

Derechos Humanos de las personas mayores.

Actualización de contenidos en Gerontogeriatría para equipos de salud.

PAMI - SAGG



Derechos Humanos de las personas mayores : actualización de contenidos en Gerontogeriatría para equipos de salud / Mónica Roque... [et al.] ; coordinación general de Susana Amelia Rosario Ordano ; dirigido por Monica Laura Roqué. - 1a ed. -

Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Inst. Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados - INSSJP ; Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría -SAGG , 2023.

310 p. ; 14 x 21 cm.

ISBN 978-987-48963-2-2

1. Atención a la Salud. 2. Síndromes Geriátricos. I. Roque, Mónica. II. Ordano, Susana Amelia Rosario, coord. III. Roqué, Monica Laura, dir.

CDD 362.66

Hecho el depósito que indica la ley 11.723 / Todos los derechos reservados.

Esta publicación no puede ser reproducida, en todo ni en parte, ni registrada en o transmitida por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin el permiso previo por escrito de la editorial.

Derechos Humanos de las personas mayores.

Actualización de contenidos en Gerontogeriatría para equipos de salud.

Prólogo

Es un honor y un placer presentar este libro de alta calidad gerontológica, producto de la elaboración de especialistas en cada una de las disciplinas que lo componen. Para este emprendimiento aunaron esfuerzos y capacidades dos grandes instituciones dedicadas al trabajo con personas mayores: la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría (SAGG) y el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados – PAMI, a partir del auspicio del Banco Interamericano de Desarrollo, quien evaluó positivamente este proyecto que comenzó como una capacitación al personal de salud que presta servicios a las personas afiliadas a PAMI y que hoy será una guía de consulta para quienes quieran actualizar contenidos en materia de derechos humanos, salud, cuidados, entre otros temas gerontológicos de gran importancia para el trabajo con la población mayor.

Desde PAMI, a través de la Secretaría de Derechos Humanos, Gerontología Comunitaria, Género y Políticas de Cuidado, venimos generando capacitaciones para el personal del Instituto, para los prestadores del sistema de salud y para los equipos que trabajan en la administración pública con las personas mayores, conscientes de la necesidad de mejorar la atención de los servicios destinados a las afiliadas y afiliados. A partir de este libro estará a disposición de las y los profesionales del ámbito sociosanitario que trabaja con personas mayores un texto que orienta sobre conceptos de vejez, envejecimiento, género, salud, cuidados, desde la perspectiva de la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores.

Agradecemos a las y los especialistas y personal técnico que hizo posible la instancia de capacitación y esta instancia de concreción de una obra de contenido gerontológico, con enfoque en el abordaje de la salud de las personas mayores.

Lic. Luana Volnovich
Directora Ejecutiva de PAMI

La Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría (SAGG) encontró un aliado natural para continuar con su postulado de transmitir conocimiento en todas las áreas del saber gerontológico. Ese aliado, sin lugar a dudas, es el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados de la Argentina (INSSyP-PAMI). Esa fue la principal motivación para presentarse a desarrollar con ellos un curso que pusiera a los Derechos de las personas mayores en primer plano. La segunda motivación se centró en que ese conocimiento llegara, principalmente, a las personas encargadas de custodiar la salud de las personas afiliadas de la obra social más grande de Latinoamérica y una de los más importantes efectores de salud de las personas mayores en el mundo. Cuando nos referimos a la salud lo hacemos desde un punto de vista mucho más amplio que el que habitualmente se toma en consideración, porque la salud del grupo etario al que dirigimos nuestro accionar se ve impactado por la existencia de factores sociales, políticos, económicos, de derecho, de identidad que otros colectivos no lo tienen, de ahí la heterogeneidad que caracteriza a la vejez. En el aspecto físico la promoción de la capacidad funcional de los individuos marca una diferencia sustancial a la hora de establecer la promoción de la salud y la prevención de situaciones que pueden llevar a la dependencia. Entonces, no es casual que ambas organizaciones PAMI y SAGG decidieran transformar el curso virtual de formación en Derechos Humanos de las personas mayores para médicos y médicas del sistema de salud de PAMI –ampliado, luego a todo el personal de salud de PAMI– en un libro para que todo el equipo interdisciplinario gerontológico tuviera acceso a esos conocimientos. Los diferentes capítulos nos llevan desde el concepto de envejecimiento y los Derechos Humanos inherentes a ese colectivo, pasando por la descripción de las diversas situaciones que pueden determinar la pérdida del respeto a los mismos (violencia, avasallamiento de la dignidad, maltrato en el sistema de salud) como aquellas situaciones que constituyen trastornos prevalentes en la salud de las personas mayores (pérdida de autonomía, deterioro cognitivo, síndromes geriátricos) y llegando a las recomendaciones, que haciendo hincapié en los derechos, hacen a la calidad de vida (cuidados a largo plazo, estrategias sobre el no uso de sujeciones, uso racional de medicamentos).

Derechos Humanos de las personas mayores.
Actualización de contenidos en Gerontogeriatría para equipos de salud.

Por último y a la luz de los resultados de este curso quiero desear en nombre de la SAGG y el mío propio, como su Presidente (2021-2023), el mismo éxito para este libro, fruto del trabajo mancomunado de ambas Instituciones.

Dr. Julio Nemerovsky

Especialista en Geriatría

Presidente de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría

Índice

Módulo 1

Vejez, Envejecimiento y Derechos Humanos

11

Módulo 2

De la violencia al empoderamiento de las personas mayores

48

Módulo 3

El derecho a la vida y a la dignidad en la vejez

82

Módulo 4

Buen trato y maltrato en el sistema de salud

111

Módulo 5

Hacia un modelo de atención de salud con perspectiva de género y diversidad sexual

131

Módulo 6

Autonomía y cambios cognitivos en las personas mayores

162

Módulo 7

Los grandes Síndromes Geriátricos. Origen, concepto

192

Módulo 8

El derecho a cuidados de largo plazo

210

Módulo 9		
Estrategias para eliminar o reducir el uso de sujeciones físicas en personas mayores dependientes para el cuidado digno	_____	242
Módulo 10		
Epidemiología básica aplicada a la atención de las personas mayores	_____	264
Módulo 11		
Uso racional de medicamentos en personas mayores	_____	287

Autoridades

PAMI

Lic. Luana Volnovich

Directora Ejecutiva

Lic. Martín Rodríguez

Subdirector Ejecutivo

Dra. Mónica Roqué

Secretaria General de Derechos Humanos, Gerontología Comunitaria, Género y Políticas de Cuidado

Dr. Roberto Daniel Armagno

Secretaría Políticas Sanitarias

Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría

Comisión directiva 2021-2024

Dr. Julio Nemerovsky

Presidente

Dra. Fabiana Giber

Secretaria General

Directora de la Publicación

Dra. Mónica Roqué

Secretaria General de Derechos Humanos, Gerontología Comunitaria,
Género y Políticas de Cuidado

Coordinadora General

Mg. Susana Ordano

Subgerenta de Capacitación Gerontológica

Autores:

Mónica Roqué

Ricardo Iacub

Luciana Machluk

Sandra Huenchuan Navarro

Julio Nemerovsky

Adriana Herrero

Sebastián Amaro

Mariela Rodríguez

María Laura Salviolo

Judith Szulikt

Hugo Pisa

José R. Jauregui

Romina K. Rubin

Alejandro D. Sneibrum

Yanina Miragaya

Florencia Copello Liñan

Pablo Rall

Eduardo Pérez

Derechos Humanos de las personas mayores.

Actualización de contenidos en Gerontogeriatría para equipos de salud.

CAPÍTULO 1:

Vejez, Envejecimiento y Derechos Humanos

Mónica Roqué

Médica. Magíster en Administración de Servicios de Salud y Seguridad Social con Especialización en Tercera Edad. Magíster en Dirección y Gestión en Sistemas de Seguridad Social de la Universidad de Alcalá de Henares, España. Secretaria General de Derechos Humanos, Gerontología Comunitaria, Género y Políticas de Cuidado, Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Presidenta de la Asociación Latinoamericana de Gerontología Comunitaria. Exdirectora Nacional de Políticas para Personas Mayores del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, desde enero de 2002 a diciembre de 2015. Directora de posgrados en Gerontología. Docente de Universidades nacionales y extranjeras. Autora de varias publicaciones nacionales e internacionales. Miembro del Comité Redactor de la Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Presidenta de la Delegación de Argentina ante la ONU y la OEA para la defensa de los Derechos Humanos de las personas mayores desde 2003 hasta 2015.

Introducción

El envejecimiento de la población es una historia de éxitos en el desarrollo humano, dado que refleja el avance de la salud pública, la medicina y el desarrollo económico y social, y cómo estos avances contribuyeron al control de enfermedades, la prevención de lesiones y la reducción del riesgo de muerte prematura, lo que llevó a un aumento de la expectativa de vida al nacer (EVN).

El aumento de la EVN junto con la disminución de la fecundidad produce un cambio en la distribución por edades de la población; las personas mayores ganan cada vez más protagonismo. A principios del siglo XX, la mayoría de las familias tenía un gran número de hijos/as y su tasa de fecundidad era alta, para 1960 la tasa ascendía a 5 hijos/as por mujer. Simultáneamente, también era alta la mortalidad infantil, la mortalidad materna y la mortalidad general. A medida que se avanzó en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, la fecundidad bajó: para 2019 la tasa de fecundidad llegó a 2,4 hijos/as por mujer.

El promedio de esperanza de vida a nivel mundial para 2018 ascendió a 72,5 años para la población general, siendo para los varones de 70,3 años y para las mujeres de 74,8 años. La mayor esperanza de vida la encontramos en las mujeres de Japón, que viven en promedio 87,3 años (84,2 años para la población general), mientras que la mayor esperanza de vida en los varones se observa en Islandia, que asciende a los 81,3 años (Banco Mundial, 2018). La EVN también se relaciona con el nivel económico de un país o región, es así que para los países de ingresos altos, la EVN promedio en 2019 era de 81 años; de ingresos medianos, 72 años y de ingresos bajos, 64 años. España presentó en 2019 una EVN de 83 años junto con Francia y Reino Unido; Portugal de 81 años.

El aumento de la EVN se relaciona con la baja de la mortalidad; a nivel mundial bajó en proporciones importantes, si tomamos los periodos de la segunda mitad del siglo XX al momento actual. En 1960 la mortalidad ascendía a 17,7 cada 1000 personas; en 2019, descendió a 5,5. A mayor desarrollo económico de un país, habrá mayor esperanza de vida y, por ende, aumentará la cantidad de personas mayores, constituyendo una sociedad más envejecida. Por ello, el concepto de sociedades envejecidas debe ser considerado un logro de la humanidad.

En el informe “Perspectivas de población mundial” (2019) Naciones Unidas estima que la cantidad de personas de 60 años o más, a nivel mundial, ascendería a 1.049 millones para 2020. Según el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2015, el 60% de las personas mayores vive en países en vías de desarrollo y ese porcentaje llegaría al 70% en 2020.

Otro dato importante a tener en cuenta es que, en 2018, por primera vez, las personas de 65 años o más superaron el número de los niños/as menores de cinco años en todo el mundo, por lo tanto, hay un cambio en la mirada de la política pública -sin dejar de atender las situaciones de los niños y las niñas-, por la cual se debe hacer énfasis en aquellas políticas que favorezcan la vida de las personas mayores.

Dentro del grupo de personas mayores, el que más crece es el grupo de 80 años y más. A nivel mundial, casi se triplicó entre 1990 y 2019, pasando de 54 millones a 143 millones. Se proyecta que se triplicará, nuevamente, entre 2019 y 2050 para llegar a 426 millones, lo que implica que los servicios de cuidados en este grupo etario tomen una particular relevancia. (World Population Ageing, 2019).

El envejecimiento de la población es una de las cuatro “megatendencias” que caracterizan a la población mundial de hoy: crecimiento demográfico, envejecimiento de la población, urbanización y migración internacional, que debemos tener presentes en las próximas décadas para el desarrollo sostenible de la población (World Population Ageing, 2019).

Si el envejecimiento es un logro de la humanidad, las personas mayores no deben ser consideradas una carga, sino una gran oportunidad para aprovechar el capital social que representan las personas con experiencia, insertas en sociedades maduras y justas.

Situación de las personas mayores en la región

El envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe (ALC) es un tema de vital importancia. Entre 1950 y 2010, la proporción de población de 60 años o más aumentó del 5,6% a 10,2% en América del Sur (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2012). Según la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) en América Latina y el Caribe, en 2020, las personas de 60 años y más ascendían a 85 millones. En los últimos 60 años el promedio de vida de la población de América Latina y el Caribe aumentó 22,5 años. La esperanza de vida promedio para la región en el período 2015-2020 es de 75,2 años, siendo para el varón de 72,6 y para la mujer de 78,5 años (Observatorio Demográfico CEPAL, 2020), aunque la esperanza de vida difiere entre los distintos países. Bolivia presenta una EVN de 72 años; Brasil, de 76 años; Chile y Costa Rica, de 80 años; Colombia, de 77 años; Cuba, de 79 años; Ecuador, de 77 años; El Salvador, de 73 años; Haití, de 64 años; Honduras, de 75 años; México, 75 años; Perú, de 77 años; República Dominicana, de 74 años; y Venezuela, de 72 años.

Sin embargo, la pandemia de COVID-19 puso en riesgo los años ganados en la EVN. El informe de la CEPAL sobre “Mortalidad por COVID-19, Evidencias y escenarios” plantea que si la prevalencia del virus en la región (ALC) es del 5%, los países pueden perder entre 0,3 a 0,7 años de esperanza de vida. Si la prevalencia fuera del 10%, el rango de años de esperanza de vida perdidos sería de 0,7 a 1,4 y si esta fuese del 50%, podrían perderse entre 2,8 a 6 años de vida (Observatorio Demográfico, 2020). El mismo informe indica que los casos acumulados en la Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Costa Rica se encuentran entre el 2% y el 3% en relación con su población total.

Las personas mayores en la Argentina

La República Argentina es hoy uno de los países más envejecidos de la región, teniendo en cuenta el concepto de transición demográfica. Según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), la población de 60 años y más llega a 7.279.394 en 2021, lo que representa el 15,9% de la población total. Podemos clasificar a las sociedades de acuerdo a la proporción de personas mayores que existen en la población general de la siguiente manera:

- 1. Envejecimiento incipiente: la población mayor no excede el 7% de la población total.
- 2. Envejecimiento moderado: del 7 al 9,5% de la población total presenta 60 años o más.
- 3. Envejecimiento moderadamente avanzado: hasta el 14% de su población.
- 4. Envejecimiento muy avanzado: por encima del 14% (Amaro, S., Roqué, M., 2015).

Envejecimiento poblacional: La población mayor crece a un ritmo más acelerado que la población total.

Tabla N°1: Crecimiento de la población total de Argentina en relación con la población de 60 años o más.

AÑO	POBLACIÓN TOTAL	POBLACIÓN DE 60 AÑOS O MÁS
2010	40.788.453	5.771.696
2015	43.131.966	6.416.920
2020	45.376.763	7.130.382
2021	45.808.747	7.279.394
2025	47.473.760	7.882.069
2030	49.407.265	8.653.894
2035	51.177.087	9.644.104
2040	52.778.477	10.870.882

Fuente: Proyecciones demográficas INDEC.

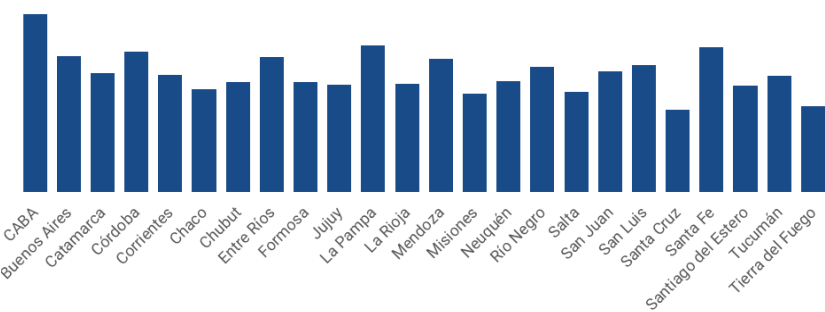
Todas las provincias se encuentran envejecidas, incluidas las de la Patagonia Sur. La jurisdicción más envejecida es la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), que presenta un 21,5% de su población con 60 años o más. Le sigue La Pampa con un 17,7%, luego Santa Fe con un 17,5%, Córdoba con un 16,9% y Buenos Aires con un 16,4%.

PROVINCIA	POBLACIÓN TOTAL	POBLACIÓN MAYOR (60+)	
		TOTAL	ENVEJECIMIENTO
Total del país	45.808.747	7.279.394	15,9%
CABA	3.078.836	663.062	21,5%
Buenos Aires	17.709.598	2.901.985	16,4%
Catamarca	418.991	59.727	14,3%
Córdoba	3.798.261	641.717	16,9%
Corrientes	1.130.320	159.245	14,1%
Chaco	1.216.247	151.185	12,4%
Chubut	629.181	83.871	13,3%
Entre Ríos	1.398.510	227.932	16,3%
Formosa	610.019	80.851	13,3%
Jujuy	779.212	101.249	13,0%
La Pampa	361.394	63.843	17,7%
La Rioja	398.648	52.293	13,1%
Mendoza	2.010.363	323.764	16,1%
Misiones	1.274.992	151.721	11,9%
Neuquén	672.461	90.107	13,4%
Río Negro	757.052	114.065	15,1%
Salta	1.441.988	174.447	12,1%
San Juan	789.489	115.316	14,6%
San Luis	514.610	78.785	15,3%

Santa Cruz	374.756	37.156	9,9%
Santa Fe	3.563.390	621.820	17,5%
Santiago del Estero	988.245	127.141	12,9%
Tucumán	1.714.487	239.708	14,0%
Tierra del Fuego	177.697	18.404	10,4%

Fuente: Proyecciones demográficas INDEC.

Gráfico N°1: Porcentaje de la población de 60 años y más por provincia.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de INDEC.

Feminización de la vejez: existe una clara feminización en la vejez, dado que las mujeres representan un 57% (4.153.225) de la población de 60 años y más, y a medida que la edad avanza, la proporción se va elevando (proyección 2021, INDEC). El fenómeno se observa en todas las jurisdicciones provinciales; la que mayor proporción de mujeres presenta es CABA con un 61%, le siguen Santa Fe (58%), Córdoba (57,5%), Buenos Aires (57,3%) y Entre Ríos (57,2%).

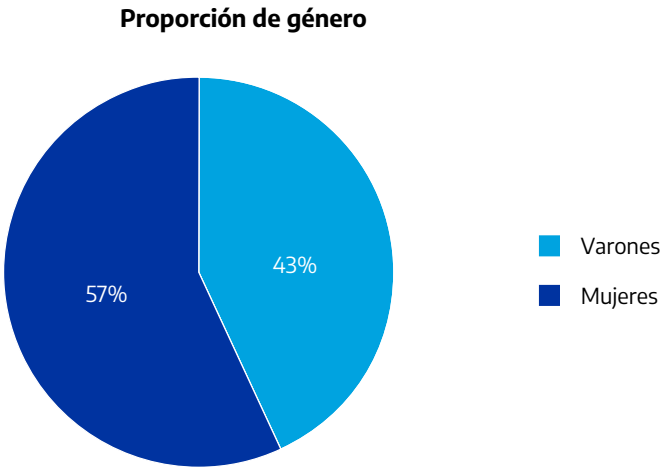
**Tabla N° 3: Proporción de mujeres
y varones de 60 años y más en Argentina.**

PROVINCIA	% V	% M
Total, país	42,9%	57,1%
CABA	38,8%	61,2%
Buenos Aires	42,7%	57,3%
Catamarca	45,7%	54,3%
Córdoba	42,5%	57,5%
Corrientes	45,1%	54,9%
Chaco	44,9%	55,1%
Chubut	45,0%	55,0%
Entre Ríos	42,8%	57,2%
Formosa	46,5%	53,5%
Jujuy	44,4%	55,6%
La Pampa	45,4%	54,6%
La Rioja	45,9%	54,1%
Mendoza	43,2%	56,8%
Misiones	46,5%	53,5%
Neuquén	45,3%	54,7%
Río Negro	45,9%	54,1%
Salta	44,9%	55,1%
San Juan	43,4%	56,6%
San Luis	44,9%	55,1%
Santa Cruz	47,6%	52,4%
Santa Fe	42,0%	58,0%
Santiago del Estero	45,8%	54,2%

Tucumán	44,2%	55,8%
Tierra del Fuego	49,5%	50,5%

Fuente: Proyecciones demográficas INDEC.

Gráfico N°2: Porcentaje de la población de 60 años y más por género.

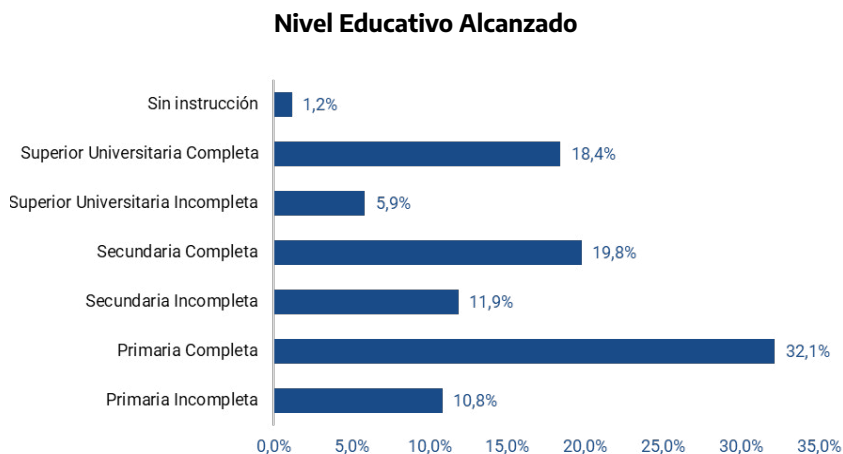


Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de Encuesta Permanente de Hogares (EPH), 4º trimestre, 2020.

Esperanza de vida: como vimos, el envejecimiento poblacional se debe a la esperanza de vida al nacer (EVN), que en Argentina es de 78,15 años, siendo de 81,4 años para las mujeres y de 74,9 años para los varones. Se proyecta que para el 2040 la EVN sea de 81,58 para ambos sexos, 84,7 para mujeres y 78,4 para varones (Estimaciones y proyecciones de INDEC, 2010).

Educación: el nivel de escolaridad de las personas mayores es bajo, dado que el 55% no logró completar la secundaria, y solo el 18% presenta el nivel universitario completo (EPH 4º trimestre 2020, INDEC).

Gráfico N°3: Nivel Educativo alcanzado por las personas de 60 años y más en Argentina para ambos sexos.



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de Encuesta Permanente de Hogares (EPH), 4º trimestre, 2020.

Las personas mayores representan el grupo con mayor analfabetismo, con un 1,3%, mientras que el grupo de 10 a 24 años presenta el 0,7% y el de 25 a 59 años el 0,6%. Del total de personas mayores analfabetas, las mujeres corren con desventaja, dado que representa el 55,3% (EPH, 4º trimestre, 2020).

Estado civil: casi la mitad de las personas mayores se encuentran casadas (46%), y una de cada cuatro son viudas (23%). El 11% están separadas o divorciadas, igual que en unión de hecho (11%) y solteras, el 9% (EPH, 4º trimestre 2020). En referencia a la viudez, las mujeres representan una proporción 3 veces mayor a la de los varones: un 33% de las mujeres son viudas, mientras que solo el 9% de los varones lo es (EPH, 4º trimestre, 2020).

Cobertura en salud: el 84% de las personas mayores poseen alguna obra social; el 3,2%, prepaga, mutual o servicio de emergencia; el 0,4%, planes y servicios

públicos; el 4,6%, más de una cobertura y el 7,4% no paga ningún seguro ni le descuentan (EPH, 4º trimestre, 2020). Como se puede observar, la cobertura en salud de las personas mayores es alta (92%), más alta en las mujeres (95%) que en los varones (89%).

Instituciones que trabajan la temática de la vejez

En nuestro país existen varias instituciones que se encargan de la temática de la vejez y el envejecimiento:

1. Ministerio de Desarrollo Social, a través de su Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores.
2. Ministerio de Salud, con su Dirección de Personas Adultas y Mayores.
3. El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, más conocido como PAMI (Programa de Atención Médica Integral).
4. La Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES).
5. La Secretaría de Derechos Humanos.

Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP)

El INSSJP, más conocido con la sigla PAMI (Programa de Atención Médica Integral), es una obra social que representa el seguro de salud más grande de Latinoamérica. Cuenta con 4.935.778 de personas afiliadas, de las cuales 4.400.377 (90%) tienen 60 años o más, lo que significa un 60,4% de la población mayor del total del país (7.279.394).

Del total de personas afiliadas a PAMI el 63% son mujeres y el 37% varones. En 2020 se implementaron varias medidas tendientes a mejorar su calidad de vida, como la política de medicamentos gratuitos, a la cual acceden más de 3,5 millones de personas.

También se instrumentó la receta electrónica y la telemedicina para disminuir la exposición al contagio de COVID-19. Por otra parte, para dar respuesta inmediata a la atención de la pandemia se ampliaron las camas de terapia intensiva, se pusieron en marcha dos hospitales nuevos en Ituzaingó y Esteban Echeverría y cuatro centros COVID-19. En lo referente a las personas institucionalizadas, se llevó adelante el programa “Residencias Cuidadas”, mediante el cual se brindó una atención especial y personalizada a las personas que viven en residencias de larga estadía (RLE). Por otra parte, para acompañar a las personas mayores en sus casas y combatir el aislamiento y la soledad, se desarrolló el programa PAMI Comunidad, que contó con 15.000 voluntarios, y una página web para acercar actividades de autocuidado de la salud de manera virtual.

