante.

En tal sentido es necesario clarificar las áreas de intervención y las responsabilidades de cada uno de ellos así como apuntar a que la coordinación y complementación de los sistemas de apoyo sea flexible de modo tal que permita la adecuación a las necesidades específicas de cada caso, evitando tanto la superposición de apoyos como la insuficiencia de los mismos.

A continuación se ampliará, dentro de los apoyos informales, la red de apoyo social, analizando los cambios que se producen en la vejez, sus implicancias sobre el bienestar biopsicosocial de las personas mayores, y efectuando aportes para enriquecer la evaluación de la misma y lograr intervenciones que mejoren la calidad de vida de este grupo etario.

X. 3. La red de apoyo social

La red de apoyo social cumple un papel central durante la vejez, ya que está conformada por relaciones familiares y no familiares que brindan efectiva o potencialmente uno o varios tipos de ayuda -compañía social, apoyo emocional, ayuda práctica, económica o guía cognitiva y consejo- (Sluzki, 1996). Si bien la persona no recibe permanentemente estas ayudas, puede disponer de ellas en situaciones críticas y, fundamentalmente, puede desarrollar soluciones creativas frente a conflictos y problemas. La red de apoyo social puede ser evaluada en lo que respecta a sus características estructurales, su funcionalidad y los atributos de los vínculos que la componen.

Las características estructurales aluden a:

- El tamaño de la red (cantidad de personas que la conforman).
- La densidad (grado de interrelación entre los miembros).
- La distribución (tipo de vínculos según ubicación en los cuadrantes y círculos del mapa de red).
- La dispersión (distancia espacial entre los miembros).
- La homogeneidad o heterogeneidad (similitud o diferencia de características sociales, culturales y demográficas entre los miembros de la red) (Sluzki, 1996, p. 45).

En lo referente a las funciones de la red, Sluzki (1996) incluye:

- La compañía social.
- El apoyo emocional.
- La guía cognitiva y consejos.
- La ayuda material, de servicios y el acceso a nuevos contactos.

Finalmente los atributos de los vínculos aluden a sus:

- Funciones prevaletentes.
- Multidimensionalidad (si el vínculo brinda más de un tipo de ayuda).
- Reciprocidad.
- Intimidad.
- Frecuencia de los contactos.
- Historia.

X. 3. 1. La evaluación de la red de apoyo social

En la actualidad disponemos de múltiples instrumentos que facilitan la exploración y la valoración de la red de apoyo social y que pueden ser administrados a las personas mayores en el espacio de una entrevista. Entre ellos se destacan, por el tipo de información que proporcionan, los que, desde modelos integradores del apoyo social, evalúan tanto los aspectos estructurales como funcionales de la red e indagan exhaustivamente los atributos de cada uno de los vínculos que la conforman.

La Entrevista Estructurada de Fuentes de Apoyo Social (Vaux y Harrison, 1985) es un instrumento que permite evaluar la red de apoyo social de un modo completo, exhaustivo y minucioso.

Este instrumento evalúa tanto las características estructurales y funcionales como los atributos de los vínculos que componen la red de apoyo social, identificando cinco formas de apoyo: emocional, social, práctico, económico y de orientación cognitiva y consejo. Se pide al entrevistado que nombre a las personas que le brindan los distintos tipos de apoyo describiéndoles situaciones típicas a modo de ejemplificaciones que faciliten la identificación de las relaciones en cuestión.

Una vez detectadas las personas que cumplen las diferentes funciones de apoyo, se elabora el listado total de relaciones y se completa una serie de datos de cada una de ellas que permite, tanto identificar de manera detallada el tipo de vínculo específico con cada miembro de la red, como caracterizar a la red de apoyo en general. Estos datos incluyen el sexo, tipo de relación, grado de intimidad, reciprocidad, frecuencia de contacto, multidimensionalidad y el conocimiento entre los miembros de la red.

Además, este tipo de instrumento aporta datos que permiten representar gráficamente la red mediante un mapa (Sluzki, 1996) en el que se visualiza la composición, distribución de los vínculos, nivel de intimidad y las interrelaciones entre los mismos.

El mapeo de la red de apoyo social

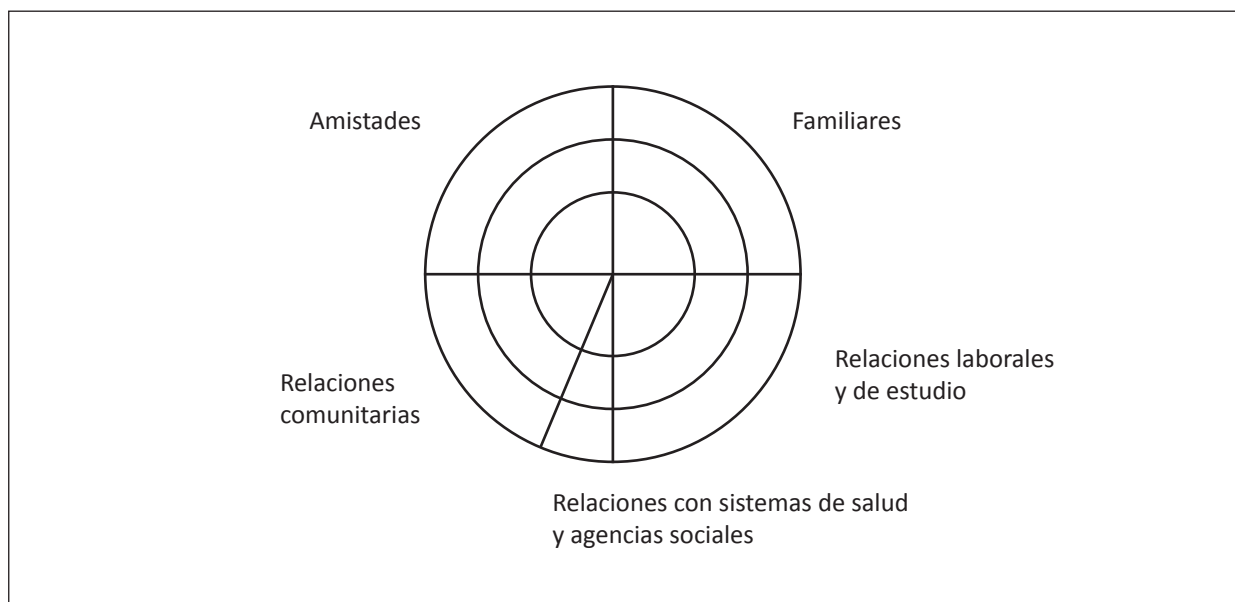
El mapa consiste en una representación gráfica que incluye a todas las personas que la conforman y permite demarcar cuatro sectores que diferencian el tipo de relaciones en:

- 1) Familiares.
- 2) Laborales o escolares.
- 3) De amistad.
- 4) Relaciones comunitarias y/o servicios de salud.

A su vez, estos cuatro sectores son atravesados por tres círculos que distinguen los vínculos de acuerdo con el grado de intimidad. El círculo interior incluye a las relaciones más íntimas, el círculo intermedio comprende a las de menor intimidad y compromiso, y por último en el círculo externo se ubican los conocidos y relaciones más ocasionales como los compañeros de escuela, algunos vecinos, compañeros de actividades laborales y familiares lejanos (ver figura 1).

En este mapa cada uno de los miembros que conforman la red se representa con un punto. Finalmente se usan líneas que unen los puntos para indicar a los miembros que se conocen e interactúan entre sí.

Figura 1. Mapa de Red



Fuente: Sluzki, C. (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica* (p. 44). Barcelona, España: Gedisa.

La evaluación y el mapeo de la red de apoyo social constituyen herramientas primordiales para la valoración integral de las personas mayores. Brindan información acerca de los vínculos que la componen, los recursos de ayuda con los que disponen, los tipos de relaciones ausentes, los aspectos a fortalecer y los vínculos que requieren ser incluidos o activados.

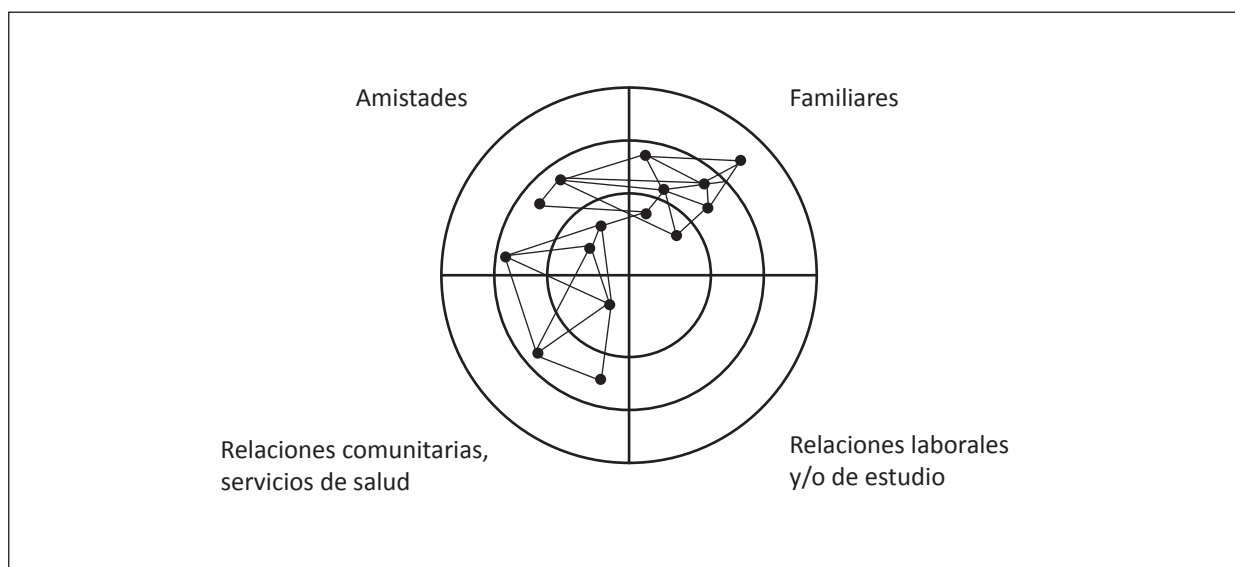
Por estas razones, la exploración de la red permite conocer de antemano sus posibilidades para responder adecuadamente y proporcionar los apoyos suficientes frente a situaciones críticas o problemáticas, ya sean puntuales o que se extiendan en el tiempo. Asimismo, aporta información de gran utilidad para el diseño de alternativas de tratamiento y cuidado adecuadas para cada caso particular.

Este tipo de evaluación de la red de apoyo social en el espacio de entrevistas, en las que podamos indagar profundamente tanto en los aspectos estructurales, como en los funcionales y en los atributos de los vínculos que conforman la red, permite incluir a las personas mayores como protagonistas en la toma de decisiones así como rescatar su singularidad y su particular forma de vivir la vejez.

A continuación, a modo de ejemplo, se presentan dos mapas de redes de apoyo de personas mayores de distinto tamaño y composición.

La figura 2 muestra el mapa de la red de apoyo social de Emilia. Se trata de una mujer de 85 años, que nació en España, se casó y migró a Argentina. Luego de una primera estadía en la provincia de Córdoba, se trasladó a Mar del Plata con su esposo y con su primer hijo, ciudad en la que vive desde hace treinta años. Viviendo en Mar del Plata tuvo tres hijos más y cuatro nietos. Desde hace 20 años está viuda y actualmente vive sola. El mapa permite observar que Emilia posee una red amplia de 15 miembros. La misma incluye a siete familiares (con dos de ellos posee una relación muy íntima, con cuatro medianamente íntima y con 1 poco íntima), cinco amistades (dos muy íntimas y tres medianamente íntimas) y tres vínculos correspondientes a relaciones comunitarias y/o servicios de salud (una muy íntima y dos medianamente íntimas). No posee en su red relaciones laborales ni de estudios. Se visualiza rápidamente en el diagrama que se trata de una red de apoyo social de tamaño amplio, con vínculos variados tanto en tipo como en nivel de intimidad. Además, las líneas que conectan los puntos permiten observar que muchas de las personas que la conforman se conocen e interactúan entre sí. Durante la entrevista se pudo conocer que la red incluye a cuatro hijos, una nuera, un yerno, una consuegra, cinco amigas y tres vecinas, y explorar los atributos de cada una de dichas relaciones (funciones de apoyo que cumplen, historia del vínculo, multi-dimensionalidad, frecuencia de contacto con cada uno de ellos, etc.).

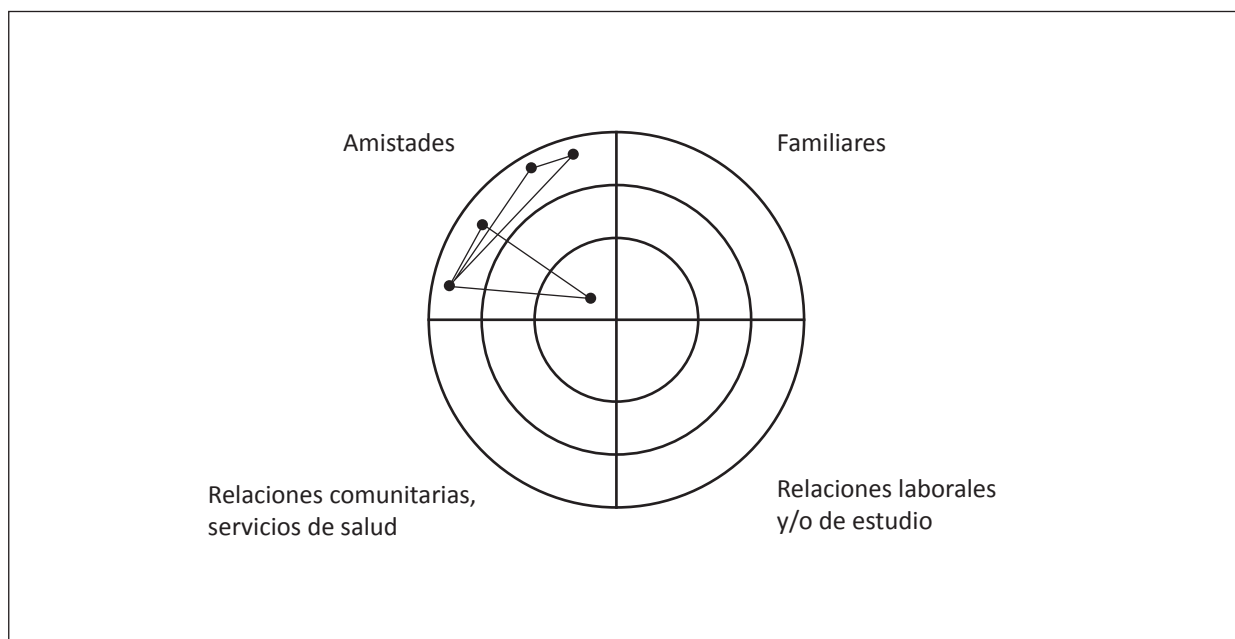
Figura 2. Mapa de la red de apoyo social de Emilia



Fuente: elaboración propia.

La figura 3 muestra el mapa de la red de apoyo social de Lorenzo. Se trata de una persona mayor de 65 años. Nació en la provincia de La Pampa (Argentina), lugar donde se casó y nacieron sus dos hijos y sus cuatro nietos. Hace pocos años y luego de haberse jubilado, migró con su esposa a Mar del Plata donde viven actualmente. Lorenzo concurre con su esposa a centros de jubilados donde desarrolla variadas actividades recreativas. La red de apoyo social de Lorenzo es escasa en lo que respecta al número de miembros que la integra. Como puede observarse en el mapa de la red de Lorenzo, la misma posee vínculos sólo en dos de los cuatro cuadrantes. Está integrada por cinco miembros: cuatro relaciones de amistad poco íntimas y una relación familiar muy íntima. Durante la entrevista pudo conocerse que el único vínculo de mucha intimidad es el que posee con su esposa, quien cumple todas las funciones características de la red: apoyo emocional, compañía social, ayuda práctica, económica y orientación cognitiva. Los restantes miembros que conforman su red son cuatro amigos de los centros de jubilados con los que posee una relación de escasa intimidad y que cumplen exclusivamente funciones de compañía social. Sólo algunos de los integrantes de la red de Lorenzo se conocen e interactúan entre sí, por lo que puede observarse una escasa densidad.

Figura 3. Mapa de la red de apoyo social de Lorenzo



Fuente: elaboración propia.

¿Qué cambios se producen en la red de apoyo social a lo largo del curso de vida?

Las redes sociales poseen características de sistemas abiertos, ya que se encuentran en un proceso dinámico de permanente construcción y reconstrucción (Dabas, 1993). Las mismas se modifican en el tiempo por la pérdida de ciertos vínculos y la incorporación de nuevos. Además, las relaciones pueden ir variando tanto en atributos como en el nivel de intimidad y la frecuencia de contacto, entre otros. Si bien estos cambios ocurren a lo largo de toda la vida, en ciertas etapas -niñez y adolescencia- se produce principalmente la incorporación de vínculos y por lo tanto la red crece y se expande. En la adultez se estabiliza y en la vejez disminuye su tamaño (Sluzki, 1996; Wrzus, Hänel, Wagner y Neyer, 2013).

Tradicionalmente se ha considerado que la red sufría severas interrupciones en esta etapa de la vida. A partir de la ocurrencia de eventos que pueden ocasionar pérdida de vínculos, como la muerte de amigos y de familiares, la pérdida de la pareja, la jubilación, el ingreso a una residencia, la migración, así como la presencia de mayores dificultades para mantener activos los vínculos que aún se poseen e incorporar nuevos, se ha considerado que el deterioro de la red en la vejez se convierte en un hecho casi inevitable (Sluzki, 1996), que puede generar situaciones de extremo aislamiento social, sentimientos de soledad y diversas patologías (Hawkley, Thisted, Masi y Cacioppo, 2010; Rurup, Deeg, Poppelaars, Kerkhof, y Onwuteaka-Philipsen, 2011).

Sin embargo, como se analizará a continuación a la luz de recientes hallazgos de investigación y de nuevas formulaciones teóricas, la interrupción de la red de apoyo social no es un hecho generalizado en la vejez.

¿La interrupción de la red de apoyo social es un hecho generalizado en la vejez?

Tradicionalmente se ha considerado que las redes en la vejez sufrían serias interrupciones. Entre las razones fundamentales se incluyen: la pérdida de relaciones por la muerte de sus propios familiares y amigos -también personas mayores- la jubilación, el ingreso a una residencia, la migración en la vejez y a las escasas oportunidades de incluir nuevos vínculos a su red.

Sin embargo, encontramos personas mayores que, aún luego de su jubilación, de migrar durante la vejez o, de su ingreso a una residencia, poseen redes amplias, funcionales y suficientes. Por otra parte, se observan reiterados casos en los que las personas mayores no sólo mantienen sus vínculos sino que también incorporan nuevas relaciones durante esta etapa de sus vidas.

Los hallazgos de investigaciones alcanzados en distintos países han cuestionado la supuesta interrupción de la red en la vejez al mostrar que las personas mayores disponen, en su mayoría, de redes amplias y suficientes, que incorporan nuevos vínculos durante esta etapa de la vida y que se encuentran satisfechos con el apoyo del que disponen (Acrich, 2012; Arias, 2004; Elgart, 2009; Arias y Polizzi, 2010, Fernández Ballesteros, 2009; Cornwell, Schumm, Laumann y Graber, 2009).

En una investigación realizada en Estados Unidos sobre una muestra representativa de adultos a nivel nacional que superaba los 3.000 casos distribuidos en tres rangos de edad (57 a 64 años, 65 a 74 años y 75 a 85 años) se comparó la cantidad de personas a quienes los entrevistados consideraban confidentes y con los que podían hablar temas importantes. Las medias obtenidas fueron de 3,5 para el grupo más joven y de 3,4 para el de más edad, sin diferencias significativas entre los grupos a pesar de existir un rango de casi 30 años entre ellos. Asimismo, los autores concluyeron que las personas mayores estaban bien conectadas socialmente (Cornwell, Schumm, Laumann y Graber, 2009).

En España, con variadas técnicas de recolección de datos se encontraron redes amplias en las personas mayores. Por ejemplo, aplicando el instrumento denominado "Mis relaciones" (Fernández Ballesteros, 2004), que identifica a las personas significativas según tres niveles de intimidad, se obtuvo un promedio de 5,4 relaciones muy íntimas, de 7,0 para las medianamente próximas y de 12,5 para aquellas que, sin ser muy próximas, la persona igualmente considera importantes en su vida (Fernández Ballesteros, Reig Ferrer y Zamarrón Casinello, 2009).

Diversos trabajos realizados en Argentina también han mostrado resultados similares. En un estudio desarrollado en la ciudad de Mar del Plata se comprobó que las redes de las personas mayores en-

trevistadas estaban conformadas en promedio por 11,6 miembros y que en los niveles de funcionalidad y suficiencia total de las redes eran predominantes los medios y elevados (Arias y Polizzi, 2010).

Distintos autores han señalado la importancia de incluir en el análisis de las redes no sólo características de estructura -como el tamaño- sino también aspectos funcionales, poniendo en evidencia que si bien se pierden vínculos durante la vejez, en la mayoría de los casos se trata de relaciones periféricas y no de relaciones centrales. De hecho, la cantidad de relaciones íntimas y el apoyo emocional del cual se dispone es relativamente estable a lo largo de la vida y hasta las edades más avanzadas (Antonucci, 2001; Cornwell, Schumm, Laumann y Graber, 2009; Due, Holstein, Lund, Modvig y Avlund, 1999; Wrzus, Hänel, Wagner y Neyer, 2013).

Carstensen y Charles (2007) sostienen que las explicaciones que se han brindado acerca de la disminución de las relaciones sociales en la vejez se han basado más en ideas y estereotipos – en muchos casos incorrectos – que en hallazgos de investigaciones. Estos autores proponen desde la teoría de la selectividad socioemocional una lectura diferente e interpretan la disminución de las relaciones que conforman la red en la vejez como el resultado de una elección intencional de los adultos mayores y no como la consecuencia de múltiples pérdidas.

Esta teoría sostiene que la comprensión de la propia finitud tiene como consecuencia la transformación de las metas que orientan el comportamiento. En lugar de proyectar la obtención de bienestar en el futuro, las personas mayores se focalizan en el presente y una de las fuentes privilegiadas para lograr este bienestar son las relaciones interpersonales. Por este motivo, asumen un rol proactivo en sus relaciones sociales y seleccionan intencionada y estratégicamente los vínculos que más les interesa seguir manteniendo y profundizando (Carstensen, 2006; Carstensen, Isaacowitz y Charles, 1999).

English y Carstensen (2014), a partir de los resultados de un estudio longitudinal, proponen que a lo largo de la adultez y, específicamente, a partir de la mediana edad tardía, se produce un achicamiento selectivo de la red que recae fundamentalmente sobre las relaciones más periféricas y que se asocia con cambios positivos en la experiencia emocional en la vida cotidiana.

En la vejez el bienestar se vuelve una prioridad por lo que se evitan situaciones conflictivas o negativas y se seleccionan las que involucran a determinadas relaciones familiares y de amistad que ya han sido vivenciadas y que resultan placenteras. Por lo tanto, las relaciones positivas se mantienen estables con la edad y las negativas se reducen en la medida en que ésta aumenta (Akiyama, Antonucci, Takahashi y Langfahl, 2003).

Se puede afirmar, entonces, que si bien el tamaño de la red tiende a reducirse en la vejez, el número de relaciones íntimas y el apoyo emocional del cual se dispone es relativamente estable a lo largo de la vida y hasta las edades más avanzadas (Due, Holstein, Lund, Modvig y Avlund, 1999).

En lo que respecta a las personas que durante la vejez presentan redes escasas, es necesario efectuar un análisis acerca de los motivos que han generado esta situación. A continuación se analizarán los cambios que se producen en esta etapa de la vida tanto por pérdida de vínculos como por la inclusión de nuevas relaciones.

X. 4. Los vínculos en la vejez

X. 4. 1. ¿Por qué motivos se pierden vínculos en la vejez?

Estudios recientes en los que se indagaban tanto la pérdida de relaciones durante la vejez como los motivos que las originaban, se comprobó que casi la totalidad de las personas mayores que conformaron las muestras había perdido al menos un vínculo luego de cumplidos los 60 años.

El motivo mencionado más frecuentemente fue la muerte de familiares y de amigos. Si bien se mencionó principalmente la pérdida de la pareja, también apareció la muerte de los propios padres e incluso en algunos casos la de los hijos. La pérdida de vínculos por fallecimiento correspondía tanto a miembros de la red que pertenecían a la misma generación (pareja, hermanos, cuñados, primos, amigos) y a la anterior (padres, tíos, suegros) -y que en ambos casos podrían ser esperables en la vejez- como a generaciones posteriores (hijos, nietos, sobrinos, nueras) que no son atribuibles a la edad. Estos últimos aparecieron con menos frecuencia que los anteriores y se habían originado por enfermedades o accidentes.

En segundo lugar, mencionaron como motivo de pérdida de vínculos la elección voluntaria de no continuar la relación con algunas personas. En la mayoría de los casos manifestaron que se trataba de relaciones conflictivas o poco cercanas. En este caso pudo observarse lo propuesto por la teoría de selectividad socioemocional, ya que las personas mayores habían terminado con ciertas relaciones por propia elección.

En tercer lugar expresaron haber perdido vínculos como consecuencia de migraciones. Sin embargo, por este motivo sólo se había producido interrupción en las relaciones que eran de escasa intimidad. Las relaciones más cercanas y significativas se habían mantenido a pesar de la distancia geográfica y aunque el tipo y frecuencia de contacto se hubieran modificado como consecuencia de la migración.

La jubilación también fue mencionada como motivo de pérdida de relaciones. Sin embargo, de un modo similar a lo que expresaron acerca del impacto de la migración, se trataba en general de vínculos que eran de escasa intimidad. Por el contrario, las relaciones más cercanas con compañeros de trabajo se mantenían luego de haberse jubilado.

Estas dos últimas situaciones también son consistentes con la teoría de la selectividad socioemocional, que afirma que las relaciones que se pierden en la vejez son las periféricas y que por el contrario el núcleo de relaciones más íntimas se mantiene aún en edades muy avanzadas.

Finalmente sólo un grupo muy minoritario mencionó a los problemas de salud como causa de pérdida de vínculos. En todos los casos se trataba de enfermedades graves que habían limitado seriamente la posibilidad de continuar la relación (Elgart, 2009).

X. 4. 2. ¿En la vejez se incorporan nuevos vínculos a la red?

Como se ha expresado anteriormente, además de las pérdidas, la situación de la red de apoyo social en la vejez se consideraba agravada porque se suponían dificultades tanto para mantener activos los vínculos que aun se poseían como para poder incorporar nuevas relaciones (Sluzki, 1996).

Recientemente, se han desarrollado estudios focalizados en la exploración de los cambios tanto por pérdidas como por ganancias de vínculos producidos en la red de apoyo social durante la vejez y se observó que, si bien las primeras son frecuentes, las personas mayores también incorporan vínculos durante esta etapa de la vida.

Los incluidos más frecuentemente son los amigos, la pareja y los nietos (Arias, 2015). En general, la conformación de una pareja o el establecimiento de un fuerte vínculo de amistad modifican notablemente su estado de ánimo y mejoran su situación de vida (Arias, 2004).

Los hallazgos muestran que la renovación de la red en la vejez es un hecho muy frecuente e incluso se encuentran redes conformadas en su mayoría por vínculos nuevos. Además, los hallazgos evidencian -como se expuso en el apartado anterior- que aunque la jubilación, el ingreso a una residencia para mayores y la migración en la vejez son hechos disruptivos de la red, también en estos casos los vínculos que se pierden son los más periféricos, mientras que los centrales se mantienen. Más aun, en algunos casos las dos últimas situaciones de cambio han sido informadas por las personas mayores como oportunidades que les facilitaron la incorporación de vínculos (Arias, 2004; Arias y Polizzi, 2010).

Estos hallazgos muestran que los apoyos sociales no son invariablemente escasos e insuficientes durante la vejez y que, además, es posible y frecuente incorporar nuevos vínculos significativos. Los adultos mayores no sólo mantienen relaciones que han sido establecidas en etapas anteriores de sus vidas, sino que continúan generando nuevas e incorporando muchas de ellas a sus redes. Seguramente los motivos que en algunos casos tienden a generar disrupción de la red durante la vejez no se reduzcan al aumento de la edad y sea necesario incluir otras variables individuales, familiares, culturales y sociales que expliquen esa situación.

Finalmente, se destaca el dinamismo que la red de apoyo tiene en la vejez y que se caracteriza no sólo por la pérdida o selección de algunos vínculos, sino también por la incorporación activa de nuevas relaciones.

Cabe resaltar que la participación en diversas propuestas tanto recreativas como deportivas, políticas, artísticas, culturales y educativas les proporciona oportunidades de generar nuevos vínculos. Cada vez más la vida de los adultos mayores trasciende los límites del hogar y del contexto exclusivamente familiar.

Por otra parte, en las últimas décadas las organizaciones de personas mayores han surgido y se han multiplicado de manera considerable. Existen múltiples grupos y redes que los agrupan, tanto a nivel nacional como internacional. En Argentina, las personas mayores, mediante su amplia y sostenida participación, han logrado la consolidación no sólo de las organizaciones que ellas mismas han creado por propia iniciativa, sino también de las propuestas que desde las Universidades Nacionales, el PAMI -la obra social que concentra la mayor parte del mencionado grupo etario-, los organismos de gobierno y la comunidad en general se ofrecen a las personas mayores de una manera cada vez más amplia y diversificada.

La evaluación del impacto de la participación en este tipo de talleres ha mostrado que más allá de los objetivos específicos de cada uno de ellos, las personas mayores obtienen logros adicionales, fundamentalmente en el área social, ya que generan nuevos vínculos que les brindan variadas formas de apoyo (Dottori y Arias, 2013).

Esta renovación de la red en diversos modos da cuenta de los recursos que poseen las personas en la vejez para afrontar los cambios, continuar desarrollándose y lograr elevados niveles de bienestar en esta etapa de la vida.

A partir de lo expuesto, resulta evidente que, contrariamente a los supuestos de soledad, aislamiento, quietud y repliegue en la vejez, las personas mayores demuestran una participación e integración en la comunidad no sólo activa y diversificada, sino además creciente. La amplia demanda, que sobrepasa en muchos casos los cupos en las distintas propuestas, y la inscripción en listas de espera demuestran una gran motivación, ya sea para seguir aprendiendo como para plantearse nuevos proyectos y desafíos.

Los casos de aislamiento y soledad no constituyen un hecho generalizado entre las personas mayores. Sin duda, se está transitando una etapa de grandes cambios en lo que respecta a la vejez. Las personas mayores han modificado notablemente su estilo de vida y están ocupando un lugar cada vez más activo y protagónico en la vida social y comunitaria.

Desde el enfoque de la gerontología comunitaria se abordan estas cuestiones analizando y dando cuenta de los cambios, comprendiendo y conceptualizando los nuevos escenarios, así como también promoviendo el logro de transformaciones sociales que mejoren su bienestar y calidad de vida, a partir de la implicación activa de las propias personas mayores.

A partir del trabajo desde los recursos, potencialidades y competencias se apunta a promover una mayor participación, a fortalecer los recursos de apoyos formales e informales y al desarrollo y empoderamiento de los individuos, de los grupos y de las comunidades.

X. 4. 3. ¿Cuáles son los vínculos centrales durante la vejez?

En una investigación realizada en Mar del Plata (Argentina) pudo observarse que las redes de apoyo social de las personas mayores variaron en tamaño (número de integrantes que las componían) desde uno hasta veintiuno, siendo el promedio del mismo de 8,9 miembros con un desvío standard de 4,1. La mayor frecuencia correspondió a las redes que estaban conformadas por entre 7 y 9 miembros. Si bien hubo redes de apoyo social muy reducidas en tamaño, no se presentó ningún caso que no tuviera ningún vínculo que le brindara alguna de las formas de apoyo (Arias, 2004).

La exploración de las redes en las personas mayores ha permitido identificar a los hijos, a la pareja y a los amigos como los tipos de vínculos más frecuentemente incorporados y por lo tanto también se pudo concluir que los mismos constituyen una importante fuente de apoyo social durante la vejez (Arias, 2004; Polizzi y Arias, 2010).

En otro estudio realizado en Mar del Plata se exploró, mediante la finalización de frases incompletas, qué vínculos se asociaban con alegría y cuáles con satisfacción en la vejez (Pantusa y Polizzi, 2014). En relación a la alegría los amigos son los más nombrados, siguiéndole los hijos, la pareja y los nietos. Con respecto a los vínculos que proporcionan mayor satisfacción, si bien vuelven a parecer en los primeros tres lugares los amigos, los hijos y la pareja, se presenta un cambio en el orden, siendo en este caso, los hijos los que aparecen en primer lugar (Arias, 2015).

Los vínculos con relaciones laborales, de estudio o comunitarias se presentaron con mucha menor frecuencia. Considerando la conformación de las redes de apoyo, de acuerdo con el predominio de vínculos familiares o no familiares, pudo observarse que si bien en algunos casos los familiares conformaban la red de manera predominante o exclusiva, en la mayoría de las personas entrevistadas sus redes de apoyo las conformaban mayoritaria o exclusivamente no familiares (Arias, 2005).

Dentro de los dos tipos de vínculos mencionados se presentaba una gran diversidad interna. A partir de los hallazgos de variados estudios, a continuación se describen los tipos de relaciones más incluidos, tanto entre los familiares como entre los no familiares.

Vínculos familiares

Entre los vínculos familiares se destacan de manera predominante la inclusión de la pareja y de los hijos. Tanto los hijos como la pareja cumplen una función central durante la vejez e inciden fuertemente sobre el bienestar de las personas mayores ya sea positiva o negativamente. Estos vínculos pueden ser o bien fuente de gran satisfacción o de importante malestar, de acuerdo con el tipo de relación que se mantenga con los mismos.

Con respecto a los hijos, en los casos en que las personas mayores poseen una buena relación con ellos, los consideran una fuente muy importante de gratificación y de ayuda mutua. Tanto el sentirse apoyado, acompañado, cuidado y querido por sus hijos como la posibilidad de recíprocamente brindarles a ellos apoyo, compañía y cuidados, proporciona gran bienestar a las personas mayores.

Los hijos brindan apoyos variados, tanto emocionales como instrumentales -ayudas financieras y prácticas-, no están concentrados en alguna función exclusiva. En un estudio realizado en Mar del Plata durante el año 2012, fueron identificados como los vínculos que mostraron mayor multidimensionalidad ya que, en la mayoría de los casos, cumplían dos o más funciones de apoyo. En general la relación con los hijos es íntima y de contacto frecuente (Arias y Polizzi, 2012).

Los casos contrarios correspondieron a las personas que si bien poseían hijos no los incluyeron en sus redes de apoyo social porque la relación con ellos no era satisfactoria. Estas personas de edad manifestaban angustia y malestar por dicha razón. El sentirse abandonado, olvidado o maltratado por los hijos fue mencionada como una de las principales fuentes de dolor y desánimo. Entre estos casos contrarios también se encontraron aquellos en que los hijos mantienen una relación de indiferencia hacia sus padres.

Este tipo de relaciones no aporta apoyo emocional, ni compañía social. Sin embargo, en algunos casos cumplen funciones de obligatoriedad en situaciones de crisis o emergencia: se encargan de gestionar los cuidados en caso de enfermedad y de brindar ayuda económica si es necesario. Constituyen de esta forma una fuente potencial de ayuda específica en casos de urgencia (Arias, 2004).

Por su parte, la pareja ocupa un lugar muy importante y central en la vejez. Proporciona, mayoritariamente, apoyo emocional, compañía y orientación / guía cognitiva, mostrando características de mucha intimidad y confidencialidad. Estos hallazgos son coincidentes en múltiples estudios que muestran la presencia de estos atributos en relación a la pareja en la vejez (Arias y Polizzi, 2012b; Polizzi, 2011).

En un trabajo cualitativo realizado en 2011 pudo observarse que los integrantes de la pareja se brindan compañía, apoyo y cuidados mutuos y comparten la totalidad o gran parte de las actividades cotidianas. Algunos informaron que su pareja era “todo” para ellos en este momento de sus vidas.

Si bien muy pocas personas mayores expresaron no haber notado cambios en la relación de pareja en la vejez, la mayoría consideró que la misma se enriquece a partir del logro de un mayor entendimiento y aceptación mutua, más comprensión y confianza. La necesidad del otro se volvía más central no sólo por el apoyo que les brindaba en lo referido a lo emocional e instrumental, sino también por el sentirse querido, valorado y deseado. El lugar prioritario que ocupaba la pasión en la relación de pareja en la juventud apareció en la compañía en la vejez (Arias y Polizzi, 2011).

Con respecto a los hermanos, en el estudio realizado en el 2004 aproximadamente un tercio de las personas entrevistadas los incluyeron en sus redes. Si bien se trata de vínculos que en general brindan gran apoyo a las personas mayores, no fueron incluidos con mayor frecuencia debido a que, por ser también mayores, ya han fallecido. En otros casos resulta difícil pedir y recibir ayuda de los hermanos por las excesivas distancias geográficas que los separan. El hecho de haber migrado a Argentina desde países extranjeros, si bien permite la comunicación por cartas o por teléfono e incluso las visitas aunque muy esporádicas, limita la inclusión de los hermanos dentro de la red de apoyo social.

De las personas mayores que poseían nietos sólo el 36% los incluyeron dentro de su red de apoyo. Sin embargo, esto no se debe ni a la falta de interacción, ni a problemas vinculares, sino a que las personas entrevistadas se autopercebían más como dadores que como receptores de apoyo en este tipo de relación. Tanto los sobrinos como los primos fueron incluidos por aproximadamente el 20 por ciento de los casos.

Las personas mayores que incorporaban este tipo de relaciones a su red eran de manera casi exclusiva los que no poseían vínculos de parentesco más cercanos y que además tenían una red de apoyo desprovista de amistades. Con respecto a los yernos y a las nueras, si bien era un tipo de vínculo que poseía la gran mayoría de la personas de edad, sólo el 18.1% de las personas entrevistadas los incluyeron dentro de sus redes de apoyo. Finalmente, sólo de manera casi excepcional, los consuegros y ahijados fueron incluidos como miembros de la red (Arias, 2005).

Vínculos no familiares

Entre los vínculos no familiares las personas mayores incluyeron, fundamentalmente, a los amigos. En el estudio efectuado en Mar del Plata y anteriormente referido (Arias, 2004), el 75.2% de las personas entrevistadas incluyeron relaciones de amistad dentro de su red de apoyo social. Estas relaciones se caracterizaban por ser en su mayoría vínculos de mucha intimidad con personas mayores con las que poseían una amistad de muchos años.

El mantenimiento de relaciones de amistad con personas de la misma edad con las que han compartido muchos sucesos de vida genera una gran gratificación, a partir del reconocimiento y confirmación mutuos, así como de la posibilidad de recordar juntos sucesos que han compartido en el pasado. Esta oportunidad de rememorar anécdotas de épocas anteriores de la vida fue valorada positivamente por las personas de edad avanzada.

En un estudio más reciente, se observó que la compañía era la función de apoyo que los amigos brindaban en mayor medida. Esta forma de apoyo implica fundamentalmente compartir tiempo, ya sean

visitas mutuas, salidas, reuniones, entre otras actividades conjuntas y, posiblemente, sea la función de apoyo que se requiera más cotidianamente y por mayores lapsos (Arias y Polizzi, 2011). Lo anteriormente dicho muestra la importante función de socialización que tienen las relaciones de amistad en la vejez (Gracia Fuster, 1997).

Aunque con menos frecuencia que las relaciones de amistad muy íntimas, las personas mayores también incorporan dentro de la red a amigos de menor intimidad o a compañeros de algunas actividades.

Casi una tercera parte de las personas mayores entrevistadas incluyó a profesionales y cuidadores dentro de su red de apoyo social (Arias, 2004, 2005). Los profesionales incorporados como fuentes de apoyo fueron fundamentalmente los del área de la salud (médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, enfermeros, asistentes sociales, etc.). Si bien este tipo de lazos sólo fue incluido por una de las personas que vivía en hogares familiares y por ninguna de las que vivían solas, casi la totalidad de las personas que vivían en residencias, incluyeron a varios profesionales y también al personal de servicio que trabajaba en la institución. En estos casos, describían los vínculos con el médico, las terapeutas ocupacionales y, fundamentalmente, con las mucamas y enfermeras como de gran confianza e intimidad.

La incorporación de vecinos en la red de apoyo social fue poco frecuente (n:15). Excepcionalmente, algunas personas mayores incluyeron en su red a los sacerdotes. Para finalizar, únicamente una persona de edad incluyó a su apoderado dentro de su red de apoyo social (Arias, 2005).

En síntesis, si bien las personas mayores incluyen variados tipos de vínculos en sus redes de apoyo social, la pareja, los hijos y los amigos fueron identificados como los vínculos centrales y entre aquellos que les proporcionan los mayores niveles de alegría y de satisfacción. Como puede observarse a partir de lo anteriormente descrito, aunque estos tres tipos de vínculos tengan en común su centralidad dentro de la red, los mismos presentan variadas diferencias tanto en sus atributos como en lo referido a las funciones de apoyo que cumplen principalmente. Esto permite que resulten complementarios en las ayudas que brindan a las personas mayores.

Por lo anteriormente dicho, la inclusión de vínculos variados dentro de la red permite disponer de fuentes de apoyo que puedan satisfacer las distintas necesidades de un modo dinámico en el que cada una aporte las ayudas específicas más acordes con sus posibilidades y posición en la red (Arias y Polizzi, 2012a; 2012b). La disponibilidad de apoyo social es más sólida cuando los vínculos no se limitan sólo a la familia o a los amigos, sino que incluyen a ambas fuentes (Salinas, Manrique y Téllez Rojo, 2008).

X. 5. Variabilidad en la composición de las redes de apoyo social en la vejez

Las redes de las personas mayores presentan una amplia variabilidad tanto en sus características estructurales como en la funcionalidad y en los atributos de los vínculos que las conforman. En el estudio anteriormente referido (Arias, 2004) se observó que mientras algunas redes mostraban una composición variada, ya que la conformaban diferentes tipos de vínculos, otras resultaban de distribución sumamente homogénea concentrando gran cantidad de funciones en escasos vínculos de un solo tipo de relación.

Estas variaciones dependían de una serie de aspectos como el estado civil, la posesión o no de hijos y nietos, el tener pareja, hermanos y el grado de participación social. Mientras las redes de las

personas casadas estaban conformadas fundamentalmente por familiares y menos amigos, pudo observarse que en general la red social de las personas solteras que no poseían pareja ni hijos, estaba formada fundamentalmente por amigos de diversos grados de intimidad, por hermanos y por algún sobrino (Arias, 2004).

En general, al efectuar el mapeo de las redes se notaba que los cuadrantes correspondientes a relaciones comunitarias y servicios de salud, y a relaciones laborales y/o de estudio, aun cuando presentaban algún miembro, en la mayoría de los casos se encontraban más despoblados (fundamentalmente este último). Las personas que participaban en actividades culturales o intelectuales presentaban mayor cantidad de relaciones con compañeros de estudios que las que no participaban en ese tipo de actividades. Finalmente las que desarrollaban una fuerte participación social en variados espacios de intercambio con otros adultos mayores presentaban una gran cantidad de relaciones comunitarias.

X. 6. Impacto del apoyo social sobre el bienestar de los adultos mayores

Las investigaciones han mostrado ampliamente la importancia que reviste la participación activa en la vida familiar y comunitaria para los adultos mayores, así como las implicancias que el disponer de recursos de apoyo social tiene sobre su bienestar y salud integral. Las propias personas mayores consideran que el disponer de relaciones familiares y sociales satisfactorias es un aspecto de gran relevancia para la calidad de vida en la vejez (Arias y Scolni, 2005).

Existe un amplio consenso acerca de la incidencia positiva que las redes sociales suficientes poseen sobre la salud física, el estado funcional (Liu, Liang y Gu, 1995; Uchino, Cacioppo y Kiecolt-Glaser, 1996; Unger, Mc Avay, Bruce, Berkman y Seeman, 1999) y el desarrollo de las actividades de la vida diaria en las personas mayores (Mendes de Leon, Glass, Beckett, Seeman, Evans y Berkman, 1999). Se ha comprobado que el poseer una red social adecuada disminuye los tiempos de hospitalización y de recuperación de la salud (Sutherland y Murphi, 1995; Di Iorio et al., 1999), así como el riesgo de mortalidad posterior al alta (Irvine et al., 1999).