Conceptos básicos de vejez y envejecimiento

Vejez

Comenzaremos conceptualizando a la vejez como la última etapa del curso de vida, es decir, la vejez como una cuestión de edad.

Edades

La edad puede definirse de varias maneras. Cuando nos referimos a los años transcurridos en la vida de una persona, hablamos de la **edad cronológica**, que significa solamente el paso del tiempo. La edad cronológica sirve para establecer responsabilidades (votar, contraer matrimonio, trabajar, etc.) y derechos (jubilación, prestaciones gerontológicas, asistencia geriátrica, etc.), en definitiva, quiénes entran o no en una política pública.

Cuando hablamos del envejecimiento de los órganos, hablamos de la **edad fisiológica**, conocida también como la edad biológica, que nos orienta sobre la necesidad de apoyo y cuidado de una persona mayor. La edad fisiológica indica el funcionamiento orgánico; de acuerdo con ella, las personas mayores necesitan más o menos apoyos para realizar las actividades de la vida diaria, tales como comer, vestirse, utilizar los sanitarios, salir de su casa, manejar el dinero, entre otras.

Por eso, en el campo gerontológico importa más esta edad que la cronológica.

Otro aspecto que define la edad de una persona es la **edad psicológica**, que está relacionada con los efectos psicológicos que el paso de los años representa para cada individuo.

Finalmente, la que define los roles de las personas mayores en el contexto de cada cultura o sociedad es, sin duda, la **edad social** (Huenchuan, 2006; Roqué y Fassio, 2012), porque se relaciona con el “abuelazgo”, rol que se suele asignar a las personas mayores de manera incorrecta. No obstante, como se trata de una construcción social, podemos cambiarla y demostrar que las personas mayores tienen una multiplicidad de roles como las personas de cualquier otro grupo etario.

En el siglo XIII, la entrada a la categoría de persona mayor era a los 30 años; en el siglo XVIII, a los 40. Entonces, la pregunta que debemos hacernos en la actualidad es: **¿a qué edad se es ahora una persona adulta mayor?**

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (CIDHPM) define a las personas mayores como aquellas de 60 años o más. A su vez, la Organización de Naciones Unidas (ONU) estableció que la edad de inicio para pertenecer al grupo de “personas mayores” es de 65 años en los países desarrollados y de 60 años en los países en vías de desarrollo. La diferencia en la entrada a este grupo a partir de los 60 o de los 65 años se debe a la esperanza de vida de los países o regiones.

Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso largo, irreversible, que comienza cuando nacemos y finaliza con la muerte. La CIDHPM define al envejecimiento como “un proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psico-sociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio”. Teniendo en cuenta este concepto, podemos decir que una niña de 11 años es más vieja que una de 9 años, o que un joven de 20 años es más viejo que uno de 19 años.

Así, se debe señalar que el conocimiento sobre la vejez y el envejecimiento ha estado presente en diversas culturas milenarias, que han construido significados y se han preocupado por entender el envejecimiento. Mientras que en algunos

casos hubo ponderaciones positivas como, por ejemplo, en la cultura hebrea; en otros, la mirada que ha primado ha sido negativa, como en el caso de la civilización griega con su culto y devoción por la juventud, según se puede leer en *El Banquete* de Platón (Dulcey Ruiz y Valdivieso, 2002).

A lo largo de la historia, conforme describen 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, adulto/a mayor y persona mayor. La CIDHPM refiere a personas adultas mayores con el fin de remarcar que son sujetos de derechos y no objetos de las políticas asistenciales. En la dimensión “persona” radica la titularidad de derechos.

El reconocer a las personas de 60 años y más como sujetos de derechos tiene por objeto 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. En adelante, se utilizarán las expresiones “persona mayor” o “personas adultas mayores”, ya que incluyen una perspectiva de género universal, aplicable a todas las personas sin perjuicio de las identidades de género.

Envejecimiento diferencial

El envejecimiento, en términos individuales, se produce de diferentes formas en cada persona. Por lo tanto, la vejez es, probablemente, la etapa en la que las personas se diferencian más entre ellas, debido a la combinación de factores de orden biológico, social, cultural y económico, entre otros, que se entrecruzan a lo largo de la vida. Por ello, es el grupo etario más heterogéneo: nada difiere más de una persona mayor que otra persona mayor. Un ejemplo de esto es la diferencia que se produce entre personas de distintas clases sociales (Dulcey Ruiz, Valdivieso 2002).

Mitos, roles y estereotipos en la vejez

Parece inevitable que la vejez tenga connotaciones negativas que, si bien han existido siempre, van cambiando a lo largo del tiempo, la cultura y la historia. “Los mitos y estereotipos son significados que se sostienen socialmente, aun cuando

no haya criterios que lo validen científicamente” (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales [FLACSO], 2015). El psiquiatra Robert Butler (1969) acuñó el término “edadismo” (traducido por Leopoldo Salvarezza como “viejismo”) para hacer referencia a la discriminación que se ejerce hacia las personas mayores en la sociedad actual. Estas situaciones de discriminación conllevan mitos, roles y estereotipos que las sociedades o culturas le otorgan a la vejez.

¿Cuál es el rol de las personas mayores en las sociedades modernas?

En las sociedades modernas, en las que la productividad de las personas es la que determina su lugar de prestigio en la escala social, las personas mayores no tienen un rol significativo como las personas jóvenes, a quienes se identifica con todos los valores positivos respecto de la fuerza, el dinamismo y la creatividad.

Desde esta perspectiva, las personas mayores no tienen poder social y solo se les reconoce el rol familiar de abuelos o abuelas.

El abuelazgo es un rol que puede darse en distintas etapas del curso de vida, para lo cual es imprescindible tener hijos/as, y que estos/as, a su vez, también tengan descendencia.

Hay personas que han sido abuelas a los 28 años, como es el caso Claudia Sotelo, una ciudadana platense que tuvo su hija a los 14 años, quien a su vez tuvo una hija a los 14 años. Otros/as, en la vejez han sido padres/madres, como el caso de Norman Briski que fue papá de gemelas a los 77 años. Si bien es cierto que son casos excepcionales, lo importante es comprender que la única característica de los abuelos o las abuelas es que tengan nietos o nietas, por lo que no debemos asignar este atributo a alguien solo por el hecho de ser una persona mayor.

La vejez no es sinónimo de abuelazgo, aunque sea la etapa de la vida donde este rol es más frecuente. Las faltas de roles en la vejez corresponden a los imaginarios sociales y no a la capacidad real que tienen las personas mayores, tanto a nivel individual como social. Por lo contrario, la vejez es una etapa para la adquisición de nuevos roles que no pudieron tenerse en edades más jóvenes (OMS, 2015). Las personas mayores tienen multiplicidad de funciones: pueden ser trabajadores/as, militantes sociales, militantes políticos/as, madres, padres, abuelas, abuelos, estudiantes, jubilados/as y varios al mismo tiempo.

A continuación, algunos mitos y estereotipos sobre la vejez

LA VEJEZ ES IGUAL A ENFERMEDAD Y DEPENDENCIA

Desde el siglo XIX, la psicología y la medicina han concebido el hecho de envejecer como el declive de la salud física y psicológica. Hasta 1960 la mayoría de los reportes de profesionales de la medicina, psicología, psiquiatría y trabajo social, entre otros, que hablaban de personas mayores, remitían a personas enfermas e institucionalizadas en Residencias de Larga Estadía u hospitales, pero este grupo correspondía solo al 5% de la población mayor en países desarrollados (Iacub, 2012).

El hecho de que con el proceso de envejecimiento aumente la prevalencia de enfermedades no significa que la mayoría de las personas mayores estén débiles, enfermas o necesiten asistencia permanente para sobrevivir. Por ello, no debemos asociar vejez con enfermedad. Una gran parte de la población mayor, aun cuando presentan enfermedades, sigue participando de la vida familiar o social, de manera

LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS VIVEN EN GERIÁTRICOS

El término “geriátrico” hace referencia a la geriatría, la rama de la medicina que aborda los problemas de salud y enfermedad de las personas mayores. Como vimos anteriormente, no debemos asociar vejez con enfermedad, por lo tanto, desde el campo de la gerontología se propone utilizar el concepto “Residencia de Larga Estadía” (RLE). Los hospitales sí pueden ser geriátricos, debido a que se ocupan del campo de la salud, mientras que las RLE son las casas de las personas mayores, donde viven en comunidad, presentan o no enfermedades. Las RLE deben ser consideradas dentro de los servicios sociales, servicios gerontológicos, no como servicios médicos, y es por eso que el nombre “geriátrico” es incorrecto.

La gerontología es un concepto más amplio que incluye a la geriatría, tiene como objeto de estudio a la vejez y al proceso de envejecimiento desde el punto de vista biológico (geriatría), psicológico y social.

La proporción de personas que viven en RLE en nuestro país es muy baja, solo el 1,3% de la totalidad de personas de 60 años y más (INDEC, 2010). De esta manera, el 98,7% de las personas mayores reside en su domicilio, y la mayoría se encuentra activa y participando de la vida social.

TODAS LAS PERSONAS MAYORES PRESENTAN DETERIORO COGNITIVO

Según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida de las Personas Mayores realizada en 2012, el 75% de las personas de 60 años y más entrevistadas manifestaron tener buena y muy buena memoria, y solo el 25% refirió que era regular o mala. Es cierto que, a mayor edad, la posibilidad de sufrir una demencia es mayor, pero no es cierto que todas las personas mayores padezcan demencias.

A partir de los 50 años se producen los denominados “olvidos benignos” que consisten, básicamente, en olvidar nombres propios, sean de familiares, vecinos o amigos (Iacub, 2012). Es necesario tener en cuenta que hay factores que inciden en la pérdida de memoria, como el tabaco, el alcohol, el estrés, la depresión y la ansiedad, entre otros. Debemos considerar que las personas mayores tienen una reserva cognitiva o plasticidad neuronal que hace que el cerebro posea un potencial muy importante que le permite seguir aprendiendo.

LOS ANCianos SON RÍGIDOS

En primer lugar, hablar de ancianos nos remite a un imaginario social en el que las personas mayores son frágiles, dependientes y no pueden valerse por sí mismas. En la misma palabra “anciano” encontramos una imagen peyorativa de la vejez. Por ello, preferimos utilizar la denominación propuesta por la ONU y por la CIDHPM que es **personas adultas mayores o personas mayores**.

En cuanto a la creencia que afirma que “todos son rígidos”, como toda generalización es incorrecta; podría tratarse de un grupo de personas, pero en relación a sus características particulares. Los rasgos de personalidad se estabilizan con la edad, de tal modo que una persona mayor será más rígida o flexible, según lo haya sido en su juventud y de acuerdo a las circunstancias de su vida. Un ejemplo de adaptación y flexibilidad lo encontramos en el creciente número de personas mayores que usan tecnologías. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) en 2018, ese número asciende al 65% de la población mayor.

SER MAYOR SIGNIFICA SER MENOS FELIZ

Si bien se piensa que la juventud y la adultez son las etapas más felices en la vida de las personas, hay numerosos estudios que manifiestan que la vejez es, para muchos, la etapa de mayor satisfacción vital. Es así que la Encuesta Nacional de Calidad de Vida de los Adultos Mayores (ENCAVIAM), realizada por el INDEC con el asesoramiento de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, en 2012, mostró que más del 90% de las personas de 60 años y más encuestadas manifestaron estar satisfechos con sus vidas. Muchas mujeres mayores refieren que la vejez es su mejor momento, porque ya están liberadas de las responsabilidades familiares, de su pareja, sus hijos, las cuestiones domésticas, el trabajo formal, etc., y pueden dedicarse, por fin, a ser lo que realmente ellas quieren.

Para mí la vejez es una de las épocas más felices de mi vida, porque puedo hacer por fin lo que quiero. En el sentido de que puedo elegir lo que hago. Porque antes tenía obligaciones como cuidar a los hijos, con sus inconvenientes, trabajar durante la juventud. Se me pasaron los años volando, hasta que llegó un momento que dije basta y me dedico a mí misma, y hago lo que quiero. Y gracias a Dios ahora hago lo que quiero (Mujer de 80 años).

LAS PERSONAS MAYORES SON ASEBUADAS

En la sociedad existe la creencia de que al llegar a una determinada edad las relaciones sexuales disminuyen hasta volverse nulas. Sin embargo, los estudios realizados en este campo demuestran cómo la sexualidad y el erotismo siguen estando presentes en gran parte de las personas mayores. La Gerontología moderna sostiene que no solo es posible tener sexo hasta el final de la vida, sino que también constituye una actividad benéfica para un envejecimiento satisfactorio, convirtiéndose en uno de los pilares del envejecimiento activo.

Una encuesta reciente de la University of Michigan reveló que, entre las personas encuestadas el 40% de entre 65 y 80 años dijo que lleva una vida sexual activa. El 72% de las personas entre 65 y 80 años tiene una pareja, y el 54% de este último grupo es sexualmente activo.

En la ENCAVIAM (INDEC, 2012) se realizaron preguntas sobre la sexualidad de las personas mayores; los resultados mostraron que el 85% de los varones y el 73% de las mujeres de 60 años y más manifestaron que era muy importante mantener una vida sexual activa en la vejez.

Pensar que las personas mayores son asexuadas es un mito y un prejuicio, tanto como lo es la creencia de que todos los hombres mayores que se interesan por el sexo o la seducción son “viejos verdes” o que las mujeres mayores que tienen una vida sexual activa e independiente son “viejas locas”.

Dado que la sexualidad en las personas mayores está invisibilizada y cuando se la considera, es desde una perspectiva heteronormativa, las infecciones de transmisión sexual crecen en esta población. Según el Boletín VIH 2020 del Ministerio de Salud de la Nación, los diagnósticos tardíos son superiores en el grupo de personas mayores que en el de los jóvenes. En el 2019, solo el 12,5% de los varones cis de 15 a 19 y el 22% de los de 20 a 24 años tenían diagnóstico tardío, en contraste con el 69,6% de 55 a 64 años y el 58,3% de 65 o más.

Entre las mujeres cis, sólo el 5,3% de las de 15 a 19 y el 15% de las de 20 a 24 años tenían diagnóstico tardío, en contraposición al 50% de las de 55 años o más.

Instrumentos internacionales sobre envejecimiento

El primer tratado internacional en materia de envejecimiento fue el **Plan Internacional sobre Envejecimiento** aprobado en Viena en 1982, en donde tuvo lugar la Asamblea Mundial organizada por Naciones Unidas.

Este Plan, pese a no ser vinculante, dado que era de implementación voluntaria de los Estados, marcó la política gerontológica en varios países del mundo y resultó una hoja de ruta para su diseño e implementación.

Después de 20 años, Naciones Unidas, en la Asamblea General de 2002, realizó una revisión del Plan de Viena y propuso un segundo instrumento: el **Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento de Madrid**, que impulsaba la concreción de cambios en las actitudes políticas y en las prácticas de todos los niveles y en todos los sectores de los países del sistema de ONU.

El nuevo Plan propone la revisión de su cumplimiento en las distintas regiones del mundo cada cinco años, una metodología que no se había expresado con el Plan de Viena. Si bien la aplicación del Plan sigue siendo voluntaria y no vinculante, los países presentan mayor adhesión y se comprometen a monitorear y evaluar su cumplimiento. En efecto, para la región latinoamericana y caribeña, en 2003, en la ciudad de Santiago de Chile, se llevó a cabo la primera Conferencia Regional Intergubernamental sobre el Envejecimiento que reunió a los países de la región y a diferentes organizaciones internacionales (CEPAL, OPS, OIT, BID). En ese encuentro se redactó la **Estrategia Regional sobre el Envejecimiento en América Latina y el Caribe**.

Luego de cinco años, en 2007, los países y las agencias internacionales volvieron a reunirse, esta vez en la ciudad de Brasilia, para analizar el cumplimiento de las medidas y las dificultades en la implementación. Se llegó a la conclusión de la necesidad de contar con un instrumento jurídicamente vinculante, esto significa un compromiso obligatorio para el país que lo ratifica. Se propuso en ese momento la elaboración de una Convención sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores tanto universal, en la ONU, como americana, en la OEA, así como también la designación de un experto independiente, para su seguimiento, por parte del Consejo de Derechos Humanos de la ONU. Esto quedó plasmado en la Declaración de Brasilia.

Grupo de trabajo ONU

Como resultado del trabajo de la delegación argentina presidida por la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores del Ministerio de Desarrollo Social (DINAPAM-MDS) y la Cancillería argentina ante la ONU, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la resolución 65/182 del 21 de diciembre de 2010, con la creación del **Grupo de trabajo de composición abierta sobre el envejecimiento**.

Este grupo, presidido hasta la fecha por la República Argentina, fue establecido con el propósito de aumentar la protección de los derechos humanos de las personas mayores y realizar un análisis del marco internacional vigente que permita determinar sus posibles deficiencias y la mejor forma de subsanarlas, incluso estudiando la viabilidad de crear nuevos instrumentos y medidas, cuando corresponda. Hasta 2021 la Organización de las Naciones Unidas no ha podido consensuar la aprobación de un documento que sirva para discutir una Convención sobre personas mayores.

Experto/a independiente

El 27 de septiembre de 2013 el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, en su vigesimocuarta sesión ordinaria (celebrada del 9 al 27 de septiembre), adoptó por consenso la resolución (A/HRC/24/L.37/Rev.1) que creó la figura del “**experto independiente**” para el disfrute de todos los derechos humanos por parte de las personas mayores. Tiene como función indagar acerca de cuál es la situación de las personas mayores y presentar un informe anual en las sesiones del Consejo. En este momento la titularidad la ejerce Claudia Mahler, austríaca que se ha desempeñado en el Instituto Alemán de Derechos Humanos.

Organización Mundial de Salud (OMS)

La OMS cuenta con varios instrumentos y resoluciones a favor de las personas de edad:

- 1. Plan de acción sobre la salud de las personas mayores, incluido el envejecimiento activo y saludable:** En la 49ª reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud se propone el Plan de Acción donde se definen prioridades para el período 2009-2018.

La estrategia se fundamentó en los valores explícitos de los Principios de las Naciones Unidas a Favor de las Personas de Edad, los cuales son: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad.

En el plan se identifican cuatro áreas interdependientes:

- a. Salud de las personas mayores en las políticas públicas.
- b. Idoneidad de los sistemas de salud para afrontar los retos asociados con el envejecimiento de la población.
- c. Capacitación de los recursos humanos necesarios para afrontar este reto.
- d. Creación de capacidad destinada a generar la información necesaria para ejecutar y evaluar las acciones que mejoren la salud de la población mayor.

Es importante conceptualizar el Envejecimiento Activo. La OMS lo define como “el proceso de optimización de oportunidades para la salud, la participación y la seguridad que permitan garantizar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen” (OMS, 2002). Este concepto refuerza la idea de la participación continuada de la persona en la vida social, económica, cultural, espiritual y ciudadana.

- 2. Estrategia y plan de acción mundial sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020:**

El objetivo es orientar acciones hacia un mundo en el que todas las personas puedan disfrutar de una vida prolongada y sana. La 67ª Asamblea Mundial de la Salud que se realizó en mayo del 2014 solicitó al Director General que se pusiera en marcha una consulta con los Estados miembros para desarrollar una estrategia y un plan de acción mundial integral sobre el envejecimiento y la salud, para someterlos a la consideración del Consejo Ejecutivo en enero de 2016 y de la 69ª de

la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2016. Esta fue elaborada mediante un amplio proceso de consultas, tomando como base fundamental el Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, publicado en 2015.

La Estrategia hace énfasis en la importancia de promover el envejecimiento saludable como prioridad de salud pública y el compromiso de los Estados miembros para que den respuestas de políticas públicas sostenibles y fundadas en datos científicos. Refuerza enfoques existentes, tales como el acceso universal a la salud, la importancia de los determinantes sociales de la salud, la prevención de la violencia, la lucha contra las enfermedades no transmisibles, la discapacidad, las ciudades amigables para las personas mayores, el fortalecimiento de los recursos humanos para la salud, los cuidados a largo plazo centrados en la persona, los cuidados de las personas con demencia y los cuidados paliativos. La Estrategia parte del supuesto que envejecer es bueno y que la sociedad es mejor por tener personas mayores, haciendo hincapié en todo lo que las mismas aportan en el desarrollo social y económico de una ciudad, de un país o de una región. Este enfoque se basa en la promoción de la capacidad de las personas mayores para efectuar múltiples contribuciones en un entorno que respete la dignidad y los derechos humanos de las personas, combatiendo la discriminación por motivos de edad y de género, entre otros.

Los Principios Rectores de la Estrategia son:

- Los derechos humanos, en particular, el derecho de las personas mayores a la mejor salud posible, y a ejercerlo de forma responsable y progresiva;
- La igualdad entre hombres y mujeres;
- La igualdad y no discriminación, especialmente por razones de edad;
- La equidad (igualdad de oportunidades respecto de los determinantes de un envejecimiento saludable que no refleje la condición social o económica, el lugar de nacimiento o residencia ni ningún otro determinante social);
- La solidaridad intergeneracional (que permita la cohesión social entre las generaciones)

La Estrategia también tiene una visión, objetivos y metas a complementar al 2020:

Decenio del Envejecimiento Saludable 2020-2030: entre el 9 de julio y el 8 de septiembre de 2019, la OMS realizó a través de su página web una consulta llamando a participar a la sociedad civil, los organismos internacionales, los profesionales, las instituciones académicas, los medios de comunicación y el sector privado para analizar, revisar y comentar un documento denominado “Borrador cero de la propuesta para el Decenio del Envejecimiento Saludable”. El documento se divide en cuatro secciones:

Sección 1: Actuaciones concertadas y sostenidas para un nuevo contexto

Sección 2: Visión, valor añadido y principios

Sección 3: Ámbitos de actuación

Sección 4: Alianzas para el cambio

La OMS define el Envejecimiento Saludable como “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. La capacidad funcional consiste en tener los atributos que permiten a todas las personas ser y hacer lo que para ellas es importante”.

El Decenio del Envejecimiento Saludable (2020-2030) permite a los gobiernos planear políticas públicas en 10 años, a fin de mejorar las vidas de las personas mayores, sus familias y las comunidades en las que viven.

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible

La Agenda 2030 es un plan mundial en favor de la dignidad, la paz y la prosperidad para las personas y el planeta. Fue aprobada el 15 de septiembre del 2015 por resolución 70/1 de la Asamblea General de Naciones Unidas, bajo el lema “Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”. Propone una mirada humanística y plural y se plantea una serie de desafíos que deberán lograrse para 2030. Los 193 Estados de Naciones Unidas expresaron:

Estamos resueltos a liberar a la humanidad de la tiranía de la pobreza y las privaciones y a sanar y proteger nuestro planeta. Estamos decididos a tomar las medidas audaces y transformativas que se necesitan urgentemente para reconducir al mundo por el camino de la sostenibilidad y la resiliencia. Al emprender juntos este viaje, prometemos que nadie se quedará atrás.

La Agenda 2030 es una herramienta de planificación mundial que incluye 17 Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS) y 169 metas, que deben ser adaptadas por las regiones y los países.

El ODS 3 plantea “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos a todas las edades” y presenta varias metas. La cuarta meta propone que en el 2030 se reduzca en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles, mediante su prevención y tratamiento y promover la salud mental y el bienestar. Las muertes prematuras se relacionan con las Enfermedades Crónicas No transmisibles.

Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores

El 15 de junio de 2015, Día Mundial de la toma de conciencia contra el abuso y maltrato en la vejez, la Asamblea General de la OEA aprobó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (CIDHPM), primer instrumento internacional de carácter vinculante orientado a la protección específica de los derechos de las personas mayores.

El gobierno argentino lideró el proceso durante todos los años que duró la negociación (2010-2015), junto con Uruguay, Chile, Brasil y Costa Rica. El Ministerio de Desarrollo Social ejerció la presidencia de la delegación argentina, a través de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, dependiente de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Se formó un grupo de trabajo junto con Cancillería, ANSES, PAMI, Derechos Humanos y el Consejo Federal de Mayores (las direcciones provinciales vinculadas a la temática, las organizaciones de mayores, las sociedades científicas, entre otros).

La Convención plantea un nuevo enfoque: el de los Derechos Humanos.

El objetivo de la Convención es: “Promover, 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 con su plena inclusión, integración y participación en la sociedad”.

¿Qué significa el enfoque de derechos?

Se trata de la modificación de la lógica en la elaboración de los programas, las leyes y las políticas, pasando de una perspectiva asistencialista –que parte de las necesidades de la población mayor, las carencias y las dádivas del Estado– a otra perspectiva que considera a las personas como sujetos de derechos que obligan al Estado y a la sociedad a garantizar sus derechos sociales, civiles, políticos, económicos y culturales.

¿Cuáles son las ventajas de tener la Convención?

- Determina estándares de protección más específicos y adecuados que los existentes antes de ella.
- Define “persona mayor” a aquella de 60 años o más.
- Establece la prohibición de la discriminación por edad en la vejez.
- Establece la prohibición de la discriminación por género, diversidad sexual o identidad de género.

Además:

- Promueve, protege y asegura el pleno goce y ejercicio de los derechos y fomenta un envejecimiento activo en todos los ámbitos.