Con respecto a la relación de las redes sociales y el bienestar psicológico, variados estudios han mostrado la incidencia de la falta de redes y de apoyo social sobre la aparición de síntomas depresivos, tanto en el caso de las personas mayores que viven en hogares particulares, (Antonucci, Fuhrer y Dartiques, 1997; Forsell y Winblad, 1999 ; Chou y Chi, 2001; Vanderhorst y Mc Laren, 2005) como en los otros.

De manera complementaria, diversas investigaciones comprobaron la relación de la posesión de redes sociales adecuadas con el incremento de la satisfacción vital (Yoon y Lee, 2007; Phillips, Sui, Yeh y Cheng, 2008), así como con el bienestar en el final de la vida de enfermos terminales (Prince-Paul, 2008).

Por otra parte, las personas mayores que presentan déficits en lo que respecta a sus redes de apoyo han mostrado una mayor tendencia al abuso de drogas (Allard, Allaire, Leclerc y Langlois, 1995; Warren, Stein y Grella, 2007) y de alcohol (Brennan y Moos, 1990; Schonfeld y Dupree, 1991) y se ha identificado a la insatisfacción con el apoyo social del cual se dispone como una de las variables predictoras de la ideación suicida en las personas mayores (Mireault y De Man, 1996; Vanderhorst y Mc Laren, 2005).

Estas evidencias brindan sustento al trabajo desde el apoyo social, ya que muestran de manera consistente su efecto sobre el bienestar integral y su potencial para generar cambios positivos, tanto frente a situaciones cotidianas como ante crisis y urgencias. A continuación se analizarán diversas formas de intervención que, basadas en este modelo teórico, pueden implementarse en el trabajo con personas mayores.

X. 7. Intervenciones basadas en el apoyo social a las personas mayores

Las posibilidades que brinda el modelo del apoyo social para el diseño de intervenciones son variadas. Las mismas pueden efectuarse desde los niveles más macro, como puede ser la formulación y ejecución de políticas públicas desde los organismos de gobierno correspondientes, hasta el más micro, como el trabajo a nivel individual con una persona mayor que presenta una problemática determinada.

Las intervenciones pueden hacerse a nivel comunitario, institucional, grupal e individual y con distintos fines: promoción de la salud, prevención o asistencia (Arias, 2006, 2013). El trabajo desde el apoyo social además de apuntar a la resolución de problemáticas concretas produce un beneficio adicional que se refleja en la autoconfianza, en la propia competencia, en la colaboración, la solidaridad y la pertenencia.

Según Gracia Fuster (1997), las intervenciones que se basan en el apoyo social sitúan a los involucrados en el problema como protagonistas del cambio y de este modo propician la autoconfianza y la competencia. A su vez, a través de la realización de actividades conjuntas de ayuda y de colaboración promueven la solidaridad y la pertenencia comunitaria.

En lo que respecta a los niveles de intervención, en el comunitario pueden desarrollarse programas de intervención dirigidos al entorno social próximo o al entorno social distante (Fernández Ballesteros, Izal, Montorio, González y Díaz Veiga, 1992). Los primeros pretenden fundamentalmente fomentar las relaciones sociales próximas del adulto mayor: familia, vecindario, comunidad, con el objetivo de que permanezca en su comunidad de residencia.

Entre este tipo de programas que han sido ampliamente desarrollados en Europa, se encuentran los dirigidos a la educación y entrenamiento de familiares cuyo objetivo consiste en que adquieran habilidades e información sobre aspectos relevantes del proceso de envejecimiento, los diseñados para el trabajo con los cuidadores de personas mayores, los orientados al vecindario que apuntan a movilizar las redes sociales de la comunidad en la que reside y los programas para la coordinación de recursos sociales que intentan evitar la fragmentación y las dificultades de información y accesibilidad a los servicios.

Entre los programas de intervención dirigidos al entorno social distante podemos mencionar los de voluntariado, que pretenden la creación de lazos sociales, y los grupos de apoyo mutuo y autoayuda, caracterizados por la reciprocidad de la asistencia (Fernández Ballesteros, Izal, Montorio, González y Díaz Veiga, 1992).

Con respecto a estos programas, se dispone de datos acerca de experiencias ya realizadas de servicios domiciliarios, viviendas protegidas, centros de día, promoción, educación y formación de apoyos informales, unidades de apoyo en el vecindario, entre otros.

A fin de revertir las prácticas de discriminación edaísta de las cuales son objeto las personas de edad, es necesario desarrollar actividades que a nivel comunitario apunten a lograr cambios de actitud hacia la vejez y que favorezcan en las personas de edad el mantenimiento de sus espacios naturales de participación.

La importancia de incluir este tipo de actividades en la planificación de la salud pública ha sido reafirmada por la Organización Mundial de la Salud, por la Asamblea Mundial de la ONU en el plan de Acción internacional (1982) y por la Asamblea General de Naciones Unidas en los objetivos mundiales para el 2001 del Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento.

Estos organismos, además de valorar positivamente la integración y el apoyo social, reconocieron sus implicancias en el bienestar y la salud integral de las personas de edad. Por esta razón resulta necesaria la existencia de servicios y programas sociales y de salud específicos que puedan dar respuesta a las demandas anteriormente detalladas.

Desde los gobiernos se están implementando diversas políticas, como subsidios para vivienda, viviendas con comodidades especiales, ayudas a domicilio, empleo post-jubilatorio remunerado, trabajos voluntarios, universidad para la tercera edad, descuentos en el pago de servicios, cursos pre-jubilatorios, organización de actividades culturales, centros de día y clubes de día (Miranda, 2005), unidades de soporte en el vecindario, viviendas protegidas, ayudas técnicas, grupos de apoyo, programas orientados a la promoción, educación y formación de apoyos informales, proyectos intergeneracionales, programas de rehabilitación psicosocial, campañas de educación pública, ayudas técnicas, entre otras.

En Argentina, en la actualidad se están ejecutando una serie de programas nacionales que apuntan, de diversos modos, a fortalecer los apoyos sociales como el de Voluntariado Social de Adultos Mayores, La Experiencia Cuenta, Prevención de la Discriminación, Abuso y Maltrato de los Adultos Mayores y el de Cuidados Domiciliarios (Roqué y Fassio, 2007). El tema de la necesidad de cuidados es considerado como un riesgo social y está siendo ampliamente debatido en la actualidad.

El aumento en la esperanza de vida, la baja en la fecundidad y el ingreso pleno de la mujer -principal cuidadora- en el mercado laboral han generado tanto el aumento de la demanda de cuidados como la disminución de la capacidad de brindarlos (Huenchuan, Roqué y Arias, 2009).

Si bien estos programas de intervención se orientan a que la persona mayor permanezca en su hogar y participe activamente en la comunidad, como parte del sistema de apoyo formal también podemos incluir a las residencias para personas mayores. Al respecto, las del ámbito público pueden beneficiar a las personas de edad desamparadas constituyendo una alternativa a la exclusión social extrema, indigencia, situaciones de gran vulnerabilidad y alto grado de desvalimiento psicofísico (Arias y Soliverz, 2005).

Desde el ámbito privado también se plantean alternativas de apoyo social a las personas mayores como grupos de apoyo, centros de atención especializados, centros de día, programas recreativos, de formación y de actividad física, entre otros.

Los grupos de apoyo son dispositivos iniciados y coordinados por profesionales con un fin en particular. Según Gracia Fuster, (1997: 45)

Las metas de los grupos de apoyo son incrementar las habilidades de afrontamiento de sus miembros (mediante el refuerzo positivo, la empatía y el apoyo), la mejora de las habilidades y de la comprensión personal y la educación (mediante el feedback, orientación y guía).

Los grupos de apoyo suelen ser de composición bastante homogénea ya que sus integrantes poseen problemas comunes. Se basan en los beneficios terapéuticos que se producen al compartir experiencias similares. Los grupos de educación para pacientes, los de transición (situaciones de crisis y pérdidas), los psicoeducacionales, los de crecimiento personal, son ejemplos de este tipo de dispositivos terapéuticos basados en el apoyo social (Gracia Fuster, 1997).

Dentro del sistema informal encontramos grupos de autoayuda para determinadas patologías y, fundamentalmente, el apoyo de la red personal conformada por los vínculos familiares y no familiares que brindan ayuda de tipo emocional, compañía social, orientación cognitiva, ayuda práctica y económica (Sluzki, 1996).

Los grupos de autoayuda son organizados y coordinados por sus propios miembros y sin intervención profesional. Se originan de manera autogestiva en contextos de desintegración social y frente a la insuficiencia de las respuestas brindadas por los sistemas de ayuda profesional ante determinadas problemáticas. Estos dispositivos valorizan positivamente los recursos de un colectivo social, siendo sus componentes básicos: la mutualidad y reciprocidad entre semejantes, las experiencias comunes en su trayectoria vital, el compromiso individual del cambio, la auto responsabilidad y el control social del grupo.

Históricamente se han constituido en torno a problemáticas diversas como la obesidad, el alcoholismo, el tabaquismo, las adicciones, la violencia familiar, patologías crónicas o graves, padres que perdieron hijos, entre otras.

Según Gracia Fuster (1997: 66-69), los grupos de autoayuda brindan: a) información, consejo y educación; b) reestructuración cognitiva (cambio de la percepción y comprensión de los problemas); c) socialización; d) acción conjunta y e) promoción de los sentimientos de control, autoconfianza y autoestima.

En el nivel institucional es importante apuntar a la articulación entre las redes formales e informales trabajando en la "apertura" de las residencias para mayores en una doble dirección: hacia fuera propiciando que las personas mayores salgan en todas las ocasiones posibles y participen activamente en la vida familiar y comunitaria y hacia adentro, estimulando la incorporación de familiares, amigos u organizaciones de diversa índole que puedan vincularse con los residentes y con la residencia (Rodríguez Rodríguez, 1995).

Las intervenciones pueden orientarse a fortalecer las relaciones con los familiares y amigos, así como a fomentar el establecimiento de vínculos de intimidad al interior de la residencia. En este sentido, como se ha expuesto anteriormente, es importante considerar a los profesionales de la salud y al personal de servicio que trabaja en ella como un recurso social de importancia, ya que con mucha frecuencia son incluidos como proveedores de apoyo y suelen ocupar un lugar central en la vida de las personas mayores que allí viven (Arias, 2004).

El trabajo conjunto de la institución, la familia y la comunidad posibilita la articulación entre las fuentes de apoyos formales e informales y prioriza la inclusión de los propios adultos mayores como factor clave en el logro de los objetivos propuestos.

A nivel individual es importante la valoración de cada caso, la reconstrucción de su historia de vida y de los lazos que conforman sus redes de apoyo social. Como se ha mencionado previamente, la evaluación y el mapeo de la red aportan conocimiento anticipado de las posibilidades funcionales de una red de apoyo frente a situaciones de crisis que puede enfrentar la persona mayor y elementos que pueden ayudar a diseñar alternativas de intervención adecuadas para cada caso particular.

Esta valoración permitirá no estandarizar las intervenciones, sino por el contrario pensarlas “a la medida” de cada situación particular. La evaluación individual de los recursos de apoyo de los que dispone la persona evitará caer en situaciones destinadas al fracaso, como pueden ser tanto la no activación de vínculos potenciales que podrían ser de importancia, como la insistencia en lograr el apoyo de familiares con los que ha habido una historia de relaciones conflictivas, de sufrimiento y malestar.

Por otra parte, la evaluación de la red en distintos momentos permite realizar un seguimiento de los cambios que se producen en ella, tanto en lo que respecta a los vínculos que se incorporan como a los que van perdiendo intensidad y se van corriendo hacia los bordes hasta desaparecer del mapa de la red. A modo de ejemplo, la valoración y mapeo de la red antes y después del ingreso a una residencia permite la identificación de las redes insuficientes y posibilita la intervención precoz orientada a su reconstrucción, así como el diseño de actividades que apunten a la promoción de la salud en las personas que poseen redes suficientes.

La incorporación de nuevos vínculos reviste tal importancia que en algunos casos la inclusión de tan solo una única relación puede producir un cambio radical en la percepción subjetiva de bienestar. Para las personas que se encuentran aisladas socialmente, que carecen de vínculos que le otorguen apoyo social y tienen sentimientos de mucha angustia, el establecimiento de un vínculo de intimidad, en general la conformación de una pareja o el establecimiento de un fuerte vínculo de amistad, modifica notablemente su estado de ánimo y mejora su situación de vida.

Los relatos de personas que han vivido dicha experiencia evidencian una referencia constante al antes y al después del establecimiento de dicha relación y el aumento del bienestar subjetivo (Arias, 2004).

La implementación de intervenciones como las propuestas anteriormente debe acompañarse con investigaciones que proporcionen información acerca del impacto de las mismas. Este tipo de estudios serían de utilidad para profundizar el conocimiento acerca de las posibilidades y las limitaciones del trabajo desde el apoyo social, así como para revisar y enriquecer los conocimientos teóricos en los cuales se basan y la forma de llevarlos a la práctica.

X. 8. La accesibilidad a los recursos de apoyo: sistematización y difusión

La Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento destacó la responsabilidad de los gobiernos de prestar servicios sociales básicos acordes a las necesidades específicas de las personas de edad y propuso el trabajo con

(...) las autoridades locales, la sociedad civil, incluidas las organizaciones no gubernamentales, el sector privado, los voluntarios y las organizaciones de voluntarios, las propias personas de edad y las asociaciones de personas de edad y las que se dedican a ellas, así como con las familias y las comunidades (Naciones Unidas, 2002, p. 10).

También se ha resaltado la importancia de fortalecer la estructura y la ejecución de programas sociales por parte del Tercer Sector a través del fortalecimiento y otorgamiento de subvenciones públicas a las organizaciones no gubernamentales (Gil Galvez, 2005) y el desarrollo de redes horizontales que posibiliten la participación activa y solidaria de las personas mayores. Como hemos expuesto anteriormente, estas redes constituyen un instrumento útil tanto para satisfacer diversas necesidades como: autoestima, participación y pertenencia como para *“enfrentar la crisis, recuperar la confianza y asistir a otros mayores más vulnerables”* (Gascón, 2002).

Sin embargo, la existencia de los apoyos, de la infraestructura y del equipamiento requerido no es suficiente. Es sumamente importante la sistematización y la difusión de los recursos de apoyo formales e informales disponibles en una comunidad para garantizar el conocimiento y la adecuada utilización de los mismos.

En muchas ocasiones el problema no radica en la falta de determinados apoyos, sino en el desconocimiento de su existencia. Es indispensable que los actores involucrados -profesionales, técnicos, directivos, funcionarios, personas mayores, familiares o conocidos- dispongan de información acerca de las alternativas existentes y que se garantice la accesibilidad a las mismas.

Esto implica, además, que tanto desde el ámbito público como desde el privado, los profesionales trabajen interdisciplinariamente de modo que puedan valorar de manera integral las problemáticas de las personas mayores y brindar alternativas de acción que involucren a los apoyos formales e informales en variadas formas de complementariedad y de acuerdo con las características particulares de la o las personas en cuestión.

Desde el punto de vista de los profesionales que trabajan con personas de edad, la evaluación y el mapeo de los apoyos informales y formales de los que dispone una persona mayor o un grupo de ellas debe efectuarse de manera conjunta con los propios involucrados. De este modo se incluye a las personas de edad como protagonistas en la toma de decisiones.

En síntesis, el trabajo desde el apoyo social fortalece y revaloriza a las personas de edad, impli-cándolas de manera protagónica en el logro de entornos favorables que mejoren su calidad de vida.

X. 9. Conclusiones

A lo largo de este capítulo se ha intentado mostrar algunos aportes que el modelo teórico del apoyo social puede efectuar para el trabajo con personas mayores. No cabe duda de que el envejecimiento poblacional configura nuevos escenarios que implicarán cambios y readecuaciones tanto en los apoyos informales como en los formales.

Éstos deberán diversificarse para satisfacer nuevas demandas y adecuarse a las especificidades de cada situación particular. De acuerdo con las necesidades de cada caso se requerirá del apoyo de familiares y de amigos, de organizaciones privadas, de la comunidad y/o de servicios socio-sanitarios proporcionados por el Estado.

El apoyo social es un modelo en construcción que brinda, por una parte, fundamentos teóricos, desarrollos de investigación y resultados de experiencias realizadas y, por otra, la oportunidad de pensar estrategias creativas que permitan dar respuesta a necesidades o problemáticas que involucran a personas mayores y a los profesionales en el desarrollo de sus prácticas.

El trabajo basado en el apoyo social puede realizarse desde las distintas disciplinas de base en las que se han formado previamente los gerontólogos, fundamentando y enriqueciendo prácticas, no sólo de los trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras, sino también, de médicos, nutricionistas, enfermeros, terapistas ocupacionales, arquitectos y abogados, entre otros.

Al respecto es importante la inclusión de contenidos en referencia al apoyo social en la formación de los gerontólogos de modo que impregne sus prácticas y que pueda contribuir a enriquecer la valoración integral de las problemáticas de las personas mayores, así como brindar alternativas de acción que involucren a los apoyos formales e informales en variadas formas de complementariedad y de acuerdo con las características particulares del caso en cuestión.

La valoración de los apoyos sociales formales e informales disponibles es de utilidad tanto para la prevención y promoción de la salud -brindando oportunidades de participar e integrarse en diversas actividades sociales y comunitarias, de reconstruir vínculos, de permanecer en sus hogares, de mantener su independencia funcional entre otras posibilidades- como para el diseño de estrategias dirigidas al cuidado o asistencia de las personas mayores frágiles.

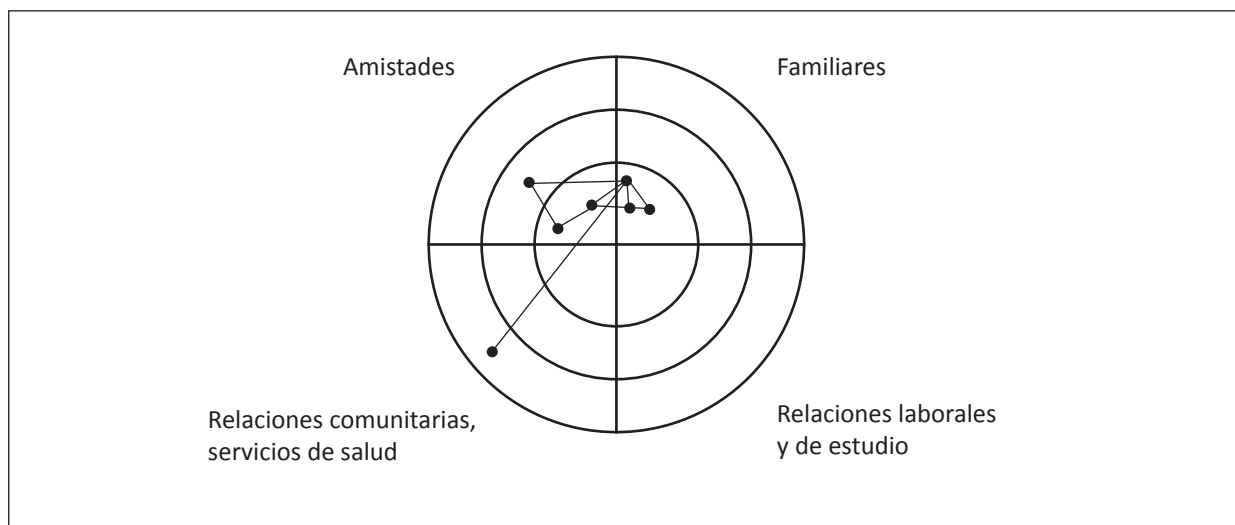
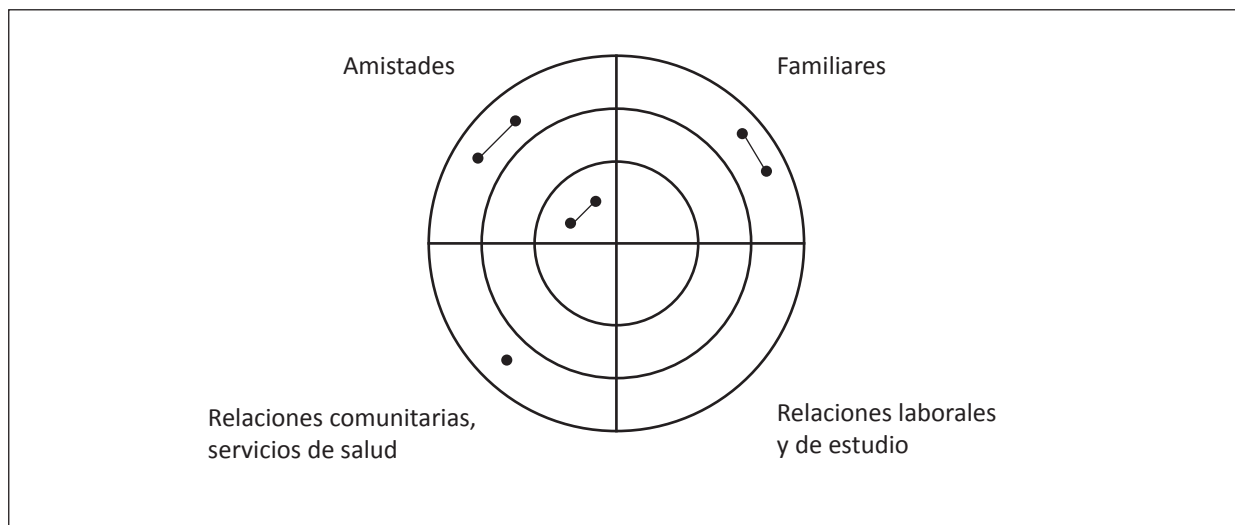
El conocimiento anticipado de los recursos con los que se cuenta frente a situaciones tales como enfermedades crónicas, el ingreso a una residencia, intervenciones quirúrgicas, cuidados postoperatorios, tratamientos de costo elevado, externaciones, discapacidades, dependencias y cuidados especiales, entre otras, brinda elementos que pueden ayudar a diseñar, en conjunto con las personas de edad y sus familiares, alternativas de acción adecuadas para cada caso particular.

Finalmente se destaca la importancia de desarrollar políticas y programas que se orienten a aumentar la disponibilidad y a fortalecer los apoyos sociales para las personas mayores a fin de lograr elevados niveles de bienestar en la vejez.

Actividad sugerida

A fin de integrar los contenidos desarrollados se sugiere realizar las siguientes actividades:

1. A continuación se presentan los mapas de dos redes. La primera corresponde a Juan y la segunda a Emilio. A partir de la información que aparece en los mapas compare ambas redes en tamaño, distribución, densidad, intimidad y tipo de vínculos que la conforman.



2. Construya un listado de los recursos de apoyo formal para los adultos mayores existentes en la ciudad en que usted vive.
3. Plantee una problemática que involucre a los adultos mayores en su comunidad, que podría ser abordada mediante una intervención desde el apoyo social. Describa brevemente los aspectos fundamentales del diseño de dicha intervención.

Capítulo XI.

Personas mayores y protección civil: una propuesta del servicio nacional del adulto mayor (SENAMA) para el abordaje de emergencias, desastres o catástrofes en los establecimientos de larga estadía para el adulto mayor (ELEAM)

LAS AUTORAS/EL AUTOR

Rayen María Ingles Hueche, Directora Nacional, Servicio Nacional del Adulto Mayor SENAMA, Socióloga de la Universidad de La Frontera de Temuco. Cuenta con Diplomados en: Políticas Públicas e Impacto Ambiental, Universidad de La Frontera; en Sexualidad, Universidad ARCIS Santiago; en Gestión Pública e Interculturalidad, Universidad Mayor, Temuco; en Gerontología, Universidad Arturo Prat (2008); en Control de Gestión, Escuela Pública Nacional ENA y en Pedagogía de Educación Superior, Universidad Santo Tomás. Candidata a Magíster en Educación Política y Gestión. Entre otros cargos se ha desempeñado como: docente en la Corporación Santo Tomás, sede Temuco, para los ramos de Sociología, Metodología del Trabajo Intelectual, Comportamiento Humano, Seminario de Título, Liderazgo y Emprendimiento, Hombre y Sociedad, Liderazgo y Trabajo en Equipo; docente de la Unidad de Formación General de la Corporación Santo Tomás en el área de liderazgo y formación para el mundo laboral; docente invitada Escuela de Enfermería Universidad Mayor, sede Temuco; docente Magíster en Gerontología Clínica Universidad Mayor sede Temuco; relatora en temas de vejez y sociología, Departamento de Salud Pública, Universidad de La Frontera, Temuco; docente Diplomado en Geriatría y Gerontología. Universidad de La Frontera; docente Diplomado en gerontología Social. Universidad Autónoma de Chile. Lo más destacable en el área pública es haber ocupado el cargo de Directora Desarrollo Comunitario Municipio de Lautaro, haber sido cuatro años Jefe de Servicio de SENAMA en la región de Araucanía y actualmente Directora Nacional del Servicio Nacional del Adulto Mayor.

Gladys González Álvarez, Asistente Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Licenciada en Trabajo Social Universidad de Los Lagos, Master en Gerontología Social de la Universidad Autónoma de Madrid, Experta Universitaria en Gerontología Social Universidad de Granada, Diplomada en Administración y Gestión de Servicios Sociales para Personas Mayores y Diplomada en Prevención y Abordaje del maltrato hacia las Personas Mayores, ambos de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Ha desarrollado actividades de docencia como Profesora invitada por Academia Judicial en el tema: “Maltrato hacia las personas mayores” (2010); Profesora de Magister Educación Motriz y Salud en el Adulto Mayor. UMCE (2011); Docente en Diplomado de Gerontología Comunitaria. Universidad de Santiago (2010- 2014). En los años 2000 y 2004 participó en dos pasantías en Japón por tres meses cada una para los cursos: “Seminar on Aging Society and Welfare Policy”. Kitakyushu Special School for Social Work and Voluntarism y “Políticas de Bienestar Social en Japón”, organizado por la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA). En los últimos años ha participado en cursos y pasantías de la cooperación internacional en Argentina y Bolivia. Su experiencia laboral en temas de personas mayores se inicia en el año 1992, cuando se desempeña como coordinadora del programa del Adulto Mayor de la Municipalidad de La Florida. El año 2003 ingresa al Servicio Nacional del Adulto Mayor y se desempeña como parte del equipo coordinador del Programa de Intervenciones Innovadoras para el Adulto Mayor con financiamiento del BID. Desde mayo de 2006 a mayo de 2014 se desempeña como Encargada de la Unidad territorial del Servicio y desde junio de 2014 hasta la fecha como Encargada de Programas del Servicio Nacional del Adulto Mayor. En el año 2001 participa como colaboradora del equipo de elaboración del “Manual de Trabajo con Adultos Mayores”, publicación del Comité Nacional para el Adulto Mayor y el PNUD. A la fecha ha elaborado diferentes documentos de trabajo de los Programas del Servicio Nacional del Adulto Mayor.

Máximo Caballero Astudillo, Asistente Social, Licenciado en Trabajo Social, posee Diplomados en “Gerontología”, “Administración para la Gestión Gerontológica”, “Prevención y Abordaje del Maltrato hacia las Personas Mayores” y “Diplomado en Administración y Gestión de Servicios Sociales para Personas Mayores” de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Es Magíster en Gerontología Social, Universidad de Valparaíso y Diplomado de Especialización Derechos Humanos, Vejez y Políticas Públicas a las Personas Mayores, Fundación Henry Dunant América Latina. Se ha desempeñado como Gestor Regional Programa de Apoyo Integral al Adulto Mayor Chile Solidario - Programa Vínculos, Servicio Nacional del Adulto Mayor SENAMA Región de Valparaíso, Ministerio de Desarrollo Social, Chile, entre los años 2008 y 2011. Desde el año 2012 a la fecha ejerce funciones como Encargado Nacional del Programa de Buen Trato al Adulto Mayor (Ex Programa Contra el Maltrato y Abuso al Adulto Mayor), del Servicio Nacional del Adulto Mayor SENAMA. Cuenta con experiencia en relatorías, docencia y capacitaciones en Trabajo Social, Gerontología, Maltrato a las Personas Mayores y Políticas Públicas. Fue colaborador en las siguientes publicaciones del Servicio Nacional del Adulto Mayor SENAMA: “Maltrato a las Personas Mayores en Chile: Haciendo visible lo invisible” y “El maltrato hacia las personas mayores en la Región Metropolitana, Chile. Investigación cualitativa en vejez y envejecimiento”, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO Chile, Año 2014.

XI. 1. Introducción

El presente capítulo pretende abrir la discusión entre profesionales de nuestros países sobre las personas mayores y la protección civil, con el fin de poner en agenda el tema y planificar acciones al respecto.

Se divide en siete apartados. El primer apartado habla sobre antecedentes epidemiológicos y demográficos de la población en Chile. En esos antecedentes se muestra también la realidad de los Establecimientos de Larga Estadía en nuestro país, señalando como dato que el número de personas institucionalizadas en este tipo de recintos llega a 17.200, lo que supone alrededor del 0,7% de la población total de este grupo etario.

El segundo apartado se refiere a situaciones de catástrofe que se han producido en nuestro país y que han afectado a las personas mayores y, a modo de ejemplo, algunas actuaciones de SENAMA frente a estos temas.

La tercera sección plantea la discusión de los derechos de las personas con relación a la temática de las catástrofes, donde se observa un desarrollo incipiente en la promoción de acciones ligadas a los derechos en el marco de las situaciones que afectan a las personas mayores. Se observa que la mayoría de las veces frente a las catástrofes se pierde la noción de derechos, dado que la población mayor es invisible para el levantamiento de información, para la entrega de ayuda material y desde el aporte que la misma pueda realizar. También se señalan algunos instrumentos internacionales que hacen hincapié en el tema.

El cuarto apartado está referido al marco regulatorio de la protección civil, donde se mencionan instrumentos internacionales para construir una cultura de prevención. También se desarrollan los avances que Chile ha tenido en esta materia con la creación de la Política Nacional para la Gestión de Riesgo y Desastres del Ministerio del Interior y Seguridad Pública año 2014.

El quinto apartado da a conocer una propuesta de SENAMA trabajada en forma intersectorial y que se denomina Plan Regional de Emergencia Establecimientos de larga estadía del Adulto Mayor ELEAM/SENAMA, cuyo objetivo central es disponer de un conjunto de acciones permanentes y coordinadas para la prevención, preparación, respuesta y rehabilitación frente a la ocurrencia de emergencias y/o desastres que ocurran en los Establecimientos de Larga Estadía para el Adulto Mayor (ELEAM) en todo el país.

El sexto tema que se aborda en el documento incluye recomendaciones metodológicas para elaborar los planes de emergencia ELEAM, donde se señala la aplicación de dos metodologías utilizadas en nuestro país, como son AIDEP¹ y ACCEDER², al trabajo específico de los Establecimientos de Larga Estadía del Adulto Mayor.

1 A = Análisis Histórico; I = Investigación en Terreno; D = Discusión de Prioridades; E = Elaboración de Mapa; P = Planificación.

2 A = Alerta y Alarma; C = Comunicación; C = Coordinación; E = Evaluación (1°); D = Decisiones; E = Evaluación (2°); R = Readecuación.

El séptimo y final apartado presenta algunas reflexiones y propuestas del Servicio Nacional del Adulto Mayor SENAMA para el abordaje de emergencias, desastres o catástrofes en los Establecimientos de Larga Estadía para el Adulto Mayor ELEAM, que sirvan para la discusión y el desarrollo de espacios para la generación de conocimientos en la materia. buscando reconocer que la dignidad y los derechos de las personas mayores no se pierden en contextos de emergencias, desastres y catástrofes.

XI. 2. Antecedentes epidemiológicos y demográficos de la población en Chile³

El permanente aumento de las expectativas de vida y del número de personas mayores, sumado al incremento de las expectativas de vida a los 60 años, genera un aumento, en frecuencia y severidad⁴ de las enfermedades crónicas y las posibilidades de caer en dependencia⁵.

De acuerdo al Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores (SENAMA, 2009), el 24,1% de las personas mayores en Chile presenta algún grado de dependencia, es decir 1 de cada 4. El 6,7% presenta dependencia leve, el 5,1% moderada y el 12,4% severa.

Uno de los servicios que se prestan para las personas mayores con niveles de dependencia moderada y severa son los Establecimientos de larga estadía para personas mayores (ELEAM). Según los datos del catastro de Establecimientos de Larga Estadía (SENAMA 2012), el número de personas institucionalizadas en este tipo de recintos llega a 17.200, lo que supone alrededor del 0,7% de la población total de este grupo etario.

XI. 2. 1. Establecimientos de larga estadía (ELEAM)

En Chile, los ELEAM cuentan con una regulación emanada de la autoridad de salud que indica que deben contar con un protocolo de respuesta a emergencias. Sin embargo, no siempre este protocolo se pone en práctica o es conocido por los funcionarios de cada establecimiento. Por otra parte, debe reconocerse que existe una gran cantidad de establecimientos de este tipo que no están registrados por las autoridades competentes y que, por lo tanto, están sumidos en la clandestinidad absoluta y se desconoce su preparación frente a cualquier situación de emergencia.

En el año 2013 SENAMA realizó un catastro voluntario de Establecimientos de Larga Estadía el cual arroja un total de 734 establecimientos (autorizados), distribuidos en las 15 regiones del país, concentrándose principalmente en las regiones de Valparaíso y Metropolitana (cuadro 1).

3 Datos elaborados por Unidad Estudios SENAMA, febrero 2015.

4 "Uno de los fenómenos que trae mayores consecuencias para las sociedades que experimentan la transición demográfica es el envejecimiento de la vejez, es decir el incremento, entre las personas mayores, del número de personas de edad más avanzada (de 80 años y más)" (SENAMA, 2009, p.27).

5 "La frecuencia y severidad de la dependencia aumenta a medida que aumenta la edad. Se observa que a partir de los 75 años la dependencia severa constituye la mayor proporción de la dependencia total, legando a cifras superiores al 30% en los mayores de 80 años" (SENAMA, 2009, p.73)

Cuadro 1. Cantidad de ELEAM por región según catastro voluntario (2013)

Región	N° Total de ELEAM
XV Arica y Parinacota	4
I Tarapacá	4
II Antofagasta	8
III Atacama	3
IV Coquimbo	21
V Valparaíso	149
VI Libertador Bernardo O`higgins	29
VII Maule	37
VIII Bío Bío	68
IX Araucanía	12
XIV Los Ríos	16
X Los Lagos	16
XI Aysen	6
XIII Magallanes	9
XIII Metropolitana	352
Total	734

Fuente: Estudio de Actualización del Catastro de ELEAM (2013).

Por otra parte, SENAMA cuenta con 12 Establecimientos de larga estadía cuya operación se encuentra licitada: uno en la Región Metropolitana (Puente Alto), uno en Arica, tres en Maule (Cauquenes, Curicó y Licanten), dos en Bío Bío (Coronel y Hualpen), uno en Magallanes (Punta Arenas), tres en Araucanía (Cunco, Melipeuco y Loncoche) y uno en Los Lagos (Puerto Montt).

Cuadro 2. Cantidad de ELEAM SENAMA por región

Región	ELEAM	Nombre ELEAM	Capacidad Total
Arica y Parinacota	1. ARICA	Emilio Gutiérrez Bonelli	30
Maule	2. CURICÓ	"Carmen Martínez Vilches"	70
	3. CAUQUENES	Dr. Mario Muñoz Angulo	30
	4. LICANTÉN	ELEAM "Wenüiwen" (Amigos entre sí)	30
	5. MELIPEUCO	"Establecimientos de larga estadía Las Araucarias"	30
Araucanía	6. CUNCO	"Ayén Ruca" (Lugar de sonrisas)"	60
	7. LONCOCHE	El Copihue	30
	8. PUERTO MONTT	"Residencia Colectiva para adultos mayores Alerce"	80
Magallanes	9. PUNTA ARENAS	"Cristina Calderón Harbán"	70
Metropolitana	10. PUENTE ALTO	"Cordillera de Los Andes"	98
Bío Bío	11. CORONEL	Sra. Rosa Amelia Ogalde Cortés"	30
	12. HUALPÉN	Dr. Juan Lobos Krause	60
Total			618

Fuente: elaboración propia División Territorial (SENAMA 2015).

Asimismo, el SENAMA se relaciona directamente con 147 Establecimientos de larga estadía sin fines de lucro que reciben un subsidio para los adultos mayores con dependencia que residen en ellos.

En la mayor parte de los ELEM la población que está institucionalizada tiene alto grado de dependencia, de acuerdo al estudio de SENAMA (2013) el 73,4% de los residentes en ELEM autorizados tienen algún grado de dependencia y el 64,1% tiene más de 80 años. Estas condiciones hacen muy difícil la evacuación, en forma rápida y segura, ante situaciones de emergencia. Además, la mayor parte de las emergencias ocurren en horario nocturno, lo que genera que exista menos personal de cuidados y profesionales para llevar a cabo la evacuación.

Últimamente han ocurrido eventos de origen natural (terremotos, aluviones, inundaciones), antrópico (accidentes, incendios) y emergencias de otra índole que han afectado la vida de personas mayores que residen en estas instituciones. En función de ellos, existe la necesidad de generar planes de prevención y respuesta ante situaciones de emergencia que afectan a estos establecimientos.

XI. 3. Antecedentes de emergencias y catástrofes que han afectado a las personas mayores

Terremoto 2010

En una situación de catástrofe tan extrema como el terremoto grado 8.8 en la escala de Richter con el posterior tsunami que golpeó la zona centro sur de Chile y que afectó ese país el 27 de febrero de 2010, las personas mayores fueron uno de los grupos etarios más afectados y más invisibles frente a la protección y posterior reconstrucción.

El informe de Diagnóstico Estado de la Reconstrucción emanado por la Delegación Presidencial para la Reconstrucción señala, en sus conclusiones, que no existió certeza de cuántos damnificados tuvo nuestro país a partir de dicha catástrofe. Sin embargo, un dato claro fue que el 40,4% de los fallecidos producto del terremoto y tsunami son personas de 60 años y más (Servicio Médico Legal, 2010).

Las personas mayores que fueron afectadas por la catástrofe no quisieron abandonar sus viviendas ni tampoco emigrar a otros lugares. Un estudio realizado por la Universidad Católica de Chile a 547 personas de 60 o más años (Forttes, 2010) después de siete días de transcurrido el terremoto y tsunami en las comunas de Curepto y Hualañe región del Maule, arrojó que el 95% de las personas mayores no tenía interés en irse de sus hogares.

El Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 2010) informó que el 74,6% de los adultos mayores del país vivía en las zonas de desastre y que, en las regiones del Maule y Bío Bío, las más afectadas por el terremoto, habitaban 317.520 personas mayores de 60 años (18,5% de la zona de desastre). A pesar de lo anterior, no existen documentos oficiales que den cuenta de las necesidades detectadas de las personas mayores tras el evento.

Tampoco las personas mayores propietarias de vivienda que perdieron sus casas tuvieron posibilidades de recuperarlas, dado que los seguros de créditos hipotecarios ya no operaban porque las viviendas estaban totalmente pagadas.

El Servicio Nacional del Adulto Mayor, luego de la catástrofe ocurrida el 27 de febrero del año 2010, realizó las siguientes acciones:

- Coordinación con la Secretaría Ministerial de Salud de la Región Metropolitana para el traslado de los/las residentes del Hogar Santa Verónica en la Región Metropolitana (único hogar de la región que se encontraba inhabitable).
- En la Región del Maule miembros de la coordinación regional del SENAMA colaboraron y coordinaron con distintos actores el traslado de las personas mayores que residían en el Hospicio de Talca, las cuales se encontraban albergadas en un gimnasio de la comuna de Talca.
- La Directora Nacional del SENAMA en 2010, Paula Forttes Valdivia, fue nominada por la Presidenta de la República como delegada para la región del Maule para afrontar las consecuencias del terremoto, esta función abarcaba los distintos grupos de la zona, incluidos los adultos mayores. Esta labor fue ejecutada hasta el cambio de gestión el 11 de marzo de 2010.
- La coordinación regional del Maule elaboró un catastro de adultos mayores que perdieron su vivienda en la comuna de Talca, pues en ese momento existían viviendas sociales en stock del SERVIU⁶ para poder asignar.
- Se coordinó con el Municipio de Constitución el traslado de las personas mayores de dos Establecimientos de Larga Estadía que fueron devastados por el maremoto. Estos fueron trasladados a otros establecimientos de la región y casas de familiares.
- Se financió, a través de la línea de Convenios Institucionales de SENAMA, un proyecto de un ELEAM del Municipio de Constitución por un monto de \$8.818.824 pesos chilenos. Este gasto consignó el arreglo de una casona del sector, que fue utilizada como Establecimiento de Larga Estadía, y la compra de equipamiento para albergar a 38 personas mayores trasladadas desde los dos hogares afectados en la comuna.
- En 2010 SENAMA amplió el plazo del concurso de proyectos autogestionados para organizaciones de adultos mayores hasta el mes de mayo, lo que permitía que organizaciones de las regiones afectadas pudieran, de igual forma, presentar sus propuestas.
- Se gestionó con la Caja de Compensación Los Andes la donación de pañales y estufas, que fueron repartidos en las regiones más afectadas por el terremoto.

6 SENAMA y el Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU) suscribieron en junio de 2007 un convenio de colaboración a partir del cual este último modificó el Decreto Supremo de 1984 dando lugar al nuevo Programa Habitacional para Adultos mayores, en cuyo marco dispuso recursos del Programa Fondo Solidario de Vivienda para financiar nuevos proyectos de diseño y construcción de viviendas protegidas para adultos mayores. El convenio creó el programa de vivienda con tres líneas: Establecimiento de Larga Estadía, Condominios de viviendas tuteladas y Viviendas stock. Estas últimas corresponden a los inmuebles construidos por dicho servicio y traspasados a SENAMA, hasta diciembre del 2012.

- Se financió a través de la línea de Convenios Institucionales el Proyecto “Intervención en crisis, autocuidado y elaboración del duelo, en víctimas del terremoto en la región del Maule y sus cuidadores familiares”, ejecutado por el Centro de Estudios Universitarios de la Tercera Edad de la U3E (Universidad Mayor), por un monto de \$44.630.000 pesos chilenos. Este proyecto consistió en la intervención en la región del Maule, en las comunas de Linares, Curicó, Cauquenes, Molina, Talca, Constitución, San Clemente, Parral, San Javier, Villa Alegre, Curepto, Colbún, Curanipe, Pelluhue, Chanco y Yervas Buenas, por un periodo de seis meses. La intervención consistió en entregar, a través de psicólogos en terreno, una serie de herramientas para que las personas mayores y sus cuidadores/as familiares e institucionales, pudieran sobrellevar de mejor manera la situación de tragedia sufrida a causa del terremoto y tsunami. A partir de esta experiencia se elaboró el “Manual de apoyo: intervención en crisis, autocuidado y elaboración del duelo en víctimas del terremoto del 27.02.10 en la región del Maule y sus cuidadores y/o familiares”.
- Se coordinó con el Colegio de Periodistas de Chile, y se financió por parte de SENAMA, el transporte de la ayuda recolectada por esta institución, la cual fue destinada a las personas mayores afectadas de la Región del Maule.
- En el año 2010 se firmó el Convenio de financiamiento con el Municipio de Quilaco (Bío Bío), el cual consistió en colaborar con el financiamiento de la gestión de un Establecimiento de Larga Estadía que se encontraba nuevo y sin uso, con capacidad para 20 personas mayores, el cual recibió a personas mayores que se encontraban en situación de vulnerabilidad a causa del terremoto en la región del Bío Bío. El proyecto se denominaba “En mi casa me siento acompañado y feliz” y tuvo financiamiento del Fondo Nacional del Adulto Mayor en su línea de convenios institucionales (directo). El monto ascendió a \$12.072.000 pesos chilenos.
- Entrega de 100 becas donadas por la Caja de Compensación Los Andes y la Universidad Católica para el Curso de Cuidados para el Adulto Mayor, las cuales fueron entregadas en la región del Bío Bío a mujeres que trabajaban con mayores en Establecimientos de Larga Estadía de la región.
- Durante el año 2012 se realizó el proyecto de intervención denominado “Calidad de vida saludable: Autocuidado y autogestión en adultos mayores de diversas localidades de la región del Bío Bío”, el cual tuvo como objetivo contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores que residían en las Aldeas (Campamentos) de las diversas localidades de la región, entregándoles herramientas de autocuidado y potenciando los recursos internos y/o comunitarios para sobrellevar de la mejor manera la transición a la nueva vivienda, pudiendo ser ésta perteneciente al proyecto de arriendo o casa definitiva. Este proyecto inició su implementación la primera semana de marzo del 2012 en las aldeas ubicadas en Coronel, Tomé, Cañete, Coelemu, Arauco, Lebu, Curanilahue, Lota, Penco, San Pedro de la Paz, Tirúa, Chiguayante y Talcahuano y fue ejecutado por el Centro de Estudios Universitarios de la Tercera Edad de la U3E. Si bien este proyecto fue coordinado por SENAMA en la región, los recursos fueron dispuestos por el programa de reconstrucción del Ministerio de Vivienda y Urbanismo.

Las acciones realizadas por la sociedad civil, empresas, SENAMA y otros organismos del Estado se abocaron a intervenciones específicas (ayudas materiales, apoyo psicológico, elaboración de catastros, construcciones de vivienda, etc.) se realizaron con escasa coordinación entre ellas y sin un diagnóstico claro de las necesidades de los mayores afectados.

Situación de las personas mayores en el mega-incendio de Valparaíso

El mega-incendio de la Ciudad de Valparaíso, que se inició el sábado 12 de abril del 2014, afectó a la ciudad puerto dejando más de 12.500 damnificados y 2.900 viviendas destruidas. El incendio afectó a Los Cerros, La Cruz, Las Cañas, Merced, Mariposas, Ramaditas, El Litre y Rocuant, donde a partir de las primeras horas de la mañana del domingo 13 de abril del 2014, SENAMA inicia el levantamiento de información respecto a la realidad de los adultos mayores afectados en el siniestro.

Según este catastro, las personas mayores afectadas fueron 422, de las cuales 239 eran adultas mayores y 183 adultos mayores. Durante la primera semana de emergencia, SENAMA desarrolló visitas en terreno todos los días a las personas mayores afectadas, tanto en los cerros como en los albergues, a fin de tomar conocimiento de su estado, generar el catastro SENAMA y detectar necesidades específicas, así como también para entregar el kit de aseo, realizar ayudas de emergencia y/o ayudas técnicas/productos de apoyo, según correspondía.

Durante el enfrentamiento y respuesta de la emergencia, SENAMA desarrolló, por una parte, el levantamiento de información y necesidades y, por otra, tomó contacto con cada persona mayor afectada manifestando la preocupación, acompañamiento y apoyo del Servicio, desarrollando las articulaciones con las redes locales y realizando una coordinación efectiva para la entrega de las ayudas de emergencia definidas por el Ministerio de Desarrollo Social y otros organismos públicos. SENAMA apoyó la aplicación de la Encuesta Familiar Única de Emergencia (EFU) como así también la entrega de los Bonos de Emergencia y se impulsaron las gestiones y puntos de atención establecidos en los cerros de Valparaíso por el Ministerio de Desarrollo Social, en coordinación directa con dicha Secretaria Regional Ministerial (SEREMI).

Unido a lo anterior, SENAMA desarrolló la “Campaña Mayores Ayudan a Mayores” mediante la cual, por iniciativa del Consejo Asesor de Mayores de Valparaíso⁷, se recibieron aportes de algunas municipalidades y organizaciones de adultos mayores de la región, como así también del Consejo Asesor de Mayores de Los Lagos y donaciones anónimas que entregaron: pañales (Empresa TENA), ropa, útiles de aseo personal y domiciliario y ayudas técnicas/productos de apoyo (sillas de ruedas) en la medida que fueron requeridas. En ese sentido, los pañales se entregaron durante 3 meses, como un aporte más allá de la emergencia. Del mismo modo se generaron acciones donativas de alimentos y artículos de primera necesidad para las personas mayores damnificadas.

7 Los Consejos Asesores Regionales de Adultos Mayores fueron creados mediante el decreto N° 8 de enero de 2008 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia y representan a las diversas organizaciones de su región, colaborando con el Servicio Nacional del Adulto Mayor proponiendo políticas, medidas o instancias destinadas a fortalecer la participación de las personas mayores en cada región, la protección de sus derechos y el ejercicio de su ciudadanía activa, entre otras. En la actualidad hay 15 Consejos Asesores Regionales a nivel nacional con un mínimo de 11 y un máximo de 15 consejeros participando en ellos.

Mediante coordinaciones con entidades privadas, SENAMA gestionó y desarrolló el traslado de tres personas mayores afectadas por el siniestro a Establecimientos de larga estadía privados de la región de Valparaíso, siempre con consentimiento informado y firmado y en aquellos casos que no se contaba con redes familiares de apoyo. SENAMA promueve la autonomía y los derechos de las personas mayores, en este sentido, el 85% de las personas mayores damnificadas no desearon abandonar su residencia en los cerros, lo que refleja el fuerte arraigo de los mayores a su entorno y ciudad, debiendo ser considerado a la luz de las acciones y definiciones de las políticas públicas y de riesgos de desastres.

Complementariamente, SENAMA junto a la Universidad de Valparaíso desarrolló un proceso de acompañamiento psicológico y psicosocial junto a un equipo de psicólogos/as voluntarios a fin de visitar los casos de mayor complejidad en términos afectivos, emocionales y post traumáticos de la catástrofe, lo que se mantuvo por dos meses después del hecho.

Finalmente, el equipo regional de SENAMA mantuvo el seguimiento de las personas mayores afectadas por el incendio, tanto vía telefónica como en terreno, por aproximadamente seis meses tras la superación de la emergencia, contando con un profesional del Servicio en cada cerro afectado a fin de monitorear y desarrollar seguimiento a las situaciones de las personas mayores, definiéndose tareas específicas tales como gestión de ayudas técnicas/productos de apoyo, apoyo psicológico y coordinación intersectorial entre otras, a fin de articular y apoyar el proceso post emergencia en coordinación con todos los servicios públicos vinculados y relacionados con la temática, especialmente la Intendencia Regional, Gobernación Provincial de Valparaíso, Secretaría Regional Ministerial de Salud y Desarrollo Social, ONEMI, Servicio de Vivienda y Urbanismo (SERVIU), Municipalidad de Valparaíso, entre otros.

En esta situación cobra relevancia la articulación con los organismos clave de protección civil. Sin embargo, por la envergadura de la catástrofe, no necesariamente se desarrollaron acciones de priorización por los damnificados mayores, de ahí la relevancia de contar con instrumentos, protocolos y procedimientos específicos con enfoque gerontológico que releve a las personas mayores y las visualice en el contexto social de la emergencia, dado que sus condiciones de riesgo y fragilidad las hacen más vulnerables.

Noticias de adultos mayores ELEAM y emergencias

Durante el año 2014 y principio de este año Chile sufrió otras emergencias que afectaron principalmente a personas mayores residentes en Establecimientos de larga estadía y que fueron reflejadas en los medios de comunicación.

- “Tragedia en Los Ríos: incendio deja diez muertos en hogar de ancianos” (6 de abril 2014).
- “Cielo falso provocó derrumbe en hogar de ancianos en Ñuñoa” (06 de mayo del 2014).
- “Un incendio se registró en horas de esta madrugada en la comuna de Calera de Tango” (12 de mayo de 2014).
- “Incendio de residencia privada, Comuna de Providencia” (12 de febrero 2015).

Frente a estas emergencias, SENAMA se comunicó con los establecimientos afectados para tomar conocimiento de la situación de los mayores, generar un levantamiento de necesidades urgentes y evaluar la existencia de redes de apoyo familiares o de otro tipo para, de ser necesario, reubicar a los mayores mientras se superaba la situación de emergencia.

Los establecimientos que fueron mencionados en los portales de noticias son privados, cuentan con autorización sanitaria y cumplen con la normativa sobre los temas de emergencia. Sin embargo, estas situaciones ocurrieron en las noches, cuando hay menos cuidadoras y con escasa formación para el manejo de la emergencia.

La visualización de estas situaciones a través de los medios de comunicación permite poner en agenda pública la vulnerabilidad de las personas mayores residentes en este tipo de establecimientos donde emanan realidades de abandono, vulnerabilidad social y desarraigo familiar, entre otras problemáticas.

XI. 4. Derechos humanos de las personas mayores y catástrofes o emergencias

El enfoque de los derechos propicia la titularidad de derechos humanos de todos los grupos sociales y, de ese modo, contribuye a que aquéllas y aquéllos que en el pasado fueron excluidos, en el presente sean tratados sobre la base de la igualdad y el respeto de la dignidad humana para favorecer la integración social y, con ello, la construcción de una “sociedad para todos” (CEPAL, 2009, p. 25).

En América Latina y el Caribe, el enfoque de los derechos humanos ha adquirido gran importancia como horizonte normativo y programático del desarrollo (CEPAL, 2006), por lo que es cada vez más frecuente la elaboración de leyes que especifican ciertos derechos o esfuerzos sociales e institucionales dirigidos a formular políticas públicas desde este ángulo. En la región, además, todos los Estados ratificaron al menos tres de los siete principales tratados de derechos humanos vigentes al año 2006 y, como consecuencia de ello, tienen obligaciones jurídicas internacionales vinculantes (Huenchuan, 2012).

La aplicación del enfoque de los derechos humanos en los asuntos de las personas mayores implica que las acciones públicas y las instituciones encargadas de su atención deben basarse explícitamente en las normas internacionales sobre derechos humanos, puesto que, con independencia de que su situación no esté explícitamente incorporada, los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos de orden vinculante pueden brindar una protección jurídica de los derechos de las personas mayores si son usados de manera adecuada.

El enfoque de los derechos conlleva un cambio paradigmático en este sentido, puesto que promueve el empoderamiento de las personas mayores y una sociedad integrada desde el punto de vista de la edad. Esto implica que las personas mayores son sujetos de derecho, no solamente beneficiarios y que, por lo tanto, disfrutan de ciertas garantías y tienen determinadas responsabilidades.

Considerar el enfoque de derechos en la gestión de SENAMA es uno de los ejes estratégicos actuales de la gestión del servicio, a fin de seguir avanzando en el reconocimiento, defensa, promoción y protección de las personas mayores de Chile.

Las primeras referencias a las personas de edad en los instrumentos internacionales de derechos humanos son sólo indirectas y, generalmente, se limitan a la seguridad social y al derecho a un nivel de vida adecuado. Por ejemplo, en la Declaración Universal de Derechos Humanos se reconoce el derecho a las prestaciones sociales en la vejez. De forma análoga, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se considera “el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social”.

En América Latina y el Caribe se aprecia una marcada tendencia a abandonar la perspectiva de la asistencia social para adoptar un enfoque de derechos humanos en el abordaje de los asuntos de las personas mayores. Esto se observa claramente en la legislación especial, que en la mayoría de los casos tiene como objetivo promover y garantizar los derechos humanos de las personas mayores integrando de esta manera las normas reconocidas en los tratados de derechos humanos y las previsiones constitucionales.

Si bien hay otros, al momento de destacar algunos instrumentos, resoluciones y declaraciones de América Latina y el Caribe sobre envejecimiento y al establecer una vinculación con las situaciones de emergencias, desastres o catástrofes en los ELEM, es propicio señalar que sí se observan algunas precisiones en esta materia, por lo que se destaca lo siguiente:

Declaración de Brasilia

Segunda conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos. Brasilia, 4 al 6 de diciembre de 2007.

En la presente declaración, es oportuno destacar lo siguiente:

“7. Reafirmamos el compromiso de incorporar el tema del envejecimiento y darle prioridad en todos los ámbitos de las políticas públicas y programas, así como destinar y gestionar los recursos humanos, materiales y financieros para lograr un adecuado seguimiento y evaluación de las medidas puestas en práctica, diferenciando el área urbana y rural y reconociendo la perspectiva intergeneracional, de género, raza y etnia en las políticas y programas destinados a los sectores más vulnerables de la población en función de su condición económica y social y de **situaciones de emergencia humanitaria, como los desastres naturales** y el desplazamiento forzado” (CEPAL, 2007, p. 7-8).

Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe

Adoptada en la tercera Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe. San José de Costa Rica, 8 al 11 de mayo de 2012.

A través de la presente declaración, es importante tener presente el siguiente artículo:

13. Llamamos la atención acerca de la vulnerabilidad de las personas mayores en situaciones de emergencia o desastres naturales y nos comprometemos a trabajar por:

a. Incluir la asistencia prioritaria y preferencial a las personas mayores en los planes de socorro para casos de desastre,

b. Elaborar directrices nacionales que incluyan a las personas mayores como un grupo prioritario y de atención preferencial en la preparación para los casos de desastre, la capacitación de trabajadores de socorro y la disponibilidad de bienes y servicios,

c. Prestar una atención prioritaria y preferencial a las necesidades de las personas mayores en situaciones de reconstrucción después de emergencias o conflictos, (CEPAL, 2012, p. 16).

Grupo de Trabajo sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores de la Organización de los Estados Americanos, OEA, desde 2011 a la fecha

Si bien aún no está aprobado, en la actualidad se encuentra en desarrollo y revisión un proyecto de Convención Interamericana para la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas Mayores, en el cual se destaca lo siguiente:

Artículo 29. Situaciones de riesgo y emergencias humanitarias:

Los Estados Partes tomarán todas las medidas específicas que sean necesarias para garantizar la integridad y los derechos de la persona mayor en situaciones de riesgo, incluidas situaciones de conflicto armado, emergencias humanitarias y desastres, de conformidad con las normas internacionales de derechos humanos y del derecho internacional.

Los Estados Partes adoptarán medidas de atención específicas a las necesidades de la persona mayor en la preparación, prevención, reconstrucción y recuperación en situaciones de emergencias, desastres o conflictos.

Considerando las dos Declaraciones y grupos de trabajo mencionados es posible señalar que el abordaje de emergencias, desastres o catástrofes que afecten a las personas mayores, especialmente a aquellas residentes en los Establecimientos de larga estadía para el Adulto Mayor (ELEAM), es una cuestión de derechos humanos, fortaleciendo la importancia de su consideración.

XI. 5. Marco regulatorio de protección civil

XI. 5. 1. Contexto internacional

A nivel internacional, se han dado pasos importantes con relación al tratamiento de emergencias y desastres que afectan a las personas. En el año 1990, la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró el periodo 1990-1999 como el Decenio Internacional para la Reducción de los Desastres Naturales (DIRDN), bajo el lema “Construir una cultura de prevención”.

En 1994, en la ciudad japonesa de Yokohama, se realizó una nueva conferencia mundial sobre la reducción de los desastres naturales, donde se elaboró la Estrategia y Plan de Acción de Yokohama para un Mundo más Seguro. Dicha estrategia hizo especial hincapié en el hecho de que “todos los países tienen la responsabilidad soberana y fundamental de proteger a su población, su infraestructura y su patrimonio nacional, social y económico de los desastres de origen natural” (ONEMI, 2014, p18), precisando que la actividad humana juega un papel de gran importancia en la reducción de la vulnerabilidad de las sociedades ante todo tipo de amenazas.

En enero del año 2000, la Asamblea General de Naciones Unidas crea la Secretaría Interinstitucional de la Estrategia Internacional para la Reducción de los Desastres (EIRD) la que actúa como “*centro de coordinación de las estrategias y programas para la reducción de desastres y para asegurar la sinergia entre las actividades de Reducción del Riesgo de Desastres y aquellas relacionadas con los campos socioeconómico y humanitario*”.

El 22 de enero de 2005, siendo la novena sesión plenaria de la Conferencia Mundial sobre la Reducción de los Desastres, se aprobó en Kobe, Japón, el Marco de Acción de Hyogo para 2005- 2015: Aumento de la resiliencia de las naciones y las comunidades ante los desastres. Se espera con esto reducir las pérdidas que los desastres ocasionan, tanto en términos de vidas humanas como en cuanto a los bienes sociales, económicos y ambientales de las comunidades y los países.

XI. 5. 2. Contexto nacional

Las situaciones de amenazas naturales o por efecto de la acción humana que afectan a Chile se encuadran en la Constitución Política de la República de Chile en su artículo 1º, inciso 5º, que señala que “*Es deber del Estado dar protección a la población y a la familia*” por lo que, con el objetivo de implementar acciones que permitan asegurar dicha garantía constitucional, se han asignado competencias y otorgado facultades a diversos órganos de la Administración del Estado mediante disposiciones legales dictadas en diferentes épocas (Política Nacional para la Gestión de Riesgo de Desastres, 2014).

El Decreto Ley número 369 de marzo de 1974 crea la Oficina Nacional de Emergencia (ONEMI) como servicio de carácter público, centralizado y dependiente del Ministerio del Interior, constituyén-

dose como el organismo articulador y referente de las acciones a realizarse en materia de protección civil.

En 1977, mediante el Decreto número 737, el Presidente de la República designó una comisión para elaborar y proponer a los ministros del Interior y de Defensa Nacional un plan destinado a enfrentar emergencias que se produjesen como consecuencia de catástrofes, el cual fue promulgado el mismo año.

En el año 2002 se promulgó del Decreto 156, el cual deroga el Plan Nacional de Emergencia de 1977 y aprueba el Plan Nacional de Protección Civil, documento indicativo para la gestión del riesgo en Chile.

En 2005 Chile firmó, como Estado miembro de Naciones Unidas, el Marco de Acción de Hyogo, comprometiéndose a realizar una serie de acciones para aumentar la resiliencia tanto del país como de las comunidades ante los desastres.

Actualidad

El Gobierno de Chile, por mandato de la Presidenta de la República Michelle Bachelet, en noviembre de 2014 genera la Política Nacional para la Gestión de Riesgo de Desastres (ONEMI, 2014). Su objetivo es: *“Otorgar al Estado de Chile un instrumento o marco guía que permita desarrollar una gestión integral del riesgo de desastres donde se articulen la política general con las políticas transversales y las políticas sectoriales, y en donde se lleven a cabo las acciones de prevención, respuesta y recuperación ante desastres, dentro del marco del desarrollo sustentable”*.

La política cuenta con cinco ejes:

- El refuerzo de la institucionalidad, procurando que la reducción de riesgo de desastres se establezca en todo el país.
- El fortalecimiento de los sistemas de monitoreo y alerta temprana, para contar con información de calidad que permita toma de decisiones oportunas.
- El fomento de la cultura de la prevención y al autocuidado, dado que la educación es la mejor herramienta de prevención.
- La reducción de los factores subyacentes del riesgo, diagnosticando sus principales componentes y planificando acciones en los territorios.
- El aumento de la capacidad de respuesta ante las emergencias, lo que implica una mejor coordinación institucional y una oportuna atención a la población.

De esta política se derivará el Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y Emergencia en los distintos niveles de la estructura político-administrativa del Estado (regional, provincial y comunal), así como también los planes de cada uno de los organismos de Gobierno, generando capacidades y coordinación entre los distintos organismos y actores involucrados.

XI. 6. Plan Regional de Emergencia para Establecimientos de larga estadía para el adulto mayor ELEM/SENAMA

Durante el año 2014 el Servicio Nacional del Adulto Mayor SENAMA convocó a una mesa con el objetivo de trabajar Planes de Emergencia Regionales para Establecimientos de Larga Estadía para el Adulto Mayor (ELEM). Su objetivo fue establecer un sistema de coordinación con los distintos organismos competentes ante situaciones de emergencia que afecten a Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores, ya sean privados, de fundaciones o SENAMA. En esta mesa participaron distintos actores nacionales y regionales que aportaron su conocimiento y propuestas para llegar a estas orientaciones técnicas y para elaborar el Plan de Emergencia Regional que tendrá pertinencia en virtud de las diferentes condiciones geográficas, territoriales, morfológicas y demográficas existentes en las 15 regiones de Chile.

Los organismos participantes fueron:

- Carabineros.
- Bomberos.
- Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU).
- Secretaría Regional Ministerial de Salud.
- ONEMI, la Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior organismo público de la República de Chile dependiente del Ministerio del Interior y Seguridad Pública que tiene por finalidad planificar, coordinar y ejecutar las acciones destinadas a prevenir o a solucionar los problemas.

A partir del trabajo de estos actores nace la propuesta del Plan Regional de Emergencia Establecimientos de Larga Estadía para el Adulto Mayor ELEM/SENAMA.

Este plan considera los aspectos demográficos, los antecedentes de los Establecimientos de Larga Estadía para el Adulto Mayor y la información relativa al marco legal pertinente.

Complementariamente, en los últimos años han ocurrido en Chile eventos de origen natural (terremotos, aluviones, inundaciones), antrópico (accidentes, incendios) y emergencias de otra índole que han afectado la vida de personas mayores que residen en estas instituciones de larga estadía. En función de lo anteriormente mencionado, existe la necesidad de generar planes de prevención y de respuesta ante situaciones de emergencia que afectan a estos establecimientos.

Este plan está en etapa de validación final y será presentado a las 15 regiones del país en el mes de marzo de 2015.

El Plan Regional de Emergencia ELEAM/SENAMA cuenta con los siguientes objetivos generales y específicos:

Objetivo General:

Disponer de un conjunto de acciones permanentes y coordinadas para la prevención, preparación, respuesta y rehabilitación frente a la ocurrencia de emergencias y/o desastres acontecidos en los Establecimientos de Larga Estadía para el Adulto Mayor (ELEAM) en todo el país.

Objetivos específicos:

- Establecer un protocolo de colaboración entre ONEMI y SENAMA.
- Elaborar un Plan Regional de Emergencia SENAMA/ELEAM.
- Elaborar Planes de Emergencia en los ELEAM SENAMA.
- Constituir Comités de Seguridad en SENAMA Regional y en los ELEAM.
- Establecer coordinaciones, roles y funciones entre los actores involucrados en una emergencia de ELEAM.
- Delimitar responsabilidades técnicas y operativas frente a un desastre ELEAM.
- Establecer acciones en las distintas etapas de las emergencias y/o desastres en un ELEAM.

El marco de acción tiene como propósito la elaboración del Plan Regional de Emergencia para Establecimientos de Larga Estadía coordinado por el Servicio Nacional del Adulto Mayor SENAMA en las 15 regiones, así como también la elaboración de planes de emergencia para cada ELEAM, ya sean de SENAMA, beneficiarios del Fondo Subsidio ELEAM, CONAPRAN⁸ o privados.

8 CONAPRAN: Consejo Nacional de Protección a la Ancianidad. Entidad privada, sin fines de lucro.

En cada región, se debe conformar un Comité de Seguridad tanto a nivel regional, como en cada Establecimientos de Larga Estadía del Adulto Mayor, que cuente al menos con los siguientes integrantes:

Cuadro 3. Estructura de los Comités de seguridad

Comité de Seguridad y Emergencia ELEAM / SENAMA	Comité de Seguridad de cada ELEAM
Coordinador/a Regional de SENAMA.	Director Técnico de ELEAM.
Profesional de SENAMA encargado de emergencias ELEAM.	Profesional designado como Encargado de la Emergencia ELEAM.
Representantes de Establecimientos de Larga Estadía de la región.	Representante de personal de cuidado y/o funcionarios.
Representantes de Consejo Asesor Regional de Mayores.	Representante del Comité de Residentes.
Representantes de las Direcciones Regionales de ONEMI.	Representante de Entidad de Prevención de riesgos, según corresponda.
Representantes Provinciales y Comunales de Protección Civil y Emergencia.	Representantes de Familiares y/o Residentes del ELEAM.
Bomberos, representante según jurisdicción regional.	Se debe incorporar a los representantes de los organismos técnicos responsables de la emergencia ABC que pertenezcan al sector donde se encuentra ubicado el centro.
Carabineros, representantes de Oficinas de Integración Comunitaria.	
SEREMI de Salud de cada región	
SAMU, según corresponda.	
Otros integrantes que la coordinación Regional de SENAMA determine o estime conveniente.	

Fuente: División Territorial (SENAMA 2015).

Es importante tener presente que al momento de determinar el número de integrantes del Comité, se debe tener en cuenta la cantidad de Establecimientos de Larga Estadía en la región.

Las funciones para los integrantes del Comité de Seguridad y Emergencia ELEAM / SENAMA serían las siguientes⁹:

El **Coordinador/a Regional de SENAMA**: es responsable de movilizar a las distintas instancias regionales relacionadas con la Seguridad de los Establecimientos de Larga Estadía, como así también presidir o dirigir el Comité. Además, dará cuenta a las máximas autoridades del Servicio a nivel regional de las acciones realizadas frente a las emergencias, según corresponda.

9 Fuente: División Territorial (SENAMA 2015).

El **profesional encargado/a de emergencias**, en representación del Coordinador/a, organizará todas y cada una de las actividades que efectúe el Comité, en función del objetivo común: seguridad. Este profesional deberá lograr que los integrantes del Comité actúen con pleno acuerdo para aprovechar al máximo las potencialidades y recursos. Para ello, deberá valerse de mecanismos efectivos de comunicación, como por ejemplo las reuniones periódicas y mantener al día los registros, documentos y actas que genere el Comité.

Además, deberá tener permanente contacto oficial con la Municipalidad correspondiente, las Unidades de Salud, Bomberos, Carabineros, Cruz Roja o Defensa Civil del sector donde estén situados los establecimientos, a fin de recurrir a su apoyo especializado en acciones de prevención, educación, preparación, ejercitación y atención en caso de ocurrir un accidente o emergencia.

Los **Representantes de Establecimientos de larga estadía de la región**: aportan su visión desde los ELAM, velan por la implementación de planes de emergencia específicos y transmiten información a sus representados.

Representantes de Consejo Asesor Regional de Mayores: deberán aportar su visión desde el punto de vista de las personas mayores, apoyar la prevención en Establecimientos de Larga Estadía y recoger y transmitir información cuando sea necesario.

Representantes de ONEMI, como organismo asesor al Comité Regional de Seguridad de SENAMA. Los mismos deberán asesorar a SENAMA regional en actividades de prevención y respuesta como, por ejemplo:

1.- Prevención

- Asesorar en la implementación de los Planes de Emergencia (Metodología AIDEP y ACCEDER).
- Asesorar en la ejecución de ejercicios de simulacro.

2.- Respuesta

- Tomar conocimiento de parte del nivel comunal de protección civil y emergencia respecto de los eventos que pudiesen afectar a los ELEAM y de acuerdo al nivel de emergencia, establecer la participación de ONEMI Regional, Bomberos, Carabineros y SEREMI de Salud de cada región. Serán convocados por SENAMA Regional, en función de cada perfil:

Bomberos: apoyan a SENAMA para geo-referenciar a los ELEAM, apoyarlos y orientarlos en los planes de emergencia y evacuación, apoyar simulacros y acciones preventivas de emergencia.

Carabineros: apoyan a SENAMA en situaciones de emergencia vinculados a la seguridad de los lugares, apoyar la prevención frente a situaciones de emergencia y en la búsqueda de familiares cuando sea necesario.

SEREMI de Salud: apoyan a SENAMA con la información de ELEAM autorizados en la región, realizan acciones de inspección o fiscalización para observar la implementación de planes de emergencia y evacuación, informan a SENAMA con posterioridad a una emergencia ELEAM, la situación del establecimiento respecto a funcionamiento.

SAMU: apoya a SENAMA en la respuesta ante situaciones de emergencia y/o desastres.

Por su parte, el Comité de Seguridad de cada ELEM¹⁰ está integrado por:

Director Técnico de ELEM: es el encargado de presidir y/o coordinar el Comité de Seguridad. Debe velar para que los protocolos de actuación se cumplan y se ajusten a las normas.

Profesional designado como Encargado de la Emergencia ELEM: este profesional deberá coordinar a los integrantes del Comité para que actúen con pleno acuerdo. Deberá mantener reuniones periódicas, registros, actas y documentación correspondiente al Comité.

Además, deberá tener permanente contacto con la Oficina de Protección Civil de la Municipalidad correspondiente, el CESFAM o Consultorio, Bomberos del sector, Carabineros del Plan Cuadrante, SAMU, entre otros. Debe contar con los números de emergencia, información de contacto y datos relevantes del establecimiento.

Frente a una situación de emergencia, es el responsable de generar las condiciones para la evacuación y/o protección de los residentes, como así también, tomar contacto con los familiares, tutores y/o apoderados de los residentes mayores.

Representante de personal de cuidado y/o funcionarios: deben apoyar las acciones de prevención, primera respuesta y evacuación de las personas mayores residentes.

Representante del Comité de Residentes: deben colaborar y motivar a las personas mayores residentes con las acciones de prevención, primera respuesta y evacuación que se desarrollen en el ELEM.

Representante de Entidad de Prevención de riesgos, según corresponda: deben asesorar y apoyar el manejo de riesgos del ELEM.

Cabe tener presente que la Municipalidad, las Unidades de Carabineros, Bomberos, Salud, Cruz Roja, Defensa Civil u otras, constituyen instancias de apoyo técnico al Comité y su relación con el mismo deberá ser formalizada entre el Coordinador/a Regional de SENAMA y el jefe máximo de las organizaciones mencionadas o a nivel comunal, en el caso de los ELEM. Esta relación no puede ser informal.

La vinculación oficial viene a reforzar toda la acción del Comité, no sólo en los aspectos de prevención sino también en la atención efectiva cuando se produce una emergencia o catástrofe.

Tanto el Comité de Seguridad Regional SENAMA como el Comité de Seguridad ELEM deben cumplir, como primera tarea específica, con la misión de visibilizar y sensibilizar los objetivos del plan respectivo, para lograr la participación efectiva en las acciones de seguridad de los actores relevantes involucrados en el logro de la gestión de emergencia.

10 Fuente: División Territorial (SENAMA 2015).

XI. 7. Recomendaciones metodológicas para elaborar los planes de emergencias ELEAM

XI. 7. 1. Metodología para el diagnóstico de riesgos y recursos (AIDEP)

El Comité de Seguridad tiene como primera misión el recabar información, (diagnóstico) como base para diseñar el plan de emergencia. De este modo, el plan quedará ajustado a las particulares realidades de la región y de su entorno inmediato.

Se debe recopilar la siguiente información:

- Riesgos o peligros originados por las distintas amenazas de origen natural y/o provocados por el hombre ya sea intencionalmente o de forma involuntaria.
- Recursos y/o capacidades.

El Comité debe contar con el máximo de información sobre los riesgos o peligros a los que se encuentra expuesto cada ELEAM en las actividades asociadas, en el entorno o área en el que está situado y acerca de los recursos con que cuenta para enfrentar dichos riesgos.

El objetivo de este relevamiento es lograr una completa visión de lo que puede ocurrir, cómo evitar que ello ocurra, o bien que el evento dañe lo menos posible el establecimiento y particularmente a los adultos mayores que residen en éste.

Los riesgos o peligros son aquellas situaciones o elementos que pueden derivar en un accidente o emergencia y provocar daño a las personas, a los bienes o al ambiente. Los riesgos están relacionados con las amenazas, hechos o fenómenos que pueden llegar a provocar daño si interactúan con determinadas vulnerabilidades de los ELEAM (tales como falta de planes o de encargados, defectos de construcción, desgaste de materiales, etc.) o del entorno.

Existen amenazas de origen natural como los sismos, temporales, tsunamis o maremotos, erupciones volcánicas, deslizamientos, aluviones, etc. y amenazas provocadas por el propio ser humano, ya sea intencionalmente o en forma involuntaria por negligencia o error, o hechos fortuitos, como la proliferación de un virus, o de un alimento en mal estado que puede derivar en una situación crítica con síntomas de enfermedad en uno o más adultos mayores (vómitos, fiebre, diarrea) u otros accidentes al interior del establecimiento (caídas, golpes, incendios, accidentes eléctricos, químicos, industriales, defectos de infraestructura o construcción, delincuencia, etc.).

Los recursos son elementos, acciones, capacidades y organismos o instancias de la región y del entorno, capaces de impedir, evitar o reducir el problema. El principal recurso es el ser humano y, fundamentalmente, cuando se encuentra organizado: administradores, profesionales, técnicos, instituciones, municipios, Bomberos, Unidad de Salud, Carabineros, Defensa Civil, Cruz Roja, personas mayores etc. También están los recursos materiales: albergues, hospitales, consultorios de salud o Centros de Salud Familiar (CESFAM), medios de transporte, teléfonos y otros medios de comunicación, etc.

Para recopilar información detallada de los ELEAM, su entorno y actividades asociadas, se puede utilizar la Metodología AIDEP de Microzonificación de Riesgos y de Recursos como base de diagnóstico para la Planificación que propone ONEMI para el diagnóstico de riesgo¹¹. Esta metodología implica que el área (establecimiento y sector o barrio en que ésta se sitúa), se divide imaginariamente en micro o pequeños sectores o zonas a fin de estudiar con el máximo de detalle los riesgos y recursos que presenta. Esta información deberá quedar representada en un mapa, plano o cartografía muy sencilla, con simbología reconocida por todos y proyectarse en acciones concretas y específicas.

El desarrollo de esta actividad no debe ser efectuada exclusivamente por los integrantes del Comité, sino con participación del máximo posible de personas involucradas a fin de facilitar la labor del Comité de Emergencia.

Es importante mencionar que cada Coordinación Regional de SENAMA deberá gestionar las acciones pertinentes para las capacitaciones y/o inducciones de las ONEMIS regionales respectivas.

La Metodología a considerar para el levantamiento del diagnóstico se denomina **AIDEP**, enfoque que considera una permanente retroalimentación. Esta metodología se encuentra, por lo menos, las siguientes acciones:

Cuadro 4. Significado AIDEP

A	ANÁLISIS HISTÓRICO
I	INVESTIGACIÓN EMPÍRICA (técnica, científica, en terreno, etc.)
D	DISCUSIÓN DE PRIORIDADES
E	ELABORACIÓN DEL MAPA
P	PLANIFICACIÓN

Análisis Histórico

¿Qué ha pasado anteriormente?

En esta etapa se debe revisar toda aquella información sobre situaciones que en el pasado han generado riesgos, provocado accidentes, enfermedades, lesiones o han dañado la infraestructura o el ambiente de los Establecimientos de Larga Estadía y de su entorno.

Esta información puede estar contenida en documentos o ser relatada por los representantes de ELEAM o por los Consejos Asesores Regionales de Mayores, por los profesionales de SENAMA, por Carabineros, equipo de Salud, de Bomberos, entre otros.

¹¹ Consultar [http://www.onemi.cl/wp-content/themes/onemi-bootstrap Master/library/doc/plan_nacional_0_0.pdf](http://www.onemi.cl/wp-content/themes/onemi-bootstrap-Master/library/doc/plan_nacional_0_0.pdf)

Investigación empírica y en terreno

¿Dónde y cómo podría pasar nuevamente?

Se debe recorrer cada proceso, actividad y espacio de los ELEAM y del entorno para verificar en terreno y de manera empírica si permanecen o no las condiciones de riesgo descubiertas en el análisis histórico. En este trabajo empírico y en terreno se hace indispensable observar también si existen nuevos elementos o situaciones de riesgo, las que deben ser debidamente consignadas.

Paralelamente al registro que en este recorrido se vaya efectuando respecto de los riesgos o peligros, se deben consignar los recursos disponibles para enfrentar esos riesgos, evitando que se traduzcan en daños o generando las condiciones para estar preparados para una oportuna atención de las personas o cuidado de los bienes al no haberse podido impedir la ocurrencia de un accidente o emergencia.

Discusión y análisis de los riesgos y recursos detectados

¿Qué nos puede provocar más daños? ¿Qué puede afectar a más gente? ¿Cuál riesgo se repite más?

En esta etapa el Comité de Seguridad, idealmente con el apoyo formal de alguna mutual, de representantes de Carabineros, Salud, Bomberos y de otros organismos o instancias técnicas colaboradoras como Cruz Roja, Defensa Civil, se reúne para discutir y analizar los riesgos y recursos consignados, fundamentalmente, para otorgarles la debida priorización ya sea por el factor tiempo/recurrencia (porque puede ocurrir un accidente o emergencia en cualquier momento) o por el impacto o gravedad del daño que pudiera presentarse.

Se debe establecer una relación entre cada riesgo y los respectivos recursos para enfrentarlo.

Para el Comité de Seguridad SENAMA, cada región deberá definir los recursos con los que contará para la emergencia. Sin embargo, lo básico es:

- Sistema de turnos de profesionales por contrato o de planta en todas las regiones.
- Teléfono celular, especial para emergencias.
- Acceso a vehículo institucional o convenio con radiotaxi para el traslado ante la emergencia.
- Contar con todos los teléfonos de los profesionales encargados de emergencia de las comunas de la región.
- Contar con teléfonos de Bomberos, (ONEMI) Sistema de Protección Civil y Emergencia, Carabineros, SAMU y SEREMI de Salud.

Elaboración del Mapa

Culminada la discusión y el análisis con sus respectivas conclusiones, se debe iniciar la confección de un mapa, utilizando una simbología conocida por todos y debidamente indicada. Su objetivo es proveer un instrumento visual que permita advertir la información de seguridad en relación al terreno y sus respectivos riesgos y recursos detectados.

Para la elaboración del mapa SENAMA se debe contar con un mapa geográfico regional que permita identificar los ELEAM de la región con colores diferentes y/o símbolos de acuerdo a los niveles de riesgo y amenazas.

Respecto al mapa de los Establecimientos de Larga Estadía del Adulto Mayor, éstos deben contar con un plano de la infraestructura del establecimiento donde se identifiquen las zonas de riesgo, evacuación y zonas seguras.

Planificación

Considerando los antecedentes previos y/o de diagnóstico, el Comité de Seguridad debe generar planes y programas, tanto preventivos como de respuesta, frente a los distintos riesgos identificados en las etapas anteriores.

En este punto, se deberá contar con los siguientes elementos:

- Planes de respuesta.
- Acciones de ejercitación o simulación.
- Programas de prevención.
- Programas de capacitación.
- Mejoramiento de infraestructura.
- Obras de mitigación.

Algunas recomendaciones para la elaboración del plan:

- Estar basado en la realidad de riesgos de los ELEAM en la región.
- Responder a una priorización (ordenamiento según grados de importancia) de esos riesgos.
- Consultar recursos para esas prioridades.
- Ser entrenado periódicamente, revisándose su efectividad, corrigiéndose y actualizándose regularmente.
- Consultar acciones para la prevención, preparación y atención de accidentes y emergencias.

- Dar mayor y especial importancia a la prevención.

El diseño del plan debe contener los siguientes aspectos:

- **Objetivos:** expresión de lo que se desea conseguir con el plan. Evidentemente el objetivo central es la seguridad de los ELEM, del cual deben desprenderse los demás objetivos específicos en relación a las normas y guías determinadas por SENAMA y SEREMI de Salud.
- **Actividades:** son las acciones directas del plan orientadas a conseguir los objetivos. Responden a la pregunta ¿qué hacer para lograr esos objetivos?
- **Programas, entre los que podemos mencionar:**
 - Programas de Capacitación, que consideran actividades para instruir a los administradores, trabajadores y residentes de ELEM sobre seguridad.
 - Programa relacionado con el desarrollo del proceso AIDEP de Microzonificación de riesgos y de recursos.
 - Programa de difusión y sensibilización
 - Programa operativo de respuesta ante accidentes y emergencias.
 - Programa de mejoras de la infraestructura y equipamiento de ELEM, y todos aquellos que sean necesarios o que la inventiva y capacidades del Comité vayan produciendo.

Se espera que SENAMA a nivel regional realice coordinaciones con instancias de emergencia para lo siguiente:

Generar redes de contacto con instancias regionales de emergencia, tales como ONEMI, SEREMI de salud, Carabineros y Bomberos.

Desarrollar capacitaciones en emergencia, coordinadas entre SENAMA y ONEMI regional, Bomberos, oficinas comunales de protección civil y administradores de ELEM para la capacitación del personal que trabaja en Establecimientos de Larga Estadía acerca de las mejores formas de actuación frente a las emergencias.

Realizar evacuaciones preventivas, coordinadas por SENAMA y ONEMI regional, oficinas de protección civil y los establecimientos de Larga Estadía que permitan tanto al personal como a los residentes de ELEM conocer los puntos de evacuación, las formas de evacuación y los lugares de seguridad frente a la emergencia.

Identificar albergues coordinados por SENAMA y ONEMI, municipios y fundaciones para contar con cupos transitorios para los adultos mayores que estén afectados por emergencias.

XI. 7. 2. Metodología ACCEDER: acciones durante las emergencias y/o desastres

Es una metodología simple, de fácil manejo, destinada a elaborar una planificación para situaciones de emergencia considerando los principios de ayuda mutua y uso escalonado de los recursos a partir de una adecuada coordinación.

Tanto el Comité de Seguridad Regional SENAMA como el Comité de Seguridad ELEAM, deben desarrollar acciones durante una situación de emergencia o desastre. Para ello se sugiere utilizar la metodología ACCEDER (ONEMI) la cual permite la elaboración de planes de respuesta con el objetivo de determinar qué hacer en una situación de accidente o emergencia o desastre y cómo superarla.

En este contexto, es donde el Plan de Emergencia debe establecer previamente hasta donde se maneja un accidente, emergencia con medios propios y donde se recurre a instancias superiores. Resulta altamente práctico, al momento de ser diseñado el plan, establecer procedimientos específicos para los distintos tipos de emergencias o desastres que puedan registrarse en el área que se desea proteger y que pudiesen involucrar a algún miembro de la comunidad. Por ejemplo no se responde a un sismo de igual manera que frente a un incendio. No se responde a un incendio de la misma manera que ante un accidente de tránsito.

ACCEDER permite recordar fácilmente los aspectos que siempre deberán estar presentes en un plan de respuesta y que necesariamente requieren de una adecuada preparación para su efectiva articulación. Al estructurar el plan de respuesta el Comité de Seguridad, debe tener presente los siguientes elementos:

Cuadro 5. Significado ACCEDER

A	ALERTA y ALARMA
C	COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN
C	COORDINACIÓN
E	EVALUACIÓN (Primaria o Preliminar)
D	DECISIONES
E	EVALUACIÓN (Secundaria/Complementaria)
R	READECUACIÓN

Alerta y alarma

Conforman dos instancias previas a las acciones de control de un hecho o fenómeno determinado que puede provocar consecuencias no deseadas.

La alerta es un estado declarado de vigilancia y atención. Indica mantenerse atento.

Por ejemplo, se conoce o maneja información sobre la probable ocurrencia de un temporal o un desperfecto eléctrico de un ELEAM. Claramente son condiciones amenazantes que deben ser seguidas de cerca para adoptar medidas preventivas que permitan reducir al máximo posible las condiciones de vulnerabilidad de los ELEAM.

En el marco del Plan, el Comité debe determinar responsables, funciones, objetivos específicos y actividades necesarias para su cumplimiento.

- Alerta interna: la que proporcionan personas de la institución.
- Alerta externa: la que entregan personas o instituciones ajenas al ELEAM, pero sobre una situación que la puede llegar a afectar.
- Alerta de origen natural: la originada en fenómenos naturales, por ejemplo: lluvias o nevazones intensas.

En tanto, la alarma es la señal o el aviso sobre algo que va a suceder en forma inminente o que ya está ocurriendo.

Por ejemplo, SENAMA toma conocimiento de la emergencia, la/ el profesional recibe la información a través del ELEAM o de SAMU, SEREMI de salud o Carabineros. La/el profesional de turno debe constituirse en el domicilio de la emergencia, portando la credencial institucional. Debe identificar si el Establecimiento de Larga Estadía cuenta o no con resolución sanitaria, si es con o sin fines de lucro.

Para lo anterior, se contactará con SEREMI de salud o recurrirá al catastro de ELEAM 2013. La/el profesional de turno de SENAMA debe tomar contacto con la Oficina de Emergencia de la Municipalidad que corresponda, quienes informan a la ONEMI Regional. Debe coordinarse en el lugar con otras instancias de la emergencia: Carabineros, Bomberos y SAMU.

Comunicación e información

La comunicación es un proceso donde hay al menos un emisor o quien envía un mensaje, el mensaje o lo expresado y, un receptor o quien recibe el mensaje. Debe haber retroalimentación para mantener vivo y enriquecer constantemente el proceso.

La información, en cambio, va en una sola vía o es unidireccional, es decir, no hay mensaje de regreso. Por tanto, al elaborar el plan se debe comprender que al hablar de comunicación se está planteando un proceso con mensajes de ida y vuelta, pero al hablar de información se alude a antecedentes o datos que pueden servir para el plan.

Cadena de comunicación

Apunta a un sistema que permite entregar el aviso oportuno sobre la ocurrencia de una situación o un hecho determinado. El proceso de comunicación es un ciclo, una cadena en la cual cada una de sus partes alimentará permanentemente el todo. Puede ir desde arriba hacia abajo o viceversa.

En el plan debe quedar clara y específicamente determinada la cadena o red de comunicación que se utilizará para hacer frente a un eventual accidente o emergencia, priorizando los roles del Coordinador Regional, profesional encargado por parte de SENAMA de lo interno y de las unidades externas que, dependiendo de los supuestos de accidentes o emergencias que se utilicen como base en el plan, corresponda considerar (unidades de Bomberos, Carabineros, salud, entre otras). A ellas se suman los

grupos de trabajo interno como también autoridades superiores externas al SENAMA, dependiendo de la magnitud de la situación.

En la cadena a determinar en el plan, es fundamental delimitar los modelos que brindan información a los familiares de los residentes, quienes siempre requerirán ser oportunamente avisados de una situación crítica. Más aún frente a eventos mayores que conciten expectación pública: los familiares no pueden enterarse de los mismos por los medios periodísticos, ya que ello contribuiría a incrementar el conflicto.