- Se pronuncia contra los estereotipos y prejuicios que ocasionan prácticas de exclusión y discriminación.
- Establece el acceso a los servicios de cuidados paliativos.
- Determina obligaciones para los Estados Parte respecto a generar mecanismos para la atención preferencial, acceso universal, equitativo y oportuno.
- Consagra el derecho a brindar consentimiento libre e informado en materia de salud.

Basándose en el enfoque de Derechos, Sandra Huenchuan (2011) propone analizar el paradigma tradicional en contraposición al paradigma de los Derechos Humanos de las personas mayores.

PARADIGMA TRADICIONAL	PARADIGMA DE DERECHOS HUMANOS
Las personas mayores son concebidas como beneficiarias de la asistencia social .	Las personas mayores son concebidas como sujetos de derecho .
Se reproducen prácticas heterónomas .	Se impulsan procesos de autonomía .
Los roles sociales que pueden desempeñar son restringidos .	Tienen oportunidades para desarrollarse como personas individuales y contribuir a su sociedad .
Se aplica una perspectiva homogeneizante sin considerar las bases de diferenciación social.	Se promueve un tratamiento especial en razón de la edad.
La igualdad formal no considera que la edad pueda dificultar el disfrute de los derechos.	Se busca eliminar las barreras jurídicas, institucionales y físicas que limitan la igualdad en la vejez.
Se produce una segregación generacional en la vida privada y pública.	Se fomenta la solidaridad generacional como un proyecto de largo plazo.

A continuación, analizaremos los estereotipos implícitos en la perspectiva tradicional:

1. **“Beneficiario”:** La utilización de esta palabra se vincula a las sociedades de beneficencia, en las que se les otorgaban dádivas a las personas, a modo de compensación humanitaria o religiosa por las condiciones desfavorables de vida. Desde el paradigma de los Derechos Humanos las personas son concebidas como titulares de derecho, es decir, sujetos de pleno derecho, con las garantías del Estado de su goce y ejercicio.

2. Las personas mayores realizan prácticas heterónomas. La heteronomía es la aceptación, por parte de una persona, de normas impuestas por la sociedad, que se acatan con cierto grado de indiferencia o contra la propia voluntad. Por ejemplo, las siguientes preguntas suelen formularse a personas mayores que intentan evadir la heteronomía:

- ¿A tu edad te vas a enamorar?
- ¿A tu edad vas a trabajar?
- ¿A tu edad vas a tener pareja?
- ¿A tu edad vas a estudiar?
- ¿A tu edad vas a competir en un deporte?

Lo contrario de la heteronomía es la autonomía, la que se define como la capacidad del individuo para hacer elecciones, tomar decisiones y asumir sus consecuencias. En el artículo 7 de la Convención se plantea el “Derecho a la independencia y a la autonomía”.

No se pierde la capacidad de decidir por cumplir determinada edad, de lo contrario, se está violando un derecho fundamental de las personas mayores.

3. Con respecto a los roles restringidos, como ya vimos, se les asigna el rol de abuelos y abuelas o el de jubilados y jubiladas únicamente.
4. El paradigma tradicional considera a todas las personas mayores iguales, las homogeniza, sin tener en cuenta el **envejecimiento diferencial**. No hay una persona mayor igual a otra, dado que existen diferencias en las historias de vida, las condiciones económicas, la cultura, la educación, el acceso a la salud, entre otras.
5. El paradigma tradicional no tiene en cuenta los contextos que generan desigualdades y el concepto de igualdad planteado en varios instrumentos vinculantes no se condice con la realidad. Existe una brecha entre la **igualdad formal** y la **igualdad real**. El paradigma de los Derechos Humanos trabaja sobre la forma de eliminar estas barreras, para que todas las personas, sin importar la edad, su condición económica, social, cultural, orientación sexual, género, identidad sexual, etc., accedan a los mismos derechos.

La Convención, en su artículo 5 “Igualdad y no discriminación por razones de edad”, prohíbe expresamente esta discriminación. El abordaje desde un paradigma de los Derechos Humanos resulta fundamental en un momento histórico, en el cual el ejercicio de los derechos de las personas mayores se ha puesto en cuestión, a nivel mundial, por la pandemia de COVID-19.

El paradigma tradicional conlleva estereotipos negativos, que generan discriminación por edad. Según el Informe Mundial sobre Edadismo (OMS, 2020), una de cada dos personas en el mundo discrimina a las personas mayores. En relación con el sistema de salud, ya quedó comprobado en la pandemia de COVID-19, el modo de proceder de muchos países desarrollados que les negaron atención a las personas mayores. La discriminación en el sistema de salud se asocia a una menor esperanza de vida, a una salud física y mental más deficiente, a una recuperación más lenta de la discapacidad y a un deterioro cognitivo.

Se las excluye de las investigaciones y las estadísticas (Informe Mundial sobre el Edadismo), así como se las discrimina, mediante actitudes y prácticas viejistas, que producen aislamiento, soledad y mayores niveles de violencia. La OMS plantea que cerca de un 16% de las personas de 60 años o más han sido víctimas de maltrato, lo que implica 160 millones de personas de esa edad por año. Reemplazar el paradigma tradicional equivale a combatir el maltrato hacia las personas mayores.

¿Cuál es el estado de la Convención en los países de la región?

Hasta la fecha ocho países han ratificado la Convención: Argentina, Chile, Uruguay, Costa Rica, Bolivia, Ecuador, Perú y El Salvador. Es decir, que en estos ocho países tiene un rango supralegal, por lo que puede ser invocada para la resolución de situaciones legales por parte del sistema judicial de estos países. Ya hay fallos a favor de personas mayores, que se han resuelto con la aplicación de artículos de la Convención.

Sin embargo, se requiere la ratificación de diez países para que comience a funcionar el comité de seguimiento.

Mecanismo de seguimiento

La Convención prevé dos órganos de seguimiento sobre su cumplimiento: la Conferencia de Estados Parte y el Comité de Expertos.

La Conferencia de Estados Parte es el órgano principal del mecanismo de seguimiento y está integrada por los Estados Parte que ratifiquen la convención. Tiene entre sus funciones:

- a. Dar seguimiento al avance de los Estados Parte en el cumplimiento de los compromisos emanados de la presente Convención.
- b. Elaborar su reglamento y aprobarlo por mayoría absoluta.
- c. Dar seguimiento a las actividades desarrolladas por el Comité de Expertos y formular recomendaciones con el objetivo de mejorar el funcionamiento, las reglas y procedimientos del Comité.
- d. Recibir, analizar y evaluar las recomendaciones del Comité de Expertos y formular las observaciones pertinentes.
- e. Promover el intercambio de experiencias, buenas prácticas y la cooperación técnica entre los Estados Parte con miras a garantizar la efectiva implementación de la presente Convención.
- f. Resolver cualquier asunto relacionado con el funcionamiento del mecanismo de seguimiento.

El Comité de Expertos está integrado por expertos y expertas designadas por cada uno de los Estados Parte en la Convención. Tiene las siguientes funciones:

- a. Colaborar en el seguimiento del avance de los Estados Parte en la implementación de la presente Convención, siendo responsable del análisis técnico de los informes periódicos presentados por los Estados Parte. A tales efectos, los Estados Parte se comprometen a presentar un informe al Comité de Expertos con relación al cumplimiento de las obligaciones contenidas en la presente Convención, dentro del año siguiente de haberse realizado la primera reunión. De allí en adelante, los Estados Parte presentarán informes cada cuatro años.
- b. Presentar recomendaciones para el cumplimiento progresivo de la Convención sobre la base de los informes presentados por los Estados Parte de conformidad con el tema objeto de análisis.

- c. Elaborar y aprobar su propio reglamento en el marco de las funciones establecidas en el presente artículo.



En conclusión

Vivimos en una sociedad envejecida producto de los avances de las políticas sociales y de la ciencia. La Argentina es uno de los países más envejecidos de la región de América Latina y el Caribe. En los últimos años se ha avanzado sobre la concepción de la vejez y el envejecimiento, planteando en el siglo XXI la incorporación del paradigma de los Derechos Humanos en el grupo de las personas mayores. Existen varios instrumentos internacionales para la planificación de la política pública en la vejez: los más actuales son la Agenda 2030 y la Convención.

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, como instrumento jurídicamente vinculante a nivel regional, combate la discriminación, la violencia y los maltratos; a su vez, genera derechos nuevos como los cuidados a largo plazo, el derecho a la vida y la dignidad en la vejez y la promoción de la autonomía. Es la herramienta para construir este nuevo paradigma.

Erradicar el viejismo y promover la igualdad implica una tarea que nos involucra a todos y a todas individualmente y como parte del Estado, las instituciones, la comunidad y la familia.

Las personas mayores tienen derecho a una vida sin ningún tipo de violencia, a recibir un trato digno y a ser respetadas y valoradas, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la cultura, la religión, la opinión política, la identidad cultural, la posición socio-económica, la discapacidad, la orientación sexual, el género, la identidad de género y su contribución económica (CIDHPM).

En los próximos módulos retomaremos muchos de estos conceptos para implementarlos en diferentes ámbitos y disciplinas que confluyen en la Gerontología Comunitaria.

Bibliografía

Amaro, S. y Roqué, M. (2015). “Los Desafíos del Envejecimiento. Políticas Públicas y Envejecimiento”, en 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. Santiago de Chile: FLACSO. Disponible en <https://www.algec.org/biblioteca/POLITICAS-PUBLICAS-VEJEZ.pdf>

BLANCO, M. (2011). “El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo”, Revista Latinoamericana de Población, vol. 5, núm. 8. Asociación Latinoamericana de Población Buenos Aires. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323827304003>.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2020). Observatorio Demográfico. Disponible en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/tipo/observatorio-demografico-america-latina>.

Convención Interamericana Sobre La Protección De Los Derechos Humanos De Las Personas Mayores. Disponible en http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf

Esperanza de vida al Nacer. Banco Mundial. Disponible en <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.FE.IN>

Huenchuan, S. (2011). Los derechos de las personas mayores. Módulo I, Santiago de Chile: CEPAL. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/21497>

Huenchuan, S. (2012). “Igualdad y universalidad de los derechos humanos en contexto de envejecimiento”, Los derechos de las personas mayores en el siglo XXI: situación, experiencias y desafíos. México, DF: CEPAL. Disponible en https://www.algec.org/biblioteca/Derechos_Foro_Mexico.pdf

Iacub, R. (2011). El poder en la vejez. Buenos Aires: PAMI.

IMSERSO (2009). Boletín de Envejecimiento N° 40. Edadismo en Estados Unidos. Disponible en <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/boletinopm40.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2012). Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores. Serie Estudios.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos Nº 46. Buenos Aires, Argentina. Disponible en <https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2020). Encuesta Permanente de Hogares, cuarto trimestre del 2020.

Ministerio de Salud de la Nación (2020). Boletín Nº 37 Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina.

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-sobre-el-vih-sida-e-its-en-la-argentina-ndeg-37>

Organización Mundial de la Salud (2009). Plan de acción sobre la salud de las personas mayores, Incluido el envejecimiento activo y saludable: Informe final. https://www.fiapam.org/wp-content/uploads/2014/11/plan_de_accio_n_sobre_la_salud.pdf

Organización Mundial de la Salud (2016). Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R3-sp.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (2020). Década del Envejecimiento Saludable. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020rev-es.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true

Organización Mundial de la Salud (2020). Informe mundial sobre el edadismo. Disponible en <https://www.who.int/es/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>

Organización de las Naciones Unidas. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>

Organización de las Naciones Unidas (2019). Perspectiva de la población mundial. Disponible en <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>

Roqué, M. (2012). “De la necesidad y fundamento de un tratado internacional sobre personas mayores”, Los derechos de las personas mayores en el siglo XXI: situación, experiencias y desafíos. México, DF: CEPAL. Disponible en https://www.algec.org/biblioteca/Derechos_Foro_Mexico.pdf

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2020). World Population Ageing 2019 (ST/ESA/SER.A/444). Disponible en <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf>

Derechos Humanos de las personas mayores.

Actualización de contenidos en Gerontogeriatría para equipos de salud.

CAPÍTULO 2:

De la violencia al empoderamiento de las personas mayores

Dr. Ricardo Iacub

Doctor en Psicología por la Universidad de Buenos Aires. Profesor Titular de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires y Universidad del Museo Social Argentino. Subgerente de Desarrollo y Cuidado Psicosocial, del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Autor de libros y artículos científicos sobre la materia.

Mg. Luciana Machluk

Psicóloga y Magíster en Psicogerontología. Jefa de Trabajos Prácticos de la Cátedra de Psicología de la Tercera Edad y Vejez, de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Integrante del Equipo de la Subgerencia de Desarrollo y Cuidado Psicosocial del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.

Introducción

La noción de poder permite interrogarnos acerca del modo en que se construye en una comunidad lo valioso y lo que carece de valor. Es decir, permite reconocer quiénes son los que ejercen dicho poder y, finalmente, de qué forma se distribuye según la noción de edad.

Por esta razón, abordar el tema desde la violencia hasta el empoderamiento en la vejez cobró una gran relevancia en las últimas décadas, ya que posibilita debatir el rol y el valor social de las personas mayores en nuestra sociedad.

1. El poder como eje de la identidad

El poder y la identidad se encuentran estrechamente enlazados, sus múltiples relaciones serán el eje transversal a partir del cual se desarrollará este módulo. Por esta razón, resulta importante definir ambos términos para luego comprender sus intersecciones.

El poder es un concepto que tiene diversos significados. A continuación, se destacan sus principales acepciones:

- estar capacitado, reunir las condiciones para hacer lo que se expresa;
- facultad para hacer algo;
- dominio, control o influencia que se posee sobre alguna cosa;
- posesión actual o tenencia de una cosa;
- fuerza, capacidad o eficacia;
- capacidad de provocar ciertos efectos;
- autorización para hacer algo, brindada por una autoridad competente;
- gobierno y dirección de sí y de los otros.

Entonces, ¿por qué relacionar el poder con la identidad? La identidad es concebida como una elaboración permanente que realiza el sujeto acerca de sí mismo, a través de interpretaciones que le permiten comprenderse, compararse y/o criticarse. Estas interpretaciones suceden en el marco de las interacciones que se generan con las personas con las que comparte y en el espacio en el que vive. La persona no puede ser pensada por fuera de esos otros y otras que le otorgan significados, atributos y valores.

La pregunta, entonces, es: ¿en qué medida el hecho de tener una cierta edad incide en el modo en que la persona se ve y la ven? Toda cultura crea expectativas, nociones, creencias y prejuicios acerca de cada etapa vital, estableciendo una serie de descripciones sobre la persona en relación con su edad. Los diversos contextos en los que se desenvuelve, ya sea la cultura, la sociedad, la vecindad o los entornos más inmediatos (familia o grupos), tienen diversos niveles de determinación. Por este motivo es de gran importancia atender a los significados atribuidos al envejecimiento, ya que afectan y determinan la identidad de las personas.

Los modos de representar el envejecimiento y la vejez pueden ser recursos que brinden un sostén, cuando habilitan a las personas a pensarse con capacidad y valor para llevar adelante la propia vida, así como pueden constituirse en obstáculos, si niegan dicha posibilidad.

Es allí donde confluyen el poder y la identidad en la vejez, puesto que los discursos sociales son interiorizados, con mayor o menor poder de crítica, por el sujeto y pueden ocasionar como efecto tanto el desempoderamiento como el empoderamiento.

2. Las políticas de las edades

Las nociones de envejecimiento y vejez se encuentran ordenadas por políticas de edades, las cuales asignan ciertos significados y ejercen controles sobre el desenvolvimiento de las personas. Es decir, que funcionan como mecanismos que legitiman y regulan los criterios de edad.

Toda sociedad, para constituirse como tal, debe controlar al otro/a, a partir de presupuestos que justifican ese espacio social y que se expresan a través de distintos discursos. Estos funcionan como ordenadores que promueven criterios de edad, género o cualquier otra división al interior de una sociedad, estableciendo roles y funciones, obligaciones y permisos.

Foucault describió un modelo de poder horizontal al que denominó “disciplinar”. Este se asienta en la vigilancia y el control del comportamiento de los individuos, basado en la demanda de cumplimiento de cierta norma social. Su poder no se asienta en la fuerza de la ley, sino en el control moral. Por este motivo, quien controla la vigilancia de esta norma, no suele ser el Estado a través de sus instituciones, sino la propia gente.

La disciplina suele resultar invisible, y se asienta en el denominado “sentido común”. ¿Qué es el “sentido común”? Es pensar que existe un modo de sentir y entender común a todos. Sin embargo, si se observa la historia del ser humano desde una perspectiva más amplia, se podrá advertir cómo el sentido común, en el transcurso del tiempo, se ha ido modificando en distintos “sentidos” y cómo esta idea de que haya uno puede tratarse de una trampa que no permita reconocer y aceptar los cambios.

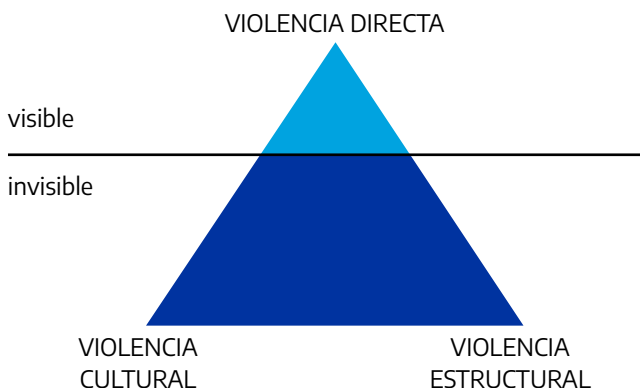
3. La violencia contra la vejez

La violencia es una acción deliberada tendiente a generar un daño. Por esta razón se asocia con la agresión física, psicológica, social, a través de amenazas, discriminación, exclusión, ofensas, privaciones, golpes, entre otras. Algunas formas de violencia son sancionadas legalmente y otras, moralmente.

La violencia puede ser definida como un código a partir del cual cada cultura y momento histórico le dan un significado a las ideas, conductas o emociones consideradas correctas o incorrectas, beneficiosas o dañinas. Por esta razón, la violencia aparece actualmente como un mecanismo que posibilita regular el modo en que se conduce una sociedad.

El investigador Johan Galtung (1995) propone un triángulo de la violencia que permite comprender este fenómeno de un modo global, y no solo a partir de sus efectos. El siguiente gráfico es un modelo de este triángulo donde el ángulo superior, visible, representa la violencia que podemos percibir, mientras que los ángulos de la base, invisibilizados, representan la violencia que no podemos ver:

Figura 1. Triángulo de la violencia



Fuente: Galtung (1995)

4. La violencia cultural

La violencia cultural está constituida por aquellos aspectos de la cultura que legitiman las diversas formas de violencia. Suele ser la violencia menos visible, ya que está naturalizada por una serie de criterios y comportamientos socialmente esperables.

El prejuicio “viejista” en sus formas explícita o implícita, altera los sentimientos, creencias o comportamientos como respuesta a los vínculos establecidos con la persona mayor y también en relación con el concepto de vejez.

Este prejuicio conduce a ignorar los atributos personales o a etiquetarlos de acuerdo con ciertos presupuestos comunes, que suelen ser falsos y sin ningún rigor científico, al mismo tiempo que da lugar a que se trate a las personas mayores como niños o personas que carecen de autonomía.

Las palabras vejez y ancianidad suelen ser denigradas socialmente y los propios mayores no logran identificarse con esos términos, que en un principio solo se refieren a una determinada edad vital, debido a que la mayor parte de la sociedad las asocia con ideas y significados negativos.

El viejismo

El psiquiatra Robert Butler, en el año 1969, define el término “viejismo”¹ con el objetivo de evidenciar que las creencias negativas sobre el envejecimiento son una suma de prejuicios y estereotipos derivados de dificultades psicológicas y sociales en la aceptación del paso del tiempo.

El viejismo se define como una alteración en los sentimientos, creencias o comportamientos en respuesta a la edad cronológica percibida de una persona o un grupo, en quienes los atributos personales son ignorados y reemplazados por etiquetas de acuerdo con estereotipos negativos, basados en la afiliación grupal.

Estos prejuicios y estereotipos negativos acerca de la vejez, aunque gocen de amplio consenso, suelen sostenerse en supuestos que carecen de fundamentación científica.

Como todo prejuicio, genera determinadas actitudes (McGowan, 1996):

- Una dislocación social, en tanto promueve una pérdida o redefinición de roles sociales que resultan de un estatus social disminuido y de una decreciente participación social. Esto resulta visible en el conjunto de decisiones que suelen ser tomadas por sobre la persona mayor o el limitado espacio de opciones que esta persona percibe tener.
- El uso de estereotipos, es decir, de creencias, generalmente negativas, basadas en características excepcionales o inexistentes atribuidas, de manera categórica, a todas las personas que integran un grupo en particular.
- La estereotipia, definida como el proceso psicológico y social a través del cual se ignoran los atributos y características personales, y se etiqueta a las personas de acuerdo con estereotipos basados en la afiliación grupal.

El doctor McGowan presenta el siguiente ejemplo:

“El hecho de que un pequeño porcentaje de viejos sea frágil y dependiente es tomado como un atributo general del volverse viejo. A pesar de que los hechos muestran que la mayoría de los viejos no son frágiles, la ‘fragilidad’ se convierte en una característica que define el hecho de volverse viejo” (1996).

A través de la definición de viejismo, Butler introduce un giro político en la temática, ya que no solía concebirse a las personas mayores entre los grupos clásicamente discriminados.

Las investigadoras Levy y Banaji (2004) profundizan este concepto, diferenciando el viejismo implícito del explícito. La referencia a lo implícito del término, aun sin ser nueva en las investigaciones sobre prejuicios, pone en evidencia una particularidad de éste: no existen grupos que repudien a los más viejos al estilo de los que rechazan a otras personas por cuestiones religiosas, raciales y étnicas. Por el contrario, las manifestaciones explícitas y las sanciones sociales en contra de ciertas actitudes y creencias negativas contra las personas mayores suelen estar ausentes o, si se presentan, es bajo el tamiz de la lástima y del alejamiento.

En este contexto, la ausencia de un odio fuerte y explícito hacia las personas mayores, por un lado, y una amplia aceptación de sentimientos y creencias negativas, por otro, producen que el rol de las actitudes y conocimientos implícitos acerca de la edad se torne especialmente importante (Levy y Banaji, 2004). Estos mismos sentimientos y creencias suelen aparecer en las propias personas mayores. Quién no escuchó decir a personas mayores: “yo con viejos no me junto”. Esta situación vuelve más difícil la aceptación personal y la articulación como grupo que represente sus propias demandas y defienda sus intereses y valoración social.

Un prejuicio implícito puede poner en juego criterios no conscientes ante un estímulo asociado a una persona mayor y, consecuentemente, conducir a una forma de actuar errónea.

Por ejemplo, es habitual que al ver a una persona mayor en una actitud erótica inmediatamente se lo relacione con un viejo verde, aun cuando se considere que la sexualidad es un derecho y posibilidad de cada uno.

El prejuicio implícito puede mostrar creencias muy arraigadas y poco conocidas, incluso contradictorias con otras más conscientes o explícitas.

La violencia y el desempoderamiento

Aparece como una respuesta ante una serie de prejuicios y estereotipos que lleva a que la persona mayor tenga una expectativa de dependencia, con pérdida de autoestima y de propósito vital.

Los mayores niveles de desempoderamiento ocurren ante las diversas formas de violencias que ocurren dentro de las relaciones asimétricas de poder.

Por ello, la Gerontología debería representar una respuesta política ante una coyuntura cultural, en donde emergen situaciones de injusticia que se traducen en discriminación y violencia cultural frente a las personas mayores (Iacub, 2003).

Existen diversas maneras de representar a la vejez y a las personas mayores que producen lecturas reduccionistas, falsas o equívocas. Dichas perspectivas suelen limitar los espacios sociales e individuales generando procesos de desempoderamiento.

¿La vejez es una enfermedad?

Estes y Biney (1990), en su artículo la “Biomedicalización del envejecimiento”, presentan de qué modo las lecturas sobre la vejez reducen la profundidad de las perspectivas a un acotado modelo biomédico.

Uno de los ejes centrales de la Gerontología actual reside en calificar como prejuicioso el hecho de asociar la vejez con la enfermedad. Esta crítica presentó un cuadro de la vejez distinto, que muestra nuevas maneras de conceptualizar la temática.

Sin duda, con el avance de la edad pueden aparecer más problemas de salud, lo que no implica reducir la vida de una persona mayor a un problema de salud.

Desde el siglo XIX, la Medicina y la Psicología han concebido el hecho de envejecer como una triste letanía de enfermedades físicas y psicológicas. Hasta la década de 1960 la mayoría de los reportes médicos, psicológicos, psiquiátricos y de los asistentes sociales se habían basado en la experiencia con personas enfermas e institucionalizadas, lo cual correspondía a una franja menor al 5% de la población de los países desarrollados, siendo en nuestro país, menor al 2%. La idea de declinación fue el concepto clave para su comprensión.

A partir de la década de 1960 comienza a cambiar el parámetro de comprensión, investigación y de trabajo, lo que permitió el inicio de una nueva perspectiva: prestar atención al potencial de salud que existe entre las personas mayores. Desde entonces, el concepto de potencial y de actividad han constituido el núcleo de las nuevas consideraciones acerca de las personas mayores.