SENAMA facilita la entrega de información a los familiares sobre el estado de las personas mayores. También llama a los familiares e informa sobre el estado de las personas mayores. El profesional que asista al ELEAM deberá apoyar y/o realizar contención (si es posible) a los familiares y/o personas contacto de las personas mayores residentes si se presentaren en el lugar de los hechos.

Por otra parte, se espera que el coordinador regional asuma el rol de contacto con la prensa. Para ello debe utilizar orientaciones comunicacionales, una vez que se cuenta con toda la información del ELEAM, informar acerca del rol de SENAMA, informar a familiares y procurar las mejores condiciones de las personas mayores. También debe señalar que SENAMA no tiene atribuciones legales para la fiscalización de hogares.

Manejo de la información (interna/externa)

El plan debe considerar una buena administración de la información para satisfacer las necesidades frente a un accidente o emergencia, desde las instituciones, hasta los familiares de los residentes. Esto incluye:

- Información interna. Toda aquella información que posee el Comité (lograda a través del Programa AIDEP de Microzonificación de Riesgos y de Recursos, indicando los recursos del establecimiento, nóminas de teléfonos, etc.).
- Información externa. Información sobre el entorno del ELEAM, contenida en el Mapa de Microzonificación de Riesgos y de Recursos, confeccionada con la metodología AIDEP.

La nómina contendrá los nombres, teléfonos y todos aquellos datos que sirvan para ubicar rápidamente a las personas clave que trabajan en el ELEAM y los representantes de los organismos que integran el Comité de Seguridad para enfrentar una situación de accidente o emergencia. Aquí se impone el principio de uso escalonado de recursos que dependerán de la magnitud de la situación y de los niveles de la cadena de comunicación a activar. El plan deberá determinar el procedimiento para cada caso.

Autoconvocatoria de trabajo permanente

Si el evento es de gran magnitud (incendio, inundación, colapso de alguna estructura, etc.) el procedimiento debería determinar que las personas con responsabilidades en este ámbito tendrán que auto-convocarse, es decir, concurrir sin necesidad que se les llame a participar en la superación de la situación. Bastará con que conozcan la alerta y/o la alarma.

Coordinación

La Coordinación es el logro de una armonía entre los elementos que se conjugan en una determinada situación, bajo un mismo objetivo. Supone el trabajar en acuerdo, lo que se hace urgente e indispensable durante una situación de emergencia. El plan debe consignar tanto los mecanismos de coordinación interna como aquéllos que se desarrollan con los organismos externos como bomberos, equipo de salud, carabineros. Se deben definir roles y mando.

Para el logro de las acciones a emprender, el plan consignará una definición de los roles que cada uno va a cumplir durante un accidente o emergencia, según el tipo y magnitud de la situación, como igualmente los procedimientos funcionales, atinentes a cada rol.

Por otra parte, es fundamental que se defina la forma en que se constituirá el Comité, a través del cual se adoptarán las decisiones para que cada uno cumpla con su respectivo rol.

En una emergencia SENAMA se coordinarán acciones con el Director de ELEAM o el funcionario presente en el lugar de los hechos, a fin de solicitar:

- Nómima de las personas mayores residentes.
- Contactos apoderados o familiares.
- Levantar los datos, con la mayor cantidad de información posible, en particular nombre de los contactos. En caso que haya adultos mayores que no cuenten con datos, se deberá coordinar con carabineros de Chile para que ellos realicen procedimientos para determinar identidad.

Además, se debe considerar a los niveles comunales de protección civil al momento de activar la cadena de comunicación para informar la emergencia al nivel comunal.

Evaluación (primaria o preliminar)

El plan debe determinar los medios y modos de valoración de las consecuencias producidas por un accidente o emergencia. Constituye una labor destinada a objetivar las reales dimensiones del problema.

El énfasis en la evaluación debe estar en las personas, tipo de accidente o emergencia. En esta materia, el plan determinará como primera tarea la clasificación de la situación, lo que inmediatamente conlleva a la determinación de las acciones y recursos a destinar o solicitar.

- Impactos y/o daños. Corresponde a la determinación de los perjuicios o efectos nocivos ocasionados por el accidente o emergencia. Lo anterior se puede constatar en:
 - Efectos en los residentes de ELEAM, por ejemplo, enfermos, lesionados, heridos, etc.).
 - Datos de la infraestructura (caída de murallas, incendio de habitaciones).
 - Problemas en las comunicaciones (daño y/o impacto) como por ejemplo: suspensión del servicio telefónico, suspensión de tránsito, etc.

- **Necesidades.** Este aspecto apunta directamente a satisfacer las demandas de medios, asistencia o recursos de acuerdo a la situación producida. Pueden generarse necesidades de primeros auxilios para residentes, personal, rescate de atrapados bajo murallas o vigas, evacuación de los residentes, traslado a centros asistenciales, etc.
- **Capacidad.** Está asociada a la disponibilidad de medios y recursos humanos y materiales al momento del accidente o emergencia y a la capacidad de respuesta o reacción.

Decisiones

De acuerdo a los impactos, daños y a las respectivas necesidades evaluadas, el Comité adoptará las decisiones para la atención a las personas como por ejemplo el asignar tareas especiales, reubicar o trasladar a los afectados, destinar recursos de acuerdo a las necesidades presentes, coordinarse con directivos superiores, reiniciar o no las actividades en función de las condiciones del momento, etc.

Evaluación (secundaria o complementaria)

La segunda evaluación o evaluación complementaria tiene como fin contar con información más completa acerca de las repercusiones del evento que afectó o aún está afectando al ELEM. En el plan debe determinarse el modo en que se efectuará este seguimiento o segunda evaluación, considerando aspectos tales como la magnitud de la situación y un seguimiento a los residentes y demás personas eventualmente afectadas; la profundización del análisis sobre los daños a la infraestructura y su entorno si es necesario; el ánimo de los distintos estamentos del establecimiento, estado del sistema de comunicaciones y de transporte, etc.

Para SENAMA es relevante el apoyo a la reubicación de las personas si es necesario. Esta reubicación puede ser con familiares, parientes o apoderados, en albergues previamente identificados, en ELEM SENAMA o CONAPRAN u otros hogares.

Readecuación de las decisiones o del plan de emergencia:

El plan debe determinar los procedimientos y responsables de:

- **Recopilación de informes:** los antecedentes que se obtengan del accidente o situación de emergencia servirán de base para la readecuación del plan. Los datos deben ser fidedignos, con el fin de proporcionar una visión objetiva de los hechos. Esta tarea requiere implementar un sistema de recopilación permanente y con responsables definidos durante todo el proceso. Se sugiere que esto lo realice el profesional destinado a la emergencia. El/la coordinador/a regional deberá informar a la Dirección Nacional y el encargada/o de emergencia a nivel nacional sobre las acciones realizadas.
- **Análisis y recomendaciones:** del estudio de los antecedentes recopilados deberá surgir la formulación de recomendaciones para mejorar el sistema de respuesta. Estas nuevas proposiciones se plantearán sobre la base de hechos o estudios (pueden provenir del Comité de Seguridad con sus integrantes internos o externos, como también de Carabineros, Bomberos, Salud y otros que pudieran haber participado del control de la situación), lo que otorgará un sólido sustento para las recomendaciones a realizar.

Para cerrar el proceso de evaluación, SENAMA deberá:

- a) Solicitar a la SEREMI de Salud antecedentes de fiscalización al ELEAM respectivo y conocer situación del ELEAM después de la emergencia.
- b) Corroborar situación de los adultos mayores residentes en el ELEAM.
- c) Elaborar un informe de la emergencia dejando constancia de las personas atendidas mediante datos personales, número de personas mayores, contactos con familiares o apoderados, de los recursos utilizados (costo de insumos, materiales u otros) y de la actuación realizada, como así también identificar las gestiones y/o articulaciones con las redes locales desarrolladas.

El Plan de Emergencia ha establecido el desarrollo de un seguimiento que permitirá ir verificando el logro de los objetivos y diseñar nuevos programas de acuerdo a las nuevas realidades que se vayan presentando.

Seguimiento y ejercitación del plan

El seguimiento permitirá ir verificando el logro de los objetivos y diseñar nuevos programas de acuerdo a las nuevas realidades que se vayan presentando. El Programa de Respuesta ante Accidentes y Emergencias del Plan requiere ser puesto a prueba una vez cada seis meses como mínimo e ir perfeccionándolo constantemente. No se puede esperar la ocurrencia de un evento para probar la efectividad del programa. Durante esta ejercitación se examinan los roles, las coordinaciones, las vías de evacuación, los elementos técnicos como extintores u otros.

XI. 7. 3. Contenido del plan de emergencia regional para Establecimientos de larga estadía del adulto mayor

Finalmente, para elaborar el Plan Regional de Emergencia ELEAM SENAMA y los Planes de emergencia de cada ELEAM, es posible utilizar el siguiente formato u orden de contenidos. Se sugiere solicitar un formato que pueda ser amigable con cualquier persona que tenga acceso a él, utilizando los puntos más relevantes acordes a la realidad de cada centro.

1. Portada. Presentación del documento. Será claro, legible y de fácil reconocimiento, con el objetivo de colaborar con quienes trabajan en las materias de seguridad, para que puedan consultarlo fácilmente.
2. Índice. Plantea de manera precisa y concreta un orden general de las materias contenidas en el documento.
3. Introducción. Presenta en un lenguaje sencillo las materias tratadas en el documento y proporciona al lector una visión general destinada a ilustrarlo y captar su interés. La Introducción puede ser omitida.

4. **Objetivos.** Expresan de manera clara, directa y concreta lo que se desea conseguir como meta general y como objetivos específicos. Su redacción supone considerar que los objetivos puedan medirse para comprobar si están siendo alcanzados.
5. **Antecedentes Generales.** Proporcionan la información obtenida a través del Proceso de Microzonificación de Riesgos y de Recursos según la metodología AIDEP. Es en este capítulo donde se incorpora el diagnóstico de riesgos y de recursos de la región que servirá de fundamento de los programas, actividades, objetivos específico y procedimientos del plan. Lo justificará y permitirá el diseño de los cursos de acción que estarán reflejados en los programas.
6. **Programas.** Descripción detallada de cada uno de ellos, con sus respectivas actividades, cronogramas, responsables, tareas, etc.
7. **Programa de Respuesta ante Accidentes y Emergencias.** Este Programa, basado en la metodología ACCEDER, deberá estar consignado en un capítulo específico, debidamente señalado, para su fácil aplicación en caso de ocurrir un accidente o emergencia. Es decir, debe contener todos los protocolos o planes de emergencia realizados de acuerdo a los riesgos identificados.
8. **Marco conceptual o glosario.** Conformar una nómina de materias y términos que se utilizan en la elaboración del documento y que requieren de una mayor profundización sobre su significado y alcances con el fin de completar y aclarar las ideas expuestas en el plan. Su ordenamiento puede plantearse por orden alfabético.
9. **Referencias bibliográficas.** Se trata de las fuentes documentales de información (normas, manuales, guías de apoyo, libros, actas internas, revistas, diarios), las que pueden complementarse con entrevistas a personas o fuentes vivas, si el caso lo requiere.

Las Coordinaciones Regionales de SENAMA deberán presentar durante el año 2015 sus Planes Regionales de Emergencia ELEAM. Para el caso de los ELEAM, cada Coordinación Regional SENAMA definirá de manera conjunta los plazos previstos para ello. Se sugiere anexar un calendario anual de actividades mediante carta Gantt.

XI. 8. Reflexiones finales

1. Chile es un país expuesto de manera permanente a amenazas de origen natural y antrópico que se encuentra en un proceso de envejecimiento demográfico ascendente, lo que exige que tanto el Estado a través de los organismos públicos y la sociedad civil en su conjunto desarrollen acciones permanentes para el abordaje de las emergencias, desastres o catástrofes que afecten a las personas mayores, especialmente a aquéllas residentes en los Establecimientos de Larga Estadía para el Adulto Mayor (ELEAM).
2. Las personas mayores tienen los mismos derechos que todos los seres humanos, pero en el marco de un desastre y/o emergencia, la invisibilidad de este grupo etario se hace más

evidente. Lo anterior quedó demostrado en la escasa atención de las necesidades de las personas mayores en uno de los peores desastres que afectó a Chile, el terremoto del 27 de febrero de 2010.

3. Desde la gestión de la Presidenta Michelle Bachelet Jeria (2014 - 2017), SENAMA considera relevante abordar los temas de prevención, protección y reparatorios de las personas mayores afectadas por situaciones de desastre y/o emergencia. Una de sus primeras acciones ha sido generar una mesa para el abordaje de las emergencias en Establecimientos de Larga Estadía constituida por entidades de carácter nacional que tienen competencia en este tipo de situaciones. El primer producto de esta mesa es el “Plan Regional de Emergencia: Establecimientos de Larga Estadía para el Adulto Mayor ELEAM/SENAMA”, que se constituye en una guía para que cada coordinación regional de SENAMA elabore su propio plan de actuación frente a emergencias y/o desastres y para que cada Establecimiento de Larga Estadía también elabore, junto a sus profesionales y residentes, un plan pertinente a sus necesidades. Estas acciones deben basarse en las metodologías emanadas del organismo rector en temas de Protección Civil del país, ONEMI.
4. Las personas mayores deben estar consideradas en los planes de prevención pero también en aquellos de respuesta frente a los distintos riesgos existentes. La vulnerabilidad de este grupo etario exige tener presentes aspectos de dependencia, deterioro cognitivo, discapacidad o salud mental, reconociendo la prioridad y sentido de urgencia en la atención directa de las personas mayores en aquellos escenarios de emergencias, desastres o catástrofes.
5. Si bien en Chile existe escasa bibliografía y estudios en esta temática, paulatinamente se hace más urgente la generación de condiciones para la búsqueda de información, antecedentes y sustentos metodológicos para la intervención de personas mayores en situaciones de riesgo y/o amenazas.
6. A pesar de las incipientes políticas públicas como planes, programas y proyectos que aborden esta realidad, es urgente que se dote a la institucionalidad chilena de mayores atribuciones y facultades de intervención ante estas situaciones. De todas formas, en la actualidad ya se observan esfuerzos relevantes y espacios en las alianzas en desarrollo que en la actualidad ejecuta el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) con organismos claves de protección civil, especialmente con ONEMI, SAMU y Bomberos, entre otros.
7. Si bien los registros o catastros de personas mayores que han estado expuestas a los últimos eventos naturales o situaciones de desastre y emergencias son parciales o imprecisos, es de suma relevancia considerar que las personas mayores no sólo son afectados, víctimas, o damnificados sino que también deben ser vistos como sujetos activos de los procesos de recuperación, reparación y/o reconstrucción de su espacio individual, entorno o comunidad, donde pueden aportar a la superación de los hechos traumáticos acontecidos.
8. Es importante fortalecer las estrategias de acción en los ámbitos reparatorios, intervención en crisis y acompañamiento psicosocial con enfoque gerontológico y pertinencia a la realidad local.

9. En los contextos de desastre o de grandes emergencias, como el incendio de Valparaíso, se debe tener presente que se produce el dolor o la pérdida de vidas humanas, de elementos materiales y además de recuerdos físicos y de todos aquellos elementos de la historia de vida de las personas mayores. Por tal motivo es de vital importancia rescatar y valorar los espacios que reconstruyen los aspectos simbólicos, emocionales, afectivos e históricos de las personas mayores afectadas. Hay recuerdos fotográficos, enseres domésticos de trayectoria familiar y un sinnúmero de elementos cuyo valor afectivo va más allá de lo material para las personas mayores como, por ejemplo, la tenencia de mascotas. En el incendio de Valparaíso uno de los aspectos que relevaron las personas mayores decía tener relación con dichas pérdidas, lo que es posible asociar a vínculos afectivos e incluso, soportes de acompañamiento y arraigo.

10. Dentro de los desafíos institucionales de SENAMA está el de fortalecer las redes de las personas mayores a través de programas tales como el Vínculos, Envejecimiento Activo, Escuela de Dirigentes, Voluntariado, Centros Diurnos, Cuidados Domiciliarios, Condominios de viviendas tuteladas, etc. lo que redundará en que las personas mayores perduren protegidas e integradas socialmente.

Capítulo XII.

Educación comunitaria

La educación

En las cercanías de la Universidad de Stanford, pude conocer otra Universidad más chiquita, que dicta cursos de obediencia. Los alumnos, perros de todas las razas, colores y tamaños, aprenden a no ser perros. Cuando ladran, la profesora los castiga apretándoles el hocico con el puño y pegando un doloroso tirón al collar de pinchos de acero. Cuando callan, la profesora les recompensa el silencio con golosinas. Así se enseña el olvido de ladrar.

Eduardo Galeano

Patas Arriba. La escuela del mundo al revés

LA AUTORA

Susana Ordano, Licenciada y Profesora en Letras Modernas, Universidad Nacional de Córdoba. Especialista en Educación de Adultos Mayores, Universidad Nacional de Rosario. Magíster en Dirección y Gestión de Sistemas de Seguridad Social, Alcalá de Henares (España). Profesora de Educación Comunitaria de la Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Coordinadora Académica de la Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Coordinadora del Área de Educación, Cultura y Comunicación de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores – Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (Argentina).

XII. 1. Educación. Conceptualizaciones y alcances

Cuando se habla de educación hay que considerar los múltiples escenarios sociales en los que se puede desarrollar, además del aula, ya que lo característico de una acción educativa es su intencionalidad pedagógica.

El proyecto educativo comunitario se constituye a partir de la necesidad de reconocer los problemas comunes y luego participar en su resolución. De allí que la educación comunitaria no se restrinja al ámbito institucional, académico o formal. En el portal de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) se hace referencia a esto, cuando el artículo “Aprendizaje a lo largo de la vida” inicia expresando que las estrategias de aprendizaje y de enseñanza debe reconocer a todos los lugares donde se desarrolla el aprendizaje, tanto la familia, la comunidad, los centros de trabajo, etc.

El ámbito de lo comunitario se está construyendo incluso desde la virtualidad: las redes sociales, el acceso a las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) acercan las experiencias de comunidades alejadas. Es uno de los desafíos planteados por la UNESCO que todos los pueblos del mundo puedan hacer uso de las TIC para potenciar los aprendizajes, aunque en la actualidad las diferencias en el acceso a estas tecnologías en los países desarrollados es abismalmente superior a la de los países pobres.

La educación tiene una dimensión individual y una social; desde cualquiera de ellas es un derecho humano y en tanto derecho es responsabilidad de los Estados garantizarlo y promoverlo en todas las etapas de la vida. “Desde los más diversos ámbitos de la sociedad, a la educación suele atribuírsele funciones sociales que, sin duda, son de una alta relevancia; pero que, también sin duda, difícilmente pueden ser procuradas desde las limitaciones propias de los sistemas formales de educación y, sobre todo, desde los sistemas escolares” (Zúñiga Molina, 2013, p.102).

XII. 1. 1. Educación y sistema educativo

Los cambios en la educación siempre han ido unidos a los cambios de la sociedad misma. Las instituciones educativas, en la medida de sus posibilidades, trataron de acompañar esos cambios. A partir de mediados del siglo XVIII, la Revolución Industrial con su consecuente ingreso en la Modernidad, la Revolución Francesa y las ideas de igualdad encomendaron a la escuela transmitir las ideas de progreso, el método científico en oposición a la teología y la nueva idea de ciudadanía basada en la dignidad humana.

No obstante la tendencia anterior, la educación escolar comenzó a enredarse en procesos burocráticos que tenían como ideal de persona educada al varón, blanco, de clase media. Se generalizó el proyecto educativo homogeneizador por el cual se segregaban las diferencias culturales, lingüísticas, históricas en pos de un modelo de persona culta según los valores de los sectores dominantes de los países más ricos de Occidente.

Desde la perspectiva general de Educación como la “acción y efecto de guiar” (Real Academia Española) y sus usos asociados en el ámbito institucional: conducir, formar, instruir, es un proceso mediante el cual se transmiten valores, costumbres y formas de accionar. A través de la educación, las nuevas generaciones asimilan y se apropian de los conocimientos, normas de conducta y modos de ser de las generaciones pasadas.

XII. 1. 2. El modelo de la reproducción

Como “teorías de la reproducción” se conocieron un grupo de teorías de la sociología educativa que explica que la educación es el medio por el cual las relaciones sociales desiguales se perpetúan.

Bourdieu (1930-2002) fue uno de los sociólogos que desarrolló la idea de que la escuela genera una violencia cultural simbólica. *“Toda acción pedagógica es objetivamente una violencia simbólica en cuanto impone, a través de un poder arbitrario una arbitrariedad cultural”* (Bourdieu, 1970, p.25).

En la misma línea, Henry Giroux, (1942), uno de los pedagogos críticos contemporáneos más destacados, tomó el concepto de la reproducción para destacar que a partir de esta teoría la educación tiene una dimensión política que no había sido tomada en cuenta. *“Se despojó a las escuelas de su inocencia política y se las conectó a la matriz social y cultura de la racionalidad capitalista. En efecto, se retrató a las escuelas como reproductivas”* (Giroux, 1983, p.2).

Este autor describe los tres sentidos del carácter reproductivo de las escuelas: en primer lugar, porque proveen conocimiento para formar a la fuerza de trabajo según su clase, raza y sexo. En segundo lugar, porque reproducen sentidos culturales legitimando valores, lenguaje, modos y estilos de la cultura dominante y de sus intereses. Y en tercer lugar, porque las escuelas al ser parte del aparato estatal, reproduce y legitima las imposiciones ideológicas y económicas del poder político.

Un paso más allá de la reproducción social en la escuela está lo que Giroux (1983, p.4) define como la teoría de la resistencia.

Una de las más importantes hipótesis de la teoría de la resistencia es que los estudiantes de la clase trabajadora no son meramente el producto del capital, sometidos en forma cómplice a los dictados de maestros autoritarios y escuelas que los preparan para una vida de trabajo mortal.

Entre la concepción de una escuela (o un sistema educativo) que pretende perpetuar formas y contenidos sociales de las clases dominantes y una escuela que sea el campo de batalla de la experimentación de estudiantes que sólo oponen resistencia en forma colectiva y organizada a todo lo que se le intente transmitir, está la concepción de escuela o sistema educativo como un lugar en el que el sujeto se siente protagonista, respetado en su diversidad y en su experiencia, con posibilidades de preguntar, objetar y construir conocimiento. Entre la realidad y la utopía hay múltiples realizaciones de lo que la educación tiene que ser y lo que tiene que hacer por un ciudadano.

XII. 1. 3. Hacia dónde va la educación

Cualquiera sea nuestro lugar en la sociedad, estemos más o menos vinculados a cuestiones educativas, lo que compartimos es que hemos pasado por algún tramo del sistema educativo y como sujetos destinatarios de las acciones del sistema o como parte integrante del sistema, podemos reflexionar acerca de su sentido y de su futuro.

Después de visualizar la conferencia de Ken Robinson, (1950) educador británico, para la organización TED¹, https://www.youtube.com/watch?v=E1iU30_0kGs, podríamos tomar como ideas principales las siguientes:

- La educación tiene un sentido económico y otro cultural: hay que preparar a las nuevas generaciones para que ocupen un lugar en la economía del siglo XXI; y para que tengan un sentido de identidad cultural al mismo tiempo que formen parte del proceso de globalización.
- Los alumnos ya no ven la utilidad de asistir a la escuela.
- El Sistema Educativo fue concebido en la cultura intelectual de la Ilustración y en las circunstancias económicas de la Revolución Industrial. Antes de la mitad del siglo XIX no había educación pública. Desde sus comienzos, se pensó en el modelo de la inteligencia como desarrollo del razonamiento deductivo y amplio conocimiento de la cultura clásica, es decir, el Sistema Educativo se diseñó para acrecentar la capacidad académica.
- Se clasifica a las personas en dos tipos: académicas (de más valor) y no académicas.
- Como consecuencia de transmitir y desarrollar sólo un tipo de capacidad, la académica, muchos estudiantes sufren una epidemia ficticia que es el síndrome de atención e hiperactividad. Los estudiantes están inmersos en un mundo cada vez más tecnologizado que estimula la atención de todos sus sentidos. Y la escuela no ofrece competencia a esto.
- Las artes son consideradas en el sistema educativo en menor valía que las ciencias, sin embargo las artes activan la experiencia estética a través de la captación de estímulos por los sentidos y la emoción, mientras que las otras disciplinas están formuladas para poder ser evaluadas con pruebas estándares, que poco informan sobre la real capacidad de una persona.
- Las escuelas, a imagen y semejanza de la industria, estandarizan conocimientos y personas por edad y capacidad para resolver de una sola manera las tareas.
- Cambiar el paradigma educativo es enfocarse en el pensamiento divergente, que es la capacidad de ver diferentes maneras de resolver un mismo problema.
- El mejor aprendizaje es el que se da en grupo, en colaboración y en contacto con el ambiente natural y cultural del que aprende.

1 TED: Tecnología, Entretenimiento y Diseño. Organización sin fines de lucro, que realiza una conferencia anual sobre ideas que merecen ser difundidas para cambiar el mundo, desde 1984.

Tomando en cuenta estas ideas y trayéndolas a nuestras realidades latinoamericanas es importante comprender desde qué ideología el sistema educativo de un país marca sus metas. En el modelo neoliberal se generan y promueven los valores de la competencia, de la superación individual, de la desconfianza en el otro; se privilegia el orden por sobre la creatividad; la respuesta única y correcta a cada pregunta y la repetición de teorías o conceptualizaciones estructuradas para responder a situaciones conflictivas de la vida cotidiana. Uno de los supuestos valores en los que se basa el neoliberalismo en educación es la pretensión de transmitir conocimiento de manera objetiva, sin cuestionamientos ni contaminación política e ideológica. Además de ser un supuesto falso, es un planteo que no prepara a las personas que estudian para desarrollar todo su potencial creativo.

En palabras de la profesora uruguaya, Pilar Ubilla (2010, p.67):

El neoliberalismo es inseparable de un modelo de crecimiento con exclusión. (...) los modelos neoliberales apuntan a la construcción de un sentido común legitimado sobre el substrato de la normalidad, es decir, un sentido común que acepte esta sociedad como algo natural e inmodificable.

En el texto “Consideraciones sobre la formación (esquema sin pretensión de texto)”, el educador popular brasileño, Ranulfo Peloso (2010, p.108) explica que la educación no es un proceso neutro ni que la escuela es el único lugar donde puede ocurrir.

En mundos diversos la educación existe de forma diferente: existe en cada pueblo y en pueblos que se encuentran, entre pueblos que someten a otros pueblos usando la educación como un recurso más de su dominación. La educación es una de las maneras de volver común, como saber, idea y creencia, aquello que es comunitario, en cuanto bien, trabajo o vida.

En palabras del profesor chileno Carlos Calvo Muñoz (2013, p.81) la distinción entre la educación dentro y fuera del ámbito escolar es la siguiente: *Educación consiste en aquel proceso de creación de relaciones posibles; en tanto que escolarizar, o la educación enclaustrada dentro de los muros escolares, estriba en el proceso de repetición de relaciones preestablecidas. La distinción es radicalmente simple: al educar se crea; mientras que al escolarizar, se repite.*

La educación pensada dentro del espacio escolar es limitada y con fines determinados en la formación de niños, niñas y jóvenes que se preparan para la vida laboral. Pero más allá de esos objetivos y de esa estandarización por edades ¿hay una educación que acompañe todas las etapas de la vida?

XII. 2. Educación a lo largo de la vida

La idea de la necesidad de la educación a lo largo de la vida no es nueva, ya Comenio (1592-1670) pedagogo checo desarrolló en su obra *Didáctica Magna* que la educación debe acompañar al hombre en todas las etapas de la vida. Cabe aclarar que para el siglo XVII la expectativa de vida humana

era notablemente inferior a la de estos días. “Esta misma duración tan limitada de la vida (cincuenta, cuarenta, treinta años) puede servirnos para las mayores cosas si sabemos emplearla rectamente” (Comenio, 1632, p.40).

Sus ideas fueron tomadas por Condorcet, quien en 1792, en el Discurso sobre educación pronunciado en la Asamblea Legislativa de la Revolución Francesa, se refirió a la necesidad de que la educación sea tomada como un deber para el gobierno y el medio por el cual los individuos puedan perfeccionar sus capacidades durante su vida.

El siguiente hito en la historia de la educación de personas mayores lo constituye el trabajo realizado por el danés Nicolai Frederik Severin Grundtvig (1783-1872) al fundar la “Alta Escuela Popular”, cuyo objetivo era formar políticamente a la gente de las zonas rurales.

El éxito de las sesenta escuelas rurales extendidas por Dinamarca se propagó a los vecinos países de Finlandia, Noruega y Suecia, quienes continuaron hasta hoy investigaciones y propuestas pedagógicas innovadoras en la educación a lo largo de la vida.

En el resto de Europa, luego de la Segunda Guerra Mundial y con la instauración del Estado de Bienestar se dedican esfuerzos a distintas formas de enseñanza de adultos. Así pueden definirse cuatro periodos (García Mínguez, 2004, p.32):

1. Etapa educativa del reformismo industrial (1940-1975)
2. Periodo de la educación compensatoria (1960-1975)
3. Época de la educación permanente (1975-1990)
4. Planteamiento de la educación a lo largo de la vida (1990-2003²)

Entre 1940 y 1960 en Europa se consolida el Estado de Bienestar y en América Latina el Desarrollo, ambos propiciaron el crecimiento de intervenciones educativas en adultos para mejorar la empleabilidad y de esa manera cumplir con las demandas laborales de una sociedad que empieza a ser más tecnificada y con un capitalismo creciente.

A partir de los sesenta y hasta casi los ochenta en Europa y en América Latina aparece un periodo de Educación Compensatoria (García Mínguez), basada en la Declaración de los Derechos Humanos de la ONU, que establece la educación como un derecho y para todas las personas.

Entre 1975 y 1990 se denomina Educación Permanente al impulso de algunos países (Suiza, Alemania, Francia, Japón, Gran Bretaña) por superar la imagen marginal de la educación compensatoria de adultos, mediante la idea de que el ser humano no tiene por qué limitar sus experiencias educativas a la posibilidad de integrarse a un ámbito laboral.

2 Año de edición de la obra. Pero se mantiene hasta la actualidad la misma conceptualización de la educación a lo largo de la vida.

La base filosófica que respalda la educación permanente es la idea de Heidegger acerca de que el ser humano es un ser inacabado y la educación le permitirá seguir descubriendo posibilidades sin límite de tiempo.

Desde las coordenadas de espacio y tiempo la conceptualización de educación ha cambiado, de manera que,

(...) desde un punto de vista temporal, la educación ve ampliada su presencia más allá del periodo escolar y, desde una perspectiva institucional, deja de ser exclusiva competencia de la escuela, sobrepasa la esfera del tiempo escolar y va más allá de los espacios del aula. La educación es concebida como una característica de la existencia humana (Petrus, 1997, p.10).

Toda persona tiene derecho a progresar durante su vida, tanto en el plano personal como en el social, desde su experiencia vivida, su bagaje cultural y los nuevos conocimientos que va adquiriendo. En este sentido, la Declaración sobre el Derecho a Aprender dice:

Hoy más que nunca, el reconocimiento del derecho a aprender constituye un desafío capital para la humanidad. El derecho a aprender es: el derecho a saber leer y escribir, el derecho a formular preguntas y reflexionar, el derecho a la imaginación y a la creación, el derecho a interpretar el medio circundante y a ser protagonista de la historia, el derecho a tener acceso a los recursos educativos, el derecho a desarrollar las competencias individuales y colectivas (UNESCO, 1985, p.73-74).

En el año 2000 se realizó en Dakar, Senegal, el Foro Mundial sobre la Educación; 164 países acordaron el Marco de Acción de Dakar: Educación para todos (EPT), a ser evaluado en 2015. En vistas del Informe de Seguimiento, denominado La Educación para Todos, 2000-2015: logros y desafíos, la UNESCO proporciona información sobre los progresos de los seis objetivos:

1. Atención y educación de la primera infancia
2. Enseñanza primaria universal
3. Competencias de jóvenes y adultos
4. Alfabetización de los adultos
5. Paridad e igualdad de género
6. Calidad de la educación

En ninguno de los objetivos se hace referencia explícita a la educación en personas mayores, aunque se podría considerar al objetivo 4 como el más cercano a la temática, pero el informe hace un seguimiento de la población adulta en general y no hay datos de la población mayor.

El cuarto objetivo³ proponía:

Aumentar de aquí al año 2015 el número de adultos alfabetizados en un 5%, en particular tratándose de mujeres, y facilitar a todos los adultos un acceso equitativo a la educación básica y la educación permanente.

La evaluación del objetivo en 2015 expresa: “Alrededor de 781 millones de adultos son analfabetos. La tasa de analfabetismo registró una leve reducción, del 18% en 2000 a un 14% estimado para 2015, lo cual indica que la meta de Dakar de reducir a la mitad del analfabetismo no se ha logrado” (UNESCO, 2015, p.2).

El acceso a la educación para las personas mayores en América Latina no es equitativo ni es una política relevante en todos los países de América Latina. Muchas Universidades además de enseñanza tienen como objetivos la investigación y el servicio a la comunidad, lugar este último desde donde han abierto Programas para personas mayores, en las áreas de extensión universitaria.

El origen de los Programas Universitarios para Mayores data de 1973, en la Universidad de Tolouse, Francia, por iniciativa del profesor Pierre Vellas. Una de sus discípulas, la profesora argentina Yolanda Derrieux de Nux, creó el primer programa universitario para adultos mayores en el Departamento de la Mediana y Tercera Edad en la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de Entre Ríos, en 1984.

Desde entonces funcionan los Programas Universitarios para Mayores en más de 25 Universidades nacionales argentinas con una variada oferta educativa de calidad y una gran cantidad de personas mayores en las aulas universitarias.

Es recién a partir de 2003 que se impone la denominación de **educación a lo largo de la vida** en Europa, donde el bienestar económico de las personas mayores y la creciente demanda por disfrutar el tiempo de ocio, da otra perspectiva a la búsqueda de experiencias educativas con intención de mantenerse en una actividad creativa.

3 Los seis objetivos EPT <http://www.unesco.org/new/es/education/themes/leading-the-international-agenda/education-for-all/efa-goals/>

Ya en el Informe de la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI, presidida por Delors⁴, aparece una conceptualización que sirve de base para sustentar la educación a lo largo de la vida. En el capítulo 4: “Pistas y recomendaciones” de *La educación encierra un tesoro* se explicitan los pilares de la misma. “*La educación a lo largo de la vida se basa en cuatro pilares: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a vivir juntos y aprender a ser*” (Delors, 1996, p. 34).

Aprender a conocer, tanto conocimientos generales como específicos, hace referencia a “aprender a aprender”.

Aprender a hacer, es el aprendizaje de las competencias para el trabajo en equipo.

Aprender a vivir juntos, desarrollando comprensión y respeto por el otro.

Aprender a ser, para que se exprese la propia personalidad, desarrollando la memoria, el sentido estético, las capacidades físicas, etc.

Las tipificaciones de la educación desde 1976 en formal, no-formal e informal quedan obsoletas frente al paradigma del aprendizaje a lo largo de toda la vida, que los sistemas educativos vienen aceptando e impulsando a partir de la difusión masiva de las TICs.

Desde el Informe Faure *Aprender a ser* (1972), sobre la estimulación de los procesos de pensamiento, pasando por el Informe Delors *La educación encierra un tesoro* (1989), en la que aparece la noción de “*sociedad educadora*”, hasta la “*sociedad del conocimiento*” (UNESCO) pasaron muchos años y muchos esfuerzos para que las instituciones educativas se adaptaran a los cambios sociales, culturales y económicos que fueron ocurriendo. La sociedad del conocimiento sólo puede ser posible con el acceso a la información para todos, la libertad de expresión y el apoyo a la inclusión cultural.

Sintetizando lo anterior, una definición integradora sobre educación a lo largo de la vida podría ser esta:

La educación es un proceso social, dinámico, continuo e inacabado, que nace con el hombre y muere con él, en la medida en que éste es capaz, aunque a partir de grados y matices diferentes, y dependiendo de sus propias vivencias, de formarse y de recibir influencias a lo largo de toda su vida (Montero García, 2010, p.40).

4 Jacques Delors (1925), político francés que en 1993 presidió la Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI, en la que se elabora el informe *La educación encierra un tesoro*, con datos y recomendaciones de la UNESCO para el progreso mundial de la educación.

XII. 3. La Educación Popular en América Latina

América Latina es una gran región heterogénea tanto en lo cultural, en lo político, en lo económico como en lo social, con diferencias hacia adentro de cada país. El desarrollo desigual de las sociedades latinoamericanas lleva a la necesidad de considerar a la educación en sus complejidades y antagonismos entre los discursos pedagógicos dominantes y aquellos que nacieron como organizadores de luchas nacionales para instalar en el foco de la política educativa al sujeto que había quedado afuera, ya sea por su nivel sociocultural, por su etnia, por alguna condición de discapacidad funcional o por su edad.

La Educación Popular en América Latina tuvo su origen en las pedagogías anarquistas y socialistas de fines de siglo XIX y principios del XX y en los movimientos revolucionarios de signo popular, entre ellos, la rebelión de Sandino en Nicaragua, así como también el primer discurso pedagógico popular de la Reforma universitaria de Córdoba, en 1918. La conformación del discurso pedagógico del sistema educativo de un país o de una región legitima prácticas y valores culturales y naturalizan comportamientos ciudadanos.

Un discurso pedagógico dominante es un discurso ordenador. Esta tarea puede cumplirla de maneras diversas. Puede prohibir al otro, eliminar lo ajeno, imponerse sin mediaciones y sin incorporar elementos de los sujetos oprimidos. Así se construye la pedagogía colonialista. (...) la pedagogía dominante en la colonización hispánica, y aquella instalada en nuestros países a partir de la Independencia, avanzaron eliminando al indio, apaleando al negro, domesticando al mestizo (Puiggrós, 1998, p.229).

La Educación Popular como corriente pedagógica y como movimiento sociocultural creó las condiciones subjetivas para que haya un cambio en la relación de los sectores populares y el poder. Las transformaciones sociales a partir de la Educación Popular se fueron reflejando en movimientos sociales como la Teología de la Liberación, en la redefinición de las ciencias sociales con el surgimiento de la investigación-acción participativa y la comunicación popular y alternativa, entre otras líneas de acción.

En cuanto al campo gnoseológico, la Educación Popular *“reconoce los saberes culturales, social e históricamente contruidos por las clases populares, a la vez que impulsa la propia acción crítica de saberes generados por otros sujetos y prácticas sociales, como lo son los saberes científicos y tecnológicos”* (Torres Carrillo, 2011, p.23).

XII. 3. 1. Los revolucionarios años 60

Al pensar en la perspectiva histórica de la percepción de la vejez, es posible encontrar que en las distintas épocas, en los distintos lugares del mundo la organización social de la familia fue cambiando y refuncionalizando el papel de cada uno de sus miembros.

En este punto, vamos a considerar el cambio revolucionario ocurrido en el terreno de la educación y el desplazamiento de la imagen social de la persona mayor en Latinoamérica, a partir de los sesenta,

ya que fue la década en que apareció con más nitidez la oposición entre lo nuevo y lo viejo en ideologías, costumbres, modas, empoderamiento social de los jóvenes, y, como consecuencia de esto último un desplazamiento del espacio social y familiar de las personas mayores, quienes pasan a representar los ideales de una época de decadencia y opresión.

Hasta los sesenta, el lugar social y familiar de la persona mayor era de indiscutida preeminencia desde los valores culturales y religiosos, tanto en las culturas nativas como en la de los inmigrantes. Pero, un siglo XX signado por guerras, injusticias sociales, malas condiciones de vida laboral, afectaron la estructura misma de la familia extendida y desvalorizaron tradiciones ancestrales en busca de un cambio revolucionario desde lo político hasta lo doméstico. Religión, patriotismo y respeto a la autoridad, fueron los valores contra los que se erigió la sociedad de los sesenta.

La vejez comenzó a cobrar desconfianza en un mundo en el cual el cambio y la modernización se habían convertido en el valor central, tal vez porque los adultos mayores eran los portadores de tradiciones y valores que se pretendía desarraigar.

El mundo occidental de los sesenta trata de romper con las herencias culturales, al punto que la palabra favorita “revolución” se aplicaba a cualquier orden: político, ideológico, artístico, económico y social. En Europa, el Mayo Francés (mayo de 1968), que terminó con el gobierno de De Gaulle, marca un hito en cuanto a los reclamos estudiantiles por las reformas en los planes de estudio y por la democracia en las Universidades. También reclaman por mayores oportunidades de trabajo y, en general, por un mundo más justo. Frases como: “Bajo los adoquines, la playa”, hacía referencia a la vuelta a la naturaleza, además de que los adoquines eran los elementos contundentes que los jóvenes manifestantes le arrojaban a la policía. “Olvídense de todo lo que han aprendido, empiecen a soñar”, “Seamos realistas, exijamos lo imposible”, “La imaginación al poder”, eran manifestaciones del nuevo poder joven que se empieza a imponer. “Prohibido prohibir”, fórmula que se levanta contra toda acción autoritaria.

La situación de la Iglesia Católica también tuvo un viraje muy importante en consonancia con la época. Entre 1962 y 1965 se desarrolló el Concilio Vaticano Segundo, que muchos consideraron una revolución copernicana, porque opuso al modelo piramidal jerárquico la asamblea de iguales por el bautismo y la Doctrina Social de la Iglesia, con Encíclicas como *Pacem in Terris* (1963) y *Populorum Progressio* (1967).

En América Latina se llevaron a cabo la Conferencia de Medellín (1968) y la Conferencia de Puebla (1979), que se manifestaron contra la dependencia colonial como responsable de la desigualdad de clases sociales, el hambre, el analfabetismo. Podemos considerar estos planteos el comienzo de la Teología de la Liberación, cuyos principales exponentes brasileños, Leonardo Boff y Frei Betto, tuvieron una notable influencia sobre los militantes de los movimientos sociales como el MST (Movimiento Sin Tierra) y movimientos de mujeres.

Algunos de los temas fundamentales (Lowy, 2007) de la Teología de la Liberación son:

1. Es necesario eliminar la explotación, las faltas de oportunidades y las injusticias en el mundo.
2. La liberación como toma de conciencia de la realidad socioeconómica latinoamericana.

3. La situación de la mayoría de los latinoamericanos contradice el designio histórico de Dios y la pobreza es un pecado social.
4. Crear un “hombre nuevo” como condición indispensable para asegurar el éxito de la transformación social. El hombre solidario en contraposición a la mentalidad capitalista de especulación y espíritu de lucro.
5. Acusación moral y social contra el capitalismo como sistema injusto.

Las ideas de la Teología de la Liberación circulaban por Latinoamérica enseñando mediante la metodología de la Educación Popular las nuevas tareas de los pastores religiosos junto a su pueblo.

De la misma manera algunos movimientos sociales desarrollan a través de la Educación Popular un sistema alternativo de enseñanza ajustado a las necesidades comunitarias. Un ejemplo: el Movimiento Zapatista en México y su Educación Comunitaria Indígena para el Desarrollo Autónomo (EDICEA), creado en 1997, que consiste en una propuesta de educación intercultural bilingüe para el nivel primario.

En 1999 se consolida un colectivo de educadores indígenas con el nombre de *Lumaltik Nopstewaney* (El pueblo educador).

El espacio educativo se ubica en el contexto comunitario, es decir, todo aquello que se puede cuestionar y hacer objeto de investigación es principio de generación de aprendizaje (Colombi Salinas, 2009, p.6).

XII. 3. 2. El educador popular

Un docente dedicado a la tarea de la enseñanza puede ser un educador popular aunque forme parte del sistema educativo formal, dado que su práctica es la que debe estar determinada por el punto de vista filosófico y político de la función de la educación en la sociedad.

La tarea de la enseñanza debe hacerse con la convicción de que le servirá al estudiante para cambiar la situación de injusticia en la parte de la realidad en la que pueda intervenir. Freire (2012, p.51) alentaba a los educadores mostrando que la pedagogía crítica *“debe trabajar contra la fuerza de la ideología fatalista dominante, que estimula la inmovilidad de los oprimidos y su acomodamiento a la realidad injusta”*.

Sobre la función social de la educación y del educador popular, Freire (2012, p.52) expresa: *“... la profesora progresista no puede guardar silencio cuando se afirma que “los de las favelas son los grandes responsables de su miseria”, no puede quedarse callada ante el discurso que propugna la imposibilidad de cambiar el mundo porque la realidad es así.”*

También de manera muy concreta, el pedagogo brasileño señala la responsabilidad de la función del docente de abrir la conciencia de los estudiantes (Freire, 2012, p.52). *“...el educador progresista, serio y capaz, no sólo debe enseñar muy bien su disciplina, sino que debe desafiar al educando a pensar críticamente la realidad social, política e histórica en la que vive.”*

El rol docente es de fundamental importancia en una sociedad que replantee sus metas hacia la inclusión, la justicia social y la profundización de la democracia. Más aún si la educación acompaña la vida de un ciudadano desde su nacimiento hasta su muerte, es una gran responsabilidad para el docente hacerlo con rigor académico y con apertura al diálogo y a la libertad de pensamiento.

XII. 4. Educación emancipadora: la pedagogía de Paulo Freire

La relevancia de la aparición de la figura de Freire como el más significativo de los discursos pedagógicos de Latinoamérica está relacionada con la época en la cual su teoría y práctica de la educación se pone en discusión con el discurso pedagógico precedente.

Las condiciones de vida en las sociedades latinoamericanas de la década del sesenta -bajos niveles de consumo, bajo coeficiente educativo, enfermedades endémicas como el paludismo- motivaron a la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) a alentar una modernización industrial acelerada del mercado interno. Los Estados comenzaron a llevar una política de endeudamiento que provocó una nueva dependencia de los organismos proveedores internacionales.

La educación en la concepción del Desarrollismo tiene como meta principal el desarrollo económico. El Estado utiliza la educación como un mecanismo institucional que prepara a las personas más capacitadas para que ocupen las posiciones de mayores responsabilidades. La educación es vista como una inversión rentable, que dará como resultado recursos humanos capaces de producir mayor desarrollo económico y ciudadanos responsables de una democracia estable (Romero, 2001).

Durante la década del 60 empieza a generarse una importante preocupación por la educación, ya que es considerada una herramienta para transformar la sociedad y para dejar de ver a los ciudadanos sólo como elementos productivos del sistema.

La gran revolución en la Educación del siglo XX la encabezan las ideas del pedagogo brasileño Paulo Freire (2006, p.94), quien funda las bases pedagógicas de una nueva forma de pensar la relación del educador y del educando, que cuestiona los dogmatismos, estableciendo una educación liberadora, crítica y participativa, cuyo método es el diálogo.

La educación como práctica de la libertad, al contrario de aquella que es práctica de la dominación, implica la negación del hombre abstracto, aislado, suelto, desligado del mundo, así como la negación del mundo como una realidad ausente de los hombres.

A partir de Freire la educación tradicional, escolarizada, empieza a ser blanco fácil de las críticas de muchos pedagogos que ven en ella una institución de reproducción de formas culturales y sociales de los grupos de poder.

El catedrático colombiano Alejandro Álvarez Gallego (2008, p. 27) se refiere a los años sesenta como el comienzo de la Educación Popular en América Latina acompañando los movimientos sociopolíticos y como alternativa a la educación formal de esta manera:

El reconocimiento de la acción educativa que otros escenarios sociales impulsaban implícitamente era consecuente con las propuestas de Freire, quien planteaba que los espacios organizados de las comunidades debían tener una clara intencionalidad pedagógica. Más allá del aula, los múltiples espacios de encuentro de los sectores populares, las fiestas, el mercado, las reuniones de las cooperativas, etc., debían ser parte del proyecto educativo de la comunidad, superando la rigidez de los procesos planificados donde se intentaba enseñar con sofisticados dispositivos didácticos. Allí sería posible hacer realidad el principio de la enseñanza dialógica, participativa y problematizadora que caracterizó la pedagogía de Freire.

El desarrollo posterior de las Pedagogías Críticas pone a la educación en un punto central en el proceso de emancipación social, cuestionando el pensamiento positivista liberal, que induce a pensar en el progreso social y económico a causa del desarrollo de la ciencia objetiva.

En América Latina, el pensamiento crítico en educación es contestatario de las teorías del capital humano y del desarrollismo. La teoría del capital humano cobró gran importancia durante la década del 60 de la mano de las políticas desarrollista (Sverdlick, 2008, p.30).

Freire consideraba que el desarrollo de la capacidad crítica resultaba fundamental para poder actuar como agentes transformadores. Esta idea se vincula directamente a la de concientización que Freire contrapone a alienación y resulta del hecho de formar parte de un proceso de masificación. El rol del educador juega un papel fundamental en la concientización, ya que éste tiene como tarea principal generar conciencia crítica en los educandos. Freire entiende a estas ideas en el marco de la pedagogía liberadora y como contrapartida de la educación bancaria.

La **educación liberadora** es un proceso de concienciación (o concientización) de la condición social del individuo, que se adquiere mediante el análisis crítico y reflexivo del mundo que la rodea. La educación implica el diálogo y la reflexión sobre la propia realidad. Freire propone una comunicación dialógica en el proceso educativo. La categoría de diálogo se constituye en la piedra fundamental de la pedagogía de Paulo Freire.

La educación se considera como liberación porque espera un reencuentro de los seres humanos con su dignidad de creadores y participantes activos en la cultura. Al mismo tiempo que una persona adulta aprende a leer y escribir recupera el dominio de la propia vida y analiza su realidad.

En cambio, la **pedagogía bancaria** fomenta la reproducción sin análisis, sin comprensión de los temas que se enseñan; genera pasividad y fatalismo en los sujetos. Esto ocurre debido a una escuela

concebida según una relación unidireccional en la que uno enseña y otro aprende, sin que los roles cambien (Freire, 2006, p.79).

En la visión ‘bancaria’ de la educación, el ‘saber’, el conocimiento es una donación de aquellos que se juzgan sabios a los que juzgan ignorantes. Donación que se basa en una de las manifestaciones instrumentales de la ideología de la opresión: la absolutización de la ignorancia, que constituye lo que llamamos alienación de la ignorancia, según la cual esta se encuentra siempre en el otro.

A través de técnicas para la enseñanza de la lectura y la escritura a los adultos, la pedagogía liberadora busca la reflexión y el cambio de las relaciones del individuo con la sociedad. En el marco de la pedagogía liberadora, el educador tiene como prioridad ayudar al alumno a lograr un punto de vista crítico de su realidad.

Freire presenta la pregunta como una categoría pedagógica de relevancia para la comprensión del acto educativo. La pregunta forma parte del existir humano y se relaciona con la curiosidad, con la problematización del hombre sobre sí mismo y sobre la realidad social.

XII. 5. El aprendizaje en las personas mayores

La educación en personas mayores tiene un valor social importante, desde el punto de vista de personas realizadas e integradas a la comunidad. Lejos quedó la posición positivista por la cual la educación tiene un sentido productivo para aportar a las demandas de la sociedad.

La característica más importante de la educación de adultos es la intervención en la realidad, más que la mera adquisición de nuevos conocimientos. La reflexividad que fomenta favorece la emancipación cultural y social del que aprende.

El contexto sociopedagógico del adulto y del adulto mayor se diferencia del contexto de los jóvenes en la autodeterminación económica, social y vocacional.

En el sentido de la capacidad de aprender, la respuesta depende de la teoría sobre la cual nos basemos; la persona mayor puede estar en ventajas, por ejemplo, para las teorías constructivistas, para las cuales el aprendizaje es un proceso en el que los nuevos conocimientos se relacionan con los previos, que funcionan como puntos de anclaje. Entonces, la persona mayor podría alcanzar un conocimiento más abundante o profundo, según su bagaje cultural (Montero García, 2005).

En una persona mayor el aprendizaje más efectivo es el que favorece la actividad, es decir, en el que el estudiante se sienta involucrado. Es más probable que una persona mayor - como de otras edades-, sea consciente de su aprendizaje si este está relacionado con una práctica concreta, ya que el factor experiencial es más importante que el meramente teórico. También hay que tener en cuenta el ritmo o mejor dicho, los ritmos de aprendizaje de una persona en diferentes temáticas. Una persona puede pasar rápidamente por un tema con el que tiene más afinidad y detenerse mucho en la comprensión de otro.

El ambiente de aprendizaje es particularmente importante para el colectivo mayor, considerando que el momento de la clase es de encuentro entre pares, de mitigación de la soledad o simplemente de solaz y esparcimiento, tenemos que pensar que el aprendizaje colaborativo, entre compañeros y tomando al docente como guía o facilitador, disminuye la tensión propia de la situación de aprendizaje y la convierte en un encuentro social esperado, en el que, al mismo tiempo se da el pleno desarrollo de las capacidades intelectuales (Montero García, 2005, p.277).

(...) distintas investigaciones han demostrado que además de la creatividad, el pensamiento contextualista o las capacidades dialécticas, las áreas en las que los mayores se muestran aventajados son las habilidades intelectuales relacionadas con la interacción social (capacidad empática, emocional, procesos de reflexión, intuición y experiencia) y en aquellas aptitudes enlazadas con el sistema de conocimiento y la pericia según qué tareas hayan sido adquiridas anteriormente (Lehr, 1980; Belsky, 1999; Kirkwood, 2000).

XII. 5. 1. La memoria necesaria para estudiar

Suele darse más importancia a la memoria cuando se habla de aprendizaje de adultos o de adultos mayores que de los jóvenes. Es cierto que en muchos casos la pérdida de la memoria, asociada con ciertas enfermedades puede ser un obstáculo para el aprendizaje, pero también es cierto que hay personas que tienen mala memoria durante toda su vida o no la han ejercitado suficientemente y aun así, se animan a seguir aprendiendo.

Para que una información se convierta en objeto de aprendizaje tienen que aparecer el interés y una manera de codificación que permita más adelante encontrar esa información, ya transformada en conocimiento en relación a otros y en disponibilidad de ser usada en situaciones nuevas.

Citamos a la Doctora Montero García (2005, p.278) respecto a la memoria de los adultos mayores en comparación con la de los jóvenes:

Cuando, a través de diversos estudios, comparamos la capacidad y pérdida de memoria en personas mayores con otras más jóvenes, encontramos ciertamente diferencias. Parece demostrado que la cantidad de información mantenida en el registro sensorial y en la memoria a corto plazo (referida al momento de atención consciente que nos permite manejar nuevos datos) no varía sustancialmente entre un sector generacional y otro, pero sí se constatan diferencias más significativas cuando hablamos de procesos o estrategias de elaboración u organización de información a más largo plazo. Aun así, estos problemas no derivarían de la pérdida de capacidad de almacenamiento, sino de los procesos que garantizan la transferencia de los almacenes transitorios a los de memoria a largo plazo.

Estos conceptos son fundamentales para los educadores, ya que sabiendo cuáles son las particularidades del aprendizaje del adulto mayor pueden adoptar metodologías que faciliten la reconstrucción de los propios conocimientos y la construcción de los nuevos.

XII. 5. 2. Gerontología educativa – Gerontagogía

La denominación “gerontología educativa” pone el énfasis en el envejecimiento como estado vital y su adjetivo “educativa” pone en un segundo término la función de la educación.

La Gerontagogía es el estudio de la práctica educativa de las personas mayores, desde una perspectiva evolutiva que enfatiza y destaca una imagen positiva de los mayores (García Mínguez, 2004).

*La Gerontagogía sería pues el conjunto de métodos nuevos, técnicas, etc., agrupados en un nuevo corpus de conocimiento orientado en función del desarrollo del discente mayor. En líneas generales, también puede ser definida como disciplina educativa interdisciplinaria que tiene por objeto el estudio de la persona mayor en **situación educativa** (Lemieux, 1997, p.46).*

XII. 5. 3. El educador en los programas educativos de adultos mayores

El trabajo profesional del gerontagogo está aún en formación, lo que no significa que el docente que se dedica a la enseñanza de adultos mayores no tenga que ser un educador formado y comprometido con la realidad socioeducativa de su grupo de alumnos. El gerontagogo debe tener, además de una sólida formación técnico-académica, una gran capacidad de trabajar integrando la diversidad y priorizando el componente socio-afectivo sobre el puramente cognitivo.

Es curioso que las Ciencias de la Educación no le hayan dado la importancia ni el espacio que esta rama de la educación requiere y sean terrenos ganados desde las prácticas de otras profesiones, como la psicología, la educación física, la musicoterapia, etc.

El educador de personas mayores debe ser un intelectual transformador que se caracterice por la flexibilidad para organizar la clase, que facilite la situación de aprendizaje y, al mismo tiempo, permita que cada persona mayor realice su propio proceso de comprensión y producción, en pos de cambiar su entorno. Y esto último es lo que suele presentarse como un problema, no siempre el gerontagogo puede generar alternativas que posibiliten una intervención en el contexto, muchas veces la repetición y la monotonía son características de las clases destinadas a personas mayores.

El educador en cualquier nivel y situación de enseñanza en la que se halle, debe realizar un diagnóstico del grupo de estudiantes y de los objetivos a alcanzar tanto a nivel institucional como del curso o taller a desarrollar.

XII. 6. Educación inclusiva

Las prácticas educativas escolares o fuera de la escuela mantienen una pretensión tecnocrática, academicista, con miras a la eficiencia y de carácter monocultural.

Una de las funciones de la institución escolar fue tratar de homogeneizar las diferencias con el justificativo de dar oportunidades similares a todos los estudiantes, sin embargo, la violencia ejercida por el sistema al tratar de forzar la igualdad en base a la reconstrucción de las condiciones naturales no ha dado resultados favorables en cuanto a que las diferencias siguen existiendo y se replican en todos los ámbitos de la sociedad.

La construcción social del concepto diferencia subyace en las prácticas educativas actuales y cimienta los programas educativos vigentes. La diferencia constituye el eje de programas como Integración educativa o Educación intercultural, sin embargo, su aplicación enfatiza la diversidad en las escuelas y tal énfasis puede guardar tras de sí una nueva forma de discriminación al contribuir en el fortalecimiento del estatus de minoría marginal que aparentemente se busca erradicar (Espinoza Lerma, 2012, p. 1).

¿Cómo se construye la idea de la diferencia? Según Espinosa Lerma, la percepción de las formas es el primer elemento que proporciona información; por economía cognitiva es más sencillo señalar las similitudes que nos aproximan, esta es la base de un discurso homogeneizador que mantiene al grupo de similares cohesionado.

Las desigualdades por raza o inteligencia son conceptos basados en la idea de que las diferencias son naturales. Esto tiene una consecuencia muy relevante puesto que si la inteligencia es natural, desde el punto de vista educativo hay poco por hacer; se resta responsabilidad a la tarea docente y se disminuye también la importancia de la metodología.

La diversidad observable es una cuestión de genética, en tanto que la diferencia es un constructo social orientado a generar sistemas jerarquizados y jerarquizantes, de tal manera que la igualdad o desigualdad obedece a preceptos éticos, algo que puede otorgarse o quitarse a las personas según lo estipule una sociedad determinada (Espinoza Lerma, 2012, p.20).

Se ha intentado superar la problemática de las diferencias con un diseño de compensación educativa por el cual se pretende llevar a los estudiantes de otras culturas a pertenecer a la cultura dominante.

En el discurso mediático, popular y político a menudo se habla de integración para hacer referencia a procesos que son más bien de asimilación. El asimilacionismo es un modelo que privilegia la uniformización cultural: los grupos y las minorías étnicas, van a ir adoptando las normas, lengua, valores y señas de identidad de la sociedad mayoritaria con la paralela pérdida del propio horizonte cultural de origen (Aguilar, 2012, p.30).

La escuela inclusiva y la sociedad inclusiva permiten la diversidad y se benefician de ella. La inclusión educativa significa que los niños, jóvenes, adultos y adultos mayores deben tener oportunidades equivalentes de aprendizaje independientemente de sus antecedentes sociales y culturales e independientemente también de sus diferentes habilidades y capacidades. Tener oportunidades de aprendizaje equivalentes no implica que las mismas deban ser homogéneas. Se trata de ofrecer opciones que atiendan a la diversidad y que sean adecuadas a las particularidades de los sujetos, sin que ello redunde en la fragmentación del sistema educativo. Asimismo, la diversidad es una característica intrínseca de los sujetos (y en este caso de los alumnos), por lo tanto, no debe ser vista como un problema u obstáculo que hay que enfrentar, sino como una experiencia enriquecedora.

En América Latina, la interculturalidad está siendo pensada desde diversas perspectivas: lingüística, pedagógica, literaria, artística, histórica, sociológica, antropológica, política, jurídica, culturalista, teológica, etc. Los científicos que trabajan el tema lo hacen no solo para recuperar los saberes y conocimientos de las poblaciones aborígenes, sino para gestionar responsablemente el medio ambiente y tratar adecuadamente la biodiversidad (López Soria, 2009, p.11).

Es momento de que los educadores se pongan a pensar en conceptos como interculturalidad, multiculturalidad, inclusión, convivencia, para posibilitar la formación de nuevas generaciones capaces de adaptarse a una sociedad permanentemente cambiante sin renunciar a los propios valores.

XII. 7. Planificación de experiencias educativas con personas mayores

La planificación de proyectos socioeducativos con personas mayores comienza con el relevamiento de las condiciones en las que se va a desarrollar dicho proyecto. Un diagnóstico del entorno comunitario, de la disponibilidad de recursos educativos, culturales y recreativos y de los medios de sostenimiento económico de la propuesta es fundamental para que sea una propuesta realista y conveniente.

A lo anterior hay que sumarle el diagnóstico del grupo de personas destinatarias del proyecto.

Se trata de conocer aquellos otros aspectos normalmente alejados de los datos cuantitativos, que se refieren a su 'mundo vital': sus saberes, ideales, vivencias, expectativas, gustos y preferencias estéticas, miedos, sentimientos, afectos, desafectos, su autopercepción, etc. (Bermejo García, 2005, p.226).

El trabajo de planificación realizado con detalle y cuidado dará mejores resultados tanto en el nivel de convocatoria como en la permanencia de los participantes durante toda la cursada.

Definir un marco conceptual pedagógico a partir del cual se realice un proyecto es imprescindible para que el proceso no derive en consecuencias no deseadas. El docente debe tener claro que la selección de contenidos, el tipo de actividades y el rol de cada participante no son arbitrarios ni ocasionales, sino intencionales y dirigidos a conseguir una intervención en la realidad social de ese grupo que constituye la clase.

Deberemos plantearnos siempre lograr dos metas: que la persona sea el centro del proceso de educación y que sea un sujeto mental y emocionalmente activo en todo el proceso, actuando como transformador y constructor de conocimiento.

Parte importante de la planificación es la determinación de la metodología o sea, las propuestas que el docente pueda ofrecer a los alumnos para trabajar adecuadamente los contenidos, teniendo en cuenta los objetivos.

Según el tema del día, la cantidad de participantes, el grado de complejidad del contenido, el interés de grupo, etc., el docente diseñará el camino o metodología más apropiada a la situación así, algunos días se trabajará en pequeños grupos de discusión alguna propuesta de resolución de un problema y otro día, será la lectura individual y la opinión fundamentada de la misma, como así también el trabajo de experimentación o elaboración de un producto, por ejemplo.

Pero independientemente del método o el recurso didáctico elegido, siempre deberemos lograr que cada contexto socioeducativo: • Sea emocionalmente satisfactorio y vivencial, es decir, que la persona lo pase bien, que disfrute y viva emociones positivas; que experimente actitudes de escucha, respeto, empatía, apertura y optimismo. • Esté centrado en los intereses y deseos de esos participantes, que den respuesta a lo que desean y promueva su implicación activa (Bermejo García, 2012, p.13).

Tendemos a asociar evaluación con el final de un curso, sin embargo, el docente realiza evaluaciones cotidianamente para ajustar el rumbo del proyecto.

Además, de la evaluación que el docente pueda obtener al final del curso mediante un examen de los contenidos aprendidos, es fundamental que cuente también con la opinión de los alumnos acerca del diseño general de la propuesta, así como del desempeño del docente. Muchas veces, la evaluación consiste en responder preguntas técnicas sobre algún aspecto del contenido, cuando en los objetivos generalmente aparece la importancia de que el conocimiento adquirido sea relevante en la mejora de la calidad de vida del estudiante. Por lo tanto, una evaluación consciente del sentido constructivo de la propuesta tiene que indagar sobre la utilidad de lo aprendido en la vida cotidiana del estudiante, en sus creencias, aptitudes o habilidades para enfrentar o resolver alguna situación problemática.

De la misma manera es importante también evaluar el impacto que el programa tuvo en la comunidad, ya que el diagnóstico sobre el entorno había arrojado datos que pueden al final del curso ser cotejados.

XII. 7. 1. Proyectos de educación intergeneracional

La educación de/con/en personas mayores era y es una necesidad en compensación de la poca oferta de propuestas educativas. Pero después de muchos años de transitar por la incorporación de proyectos en la sociedad que sean especialmente destinados a personas mayores, es momento de ampliar la mirada hacia la integración de los estudiantes de distintas edades.

Los estereotipos negativos que se tienen sobre los mayores están motivados, en parte, por la falta de contactos entre personas de distintas generaciones, que lleva al desconocimiento mutuo y a esa visión preestablecida sustentada en prejuicios y en la desconfianza mutua (Bedmar Moreno, 2010, p.169).

El principio por el cual es posible la solidaridad entre generaciones es el compartir tiempo y actividades con un interés común. *“La educación entre generaciones es un diálogo de cultura que, partiendo de campos motivacionales comunes, intenta descubrir los valores simbólicos conducentes a enriquecer los proyectos de vida de los diferentes grupos” (García Mínguez, 2002, p.21).*

El diálogo entre culturas no tiene un sentido homogeneizador, sino de reconocimiento y aceptación mutuo y, en el mejor de los casos, la elaboración de una propuesta integradora que sume perspectivas.

Un ejemplo de intercambio cultural entre generaciones es el Programa La Experiencia Cuenta, desarrollado desde el Ministerio de Desarrollo Social de la Argentina; consiste en la transmisión de oficios tradicionales por parte de personas mayores que los desempeñaron durante toda su vida, a personas jóvenes o de mediana edad que están interesadas en aprender ese oficio para trabajar.

La relación entre profesor –conocedor del oficio- y los alumnos se realiza con la colaboración de un coordinador pedagógico, quien realiza los ajustes didácticos necesarios para que el conocimiento se transforme en contenido pedagógico y las actividades en metodología adaptada a las circunstancias de clase.

Mediante una encuesta tomada al principio y otra al final del curso acerca de la imagen del grupo etario con el que se vinculan, los resultados son asombrosos en cuanto a la mejora de la empatía y la superación de mitos y prejuicios en ambas generaciones.

Existen distintas perspectivas respecto de los fines, propósitos y formas de entender la educación intergeneracional. Sáez (2002) presenta las siguientes tres concepciones que dan cuenta de las distintas perspectivas que se incluyen en este concepto. La primera concepción de la educación intergeneracional intenta promover el conocimiento sobre las relaciones entre generaciones. La segunda concepción concibe a la misma como el tipo de educación que busca la intergeneracionalidad como finalidad. Y la tercera, toma a la educación intergeneracional como un proceso educativo en el que participan personas de diversas generaciones por el mero hecho de pertenecer a ellas.

No es tarea fácil la del educador que se pone al frente de programas intergeneracionales, ya que además de la flexibilidad y la empatía necesarias para armonizar las participaciones de dos o más generaciones interactuando, es necesario que maneje concepciones de culturas diferentes, de características etarias en el aprendizaje y por supuesto, del contenido específico del proyecto que los convoca.

La lógica intergeneracional que necesita adoptar el profesional de los programas intergeneracionales es la lógica del continuo vital, no la edadista y discontinuista. Esta postura exige pensar en un profesional diferente capacitado para auspiciar, diseñar, promover y valorar la relación en la que se encontrarán los sujetos (Bedmar Moreno, 2010, p.202).

La aparición de centros educativos y recreativos que combinen las expectativas de un grupo intergeneracional es cada vez más frecuente y de más variada oferta educativa. Desde esta perspectiva el objetivo del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento de 2002 de construir una sociedad para todas las edades está más cerca y más presente.

XII. 8. Programas y proyectos educativos con personas mayores

Partiendo de las palabras de Paulo Freire (2002, p.113) sobre la elaboración de un programa educativo es impensable planificar cualquier proyecto desde un escritorio, sin tener la medida de la necesidad del otro, a quien va dirigido ese proyecto.

Para el educador-educando dialógico, problematizador, el contenido programático en la educación no es una donación o imposición –un conjunto de informes que han de ser depositados en los educandos-, sino la devolución organizada, sistematizada y acrecentada al pueblo de aquellos elementos que éste le entregó en forma inestructurada.

En América Latina la difícil situación socioeconómica del colectivo de mayores en casi todos los países ha reducido a pasatiempos recreativos de bajo presupuesto los programas educativos. Para que la educación a lo largo de la vida sea una realidad, debe existir una decisión política que asuma la inversión económica y defienda su fundamento ético.

Los programas pensados y destinados a personas mayores tienen que tener un sentido propio y no ser una mera adaptación de cursos o proyectos dirigidos a personas de otras edades. Deben ser contextualizados de acuerdo a la comunidad donde se llevarán a cabo y con la posibilidad de interactuar en el entorno para hacer cambios, de ser necesarios.

La formación de los ciudadanos, de todos los ciudadanos, jóvenes o mayores, hombres o mujeres, pasa, forzosamente, por el derecho a la participación en las actividades sociales y políticas de su sociedad. En otras palabras: la participación de los ciudadanos, de todos los ciudadanos, es hoy una necesidad educativa más (Petrus, 2004, p.17, prólogo al libro de García Mínguez).

Los proyectos sociales se orientan a resolver carencias, necesidades y problemas de los sectores más desfavorecidos de las sociedades. Estas necesidades pueden ser salud, educación vivienda, empleo, pero también otras, tales como la dignidad, la autoestima, la posibilidad de pensar en un proyecto de vida, la autorrealización, etc.

Al pensar en un proyecto de estas características nuestra posición debe ser prospectiva, entendiendo que se analiza el presente en vistas al desarrollo de acciones para el futuro.

Si analizamos específicamente los proyectos educativo-sociales, éstos requieren de:

1. Una reflexión sobre el problema educativo-social concreto que pretendemos mejorar.
2. Tomar conciencia de las necesidades y problemas existentes y, una vez analizada y estudiada la compleja realidad social, resulta necesario elegir un problema concreto que requiera solución y que, además, esa solución se visualice como viable.
3. Seleccionar y recortar un problema concreto que permita una solución viable y que responda a necesidades concretas.
4. Elaborar un diseño de proyecto reflexivo, sistemático y bien fundamentado tanto teórica como operativamente.
5. Poder implementarlo, es decir, llevarlo a la práctica con el objetivo de transformarla y mejorarla.
6. Que posibilite una apertura al medio y al contexto social para generar cambios.
7. Tomar en cuenta las vivencias e incorporar la mirada de los sujetos protagonistas de los problemas, como así también las posibilidades de solución que éstos vislumbran para los mismos.

Los proyectos socioeducativos para personas mayores comenzaron siendo de neto corte recreativo, fueron variando temáticas y metodologías de trabajo en el aula; hoy en muchos centros dedicados a la educación de personas mayores, la oferta educativa es amplísima y de calidad.

XII. 8. 1. Formar a los formadores

Así como el acceso a la oferta educativa para mayores ha ido en aumento, es necesaria también la formación del profesional que trabaja en educación gerontológica.

Debido a que el envejecimiento es un proceso que debe ser considerado desde el nivel biológico, psicológico y fundamentalmente social, las nociones de género, diversidad, situación socio-cultural y económica son importantes al momento de la planificación social y de las formas de intervención.

Los países de América Latina presentaban serios déficit en la formación gerontológica: poca inclusión de la Gerontología -y en otros ámbitos, de la Geriatría- en las carreras de grado. Dentro de la oferta de postgrado se puede contar con Especializaciones y Maestrías, de modalidad presencial y semipresencial con costos no siempre accesibles para los profesionales que se dedican al trabajo con personas mayores y que viven en el interior de los países.

El ejemplo de una buena práctica, producto de una política pública con sentido de futuro es la realización de la Carrera de Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional que se ideó y se supervisó desde el Ministerio de Desarrollo Social de Argentina, desde la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia con la Universidad Nacional de Mar del Plata.

El objetivo era formar profesionales de todas las disciplinas (trabajadores sociales, psicólogos, médicos, abogados, arquitectos, terapeutas ocupacionales, profesores de educación física, pedagogos, comunicadores sociales, fisioterapeutas, nutricionistas, odontólogos, contadores, licenciados en enfermería, etc.) y así propiciar una generación de conocimientos en gerontología desde una profundización teórica actualizada, sumada a una práctica enmarcada en la situación laboral de cada especializando.

En este sentido, la propuesta -que se llevó a cabo desde 2007 hasta 2014, concluyendo tres cohortes de trescientos estudiantes cada una-, fue y continúa siendo un aporte comprometido con la realidad nacional, fortaleciendo los equipos gerontológicos y constituyendo un espacio profesional innovador, transformador y democrático.

La apertura de la tercera cohorte de esta carrera ha sido reconocida por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), por el avance de la Argentina en el cumplimiento de los compromisos internacionales a favor de las personas mayores. Esta inversión en formación es una política democrática e integradora, puesto que no tuvo costos para los estudiantes y se les otorgó el traslado a los centros educativos, hotel, comidas y materiales de estudio.

El resultado, constatado por una evaluación de impacto fue que todas las provincias argentinas mejoraron el trabajo de las áreas de adultos mayores de las esferas públicas y privadas, elevaron el nivel de atención directa a las personas mayores, realizaron diagnósticos de las necesidades locales, se enriquecieron con el trabajo interdisciplinario de los equipos técnicos y profesionales de los institutos que se dedican a las personas mayores y se difundieron las temáticas de los derechos de las personas mayores, en particular las campañas nacionales de Buentrato con miras a una sociedad más inclusiva.

XII. 9. Conclusiones

La educación a lo largo de la vida es una decisión política por parte del Estado y un desafío permanente por parte de la sociedad que debe comprometerse para sostener las iniciativas políticas y hacerlas acrecentar. El trabajo conjunto de gobiernos y sociedad civil es el que garantizará que se eleve la calidad del nivel de la oferta educativa, de la investigación en la temática y de la intervención comunitaria apropiada y transformadora.

Para la persona mayor, ser el protagonista de las políticas sociales le exige una gran responsabilidad en la participación como ciudadano comprometido con los asuntos comunitarios.

América Latina ha tomado el desafío de llevar a la práctica local y cotidiana las recomendaciones en materia educativa de las organizaciones internacionales que están observando el envejecimiento en todas sus complejidades.

Capítulo XIII.

Pautas para la planificación de líneas de acción orientadas a las personas mayores

LA AUTORA:

Adriana Fassio, Posdoctoranda Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires; Doctora en la Universidad de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras orientación Antropología Social; Master en Gerontología Social V Edición Iberoamericana, Universidad Autónoma de Madrid; Posgrado en Gerontología, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública, Universidad de Buenos Aires; Licenciada en Sociología, Profesora de Enseñanza Secundaria Normal y Especial en Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Profesora Titular regular de la Universidad Nacional de la Plata y Profesora adjunta regular e investigadora de la Facultad de Ciencias Económicas de la UBA, Directora del PIMEAGE (Programa de Innovación Responsable) FCE-UBA. Docente en posgrado y doctorado en diversas universidades del país y del exterior. Consultora en organismos nacionales e internacionales en temas de políticas públicas y envejecimiento.

XIII. 1. Introducción

En este capítulo nos centraremos en dos ejes de análisis: por un lado la reflexión sobre herramientas de planificación y una mirada crítica sobre los problemas que se enfrentan en la región con relación a la planificación, implementación y monitoreo de las políticas sociales y, por el otro, sobre las organizaciones como ejecutoras de los servicios sociales destinados a las personas mayores, su diagnóstico orientado a la mejora e intervención, sus capacidades y viabilidad de los cambios.

Una **institución** es una forma de acción pública, es una forma de acción simbólica que se da a través de prácticas diversas que pone en juego políticas públicas u orientaciones políticas valorizadas por grupos sociales dominantes (Guiraud, 2007).

Las instituciones en la modernidad son desestabilizadas por una pluralidad de normas contrarias, una diversificación de los usuarios, una profesionalización de los participantes y una competencia de los organismos que actúan en los mismos ámbitos institucionales.

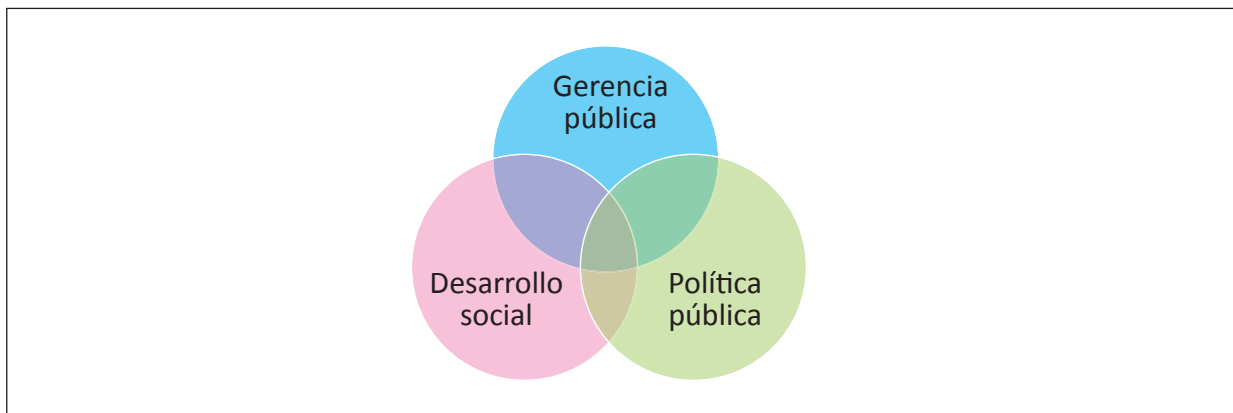
La vida de las personas y los diversos roles que asumen en la sociedad actual están mediatizados por la pertenencia a organizaciones en el contexto de las sociedades complejas. En esta situación, las organizaciones son las que conllevan las diversas racionalidades y dinámicas sociales contribuyendo a la fragmentación de la coherencia institucional. No es la ausencia de dificultades en el ajuste eficiente de los recursos la que preserva a las instituciones de los problemas organizativos, sino una forma de indiferencia para atenuar las disfunciones internas. Si esto sucede, es porque las misiones de las instituciones son consideradas como legítimas y las dificultades organizativas sólo se entienden como medios para el cumplimiento de las misiones institucionales.

XIII. 2. La gerencia social como espacio de intersección

El campo de la gerencia social data en nuestros países de la década de los años 80 y, si bien no cuenta con una única definición puesto que se presenta como un campo en construcción, se la caracteriza como un práctica estratégica cuyo objetivo es la transformación social (Mokate y Saavedra, 2006).

Podemos definir la gerencia social como un espacio de intersección entre el campo del desarrollo social, de la política pública y de la gerencia social.

Gráfico 1. La gerencia social como espacio de intersección



Fuente: Mokate y Saavedra (2006, p. 4).

El campo del desarrollo social trata sobre los desafíos que se enfrentan en la búsqueda de mejoras sostenibles en las condiciones de vida en un territorio. El campo de la política pública explora las causas, consecuencias y el desempeño de los programas públicos e intenta reflexionar sobre las posibles soluciones, en tanto que la gerencia pública se orienta a la gestión como profesión y el gestor público es quien la practica. Se relaciona con un uso más eficiente de los recursos públicos, una intervención más efectiva en la mejora de la calidad de vida de la población, con más y mejores servicios y políticas públicas que incluyan la participación y la rendición de cuentas ante la sociedad civil. Sus fines se orientan a la reducción de la desigualdad y de la pobreza y al fortalecimiento de una ciudadanía plena, incluyente y responsable y del estado democrático.

Gráfico 2. El campo de la gerencia social



Fuente: (Mokate y Saavedra, (2006, p.7)

Según Mokate y Saavedra (2006) los seis desafíos de la gerencia social en América Latina son:

Desafío 1

El objetivo final de las organizaciones que promueven el desarrollo social en los ámbitos públicos radica en crear valor público.

Desafío 2

Los recursos públicos —limitados o escasos frente a las necesidades y deseos públicos— son asignados por procesos políticos que determinan las prioridades.

Desafío 3

Los ciudadanos tienen voz determinante sobre lo que genera valor público y lo que se debe priorizar. Estas elecciones se expresan a través de procesos de deliberación y representación política. Por ello, las organizaciones que proponen la generación de valor público responden a varios mandantes (ciudadano, cliente, beneficiario, obligado).

Desafío 4

Quienes ejercen la gerencia social interactúan con individuos y comunidades, desempeñando múltiples papeles en su relación de intercambio con las organizaciones públicas. Por lo tanto, el ejercicio de la gerencia social conlleva la gestión de servicios pertinentes y de calidad para los clientes, beneficiarios y obligados. A su vez, requiere de información, respuesta, rendición de cuentas y trato a todos con el respeto correspondiente a su carácter de ciudadanos.

Desafío 5

El alcance de la gerencia social está compuesto por el carácter de coordinación de las redes interorganizacionales (macro y meso-gestión), y también por el proceso organizacional interno que se denominará microgestión.

Desafío 6

Los beneficios generados a través del ejercicio de la gerencia social no deben entenderse como la entrega de productos y servicios únicamente, sino como los impactos de esos productos y la calidad de los procesos que conducen a su entrega y su uso adecuado.

XIII. 3. La gerencia social y la implementación de programas sociales

Para hacer eje en la gestión es necesario abordar el análisis de la acción pública desde la perspectiva de los procesos desencadenados, de las relaciones establecidas y del impacto producido en la sociedad. Es por ello que recordamos brevemente la definición de los conceptos de Plan, Programa y Proyecto, que están articulados en el marco de la ejecución de las políticas sociales.

Denominamos Plan al conjunto de decisiones de carácter general que expresan los lineamientos políticos fundamentales, las prioridades que se derivan de esas formulaciones, la asignación de recursos en relación con las prioridades, las estrategias de acción y el conjunto de medios e instrumentos que se van a utilizar para alcanzar las metas y los objetivos propuestos. Tiene por finalidad trazar el curso deseable y probable del desarrollo nacional o sectorial. Si bien engloba programas y proyectos, *tiene objetivos más amplios que la suma de programas y proyectos.*

Los Programas son un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades, servicios o procesos expresados en un conjunto de proyectos relacionados o coordinados entre sí y que son de similar naturaleza. Un programa operacionaliza un plan mediante la realización de acciones orientadas a alcanzar las metas y objetivos propuestos dentro de un período determinado.

Un Proyecto es un conjunto de actividades concretas interrelacionadas y coordinadas entre sí que se realizan con el fin de producir determinados bienes y servicios capaces de satisfacer necesidades o resolver problemas.

XIII. 3. 1. El esquema de un proyecto social

Cabe aclarar que lo que se presenta no es un modelo rígido sino una guía que sirve para organizar las ideas, ordenar la acción, detectar si estamos siguiendo el camino trazado y qué modificaciones es necesario hacer y, finalmente, poder determinar si hemos cumplido con aquello que nos habíamos propuesto.

Estos lineamientos generales propuestos se utilizarán para:

- Concretar y precisar lo que se quiere realizar.
- Instrumentar de manera efectiva las decisiones tomadas mediante el uso de distinto tipo de recursos.
- Seguir cursos de acción que conduzcan a la obtención de determinados resultados.

Tanto los programas como los proyectos se concretan a través de un conjunto de actividades organizadas y articuladas entre sí, para alcanzar metas y objetivos. La diferencia entre programa y proyecto está dada por la magnitud, la diversidad y la especificidad.

Sintetizamos los requisitos para formular proyectos en los siguientes puntos (Ander-Egg y Aguilar Idáñez, 1995):

Razones por las que se tiene que llevar a cabo el proyecto.

- A qué fin contribuirá el proyecto.
- Qué se espera obtener del proyecto.
- A quién va dirigido el proyecto.

- Qué debe producir el proyecto para crear las condiciones básicas que permitan la consecución de su objetivo.
- Con qué acciones se generarán los productos.
- Qué recursos se necesitan.
- Quién ejecutará el proyecto.
- Cómo se ejecutará el proyecto.
- En cuánto tiempo se obtendrán los productos y se lograrán los objetivos.
- Cuáles son los factores externos que deben existir para asegurar el éxito del proyecto.

Siempre existe un margen de incertidumbre en el diseño de proyecto y la planificación estratégica tiene como objetivo intentar reducir la zona de incertidumbre.

Las **calidades** de un buen proyecto se sintetizan en:

- Sensibilidad para percibir los deseos, aspiraciones, conflictos, problemas, etc. de los distintos actores sociales implicados en el proyecto.
- Flexibilidad y estabilidad en la direccionalidad de las acciones, es decir, ser capaz de ajustarse a nuevas situaciones, reaccionando rápidamente por un lado y, por el otro, que la adaptación a factores externos no haga perder de vista los objetivos estratégicos.
- Adaptabilidad, es decir, ser capaz de cambiar el modo de abordar los problemas cuando sea necesario.
- Fluencia, es decir, la capacidad de convertir los problemas y riesgos en nuevas oportunidades.

XIII. 4. Desafíos en la implementación de proyectos sociales

Existen múltiples desafíos estratégicos en la implementación de programas sociales, dado que es necesario comprender las condiciones que inciden en los procesos de implementación. Para ello es necesario hacer eje en la gestión; abordar el análisis de la acción pública desde la perspectiva de los procesos desencadenados, de las relaciones establecidas y del impacto producido en la sociedad. Desde el mundo simbólico altamente plástico de quienes toman decisiones, planificadores y productores de conocimiento, al más incierto y resistente de realidades sociales cristalizadas en escasez de recursos, relaciones de poder, conflictos de valores, resistencias, retraimiento y pasividad.

Cabe recordar que (Martínez Nogueira, 2007, p.64-65):

La heterogeneidad y la contingencia son atributos constitutivos de los programas sociales; la primera se manifiesta en áreas problemáticas, poblaciones objetivo, contextos institucionales y sociales, instrumentos y recursos, la naturaleza de los actores participantes, procesos desencadenados, etc., mientras que las contingencias que deben enfrentar la implementación y su gerencia hacen que esta deba operar en un mundo de tensiones, ambigüedades, ambivalencias, conflictos e incertidumbres.

Los programas sociales se definen como artefactos de naturaleza instrumental y simbólica, cristalizaciones inacabadas de conocimientos, construcciones sujetas a restricciones, arenas de tensión, conflicto y colaboración, y locus de fuerzas homogeneizadoras. Se parte de la afirmación de que la implementación no constituye un proceso predecible y de resultados ciertos, sino un sendero por construir, que muchas veces está alejado de las previsiones de los diseños. La gerencia debe recorrerlo superando obstáculos, pero también identificando y explotando oportunidades, y desplegando comportamientos adaptativos, estratégicos e innovadores.

Los programas sociales pueden caracterizarse por (Martínez Nogueira, 2007)

- Su heterogeneidad: diversidad problemas, poblaciones, recursos, contextos, institucionales, etc.
- Su contingencia: la gerencia debe operar en un mundo de tensiones, ambigüedades, conflictos e incertidumbres que debe superar a partir de la identificación de oportunidades, negociación, flexibilidad, adaptabilidad, innovación.

Los programas sociales como artefactos de naturaleza instrumental y simbólica buscan provocar un impacto en la calidad de vida de las personas. Los instrumentos que ponen en juego son transferencias, intervenciones o tratamientos, como el otorgamiento de un subsidio, la prestación de servicios, la protección de derechos o la construcción de capacidades. Su implementación consiste en el conjunto de acciones y decisiones dirigidas a alcanzar objetivos de carácter expresivo, constituyen una forma de exteriorizar y afirmar valores, son susceptibles de manipulación simbólica.

Los programas sociales pueden considerarse como cristalización inacabada de conocimiento, en la medida en que son producto de debates no cerrados sobre la naturaleza de la sociedad, resultan de la movilización de dispositivos normativos, conceptuales y analíticos, son expresión de las cristalizaciones de conocimientos y prácticas institucionales y se construyen a partir de conocimiento imperfecto (racionalidad limitada).

Asimismo **conforman construcciones humanas sujetas a restricciones** bajo el supuesto de que la acción humana puede modificar la realidad. Su impacto efectivo depende no sólo de la intencionali-

dad, de la eficiencia en la implementación y de las tensiones que se desencadenan, sino también de la interacción con otras políticas y de las consecuencias agregadas de fuerzas y factores.

La gerencia social no es solamente un proceso técnico sino que debe construir legitimidad, reconocimiento y apoyo de los actores relevantes a partir del diálogo y de la negociación. La gerencia no sólo se apoya en la jerarquía o en la corrección técnica de los diseños, sino que induce comportamientos recurriendo al diálogo y a la negociación. Es fundamental construir confianza y reciprocidad.

Los programas sociales son áreas de tensión, conflicto y colaboración entre actores diversos, proceso que demanda sobreponerse a las barreras y límites institucionales, con lógicas sectoriales que desarrollan poca coordinación horizontal y descentralización y responsabilidad asociada que no necesariamente confluye en el cumplimiento de los objetivos y metas propuestos.