Esto significa que, aun cuando existan más enfermedades, jamás se podría reducir la vejez a un conjunto de patologías. Evidentemente, tendrán más presencia que en otros momentos, pero la vivencia de una vida plena va a estar vinculada por otras formas de interpretar y transitar la vejez por parte de la sociedad.

Este cambio de interpretación cultural sobre la vejez y sus necesidades llevó a la aparición de una gran oferta de talleres, programas universitarios, viajes, etc., y no solamente de temáticas relacionadas a la atención de enfermedades.

Alrededor del tema de la salud, aparece un nuevo criterio para tener en cuenta: la salud funcional. La Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró esta noción para destacar que una persona puede estar funcionalmente sana, aun cuando padezca enfermedades crónicas que no inhiban el desarrollo de las actividades de la vida diaria. De la misma manera, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) no define el estado de salud de las personas mayores en términos de déficit, sino de mantenimiento de la capacidad funcional. Desde una perspectiva funcional, una persona mayor sana es capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1985).

En los estudios realizados se encontró que la base del mejor estado de salud de las personas mayores se debía a mayor educación recibida; seguridad económica; mejores hábitos sanitarios -como el abandono del tabaco, mejor nutrición, salud prenatal, progreso de los medicamentos y actividad continua-.

El rol de enfermo/a o la limitación en la autonomía

Resulta necesario pensar qué significa, socialmente, el hecho de atribuir el rol de enfermas a las personas mayores.

Uno de los estudios más interesantes al respecto es el que realiza el doctor Thomas

Szasz (1981), quien cuestiona la indignidad que esta sociedad le atribuye al rol de enfermo. Si este autor define a la dignidad como una cualidad difícil de explicar, pero obvia, que enriquece los contactos humanos y proporciona mayores niveles de autoestima, la indignidad se caracterizará por empobrecer la propia estima. Por ello, Szasz encuentra en el trato hacia el enfermo todo un modo de relación y un vocabulario propio del paternalismo que, indudablemente, deja a la persona atendida en una posición infantil.

En el caso de las personas mayores, cualquier enfermedad pareciera ser interpretada como el comienzo de algo más grave y definitivo, e incluso como un dato obvio y esperable.

Existe un chiste acerca de una mujer mayor que acude a una consulta médica porque le duele una rodilla. El médico la observa y le dice: “Sabe, señora, es la edad”, a lo que ella responde: “¿Y por qué no me duele la otra?”. Este chiste da cuenta del prejuicio de asociar la edad con la enfermedad e incide, de manera teórica, en la generación de praxis médicas y psicológicas erróneas. “El tema de la edad” puede aparecer como una pantalla que oculta problemas cotidianos y solucionables, en especial cuando el mismo sujeto u otros ponen en duda sus capacidades cognitivas o intelectuales.

Paulatinamente, la autonomía y la privacidad de las personas mayores empiezan a ser cercenadas, las preguntas directas que se les hacían como individuos, son reemplazadas por interpretaciones, al mismo tiempo que sus deseos dejan de ser considerados. Esto termina por incidir en la enajenación de sus propias decisiones y determina que disminuya la capacidad de elección sobre sus propios actos. De esta manera, se entraría en un círculo vicioso de enfermedad y cuidado del cuerpo. Todo esto puede generar, además, que las propias personas mayores asuman un papel de víctimas que no les ayuda demasiado en sus búsquedas personales, sacando provecho, a veces, desde un lugar ciertamente desfavorable.

Se nota, con suma frecuencia, cómo muchas personas mayores terminan viviendo para cuidar un cuerpo, preocupadas por la pierna o por los análisis clínicos, más que por los proyectos de vida.

Se sabe que para una persona joven lo “esperable” no es lo mismo que para una persona mayor. Sin embargo, esto no implica hablar de enfermedad. Entonces, plantear esta etapa de la vida como una enfermedad conlleva un riesgo social y personal, frente al cual se debe tener extrema cautela. No se debe descuidar a quienes requieran de ayuda y sostén, pero sí tener siempre en cuenta el respeto por su autonomía. Es decir, que la persona sea quien dirija sus actos de acuerdo

con sus valores. Por eso, muchas veces, cuando en la familia, “con las mejores intenciones”, le prohíben a un familiar mayor continuar conduciendo un automóvil, los motivos deben estar totalmente claros: se trata de una necesidad, dado que la persona mayor padece una patología física o mental que afecta su capacidad de conducir o se trata de un abuso de poder sostenido en temores y prejuicios viejistas.

Ejemplos de este tipo se encuentran en distintos órdenes de la vida de una persona mayor, para quien la decisión de qué comer, dónde ir a pasear, con quién/quienes relacionarse amorosamente, cómo disponer de sus propios bienes, etc., quedan fuera de su dominio y pasan al de los familiares más jóvenes.

El tema principal pasa a ser la salud y las restricciones impuestas para preservarla. El caso más violento es el de la institucionalización en una Residencia de Larga Estadía, sin la voluntad de la persona mayor.

Los prejuicios, en particular en el caso de la vejez, han sido incorporados por el conjunto de la población, incluso por las propias personas afectadas. Especialmente por aquellas que, de jóvenes, pudieron haber discriminado a las personas mayores o mantener prejuicios en relación con la vejez. El hecho de haberse vuelto mayores no indica que, necesariamente, sus concepciones viejistas se modifiquen, en cuyo caso las personas mayores caen en sus propias trampas de discriminación.

Los prejuicios psicológicos

Las descripciones del sujeto envejecido son múltiples y variables, aun cuando existen algunas que se encuentran más extendidas socialmente.

Algunos de los presupuestos que aún cargamos acerca del sujeto psicológico en la vejez son:

- “Los adultos mayores se encuentran solos y deprimidos” (Whitbourne, 2002). Este estereotipo supone un sujeto que cuenta con escasos recursos psicológicos, rígido, sin capacidad de contar con herramientas de afrontamiento frente a los declives que plantea el proceso de envejecimiento (Whitbourne y Sneed, 2004).

Sin embargo, hoy se cuenta con gran cantidad de evidencia que muestra la existencia de conductas flexibles en la vida adulta y adecuados recursos de afrontamiento. Las personas mayores no son necesariamente menos flexibles en relación

a sus actitudes o con relación a sus estilos de personalidad, comparadas con las personas jóvenes (Diehl, Coyle, Labouvie-Vief, 1996).

- “Los adultos mayores son personas cognitiva y psicológicamente disminuidas” (Whitbourne y Sneed, 2004). Una suma de concepciones prejuiciosas y estereotipadas acerca de las personas mayores suele hacerlas equivaler a sujetos anañados con exageradas limitaciones cognitivas, que llevan a confundir el declive esperable en la memoria con el deterioro cognitivo, favoreciendo, muchas veces, una generalización de las demencias ante cualquier limitación o problema intelectual.

Resulta importante diferenciar el declive normal relacionado con la edad del deterioro cognitivo. En el primero aparece una mayor dificultad para el recuerdo de los nombres propios o cierta lentificación en los procesos de la memoria. Implica cambios que no impiden ni incapacitan al sujeto para llevar una vida autónoma y productiva, no inciden sobre la inteligencia cristalizada y pueden ser mejorables a través del uso de estrategias para la consolidación del recuerdo, tales como los talleres de estimulación de la memoria, ejercitar la actividad intelectual y física, así como mantener una vida social y afectiva activa. Por otro lado, encontramos el proceso patológico de deterioro en el que se producen modificaciones en la calidad y en la cantidad de olvidos, desorientación con respecto al tiempo y el espacio, fallos en el juicio y toda una serie de funciones intelectuales que pueden dañarse.

La descalificación prejuiciosa y generalizada promueve tres problemas centrales:

1. Limitaciones en la autonomía, ya que las demás personas empiezan a tomar decisiones por la persona mayor y esta comienza a creerse incompetente.
2. Interferencia en las interacciones sociales, por la presencia de la duda en la capacidad real de juicio, lo que determina que no se entablen relaciones en profundidad y que se descrea de la voluntad de la persona mayor.
3. Ofrecimiento de actividades inapropiadas, infantilizantes o poco estimulantes, lo cual consolida las creencias limitantes.

Curiosamente, existe una opinión contraria sobre la vejez que afirma que las personas mayores son todas sabias, lo cual, más allá de ser un prejuicio positivo, es igualmente reduccionista de la vejez.

¿Sexualidad y vejez?

También existieron otros prejuicios como la no sexualidad de las personas mayores, con el fantasma del viejo verde amenazando por detrás, para disuadir a cualquier osado u osada que se quiera animar.

Desde principios del siglo XX se han empezado a desafiar los prejuicios que piensan en la imposibilidad de la sexualidad en esta etapa de la vida. Hoy se sabe que esto es posible y que, incluso en la mayor parte de los casos, es importante y necesario.

El moralismo victoriano y el haber supuesto que la sexualidad tenía solo fines reproductivos llevaron a pensar que las personas mayores debían retirarse de este campo. Esto permitió a muchas mujeres -pertenecientes a generaciones en las que el rol femenino quedó asociado a ser un objeto del hombre, sin poder gozar ellas mismas-, abandonar su sexualidad y, en alguna medida, devolverle la falta de lugar que habían padecido toda su vida: “con un viejo a esta edad ya no”.

Sin embargo, actualmente se sabe que el deseo sexual aparece con el nacimiento y desaparece solo con la muerte y que está presente en todas las personas. También se sabe que la sexualidad en el ser humano es mucho más que una práctica genital asociada al coito y que se relaciona con “hacer el amor”, sentirse deseado/a y poder desear, es decir, disfrutar la intimidad y el contacto más íntimo con otra persona.

Las dificultades que pueden aparecer en esta etapa se relacionan más con el contacto genital, que es una parte del deseo sexual y que, gracias a los nuevos conocimientos tiene soluciones. La sexualidad tiene muchos otros espacios accesibles a todas las personas, se expresa fundamentalmente en el goce con otro/a.

Resulta curioso que, por un lado, surgen chistes, comentarios e incluso pretendidos saberes de que en esta edad “ya no pasa nada” y, como contrapunto, aparece el mito del viejo verde y, peor aún, del perverso. Ya en la antigüedad greco-romana, se halla esta idea de que las personas mayores, mediante su dinero, pretendían “vergonzosamente los favores de las o los jóvenes”. Este mito llega a la actualidad denigrando a las personas mayores que muestran sus deseos con personas incluso de la misma edad.

Este mito del “anciano perverso” -ya sea por voyeurista o por exhibicionista- ha sido estudiado por Masters y Johnson quienes demostraron que la incidencia de casos de perversiones en personas mayores no era mayor que en personas jóvenes, lo cual implica que el mismo número de personas jóvenes perversas seguirán siéndolo de mayores.

La distribución de los roles sexuales también es una construcción sumamente móvil en la historia y no existe ninguna razón para sostenerla. En la actualidad, los deseos se muestran de manera más explícita, incluso en mujeres mayores con hombres más jóvenes, lo cual implica el desplazamiento de los roles de sujetos y objetos sexuales en la sociedad.

5. La violencia estructural

Otra de las formas invisibilizadas de la violencia es aquella denominada estructural, la cual consiste en agredir a las personas mayores a través de los sistemas institucionalizados, de cuyas prestaciones dependen, parcial o totalmente, para sustentar su existencia biológica, psíquica y social. Ello incluye su participación en la economía, política, justicia, salud, accesibilidad, educación, entre otros aspectos.

Es importante señalar que, aún hoy, en gran parte de América Latina son pocos los países que cuentan con sistemas previsionales suficientemente extendidos, con sistemas de salud vastos y eficientes, espacios públicos accesibles y ofertas socioeducativas específicas.

La inseguridad que produce el espacio público puede ser pensada de múltiples maneras. Desde las barreras a la accesibilidad que generan para las personas mayores un espacio más hostil y desafiante, el mal estado de las veredas o los arreglos mal señalizados, el descuido del transporte público de pasajeros y los problemas de tránsito, hasta el exceso de medicación, aspectos que no suelen tener en cuenta los cambios a nivel de la movilidad de las personas mayores y que muchas provocan accidentes, que no deberían ser llamados de esta manera, sino hechos de violencia, en los que las personas mayores se vuelven sus víctimas.

6. La violencia directa

Finalmente, hallamos la forma más evidente de violencia, aunque no siempre la más frecuente, que se ejerce de una manera directa por medio de agresiones físicas (golpes, empujones, etc.); psicológicas (tales como los insultos, críticas, extorsiones, ridiculizaciones, burlas, etc.); económicas (apropiación de la casa de los padres, el cobro y uso de la jubilación sin consentimiento); financieras (ventas por televisión, créditos de mutuales, etc.); sexual (violaciones), o la pérdida de la

libertad en residencias para personas mayores, en la medida en que se puede desestimar la opinión de la persona mayor en beneficio de quienes forman parte de la familia o la institución.

Las primeras publicaciones acerca del maltrato, abuso y victimización de personas mayores en el ámbito médico aparecieron en el año 1975, cuando se describió en el Reino Unido el síndrome del “zamarreo del anciano”, demostrándose, además, que era un problema sustancial e invisibilizado.

Los datos sobre violencia en América Latina se han ido incrementando en las últimas décadas, aunque también resulte lógico que cuando una temática comienza a ser visible surgen investigaciones más precisas que dan origen a las denuncias referidas a los casos de violencia.

Los datos del maltrato a nivel mundial indican que con mayor frecuencia ocurre en el seno familiar, en las instituciones destinadas a su cuidado y en los centros de asistencia sociosanitaria.

En el ámbito familiar el tipo de violencia que mayoritariamente se ejerce contra las personas mayores es el maltrato psicológico, hasta en un 95%. Siendo los insultos la agresión más frecuente (85%), seguida por la humillación y la desvalorización (66,3%), las amenazas de muerte (40%), y el rechazo, sin quedar exentos de la violencia física. Las bofetadas, los empujones, los puntapiés y los puñetazos son las formas de agresión más frecuentes.

Víctimas y victimarios

Las principales víctimas de la violencia directa son las mujeres mayores de 75 años, especialmente, cuando se encuentran dependientes y vulnerables, con escasas redes sociales y pocas opciones frente a la situación que les toca vivir.

Sus principales victimarios son sus propios hijos e hijas adultas, los cónyuges, la pareja u otros familiares. Es necesario destacar que las edades de los hijos e hijas agresores fluctúan entre 26 y 45 años y en el 68% de los casos son varones.

Suele haber situaciones de dependencia, muchas veces económica, o de alto esfuerzo, en personas que pueden tener temperamentos explosivos y poca capacidad para controlar sus impulsos.

Se realizó un estudio en Argentina sobre “La percepción de abuso y maltrato” (2009), siendo la muestra accesible no probabilística y conformada por 1.064 personas mayores de sesenta años.

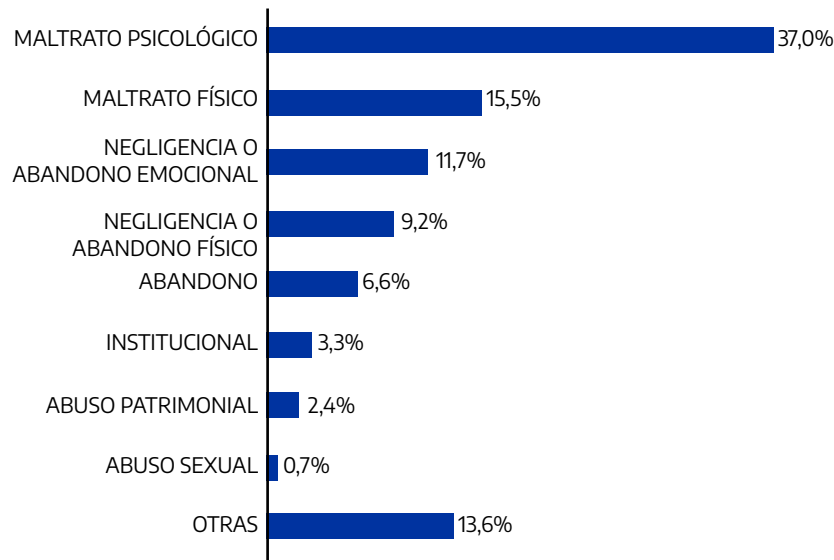
Cuando se les preguntó a las personas mayores: ¿Qué significa para usted abuso y maltrato? respondieron lo siguiente:

- Negación de alimentos.
- Ausencia de cuidados higiénicos.
- Falta de seguridad social y tratamientos.
- Abandono de la persona.
- Negación de afecto, no ser valorado/a, desprecio, indiferencia.
- Aislamiento, incomunicación.
- Administración abusiva de fármacos.
- Maltrato verbal: intimidación, amenazas, humillación/insultos/sometimiento, falta de respeto, infantilización, retos, críticas, impaciencia.
- Limitaciones con respecto a la toma de decisiones y la privacidad.
- Maltrato económico: impedir el uso o control del dinero y apropiación de los bienes.
- Cualquier relación sexual no consentida.
- Discriminación.
- Malos tratos en los organismos.
- Largas colas en trámites.
- Excesivo uso de dispositivos tecnológicos.
- Falta de ayuda familiar.
- Maltrato físico: golpes, empujones, sacudones.
- Obligación de trabajar.

- Indefensión.
- Obligación de cuidar nietos o nietas.
- Transporte público no adecuado.
- Falta de atención / cuidados.

Estas respuestas fueron agrupadas en las clasificaciones generales de abuso y maltrato:

Figura 2. Percepción de abuso y maltrato



Fuente: Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores. Ministerio de Desarrollo Social (2009).

7. Representaciones negativas de la vejez y su relación con el desempoderamiento

Cuando las personas mayores se confrontan con ciertos cambios y limitaciones personales en un contexto cultural de prejuicios y estereotipos sociales negativos hacia la vejez, la consideración sobre sí mismos, lenta y progresivamente, irá disminuyendo.

Comienzan a identificarse con la debilidad intelectual y física, con la improductividad, la discapacidad sexual, etc., limitando con ello su autonomía y autoconcepto.

El síndrome del quiebre social o aislamiento

Los investigadores Kuypers y Vern Bengtson describieron el proceso por el cual las personas mayores vitales y activas, ante ciertas experiencias negativas, comienzan a limitarse y aislarse socialmente.

Esta teoría sugiere que el sentido de sí mismo, su habilidad para mediar entre la sociedad y su interés pueden modificarse por las calificaciones sociales negativas que recibe.

Este proceso de desempoderamiento sucede, particularmente, en nuestra cultura debido a la importancia de los valores asociados a la juventud y a la carencia de valores relativos a la vejez.

Este síndrome es como un espiral descendente que lleva a que el sujeto termine aceptando la visión de incompetencia, enfermedad o asexualidad. Es decir, se observa cómo la identidad resulta dañada –en especial en las personas más vulnerables– por las representaciones sociales negativas sobre la vejez.

Los autores detallan un proceso de cuatro pasos a través de los cuales se incrementa la autopercepción negativa:

Primer paso: las personas mayores experimentan alguna condición de vulnerabilidad al vivir el retiro laboral, una enfermedad o la pérdida de un ser querido, en un ámbito de representaciones sociales prejuiciosas sobre esta etapa vital y donde el propio sujeto es parte de este sistema de creencias.

Segundo paso: la mirada prejuiciosa del entorno comienza a influenciar negativamente, por las dudas que emergen sobre sus capacidades para resolver dicha situación y manejarse como lo venía haciendo. Esto contribuye a confirmar las propias creencias que tenía el sujeto.

Tercer paso: el proceso de fracaso social comienza cuando la persona mayor es inducida a adoptar el rol del enfermo, incapaz o limitado, y ésta termina identificándose con dicho rol.

Cuarto paso: la identificación con el rol de la persona mayor socialmente esperado produce una disminución de autoeficacia y autocontrol en el sujeto, y como si fuera un círculo vicioso, entra en un proceso de deterioro de las evaluaciones que realiza sobre sí mismo, así como de los otros sobre él. Este círculo vicioso puede generar situaciones de pérdida de control y eficacia, así como aumento de indefensión, falta de coraje, baja autoestima y depresión.

Myers (1995) propone un proceso contrario, que puede detener el anterior. Se denomina síndrome de reconstrucción social y se describe como un modelo de intervenciones para evitar los efectos negativos del síndrome de quiebre social.

Este modelo incluye cambios sociales, ambientales y psicológicos en cualquier punto del proceso anterior. Entre los cambios de los prejuicios y estereotipos, aparecen los nuevos roles sociales, las actividades significativas, las críticas al vejeísmo, las nuevas ideologías sobre el envejecimiento positivo, los cambios en los entornos para volverlos más accesibles, la eliminación de las barreras arquitectónicas, las intervenciones educacionales y las nuevas relaciones sociales de apoyo.

Es importante remarcar que ciertas condiciones facilitan el quiebre social, aunque siempre existen márgenes de probabilidad para volver a recuperar un sentido de la vida, personal y positivo.

8. Empoderamiento. Definiciones

Lo importante no es lo que se ha hecho de nosotros,
sino lo que nosotros hacemos de nosotros mismos
con aquello que se ha hecho de nosotros.
Jean-Paul Sartre

La palabra “empoderamiento”² proviene del inglés *empowerment* y su significado es potenciación, apoderamiento y fortalecimiento. El verbo *to empower* significa dar o conceder poder; facultar, habilitar, capacitar, autorizar, dar poder de, potenciar, permitir, empoderar, otorgar el derecho (o la facultad) de, apoderar, comisionar.

El investigador Doneland (citado en Thursz, 1995) agrega al “dar poder” el “hacer posible”, y diferencia la primera significación como política de la segunda, al caracterizarla como más práctica.

Myers (1993) sostiene que el empoderamiento es el proceso por el cual se ayuda a la gente a ganar, a volver a conseguir y a mantener el poder o control sobre sus vidas.

Esta suma de significados se sintetiza en dos aspectos centrales: por un lado, mejorar la capacidad para y en la apropiación de poder, y por el otro, en la modificación positiva de su autoconcepto. Razón por la cual resulta preferible este anglicismo que la palabra “apoderamiento”, que solo refleja el tomar poder sobre algo, es decir, un aspecto del término.

En términos políticos, el empoderamiento es un nuevo modelo de confrontación social basado en el potenciamiento de grupos que carecían de poder, al promover la revisión y transformación de los códigos culturales y de nuevas prácticas sociales, propias de las sociedades multiculturales.

Empoderar, por ello, implica comprender cómo fue establecido un determinado discurso o idea de la realidad, para volverlo a construir desde otra ideología y, fundamentalmente, intentando que aquello que era marginal se vuelva central.

Hartsock (1990) sostiene que, frente a ciertos discursos hegemónicos que fijan el poder de determinadas maneras, hay una contrapartida que es el modo generativo, definido como la capacidad que tienen algunas personas para estimular la actividad de otras y elevar su estado de ánimo, o como la manera de resistir y encontrar una salida distinta del malestar.

Por su parte, Kelly (1992) considera que “el término ‘empoderamiento’ se refiere a este ‘poder para’ y que se logra aumentando la capacidad de una persona de cuestionar y resistirse al ‘poder sobre’”. Es decir que “para poder” se debe ser capaz de cuestionar la creencia de que es el otro/a el/la que puede y no uno/a mismo/a.

El empoderamiento implica un proceso de reconstrucción de la identidad, que supone la atribución de un poder, de una sensación de mayor capacidad y competencia para promover cambios en los aspectos personales y sociales de cada sujeto. Esta toma de conciencia de sus propios intereses, y de cómo éstos se relacionan con los intereses de otras personas, produce una nueva representación de sí y genera la dimensión de un colectivo con determinadas demandas comunes.

Tipos de empoderamiento

En esta concepción ampliada del empoderamiento cabe observar tres dimensiones (Rowlands, 1997):

- **Personal:** supone el desarrollo de la confianza y la capacidad individual, así como la posibilidad de deshacer los efectos de la opresión interiorizada de los sujetos. Para ello resulta necesario tomar conciencia de las dinámicas del poder que operan en el contexto vital y promover habilidades y capacidades para lograr un mayor control sobre sí (McWhirter, 1991).
- **Relaciones próximas:** se refieren al desarrollo de la capacidad de negociar e influir en la naturaleza de la relación entre los sujetos, y de las decisiones que se toman dentro de ella.
- **Colectiva:** implica el trabajo conjunto para lograr un impacto más amplio del que podrían haber alcanzado los sujetos individualmente. En este sentido, Dabas y Najmanovich (1995) utilizan la noción de “restitución comunitaria”, en tanto implica un acto político en que se produce sociedad y se construye una comunidad con la capacidad de brindar sostén, potenciación y resolución a los problemas.

Por último, la base ideológica es uno de los ejes centrales de la posibilidad de empoderamiento, puesto que permite que el sujeto se lea desde un sistema de ideas distinto y constituya una de las piezas que permitan su transformación identitaria. El objetivo último del empoderamiento es posibilitar que las personas mayores vivan de una manera que maximice sus habilidades, para desarrollarse autónoma

y positivamente y con estilos de vida satisfactorios (Myers, 1995).

Aun cuando hay personas mayores que requieren de un soporte social importante, la mayoría es capaz de mantener una plena autonomía. Muchas de ellas buscan ser partícipes en sus decisiones, sin percibir que necesitan ese soporte y no queriendo abandonar sus juicios por el juicio de otras personas. Quieren seguir manteniendo el curso de su propio destino.

La participación social en la vejez

La palabra “participar” viene del vocablo latino *participare*, que significa “tomar parte”. Sin embargo, sus definiciones son múltiples y, en este caso, se destacarán aquellas que dan cuenta del sentido de participación como inclusión (tomar parte o ser parte), involucramiento (actuar y decidir) y capacidad (crear, modificar).

Estas nociones se desprenden del ejercicio de la autonomía, aunque se les agrega un valor de construcción de sí mismo a partir de la relación que establece el sujeto con los contextos significativos. Es por ello que la participación tiene cuatro dimensiones: la individual, las relaciones próximas, la colectiva y la institucional.

Participar es un derecho humano universal que garantiza, en el voto, en la queja, en la transformación de lo cotidiano o en la expresión de los afectos, la incidencia del sujeto sobre aquello que lo afecta e importa.

Las estrategias dirigidas a la participación en las personas mayores se asocian con cada una de las dimensiones referidas y se encuentran estrechamente vinculadas con las dimensiones el empoderamiento:

- Desde una perspectiva personal, implica promover la autonomía, entendida como la capacidad de decidir y actuar libremente, evitando la injerencia no deseada o la falta de estima de los/as otros/as; el ejercicio y desarrollo de la capacidad, pensada como el uso o la promoción de recursos para elaborar proyectos y desempeñarlos adecuadamente; el control sobre los cambios que se produzcan en el envejecimiento, entre los que se destacan el manejo de la salud y el cuidado de sí (por ejemplo, cuando una persona mayor decide estudiar, viajar, hacer deportes, formar una nueva pareja, etc.).
- Desde la perspectiva de las relaciones interpersonales, se considera que los ámbitos familiares o de relaciones próximas son espacios de inclusión de alta gravitación para las personas mayores, que requieren que se establezcan

negociaciones claras sobre los lugares que ocuparán cada una. Las estrategias en esta dimensión implican aumentar la capacidad de decisión frente a los seres queridos y evitar el control del otro/a, ya sea a nivel afectivo, económico o en las decisiones cotidianas; implica fortalecer las redes sociales de apoyo, a través de otras personas que pueden ser relevantes, amistades, nuevas parejas o grupos, como, por ejemplo, la posibilidad de fijar nuevos límites con los/as hijos/as adultos/as que no lesionen la dignidad ni los intereses de las personas mayores.

- Desde la perspectiva de las relaciones comunitarias, la participación implica el no-abandono de espacios valorados socialmente, como pueden ser los barriales, políticos, religiosos; la inclusión en nuevos espacios para personas de la misma edad o no, que abran posibilidades socio-recreativas, educativas o deportivas; el intercambio al interior de la comunidad, ya sea a través del voluntariado, de los encuentros intergeneracionales, de proyectos de la comunidad toda (por ejemplo, las universidades para mayores).

La participación se articula, claramente, con la noción de empoderamiento, dado que representa el soporte real y efectivo a partir del cual un sujeto construye o pierde poder.

Así como las miradas prejuiciosas y estereotipadas sobre el envejecimiento des-empoderan a las personas mayores, las diversas formas de empoderamiento y participación reescriben los modos de ser y vivir esta etapa vital.

El valor de la información

Los investigadores Whitbourne y Sneed (2004) mostraron el impacto de la información positiva y negativa sobre el proceso de envejecer. Las personas que recibieron información positiva sobre los estereotipos incrementaron sus capacidades para caminar, así como en actividades deportivas, como la natación (Hausdorff, Levy y Wei, 1999).

La doctora Levy (2001) demostró que las personas mayores expuestas ante estereotipos subliminales negativos sobre la vejez aumentaban la respuesta cardiovascular. Otro estudio observó los efectos que los estereotipos poseen en la memoria de los sujetos, utilizando una computadora que presentaba palabras asociadas a imágenes positivas o negativas de la vejez. Las positivas mostraron

favorecer un incremento de la memoria en los sujetos, mientras que las negativas tuvieron el efecto contrario (Levy, 1996).

En la misma búsqueda, una nueva investigación examinó la relación entre las autopercepciones negativas del envejecimiento y la longevidad. Este estudio de tipo longitudinal fue medido, durante 23 años, con 660 personas (338 hombres y 322 mujeres). Se demostró que en las personas con mejores percepciones sobre la vejez había un incremento de 7,5 años promedio de vida (Levy et. al., 2002).

El valor social de la vejez

Otra serie de investigaciones puso el acento en los efectos que tiene el valor social atribuido a las personas mayores, los roles, los propósitos vitales y el sentido de crecimiento personal y de metas y objetivos personales.

El reconocimiento de valor y utilidad social incide en un mejor nivel de funcionamiento psicológico y de la calidad de vida, al mismo tiempo que disminuye el riesgo de mortalidad (Ekerdt, Bosse y Levkoff, 1985), o puede constituirse en un indicador de un envejecimiento exitoso (Fischer, 1995).

Una serie de investigaciones articuló el hecho de sentirse necesitados/as y útiles con la calidad y cantidad de vida. En Francia, un estudio longitudinal realizado en un período de cuatro años demostró que las personas que no se sienten útiles tienen mayores probabilidades de quedar discapacitadas (Grand et. al., 1988). En Japón (Okamoto y Tanaka, 2004) se llevó a cabo una investigación que demostró que las personas mayores de 65 años o más que no se sienten útiles para la sociedad, a diferencia de aquellas que sí lo sienten, por realizar tareas de voluntariado social u otras, tienen dos veces más posibilidades de morir en los siguientes seis años.

Un estudio similar se desarrolló en Helsinki Aging Study (Pitkala et. al., 2004), donde hallaron que las personas de 75 años o más que se sienten necesitadas por otras, a diferencia de aquellas que no lo sienten, tienen menos probabilidades de morir en los próximos diez años.

Otra investigación (Gruenewald et. al., 2007) basada en las anteriores trabajó con 1189 personas de entre 70 y 79 años, con un adecuado nivel físico y mental de funcionamiento durante un período de siete años. Los resultados revelaron que aquellos que no se sentían útiles fueron quienes más experimentaron un

incremento en los niveles de discapacidad y de mortalidad a lo largo del tiempo, a diferencia de los que nunca o raramente se sentían inútiles o improductivos.

El dato más concluyente es que las personas mayores que no se sienten útiles tienen cuatro veces más posibilidades de discapacitarse o de fallecer que los que raramente lo sienten.

Las redes sociales de apoyo

La familia, según la perspectiva victoriana, consideró a las personas mayores siempre dentro de los marcos de la familia, llevando adelante perpetuos roles de abuelos o abuelas. Sin embargo, las transformaciones en la concepción de la familia, así como la pérdida de lugares y de roles que tuvieron las personas mayores dentro de ella, dieron paso a nuevas alternativas sociales, que fomentaron un modelo de envejecimiento, con un fuerte desarrollo individual dentro de grupos de la misma generación, es decir, un estilo de vida más cercano a lo que les sucede a las personas del resto de las edades.

Las amistades y los grupos sociales ocuparon un lugar de mayor importancia en la constitución de un nuevo estilo de vida, así como en la contención y el cuidado ante problemáticas que antes se consideraban funciones exclusivas de la familia.

Diversos estudios muestran que las amistades inciden favorablemente en esta etapa vital. Una investigación realizada por Soliveres (2005), en Mar del Plata, presenta entre sus resultados que, para las personas mayores, la familia reviste vital importancia en lo que respecta a su bienestar, pero las amistades son quienes realmente contribuyen, de manera significativa, a mejorar la sensación que esa persona tenga de su forma de vida.

Una investigación realizada por Giles (2005), en Australia, agrega que las personas mayores con grupos de amigos y amigas tienden a tener una expectativa de vida más larga que aquellas que tienen pocas amistades. La investigadora considera probable que las amistades refuercen la autoestima y promuevan un bienestar psicológico en el sujeto, al contar con una persona que puede estimularlo a cuidarse y mejorar su salud.

Otras investigaciones demuestran que las amistades y las redes sociales promueven estrategias de resolución de conflictos ante diversas situaciones promovidas en el envejecimiento. Muchas personas mayores encuentran en los grupos de

amigos y amigas la posibilidad de proyectar su vida de una manera más personal y con menos limitaciones que en sus grupos familiares, sin que esto implique que haya un conflicto con ellos, dado que la propia organización familiar los identifica con ciertos roles estereotipados, más tradicionales, como el del abuelito o la abuelita, que pueden terminar siendo coercitivos.

La integración y la participación comunitaria han sido consideradas entre los factores que tienen mayor impacto sobre los niveles de calidad de vida en la vejez. Al respecto, en un estudio realizado en Mar del Plata se constató que las personas mayores consideraban que disponer de buenas relaciones familiares y sociales era un aspecto de gran relevancia para la calidad de vida en la vejez (Arias y Scolni, 2005).

Los hallazgos de otro estudio desarrollado en la misma ciudad mostraron que las personas mayores que poseían niveles de participación, integración y apoyo informal más elevados presentaban las mayores puntuaciones en satisfacción vital (Arias, 2004).

La formación de redes, la participación en variadas organizaciones y la integración comunitaria tienen estrecha relación con procesos de empoderamiento en las personas mayores. La participación organizada aumenta las posibilidades de resolver los problemas que los involucran, de tomar decisiones y de mejorar sus condiciones de vida.

Desde su surgimiento en las últimas décadas, las organizaciones de personas mayores se han multiplicado de manera considerable. En la actualidad existen múltiples grupos y redes de personas mayores, tanto en el ámbito nacional como en el internacional. Muchas de ellas se han formado de manera autogestiva y con distintos fines.

Mientras en algunos casos el motivo de su creación ha sido explícitamente reivindicatorio y se han caracterizado por la lucha por garantizar sus derechos, en otros, el objetivo ha sido, sencillamente, generar espacios de reunión, de realización de actividades culturales, sociales, deportivas y recreativas. La participación en este tipo de organizaciones y de redes de personas mayores brinda la posibilidad de ser protagonistas en el análisis de sus problemas, en la búsqueda de soluciones, en el incremento de la autoconfianza y de la competencia (Gracia Fuster, 1997), así como en el logro del desarrollo y fortalecimiento individual y social.

En definitiva, e independientemente del fin por el cual hayan surgido, la creación, el sostenimiento y la participación en estas redes son a la vez causa y consecuencia

del empoderamiento de las propias personas mayores, amplían su capacidad de participación política y social, y los proyectan como grupo de presión y de poder (Gascón, 2002).

Proyectos y proyecciones

Todo ser humano requiere de proyectos que den sentido a la existencia. Existen una serie de factores que conducen a que, con el envejecimiento, haya que rearmar el proyecto vital. ¿A qué se debe esto? Buena parte de las responsabilidades que se percibían como obligatorias pueden dejar de tener validez, porque la persona se jubila o los mandatos familiares ya no pesan de la misma manera, haciendo que ahora deba elegir.

Las miradas negativas sobre la vejez, como la que promueve que hay menos objetivos en esa etapa de la vida, generan que la persona mayor sienta que no es útil o necesaria.

La cercanía con el fin de la vida lleva a pensar más en el hoy que en un lejano futuro.

Las investigaciones nos muestran que las personas mayores tienen un sentido de desarrollo personal y propósito vital menor que las de otras edades, ya que muchas de las motivaciones socialmente impuestas, como el trabajo o el cuidado familiar, ya han sido resueltas. Por este motivo, resulta de fundamental importancia la construcción de proyectos y proyecciones positivas de sí mismas que brinden la vitalidad y el deseo de un mañana.

El sentido vital se define como el conocimiento de un orden que otorga coherencia y propósito a la propia existencia, persiguiendo objetivos y metas, que brinden una sensación de valor o utilidad personal y promuevan una mayor satisfacción vital y autoestima, o lo que Krause sintetiza como el “fuerte sentido de un propósito en la vida”.

Trujillo García describe la relación del sentido con la práctica concreta de esta manera:

Al propósito límpido que justifica toda la existencia, que les daría dirección a las acciones, si estas llegasen a realizarse, ahora hay que traducirlo en obras, darles dimensiones temporal y espacial. En otras palabras, al sueño que ilumina la existencia hay que ponerle patas. [...] Hay mucho de relacionalidad entre su sentido y la vida de los hombres: el sentido se insinúa y el ser humano responde,

la respuesta satisface en tanto se acerque al sentido, o frustra, en tanto se aleje. Hay un juego, una danza, un baile rítmico entre la persona humana y su sentido vital: este jamás se alcanza plenamente, pero siempre parece que se acerca lo suficiente como para lograr asirlo. Así, jugando, pasa la vida de quien se divierte porque tiene mil razones para estar contento, mientras sabe que tiene toda la vida por delante para jugar al juego que eligió (2005).

El sentido y sus prácticas pueden permitir al sujeto desarrollar proyectos en la actualidad, a través de nuevos contextos que provean posibilidades de desarrollo, a partir de la transmisión a otros o incluso a partir de la trascendencia, al ser capaz de entrever su muerte.

El compromiso es uno de los elementos esenciales para llevar a cabo lo que se elige. Esto implica disciplina y pasión, ya que el proyecto de vida implica que guste, pero también que se pueda sostener en el tiempo.



Conclusión

Cada uno de estos ejes permite concebir las adecuaciones necesarias frente a cada etapa vital, lo cual es, al mismo tiempo, un modo de pensar el apoyo que se pueda brindar a una persona en cada espacio de encuentro. Entender que ciertas limitaciones puedan aparecer, permite comprender que el desarrollo psicológico surge en las múltiples acomodaciones, asimilaciones y proyectos que van surgiendo, y aun cuando ello implique achicamientos o ajustes en ciertos campos, supone el mayor crecimiento a nivel de la persona.

Por último, el proyecto o la proyección de sí durante el envejecimiento es una apuesta de sentido cuando ya nadie demanda nada a las personas mayores de manera obligatoria, como trabajar, atender a nuestros hijos, etc. Es allí donde quienes trabajan con personas mayores deben acompañar la apuesta por el más puro deseo, entendiendo la importancia de que, en algún momento de la vida, la persona haga lo que se le dé la gana, para lo que solo hacen falta el sostén de la actitud, el compromiso y la continuidad.

Poder proyectar un PAMI que pueda evitar las diversas formas de violencia e incentivar el empoderamiento, es el principal desafío que se busca alcanzar. Cada uno y cada una, desde sus espacios de trabajo, por más pequeño que parezca nuestro gesto, podrá mejorar, ni más ni menos, que la calidad de vida de las personas mayores en nuestro país.

Bibliografía

Arias, C. (2004). Red de Apoyo Social y Bienestar Psicológico en Personas de Edad. Mar del Plata: Suárez

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 (p. 55-68). Mar del Plata: Suárez.

Baltes, P. y Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. En P. Baltes, P. y M. Baltes (Eds.). Successful aging: perspectives from the behavioral sciences (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.

Bandura, A. (1986/1987). Pensamiento y acción. Fundamentos sociales. Barcelona, España: Martínez Roca.

Butler, R. (1974). Successful Aging and Role of Life Review. Journal of the American Geriatric Society, (22), 529-535.

Crocker, J., Major, B., y Steele, C. (1998). Social stigma. En S. Fiske, D. Gilbert y G. Lindzey (Eds.). Handbook of Social Psychology vol. 2 (pp. 504-53). Boston, MA: McGraw-Hill.

Dabas, E., y Najmanovich, D. (1995). Redes el lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil. Buenos Aires: Paidós.

Diehl, M., Coyle, N., y Labouvie-Vief, G. (1996). Age and sex differences in strategies of coping and defense across the life span. Psychology and Aging, 11(1), 127-139.

Estes, C. y Binney, E., The Biomedicalization of Aging: Dangers and Dilemmas. The Gerontologist, 29(5), 587-596. <https://doi.org/10.1093/geront/29.5.587>

Freund, A. y Baltes, P. (1999). Selection, Optimization, and Compensation as Strategies of Life Management: Correction to Freund and Baltes. Psychology and Aging, 14 (4), 700-702.

Galtung, J. (2005). Três formas de violência, três formas de paz: A paz, a guerra e a formação social indo-europeia. Revista crítica de ciencias sociais (71), 63-75.

Gascón, S. (2002). Argentina: Políticas y programas para personas adultas mayores. Santiago de Chile: CEPAL/CELADE

Gracia-Fuster, E. (1997). El apoyo social en la intervención comunitaria. Barcelona: Paidós.

Hartsock, N. (1990). Foucault on power: a theory for women? En L. J. Nicholson (Ed.), *Feminism/Postmodernism* (pp. 157-175). New York: Routledge

Iacub, R. (2011). Identidad y envejecimiento. Paidós: Buenos Aires.

Iacub, R. (2006). Erótica y vejez. Perspectivas de Occidente. Paidós: Buenos Aires.

Iacub, R. (2002). La post-gerontología: hacia un renovado estudio de la gerontología. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34 (1-2), 155-157.

Kelly, L. (1992). The contradictions of power for women. Trabajo presentado en la NFHA Women and Housing Conference. Manuscrito no publicado.

Levy, B. (1996). Improving memory in old age by implicit selfstereotyping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(6), 1092-1107. <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.71.6.1092>

Levy B. y Banaji, M. (2004). Implicit ageism. En T. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 49-75). Massachusetts: The Mit Press.

Levy, B., Hausdorff, J., Hencke, R. y Wei, J. (2000). Reducing cardiovascular stress with positive self-stereotypes of aging. *Journal of Gerontology: Series B*, 55(4), 205-213. <https://doi.org/10.1093/geronb/55.4.P205>

Levy, B., Slade, M. y Kasl, S. (2002a). Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B, 409-417.

Levy, B., Slade, M., Kunkel, S. y Kasl, S. (2002b). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 261-270.

Lieberman, M. y Falk, J. (1971). The remembered past as a source of data for research on the life cycle. *Human Development*, 14(2), 132-141.

McGowan, T. (1996). Ageism and discrimination. En Birren J., Encyclopedia of Gerontology. New York: Academic Press.

Mc Whirter, E. (1991). Empowerment in counseling. Journal of Counseling and Development, 69, 222-227.

Myers, J. E. (1993). Personal Empowerment. Ageing International, 20, 3-8. <https://doi.org/10.1007/BF02680749>

Myers, D. (1995). Psicología Social. México: McGraw-Hill

Okamoto, K. y Tanaka, Y. (2004). Subjective usefulness and 6 year mortality risks among elderly persons in Japan. Journal of Gerontology Psychological Sciences, 59(7), 246-249.

Olson, L. (1982). The Political Economy of Aging: The State, Private Power, and Social Welfare. New York: Columbia University Press.

Organización Mundial de la Salud (1999). El movimiento mundial en pro del envejecimiento activo. Ginebra, Suiza: OMS. Programa Envejecimiento y Salud.

Palmore, E., Cleveland, W., Nowlin, W., Ramm, D. y Siegler, I. (1985). Stress and adaptation in later life. Journal of Gerontology, 34(6), 841-851.

Parsons, T. (1951). The Social System. New York: Free Press.

Rowlands, J. (1997). Questioning Empowerment. Oxford: Oxfam

Sneed, J. y Whitbourne, S. (2005). Ageism in models of the aging self. Journal of Social Issues, 61(2), 375-388.

Staudinger, U. (2001). Life reflection: A social- cognitive analysis of life review. Review of General Psychology, 5(2), 148-160.

Szasz, T. (1981). La teología de la medicina. Barcelona: Tusquets.

Thursz, D. (1995). Introduction. En D. Thursz, Ch. Nusberg y J. Prather. Empowering older people. An international approach. Westport: Auburn House.

Trujillo García, S. (2005). Agenciamiento individual y condiciones de vida. Revista Universitas Psychologica, 4(2), 221-229.

Whitbourne, S. (2002). The Aging Individual: Physical and Psychological Perspectives. Nueva York: Springer Publishing Company.

¹ El término en inglés es *ageism*, relativo al valor que en esa lengua tiene *age* como edad, aunque también como vejez, o lo que en nuestra lengua sería “añoso”. Algunos lo tradujeron como edaísmo o edadismo, sin embargo, pierden el sentido original del término. El psicoanalista Leopoldo Salvarezza (1988) propone una excelente traducción llevándola a “viejismo”, que describe con precisión el prejuicio y el rol que ocupa el término “vejez” en nuestra sociedad.

² Definiciones extraídas de *El Prisma*, portal para investigadores y profesionales (www.elprisma.com).

Derechos Humanos de las personas mayores.

Actualización de contenidos en Gerontogeriatría para equipos de salud.

CAPÍTULO 3:

El derecho a la vida y a la dignidad en la vejez

Sandra Huenchuan Navarro

Dra. en Estudios Latinoamericanos, con mención en Antropología. Funcionaria de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) de las Naciones Unidas. Investigadora, docente y autora sobre temas de envejecimiento, protección social y derechos humanos.

Introducción¹

El derecho a la vida y a la dignidad en la vejez forma parte de la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores (en adelante Convención Interamericana). Por su intermedio se establecen las obligaciones de los Estados relacionadas con la adopción de las “medidas necesarias para garantizar a la persona mayor el goce efectivo del derecho a la vida y el **derecho a vivir con dignidad en la vejez hasta el fin de sus días**, en igualdad de condiciones con otros sectores de la población” [subrayado propio], y las “medidas para que las instituciones públicas y privadas ofrezcan a la persona mayor un acceso no discriminatorio a cuidados integrales, incluidos los cuidados paliativos, eviten el aislamiento y manejen apropiadamente los problemas relacionados con el miedo a la muerte de los enfermos terminales, el dolor, y eviten el sufrimiento innecesario y las intervenciones fútiles e inútiles, de conformidad con el derecho de la persona mayor a expresar el consentimiento informado” (OEA, 2015).

En ocasiones anteriores hemos categorizado este derecho, para efectos de análisis, como un derecho emergente. Esto es “nuevos derechos o derechos parcialmente recogidos en la normativa internacional y nacional existente” (Huenchuan, 2016). El argumento que hemos esgrimido para esta clasificación es que si bien el derecho a la vida es uno de los derechos fundamentales de la doctrina internacional de derechos humanos y es aceptado por el 77% de las constituciones del mundo (Naciones Unidas, 2018), el énfasis que le otorga la Convención Interamericana marca una diferencia al incluir una especificación que permite profundizar en el ejercicio y garantía de este derecho al incorporar el principio de la dignidad hasta el final de la vida.

A nuestro juicio, lo que resalta la Convención Interamericana es que los Estados tienen la obligación de garantizar la dignidad hasta la muerte, y ello conlleva, a su vez, el desarrollo de acciones para que las personas puedan morir con dignidad. El objetivo final de la Convención en este campo no es una “buena muerte” —en el sentido desarrollado en la literatura anglosajona—, sino mantener la dignidad de la vida hasta el final. Por ello, el concepto de cuidados paliativos se aborda de manera tan amplia en este instrumento y se incluye, en el artículo 6 sobre el derecho a la vida y la dignidad en la vejez, en el artículo 12 sobre los derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo, y en el artículo 11 sobre el derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud, donde se regula la no discriminación y la voluntad anticipada.

En este capítulo nos centraremos en el tema de la muerte digna como una contribución en la profundización del conocimiento sobre el derecho a la vida y dignidad en la vejez por sus implicaciones para los prestadores de servicios sociosanitarios, las familias, y sobre todo las personas mayores, más aún en el contexto de la pandemia por COVID-19.

En primer lugar, presentamos el derecho a la vida y su relación con la muerte digna. A continuación se desarrolla el derecho a la dignidad y la autonomía como parte sustancial de la muerte digna en la edad avanzada. Se prosigue con el análisis del derecho al consentimiento informado y los cuidados paliativos, para finalizar con las conclusiones.

El derecho a la vida y su relación con la muerte digna

La muerte digna está en estrecha relación con el derecho a la vida, porque sería el resultado de haber vivido con dignidad y viceversa (Doménech y Polaino, 1994). En el caso de que el derecho a la muerte digna no esté establecido en una constitución, este se deriva del artículo sobre el derecho a la vida, el cual no protege únicamente la existencia biológica de la persona, sino también los demás aspectos que de ella se derivan (Ramírez, 2008).

El derecho a la vida ha sido muy desarrollado cuando se refiere a la pena de muerte, pero va mucho más allá de eso. Conlleva, entre otras, las siguientes obligaciones por parte del Estado: proveer de todos los medios necesarios para la subsistencia y poner a disposición de todos, los recursos humanos y materiales para disfrutar de una condición física óptima y del bienestar (Fúster, Castro y Pacheco, 1998).

Existe una estrecha relación entre los derechos civiles y políticos y los derechos económicos, sociales y culturales en lo que respecta al derecho a la vida. El Comité del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos afirma que, entre las medidas previstas para abordar las condiciones adecuadas que protejan el derecho a la vida se encuentran “aquellas destinadas a garantizar el acceso sin demora de las personas a bienes y servicios esenciales, como los alimentos, el agua, el alojamiento, la atención de la salud, la electricidad y el saneamiento, y otras destinadas a promover y facilitar condiciones generales adecuadas, como el fomento de servicios de salud de emergencia eficaces, operaciones de respuesta de emergencia [...] y programas de viviendas sociales” (Naciones Unidas, 2019).

El derecho a la vida constituye el presupuesto esencial para el ejercicio de los demás derechos, de ahí deriva, necesariamente, la obligación del Estado de garantizar las condiciones para que no se produzcan violaciones, para impedir que se atente contra ese derecho o ambas (Fronsini, 2000). Por lo tanto, el ejercicio del derecho a la vida presupone, inevitablemente, la garantía de la dignidad de la persona, la cual se entrelaza con el cuidado de sí misma y el cuidado de la muerte (Aguilera y González, 2012).

De esta manera, el cuidado de la muerte está intrínsecamente ligado con la dignidad de la persona. Según Aguilera y González (2012), el cuidado de la muerte no se ejercita únicamente en momentos previos al deceso, sino durante todo el transcurso de la vida, por lo que constituye una práctica dignificante. Sin embargo, en nuestra sociedad, hay muchas limitaciones que impiden una vida digna para todas las personas, lo que redundará en una inminente desigualdad ante la muerte.