Los programas sociales son ámbitos de operación de fuerzas homogeneizadoras en la medida que presentan inercia y rigidez institucional relacionada con sus trayectorias históricas; debilidad de las capacidades analíticas y de gestión y transferencia de políticas; una transferencia de la ejecución a niveles subnacionales acompañada del financiamiento de los niveles centrales con sus criterios operativos y estándares de evaluación y monitoreo; la existencia de apremios fiscales por altibajos en los presupuestos destinados a ellos; y marcos normativos genéricos que muchas veces no dan cuenta de la necesaria coordinación de los actores involucrados.

Por lo mencionado más arriba, uno de los grandes desafíos que enfrentan las áreas que llevan adelante las políticas sociales orientadas a la población mayor en nuestros países tiene que ver con la coordinación interinstitucional (Licha y Molina, 2006), con relación al carácter multiorganizacional de la implementación, con la necesidad de arreglos interinstitucionales (conducción centralizada, ejecución tercerizada), ejecución a través de redes, de alianzas estratégicas, ejecutadas por consorcios, etc.

Las estrategias de coordinación de la política son un instrumento para lograr la consistencia e integralidad de la misma en ámbitos de intervención intersectorial e intergubernamental (governance y cambio institucional) a partir de distintos niveles y grados de complejidad. Son procesos técnicos y políticos cuyos objetivos apuntan a: minimizar duplicación, reducir las inconsistencias de la política, asegurar prioridades y apuntar a la cohesión, atenuar el conflicto político y burocrático, promover una mirada holística no sectorial, la implementación de sinergias en el cumplimiento de los objetivos.

Podemos entonces sintetizar la coordinación como un proceso de múltiples dimensiones (político y técnico, participativo y concertado, vertical –intragubernamental y horizontal- sectorial) y de diferentes alcances (macro, meso y micro) que involucra a diferentes actores y sectores, cuyo fin es articular esfuerzos y crear sinergias que favorezcan el logro de objetivos estratégicos. Para ello los autores proponen un decálogo para guiar la coordinación (Licha y Molina, 2006, p.12) que se resume en los siguientes criterios básicos:

Voluntad y cohesión política.

- Definición de objetivos estratégicos.
- Estructuras y mecanismos de coordinación (con objetivos y funciones concretas y claramente definidas).

- Participación de los actores.
- Institucionalidad legítima.
- Capacidad de coordinación y liderazgo.
- Espacios de diálogo y deliberación.
- Sinergias.
- Cultura de cooperación e incentivos.
- Sistemas de información, comunicación, monitoreo y evaluación.

XIII. 5. La evaluación y el monitoreo de las políticas sociales

La **evaluación** es una estrategia para llevar adelante los procesos organizacionales en el marco de una **gerencia social** cuyo objetivo final es el cambio en la calidad de vida de las personas involucradas en los procesos organizacionales (Fassio y Rutty, 2013; Mokate, 2003).

La propuesta de **evaluación tradicional** era la de evaluaciones externas percibidas por los miembros de las organizaciones como instancias fiscalizadoras que se llevaban a cabo luego de terminados los procesos, en momentos en los que ya no es posible una devolución y, por lo tanto, sin viabilidad de retroalimentación y ajuste de las acciones.

Evaluar significa señalar el valor de una cosa. La evaluación implica una comparación entre un estado dado y un estándar establecido previamente. En la temática de las políticas sociales, los criterios a partir de los cuales se elaboran los estándares pertinentes son variados, dando por resultado también una multiplicidad de estándares que provienen de un concepto de valor que se construye desde múltiples perspectivas que representan al público, es decir, a la sociedad que la iniciativa pública desea beneficiar.

La **evaluación** debe plantearse como una **aliada** que promueve el aprendizaje de la propia organización y de sus miembros y fortalece a la conducción organizacional (los gerentes). Sin embargo, en la planificación social de nuestros países pocas veces el proceso de evaluación es tomado en cuenta como parte del desarrollo de un proyecto e incorporado a las actividades de gestión y toma de decisiones. Es decir, entonces, que el proceso de evaluación se constituye en un proceso de investigación, al igual que el diagnóstico en el que se compara lo planificado con lo que ha ocurrido en la ejecución.

El **monitoreo** se ha relacionado con el seguimiento de las actividades internas de la gestión, a fin de chequear que lo que se realiza coincida con lo planificado, a fin de detectar oportunamente deficiencias, obstáculos y/o necesidades de ajuste de la gestión. Es decir que el monitoreo hace un acompañamiento de la ejecución de las actividades que permitiría su redireccionamiento.

Los **procesos de monitoreo y evaluación son complementarios** puesto que la evaluación necesita de la información generada en el monitoreo.

Los procesos de monitoreo y evaluación aplicados a las iniciativas sociales tienen cuatro características clave (Mokate, 2003):

- El monitoreo y la evaluación son procesos complementarios que se integran para verificar los objetivos organizacionales.
- El proceso de monitoreo - evaluación es una parte integral del proceso de gestión.
- El proceso de monitoreo - evaluación puede ser una responsabilidad interna/externa de la gerencia.
- El monitoreo y la evaluación acompañan el proceso de gestión.

Las tendencias actuales de la evaluación apuntan a (Fassio y Ruty, 2013):

- Incremento en el conjunto de **consumidores de la evaluación**, lo que implica la atención de distintos intereses.
- Evaluación como un proceso de **empowerment**, donde la evaluación es vista como un proceso a través del cual grupos marginales y/o los distintos actores organizacionales involucrados, amplían influencia y habilidades.
- Análisis de la **evaluabilidad** en la medida de si es *racional* evaluar, es decir, cuando la información que produzca que la evaluación sea utilizada para “marcar una diferencia”.

XIII. 6. Las organizaciones públicas¹ como ejecutoras de las políticas sociales

La mirada sobre las organizaciones pone en relieve los factores que favorecen la integración y la congruencia de las prácticas sociales de sus miembros y la apropiación, por parte de los miembros, de los fines organizacionales.

Existen múltiples definiciones de “organización” provenientes de diversas disciplinas y paradigmas teóricos que podemos sintetizar como entes sociales encaminados explícitamente hacia el logro de fines específicos con un mínimo de división horizontal y vertical del trabajo (Mayntz, 1996).

En este punto recorreremos algunas definiciones básicas del proceso de monitoreo- evaluación organizacional como un continuo en el que se retoma la perspectiva de la capacidad de aprendizaje de la organización y su orientación al cambio en función de poder cumplir los objetivos organizacionales e institucionales que aportan a la resolución de los problemas que dieron origen a su existencia.

1 Como organizaciones públicas entendemos las públicas estatales (gubernamentales) y no estatales (no gubernamentales).

XIII. 7. Diagnóstico, monitoreo y evaluación organizacionales

El **diagnóstico organizacional** es el proceso por el cual, mediante el uso de métodos y técnicas de investigación organizacional, se analizan y evalúan las organizaciones con propósitos de investigación o de intervención.

El diagnóstico **guía las acciones de cambio y transformación organizacional**. Es un proceso por el cual se pueden establecer las técnicas de intervención más convenientes para resolver los problemas detectados.

El diagnóstico comienza con la descripción de un problema organizacional, es decir que se busca conocer sus causas y se proponen alternativas de soluciones. En general se incorpora a la formulación del problema original problemas colaterales relacionados con el problema inicial no siempre manifestados por los miembros de las organizaciones.

Los actores involucrados en el diagnóstico organizacional pueden ser los mismos miembros de la organización, un consultor externo privado y/o equipos de investigación y asistencia técnica de una universidad (Krieger, 2001).

XIII. 7. 1. Los pasos del diagnóstico organizacional

Mario Krieger (2001) propone un listado de diez pasos del diagnóstico organizacional a modo de guía:

- Paso 1: determinar los aspectos y problemas de la realidad a investigar.
- Paso 2: estudio y comprensión del problema.
- Paso 3: elaborar el marco teórico.
- Paso 4: definir el tipo de investigación.
- Paso 5: formular hipótesis.
- Paso 6: selección de la unidad de análisis del proceso de diagnóstico y de las variables/ejes relevantes a considerar.
- Paso 7: selección de una muestra.
- Paso 8: recolección de datos.
- Paso 9: análisis de los datos.
- Paso 10: presentación de los resultados.

Paso 1: determinar los aspectos y problemas de la realidad a investigar

Se tratará de indagar sobre la problemática a diagnosticar. Si el trabajo de diagnóstico surge como una demanda de la organización, es necesario escuchar cómo lo perciben los miembros de ésta, las dificultades y facilitadores que se vislumbran para solucionar el problema.

Si se va a contratar a un agente externo para realizar el diagnóstico (consultor), es necesario establecer los alcances del diagnóstico y de la forma de contratación.

Paso 2: estudio y comprensión del problema

En una investigación se avanza sobre la definición del objeto-problema, en un trabajo de consultoría se trata de identificar el problema que requiere solución. Para ello es necesario revisar la bibliografía a fin de enfocar el problema organizacional, plantearse las preguntas básicas de la investigación con el objeto de determinar los alcances del diagnóstico explicitando sus objetivos y, además, acordarlos con los referentes de la organización.

Paso 3: elaborar el marco teórico

El marco teórico, es decir la revisión y selección de abordajes hechos anteriormente sobre el problema, nos da el encuadre a partir del cual se analizará el mismo y se interpretarán los hallazgos de la investigación realizada. Se procede a la revisión de la literatura con dos objetivos: a) conocer qué se ha dicho sobre una temática y b) reconocer estrategias metodológicas para la indagación y la resolución de la situación problemática.

Paso 4: definir el tipo de investigación

Se establecerá el tipo de diseño (exploratorio, descriptivo, explicativo). Si es un estudio longitudinal (diacrónico) o transversal (sincrónico); si el diseño es experimental o no experimental.

Paso 5: formular hipótesis

Las hipótesis son relaciones entre dos o más variables. Las hipótesis pueden ser explicativas o descriptivas. Se formulan con dos objetivos: ser verificadas o iluminar el trabajo de investigación, apoyando la interpretación de los datos recolectados.

Paso 6: selección de la unidad de análisis del proceso de diagnóstico y de las variables a considerar

Se entiende por unidad de análisis el objeto o sujeto del cual se predica algo y aquello que se predica lo constituyen las variables. Es probable que las variables sean teóricas y multidimensionales por lo que será necesario realizar un proceso de operacionalización de las variables que finalizará con la enunciación de indicadores o variables empíricas. Los valores que alcancen las variables constituyen las categorías. Cada individuo de la unidad de análisis tendrá un único valor (o categoría) de la variable en cuestión (Fassio, Pascual y Suárez, 2004).

Paso 7: selección de una muestra

Puede trabajarse con todo el universo de la población (todos los casos de la unidad de análisis) pero cuando ésta es grande, por una cuestión de costos, se construyen muestras. Las muestras son representativas de la población. Existen dos tipos de muestras: las probabilísticas y las no probabilísticas. El estudio de un caso es la mínima expresión de una muestra no probabilística.

Paso 8: recolección de datos

La recolección de la información se realiza mediante diversas técnicas: la observación, las entrevistas, los cuestionarios por escrito y el análisis de documentos escritos y visuales. La observación participante tendría el menor grado de estructuración, en tanto que los cuestionarios con preguntas cerradas (se dan varias opciones predeterminadas que coinciden con las categorías de las variables para que el encuestado elija) el mayor grado.

Paso 9: análisis de los datos

Existen diversas estrategias de análisis de los datos que son complementarias entre sí: cuantitativas y cualitativas.

Paso 10: presentación de los resultados

El diagnóstico culmina con la presentación de los resultados y de las propuestas de resolución de problemas/cambio organizacional. Puesto que como dijimos al inicio, el objetivo final del diagnóstico es la intervención y el cambio organizacional, éste sirve de base para acciones concretas (Aguilar Idáñez y Ander- Egg, 1994).

XIII. 7. 2. La evaluación organizacional

En este sentido, la evaluación organizacional es un medio para identificar deficiencias o carencias en los medios utilizados en la organización en función de los objetivos organizacionales planteados, en un contexto que implica distintas fuentes de incertidumbre e interdependencia (Martínez Nogueira, 1999).

Los **contenidos básicos** de la evaluación organizacional son (Martínez Nogueira, 1999):

- Establecimiento de los alcances de la evaluación en función de las características organizacionales.
- Identificación de las condiciones contextuales de la organización.
- Detección de las racionalidades operantes.
- Reconocimiento de las estrategias desplegadas por la organización.
- Interpretación de las formas de conceptualización de los distintos miembros de la organización.

- Detección del modo en que la organización resuelve sus tensiones.
- Identificación de la coherencia de las respuestas de la organización a los problemas que enfrenta.
- Evaluación de los distintos impactos de las acciones llevadas adelante por la organización en función de los objetivos.

Se plantean dos perspectivas adoptadas en el proceso de monitoreo – evaluación organizacional que aparecen como confrontadas: racionalista e interpretativa.

- Desde la **perspectiva racionalista** la evaluación forma parte de la acción racional en el sentido que, dados ciertos fines y objetivos, es una resultante de a) la consideración exhaustiva de las alternativas; b) el análisis de la capacidad de cada una de ellas para el cumplimiento de los objetivos propuestos y c) la decisión sobre la alternativa que mejor dé cuenta de los criterios previamente establecidos.
- Desde la perspectiva interpretativa la evaluación supone una multiplicidad de sentidos de la acción organizacional acordados por una multiplicidad de actores y apunta a la convergencia de estos múltiples sentidos.

Nuestra mirada es **sintetizadora de ambas perspectivas**, es decir reconoce la naturaleza plural de la visión de los actores organizacionales y la existencia de un conocimiento de la realidad organizacional que tenga validez intersubjetiva (Fassio, Pascual y Suárez, 2004; Martínez Nogueira, 1999; Mokate, 2003).

Los fenómenos sociales y sus impactos son de naturaleza cuantitativa y cualitativa, por ende, el proceso de monitoreo-evaluación deberá tener dimensiones cuali y cuantitativas. En síntesis, el proceso de monitoreo-evaluación organizacional es un estudio de caso que procura identificar los elementos particulares de la situación organizacional. Es decir que, a través de la evaluación, se intenta una interpretación integral de la realidad organizacional partiendo de la identificación de procesos y de su significación para los diversos actores.

XIII. 7. 3. La mejora y el cambio organizacional

La finalidad del diagnóstico y de la evaluación organizacional es la de sentar las bases para la mejora y el cambio organizacional. En esta dirección, la gestión de la calidad parte de un paradigma de una administración pública adaptativa que actúa como mediadora entre la sociedad civil, el Estado, los ciudadanos, los grupos y organizaciones e instituciones públicas.

Existen diversos modelos orientados a la mejora de la calidad que se estructuran en dos instancias sucesivas y complementarias: la autoevaluación y la evaluación externa.

En este apartado nos vamos a referir en particular a dos de ellos: el Modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión y el Premio Nacional a la Calidad en la Administración Pública (Argentina).

Modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión

El Modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión fue desarrollado por la Fundación Iberoamericana para la Gestión de la Calidad (FUNDIBEQ), creada en marzo de 1998 con el objetivo de promover la gestión de calidad en los sectores público y privado de Iberoamérica. El Modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión se aprobó en 1999 y en esa fecha se convocó al Primer Premio Iberoamericano de la Calidad. En él se han recogido diversas experiencias de calidad de países europeos y americanos.

En este sentido, FUNDIBEQ² afirma que *“Su objetivo es la evaluación de la gestión de las organizaciones, identificando sus puntos fuertes y áreas de mejoras que sirvan para establecer planes de progreso y también sirva como información para el desarrollo y la planificación estratégica”*.

El Premio FUNDIBEQ para el ámbito público tiene dos versiones: una orientada a las empresas públicas y otra hacia organismos públicos, en ambos casos divididos por tamaño (cuyo indicador es el número de miembros) en tres categorías (pequeña, mediana y grande). Los organismos que deseen participar en el Premio deben presentar un Relatorio de Gestión (Memoria) con base en los criterios y subcriterios del Modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión.

El Modelo (Ministerio de Administraciones Públicas & FIIAPP, 2003) es un marco de trabajo no prescriptivo que reconoce que la excelencia en una organización pública se puede lograr de modo sostenido mediante diversos enfoques. Los conceptos más importantes que fundamentan la gestión de calidad son:

1. **El compromiso de la Dirección:** como el comportamiento de los líderes que apunta a la unidad de objetivos, con un entorno que permite a las personas que integran la organización y a la organización misma alcanzar la excelencia.
2. **La importancia de las personas:** la implicación del personal y la consideración de su relevancia en todo proceso de mejora en una organización pública es condición básica debido a que las personas que trabajan en ella tienen responsabilidad ineludible en los procesos de regulación y ordenamiento de la vida social y de prestación de servicios a la ciudadanía.
3. **Orientación al cliente:** la mejora sólo es posible si está basada en un diagnóstico de las expectativas de los ciudadanos/usuarios/titulares de derecho. En el marco de la Administración Pública debe conciliarse la defensa del interés más general con el interés del ciudadano que es el usuario directo del servicio, teniendo en cuenta las expectativas razonables de los individuos y de los grupos sociales.
4. **El reconocimiento:** en la medida en que existe un involucramiento del personal en la gestión de la mejora, hay un reconocimiento implícito de la organización respecto de su esfuerzo y compromiso.

2 Para mayor información consultar

http://www.fundibeq.org/opencms/opencms/PWF/pattern/index/index.html?__setlocale=es

5. **El gusto por el trabajo bien hecho:** se parte de la idea que todo aquel miembro de la organización que se involucra en la mejora obtiene un mayor nivel de satisfacción en su desempeño, es decir, que este concepto se convierte en un componente de motivación para el personal y de mejora para la organización.
6. **Trabajar con hechos y datos:** es necesario un diagnóstico exhaustivo de la situación real de la organización. Si la propuesta de mejora se construye a partir de esta condición, el personal de la administración y los usuarios-ciudadanos podrán identificar los resultados obtenidos que serán objetivamente contrastables.
7. **Relaciones de asociación:** en el caso de organizaciones públicas proveedoras de servicios o productos, es fundamental la asociación con sus abastecedores y con las diversas áreas públicas con las que se relacionan para la provisión del producto o servicio.
8. **Ética:** como marco de referencia para las organizaciones públicas que se comprometen con la gestión de la calidad. La responsabilidad de utilizar adecuadamente los fondos públicos y de brindar a la sociedad el mejor servicio/ producto son los ejes rectores de la calidad, más allá del cumplimiento de la norma.
9. **Orientación a resultados:** la organización pública está orientada a obtener los mejores resultados en su anhelo de satisfacer las aspiraciones de los clientes/usuarios y del personal.

El Modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión (para las Administraciones Públicas) (FUN-DIBEQ, 2014) se compone de nueve criterios divididos en cinco procesos clave, llamados Procesos Facilitadores y, cuatro Criterios de Resultados utilizando como herramienta de evaluación la lógica RADAR.

Los cinco criterios que integran los Procesos Facilitadores se encuentran a su vez divididos en cuatro subcriterios cada uno y el puntaje máximo a obtener son 1000 puntos. A continuación se transcriben las definiciones conceptuales de los Procesos Facilitadores, tal como las describe el Modelo:

1. Liderazgo y estilo de gestión (140 puntos). Analiza cómo se desarrollan y se ponen en práctica la cultura y los valores necesarios para el éxito a largo plazo, mediante adecuados comportamientos y acciones de todos los líderes. Estudia cómo se desarrolla y se pone en práctica la estructura de la organización, el marco de los procesos y su sistema de gestión, necesarios para la eficaz ejecución de la política y la estrategia.

2. Estrategia (120 puntos). Analiza cómo la organización desarrolla su Misión y su Visión y las pone en práctica a través de una clara Estrategia orientada hacia los distintos agentes y personas con quienes interactúa y está apoyada con programas adecuados.

3. Desarrollo de las personas (120 puntos). Analiza cómo la organización desarrolla, conduce y hace aflorar el pleno potencial de las personas, de forma individual, en equipo o de la organización en su conjunto, con el fin de contribuir a su eficaz y eficiente gestión.

4. Recursos y asociados (90 puntos). Analiza cómo la organización gestiona sus recursos internos, por ejemplo: los financieros, de información, de conocimientos, tecnológicos, de propiedad

intelectual, materiales y recursos externos, incluidas las asociaciones con proveedores, distribuidores, alianzas y órganos reguladores, con el fin de apoyar la eficiente y eficaz gestión de la misma.

5. Procesos y clientes / ciudadanos (130 puntos) Analiza cómo la organización diseña, desarrolla, produce y sirve productos y servicios y, cómo gestiona las relaciones con el fin de satisfacer plenamente las necesidades y expectativas de sus clientes/usuarios actuales y futuros.

6. Resultados. Los cuatro criterios que integran los resultados se encuentran a su vez divididos en dos subcriterios cada uno:

- **Resultados de clientes - ciudadanos** (110 puntos). Lo que está consiguiendo la organización en relación con sus clientes externos.
- **Resultados del desarrollo de las personas** (90 puntos). Lo que está consiguiendo la organización en relación con el desarrollo de las personas.
- **Resultados de sociedad** (90 puntos). Lo que la organización está consiguiendo en cuanto a satisfacer las necesidades y expectativas de la sociedad local, nacional e internacional (según proceda).
- **Resultados globales** (110 puntos). Lo que está consiguiendo la organización en relación con su proyectado desempeño y en la satisfacción de las necesidades y expectativas de quienes tienen un interés financiero o de otra índole en la misma.

La autoevaluación como comienzo del proceso de mejora de la calidad en el Modelo Iberoamericano de Excelencia de FUNDIBEQ

La autoevaluación es un examen global que permite a la organización conocer sus puntos fuertes y las áreas de mejora planificadas y medibles para lograr un progreso. La autoevaluación es un proceso que permite medir tanto la gestión como la mejora de la gestión.

El primer paso que supone el proceso de mejora de la calidad es el de la autoevaluación. Existen muchas alternativas para llevar adelante este paso, cada una con ventajas y desventajas, que la organización pública evaluará.

Las etapas básicas de la autoevaluación son:

- 0. Fase previa:** consiste en la sensibilización del personal a fin de que asimile la propuesta de cultura de cambio en su organización pública. La formación en temas relacionados con la calidad, la participación de los miembros de la organización en el proceso, así como de los usuarios de los servicios o bienes producidos, etc.
- 1. Compromiso y liderazgo de los responsables de cada organización:** es primordial contar con la implicación visible del equipo de dirección de la organización y de un liderazgo efectivo en dirección a la mejora continua.

2. **Facilitación:** conformación de un equipo facilitador del proceso (denominado Comité de Calidad).
3. **Conformación del grupo de autoevaluación:** se conformará el equipo con las personas designadas al que se incorpora algún miembro del Comité de Calidad.
4. **Formación:** el grupo de autoevaluación recibirá capacitación centrada en el Modelo, la autoevaluación y su desarrollo. Esta etapa es muy relevante para el proceso, por lo cual no se pasará a las siguientes hasta que no se hayan incorporado los hábitos de autoevaluación y escucha de usuarios, personal, proveedores, etc.
5. **Divulgación del modelo:** se explicará al personal la filosofía de la gestión de calidad, por parte del Comité de Calidad y por los directivos.
6. **Realización de la primera autoevaluación:** se puede aplicar un cuestionario para esta primera autoevaluación que, si bien no será profunda, debe ser completa y abarcar todos los criterios del modelo. Si la organización ha transitado otras experiencias y/o está madura para ello se puede profundizar el enfoque por medio de otras técnicas.
7. **Determinación de las áreas prioritarias:** el Comité de Calidad, después del análisis de la autoevaluación, determinará cuáles serán las áreas de mejora a trabajar, que deberán ser aprobadas por el equipo directivo.
8. **Constitución del equipo de mejora:** a partir del plan o planes de mejora el Comité de Calidad conformará los equipos para llevarlos adelante.
9. **Elaboración de los proyectos de mejora:** los equipos de mejora diseñarán los proyectos e indicarán los objetivos a conseguir, procesos, recursos, cronogramas, etc.
10. **Ejecución y seguimiento de los proyectos de mejora aprobados:** de acuerdo a lo establecido en los proyectos.
11. **Verificación de resultados obtenidos y realización de una nueva autoevaluación:** cuando se cierre el plan de mejora la organización realizará una nueva autoevaluación, con mayor rigor en su desarrollo, que permitirá la elaboración de nuevos planes de mejora.
12. **Renovación de todo el proceso global de gestión:** la organización adopta el principio de mejora continua como parte de su filosofía.

El cuestionario como primera técnica de autoevaluación

Como explicamos más arriba, el cuestionario es una técnica sencilla y económica que permite obtener un primer diagnóstico de la organización que sirva de comienzo para conocer los resultados iniciales y que sea un incentivo que lleve a comprometer a los miembros de la organización en propuestas de evaluación más profundas y complejas como parte del proceso de autoevaluación y de mejora de la calidad.

El Modelo propone preguntas orientadas a la autoevaluación de la administración/organización pública que debe ser evaluada críticamente por la organización para determinar su pertinencia (Gobierno de Salta, Secretaría de Estado de la Función Pública, 2013).

Los pasos sugeridos para la autoevaluación, mediante el cuestionario son:

1. La conformación del grupo de autoevaluación. Se recomienda que esté conformado por representantes de todas las áreas de la organización.
2. Una vez determinada la composición del grupo de autoevaluación, los evaluadores leen la definición del sistema de puntuación para comprenderlo así como las definiciones de todos y cada uno de los criterios y subcriterios del Modelo, con el fin de tener una idea de conjunto antes de comenzar el ejercicio.
3. Para puntuar se marca en cada pregunta el tramo que se estime que representa la posición de la respuesta más adecuada. Este ejercicio se realizará en principio de modo individual.
4. Después del trabajo individual de evaluación de todo el cuestionario o de cada uno de los criterios, según se determine, se celebrará una reunión de consenso.
5. En la reunión de consenso se discutirán todas y cada una de las preguntas, buscando obtener la mayor información posible a partir de la discusión del grupo y determinando, finalmente, la puntuación asignada por el grupo. En caso de que la puntuación difiera en más de 25 puntos, es necesario adecuar las diferencias y obtener una valoración común fruto del consenso.
6. La puntuación global de cualquiera de los criterios se calcula de forma automática (sumando el total de valores y dividiendo el resultado de esta suma por el número de preguntas contestadas del criterio).
7. El porcentaje logrado de cada criterio se pondera según el peso que cada criterio tiene en el Modelo Iberoamericano de Excelencia de FUNDIBEQ.

Si el equipo considera que alguna de las preguntas del cuestionario no procede a la hora de evaluar la gestión de la organización, se la eliminará y se realizarán las operaciones correspondientes sobre el resto de preguntas contestadas.

El Premio Nacional a la Calidad de la Administración Pública (Argentina)

En línea con las discusiones relacionadas con el rol del Estado y la calidad de sus prestaciones, en agosto de 1991 se presentó un proyecto de Ley declarando de interés nacional el mejoramiento de la calidad, que derivó en la sanción definitiva de la Ley 24.127, en mayo de 1992, que instituyó el Premio Nacional a la Calidad (Oficina Nacional de Innovación de la Gestión, Jefatura de Gabinete de Ministros, 2015).

- Los objetivos del premio son:
- Promover el desarrollo y la difusión de los procesos y sistemas destinados al mejoramiento continuo en la calidad.
- Estimular y apoyar la modernización y competitividad en las organizaciones públicas.
- Asegurar la satisfacción de las necesidades y expectativas de las comunidades.
- Preservar el ambiente humano y la óptima utilización de los recursos.

Pueden aspirar al premio a) Organismos y entes dependientes de los Poderes Nacionales o Provinciales; b) Unidades Organizativas que dependen de los entes antes mencionados y c) Empresas Estatales. Presenta diversas categorías en función del tamaño (cantidad de personal) del organismo evaluado.

En las bases del Premio Nacional a la Calidad 2014 se establecen las dimensiones del premio que son 1) Objetivos (160 puntos); 2) Usuario (260 puntos); 3) Proceso (350 puntos); 4) Personal (230 puntos). Para cada una de estas dimensiones se evalúan el liderazgo; el enfoque, formas de implementación; datos y fuentes de la información y resultados obtenidos.

Asimismo, la Oficina Nacional de Innovación de Gestión ⁽²⁰¹⁵⁾ elaboró una **guía de autodiagnóstico para las organizaciones del sector público** con miras al desarrollo de programas de Mejora Continua de la Calidad, anterior a la presentación al Premio, contemporáneo o inclusive posterior, en la medida que permite a la organización pública ganadora evaluar la sostenibilidad de las acciones que la convirtieron en ganadora.

Los objetivos de la autoevaluación son:

- Instalar en las organizaciones públicas la cultura de la calidad.
- Presentar los lineamientos conceptuales que constituyen los criterios de evaluación del nivel de gestión de calidad que promueve esta Subsecretaría de la Gestión Pública y que constituyen las bases del Premio Nacional.
- Brindar a los organismos un instrumento que les permita medir el nivel de calidad alcanzado.
- Operativizar estos criterios para que, con un breve análisis, pueda estimarse el grado de desarrollo en cada uno de ellos, sus fortalezas, aspectos a mejorar y la creación de pautas de comparación con sus pares.
- Generar un diagnóstico de situación mediante la introducción de un método fácil de medición que permita asignar a cada criterio un puntaje, analizando en función de ello las posibles estrategias y acciones a desarrollar tendientes a la adopción de un modelo de gestión de la calidad.

Los criterios para la autoevaluación son:

1. Liderazgo

Este criterio analiza la participación del equipo de dirección en la gestión de la calidad y en la realización de acciones que generen el compromiso del personal del organismo con el desarrollo de una cultura de calidad.

2. Enfoque en el destinatario

Este criterio analiza qué hace la organización para satisfacer las necesidades actuales y futuras de sus destinatarios.

3. Desarrollo del personal

Este criterio analiza cómo se desarrolla y estimula al personal. Analiza también la participación del personal en la mejora de la relación con sus compañeros y otros sectores, el clima de trabajo, la toma de decisiones, la promoción de la creatividad y cómo colabora activamente en la mejora de la organización, de sus procesos y de sus productos o servicios.

4. Información y análisis

Este criterio examina los sistemas de información que se utilizan para tomar decisiones y cómo se evalúa si la información es pertinente. También cómo se compara el organismo con otros similares para mejorar su gestión.

5. Planificación

Este criterio examina cómo se planifica y cómo se relacionan los objetivos estratégicos, operativos, financieros y de calidad y, las metas, a corto y largo plazo.

6. Aseguramiento y mejora de la calidad

Este criterio examina los procesos utilizados para asegurar la calidad de los productos o servicios de la organización y los de los proveedores.

7. Cuidado del entorno físico y social

Este criterio evalúa el esfuerzo de mejorar la calidad de vida de las personas y del medio ambiente mediante la ética, la difusión de buenas prácticas, la conservación de recursos y el cuidado de la seguridad y la salud de los empleados.

8. Resultados de la calidad de la gestión

Este criterio examina cómo se evalúan las tendencias y se miden los resultados obtenidos y en qué medida los mismos son consecuencia de la aplicación de una gestión de calidad. Evalúa si los Indicadores reflejan las necesidades y expectativas de la comunidad y los objetivos de la institución. Además analiza los resultados y tendencias de los indicadores y los compara con los obtenidos por otras organizaciones similares.

La **autoevaluación es una instancia de aprendizaje organizacional** cuyo fin último es la mejora de procesos y productos organizacionales. Es el inicio del proceso de registro y de acreditación de los servicios y productos que la organización brinda. Es, entonces, importante reconocer que la autoevaluación organizacional es un examen global sistemático y regular de las actividades y resultados de una organización comparado con un modelo de excelencia.

XIII. 7. 4. Diagnóstico de la cultura organizacional

El concepto de cultura organizacional es definido como

Un modelo de presunciones básicas -inventadas, descubiertas o desarrolladas por un grupo dado al ir aprendiendo a enfrentarse con sus problemas de adaptación externa e integración interna- que hayan ejercido la suficiente influencia como para ser consideradas válidas y, en consecuencia, ser enseñadas a los nuevos miembros como el modo correcto de percibir, pensar y sentir esos problemas (Schein, 1989, p.24-25).

Es fundamental inscribir el estudio del cambio en dos procesos del mismo nivel de importancia: tratar en términos iguales los procesos sociológicos y los procesos culturales. Geertz (1987) propone no considerar a la cultura como un derivado de las estructuras sociales ni tampoco a las formas de organización social como concreción de formas culturales.

Guía de diagnóstico de la cultura organizacional

Lo que sigue es una apretada síntesis realizada por Jorge Walter (2002) del capítulo metodológico del libro de Edgar Schein sobre cultura organizacional y liderazgo.

Pasos para el descubrimiento conjunto del paradigma cultural

EXPLORACIÓN

1° Utilizar las sorpresas como punto de partida

Observación activa: observación sistemática.

Observación pasiva: sorpresas («cosas que no responden a lo que el tercero espera»). Sucesos que son síntoma o artefacto de presunciones arraigadas.

2° Observar y comprobar sistemáticamente

Hay que verificar si los eventos sorprendentes se repiten. Sólo si lo hacen son reflejo de la cultura.

3° Buscar un sujeto integrado motivado

El sujeto integrado inicia el proyecto buscando ayuda, pasando luego a participar en el esclarecimiento de la cultura.

4° Manifestar sorpresas, perplejidades y presentimientos

- Estas manifestaciones puede encausarlas el propio sujeto integrado (¿qué opina usted de nuestra Compañía?)
- Si no lo hace, el tercero debe ser capaz de crear tal marco («discernir la disponibilidad del sujeto integrado para atender a observaciones que pueden parecer juicios y para enfrentarse a ellas de una manera no defensiva»)
- La manera de hacerlo también es crucial (**consejo:** *ceñirse a las propias reacciones* ante los sucesos, permitiendo que el sujeto piense que la reacción se debe a características de la personalidad del observador –es un histérico, etc.- y no a rasgos de la cultura observada).

DESCIFRAMIENTO

5° Explorar conjuntamente para alcanzar explicaciones

- El tercero actúa como entrevistador clínico (ayuda al sujeto a rastrear en su propia mente los niveles más profundos de explicación para descifrar las presunciones básicas subyacentes.
- Se debe tener especial cuidado en evitar generar reacciones defensivas o, agotamiento y deseo de abandonar la relación por parte del sujeto.
- Para rastrear sistemáticamente las PBS y sus «esquemas» tener *in mente*:
 - Las categorías teóricas
 - Las «cuestiones a las que todo grupo debe enfrentarse
 - Las diferentes categorías de presunciones básicas

Consejo: en la práctica, el desciframiento suele suceder *cuando ambas partes están relajadas* (al final de la jornada, durante una comida o en una sesión especialmente prevista para el diagnóstico).

6° Formalizar la hipótesis

- Formalizar, en tanto hipótesis, las explicaciones con sentido, expresadas bajo la forma de presunciones culturales que se logró en la fase anterior.

- Por ahora son sólo hipótesis, presentimientos sobre la cultura, mientras no medie una confirmación sistemática de las mismas.
- Datos necesarios:
 - valores operativos deductibles a partir de las presunciones, o bien
 - conductas reales que deberían ser observables si la presunción es válida

Las categorías teóricas para el análisis de las presunciones básicas pueden servir de pauta orientadora (ofrecen instrumentos teóricos para construir un «modelo» de la cultura).

CONFIRMACIÓN

(ENCUESTA SISTEMÁTICA)

7º Comprobar y afirmar sistemáticamente

Mediante nuevas entrevistas y observaciones el sujeto integrado interesado y el tercero rastrean nuevas evidencias.

Ahora son útiles:

- La observación metódica.
- La entrevista sistemática (el tercero ya sabe qué y a quién preguntar).
- Los cuestionarios.
- El análisis de documentos.
- Las anécdotas.
- Y toda otra técnica útil para el acopio de datos sociales.

8º Profundizar en el nivel de presunciones

- Seguir la hipótesis confirmada e intentar establecer con claridad cuál es la presunción que está actuando.
- Es uno de los pasos más difíciles del desciframiento, pues consiste en ir más allá de los valores articulados y en entender las presunciones más profundas sobre las que aquellos se asientan.
- Es difícil de lograr fuera de la propia cultura nacional, salvo que se haya vivido en el país durante un tiempo.

9º Revalorizar constantemente

- Refinar y modificar el modelo de cultura a medida que vayan apareciendo nuevos datos, confrontarlo con otros sujetos integrados interesados.

FORMALIZACIÓN

10º Describir por escrito

- La descripción es una etapa esencial en el proceso de explicación.
- Es fácil presumir qué se entiende y sentir qué se intuye, pero si no lo escribimos, nunca sabremos realmente si la hemos entendido, y si otros la llegarán a entender.
- Entonces: poner por escrito las presunciones, demostrando cómo se relacionan entre sí dentro de un esquema significativo (para articular el paradigma).

¿Cómo se relacionan cultura y cambio?

Existen **tres fuerzas que intentan integrarse:**

1. el **sistema concreto de la acción social**,
2. el **sistema cultural** constituido por las acciones de los diversos actores y
3. los **sistemas de personalidad de los actores individuales**, que son indispensables entre sí, pero al mismo tiempo, no pueden ser subsumidos en ninguno de los otros.

Este enfoque permitiría explicar el cambio. Lo que enfatiza Geertz (1987) es que esto no significa desintegración social y cultural sino conflicto social y cultural.

Este marco teórico es de utilidad para explicar

- el cambio en el rol de las personas mayores,
- los conflictos que se suceden en la medida en que la estructura social se modifica por el envejecimiento poblacional y
- las tensiones que se producen con respecto a la cultura imperante y los sistemas de personalidad de los mismos mayores.

XIII. 8. Las organizaciones de y para mayores y el cambio organizacional

Las organizaciones son dinámicas. Veremos por qué las organizaciones cambian y qué razones hay para que el cambio se dé o no. En algunas oportunidades el cambio se da de modo forzado y en otras proviene de la decisión de la propia organización. El cambio puede ser benéfico o perjudicial.

El conflicto y el cambio organizacional son abordados por distintos enfoques teóricos, aún hoy convivientes:

a) El **funcionalismo** sostiene que el conflicto no es inevitable. Si se presenta, no necesariamente es malo. El tema de estudio fundamental es la resistencia al cambio. Presupone que el cambio es inexorable al menos que hubiera resistencia al mismo.

b) El **interaccionismo** que supone que un cierto nivel de conflicto puede promover la mejora de la eficacia de un equipo en la organización, puesto que un equipo armonioso y cooperador tiende, desde este punto de vista, a volverse apático y sin capacidad de respuesta.

c) Desde el **materialismo histórico**, Dahrendorf desarrolla el concepto de **cambio como conflicto**.

Desde nuestra mirada, las organizaciones cambian tanto por factores internos como externos (Hall, 1996), puesto que estas posiciones pueden ser complementarias. La primera hace énfasis en **la capacidad de los líderes en los procesos políticos que están presentes en las elecciones estratégicas**, en función de satisfacer los intereses de algunos miembros de la organización y eventualmente de algunos grupos externos a ella. En tanto que **los factores externos pueden facilitar, restringir o impedir ciertos cambios**.

Al integrar ambas posiciones podemos decir que las elecciones que tomen los directivos en función del cambio tendrán que ver con:

a) las expectativas y requerimientos de los miembros de la organización y de los usuarios de sus productos y servicios;

b) la situación de dependencia de la organización con su medio ambiente;

c) la incertidumbre respecto a las condiciones presentes y futuras del ambiente organizacional.

La expansión de la organización, la renovación o modernización tecnológica y la flexibilidad a la adaptación son estrategias de desarrollo y cambio organizacional puestas en juego.

El cambio puede ser analizado desde diversas perspectivas:

a) desde una perspectiva de política interna con coaliciones y grupos que se enfrentan;

b) en forma histórica o desarrollo, gradual;

c) desde el ciclo de vida organizacional (metáfora del organismo).

Podemos definir al cambio como una alternativa de modificación y transformación de las organizaciones para sobrevivir mejor en el ambiente, es decir, promover la supervivencia organizacional como fin último. En múltiples situaciones de cambio, si bien este fin último está presente, prima el deseo de incrementar los recursos con que cuenta la organización y los resultados que obtiene a partir de sus actividades. Esto tiene que ver, entonces, tanto con el medio ambiente como con las propias metas organizacionales.

Se presentan diversos problemas relacionados con la **capacidad de cambio**:

- La **velocidad del cambio** para las cuales las organizaciones y sus culturas no están preparadas.
- Los **ajustes**: **a)** racionales al entorno (objetivo de eficiencia); **b)** irracionales, es decir, presiones culturales simbólicas.

Con respecto a las organizaciones formadas por personas mayores o que trabajan para ellas, caben preguntas relacionadas con la conformación de la organización, los fundadores, la participación de sus miembros, los cambios producidos a través del tiempo, las modalidades de intervención utilizadas, los cambios contextuales (disminución/incremento del salario real/cobertura de los jubilados y pensionados, aumento de la esperanza de vida, particularmente mujeres; desaparición del Estado Benefactor, cambios en la cohorte de mayores, etc.).

¿Cambio o equilibrio constante?

Katz y Kahn (1996) expresan que las organizaciones se encuentran en alguna etapa de cambio y no en equilibrio perfecto. Se cambia en algunos sectores, el cambio total es excepcional. Las causas del cambio provienen:

- a) Del medio ambiente.
- b) Del desequilibrio dentro del sistema organizacional.

Respecto del desequilibrio interno, se producen en el sistema tensiones de dos clases:

a) Horizontal

De competencia entre distintos sistemas funcionales, en la medida en que algunos subsistemas crecen más que otros, por ejemplo, competencia entre los equipos técnicos que llevan adelante la atención de los adultos mayores. Por ejemplo, en un centro de día la desarticulación entre los diversos profesionales que interactúan en la atención a una persona mayor: médico, trabajador social, psicólogo, terapeuta ocupacional y kinesiólogo. No existe un legajo único de la persona mayor concurrente y todos manejan información parcial y desde su propia mirada disciplinar, lo que conlleva alternativas de acción contradictorias.

b) Vertical

O de conflicto entre distintos niveles de la jerarquía de poder, y diferencias en las recompensas según función. Por ejemplo, entre aquellos técnicos que realizan la atención directa del concurrente (asistente gerontológico o cuidador institucional) y los kinesiólogos que recomiendan una serie de actividades y ejercicios que el concurrente no tiene voluntad de realizar y para las que el cuidador cuenta con poco tiempo, puesto que tiene que brindar servicio a varios concurrentes. Por lo tanto, sólo se ejercitan aquellos que desean hacerlo.

Los autores señalan que, a diferencia de lo que postula el marxismo, **el cambio por factores endógenos** no se agrava a medida que se desarrolla el sistema. Sino que los sistemas, en general, crean mecanismos para resolver los conflictos internos y el cambio que se produce es lento y no destruye al sistema.

Respecto a las **causas externas del cambio**, hacen mención a la transacción bidireccional en la medida que toda organización a su vez modifica el contexto en el cual se desarrolla, por lo cual contribuye al cambio del sistema en el que se encuentra inscripta y, por otro lado, el tránsito de los miembros de la organización hacia y desde el contexto implica la circulación de los valores organizacionales. Por ejemplo, la conformación de centros de día a partir de convenios con el gobierno local en los predios de los centros de jubilados ha modificado la imagen y la misión y visión de estas organizaciones.

La resistencia al cambio está relacionada con los mecanismos que tienen las organizaciones para asegurar la estabilidad. Es un error suponer que el cambio en un sitio no va a afectar a toda la organización, cuando en realidad es esto lo que ocurre. Asimismo, la inercia individual y grupal; la amenaza que puede implicar el cambio para algunos grupos ocupacionales y para algunos grupos que ejercen el poder en la organización o, para aquellos que se benefician en la distribución de recompensas y recursos, son algunas de las razones de confrontación con la propuesta de cambio. Por ejemplo, la modificación del modo en que se administran y registran los medicamentos en una residencia para adultos mayores a partir de la implementación de un software de administración y control de stocks impacta en toda la organización dado que se registra la responsabilidad de cada una de las personas en el circuito de administración, almacenamiento y merma de los medicamentos.

El cambio y el ciclo de vida organizacional

Hall (1996) desarrolla la perspectiva del ciclo de vida, considerando el cambio como la modificación y transformación de la forma organizacional de modo que esta sobreviva mejor en el ambiente.

El eje del tema parece ser la potencialidad de la organización para el cambio, en la medida en que ésta es limitada. Una de las variables a tener en cuenta es la demografía organizacional, ya que al afectar la sucesión y las cuotas de poder según cohorte en la organización, esto afecta los patrones de cambio.

Los **ciclos del cambio organizacional** son:

- a) Nacimiento y fundación.**
- b) Transformaciones.**
- c) Muerte.**

a) Nacimiento y fundación. Los ambientes sociales afectan la tasa de fundación de las organizaciones. El ambiente en el momento de su fundación y las características de los fundadores son importantes para la configuración de la organización.

b) Transformaciones. El cambio organizacional es inherente a la organización. El cambio más probable es la muerte. Las teorías ecológicas desarrollan dos premisas fundamentales: el **concepto de adaptación organizacional** a su ambiente y que las organizaciones y las formas organizacionales son **seleccionadas por el ambiente** para su supervivencia.

Las organizaciones fortalecerían su posibilidad de supervivencia si logran legitimación del ambiente. Otro elemento a tener en cuenta es el “público” que trabaja para la supervivencia de la organización (clientes, trabajadores, comunidades).

El **movimiento para penetrar en nuevas áreas de actividad implica transiciones.** Estas toman diversas formas tales como reestructuración de la organización, posicionamiento de la organización en su ambiente y la revitalización de la organización que no es la adecuada. Algunas organizaciones pueden poner en juego procesos de transición sin estar directamente relacionados con cambios en su medio ambiente, sino que provienen de su propio interior.

Otro punto a tener en cuenta es la **percepción del ambiente** por parte de los que toman las decisiones en la organización. En ambientes con alto grado de densidad organizacional (muchas organizaciones del mismo tipo) las presiones ambientales son mayores a medida que la competencia es mayor. En situaciones de menor competencia se pone el énfasis no ya en la competencia sino en el logro de la legitimación de fuentes del ambiente.

c) Muerte. La “declinación organizacional” implica un período de tiempo en donde se reducen notablemente los recursos de la organización. Abarca cinco etapas 1) cuando la organización no visualiza la declinación; 2) cuando la organización reconoce la necesidad del cambio; 3) cuando toma acciones en este sentido, pero éstas no son apropiadas; 4) y la disolución. Podría considerarse que las fusiones implican, no el fracaso de la organización, sino el fin del ciclo de cambio organizacional.

Modalidades de intervención en las organizaciones para el cambio

Respecto de los distintos enfoques de cambio organizacional analizados, se desprende que las **técnicas de intervención individuales** (*información; asesoramiento y terapia individuales*) tienen un alcance limitado en la medida en que intentan modificar las actitudes del individuo y no apuntan a la organización como un todo.

La **influencia de grupo de iguales**, es decir, las técnicas que apuntan al aprovechamiento de la influencia del grupo de compañeros, presentan la fuerte limitación de mantener la estructura de roles grupal y la estructura de autoridad, lo que restringe la posibilidad del cambio. La *terapia grupal en las organizaciones* combina la terapia individual y la psicología organizacional. La limitación mayor de este recurso es la de pensar que los problemas de las organizaciones sostienen su origen en características de los individuos. Finalmente, el **cambio sistémico** que manipula las variables organizacionales para producir situaciones de cambio es el más efectivo (por ejemplo, modificar la distribución jerárquica del poder para la toma de decisiones o lograr un nuevo equilibrio entre el sistema social y el técnico en una organización).

Entre los **obstáculos para el cambio** podemos listar:

Las organizaciones están sobredeterminadas, ya que hay múltiples mecanismos para asegurar la estabilidad.

- Las organizaciones suponen que un cambio en un área no afecta al conjunto organizacional (determinismo local).
- Hay inercia individual y grupal (no es fácil cambiar hábitos).
- El cambio puede amenazar a grupos ocupacionales.
- El cambio puede amenazar el sistema de poder establecido.
- El cambio puede perjudicar a quienes se benefician de la distribución actual de recompensas y recursos.
- Beneficios colectivos de la estabilidad.
- Oposición calculada al cambio.
- “Persianas metales”, “hacer como siempre se hizo”.
- Falta de recursos para el cambio.

Los posibles **estadios de resistencia al cambio** son (Krieger, 2001):

- a) Impacto: se produce un shock que paraliza y confunde. Puede superarse por medio de educación e información.
- b) Negación e incredulidad: se empieza a minimizar el cambio, se lo trivializa. La participación real de los actores es una forma de neutralizar esta etapa, puesto que es inclusiva y ayuda a superar la negación.
- c) Dudas propias/emoción, que se manifiestan por frustración y falta de habilidades a nivel personal y grupal.
- d) Aceptación: la realidad de la nueva situación se acepta y finalmente se corta con el pasado.
- e) Adaptación y pruebas. Si la participación no es suficiente, se recurrirá a la negociación e incluso al ejercicio del poder y la cooptación.
- f) Búsqueda de un significado: se inicia la comprensión del cambio. La discusión en pequeños grupos puede acelerar el proceso.

- g) **Internalización:** se toma conciencia de que los cambios implementados son beneficiosos para la organización y para los agentes. Se asumen los cambios como propios.
- h) **Retroalimentación:** reconocer el efecto de las acciones. Para la conducta social esta retroalimentación es fragmentaria, por lo que las actitudes hacia el cambio progresan casi imperceptiblemente y se estabilizan en prácticas de conducta rígidas.
- i) **Aprendizaje organizacional como proceso de cambio:** el poder asimilar el cambio y sacar conclusiones propias enriquece a los individuos y a la organización. En este sentido se pueden desarrollar reuniones de reflexión del proceso. Esto permitirá a la organización enfrentarse con más recursos para el próximo proceso de cambio.

Respecto de los distintos enfoques de cambio organizacional analizados, debemos considerar que las técnicas de intervención individuales (información, asesoramiento y terapia individuales) tienen un alcance limitado, dado que intentan modificar las actitudes del individuo y no apuntan a la organización como un todo.

La influencia del grupo de iguales, es decir, las técnicas que apuntan al aprovechamiento de la influencia del grupo de compañeros, presentan la fuerte limitación de mantener la estructura de roles grupal y la estructura de autoridad, lo que limita las posibilidades del cambio. La terapia grupal en las organizaciones combina la terapia individual y la psicología organizacional. La limitación mayor de este recurso es la de pensar que los problemas organizacionales sostienen su origen en características de los individuos. La retroalimentación que propone discutir los resultados de encuestas organizacionales por “familias organizacionales” compuestas por un supervisor y sus subordinados inmediatos es una alternativa de mayor alcance. Finalmente, el cambio sistémico que manipula las variables organizacionales para producir situaciones de cambio es el más efectivo (por ejemplo, modificar la distribución jerárquica del poder para la toma de decisiones o lograr un nuevo equilibrio entre el sistema social y el técnico en una organización).

XIII. 9. A modo de cierre

En este capítulo se ha hecho un recorrido sobre algunos ejes conceptuales relacionados con la planificación de políticas públicas orientadas al colectivo de personas mayores. En su desarrollo se partió de los conceptos de gerencia social y su implicancia en la formulación y ejecución de las políticas sociales, para luego describir los factores que atraviesan la gestión en nuestros países y las estrategias que se pueden poner en marcha para identificar y minimizar el despilfarro de los recursos públicos puestos en juego.

Luego, se avanzó en algunas pautas relacionadas con el diagnóstico de las organizaciones que ejecutan las políticas sociales orientadas a las personas mayores, su evaluación y monitoreo a fin de lograr el cambio dirigido a la mejora de la calidad de procesos y prestaciones.

Bibliografía.

- Abbot, S., Fisk, M. y Forward, L. (2000). Social and democratic participation in residential settings for older people: realities and aspirations. *Ageing and Society*, 20, 327-340.
- Aberdeen, L., & Bye, L. A. (2013). Challenges for Australian sociology Critical ageing research ageing well? *Journal of Sociology*, 49(1), 3-21.
- Acrich, L. (2012). La Psicogerontología Social y la evaluación de las redes sociales de apoyo. *ECOS*, 2(1), 17-31.
- Adedokun, A.O. y Wilson, M.M.G. (2004). Urinary incontinente: historical, global and epidemiologic perspectives. *Clinical Geriatrics Medicine* 20, 399-408.
- Adelantado, J. (2009). Por una gestión "inclusiva" de la política social. En Chiara, M. y Di Virgilio, M. (organizadoras) *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas*. Buenos Aires, Argentina: Prometeo- Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Adorno Th. y Horkheimer, M. (1988). *Dialéctica del iluminismo*. Buenos Aires, Argentina: Sudamericana.
- Aguilar, M. (2004). El desafío de la convivencia intercultural. *Rev. Inter. Mob. Hum., Brasília*, XX, (38) p. 30-31, jan./jun. 2012. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/remhu/v20n38/a03v20n38.pdf>
- Aguilar Idáñez, M. J. y Ander-Egg, E. (1994). *Diagnostico Social, conceptos y metodología*. Buenos Aires: Lumen.
- Aguirre, R.; Batthyány, K. (2005). *Uso del tiempo y trabajo no remunerado. Encuesta en Montevideo y área metropolitana 2003*. Universidad de la República-UNIFEM. Montevideo, Uruguay.
- Akiyama, H., Toni Antonucci, K., Takahashi, K. y Langfahl, E. S. (2003). Negative interactions in close relationships across the life span. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(2), 70-79.
- Alcaíno Palma, P. (2006). *Ancianismo y medios de comunicación. Los discursos sobre la vejez en la prensa escrita chilena*. Santiago de Chile, Chile. Recuperado de <http://www.captura.uchile.cl/handle/2250/126744>
- Allard, J., Allaire, D., Leclerc, G. y Langlois, S. P. (1995). The influence of family and social relationships on the consumption of psychotropic drugs by the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 20(2), 193-204.
- Álvarez Gallego, A. (2008). La educación popular y la memoria activa del saber pedagógico. *Novedades Educativas*, 20, edición 2009.
- Amossy, R. y Pierrot A. (2010). *Estereotipos y clichés*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Eudeba.
- Ander-Egg, E. y Aguilar Idáñez, M. J. (1995). *Cómo elaborar un proyecto. Guía para diseñar proyectos sociales y culturales*. Buenos Aires: Lumen.
- Andrenacci, L. y Repetto, F. (2006). *Universalismo, ciudadanía y Estado en la política social latinoamericana*. Washington, D.C: Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES).
- ANSES (2015). Observatorio de ANSES. Recuperado de <http://observatorio.anses.gob.ar/>
- Antonucci, T. C. (2001). Social relations. An examination of social networks, social support, and sense of control. En J. E. Birren y K. W. Schaie, *Handbook of the Psychology of Aging*. (pp. 427-453). Londres, UK: Academic Press.
- Antonucci, T.C., Fuhrer, R. y Dartigues, J.F. (1997). Social relations and depressive symptomatology in a sample of community- dwelling French older adults. *Psychology and Aging*, 12(1) 189-195.
- Aranibar, P. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*. Santiago de Chile, Chile: CEPAL. CELADE. División de Población. Área de Población y Desarrollo del CELADE.
- Arber, S. y Ginn, J. (1996). *Relación ente Género y Envejecimiento. Enfoque sociológico*. Madrid, España: Narcea Ediciones.
- Arias, C. (2004). *Red de apoyo social y bienestar psicológico en personas de edad*. Mar del Plata, Argentina: Suárez.
- (2005). Composición de la Red de Apoyo Social de adultos mayores. Vínculos familiares y no familiares. En L. Golpe y C. Arias (Eds), *Sistemas Formales e Informales de Apoyo social para los adultos mayores. Aportes de una investigación científica al campo de la Gerontología Institucional* (pp. 233-249). Mar del Plata, Argentina: Suárez.

- (2006). Aportes del modelo teórico del apoyo social a la Gerontología Institucional. En e-Book de Actas del III Simposium Argentino de Gerontología Institucional: Vejez Frágil: Un desafío para la Gerontología Institucional. [CD-ROM]. Mar del Plata, Argentina: Suárez.
- (2008). El apoyo social en la vejez: Alternativas de acción frente a los desafíos del envejecimiento poblacional. *Perspectivas en Psicología*, 5(2), 54-61.
- (2013). Aportes del apoyo social en el delineamiento de políticas públicas para las personas mayores. En V. Montes de Oca (coord.), *Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Enfoques en investigación en Envejecimiento* (pp. 425-452) DF, Ciudad de México, México: Instituto de Investigaciones Sociales. UNAM.
- (2015). Vínculos de apoyo y emociones en la vejez. En *Libro de Trabajos completos del Seminario de Diversidad cultural y Envejecimiento de la Red LARNA* (en edición).
- Arias, C. y Polizzi, L. (2010). La red de apoyo social en la vejez. Pérdidas e incorporación de nuevos vínculos. *Interpsiquis 2010*. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicogeriatría/45530/>
- (2011). La amistad en la vejez. Funciones de apoyo y atributos del vínculo. En Actas del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVIII Jornadas de Investigación. Séptimo Encuentro de Investigadores. Buenos Aires; Argentina, 22, 23, 24 y 25 de noviembre de 2011.
- (2012a). Pareja, hijos y amigos. Análisis de sus atributos y funciones de apoyo social en la vejez. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. 27 al 30 de noviembre de 2012 UBA, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, publicado en CD de trabajos completos.
- (2012b). Relación de pareja en la vejez. Funciones de apoyo y sexualidad. *Revista Temática Kayros*, 14(5), 49-71.
- Arias, C. y Scolni, M. (2005). Evaluación de la Calidad de vida a los viejos en la ciudad de Mar del Plata. En C. Miranda, *La Ocupación en la Vejez. Una Visión Gerontológica desde Terapia Ocupacional* (pp. 55-68). Mar del Plata, Argentina: Suárez.
- Arias, C. y Soliverz, C. (2005). La familia del adulto mayor: antes y después del ingreso a una residencia. En L. Golpe y C. Arias (eds.), *Cultura Institucional y Estrategias Gerontológicas. Primer Anuario del Simposium Argentino de Gerontología Institucional* (pp.149-154). Mar del Plata, Argentina: Suárez.
- Arizaga R.L., Gogorza, R.E., Allegri, R.F., Barman D., Morales M.C., Harris P. y Pallo V. (2005). Deterioro cognitivo en mayores de 60 años en Cañuelas (Argentina). Resultados del Piloto del Estudio Ceibo (Estudio Epidemiológico Poblacional de Demencia). *Revista Neurológica Argentina* 30(2), 83-90.
- Asquith, N. (2009). Positive ageing, neoliberalism and Australian sociology. *Journal of Sociology* 45(3), 14.
- Aubert, A., Duque, E., Fisas, M., Valls, R. (2010). *Dialogar y transformar. Pedagogía crítica del siglo XXI*. Barcelona, España: Editorial Graó.
- Ballard, K.; Elston, M. y Gabe, J. (2009). Public and private ageing in the UK: The transition to the menopause. *Current Sociology*, 57(2), 269-290.
- Baltes, P.B. & Freund, A. M. (2003). The intermarriage of wisdom and selective optimization with compensation (SOC): two meta—heuristics guiding the conduct of life. En C. L. M. Keyes (Ed.), *Flourishing: the positive person and the good life*. (pp. 249-273) Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Barbero, J. M. (2003). *De los medios a las mediaciones*. Bogotá, Colombia: Convenio Andrés Bello.
- Barenys, M. P. (1993). Un marco teórico para las Instituciones de Ancianos. REIS, 64,155-172. Recuperado de http://ih-vm-cisreis.c.mad.interhost.com/REIS/PDF/REIS_064_08.pdf
- Barlow, J. y Hainsworth, J. (2001). Volunteerism among older people with arthritis. *Ageing and Society*, 21, 203-217.
- Basualdo E., (2009). La reestización del sistema de AFJP en Argentina en 2008. *Cuaderno de Trabajo Nro. 2. CIFRA - Centro de Investigación y Formación de la República Argentina*. Argentina. Recuperado de <http://www.telam.com.ar/decadaganada/10-reestatizacion-de-las-afjp>
- Batthyány K (2008). El cuidado de los adultos mayores en los hogares de Montevideo. Algunos elementos para el debate. En *artículo presentado a la Mesa de diálogo: Sistema de cuidados. ¿Quién cuida? ¿Quién debería hacerlo?, Red Género y Familia*. Montevideo, Uruguay, agosto. Recuperado de http://innovaportal/file/1619/1/cuidado_de_adultos_mayores_en_hogares_de_montevideo_-_k_bathyanny.pdf

- Bauman Z. (1999). On Postmodern Uses of Sex, en Featherstone Mike (comp.): *Love and Eroticism*, London, UK: Sage Publications.
- Bedmar Moreno, M. (2010). La educación intergeneracional. En *Educación y Adultos Mayores*, 169-205. Rosario, Argentina: Laborde.
- Bengtson V., Burgess E. y Parott T. (1997). Teoría, explicación y una tercera generación de desarrollo teórico en Gerontología Social. *Journal of Gerontology: SOCIAL SCIENCES*, 52B(2), S72-S88.
- Bermejo García, L. (2004). *Gerontología educativa. Cómo diseñar proyectos educativos con personas mayores*. Madrid, España: Médica Panamericana.
- Berriel F. y Pérez R. (2002). Adultos Mayores Montevideanos: Imagen del cuerpo y red social. *Revista Universitaria de Psicología* 2(1), 25- 42.
- Berrigan, F. (1981). *La comunicación comunitaria: cometido de los medios de comunicación comunitaria en el desarrollo*. París, Francia: UNESCO.
- Bloom, L. y Kilgore, D. (2003). The volunteer citizen after welfare reform in the United States: an ethnographic study of volunteerism in action. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 14(4), 431-454.
- Bourdieu, P. (1993). Espíritus de Estados. Génesis y estructura del campo burocrático. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 96/97.
- Bourdieu, P., Passeron, J. (1996). *La Reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. Recuperado de http://www.bsolot.info/wp-content/pdf/Bourdieu_Pierre%20-%20La_reproduccion_Teoria_del_sistema_de_ense%C3%B1anza.pdf
- Brandtstädter, J. (1984). Personal and social control over development: Some implications of an action perspective in life-span developmental psychology. En P. Baltes y O. Brim (eds.), *Life-span Development and Behavior*, vol.6. Nueva York, EUA: Academic Press.
- Brandtstädter, J. y Greve W. (1994). The aging self: Stabilizing and protective processes. *Developmental Review*, 14, 52-80.
- Brandtstädter, J., Rothermund, K., & Schmitz, U. (1997). Coping resources in later life. *European Review of Applied Psychology*, 47, 107-114.
- Brennan, P. L. y Moos, R. H. (1990). Life stressors, social resources, and late-life problem drinking. *Psychology and Aging*, 5(4), 535-544.
- Bruner, J. (2003). *La Fábrica de Historias: derecho, literatura, vida*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Bukov, A.; Maas, I. y Lampert, T. (2002). Social participation in very old age: cross-sectional and longitudinal findings from BASE. *Journal of Gerontology*, 57B (6), 510-517.
- Burin, D., Karl I. y Levin, L. (1996). *Hacia una gestión participativa y eficaz: Manual para organizaciones sociales*. Buenos Aires: Ciccus.
- Burr, J. Choi, N., Mutchler, J. y Caro, F. (2005). Caregiving and volunteering: are private and public helping behavior linked? *Journal of Gerontology*, 60B (5), 247-256.
- Burtless, G. y Quinn, J. F. (2000). *Retirement Trends and Policies to Encourage Work Among Older Americans*. Boston College Working Papers in Economics. Recuperado de http://escholarship.bc.edu/econ_papers/175
- Calasanti, T. y Slevin, K. (2001). *Gender, Social Inequalities, and Aging*. California, EAU: Altamira Press.
- Calvo, C. (2013). Propender al aprendizaje en la EPJA, en C. Picón (coord.), *Hacia una EPJA transformadora en América Latina y el Caribe*. Consulta pro EPJA realizada por el CREFAL, Pátzcuaro, CREFAL, pp. 79-98.
- Cambiasso, N. y Grieco y Bavío, A. (1999). *Días felices-Los usos del orden: de la Escuela de Chicago al Funcionalismo*. Buenos Aires, Argentina: Eudeba.
- Cardoso, N. (2013). *Taller de comunicación Comunitaria*. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Carey, B.J. y Potter, J.F. (2001). Causes of falls. *Age Aging* 30, 419-424.
- Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7(3), 331-338.
- (1995). Evidence for a life span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, 4(5), 151-156.

- (2006). The influence of a sense of time on human development. *Science*, 312, 1913-1915.
- Carstensen, L. y Charles, S.T. (2007). El envejecimiento humano: ¿por qué incluso las buenas noticias se toman como malas? En L.G. Aspinwall y U.M. Staudinger, (eds.), *Psicología del Potencial Humano. Cuestiones fundamentales y normas para una Psicología Positiva* (pp. 111- 126). Barcelona, España: Gedisa.
- Carstensen, L., Isaacowitz, D. y Charles, S.T. (1999). Taking time seriously in life span development. *American Psychologist*, 54, 165-181.
- Casado, D. y López, G. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Colección Estudios Sociales N° 6, Fundación La Caixa, Barcelona, España.
- Castells, M. (2000). *La Era de la Información: economía, sociedad y cultura, Vol. I: La Sociedad Red*. Ciudad de México, México: Siglo XXI.
- Caudron, M. (2013). Diálogos sobre políticas de cuidado en la Argentina-Relatoría de los encuentros realizados el 22 de agosto y el 10 de octubre de 2013. Servicios de Apoyo en Domicilio. Fuente: Presentación Silvia Gascón. Recuperado de www.ar.undp.org/content/dam/.../ARG%20RelatoriasEncuentros7y8.pdf
- Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT). Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2011). *Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia: Productos de Apoyo para la Autonomía Personal*. Madrid, España. Recuperado de www.ceapat.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/guadeproductosdeapoyo.pdf
- CEPAL (2003). *América Latina y el Caribe: el envejecimiento de la población. 1950-2050*. Boletín Demográfico, 72. Santiago de Chile, Chile.
- CEPAL (2004). *América Latina y el Caribe: estimaciones y proyecciones de población 1950-2050*, Boletín Demográfico 73. Santiago de Chile, Chile.
- CEPAL (2006). La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad [LC/G.2294 (SES.31/3)], trigésimo primer período de sesiones de la CEPAL, Montevideo, Uruguay, 20 al 24 de marzo.
- CEPAL (2006). *Guía de asistencia técnica para la producción y el uso de indicadores de género*. Unidad Mujer y Desarrollo Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile, Chile. Recuperado de <http://www.cepal.org/es/publicaciones/31960-guia-de-asistencia-tecnica-para-la-produccion-y-el-uso-de-indicadores-de-genero>
- CEPAL (2007). *Declaración de Brasilia. Segunda Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos*. Brasilia, Brasil. Recuperado de http://www.cepal.org/publicaciones/xml/0/32460/LCG2359_e.pdf
- CEPAL (2008). *Transformaciones demográficas y su Influencia en el Desarrollo en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile, Chile. Recuperado de <http://www.cepal.org/es/publicaciones/transformaciones-demograficas-y-su-influencia-en-el-desarrollo-en-america-latina-y-el>
- CEPAL (2009). *Envejecimiento, Derechos Humanos y Políticas Públicas*. Santiago de Chile, Chile. Recuperado de <http://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/08/Sandra-Huenchuan.pdf>
- CEPAL (2009). *Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?* Santiago de Chile, Chile. Recuperado de <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3861/S2009000.pdf?sequence=1>
- CEPAL (2011). *Los derechos de las personas mayores. Materiales de estudio y divulgación. Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez*. Santiago de Chile, Chile.
- CEPAL (2011). *Observatorio Demográfico*. N° 12. Santiago de Chile, Chile. Recuperado de http://www.cepal.org/publicaciones/xml/2/46772/OD12_WEB.pdf
- CEPAL (2011a). *Observatorio Demográfico. Envejecimiento poblacional*. Santiago de Chile, Chile.
- CEPAL (2011b). *Mujeres mayores. Indicadores para América Latina y el Caribe*. Ciudad, país. Separata. Recuperado de <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/celade/noticias/documentosdetrabajo/6/45766/P45766.xml&xsl=/celade/tpl/p38f.xsl>
- CEPAL (2012). *Carta sobre los Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe*. San José, Costa Rica. Recuperado de http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/1/44901/CR_Carta_ESP.pdf
- CEPAL (2013). Los bonos en la mira. Aportes y cargas para las mujeres. *Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. Informe anual 2012*. Santiago de Chile, Chile.

- CEPAL (2014). *Autonomía y dignidad en la vejez: teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*. Ciudad de México, México. Recuperado de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37523/S1421014_es.pdf?sequence=1
- CEPAL- CELADE (2002). *Recomendaciones para Políticas Sobre Redes de Apoyo Social de Personas Adultas Mayores*. Santiago de Chile, Chile.
- CEPAL-CELADE (2004). *Estrategia Regional para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Santiago de Chile, Chile. Recuperado de <http://www.un.org/es/events/olderpersonsday/documents.shtml>.
- CEPAL/CELADE (2007). *Estrategias para abogar a favor de las personas mayores. Serie Población y Desarrollo*. Santiago de Chile, Chile. Recuperado de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7213/S0700330_es.pdf?sequence=1
- CEPAL/CELADE (2009). *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*. Santiago de Chile, Chile.
- Chiara, M. y Di Virgilio, M. (2009). Conceptualizando la gestión social. En Chiara, M. y Di Virgilio, M. (organizadoras), *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas*. Buenos Aires, Argentina: Prometeo- Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Chou, K. L. y Chi, I. (2001). Stressful life events and depressive symptoms: social support and sense of control as mediators or moderators? *International Journal of Aging and Human Development*, 52(2), 155-171.
- CIAPAT Centro Iberoamericano de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas de la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social (CIAPAT) Madrid, España. <http://www.ciapat.org/> y <http://www.ciapat.org/es/catalogo>
- Cogswell, D. y Gordon, P. (1999). *Chomsky para principiantes*. Buenos Aires, Argentina: Era Naciente.
- Cohler, B. (1993). Aging, Morale and Meaning: The Nexus of Narrative. In Th. Cole, W. A. Achenbaum, P. Jakobi y R. Kastembaum (eds) *Voices and Visions of Aging. Toward a Critical Gerontology*. New York, EUA: Springer Publishing Company.
- Colombi Salinas, S. (2009). *Lumaltik Nopteswanej: Educándonos para nuestra nueva vida. La producción de un proyecto educativo intercultural bilingüe autónomo en la Selva Lacandona del Estado de Chiapas*. Recuperado de http://www.difusioncultural.uam.mx/casadeltiempo/24_iv_oct_2009/casa_del_tiempo_eIV_num24_26_32.pdf
- Comenio, J. (2000). *Didáctica Magna*. Ciudad de México, México: Porrúa.
- Comisión Europea (2010). *Libro Verde en pos de unos sistemas de pensiones europeos adecuados, sostenibles y seguros*. Recuperado de <http://ec.europa.eu/yourvoice/ipm/forms/dispatch?form=pensions>
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (s/d): Observaciones generales aprobadas por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado de http://confdts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CESCR/00_1_obs_grales_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html
- Coriat, S. (2002). *Lo Urbano y lo Humano, Hábitat y Discapacidad*. Buenos Aires, Argentina: Fundación Rumbos.
- Cornwell, B., Schumm, L.P., Laumann, E.O., y Graber, J. (2009). Social networks in the NSHAP study: rationale, measurement, and preliminary findings. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 64B(S1) i5-i11.
- CREFAL (Centro de Cooperación Regional para la Educación de Adultos en América Latina y el Caribe) (2013). *Hacia una EPJA transformadora en América Latina y el Caribe*. Ciudad de México, México.
- Croas R. y Fernández Colmenero, L. (2013). *Modelos Comunitarios e Institucionales de Gestión Gerontológica*. Mar del Plata: UNMdP, Ministerio de Desarrollo Social.
- Crovi Druetta, D (2002). La Sociedad de la Información y el Conocimiento. Entre el optimismo y la desesperanza. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, núm. 185, mayo-agosto, pp. 13-33.
- Dabas, E. (1993). *Red de redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- (1998). *Red de redes. La práctica de la intervención en redes sociales*. Buenos Aires: Paidós.
- Danani, C. (2009). La gestión de la política social: un intento de aportar a su problematización. En Chiara, M. y Di Virgilio, M. (organizadoras), *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas*. Buenos Aires, Argentina: Prometeo- Universidad Nacional de General Sarmiento.

- Dávila de León, M. y Díaz-Morales, J. F. (2009). Voluntariado y tercera edad. *Anales de psicología*, 25(2), 375-389. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps>
- Day, L., Fildes, B., Gordon, I., Fitzharris, M., Flamer, H. y Lord, S. (2002). Randomised factorial trial of falls prevention among older people living in their own homes. *British Medicine Journal Jul .20*, 325-356.
- De Beauvoir, S. (1970). *La Vejez*, Buenos Aires, Argentina: Ed. Sudamericana.
- De Fleur, M. y Ball-rokeach, S. (1966). *Teorías de Comunicación de Masas*. Barcelona: Paidós.
- Delors, J. (1996). *La educación encierra un tesoro*. Madrid, España: Santillana. Ediciones UNESCO. Recuperado de http://www.unesco.org/education/pdf/DELORS_S.PDF
- Degirmencioglu, S. M. (2000). *Wanted: a contextual and positive/promotive developmental framework*. Arts. 3: Pathways across development: cross-cultural perspectives. Stockholm, july 29-31.
- Diálogos sobre políticas de cuidado en la Argentina-Relatoría de los encuentros realizados el 22 de agosto y el 10 de octubre de 2013. Recuperado de <http://www.cippec.org/documents/10179/54837/Reporte+Dialogos+de+Proteccion+Social+2013+%28agosto-octubre%29.pdf/6dc974c7-e9db-492b-a051-ac7edded88ae>
- Díaz Conde, M. (2003). La participación social de los jubilados de Granada. Ponencia presentada en el 51° Congreso Internacional de Americanistas. Repensando las Américas en el umbral del siglo. Santiago de Chile, Chile, 14 al 18 de julio.
- Dihl, Coyle y Labouvie-Vief, (1996). Age and sex differences in strategies of coping and defense across the life span. *Psychol Aging*.11(1), 127-39.
- Di Iorio, A., Longo, A., Mitidieri, A., Palmerio, T., Benvenuti, E., Giardini, S., Bavazzano, A., Guizzardi, G., Senin, U., Bandinelli, S., Ferrucci, L. y Abate, G. (1999). Factors related to the length of in-hospital stay of geriatric patients. *Aging*, 11(3), 150-154.
- Conde, M. (2003). La participación social de los jubilados de Granada. Ponencia presentada en el 51° Congreso Internacional de Americanistas. Repensando las Américas en el umbral del siglo. Santiago de Chile, Chile, 14 al 18 de julio.
- Dihl, Coyle y Labouvie-Vief, (1996). Age and sex differences in strategies of coping and defense across the life span. *Psychol Aging*.11(1), 127-39.
- Dixon, R. A., y Lerner, R. M. (1992). A history of systems in developmental psychology. En M. H. Bornstein y M. E. Lamb (Eds.), *Developmental psychology: An advanced textbook* (pp. 3-58). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Dottori, K. y Arias, C. (2013). Estudio del impacto de Talleres psicoeducativos para adultos mayores. Resultados preliminares. Ponencia libre en III Congreso de Psicología del Tucumán. La Psicología en la sociedad contemporánea. San Miguel de Tucumán, Argentina 12,13 y 14 de septiembre de 2013 Publicado en CD de Trabajos completos.
- Doyle, C. (1995). Effect of staff turnover and the social environment on depressive symptoms in nursing home residents. *International Psychogeriatrics*, 7(1), 51- 61.
- Due, P., Holstein, B., Lund, R., Modvig, J., y Avlund, K. (1999). Social relations: network, support and relational strain. *Social Science & Medicine*, 48(5), 661-73.
- Dulcey Ruiz E. y Valdivieso, C. (2002). Psicología del Ciclo vital: Hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(1-2), 17-27.
- Duncan P, Studens S, de Lateur, B. (2003). Rehabilitación. *Geriatrics Review Syllabus 2003* (pp. 53-62). 5ta Edición New York, EAU: American Geriatric Society.
- Ekerdt, D. J. (2002). *Encyclopedia of Aging* (pp. 679-684).New York, EUA: Macmillan.
- Elgart, B. (2009). Análisis de los vínculos de amistad y cambios de la red de apoyo social en la vejez. Trabajo final de investigación. Mar del Plata, Argentina: Facultad de Psicología. UNMDP.
- Elkaim, M. (1989). *Las prácticas de la terapia de red*. Buenos Aires, Argentina: Gedisa.
- English, T. y Carstensen, L. (2014). Selective Narrowing of Social Networks Across Adulthood is Associated With Improved Emotional Experience in Daily Life. *International Journal of Behavioral Development*, 195-202
- Entel, A. (1999). *Escuela de Frankfurt*. Buenos Aires, Argentina: Eudeba.
- Entorno Social (2005), *I Foro de Envejecimiento y Salud. Envejecer con salud*. Recuperado de <http://www.entornosocial.es/content/view/full/132/27/>, consultado el 25 de abril de 2009.

- Equipo del Centro de Comunicación "La Crujía" (2010). *Comunicación comunitaria. Apuntes para abordar las dimensiones de la construcción colectiva*. Buenos Aires, Argentina.
- Erlinghagen, M. y Hank, K. (2006). The participation of older Europeans in volunteer work. *Ageing and Society*, 26(04), 567-584. Recuperado de <http://core.kmi.open.ac.uk/download/pdf/6349807.pdf>
- Espinoza Lerma, K. (2012). *La construcción de la diferencia en la respuesta educativa actual*. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-26982012000200009&script=sci_arttext
- Fassio, A. (2001). Organizaciones de la sociedad civil y redes solidarias entre personas de edad. *Centro de Estudios Organizacionales, I* (2). Buenos Aires, Argentina: Facultad de Ciencias Económicas, UBA.
- (2002). Organizaciones de personas de edad en la Ciudad de Buenos Aires. Entre la exclusión y la inclusión. *Revista de Trabajo Social, Perspectivas. Notas sobre Intervención y Acción Social*, 8(12), 63-72.
- (2009). Aportes para la reflexión sobre las políticas públicas y el bienestar en la vejez. En Libro VIII Jornadas de la Cátedra de Psicología de la 3ra Edad y Vejez Desafíos y logros frente al bien-estar en la vejez, (pp.41-52). Buenos Aires, Argentina: Eudeba.
- (2009). Aportes para la reflexión sobre las políticas públicas y el bienestar en la vejez. En Libro VIII Jornadas de la Cátedra de Psicología de la 3ra Edad y Vejez Desafíos y logros frente al bien-estar en la vejez, (pp.41-52). Buenos Aires, Argentina: Eudeba.
- (2010). Exclusión, edad y género. Trabajo voluntario como una estrategia de inclusión social de mujeres adultas mayores en *Revista electrónica Gestión de las personas y Tecnología*, 9, 35-43. Universidad de Santiago de Chile, Chile. Recuperado de http://www.revistagpt.usach.cl/index.php?option=com_content&task=view&id=229&Itemid=134.
- (2011). Políticas públicas y envejecimiento poblacional. Los profesionales de edad avanzada en la administración pública y su continuidad laboral más allá de la edad jubilatoria. Instituto de Investigaciones en Administración, Contabilidad y Métodos Cuantitativos para la Gestión. Centro de Investigaciones en Administración Pública, *Documento de Trabajo*, 3 (2:163-189). Buenos Aires, Argentina: Facultad de Ciencias Económicas-UBA. Recuperado de <http://www.econ.uba.ar/www/institutos/admin/ciap/publicaciones/documentos/Investigaciones%20en%20>
- (2012). Participación en la formulación de políticas públicas: el caso del consejo federal de los mayores. *En Transformación Estado Democracia* 7(50), 94-101. Presidencia de la República .Oficina Nacional del Servicio Civil-Uruguay. Recuperado de http://www.onsc.gub.uy/onsc1/index.php?option=com_content&view=article&id=341&Itemid=145.
- Fassio, A. y Arias, Ch. (2013). Variables relevantes relacionadas con la continuidad del trabajo más allá de la edad jubilatoria en *Revista de Investigación Interdisciplinaria en Métodos Experimentales*, 2, 31-44. Buenos Aires, Argentina: Facultad de Ciencias Económicas, UBA. Recuperado de <http://home.econ.uba.ar/economicas/?q=content/iadcom-publicaciones>.
- Fassio A., Pascual L., Suárez, F. (2004), *Introducción a la metodología de la investigación*. Buenos Aires: Macchi.
- Fassio, A. y Rutty, M. G. (2013). La triangulación aplicada a la gestión: diagnóstico, monitoreo y evaluación de políticas públicas. En *Documentos y Aportes en Administración Pública y Gestión Estatal (DAAPGE)* 13(20), 149-166. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/ejemplar?codigo=348116>
- Faure, E., Herrera, F., Kaddoura, A., Lopes, H., Petrovski, A., Rahnama, F. (1973). *Aprender a ser. La educación del futuro*. Madrid, España: UNESCO. Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001329/132984s.pdf>
- Featherstone Mike (1999). *Love and Eroticism*. London, UK: Sage Publications.
- Fericglia, J. (1994). *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. Barcelona, España: Anthropos.
- Fernández Ballesteros, R. (2000). *Gerontología Social*. Madrid, España: Pirámide.
- (2004). *Mis relaciones*. Madrid, España: Programa Universidad para Mayores. Universidad Autónoma de Madrid.
- (2009). *Psicología de la Vejez. Una Psicogerontología aplicada*. Madrid, España: Pirámide.
- Fernández Ballesteros, R., Izal, M., Montorio, I., González, J. L. y Diaz Veiga, P. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martínez Roca.

- Fernández Ballesteros, R., Reig Ferrer, A. y Zamarrón Casinello, M. D. (2009). Evaluación en Psicogerontología. En R. Fernández Ballesteros (Ed.), *Psicología de la Vejez. Una Psicogerontología aplicada* (pp.35-96). Madrid, España: Pirámide.
- Fernández, M., García Mínguez, J. (compiladores) (2010). *Educación y Adultos Mayores*. Rosario, Argentina: Laborde Editor.
- Flores Castillo, A. (2014). Cuidado y subjetividad. Una mirada a la atención domiciliaria. CEPAL. *Serie Asuntos de género, 112, Publicación de las Naciones Unidas*. Santiago de Chile, Chile.
- Forsell, Y. y Winblad, B. (1999). Incidence of major depression in a very elderly population. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 14*(5), 368-372.
- Forttes, P. (2010). *Diagnóstico estado de la Reconstrucción Terremoto y Tsunami 27 de febrero de 2010*. Santiago de Chile, Chile: Gobierno de Chile, Delegación Presidencial para la Reconstrucción.
- Fougère, M., Mérette, M. y Zhu, G. (2006). Population Ageing in Canada and Labour Market Challenges [Electronic Version]. *Human Resources and Social Development Canada*. Recuperado de <http://www.naalc.org/english/ageinglabourmarketcanada.pdf>.
- Franco, R. (1996). *Los paradigmas de la política social en América Latina*. Santiago de Chile, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- (2006). *Pedagogía del Oprimido*. Buenos Aires, Argentina: Siglo veintiuno editores.
- (2012). *Pedagogía de la indignación. Cartas pedagógicas en un mundo revuelto*. Buenos Aires, Argentina: Siglo veintiuno editores.
- Freire, P. (2006). *Pedagogía del Oprimido*. Buenos Aires, Argentina: Siglo veintiuno editores.
- (2012). *Pedagogía de la indignación. Cartas pedagógicas en un mundo revuelto*. Buenos Aires, Argentina: Siglo veintiuno editores.
- Froland, C., Pancoast, D.L., Chapman, N.J. y Kimboko, P. (1981). Linking Formal and Informal support systems. En B.H. Gottlieb (comp.), *Social Networks and Social Support* (pp. 27- 54). Londres, UK: Sage.
- Fuentes-Bolaños, C. (2010). El envejecimiento de la población y la política pública en Costa Rica [Electronic Version]. *Seguridad Social*, 21-29. Recuperado de http://www.ciss.org.mx/pdf/editorial/260/260_02.pdf.
- FUNDIBEQ (2014). Bases Premio Iberoamericano de la Calidad Excelencia en la Gestión, 2015. Recuperado de http://www.fundibeq.org/opencms/opencms/PWF/prize/bases/index/index.html?__setlocale=es
- Galeano, E. (2006). *Patatas Arriba. La escuela del mundo al revés*. Buenos Aires, Argentina: Catálogos.
- García Mínguez, J. (2004). *La educación en personas mayores. Ensayo de nuevos caminos*. Madrid, España: Narcea Ediciones.
- García Mínguez, J. y Bedmar Moreno, M. (2002). *Hacia la educación intergeneracional*. Madrid, España: Dykinson.
- Gascón, S. (2002). Argentina: Políticas y Programas para personas adultas mayores. Documento de la Reunión de Expertos en redes de apoyo social a personas mayores. Santiago de Chile, Chile: CEPAL-CELADE.
- (2013). Diálogos sobre políticas de cuidado en la Argentina-Relatoría de los encuentros realizados el 22 de agosto y el 10 de octubre de 2013. Servicios de Apoyo en Domicilio. Fuente: Presentación Silvia Gascón. Recuperado de <http://www.cippec.org/documents/10179/54837/Reporte+Dialogos+de+Proteccion+Social+2013+%28agosto-octubre%29.pdf/6dc974c7-e9db-492b-a051-ac7edded88ae>
- Geertz, C. (1987). *La interpretación de las culturas*. Ciudad de México, México D.F.: Gedisa.
- Gendell, M. (2008). Older workers: Increasing their labor force participation and hours of work. *Monthly Labour Review, 131*, 41-54. Recuperado de <http://www.bls.gov/opub/mlr/2008/01/art3full.pdf>
- Gil Galvez, C. (2005). Presente y futuro de la calidad de los servicios sociales, [On Line]. Recuperado de http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/DEMOG022_GilGalvez.pdf
- Gil Lacruz y Frej Gómez (1993). Intervención comunitaria: A propósito del programa aragonés de rentas mínimas. En M. F. Martínez García (comp.), *Psicología Comunitaria* (pp. 39-61). Sevilla, España: EUEMA.
- Giró Miranda, J. (2004). El significado de la vejez. En Giró Miranda (coord.) *Envejecimiento y Sociedad. Una perspectiva pluridisciplinar* (pp.19-46). La Rioja, España. Recuperado de <http://www.google.com.ar/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBWQFjAA&url=http%3A%2F%2Fdia.net.unirioja.es%2Fdescarga%2Flibro%2F>

2F4783.pdf&ei=plrKVIjtGdHasATxmYHIBQ&usg=AFQjCNGOS9abmEmcyAf-IQE10Hszmdzczw

- Giroux, H. (2011). *Sociedad, cultura y educación*. Buenos Aires, Argentina: Miño y Dávila.
- Goerres, A. (2009). *The political participation of older people in Europe: The greying of our democracies*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Gobierno de Salta, Secretaría de Estado de la Función Pública (2013). *Guía de autoevaluación para la administración pública mediante el Modelo Iberoamericano de Excelencia, versión AA.PP. En la modalidad formulario*. Recuperado de http://www.fundibeq.org/opencms/opencms/PWF/methodology/evaluation/index/index.html?__setlocale=es.
- Goffman, E. (1989). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gottlieb, B.H. (1983). *Social Support Strategies: Guidelines for mental health practice*. Londres: Sage.
- Gracia Fuster, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.
- Gramsci, A. (1973). *Cuadernos de la Cárcel, Vol. V, Notas sobre Maquiavelo, sobre la política y sobre el Estado moderno*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Guillén Estany, M., Dominguez, F., I. y Encinas Goenechea, B. (2010). *Hacia la solvencia del sistema de pensiones tras los nuevos retos: envejecimiento y desempleo. Líneas de actuación y calendario de aplicación*. Barcelona: Ministerio de Trabajo e Inmigración - Universidad de Barcelona.
- Guiraud, C. (2007) *Acerca del secreto. Contribución a una sociología de la autoridad y del compromiso*. Buenos Aires, Argentina: Biblos.
- Guzmán, J.M.; Huenchuan, S. y Montes de Oca, V. (2002). Redes de apoyo social a las personas mayores. Documento de la Reunión de Expertos en redes de apoyo social a personas mayores. Santiago de Chile, Chile: CEPAL- CELADE.
- Guzmán, V. (1997). La equidad de género como tema de debate y de políticas públicas. En *Feminismo en transición. Transición con feminismo, Memoria del Foro Internacional sobre Ciudadanía, Género y Reforma del Estado*. Ciudad de México, México: Grupo de Educación Popular con Mujeres. Recuperado de http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/21666/1/29_la_equidad_de_genero_y_politicas_publicas.pdf
- Hall, S. (1972-1979). *Encoding/Decoding. Culture, Media, Languaje. Working Papers in Cultural Studies*. Londres, UK: Hutchinson.
- (1996). *Organizaciones: estructuras, procesos y resultados*. Ciudad de México, México.: Prentice-Hall.
- Hattan, A. y Toshio Ohsako, Y. (Editores) (2001). *Programas intergeneracionales: Política Pública e Implicaciones de la Investigación. Una perspectiva internacional*. Hamburgo, Alemania: Instituto de Educación de la UNESCO. Recuperado de <http://www.unesco.org/education/uie/pdf/intergenspa.pdf>
- Hawkey, L. C.; Thisted, R. A.; Masi, C. M., y Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 25(1), 132-141.
- Heckhausen, J., y Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review*, 102, 284-304.
- Heckhausen, J. y Dweck, C. S. (1998). *Motivation and Self Regulation across the Life Span*. Nueva York, USA: Cambridge University Press.
- Hendricks, J. y Cutler, S. (2004). Volunteerism and socioemotional selectivity in later life. En *Journal of Gerontology*, 59B(5), 251-257.
- Huenchuan, S. (1999). De objetos de protección a sujetos de derechos. *Revista de Trabajo Social Perspectivas: Notas sobre Intervención y Acción Social*. N° 8 (1-17) Recuperado de http://www.google.com.ar/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.redadultosmayores.com.ar%2Fbuscador%2Ffiles%2FJURID025_Huenchuan.pdf&ei=abXLVL7qLK3asASU_oKYAg&usg=AFQjCNGXU_OdQehYy7Ywxj_eJdv3V5jMKQ&bvm=bv.84607526,d.cWc
- Huenchuan, S. (2004). Políticas sobre vejez en América Latina: Elementos para su análisis y tendencias generales. *Revista Notas de Población. Notas de Población N° 78*. Recuperado de <http://www.google.com.ar/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0CDUQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.cepal.org%2Fpublicaciones%2Fxml%2F9%2F22069%2Ffcg2229-p5.pdf&ei=3LLLVNWdIsXGsQTWkoG4Dw&usg=AFQjCNEpmFq0NFuz0c2A-iE14jCa3zg0kg&bvm=bv.84607526,d.cWc>

- Huenchuan, S. (2006). Políticas de vejez como mecanismo de promoción de los derechos de las personas mayores: algunos acercamientos teóricos conceptuales. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 52-60. Recuperado de http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/1394/1/politicas_de_vejez_y_promocion_de_derechos-huenchuan.pdf
- Huenchuan, S. (2008). *Envejecimiento, sistema de cuidados, y protección social*. Ponencia presentada en el Seminario "Protección Social y Género" organizado por el Ministerio de Planificación, Santiago de Chile, Chile.
- Huenchuan, S. (2009). *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*. (pp. 183-191). Ciudad de México, México: CEPAL.
- Huenchuan, S. (2009a). Envejecimiento e Institucionalidad para el Cuidado de las Personas Mayores. Ponencia Presentada en el Seminario Regional "Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas". Organizado por el UNFPA y CEPAL. Santiago de Chile, Chile. Recuperado de <http://www.cepal.org/dds/noticias/paginas/0/37350/Ponencia-SandraHuenchuan.pdf>
- Huenchuan, S. (Editora) (2009b). *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Recuperado de http://social.un.org/ageing-working-group/documents/ECLAC_sp_HR%20and%20public%20policies.pdf
- Huenchuan, S. (2011). La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos. *Serie Población y Desarrollo* N° 100. Santiago de Chile. Chile: CEPAL.
- Huenchuan, S. (2012). *Los derechos de las personas mayores en el siglo XXI: situación, experiencias y desafíos*. Santiago de Chile, Chile: CEPAL.
- Huenchuan, S. (2013). *Los Derechos de las Personas Mayores, en el ámbito internacional. Materiales avanzados de estudio y aprendizaje*. Santiago de Chile, Chile: CEPAL.
- Huenchuan, S. (2013a) *Envejecimiento, solidaridad y protección social: La hora de avanzar hacia la igualdad*. Santiago de Chile, Chile: CEPAL. Recuperado de <http://www10.iadb.org/intal/intalcdi/PE/2013/10796es.pdf>
- Huenchuan, S. (2013b). *Perspectivas globales sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores 2007-2013*. Santiago de Chile, Chile: CEPAL.
- Huenchuan, S. (2014). *Cuidados en la vejez, autonomía e igualdad*. Santiago de Chile, Chile: CELADE.
- Huenchuan, S. e Icela Rodríguez R. (2014). *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*. Ciudad de México: México: CEPAL. Recuperado de <http://www.cepal.org/es/noticias/autonomia-y-dignidad-en-la-vejez-teoria-y-practica-en-politicas-de-derechos-de-las-personas>
- Huenchuan, S. y Paredes, M. (2007). Guía metodológica para la evaluación participativa de políticas y programas, en el marco de la Estrategia Regional sobre el Envejecimiento. *Serie Población y Desarrollo*, 76. Santiago de Chile, Chile: CEPAL.
- Huenchuan, S. y Rodríguez-Piñero, L. (2010). *Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección*. Santiago de Chile, Chile Editorial. Recuperado de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3803/lcw353_es.pdf?sequence=1
- Huenchuán, S., Roqué, M. y Arias, C. (2009). *Envejecimiento y Sistema de cuidados: ¿oportunidad o crisis?* Santiago de Chile, Chile: Naciones Unidas
- Huergo, J. (2003). El sentido político de la comunicación comunitaria, en AA.VV., *Comunicación comunitaria y participación ciudadana*, Montevideo, Uruguay: Universidad de la República e Intendencia de Montevideo.
- Humphrey, A., Costigan, P., Pickering, K., Stratford, N., Barnes, M. y Britain, G. (2003). *Factors affecting the labour market participation of older workers*. Leeds: Corporate Document Services.
- Hunt, L. (2009). *La invención de los derechos humanos*. Barcelona, España: Tiempo de Memoria.
- Iacob, R. (2001). *Proyectar la vida. El desafío de los mayores*. Buenos Aires, Argentina: Manantial.
- (2002). La post-gerontología: hacia un renovado estudio de la gerontología. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34.
- (2006). *Erótica y vejez. Perspectivas de Occidente*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- (2010) Módulo Identidad y Envejecimiento, material de la cátedra de Psicología de la 3ra edad y vejez, UBA, sin editar.