Esto se debe, por una parte, a que millones de personas no son tratadas como humanas, se les impide el acceso a los medios esenciales de vida o se les atropella su dignidad e integridad por medio de tratos crueles, violentos o degradantes. Por otra parte, en las sociedades capitalistas, las personas no son tratadas como un fin en sí mismas —como establece la doctrina internacional de derechos humanos—, sino son tomadas en cuenta en tanto demuestren su utilidad (servicio y eficacia), a merced de otras voluntades (Valverde, 2014).

Quizás estas circunstancias son las que provocan tantas confusiones al intentar abordar qué significa la muerte digna, la cual se suele asociar desde el suicidio asistido y la eutanasia hasta vivir humanamente la muerte. Debido a que la muerte es un hecho personalísimo —en el cual influyen la cultura, la religión, la ideología, entre otros varios aspectos—, es fundamental dejar claro que al referirnos a la muerte digna no estamos aludiendo a un evento médico o al acto de hacerlo, sino a la forma en que ocurre.

En la definición de la forma de morir, hay distintas perspectivas que se ponen en juego, aunque todas aluden a principios como la libertad o la dignidad. Sin embargo, en el modo en que se conjugan ambas, es donde radica la diferencia entre una posición u otra con respecto a lo que se entiende por morir con dignidad.

Para los y las autonomistas, el morir con dignidad significa hacerlo ejerciendo la libertad, aunque ello lleve a la extinción del sujeto. Su raciocinio es que la dignidad de la persona se fundamenta en que es un ser libre, y su dignidad se viola cuan-

do no se puede ejercer la libertad. Desde la perspectiva ontológica, la persona —incluyendo la moribunda— posee una dignidad irreversible a causa de su ser independiente de su hacer, por lo que se debe velar por la dignidad de ese ser y evitarle todo tipo de situaciones que deriven en sufrimiento, dolor, discriminación, o malos tratos a la hora de su muerte (Torralba, 1998).

En esta última perspectiva es donde creemos que se enmarca el artículo 6 de la Convención Interamericana. En su redacción se introduce el principio de igualdad y no discriminación ante la vida y la muerte, lo que de acuerdo con otros trabajos que hemos escrito significaría que, en ocasiones, es necesario tomar medidas especiales que garanticen la consecución de la igualdad. Del mismo modo, su contenido relaciona la muerte digna con los cuidados paliativos para manejar el miedo, el dolor y el sufrimiento y evitar la distansia o encarnizamiento terapéutico.

Lo anterior está en concordancia con la doctrina internacional de derechos humanos, que advierte que “el derecho a la vida [...] es el derecho a no ser objeto de acciones u omisiones que causen o puedan causar una muerte no natural o prematura y a disfrutar de una vida digna” [subrayado propio]. Al tiempo que hace hincapié en que “Los Estados que reconocen la importancia cardinal que reviste la autonomía personal para la dignidad humana, deberían adoptar medidas adecuadas, sin incumplir las demás obligaciones que les incumben en virtud del Pacto, para evitar el suicidio, en especial entre quienes se encuentren en situaciones particularmente vulnerables” (Naciones Unidas, 2019).

Es evidente que no todas las personas pueden estar de acuerdo con esta interpretación, pero en vista de cómo funcionan nuestras sociedades es indispensable insistir en que hay que anteponer la humanidad de la persona a cualquier ideología que las considere como productos desechables, sobre todo porque la libertad es un principio muy lejano de alcanzar desde una perspectiva que cosifica a la persona.

El ejercicio de la libertad, en situaciones de máxima vulnerabilidad, puede significar que las personas en condiciones más frágiles —por la falta de garantía de su protección y derechos humanos—, sean las más perjudicadas (Torralba, 1998). De partida, las personas moribundas o con una enfermedad terminal suelen estar desprotegidas ante el mercado, la medicalización de su salud o incluso la voluntad de sus familiares.² En ocasiones se trata a las personas, en particular a aquellas de avanzada edad, como despojos, aunque estén biológicamente vivas. Esto se produce, de manera particular, en el caso de aquellas que se encuentran moribundas o padecen enfermedad terminal —si bien hay que reconocer que no necesariamente deben estar en tales circunstancias para recibir un trato

vejatorio—. Muchas veces no importa qué tan deteriorada esté su condición o cuán definitiva sea su gravedad; existe una predisposición a dirigirse a ellas como personas que están muriendo.

En las sociedades occidentales, la muerte es un tabú. No se habla de ella y se la considera externa a nuestra existencia y ciclo vital. En una cultura hedonista, donde la identidad de las personas se construye a partir de lo que se tiene, las personas moribundas o con enfermedad terminal nos emplazan frente a la finitud de la vida, por lo que se tiende a olvidarlas e incluso abandonarlas. Su dolor y sufrimiento se evita a toda costa, y se buscan formas rápidas de esquivarlas.

Todos estos elementos ayudan a crear un ambiente donde se desprotege, aún más, a las personas moribundas y con enfermedad terminal.

En este escenario ¿es posible ejercitar la libertad para poner fin a la vida en las sociedades contemporáneas? Nuestra respuesta es no³. Investigaciones han demostrado que las personas moribundas o con enfermedad terminal tienen entre sus principales preocupaciones ser una carga para las demás o sienten angustia por preocupar o provocar dolor a sus seres queridos. Por lo tanto, siempre nos quedará la duda, si la decisión voluntaria de terminar con su vida es producto de un real ejercicio de su libertad de decisión o es parte de un acto provocado por el entorno, que no siempre refleja lo que habría elegido en otras circunstancias.

Es por ello que en este capítulo abordamos la muerte digna desde la perspectiva de la humanización de la muerte, donde los cuidados paliativos son cruciales, y favorecemos el lenguaje de ayudar a las personas moribundas y con enfermedad terminal a honrar su vida y reconocerles como protagonistas, de acuerdo con sus creencias, su cultura, contando con todas las garantías que les ofrezca el ordenamiento jurídico para regular y salvaguardar el derecho a morir con dignidad (Torralba, 1998), (Millan, 2019).

Las personas mayores y la muerte digna

La proximidad de la muerte conlleva una serie de actividades asociadas a la organización de los asuntos que marcan el final de la vida. Es imprescindible que dichas actividades —que llevan a cabo las familias, las personas cuidadoras y prestadores de atención médica, entre otros— cumplan con estándares que aseguren que las personas puedan vivir en condiciones adecuadas hasta que se produzca la muerte biológica.

Las personas mayores se encuentran entre las más desprotegidas ante la muerte. Su ubicación en la estructura por edades de la sociedad se traduce, casi por defecto, en un predictor de su fallecimiento. De acuerdo con un clásico estudio en el tema: “la estructura social en la que se hallan implicadas [las personas mayores] se orienta ya hacia su próxima muerte; sus familias se van independizando de ellas, el alcance de las referencias al futuro disminuye progresivamente. Se considera correcto tratar el hecho de su muerte como algo que tiene menos consecuencias para los demás, porque ello no entraña una drástica revisión de los planes de vida, como sucede cuando está por morir un adulto joven” (Sudnow, 1967).

De esta manera, la muerte en las personas mayores suele ser un hecho predictivo que se consuma socialmente con anticipación. Con frecuencia, las personas mayores que requieren atención de emergencia no reciben el mismo trato que una persona más joven, no son internadas junto con otras personas que sufren las mismas patologías; se las mantiene en una camilla o sentadas en los pasillos por largo tiempo, se las sujeta con amarras como forma de prevenir caídas, se les niega la presencia de un/a acompañante o se les impide el desplazamiento independiente, entre otras situaciones. Según especialistas, el personal de salud, incómodo frente a las ansiedades de los/as pacientes de edad avanzada por la muerte, incluso recurren a falsas esperanzas y tratamientos que en realidad están disminuyendo la calidad de la vida en lugar de mejorarla (Gawande, 2015).

Estas conductas se han naturalizado tanto, que los comportamientos que no respetan la dignidad son incluso percibidos como convencionales por las mismas personas mayores. Para preservar la dignidad de la vida hasta que se produce la muerte es de suma importancia cambiar esta forma de actuar, así como respetar la manera en que la persona espera que sea su final, procurando que se cumpla su voluntad y brindando todos los apoyos necesarios en ese momento.

a. La realización de la dignidad

La dignidad supone el valor básico de los derechos humanos que tienden a explicitar y satisfacer las necesidades de la persona en la esfera moral. También implica la capacidad de emitir juicios morales, la libertad para decidir acerca de las acciones y la posibilidad de generar conceptos abstractos (Ordelin, 2013). En tal sentido, todas y cada una de las personas tienen un valor inestimable, nadie es insignificante y todas las personas son fines en sí mismas. Esto entraña que deben ser valoradas con independencia de su capacidad económica o de cualquier otro

atributo que sea ajeno a su condición de ser humano (Quinn y Deneger, 2002).

Peter Häberle desarrolla el concepto de dignidad humana como una premisa antropológica-cultural de una sociedad, que permite llegar a ser persona, serlo y seguir siéndolo. Entonces si la muerte es parte integral de nuestro ser, el sufrimiento, el dolor, el abandono, la indiferencia, la discriminación u otra práctica negativa, constituyen un grave atentado contra nuestra dignidad como persona (Häberle, 2001).

El respeto de la dignidad en la muerte se puede definir como la concordancia entre la forma de vivir y la forma de morir. Por ejemplo, un estudio realizado por Meier informó que el 94% de las personas entrevistadas incluían entre sus preferencias sobre su muerte la definición de la escena de su deceso (dónde, con quiénes) y una preparación para la muerte (instrucciones anticipadas, arreglos funerarios) (Meier y Otros, 2016). En otro estudio se halló la preferencia de morir en casa, porque los entornos de atención médica convencional a menudo se caracterizaban por el uso excesivo de la tecnología, ignorando los deseos de la persona y reduciéndola a un sistema fisiológico (Steinhauser y Tulsky, Defining a 'good' death, 2015). En una publicación anterior, se concluyó que no existe una única manera de asegurar la dignidad de la muerte, más bien debe verse como una experiencia del final de la vida que debe negociarse y renegociarse en el contexto de los valores, preferencias y trayectoria vital de cada persona (Steinhauser y otros, 2001).

Como se observa, pese a la ambigüedad con que se utiliza el concepto de dignidad, pareciera que hay condiciones subyacentes que deben ser resguardadas en beneficio de la persona moribunda o con enfermedad terminal. Entre ellas, una investigación presentó los resultados observados en la aplicación del modelo de Max Cochinov (Hau Yan Ho y otros, 2013), los que se detallan en el cuadro 1. Aunque cabe advertir que no se trata del único modelo existente, nos pareció interesante para clarificar el tema⁴

Cuadro 1: Modelo de dignidad del cuidado al final de la vida.

TEMA PRINCIPAL	SUBTEMA
Preferencias para el proceso de morir	Escena de la muerte (cómo, quién, dónde y cuándo)
	Morir durante el sueño
	Preparación para la muerte (por ejemplo, directivas anticipadas, arreglos funerarios).
Estado libre de dolor	Sin sufrir
	Manejo del dolor y los síntomas
Bienestar emocional	Soporte emocional
	Complacencia psicológica
	Oportunidades para discutir el significado de la muerte
Familia	Apoyo familiar
	Aceptación familiar de la muerte
	Preparación de la familia para la muerte
	No ser una carga para la familia
Dignidad	Respeto al individuo
	Independencia

Finalización de la vida	Diciendo adiós
	Vida bien vivida
	Aceptación de la muerte

Religiosidad / espiritualidad	Consuelo religioso / espiritual
-------------------------------	---------------------------------

Fuente: Andy Hau Yan Ho y Otros (2013, Living and dying with dignity in Chinese society: perspectives of older palliative care patients in Hong Kong, Age and Ageing, Volume 42, Issue 4, pp. 455–461.

b. El respeto de la autonomía

La autonomía de las personas mayores tiene que ver con el fortalecimiento de su capacidad de responder a sus propias necesidades, expresar sus deseos, tomar decisiones, hacer elecciones y lograr sus metas, limitando cualquier posibilidad de que controlen sus vidas (Comité Director de Derechos Humanos de Europa, 2013).

Este último aspecto es esencial cuando se trata del respeto a la autonomía de la persona mayor en el proceso de su muerte. Aplicar un margen para la intromisión de una tercera persona en la voluntad, sean profesionales médicos o los familiares, cuando se trata de decidir dónde morir, de quiénes desea estar acompañada, o qué servicios terapéuticos opta por recibir, es un ejercicio de autonomía que ha de ser respetado.

Habrán quienes desean como único o predominante tratamiento médico el recibir cuidados paliativos, como también aquellas personas que se nieguen a recibir un tratamiento, porque consideran que afectan su integridad. Insistir en preservar la vida de una persona moribunda o con enfermedad terminal por medio de acciones que buscan retrasar la muerte por procedimientos poco proporcionales, suele infringir sufrimientos añadidos a los que ya padece y, por lo general, no logran esquivar la muerte inevitable, sino aplazarla por unas horas o días, pero en condiciones humanamente lamentables para la persona mayor (Millán, 2019), quitándoles incluso el protagonismo de su propia muerte.

Ejemplos de protección en tal sentido se encuentran en la Argentina y en Chile. En el primer país, la Ley 26.742 sobre Derecho al Paciente, permite a las personas con enfermedades terminales rechazar “procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o el retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado”. En Chile la Ley 20548, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, señala que la persona en estado de salud terminal tiene derecho a denegar su voluntad para someterse a tratamientos que prolonguen artificialmente su vida, pero el rechazo no podrá implicar la aceleración artificial del proceso de muerte.

El derecho al consentimiento libre e informado y a la voluntad anticipada

El derecho al consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud que se aborda en el artículo 11 de la Convención Interamericana, también requiere de algunas precisiones. Su objetivo es que las personas mayores tengan la posibilidad de prevenir intervenciones indeseadas en el ámbito de la salud, o aquellas a las que se ven sometidas de forma obligada en las instituciones de atención sanitaria.

De conformidad con lo dispuesto en el párrafo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el artículo 2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, se hace hincapié en un entorno favorable en que se asigne prioridad al consentimiento informado y que garantice la máxima protección contra la estigmatización o la discriminación. Asimismo, para garantizar el derecho al consentimiento libre e informado, la ONU ha sido enfática en que se “debe velar porque existan salvaguardias legales e institucionales sólidas para verificar que los profesionales médicos se atengan a la decisión libre, informada, explícita e inequívoca de sus pacientes, a fin de protegerlos de presiones y abusos” (Naciones Unidas, 2019).

En la región se ha suscitado debate sobre el contenido del artículo 11 de la Convención Interamericana, específicamente cuando alude a la voluntad anticipada⁵. Por ejemplo, durante el proceso de ratificación de la Convención Interamericana en el Parlamento de Chile, la Cámara de Diputados solicitó, a petición de una legisladora, una revisión por parte de distintas comisiones para establecer si tales disposiciones de la Convención podían entenderse como favorables a la eutanasia o suicidio asistido (Huenchuan, 2016). Sin embargo, es claro que se trata de

asuntos diferentes, porque el artículo 11 debe interpretarse a la luz del artículo 6 sobre el derecho a la vida y a la dignidad en la vejez. En dicho marco, la voluntad anticipada forma parte del tipo de legislación que favorece la atención paliativa y los cuidados al final de la vida. No prolonga ni acorta la vida, sino que respeta el momento natural de la muerte.

La voluntad anticipada se refiere a instrucciones mediante las cuales una persona manifiesta sus deseos respecto a ciertas intervenciones médicas, para que sean respetados y cumplidos por el personal médico o el equipo sanitario cuando la persona que la ha otorgado se encuentre imposibilitada para manifestar su voluntad (Montiel y García, 2007). Entre sus ventajas se encuentra la de aligerar la inmensa carga de toma de decisiones de la familia, al haber documentado previamente los deseos y preferencias personales. Al mismo tiempo, se preserva la autonomía y la dignidad de la persona mayor adaptando la atención médica en función de las propias elecciones, independientemente de su capacidad mental o física (Siamak, 2021).

La utilización de este tipo de instrumento se ha ido ampliando entre los países de la región. En la Argentina, también llamada “Declaración Vital”, se encuentra regulada por el artículo 60 del Código Civil y Comercial. En Colombia es posible suscribir una voluntad anticipada, de manera que se respete lo que la persona quiere al final de su vida. En Ecuador, la legislación reconoce en la Voluntad Vital Anticipada el derecho de las personas a planificar los cuidados de salud que desean recibir o rechazar en el futuro, en condiciones de incapacidad para tomar decisiones, cursando una enfermedad terminal o cuando la muerte es un hecho inevitable. En México, hay 14 entidades federativas que cuentan con una norma sobre voluntad anticipada. En Panamá, la ley 68 de 2003, crea la figura de voluntad anticipada. En el Uruguay, la Ley 18.473 de 2009 sobre Voluntad Anticipada y en el decreto núm. 274/010 de 2010, se reconoce a las personas mayores el derecho a manifestar anticipadamente su voluntad de oponerse a la aplicación de tratamientos que prolonguen su vida, si así lo manifiesten en forma apta, voluntaria, consciente y libre. En otros países como Chile, Paraguay y la República Dominicana se han presentado iniciativas de ley sobre voluntad anticipada, pero aún no se han aprobado.

Pese a estos avances legislativos, el uso de este tipo de instrumento sigue siendo poco utilizado, por lo menos en algunos países. Por ejemplo, un estudio realizado en 2019 demostró que existe poco conocimiento de la ley de voluntad anticipada entre las personas mayores en México (Carrasco y otros, 2019) y, en la Ciudad de

México, que fue la primera entidad del país en aprobar la Ley de Voluntad Anticipada en enero de 2008, en nueve años desde su aprobación (2008-2017) se han suscrito solo 9532 documentos de voluntad anticipada (Cámara de Diputados de México, 2019).

Los cuidados paliativos y la atención a las personas mayores

El acceso a los cuidados paliativos es una obligación jurídica de los Estados. Antes de la aprobación de la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, esto ya había sido reconocido por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación general núm. 14 (Naciones Unidas, 2000) y por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en su Recomendación general núm. 27 (Naciones Unidas, 2010). De forma congruente con ello, el Relator Especial sobre la tortura estableció en su informe de 2013 que negar el alivio del dolor puede constituir un trato inhumano y degradante, de acuerdo con la definición de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (Naciones Unidas, 2013).

El Consejo de Derechos Humanos de Europa también recogió los cuidados paliativos en la recomendación CM/Rec (2014)2. Su informe explicativo (CDDH-AGE, 2013) señala que el fundamento jurídico de su incorporación se basa en que la dignidad humana debe ser respetada en todas las etapas de la vida de cada individuo (lo que incluye a las personas con enfermedades terminales) y que los cuidados paliativos ayudan a preservar esta dignidad, proporcionando un ambiente apropiado para hacer frente al dolor y otros síntomas molestos. Por lo tanto, los cuidados paliativos se deben proponer en todos los ámbitos en respuesta a las progresivas necesidades de las personas mayores. Con relación a este último punto, hay que destacar que desde 2003 los países europeos cuentan con una valiosa directriz para abordar los cuidados paliativos, aunque los progresos son desiguales. Al no ser un instrumento de carácter vinculante, su pleno cumplimiento no es una obligación para los países miembros del Consejo de Derechos Humanos de Europa.

La Convención Interamericana define los cuidados paliativos como “la atención y cuidado activo, integral e interdisciplinario de pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo o sufren dolores evitables, a fin de mejorar su calidad de vida hasta el fin de sus días. Implica una atención primordial al

control del dolor, de otros síntomas y de los problemas sociales, psicológicos y espirituales de la persona mayor. Abarcan al paciente, a su entorno y a su familia. Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; no la aceleran ni retrasan” (OEA, 2015).⁶

Para poner en práctica los cuidados paliativos, hay algunos principios básicos que deben ser respetados, los cuales se resumen en el cuadro 2, y que pueden ser útiles para familiares, personas cuidadoras y equipos sociosanitarios.

La falta de consideración de estos principios infringe el respeto de la dignidad de las personas moribundas o con enfermedad terminal. Por ejemplo, en el Reino Unido, a pesar de ser catalogado en 2015 el mejor país para morir de todo el mundo⁷, personal de enfermería y personal médico que respondieron a una encuesta sobre la atención al final de la vida de las personas hospitalizadas manifestaron que el cuidado de las personas mayores moribundas se caracterizaba por la falta de compromiso emocional con ellas y la confidencialidad institucionalizada de la información sobre su muerte. En sus respuestas se señala que, aunque enfermeras y enfermeros proporcionan atención individual a personas moribundas, gran parte de esta atención se dirige únicamente a satisfacer sus necesidades físicas. Los datos muestran que, a veces, en los hospitales se gestiona mal la muerte, con un control inadecuado de los síntomas, un apoyo insuficiente a los y las pacientes y personas cuidadoras y una comunicación escasa o nula sobre el pronóstico y el tratamiento (Costello, 2001). De esta forma, el dolor tiende a institucionalizarse y ello se convierte en un auténtico obstáculo para que las personas mayores moribundas o con enfermedad terminal reciban la atención que necesitan.

Cuadro 2: Principios que guían la atención paliativa

PRINCIPIO	CONTENIDO
Principio de la veracidad	Comunicar la verdad a la persona moribunda o con enfermedad terminal porque posibilita su participación en la toma de decisiones.
Principio de proporcionalidad	Implementar medidas terapéuticas que guarden una debida relación de proporción entre los medios empleados y el resultado visto. En este sentido, sería moralmente ilícito omitir o extender innecesariamente intervenciones sociosanitarias.
Principio de prevención	Prever las posibles complicaciones y/o síntomas que con mayor frecuencia se presentan en la evolución de una determinada condición médica.
Principio de no abandono	Precaver que la persona moribunda o con enfermedad terminal quede desamparada. Aunque su condición clínica no se pueda curar, siempre se puede acompañar y contener. ⁸

Fuente: elaborado con base en Taboada, 2000.

En el escenario de la pandemia por COVID-19, los principios señalados en el cuadro 2 se vuelven más necesarios de poner en práctica. Nelson-Beckert y Víctor (2020) advierten al respecto que quienes trabajan en la asistencia sanitaria y social tienen que prepararse aún más ante una enfermedad que cobra tantas vidas, y aconsejan hacer una pausa después de un fallecimiento y compartir un momento en silencio. Ello, además de honrar la vida de las personas, honra la humanidad compartida entre quien recibe el cuidado y quien lo brinda.

a. La atención curativa y la atención paliativa

Los cuidados paliativos suelen utilizarse como sustituto de la atención curativa. Cuando se ingresa a un programa de esta naturaleza se suspenden, por defecto, los tratamientos destinados a mejorar su condición. En ocasiones, ni siquiera se requiere la presencia de la persona mayor para evaluar su ingreso a un programa de cuidados paliativos y se toma una decisión sobre la base de antecedentes presentados por terceras personas. En otras, es el mismo personal de salud quienes, frente a casos de enfermedad terminal de una persona mayor, ofrece como única alternativa los cuidados paliativos, sin considerar otras opciones de tratamiento.

En efecto, con personas mayores parece más difícil distinguir entre cura y cuidado, cuando generalmente se trata de intervenciones interdependientes. Por ejemplo, una transfusión de sangre puede ser parte de un tratamiento para recuperar la salud o para fortalecer a una persona enferma de cáncer de forma que pueda recibir radioterapia paliativa, y lo mismo ocurre con la diálisis. La frontera entre ambos tipos de tratamiento es ambigua, y las razones de esta drástica separación son de distinto orden.

Una de ellas tiene que ver con los y las profesionales de la salud. Ya en el siglo XVII, Francis Bacon escribió: “Pienso que el oficio del médico no sólo consiste en restablecer la salud, sino también en mitigar los dolores y los sufrimientos causados por la enfermedad; y no solamente cuando ello pueda servir, al eliminar un síntoma peligroso, para conducir a la curación, sino también cuando habiéndose perdido toda esperanza de curación, tal mitigación sólo sirva para hacer la muerte más fácil y serena” (Adib, 2008).

Otras se originan en las diferencias significativas en materia de inversión que existen entre la investigación y desarrollo que se destina a controlar los síntomas y otros aspectos de los cuidados paliativos y aquella dirigida a prolongar la vida. Asimismo, existen barreras dentro de los sistemas de investigación y atención

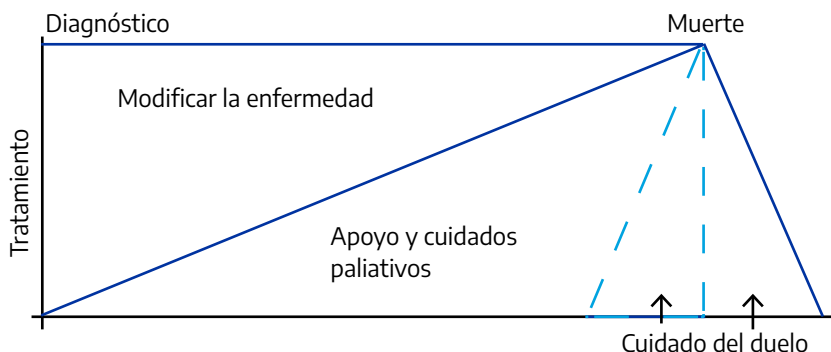
médica que impiden que muchas personas reciban cuidados paliativos efectivos donde y cuando lo necesiten (Foley y Gelband, 2001).

En consecuencia, sería un error ver el modelo curativo y el modelo del cuidado paliativo como las únicas dos opciones yuxtapuestas. Ambos representan los extremos opuestos de un espectro en el que son posibles variaciones ilimitadas, y saltar directamente de un extremo a la otra rara vez es apropiado (Fox, 1997).

El enfoque actual de los cuidados paliativos es incorporarlos como un componente central del manejo de la enfermedad (véase el esquema 1), desde el diagnóstico de un padecimiento que amenaza la vida o una condición que limita una buena calidad de vida, manteniéndose como parte de un tratamiento integral de cuidados al final de la vida y culminando con el duelo (Knaul y otros, 2018).

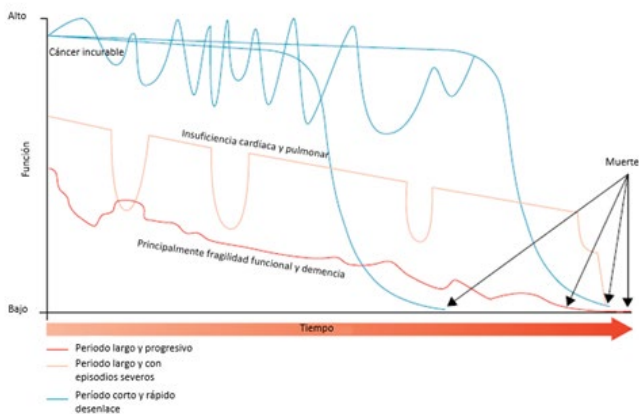
Esto quiere decir que, frente a alguien que padece una enfermedad terminal e incluso crónica, se debe desplegar todo el abanico de oportunidades que ofrece la medicina para aliviar el dolor y ayudar a vivir de forma plena y satisfactoria (Hadjistavropoulos y Hadjistavropoulos, 2008, pág. 13). Sin embargo, hay que recalcar que la necesidad de cuidados paliativos no es igual en su trayectoria para todas las personas, por lo que deben adaptarse a cada situación para responder rápida y eficazmente con base en el comportamiento de una enfermedad o padecimiento (incluso cuando se trata del dolor crónico). Por ejemplo, en el esquema 2 se presentan algunas trayectorias de la necesidad de cuidados paliativos para algunas enfermedades.

Esquema 1: Cuidados paliativos como un continuo desde el diagnóstico al final de la vida



Fuente: (Knaul y otros, 2018)

Esquema 2: Trayectorias típicas de la necesidad de cuidado paliativo en personas con enfermedad crónica progresiva



Fuente: (Knauth y otros, 2018)

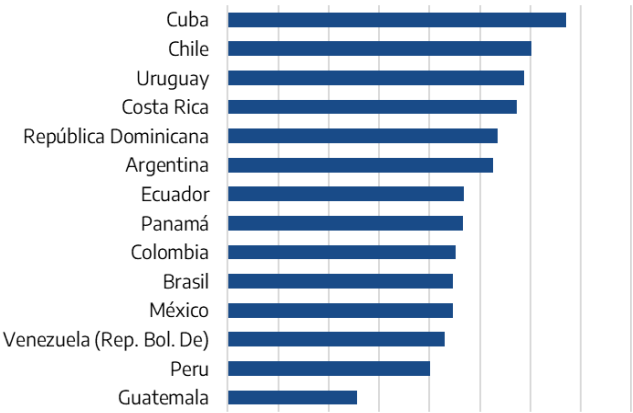
De lo anterior se deduce que los cuidados paliativos forman parte integral del manejo de enfermedades crónicas o terminales, y han de ser considerados como componente esencial de la protección universal en salud.

b. Los cuidados paliativos en América Latina

Se estima que, en 2017, el 14,1% de la necesidad mundial de cuidados paliativos en adultos se concentraba en la región de las Américas. De acuerdo con la edad, a nivel mundial, el 27,1% de las personas que necesitaron cuidados paliativos tiene entre 50 y 69 años, y el 40% tiene 70 años y más.

En Latinoamérica, la demanda de cuidados paliativos sería muy variada. Cuba se encuentra en el primer lugar de la región y en el número 22 del mundo, le sigue Chile, Uruguay, Costa Rica, República Dominicana y la Argentina (véase el gráfico 1). Cabe advertir que ello está estrechamente ligado con el perfil epidemiológico y demográfico de la población.

Gráfico 1: Demanda de cuidados paliativos en países latinoamericanos



Fuente: (Worldwide Palliative Care Alliance, 2020)

La información disponible indica que, en la región de América Latina, como ocurre en el resto del mundo, el desarrollo de los cuidados paliativos es muy heterogéneo. Por ejemplo, en Haití solo se desarrollarían actividades de formación en el tema. En República Dominicana, Ecuador, Guatemala, Paraguay, entre otros, la prestación de cuidados paliativos es aislada. En Brasil, Colombia, El Salvador y Panamá, los cuidados paliativos están en una etapa inicial de integración en los servicios de salud. En la Argentina, Chile, México y Uruguay, los cuidados paliativos se ubican en una etapa moderada de desarrollo, y en Costa Rica una etapa avanzada (Worldwide Palliative Care Alliance, 2020), en la cual —con base en nuestro conocimiento— ubicamos también a Cuba.

Para llegar a este resultado la WPCA (Worldwide Palliative Care Alliance) utilizó cinco categorías: el entorno paliativo y sanitario, los recursos humanos, la ase-quibilidad del cuidado, la calidad de la atención y la participación de la comuni-dad. Costa Rica, Chile y Panamá obtuvieron la mayor puntuación en la primera categoría (entorno paliativo y sanitario). Uruguay y la Argentina lo hicieron en recursos humanos, que incluía entre otros indicadores la disponibilidad de traba-jadores y trabajadoras especializadas en cuidados paliativos y los conocimientos

de médicos y médicas generales sobre cuidados paliativos. En asequibilidad de la atención, Panamá logró la máxima puntuación. En participación de la comunidad, la Argentina se ubica en la cúspide del ranking. El caso de Cuba, que se encuentra poco documentado por la WPCA, es particularmente interesante. Los cuidados paliativos nacieron en el año 1992 y desde entonces se ha ido ampliando su cobertura. Entre las principales fortalezas del país en este tema se encuentra la formación de recursos humanos y la incorporación de los cuidados paliativos en la atención primaria en salud (Forteza y otros, 2018).

Durante la pandemia por COVID-19, muchas de las limitaciones que se han observado para el desarrollo de los cuidados paliativos en la región y el mundo quedaron en evidencia. De acuerdo con un estudio realizado en Inglaterra y Gales, la respuesta a la pandemia se concentró en la prevención y en los tratamientos curativos, con poco énfasis en las necesidades de cuidados paliativos de las personas que han fallecido por el virus. Al no saber cuántas de las personas que murieron por COVID-19 habrían estado en su último año de vida, tampoco es posible conocer cuál habría sido la demanda de cuidados paliativos en ausencia de la pandemia (Bone, 2020).

Por otra parte, la pandemia demostró que el valor de cuidar a las personas mayores aún no forma parte de nuestro ejercicio de solidaridad. La toma de decisiones de los y las profesionales de la salud de practicar la medicina de emergencia en Italia, por ejemplo, no priorizó a las personas mayores (Kilabera, 2020), y las muertes en residencias de cuidado de largo plazo alrededor del mundo dieron cuenta de la indiferencia con respecto a la forma en que murieron muchas personas de edad avanzada.

Sin embargo, ello no fue más que una muestra de lo poco preparadas que están nuestras sociedades para asumir el cuidado de la muerte. Morir en soledad o en condiciones completamente ajenas a nuestros deseos durante la pandemia, nunca debió tener como consecuencia dolor o sufrimiento en las personas mayores y sus familias, o privarlas de sus derechos humanos, en particular el que se refiere a los cuidados paliativos.

Conclusiones

En este capítulo hemos analizado con profundidad el derecho a la vida y dignidad en la vejez establecido hace seis años en la Convención Interamericana. Nos concentramos en la muerte digna y los derechos conexos por su importancia para las personas mayores, sus familias y los prestadores de servicios sociosanitarios.

Establecimos el nexo ineludible entre el derecho a la vida, consagrado en la doctrina internacional de derechos humanos, y la muerte digna. Revisamos su vínculo con el consentimiento informado y los cuidados paliativos.

Como principal conclusión podemos establecer que la muerte digna solo puede ocurrir en un contexto que valore la dignidad e integridad de las personas mayores, y una sociedad donde ambos valores se practiquen en el marco de la interdependencia y la solidaridad. Para lograrlo, aunque aún falte mucho camino por recorrer, es esencial la labor que pueden desarrollar las instituciones rectoras en los asuntos de la vejez, así como los equipos que atienden directamente a las personas mayores.

La muerte digna no es un privilegio de algunas personas, debe ser una posibilidad para todas como una expresión del derecho a la vida digna. Tampoco debe verse aislada de nuestra existencia, muy por el contrario, nuestra perspectiva es que forma parte del ciclo vital de las personas, por lo que debemos prepararnos con anticipación para precaver cómo deseamos morir y hacerlo en consecuencia.

En el caso de las personas mayores hemos de trabajar por cambiar la visión de que son las únicas cercanas al momento de su muerte, evitar la discriminación ante cualquier tipo de práctica y ofrecer las condiciones para que sean las auténticas protagonistas de su muerte en los entornos institucionalizados como en su hogar.

Preservar la dignidad hasta el final de nuestra vida debe convertirse en nuestro propósito y para ello debemos contar con todas las garantías que lo faciliten. La Convención Interamericana entrega herramientas para trabajar en tal sentido. Al ser un instrumento jurídicamente vinculante refuerza la obligación del Estado de no desatender este tema.

En los países que hayan ratificado la Convención Interamericana urge que se lleve a cabo un proceso de armonización de su legislación interna, y en aquellos que aún no lo han hecho es imprescindible favorecer la toma de conciencia de las instituciones públicas y privadas para garantizar el derecho a la vida en todas sus manifestaciones.

La pandemia por COVID-19 nos está dejando enormes aprendizajes que no debemos olvidar. Urge fortalecer los sistemas de salud, avanzar hacia su cobertura universal, incorporar los cuidados de largo plazo como un pilar de los sistemas de protección social, incluyendo los cuidados paliativos, y junto con ello apoyar a las personas mayores para que sean verdaderas protagonistas de sus vidas.



Bibliografía

Adib, P. (2008). Comentarios a la ley de voluntad anticipada para el Distrito Federal. Boletín mexicano de derecho comparado, Vol. 41, Núm. 123.

Aguilera, R., y González, J. (2012). Derechos humanos y la dignidad humana como presupuesto de la eutanasia. Revista de la Facultad de Derecho, P. Universidad Católica del Perú, 151-168.

Bone, A. (2020). Changing patterns of mortality during the COVID-19 pandemic: Population-based modelling to understand palliative care implications . Palliative Medicine; 34(9), 1193-1201.

Cámara de Diputados de Chile. (s.f.). Boletín Núm. 10.777-1 (C). Valparaíso.

Cámara de diputados de México. (2019). La eutanasia en México. Marco teórico conceptual, marco jurídico, iniciativas presentadas, derecho comparado internacional y local, estadísticas y opiniones. Ciudad de México: Dirección General de Servicios de Documentación.

Carrasco, A., y otros. (2019). Nivel de conocimiento de la ley de voluntad anticipada en la población geriátrica en México. Revista cubana de medicina general integral, Vol. 35, Núm. 1.

CDDH-AGE. (2013). Draft explanatory report to the Recommendation on the promotion of the human rights of older persons. Estrasburgo: Consejo de Derechos Humanos de Europa.

Comité Director de Derechos Humanos de Europa. (2013). "Comments of Age-Platform Europe (AGE) on the draft recommendation of the Committee of Ministers to member States on the promotion of human rights of older Persons. Estrasburgo.

Costello, J. (2001). Nursing older dying patients: Findings from an ethnographic study of death and dying in elderly care wards. Journal of Advanced Nursing 35(1), 59-68.

Doménech, E., y Polaino, A. (1994). Comunicación y verdad en el paciente terminal. En E. Doménech, y A. (. Polaino, Manual de bioética general (págs. 387-406). Madrid: España.

Errasti-Ibarrondo, B., y otros. (2014). Modelos de dignidad en el cuidado: contribuciones para el final de la vida. Navarra: Cuadernos de Bioética.

Foley, K., y Gelband, H. (2001). Improving Palliative Care for Cancer. Washington, D.C: National Academy Press.

Forteza, M., y otros. (2018). Palliative care in Cuba. Nursing and Palliative Care.3.

Fox, E. (1997). Predominance of the Curative Model of Medical Care. Journal of the American Medical Association, vol. 278, Nº 9., 761-763.

Fronsini, V. (2000). Derechos humanos y bioética. Bogotá: Temis.

Fúster , F., Castro, G., y Pacheco, Z. (1998). El derecho a la muerte digna. II parte. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, 67-70.

Gawande, A. (2015). Being Mortal Illness, Medicine and What Matters in the End. New York: Metropolitan Books, Henry Holt and Company.

Häberle, P. (2001). El Estado constitucional. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Hadjistavropoulos , T., y Hadjistavropoulos , H. (2008). Pain Management for Older Adults. . Washington, D.C.: International Association for the Study of Pain.

Hau Yan Ho, A., y Otros. (2013). Living and dying with dignity in Chinese society: perspectives of older palliative care patients in Hong Kong. Age and Ageing, Volume 42, Issue 4, 455-461.

Huenchuan, S. (2016). Un paso adelante para los derechos humanos. La protección de las personas mayores en las Américas. En U. d. Chile, Anuario de Derechos Humanos (12) (págs. 225-236). Santiago: Universidad de Chile.

Kilaberia, T. (2020). Organizational commitment among residential care workers. Journal of Aging Studies 55.

Knaul, F., y Otros. (2018). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief— an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. Lancet 2018; 391, 1391-1454.

Meier, E., y Otros. (2016). Defining a Good Death (Successful Dying): Literature Review and a Call for Research and Public Dialogue. Am J Geriatr Psychiatry, 24(4), 261-271.

Millan, R. (2019). La muerte digna como un derecho humano. Toluca, : Universidad Autónoma del Estado de México.

Montiel, L., y García, M. (2007). Pensar el final: la eutanasia. Éticas en conflicto. Madrid: Editorial Complutense.

Naciones Unidas. (2000). Observación general N° 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” (E/C.12/2000/4, CESCR), Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Ginebra: Naciones Unidas.

Naciones Unidas. (2010). Recomendación general N° 27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos, (CEDAW/C/GC/27), Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Nueva York: Naciones Unidas.

Naciones Unidas. (2013). Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, (A/HRC/22/53). Ginebra: Naciones Unidas.

Naciones Unidas. (12 de noviembre de 2018). Artículo 3: Derecho a la vida. Noticias ONU.

Naciones Unidas. (2019). Observación general núm. 36. Artículo 6: derecho a la vida. Ginebra: Naciones Unidas.

Nelson-Becker, H., y Victor, C. (2020). Dying alone and lonely dying: Media discourse and pandemic conditions. Journal of Aging Studies.

OEA. (2015). Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. Obtenido de Tratados Multilaterales: http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp

Ordelin, J. (2013). ¿Representación voluntaria de los derechos inherentes a la personas?: consideraciones para un debate jurídico desde el ordenamiento jurídico cubano. Vniversitas, Núm. 127., 243-279.

Quinn, G., y Deneger, T. (2002). Derechos humanos y discapacidad: uso actual y posibilidades futuras de los instrumentos de derechos humanos de las Naciones Unidas en el contexto de la discapacidad. Nueva York: Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos.

Ramírez, R. (2008). El derecho a la muerte digna en la jurisprudencia constitucional. Revista Jurídica de Seguridad Social.

Siamak, N. (2021). Advance Medical Directives (Living Will, Power of Attorney, and Health Care Proxy). Medically Reviewed.

Steinhauser, K., y Otros. (2001). Preparing for the end of life: preferences of patients, families, physicians, and other care providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(3), 727-737.

Steinhauser, K., y Tulsky, J. (2015). Defining a 'good' death. En C. Nathan, y Otros, *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Press.

Sudnow, D. (1967). *La organización social de la muerte*. Buenos Aires: Editorial Tiempo Contemporáneo.

Taboada, P. (2000). *El derecho a morir con dignidad*. Santiago: Universidad Católica de Chile.

The Economist. (2015). 2015 Quality of Death Index. *The Economist*.

Torralba, F. (1998). Morir dignamente. *Bioética i debat*, Núm. 12, 1-6.

Valverde, F. (2014). Persona o individuo en el (neo) liberalismo: algunos fundamentos ideológicos. *Pensamiento Actual*. Universidad de Costa Rica, Volumen 14, Núm. 22, 29-41.

Wagner, C. (2013). *Limitaciones a la autonomía de la voluntad*. Santa Fe: Universidad Nacional del Litoral.

Worldwide Palliative Care Alliance. (2020). *Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition*. London: Worldwide Palliative Care Alliance.

¹ Un agradecimiento especial a Ángel Barreto Anaya y Miguel Rivera Herrera por su valiosa colaboración en la elaboración de insumos para este trabajo.

² Las conclusiones del informe de la Comisión Remmelick en Holanda, muestran que un 15% de los fallecidos muere por eutanasia entre agosto-diciembre de 1990. De los pacientes que solicitaron eutanasia activa durante el período analizado, 56% lo hizo por un sentimiento de pérdida de dignidad y 47% abogando tener un dolor intratable. Este dato resulta doblemente llamativo, puesto que, por un lado, el sentimiento de pérdida de dignidad no figura entre las condiciones de “eutanasia justificable” aceptadas por el Parlamento holandés. Por otro lado, aunque el dolor intratable sí es considerado como una condición justificante, pero en el mismo informe pone en evidencia que —en opinión de los/las médicos/as tratantes— en el 17% de las solicitudes de eutanasia aún había alternativas terapéuticas paliativas que ofrecer a las personas tratadas, pero estas las rechazaron. En otras palabras, no se podía hablar con propiedad de dolor intratable en esos casos (Taboada, 2000).

³ Como ya se dijo, la muerte es un asunto cultural, por lo que en este capítulo nuestras afirmaciones se remiten al caso latinoamericano. Para los/las interesados/as en el tema en otras partes del mundo pueden revisar: Ley de Muerte con Dignidad (DWDA) de 1997 en el Estado de Oregón, Estados Unidos, la cual permite a sus ciudadanos autoadministrarse medicamentos letales prescritos por un/a médico/a conforme a la ley; Ley del Estado de Washington, aprobada en 2008 y de Vermont en 2013. En Europa, la ley suiza que permite el suicidio asistido ha estado en vigor desde 1942, y la ley de Bélgica que en 2014 extendió la eutanasia a los niños y las niñas. En los Países Bajos la legislación promulgada en 2002 fue un paso más allá, permitiendo tanto el suicidio asistido como la eutanasia en ciertas circunstancias.

⁴ Para conocer en profundidad los modelos de dignidad al final de la vida, véase Errasti-Ibarrondo y otros, 2014.

⁵ Véase OEA, 2015: “Los Estados Parte establecerán también un proceso a través del cual la persona mayor pueda manifestar de manera expresa su voluntad anticipada e instrucciones respecto de las intervenciones en materia de atención de la salud, incluidos los cuidados paliativos...”

⁶ Esta definición es congruente con la utilizada por la OMS. Para más información, véase en línea: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

⁷ Véase <https://eiuperspectives.economist.com/about-us>

⁸ Es importante hacer una aclaración sobre este principio. Morir en abandono puede implicar varias condiciones. Por ejemplo, morir sin nadie; morir en una unidad de cuidados intensivos, pero sin familiares presentes; morir en presencia de personas cercanas que no incluyen al moribundo, no le prestan atención o no se dan cuenta del momento de la muerte (Nelson-Becker y Victor, 2020).

Derechos Humanos de las personas mayores.

Actualización de contenidos en Gerontogeriatría para equipos de salud.

CAPÍTULO 4:

Buen trato y maltrato en el sistema de salud

Julio Nemerovsky

Médico egresado de la Facultad de Medicina de la UBA (1975). Especialista en Clínica Médica. Especialista Universitario en Geriatría (Recertificado ANM-AMA). Presidente de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría (SAGG) (2021-2024). Docente de la Universidad Nacional de La Matanza, del Instituto Universitario Barceló y de la Universidad Maimónides. Investigador en la Universidad Maimónides y en el Instituto Universitario Barceló.

Introducción

Hoy, la Medicina debe encarar nuevos paradigmas en la atención de las personas. Entre varios factores, se debe al envejecimiento individual marcado por la mayor expectativa al nacer y por la expectativa de vida ajustada para quienes alcanzaron los 60 años de edad cronológica, junto al envejecimiento poblacional relacionado con la mayor proporción de personas mayores con respecto al número de nacimientos de una determinada población.

Dentro de la composición por grupos etarios de la sociedad, las personas mayores de 60 años en los países en vías de desarrollo y mayores de 65 años en los países desarrollados fueron los grupos que más incrementaron su proporción. Ello determinó el envejecimiento poblacional, sin duda, consecuencia de los éxitos obtenidos en distintas áreas del cuidado de los seres humanos, entre los que destacan mejores condiciones sociales de vida, las medidas preventivas generadas desde la Medicina, la promoción de la salud, el control y acción sobre las muertes prematuras, entre otros.

Las acciones y cuidados de las personas mayores se encuadran dentro de un contexto no conocido hasta ahora. La historia natural de las enfermedades ha sido modificada por la acción de las medidas sociosanitarias que se llevan a cabo desde distintos efectores con responsabilidad en las políticas de salud, por el empoderamiento de la población en cuanto al conocimiento, prevención y tratamiento de las enfermedades y por el interés de las mismas personas en mantener una apropiada calidad de vida relacionada con su salud.

El cambio de la historia natural de las enfermedades ha llevado a incluir la mayoría en la categoría de enfermedades crónicas, tanto aquellas que ostentan la característica de transmisibilidad como las no transmisibles, sobre todo estas últimas que constituían, hasta hace poco, las principales causas de mortalidad en los grupos etarios de mayor edad.

A su vez, el envejecimiento como proceso continuo, universal, irreversible y heterogéneo condiciona cambios anatómicos y funcionales que modifican la respuesta homeostática de esos organismos senescentes. Las noxas externas y los cambios propios del envejecimiento condicionan un proceso desadaptativo que, en ocasiones, impiden mantener ese equilibrio homeostático, generando un verdadero riesgo de vulnerabilidad conocido como fragilidad de las personas mayores.

Todo ello ubica a la Medicina en la situación de acomodar sus recursos de cono-

cimiento y materiales a la población envejecida. A su vez, las personas mayores, marcadas por la existencia de enfermedades crónicas no transmisibles prevalentes en la edad media de la vida, cuya cronicidad las hace aún más prevalentes entre las personas mayores, generan una verdadera geriatrización de las ciencias de la salud.

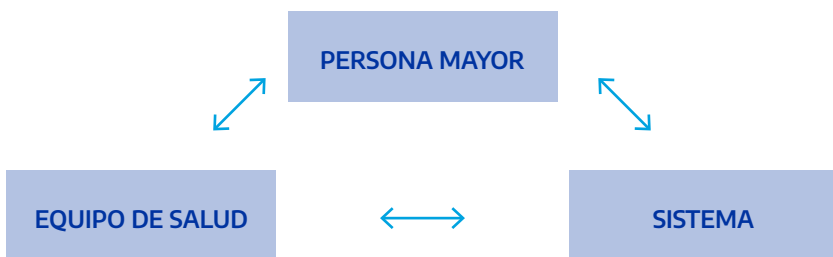
La Geriatría, como rama de la Medicina o como disciplina médica de la Gerontología, se ocupa del conocimiento de las características de los cambios anatómicos y fisiológicos antes mencionados y de las enfermedades en las personas mayores. Pero ese grupo etario, por diversos motivos, debe ser atendido por el conjunto de todas las especialidades médicas. La mayor parte de la asistencia está ocupada por las personas mayores, por la presencia de pluripatología, mayor consumo de fármacos, mayor ocupación de camas hospitalarias, mayor utilización de recursos sociales, mayor prevalencia de discapacidades y dependencia.

Sin embargo, es importante no medicalizar al envejecimiento, porque ello daría pie a considerar a la vejez como una enfermedad y no, como una etapa más del curso vital. La medicalización conlleva implícito el viejismo o edadismo, asignando un valor negativo al proceso de envejecer.

Actores en el escenario del buen trato en la atención sanitaria de la personas mayores

En el escenario de las acciones destinadas al cuidado de la salud de las personas mayores intervienen tres actores fundamentales: la persona mayor, el equipo de salud y el sistema sanitario.

Figura 1. Actores en el escenario de la asistencia sanitaria a personas mayores.



Fuente: (Worldwide Palliative Care Alliance, 2020)

La persona mayor es una pieza clave en este concierto de interacciones tendientes a brindar calidad a la atención médica. En los últimos decenios, las personas mayores llegan a esta etapa de la vida con más información sobre el autocuidado de la salud y sobre los requerimientos al equipo de salud y al sistema, con lo cual ejercen un verdadero empoderamiento para hacer frente a los cambios que caracterizan al envejecimiento.

El buen trato no se limita a la calidad de la práctica estrictamente médica, sino que las personas mayores tienen la capacidad de ejercer el derecho a ser atendidas de acuerdo a la propia expectativa que depositan en el sistema y en el equipo de salud.