- Iacob, R. y Arias, C. (2011). Empoderamiento en la vejez. *Journal of Behavior, Health and Social Issues*, 2(2), 25-32.
- Iacob, R., Sabatini B. (2012). *Psicología de la Mediana Edad y Vejez*. Mar del Plata, Argentina: Facultad de Psicología de la Universidad de Mar del Plata y Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.
- IMSERSO (2004). *Libro Blanco de atención a las personas con dependencia*. Madrid, España. Recuperado de <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/lbcap5.pdf>
- IMSERSO Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2004). *Atención a las personas mayores en situación de dependencia en España, Libro Blanco*. Madrid, España. Recuperado de <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>
- IMSERSO (2008). *Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y Tendencias. Evaluación de Modelos de Alojamiento para Personas Mayores al Final de la Vida 36*. Diciembre. Madrid, España.
- IMSERSO (2010). *Informes Portal Mayores, 106*. Recuperado de <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/boletinopm36.pdf>
- INDEC (2010). Población de 60 y más años. *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas Buenos Aires, Argentina*. Recuperado de http://www.censo2010.indec.gov.ar/index_cuadros.asp
- INDEC (2012). *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores. Principales resultados*. Serie Estudios INDEC N° 46. Buenos Aires, Argentina Recuperado de http://www.desarrollosocial.gov.ar/institucional/biblioteca_Ficha.aspx?Id=120&o=fotos
- INDEC (2013). *Estimaciones y Proyecciones de población 2010-2040. Serie Análisis Demográfico 26*. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de http://www.indec.mecon.ar/nuevaweb/cuadros/2/proyecciones_prov_2010_2040.
- INDEC (2014). *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012. Serie Estudios INDEC N° 46*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- INDEC (2014). *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 ENCaViAM. Principales resultados*. Serie Estudios INDEC N° 46. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://www.indec.mecon.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf>.
- INE - Instituto Nacional de Estadística (2004). *Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad. Informe final*. Montevideo, Uruguay. Recuperado de www.ine.gub.uy/biblioteca/discapacidad/discapacidad.
- INE - Instituto Nacional de Estadística (2010). *Análisis de la antigüedad en el empleo. Encuesta continua de hogares 2006 y 2008*. Montevideo, Uruguay. Recuperado de www.ine.gub.uy.
- INE - Instituto Nacional de Estadística (2011). *Censo de Hogares y Población*. Montevideo, Uruguay. Recuperado de www.ine.gub.uy.
- INMAYORES (2014). *Nuevas políticas de envejecimiento y vejez. Hablando de derechos | DESC+A*. Montevideo, Uruguay. Recuperado de http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/v/21628/4/innova.front/biblioteca_virtual
- INMAYORES (2009). *Accesibilidad, un derecho para toda la vida*. Montevideo, Uruguay. Recuperado de http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/32987/1/folleto_accesibilidad.pdf
- INMAYORES (2013). *La población uruguaya y el cuidado. Análisis de representaciones sociales y propuestas para un sistema de cuidados en Uruguay*. Montevideo, Uruguay. Recuperado de http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/25619/1/libro_snc01_v07_distribuc_digital.pdf
- Institute of Gerontology, University of Heidelberg (2014). Recuperado de <http://www.gero.uni-heidelberg.de/>
- Institute of Volunteering Research (2006). *Age discrimination and volunteering*. Recuperado de <http://www.volunteering.org.uk/VolunteeringEngland>
- Irvine, J., Basinski, A., Baker, B., Jandciu, S., Paquete, M., Cairns, J., Connolly, S., Roberts, R., Gent, M. y Dorian, P. (1999). Depression and risk of sudden cardiac death after acute myocardial infarction: testing for the confounding effects of fatigue. *Psychosomatic Medicine*, 61(6), 729 - 37.

- Jaspers_Faijfer, D. (2012). *Informe Sobre la Aplicación de la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y El Caribe del Plan de Acción de Madrid sobre el Envejecimiento y la Declaración de Brasilia en América Latina y El Caribe*. Santiago de Chile, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Jauregui, J.R. y Rubin R.K. (2012). Fragilidad en el Adulto Mayor. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires* 32(3), 110-115. Recuperado de http://www.academia.edu/6646321/Fragilidad_en_el_adulto_mayor
- Kagelmann, H. (1986). *Psicología de los medios de comunicación: manual de conceptos básicos*. Barcelona, España: Herder.
- Kaplan R, Jauregui J., y .Rubin R.K. (2009). *Los Grandes Síndromes Geriátricos*. Buenos Aires: Edimed.
- Kaplún, M. (1998) *Una pedagogía de la comunicación*. Quito, Ecuador: De la Torre.
- Karsz, S. (2004). La exclusión: concepto falso, problema verdadero. En S. Karsz (coordinador), *La exclusión: bordeando sus fronteras. Definiciones y matices*, (pp. 133-218). Barcelona, España: Gedisa.
- Katz, D. y Kahn, R. (1996). *The Social Psychology of Organizations*, New York: Wiley.
- Kerbrat Orecchioni, C. (1986). *La enunciación de la subjetividad en el lenguaje*. Buenos Aires, Argentina: Hachette.
- Kirchner, A. (2007). *La Bisagra. Políticas Sociales en Acción*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Desarrollo Social. Recuperado de http://www.desarrollosocial.gob.ar/Uploads/i1/Institucional/La_Bisagra_Politicas_Sociales_en_accion.pdf
- Kohli, M. (1986). The world we forgot: a historical review of the life course. En V. W. Marshall (Ed.), *Later life: The social psychology of ageing* (pp. 271-303). Beverly Hills, CA: Sage.
- Korol, C. (Comp.) (2010). *Pedagogía de la resistencia. Cuadernos de Educación Popular*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Krieger, M. (2001) *Sociología de las organizaciones*. Buenos Aires, Argentina: Prentice-Hall.
- Kulekdjian, L. (2012). *Las prácticas en comunicación comunitaria: una mirada desde las organizaciones sociales*. Buenos Aires, Argentina: Universidad de Buenos Aires.
- Laumann E.O, Waite L. J, Das A. (2008). Sexual dysfunction among older adults: Prevalence and risk factors from a nationally representative U.S. probability sample of men and women 57 to 85 years of age. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 2300-2312.
- Lemieux, A. (1997). *Los programas universitarios para mayores. Enseñanza e investigación*. Madrid, España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (IMSERSO).
- Leturia, F. (2009). *Los Derechos de las Personas Mayores y la prevención del Maltrato*. Vitoria-Gasteiz, España: Defensoría del Pueblo. Recuperado de <http://ebookbrowse.com/leturia-derechos-01-pdf-d70083946>
- Levasseur, M., Desrosiers, J. y St-Cyr Tribble, D. (2008). Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6 (1), 30-46.
- Licha, I. (2000). *Participación Comunitaria. Conceptos y enfoques de la Participación Comunitaria*. Washington D.C.: Instituto Interamericano para el Desarrollo Social.
- Licha, I. y Molina, G. (2006). *Coordinación de la Política Social: criterios para avanzar*. Washington D.C, USA: Documentos de trabajo del INDES. Recuperado de <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=2220392>
- Liu, X., Liang, J. y Gu, S. (1995). Flows of social support and health status among older persons in China. *Social Sciences and Medicine*, 41(8), 1175-1184.
- Lobsenz, N. (1974). Sex and the senior citizen, *The New York Times*, Magazine, 20 January, 87-91.
- López Soria, J. (2009). Pensar América Latina desde la interculturalidad. Recuperado de <http://aulaintercultural.org/2009/01/24/pensar-america-latina-desde-la-interculturalidad/>
- Lowy, M. (2007). La teología de la liberación: Leonardo Boff y Frei Betto. Recuperado de <http://www.rebellion.org/noticia.php?id=48447>
- Manosalva Mena, S. (2013). Identidad y diversidad: la negación oculta de la alteridad. Material de estudio Módulo 1: *Hacia una educación inclusiva*. Diplomado Argentino del Bicentenario. Inclusión y diversidad en la educación. Recuperado de <http://www.campusgrupocongreso.com/>
- Markus, H. R. y Herzog, A. R. (1991). The role of the self-concept in aging. En K. W. Schaie y M. P. Lawton (eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, vol. 11 (pp. 110-143). Nueva York, EUA: Springer.

- Marro, M. y Dellamea, A. (1993). *La comunicación social. Elementos, claves y proyecciones*. Buenos Aires, Argentina: Docencia.
- Martínez Nogueira, R. (1999). La evaluación para el análisis y la planificación de las organizaciones en Documentos Iniciadores de los foros de Discusión, *IV Simposio Nacional de Análisis Organizacional, II del Cono sur*, Buenos Aires, Argentina.
- (2007). Desafíos estratégicos en la implementación de programas sociales. En J.C. Cortázar Velarde (editor), *Entre el diseño y la evaluación. El papel curical de la implementación de los programas sociales*, (pp.63-117). Washington D.C., USA: BID. Recuperado de <http://publications.iadb.org/handle/11319/251?locale-attribute=es>
- Masters, W., y Johnson, V. (1976). *Incompatibilidad sexual humana*. Buenos Aires, Argentina: Inter Médica.
- Mattelart, A. (1973). *La comunicación masiva en el proceso de liberación*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- (2002). *Historia de la Sociedad de la Información*, Barcelona, España: Paidós.
- Max-Neef, M. (s/f). *Necesidades humanas*. Recuperado de <http://www.diba.es>.
- Mayntz, R. (1996). *Sociología de la organización*. Madrid: Alianza.
- McAdams, D. P. (1985). *Power, intimacy and the life story: Personological inquiries into identities*. New York: Guilford Press.
- McGowan, T. (1996). Viejismo y discriminación. En J. Birren, *Enciclopedia de Gerontología*. Nueva York, Estados Unidos: Academia Press.
- Mendes de Leon, C. F., Glass, T. A., Beckett, L. A., Seeman, T. E., Evans, D. A. y Berkman, L.F. (1999). Social networks and disability transitions across eight intervals of yearly data in the New Haven EPESE. *Journal of Gerontology, Behavior Psychology and Social Sciences*, 54(3), S162 – S172.
- MIDES-NIEVE (2012). *Encuesta de Detección de Población Adulta Mayor Dependiente*. Montevideo, Uruguay.
- Millán León, B. (2010). Factores asociados a la participación laboral de los adultos mayores mexiquenses. *Papeles de Población*, 16(64), 93-121. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11213747005>
- Ministerio de Administraciones Públicas & FIIAPP. (2003). *Guía de autoevaluación para la Administración Pública. Modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión*. Madrid, España. Recuperado de http://www.fundibeq.org/opencms/opencms/PWF/pattern/index/index.html?__setlocale=es
- Ministerio de Comunicaciones, Dirección de Acceso y Desarrollo Social y Centro de Psicología Gerontológica (2004). *Periodismo y Comunicación para todas las edades* Bogotá, D. C., Colombia. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?iPos=13&id=50957&irPag=1&clave=pG7gy7V5ri&pos=0>
- Ministerio de Desarrollo Social (2009). *Manual de comunicación comunitaria con experiencias de comunicación popular y aportes para la construcción de medios comunitarios: Poder decir, poder hacer*. Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Desarrollo Social (2012). *Plan Nacional de las Personas Mayores (2012-2016)*. Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Desarrollo Social (2013). *Los derechos sociales son derechos humanos*. Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Desarrollo Social (2014). *Guía de Recomendaciones para Comunicar con Responsabilidad sobre las Personas Mayores*. Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud –INDEC (2009). *Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009*. Recuperado de http://www.indec.mecon.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=4&id_tema_2=32&id_tema_3=68
- Miranda, C. (2003). Consumo cultural y estrategias de ocupación en las organizaciones de personas de edad. En L. Golpe; L.M. Bidegain y C. Arias (compiladores), *Edaísmo y apoyo social. Una mirada interdisciplinaria sobre el proceso de envejecimiento en el enclave geróntico argentino*, (pp. 173-189). Mar del Plata, Argentina: Ediciones Suárez.
- (2005). *La Ocupación en la Vejez. Una Visión Gerontológica desde Terapia Ocupacional*. Mar del Plata: Suárez.
- Mireault, M. y de Man, A. F. (1996). Suicidal ideation among the elderly: Personal variables, stress and social support. *Social Behavior and Personality*, 24(4), 385–392.
- Mokate, K. (2003). *Convirtiendo al monstruo en aliado: la evaluación como herramienta de la gerencia social*. Washington D.C., USA: Documentos de trabajo del INDES. Recuperado de <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=2220273>
- Mokate, K. y Saavedra, J. (2006). *Gerencia Social: Un Enfoque Integral para la Gestión de Políticas y Programas*. Washington D.C., USA: Documentos de trabajo del INDES. Recuperado de <http://publications.iadb.org/handle/11319/4211?locale-attribute=es>

- Montalvo Correa, J. (2005). *Los consejos económicos y sociales u otros órganos similares*. Documentos X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Santiago de Chile, Chile.
- Montaño, S. (2014). *Autonomía, género y cuidado en América Latina. Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores* (pp. 183-191). DF, Ciudad de México, México: CEPAL.
- Montero, I. (2005) *El interés de las personas mayores por la educación: qué educación. Estudio de campo*. Granada, España: Editorial de la Universidad de Granada. Recuperado de <http://hera.ugr.es/tesisugr/15428345>.
- Montero García, I., García Mínguez, J., Bedmar Moreno, M. (2011). *Ciudadanía activa y personas mayores. Contribuciones desde un modelo de educación expresiva*. Granada, España: Departamento de Pedagogía de la Universidad de Granada. Recuperado de <http://www.rieoei.org/deloslectores/3934Montero.pdf>
- Muñoz Galiano, I. M. (2012). Una mirada a la educación en personas mayores: de educación permanente a educación a lo largo de la vida. *Revista electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, 7, 105-125 Recuperado de <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/view/1091>
- Murillo, M.L y Gracia Fuster, E. (1996) La integración de los Sistemas formales e informales de apoyo social. *Información Psicológica*, 58, 28-34.
- Naciones Unidas (1983). *Plan de acción de Viena sobre el Envejecimiento*. Nueva York, EUA.
- Naciones Unidas (1991). *Principios de Naciones Unidas a favor de las personas de edad*. Washington, EUA. Recuperado de <http://www.un.org/es/events/olderpersonsday/documents.shtml>.
- Naciones Unidas (1998). *Año Internacional de las Personas de Edad, 1999*. Nueva York, EUA.
- Naciones Unidas (2002). *Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Nueva York, EUA.
- Neugarten, B. (1999) [1996]. *Los significados de la edad*. Barcelona: Herder.
- Neugarten B.; Gutmann D. (1964). Age sex roles and personality in middle age. A Thematic apperception study. En B. Neugarten and associates (Eds.) *Personality in Middle and Later Life* (pp. 44-90). New York, Estados Unidos: Atherton.
- Nirenberg O, Brawerman J., y Ruiz V (2003). *Programación y evaluación de proyectos sociales*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Northmore, S., Ball, C. y Smith, A. (2005). Multiple identities in older age: a re-examination. Documento presentado en NCVO/VSSN Researching the Voluntary Sector Conference 2005. Universidad de Warwick, UK.
- Nuñez, I. (2009). Algunos indicadores de salud en personas mayores. *Comentarios de Seguridad Social*, 22, 39-56. Recuperado de www.bps.gub.uy/.../2009/.../Comentario%20ene-febmar-%
- OEA (2014). Distribución de mandatos emanados del cuadragésimo cuarto período ordinario de sesiones de la asamblea general y mandatos continuados de años anteriores. Consejo Permanente. Recuperado de http://www.scm.oas.org/idms_public/SPANISH/Hist_14/CP33354S04.doc
- Oficina Nacional de Innovación de la Gestión, Jefatura de Gabinete de Ministros (2015). *Premio Nacional a la calidad*. Recuperado de http://www.sgp.gov.ar/contenidos/onig/premio_nacional/paginas/acerca.htm
- Oficina Nacional de Innovación de la Gestión, Jefatura de Gabinete de Ministros (2015). *Guía para la Autoevaluación de la Gestión de la Calidad*. Recuperado de http://www.sgp.gov.ar/contenidos/onig/premio_nacional/docs/GUIA_PARA_AUTOEVALUACION_DE_Gestion_Calidad.pdf.
- OISS (2006). *Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en los países del Cono Sur*. España.
- OISS (2015). *Boletín No.6 del Programa Iberoamericano de Cooperación sobre Adultos Mayores* (19 de enero de 2015). Madrid, España. Recuperado de http://www.oiss.org/IMG/pdf/OISS_06-2.pdf
- OMS (2002). Envejecimiento Activo: Un marco político. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 37(S2), 74-105.
- OMS (2002). Grupo Orgánico de enfermedades no transmisibles y salud mental Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriátría y Gerontología* 37(S2), 94-105.
- OMS (2009). *Las mujeres y la salud. Los datos de hoy, la agenda del mañana*. Geneva, Suiza. Recuperado de http://www.who.int/gender/women_health_report/es/
- OMS (2010). *Estadísticas sanitarias mundiales 2010*. Ginebra, Suiza. Recuperado de www.who.int/whosis/whostat/2010/es/index.html

- OMS (2011). *Informe Europeo sobre la Prevención del Maltrato en Personas Mayores*. Copenhagen, Dinamarca. Recuperado de <http://www.euro.who.int/en/publications/key-publications>
- ONEMI (2014). *Política Nacional para la Gestión de Riesgo y Desastres*. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Santiago de Chile, Chile.
- ONU (1982). *Plan de Acción Internacional de Viena sobre Envejecimiento*. Viena, Austria. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/plan_de_accion_internacional_de_viena_sobre_el_envejecimiento.pdf
- ONU (2008). Observación General N° 2. Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Recuperado de <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2012/8782.pdf?view=1>
- ONU (2010). Recomendación General N° 27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Recuperado de <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2012/8335.pdf?view=1>
- ONU (2012). *World Population Prospects: The 2012 Revision, Volume II: Demographic Profiles*. Department of Economic and Social Affairs/Population Division Recuperado de <http://esa.un.org/unpd/wpp/Demographic-Profiles/index.shtm#>.
- ONU (2013). *Los derechos humanos de las personas de edad. Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo*. Consejo de Derechos Humanos. New York; EAU.
- Oszlak, O (1980). *Políticas Públicas y Regímenes Políticos: Reflexiones a partir de algunas experiencias Latinoamericanas*. Buenos Aires, Argentina: Estudios CEDES.
- (2001). Hacia un Estado transversal: El caso Argentino. *Encrucijadas Revista de la Universidad de Buenos Aires*, 1, 6 (1-14). Recuperado de <http://www.oscaroszlak.org.ar/images/articulos-espanol/Hacia%20un%20estado%20transversal%20el%20caso%20arg.pdf>
- Oszlak, O y O'Donnell, G. (2011). Estado y políticas estatales en América Latina: Hacia una estrategia de investigación. En Jefatura de Gabinete del Ministros de la Nación (ed.). *Lecturas sobre el Estado y las políticas públicas: Retomando el debate de ayer para fortalecer el actual*. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de http://www.jefatura.gob.ar/archivos/pme/publicaciones/libro_acuna.pdf
- Pantusa, J. y Polizzi, L. (2014). Estudio de los vínculos de la red de apoyo social y su relación con las emociones ira, tristeza y alegría en adultos mayores de la ciudad de Mar del Plata. VI Congreso Marplatense de Psicología. Facultad de Psicología Mar del Plata, Argentina.
- Parales, C. y Dulcey Ruiz, E. (2002). La construcción social del envejecimiento y de la vejez: un análisis discursivo en prensa escrita. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(1-2), 107-121, Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80534209>
- Paredes, M. (2008). Estructura de edades y envejecimiento de la población. En C. Varela Petito [coord.], *Demografía de una sociedad en transición. La población uruguaya a inicios del siglo XXI*. (pp. 17-34). Montevideo, Uruguay: Trilce. Recuperado de http://observatoriosocial.mides.gub.uy/mides/portalMides/portalMides/Documentos/documento_mides_128.pdf
- Paredes, M., Ciarniello, M. y Brunet, M. (2010). *Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: una perspectiva comparada en el contexto de Latinoamérica*. Montevideo, Uruguay: Lucida Edit.
- Pedersen, N. (2000). *Genetic and environmental influences on psychological functioning in new cohorts of elderly people*. Paper present to the XXVII International Congress of Psychology, Stockholm, July 25.
- Peloso, R. (2010). Consideraciones sobre la formación (esquema sin pretensión de texto), 107-114. En *Pedagogía de la resistencia*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Madres de Plaza de Mayo América Libre.
- Pena De Olivera, F. (2006). *Teoría del Periodismo*. Ciudad de México, México: Alfaomega.
- Perez Díaz, J. (1998). La demografía y el envejecimiento de las poblaciones. En A. Staab y L.C. Hodges, *Enfermería Gerontológica*, (pp. 451-463). Ciudad de México, México: Mc Graw Hill. Recuperado de http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/7/49307/P49307.xml&xsl=/publicaciones/ficha.xsl&base=/publicaciones/top_publicaciones.xsl
- Petrus, A. (Coord.) (1997). *Pedagogía Social*. Barcelona, España: Ariel.
- Phillips, D.R., Sui, O.L., Yeh, A.G. y Cheng, K.H. (2008). Informal social support and older person s psychological well being in Hong Kong. *Journal of Cross- Cultural Gerontology*, 23(1), 39-55.

- Pichón Riviere, E. (1971). *Proceso Grupal Del Psicoanálisis a la Psicología Social I*, Buenos Aires, Argentina Ediciones Nueva Visión.
- Polizzi, L. (2011). ¿Qué vínculos brindan mayor satisfacción en la vejez? V Congreso Marplatense de Psicología. 1, 2 y 3 de diciembre de 2011. Facultad de Psicología. UNMDP. Mar del Plata, Argentina, publicado en CD de trabajos completos.
- Polizzi, L. y Arias, C. (2010). *La red de apoyo social en la vejez. Diferencias y similitudes entre varones y mujeres*. Recuperado de <http://www.aacademica.com/000-031/54.pdf>
- Prince-Paul, M. (2008). Understanding the meaning of social well-being at the end of life. *Oncology Nursing Forum*, 35(3), 365-371.
- Puigró, A. (1998). *La educación popular en América Latina. Orígenes, polémicas y perspectivas*. Buenos Aires, Argentina: Miño y Dávila Editores.
- Rasnosky, J., Sosa, María M., y otros. (2000). *Comunicación: sociedad y medios*. Buenos Aires, Argentina: Santillana.
- Raya, R., Miralles Basseda, R; Imma Llorach, G.; y Cervera Alemany, A. (s/f) Definición y objetivos de la especialidad de geriatría. Tipología de ancianos y población diana. En :Sociedad Española de Geriatría y Gerontología . *Tratado de Geriatría para Residentes* (pp.25-32). Madrid, España. Recuperado de www.segg.es/tratadoderesidentes
- (2004). Los viejos en los medios. En *Periodismo y Comunicación para todas las edades* (pp. 39-45). Bogotá, D. C., Colombia Ministerio de Comunicaciones, Dirección de Acceso y Desarrollo Social y Centro de Psicología Gerontológica (CEPSIGER).
- Restrepo, D. (2003). Las prácticas participativas: entre la socialización y la privatización de las políticas públicas. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*. Recuperado de <http://siare.clad.org/revistas/0045400.pdf>
- Restrepo, J. D. (2004). Los viejos en los medios. En *Periodismo y Comunicación para todas las edades* (pp. 39-45). Bogotá, D. C., Colombia Ministerio de Comunicaciones, Dirección de Acceso y Desarrollo Social y Centro de Psicología Gerontológica (CEPSIGER).
- Restrepo, J. D. (2009). *Conferencia: La Vejez en la Comunicación Intergeneracional: Javier Darío Restrepo*. Montevideo, Uruguay. Recuperado de <http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/manual/Javier-Dario-Restrepo.pdf>
- Reuters. (2011). Reino Unido elimina la jubilación obligatoria a los 65 años. Recuperado de <http://es.reuters.com/article/topNews/idESMAE70C10820110113?pageNumber=2&virtualBrandChannel=0>.
- Rice C., Löckenhoff C. y Carstensen L. (2002). En busca de independencia y productividad: cómo influyen las culturas occidentales en las explicaciones individuales y científicas del envejecimiento. *Revista Latinoamericana de Psicología* 2002, 34(1-2), 133-154.
- Richard, L., Gauvin, L., Gosselin, C. y Laforest, S. (2009). Staying connected: neighbourhood correlates of social participation among older adults living in an urban environment in Montreal, Quebec. *Health Promotion International*, 24(1), 46-57.
- Ricoeur, P. (1999). Para una teoría del discurso narrativo. En Paul Ricoeur (Ed.), *Historia y Narratividad*. Barcelona, España: Paidós.
- Rizo López, A. E. (2006). ¿ A qué llamamos exclusión social? *Polis. Revista Latinoamericana* 15. Recuperado de <http://polis.revues.org/5007>
- Robinson, K. (2013). *Paradigma del Sistema Educativo*. Video Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=E1iU30_0kGs
- Robles, L. (2003). Una vida cuidando a los demás. Una carrera de vida en ancianas cuidadoras. Ponencia presentada el 51 Congreso Internacional de Americanistas, Santiago de Chile, Chile, 14 al 18 de julio. Recuperado de <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/CALID019.pdf>
- Rodríguez, F. y Rossel, C. (2010). *Panorama de la vejez en Uruguay*. Montevideo, Uruguay: UNFPA / IPES. Recuperado de http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/21557/1/panorama_de_la_vejez_en_uruguay.pdf
- Rodríguez, P. (2003). *Los Servicios de Ayuda a Domicilio. Planificación y gestión de casos, Manual de formación para auxiliares*. Madrid, España: Panamericana.
- Rodríguez Porrero Miret, C. (2009). *Revista MINUSVAL -IMSERSO*. Recuperado de <http://sid.usal.es/idocs/F8/8.2.1.2-139/173/minusval173.pdf>
- Rodríguez Rodríguez, P. (1995). *Residencias para personas mayores*. Barcelona: SG.

- (Coord) (2000). *Residencias Para Personas Mayores. Manual de Orientación*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- (2002). Mujeres mayores, género y protección social. En V. Maquieira D'Angelo (compiladora), *Mujeres mayores en el siglo XXI. De la invisibilidad al protagonismo* (pp. 89-136). Madrid, España: IMSERSO.
- (2010). *La atención integral centrada en la persona*. Madrid, España: Informes Portal Mayores, 106. Recuperado de <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/rodriguezai.pdf>
- Rodríguez, T. M. (2011). *La atención Gerontológica centrada en las personas. Documentos de Bienestar Social*. Donostia-San Sebastián: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Recuperado de <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/guiatenciongerontologiacentradaenlapersona.pdf>
- Rodríguez Vignoli, J. (2000). *Vulnerabilidad demográfica, una faceta de las desventajas sociales*. Santiago de Chile, Chile: CEPAL.
- Romero, L. (2001). *Breve historia contemporánea de la Argentina*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Roque, M. (2010). *Manual I de cuidados domiciliarios: Nuevos paradigmas en políticas sociales. Nuevos escenarios gerontológicos*. Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://www.desarrollosocial.gob.ar/Uploads/i1/cuidadores%20cuader%201%20web.pdf>
- (2012). De la necesidad y fundamento de un tratado internacional sobre personas mayores. En Huenchuan (ed.) *Los derechos de las personas mayores en el siglo XXI: situación, experiencias y desafíos*. (pp.397-406) Ciudad de México, México: CEPAL. Recuperado de http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/1/48571/LibroForoMexico_completo.pdf
- (2014). Los cuidados progresivos, los derechos humanos y el rol del Estado en la Argentina. *Autonomía y dignidad en la vejez: Teoría y práctica en políticas de derechos de las personas mayores*, (pp.183-191). Ciudad de México, México: CEPAL. Recuperado de <http://www.cepal.org/es/noticias/autonomia-y-dignidad-en-la-vejez-teoria-y-practica-en-politicas-de-derechos-de-las-personas>
- Roqué, M. y Fassio, A. (2007). *Gerontología Comunitaria e Institucional*. Mar del Plata: Facultad de Psicología. U.N.M.D.P.
- (2012). *Gerontología comunitaria e institucional*. Mar del Plata: Facultad de Psicología de la Universidad de Mar del Plata y Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.
- Rose, A. (2008). *El Origen De Los Prejuicios*. Buenos Aires, Argentina: Lumen – Humanitas.
- Rovira-Beleta y Cuyás, E. (2003). *Libro blanco de la accesibilidad*. Barcelona, España: Ediciones UPC.
- Rua, M. (1998). As políticas públicas e a juventude dos anos 90. *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas, 2*. Brasília, Brasil: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento.
- Rurup, M. L., Deeg, D. J. H., Poppelaars, J. L., Kerkhof, A. J. y Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2011). *Wishes to die in older people: A quantitative study of prevalence and associated factors*. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 32(4), 194-203.
- Sáez, J. (2002). Hacia la educación intergeneracional. Concepto y posibilidades. En J. Díaz y M. Bedmar (Coords.) *Hacia la educación intergeneracional*. Madrid, España: Dykinson.
- Salinas, A., Manrique, B. y Téllez Rojo, M. (2008). Redes de apoyo social en la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para Adultos Mayores del Programa Oportunidades. En Actas del III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP.
- Salvareza, L. (2000). *La Vejez. Una mirada gerontológica actual*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- (2002). *Psicogeriatría. Teoría y clínica*, Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Sanyres (2005). *Las personas mayores y su vivienda: fuente de riqueza y de calidad de vida*. Valencia, España: Inventario de Recursos.
- Scardino A. (2007). El envejecimiento poblacional y sus implicancias. *Comentarios de Seguridad Social 16.*, 76-99. Recuperado de http://www.bps.gub.uy/innovaportal/file/1669/1/el_envejecimiento_poblacional_y_sus_implicancias._a._scardino.pdf
- Schein, E. (1989). *Psicología de la organización*. Ciudad de México, México: Prentice Hall.
- Schellenberg, G., Turcotte, M. y Ram, B. (2005). Post-retirement employment. *Perspectives Sept*, 14-17. Recuperado de <http://www.statcan.gc.ca/pub/75-001-x/10905/8622-eng.pdf> .

- Schmukler, B. y Di Marco, G. (1997). *Madres y democratización de la familia argentina contemporánea*. Buenos Aires, Argentina: Biblos.
- Schonfeld, L y Dupree, L .W. (1991). Antecedents of drinking for early and late-onset elderly alcohol abusers. *Journal of Studies on Alcohol*, 52(6), 587-592.
- Scolnick, R. (1980). Sexual Responsiveness, Age, and Change: Facts and Potential. En R. Scolnick, (Ed.), *Sexuality and Aging* (p. 66- 78). California, EUA: University of Southern.
- Sempere, A. y Cavas. F. (2007). *Ley de dependencia. Estudio de la Ley 39/2006, sobre promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, Pamplona, España: Editorial Aranzadi.
- Sen, A. (1996) [1993]. Capacidad y bienestar. En M. Nussbaum y A. Sen, *La calidad de vida*, (pp.54-83). Ciudad de México, México: FCE.
- SENAMA (2007). *Informe Final "Situación de los cuidadores domiciliarios de los adultos mayores dependientes con pensión asistencial"*. Santiago de Chile, Chile. Recuperado de <http://www.senama.cl/filesapp/3366.pdf>
- SENAMA (2009a). *Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores*. Santiago de Chile, Chile.
- SENAMA (2009b). *Las Personas Mayores en Chile: Situación, Avances y Desafíos del Envejecimiento y la Vejez*. Santiago de Chile, Chile.
- SENAMA (2014). *Informe Ejecutivo Acciones del Servicio Nacional del Adulto Mayor post emergencia 27 de febrero del 2010, elaborado a solicitud de la Delegación Presidencial para la Reconstrucción*. Santiago de Chile, Chile.
- SENAMA (2015). *Plan Regional de Emergencia. Establecimientos de larga estadía para el Adulto Mayor ELEAM/SENAMA*. Santiago de Chile, Chile.
- SENAMA y CELADE-CEPAL (2007). *Protección y participación en la vejez: Escenario futuros y políticas públicas para enfrentar el envejecimiento en Chile*. Santiago de Chile, Chile.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor, Ministerio de Desarrollo Social
- SIEMPRO-ECV2001 (2003). *El Voluntariado*. Serie Informes Breves de la Encuesta de Condiciones de Vida 2001. Buenos Aires, Argentina.
- Sirvent, M. T. (2004). *Cultura popular y participación social*. Buenos Aires, Argentina: Miño Dávila-Eudeba.
- Sluzki, C. (1996). *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Sneed, J y Krauss Whitbourne S. (June 2005). Models of the Aging Self. *Journal of Social Issues*, 61(2), 375-388.
- Speck, R. y Attneave, C. (1974). *Redes familiares*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Stevens, N. (2001). Combating loneliness: a friendship enrichment programme for older women. *Ageing and Society*, 21, 183-202.
- Suárez, F. (1989). *Problemas sociales y problemas de programas sociales masivos*. Buenos Aires, Argentina: CIDES-OEA (mimeo).
- Sutherland, D. y Murphy, E. (1995). Social support among elderly in two community programs. *Journal of Gerontology Nursing*, 21(2), 31-38.
- Sverdlick, I. (2008). Investigación educativa, evaluación y pedagogías críticas. *Novedades Educativas*, 20, 209.
- Tejera, R. (2009). Políticas de adulto mayor: periodos expansivos y ejes de desarrollo. En MIDES, *Hacia un Uruguay más equitativo en materia de envejecimiento. Primer Debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio*. Montevideo, Uruguay: MIDES.
- Terzaghi, M. C., Rodríguez, M. I. y Schmunis, E. (2012). *Fragilidad, discapacidad y vejez*. Mar del Plata, Argentina: Facultad de Psicología de la Universidad de Mar del Plata y Ministerio de Desarrollo Social de la Nación
- Tine, H.I., Speechley, M. y Giner, F. (1988). Risk for falls among elderly persons living in community. *New England Journal of Medicine* 19,1701-1707.
- Torres Carrillo, A. (2010). La educación popular, corriente pedagógica latinoamericana. *La Educación Popular: Una necesaria conceptualización*, 23-26. En *Educación Popular, trayectoria y actualidad*. Recuperado de http://abacoenred.com/IMG/pdf/ep_trayectoria_y_actualidad_pdf_web.pdf
- Ubilla, P. (2010). Ética y Pedagogía (o recreando a José Luis Rebellato), 65-89. En *Pedagogía de la Resistencia. Cuadernos de Educación Popular*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

- Troll L. y Parron, E. (1981). "Age Changes in Sex Roles amid Changing Sex Roles: The Double Shift (chapter 4)" en *Annual Review of Gerontology* Vol. II New York, EUA: Springer.
- Ubilla, P. (2010). Ética y Pedagogía (o recreando a José Luis Rebellato), 65-89. En *Pedagogía de la Resistencia. Cuadernos de Educación Popular*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Uchino, B. N.; Cacioppo, J. T. y Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119, 488-453.
- UNESCO (2015). Aprendizaje a lo largo de la vida. Recuperado de <http://www.unesco.org/new/es/unesco/themes/icts/lifelong-learning/#topPage>
- UNESCO (2015). *Informe de seguimiento de la EPT en el mundo. La educación para todos, 2000-2015: logros y desafíos*. Recuperado de <https://es.unesco.org/gem-report/report/2015/la-educaci%C3%B3n-para-todos-2000-2015-logros-y-desaf%C3%ADos#sthash.wIQpQwSb.dpbs>
- UNFPA (2013). *Informe de la población mundial. Maternidad y Niñez*. Nueva York, Estados Unidos. Recuperado de <http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/SP-SWOP2013.pdf>
- Unger, J. B., Mc Avay G., Bruce, M. L., Berkman, L. y Seeman, T. (1999). Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons: MacArthur Studies of Successful Aging. *Journal of Gerontology, Behavior Psychology and Social Sciences*, 54(5), S245-251.
- UNISDR (2009). Terminología sobre Reducción del Riesgo de Desastres. Ginebra, Suiza. Recuperado de http://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologySpanish.pdf
- Van Willigen, M. (2000). Differential benefits of volunteering across the life course. *Journal of Gerontology*, 55B(5),308-318.
- Vanderhorst, R.K. y Mc Laren, S. (2005). Social relationship as predictors of depression and suicidal ideation in older adults. *Aging and Mental Health*, 9(6), 517-525.
- Vaux, A. y Harrison, D. (1985). Support Network Characteristics Associated with Support Satisfaction and Perceived Support. *American Journal of Community Psychology*, 13(3), 245-268.
- Verdejo, C. (2002). Incontinencia urinaria. En J.M. Ribera Casado y A. J. Cruz Jentoft (editores), *Geriatría en atención primaria*. (pp. 267-277). Barcelona, España: Aula Médica.
- Verón, E. (1987). *La semiosis social*. Barcelona, España: Gedisa.
- Villar, F. y Solé, C. (2006). Intervención Psicoeducativa con personas mayores. En C. Triadó y F. Villar (coords.), *Psicología de la Vejez* (pp. 423-450). Madrid, España: Alianza.
- Walter, J. (2002). *Apuntes de cátedra Sociología de las organizaciones*. Buenos Aires, Argentina: Facultad de Ciencias Económicas, UBA.
- Warren, J.I., Stein, J.A. y Grella, C.E. (2007). Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clients with co-occurrence disorders. *Drug and Alcohol Dependences*, 10(89), 267-274.
- Wilkie, R., Peat, G., Thomas, E. y Croft, P. (2006). The prevalence of person-perceived participation restriction in community-dwelling older adults. *Quality of Life Research*, 15(9), 1471-1479.
- Wrzus, C., Hänel, M. Wagner, J., y Neyer, F. J. (2013). Social network changes and life events across the life span: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 139(1), 53-80.
- Yoon, D. y Lee, E. (2007). The impact of religiousness, spiritually and social support on psychological well-being among older adults in rural areas. *Journal of Gerontological Social Work*. 48(3-4), 281-298.
- Yuni, J. y Urbano, C. (2008). Envejecimiento y género: perspectivas teóricas y aproximaciones al envejecimiento femenino. *Revista Argentina de Sociología*, 6(10), 151-168. Recuperado de www.redalyc.org/pdf/269/26961011.pdf
- Zubieta, A. (2004). *Cultura popular y cultura de masas: conceptos, recorridos y polémicas*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Zunzunegui, M. V. (2014). Conferencia: Femininity and Masculinity: Predictors of Health Status in Old Age. Rio de Janeiro Brasil. Instituto Internacional de Longevidad.
- Zúñiga Molina, L. (2013). Educación para la vida y a lo largo de la vida: un horizonte de esperanza en *Hacia una EPJA transformadora en América Latina y el Caribe*. Ciudad de México, México: CREFAL, pp.99-108.

ISBN: 978-956-205-251-1



9 789562 052511