Gil Gregorio, López Trigo y Gómez Martín, comparten un relevamiento de las expectativas que tienen las personas mayores frente a la atención médica y tiene que ver con ser tratadas como personas, con educación, respeto; desde los principios éticos-bioéticos: no maleficencia, autonomía, justicia, y beneficencia; a recibir atención centrada en la persona, sobre todo en condiciones de enfermedad, dependencia o discapacidad; sin paternalismos ni infantilismos, sintiéndose valoradas y respetadas como integrantes activas de la sociedad y el entorno, con los mismos derechos y obligaciones de todas las personas de la comunidad; fuera de estereotipos que ofrecen una discriminación e infravaloración de las personas mayores; desde el valor moral y la experiencia, por lo que representan en la familia y la sociedad.

En 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS) suscribe la Declaración de Toronto, en relación a la atención sanitaria de las personas mayores. La Declaración define al maltrato como la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza.

Sin lugar a dudas, la confianza en el efector sanitario es el mayor tributo que cualquier persona puede hacer en una relación humana, porque el cuidado de la salud está íntimamente ligado al concepto de la vida. En mayor o menor medida, cualquier acción desarrollada por el equipo de salud impacta sobre la vida de los seres humanos.

Quien recibe o tiene la expectativa de recibir asistencia médica espera que se le otorgue la atención adecuada a sus necesidades. Para cubrir esa expectativa es imprescindible otorgar la atención basada en criterios de equidad. Esa equidad parte del reconocimiento de uno de los parámetros que definen al envejecimiento, tal como se mencionara en la introducción: la heterogeneidad del proceso.

Recordemos que heterogéneo es un adjetivo que significa que algo está compuesto por elementos o partes de distinta naturaleza. En filosofía, el principio de la heterogeneidad del alemán Immanuel Kant (1724-1804) establece que los conceptos específicos involucrados deben tener algo en común que los agrupe bajo un mismo concepto genérico. A su vez, la especificidad de cada elemento debe ser diferenciable.

En el proceso de envejecimiento la heterogeneidad deriva de todo aquello que condicione, modifique, altere y produzca cambios en la evolución de un ser vivo y le dé características propias y distintas de otros seres vivos de su misma especie, edad cronológica y origen.

Mientras se envejece aparecen múltiples condicionantes que determinan la heterogeneidad de las personas, tanto de origen biológicos, como de origen social.

Los condicionantes de origen biológico marcarán las características de la salud física de las personas mayores: factores hereditarios, las patologías crónicas, factores epigenéticos, la microbiota, hábitos relacionados con la actividad física y la nutrición, entre otros. Serán los aportes necesarios para componer la historia clínica.

Los condicionantes sociales marcarán las características sociales y psicológicas de la salud de las personas mayores: aspectos familiares, económicos, educacionales, laborales, culturales, etc. Serán los aportes necesarios para componer la historia biográfica.

La suma e interacción de todos los condicionantes biológicos y sociales actúan como infinitas variables sobre las personas, que determina la individualidad o especificidad de cada ser.

La OMS define a la salud como el estado de bienestar biológico, social y psicológico y no, la mera ausencia de enfermedad. Desde la Gerontología consideramos que a la definición debe agregarse el concepto de bienestar funcional. La capacidad para mantener la funcionalidad distingue a las personas mayores en independientes y dependientes, y la posibilidad de ser independiente facilita las acciones para propiciar su autonomía, es decir, que pueda tomar decisiones por sí misma y así ejercer el derecho al libre albedrío. En relación con el cuidado de su salud, en cualquiera de las esferas mencionadas, impacta sobre el empoderamiento de cada persona.

El segundo actor en este escenario del cuidado sanitario es el equipo de salud. La atención de las personas mayores se basa, fundamentalmente, en la posibilidad de recibirla por parte de un equipo multi e interdisciplinario. Se trata de un equipo que pueda interpretar la historia clínica y biográfica de esa persona, que conozca los cambios propios del envejecimiento y que pueda interpretarlos en relación a quien tiene enfrente.

El equipo de salud está compuesto por diferentes niveles asistenciales con sus características propias, que no siempre se adaptan a las necesidades de la persona mayor.

La conformación de diferentes niveles asistenciales reviste un paso importante en el acercamiento al buen trato de las personas mayores. Las personas envejecidas requieren de diferentes aportes asistenciales, según sus manifestaciones relacionadas con las patologías crónicas, sus reagudizaciones, la existencia de síndromes geriátricos aislados o en contexto de otros procesos agudos o reagudizaciones, estado cognitivo, capacidad funcional o pérdida con diferentes grados de dependencia, condiciones de fragilidad, procedencia y características del grupo conviviente, etc. La procedencia establece, sin lugar a dudas, el grado de apoyo socio-familiar con que contará esa persona mayor ante la acción disruptiva de la enfermedad.

La necesidad de establecer niveles de asistencia se relaciona con la heterogeneidad de las personas mayores que recurren a la atención sanitaria.

El primer nivel de atención está compuesto por los profesionales de atención primaria de la salud (APS). La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad; tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente, tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo. Incluye desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos (OMS).

La APS comprende tres componentes interrelacionados y sinérgicos:

- Servicios de salud coordinados y completos, en los que se incluyen, como piezas centrales, la atención primaria y funciones y bienes de salud pública.
- Acciones y políticas multisectoriales en el ámbito de los determinantes de la salud más extendidos y de carácter general.
- Establecimiento de un diálogo con personas, familias y comunidades, su empoderamiento, para aumentar la participación social, así como mejorar la autoasistencia y la autosuficiencia en la salud (OMS).

La APS es el enfoque más inclusivo, equitativo, costo-eficaz y efectivo para mejorar la salud física y mental de las personas, así como su bienestar social. Cada vez son más las pruebas en el mundo del amplio efecto que tiene invertir en la APS, particularmente en tiempos de crisis como los de la actual pandemia de COVID-19 (OMS-OPS).

Las acciones primordiales del personal médico dentro del equipo de APS y especialmente dirigidas a la atención de las personas mayores son:

- Fomentar el autocuidado y cuidado informal
- Llevar a cabo las medidas preventivas
- Revisión mínima anual. Valorar la movilidad
- Valoración de los sentidos
- Valoración mental
- Valoración de la continencia

- Revisión de la medicación
- Valoración social
- Detección de personas mayores frágiles
- Detectar la necesidad de distintos tipos de ayudas.

Para llevar adelante estas acciones, el equipo médico de atención primaria debe conocer los cambios anatómicos y fisiológicos que marcan el proceso de envejecimiento. Así mismo, debe profundizar el conocimiento de las patologías prevalentes en las personas mayores. Para poder tener una perspectiva justa de todas estas características propias cuenta con una herramienta adecuada que es la Valoración Geriátrica Integral (VGI).

Según Salgado Alba (1996), la VGI es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario que se ocupa de cuantificar todos los atributos y alteraciones importantes de la esfera médica, funcional, mental y social de la persona mayor (valoración cuádruple, dinámica o integral). Es un proceso diagnóstico, usualmente interdisciplinario destinado a precisar los recursos y problemas médicos, psicosociales, funcionales y medio ambientales de un anciano con el objeto de desarrollar un plan global de tratamiento y seguimiento a largo plazo para mejorar los desenlaces de las personas mayores frágiles.

Dentro del enfoque de buen trato a las personas mayores en contexto de la atención de la salud, la aplicación de herramientas específicamente desarrolladas y validadas para ellas –como la VGI– es fundamental, porque posibilita:

- Mejorar la exactitud diagnóstica en base a un diagnóstico cuádruple (clínico, funcional, mental y social).
- Descubrir problemas tratables no diagnosticados previamente.
- Mejorar el estado funcional, cognitivo y la calidad de vida.
- Conocer los recursos de la persona tratada y su entorno sociofamiliar.
- Situar a la persona en el nivel sanitario y social más adecuado a sus necesidades, evitando –en la medida de lo posible– la dependencia, y con ello, reducir el número de ingresos hospitalarios y de institucionalizaciones y disminuir la mortalidad.

Sin embargo, existen problemas aún irresueltos en la APS de las personas mayores que dificultan la buena atención y pueden constituirse en verdaderos malos tratos desde la asistencia sanitaria: la sobrecarga asistencial, una insuficiente formación en Geriatría, la falta de interdisciplinariedad en el abordaje de la atención a las personas mayores, falta de especialistas en Geriatría que asesoren adecuadamente a los equipos médicos de APS, barreras para conseguir el acceso de la persona mayor -paciente geriátrica- a determinados servicios especializados, comunicación deficiente entre servicios sanitarios y sociales, coordinación escasa entre atención primaria y especializada pues no existen sistemas que faciliten o promuevan la atención continuada.

Un capítulo importante sobre el aporte de conocimientos en Geriatría durante la formación de los futuros médicos y médicas es la escasa oferta de esa temática en las carreras de pregrado. Son muy pocas las Facultades o Escuelas de Medicina en nuestro medio que poseen en pregrado la materia Geriatría.

Para poder adquirir el estatus de Buen Trato a las personas mayores, la APS debería proporcionar formación básica en relación con las prácticas sensibles a problemas culturales, etarios y de género, abordando los conocimientos, actitudes y aptitudes de todo el personal de atención primaria; proporcionándole formación básica en las principales competencias de la atención a las personas mayores; así como información adecuada desde el punto de vista cultural, etario y de género. Debería informársele también acerca de la promoción de la salud, el tratamiento de las enfermedades y las medicaciones, tanto a las personas mayores como a quienes cuidan de ellas y revisar regularmente el uso de todas las medicaciones y de otros tratamientos.

En cuanto a la gestión de esos recursos, deberían instituirse medidas apropiadas como:

- Adaptar los procedimientos administrativos a las necesidades especiales de las personas mayores.
- Facilitar el acceso a los servicios de las personas con bajos ingresos.
- Apoyar la continuidad de la asistencia entre el nivel comunitario y los niveles asistenciales primario, secundario y terciario.
- Apoyar la continuidad de la asistencia mediante el mantenimiento de buenos registros en todos los niveles asistenciales.

- Asegurar la participación de las personas mayores en las decisiones sobre la organización de la atención primaria y proporcionar información adecuada para la edad acerca del funcionamiento de los centros de atención primaria (horarios de apertura y sistemas de pago, entre otras cuestiones que pueden dificultar su accesibilidad).

Dentro del esquema de prestaciones asistenciales correspondientes a este actor existe un segundo nivel de atención que está constituido por las especialidades médicas, los recursos sanitarios relacionados con el cuidado y las internaciones de patología aguda o más frecuentemente de reagudización de patologías crónicas y el apoyo de recursos sociales aplicados a contener al sistema de salud frente a estas situaciones.

En este nivel asistencial las características del maltrato a las personas mayores derivadas de la falta de conocimiento sobre las cualidades propias del envejecimiento siguen estando presentes y constituyen, tal vez, el peor escenario posible para obtener resultados favorables durante su intervención. A este condicionante de malos resultados se suman condiciones propias de un sistema no adaptado para la atención de una población envejecida.

El segundo nivel está fundamentalmente constituido por la atención hospitalaria. Este efector, en general, no está adaptado a las necesidades del grupo etario, desde la conformación de los equipos profesionales a las barreras arquitectónicas que limitan la accesibilidad física, muchas veces, constituyen sutiles formas de segregación de las personas mayores con la impronta innegable de formas de discriminación viejistas y edadistas.

Las limitantes físicas a la accesibilidad comienzan con una señalética inadecuada para las personas mayores, con textos extensos, confusos, en ocasiones con letras pequeñas y carteles colocados a una altura inadecuada para las personas mayores. A su vez, el tamaño de las gráficas no considera la posible existencia de una presbicia, síndrome geriátrico de altísima prevalencia en este grupo etario, la altura de la cartelería sin considerar la prevalencia de artrosis cervical, cifosis u otras entidades asociadas a la degeneración osteoarticular. El mobiliario inadecuado para personas mayores con impedimentos para una movilidad conservada y los baños con inodoros inadecuados, por su altura. La lista podría ser extensa. En general, se habilitan recursos de segundo nivel, de acuerdo con estándares generales, sin tomar en consideraciones las características y necesidades de la población mayor.

La conformación de equipos específicamente constituidos para la atención de las personas mayores es otro de los factores de discriminación en la atención hospitalaria. La falta de conformación de Unidades de Geriatría en las instituciones hospitalarias condicionan malos resultados clínicos con incremento de complicaciones evitables: deterioro funcional, malnutrición, infecciones hospitalarias relacionadas con procedimientos médicos, lesiones cutáneas por manejo inadecuado de las personas con escaras y con limitantes en la movilidad, reacciones a fármacos por desconocimiento de los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos que ocurren en el envejecimiento, síndrome confusional, caídas, trombosis, agravamiento o desencadenamiento de sarcopenia, incremento de la fragilidad constituida previamente.

En la extensa nómina de consecuencias de los cuidados inapropiados durante una internación se pueden reconocer la presentación de los tristemente famosos Gigantes de la Geriatría, síndromes geriátricos que, por su alto impacto en la calidad de vida y en la salud de las personas mayores, llevan a transformar a una persona mayor sana en una “paciente geriátrica”, con el consecuente riesgo de incremento de la morbi-mortalidad o la alta incidencia de dependencia inducida por negligencia.

La conformación de unidades de geriatría en los ámbitos hospitalarios se asocia a una constante disminución de las institucionalizaciones en residencias de larga estadía, dependencia y morbi-mortalidad.

El instrumento en que basan su mejor performance las unidades de geriatría es la valoración geriátrica integral hospitalaria (VGI), que permite el reconocimiento de la fragilidad, identificación del nivel cognitivo, conocimiento de la existencia de síndromes geriátricos previos a la internación, apreciación del contexto socio-familiar y la continencia que este puede brindar a la persona mayor hospitalizada. Precisamente como toda valoración geriátrica integral es quadri-dimensional, abarca las esferas médico-biológica, mental, social y funcional.

La posibilidad de un seguimiento especializado favorece el control de las intervenciones surgidas a partir de la mencionada VGI. Sin esos controles, e independientemente de un adecuado diagnóstico, los resultados no serán los esperados.

Un capítulo a considerar dentro de los potenciales malos tratos a las personas mayores durante una internación son los ingresos y los días de estancia inadecuados. Ambos son resultados de un desconocimiento de las características del envejecimiento o por un proceso negligente en el manejo de la hospitalización.

Respecto de los ingresos inadecuados, en ocasiones se realizan porque el sistema no puede contener a la persona en el ámbito ambulatorio de la atención primaria o por presiones familiares relacionadas con una supuesta mejor atención que, en realidad, deja traslucir la falta de contención del sistema de atención del primer nivel y de ese grupo familiar que cuida a la persona mayor.

Entre las causas que ocasionan un ingreso inadecuado podemos identificar: pruebas diagnósticas y/o tratamiento que pueden realizarse en consultas ambulatorias; la persona mayor requiere de una institucionalización en una residencia de larga estadía, pero no hay disponibilidad, o bien precisa una internación en un nivel de rehabilitación, pero no hay vacantes; la persona mayor con una patología que podría tratarse en su domicilio con asistencia de enfermería no la obtiene a través de una modalidad de internación domiciliaria; admisión prematura para preparación para una cirugía y/o estudio diagnóstico; internación innecesaria frente a una cirugía ambulatoria; ingreso para proteger a la persona mayor que sufre o se sospecha de abusos en su contra. Obviamente, frente a la descripción de estas causas podrían existir excepciones relacionadas con la falta de cualquier tipo de cuidados informales o formales que obliguen al sistema a ingresar a la persona para su mejor atención.

El nivel asistencial también puede generar prolongación del tiempo de estancia en la internación determinando la aparición de acontecimientos adversos como los evidenciados en los casos en los que se desconoce o no se consideran los requerimientos propios de las personas mayores.

Entre estos últimos, se destaca el retraso en el cumplimiento de los tiempos estipulados para realizar un estudio o tratamiento, por ejemplo, estudios que se realizan en determinados días y la persona mayor debe esperar esa fecha estando ingresada en el nivel hospitalario. La falta de ejecutividad en el seguimiento de las personas internadas que demoran los pedidos de estudios o la instauración de tratamientos adecuados. La responsabilidad del sistema proveedor del servicio, Estado, obras sociales o prepagas que no aseguran los recursos para una pronta y adecuada atención. Todas estas demoras y falta de efectividad del nivel asistencial correspondiente constituyen verdaderos maltratos a las personas mayores.

Los ingresos inapropiados, las prolongaciones innecesarias de internaciones y las demoras en las acciones terapéuticas, además de generar las mismas consecuencias que describimos en párrafos anteriores referidos a la falta de idoneidad, determinan la aparición de la fragilización de las personas mayores, el incremento de la incidencia de sarcopenia, desfuncionalización, discapacidad y dependencia.

El estudio Toledo llevado a cabo en forma multicéntrica en España arrojó algunos resultados en concordancia con lo expuesto: el 25% de las personas mayores ingresadas sufren un deterioro funcional que no está relacionado con la causa que motivó el ingreso; el 37% de la población ingresada no había recuperado su nivel funcional basal a los dos años; y en el 50% de los casos se identificó un diagnóstico médico como agente causal de la incapacidad.

Ferrucci y colaboradores expresaron en 1997 que en el año previo a que las personas mayores se incapacitaran severamente, una gran proporción de ellas estuvieron hospitalizadas (48-72%). Entre las que no se incapacitaron, solo una minoría (14,7%) estuvo hospitalizada.

Algunos malos tratos frecuentes de los equipos de salud hacia las personas mayores, independientemente de las características descriptas como negligencia en el accionar del área, son: falta de sensibilidad, paciencia o empatía; rechazo a la persona mayor; trato despótico; invisibilización; infantilización; despersonalización; deshumanización; ignorancia de las particularidades del envejecimiento (falta de formación y/o capacitación); y prejuicios y mitos sobre la vejez.

Por último, el tercer actor en el escenario de la atención sanitaria de las personas mayores es el sistema, que está compuesto por los distintos prestatarios de la atención, el Estado, las prepagas y obras sociales.

El Estado cumple un doble rol, proveedor de atención a quienes carecen de un seguro de salud y regulador de todas las prestaciones sanitarias, incluidas las que él mismo gestiona.

Es el sistema, a través del Estado, el que debe velar porque no se cometan malos tratos descriptos en los párrafos anteriores y ejercer el poder de control para que se cumpla el buen trato a las personas mayores. Ese buen trato asistencial está detallado en la Constitución Nacional y también en la suscripción de convenios internacionales como la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

Esta norma internacional hace referencia, en varios capítulos, a los derechos de las personas mayores en relación a las condiciones de la atención médica y sanitaria y son ejemplos de la manifestación de la promoción del buen trato y de la prevención de los maltratos.

En el artículo 4 de la Convención, Deberes Generales de los Estados Parte, se establece:

Adoptarán medidas para prevenir, sancionar y erradicar aquellas prácticas contrarias a la presente Convención, tales como aislamiento, abandono, sujeciones físicas prolongadas, hacinamiento, expulsiones de la comunidad, la negación de nutrición, infantilización, tratamientos médicos inadecuados o desproporcionados, entre otras, y todas aquellas que constituyan malos tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes que atenten contra la seguridad e integridad de la persona mayor (2015).

Este artículo hace referencia a los malos tratos más frecuentes en el ámbito de la salud como se detalló en párrafos anteriores.

En el artículo 6, Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez, se plantea que:

Los Estados Parte adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar a la persona mayor el goce efectivo del derecho a la vida y el derecho a vivir con dignidad en la vejez hasta el fin de sus días, en igualdad de condiciones con otros sectores de la población.

La suscripción a este artículo garantiza el derecho a la equidad dentro de cualquiera de las actividades relacionadas con la vida y una buena muerte de las personas mayores.

Por su parte, el artículo 7, Derecho a la independencia y a la autonomía, dispone: “El respeto a la autonomía de la persona mayor en la toma de sus decisiones, así como a su independencia en la realización de sus actos”. Este artículo no deja dudas respecto del derecho a la autonomía sobre la salud de las personas mayores y garantiza los esfuerzos para mantener la independencia funcional del grupo etario de los adultos mayores.

En su artículo 11, Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud, la Convención establece que:

La persona mayor tiene el derecho irrenunciable a manifestar su consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud (...). Dichos mecanismos deberán asegurar que la información que se brinde sea adecuada, clara y oportuna, disponible sobre bases no discriminatorias, de forma accesible y presentada de manera comprensible de acuerdo con la identidad cultural, nivel educativo y necesidades de comunicación de la persona mayor.

De esta manera, asegura y garantiza los principios de autodeterminación de las personas mayores en base a una adecuada información brindada por los responsables de la atención sanitaria.

A su vez, en el artículo 19, Derecho a la salud, afirma que “la persona mayor tiene derecho a su salud física y mental, sin ningún tipo de discriminación”. Aquí reafirma el derecho a la no discriminación por razones de edad. Durante la extensa pandemia que comenzó a fines de diciembre de 2019, y especialmente durante el llamado “pico de la primera ola”, se registró en algunos países del mundo un franco abandono a las personas mayores sobre la base de actitudes discriminatorias por edad, verdadero edadismo que se ocultó detrás de un malintencionado conflicto de intereses relacionados al uso racional de recursos.

Insertos en la búsqueda de acciones tendientes a mejorar, desde todos los aspectos posibles, la calidad de la atención sanitaria de las personas mayores, debemos establecer pautas preventivas en los diferentes niveles de prevención que aseguren el buen trato a este grupo etario:

- Prevención primaria: evitar la aparición de casos nuevos (incidencia) de malos tratos mediante el control de las causas y de los factores de riesgo. Formar a los recursos humanos en la calidad de atención a las personas mayores, a través del conocimiento de los cambios biológicos, psicológicos, sociales y funcionales que se encuentran en el proceso de envejecimiento.
- Prevención secundaria: reducir la prevalencia de malos tratos mediante la detección precoz de los casos ocultos y la intervención precoz que evite las consecuencias más graves y la reincidencia. Existen diversos programas y acreditaciones en el mundo para que las personas mayores sean atendidas de manera adecuada en los sistemas socio-sanitarios.

Estos programas se basan en intervenciones generales: campañas de sensibilización para el público y los equipos de salud; detección de las personas víctimas y quienes agreden; programas intergeneracionales en las Universidades; intervenciones de apoyo a cuidadoras y cuidadores (por ejemplo, gestión del estrés, asistencia de relevo); políticas sobre la atención en residencias para definir y mejorar el nivel de la atención y formación sobre la demencia dirigida a cuidadoras y cuidadores, entre otras medidas.

A estos programas se deberán incorporar las improntas sociales y culturales que las distintas comunidades poseen como bien propio y llevar la prevención a nivel de la salud comunitaria.

- Prevención terciaria: reducir el progreso o las consecuencias de una situación de malos tratos ya establecida, minimizando las secuelas y sufrimientos causados. Nunca es tarde para corregir los desvíos que una inadecuada atención médica basada en prejuicios, discriminación, negligencia o descuido pueda afectar a las personas mayores.
- Prevención cuaternaria: evitar acciones desmedidas o sobreprotectoras sobre las personas mayores que produzcan el efecto paradójico de cercenar sus derechos y su autonomía. En tal sentido, debemos visibilizar las acciones diagnósticas y terapéuticas que constituyen un verdadero encarnizamiento terapéutico determinando más lesiones y consecuencias deletéreas entre las personas mayores que las producidas por la propia enfermedad o condiciones que se quieren encontrar o solucionar.



Conclusiones

El envejecimiento como proceso individual y como fenómeno comunitario ha traído aparejado el conocimiento de los cambios en ese grupo etario, tanto para sí mismos como para la sociedad. Esos cambios han determinado la heterogeneidad que caracteriza a este grupo, lo cual ha llevado a la necesidad de ajustar los recursos sanitarios en forma equitativa, para asegurar una distribución acorde a las necesidades de cada uno. La distribución equitativa de esos recursos se basa en diferentes niveles asistenciales, que –de no cumplir con los objetivos de asistencia– entran en el terreno de prácticas relacionadas con el maltrato, muchas de ellas surgen del desconocimiento de la especificidad de la atención médica a las personas mayores.

En el escenario de la actividad asistencial hay tres actores fundamentales, la persona mayor, el equipo de salud y el sistema sanitario. Para adecuar los recursos sanitarios a las necesidades de las personas mayores es imprescindible conocer las expectativas que ellas depositan en la atención sanitaria, así como identificar cuáles son las cualidades de buen trato que esperan y que el sistema debe garantizar como derecho ineludible.

El equipo de salud debe comenzar por el adecuado conocimiento de los cambios biológicos, psicológicos, sociales y funcionales que se presentan durante el envejecimiento para responder adecuadamente a la demanda de servicio de salud de esta población. La no adhesión al conocimiento de las características particulares deriva en un trato negligente.

El sistema sanitario a través de sus diferentes efectores debe proteger el apropiado uso de los recursos para evitar que las personas mayores queden sin su correspondiente atención sanitaria. Debe garantizar que se cumplan las prestaciones encuadradas en la satisfacción de ese colectivo y promover el Buen Trato a las personas mayores.

Para todo ello, se deberán establecer criterios de prevención primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria que aseguren la mencionada prevención de maltratos y la promoción del buen trato.

En el informe anual del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) de España de 2005, Moya Bernal y Gutiérrez expresaban que en la lucha contra los maltratos hacia las personas mayores debía acentuarse la formación de los profesionales de la salud. Para ello proponía la siguiente línea de acción:

Conocimiento de las necesidades específicas de las personas mayores, con especial atención a las situaciones de dependencia y a su cuidado. Es imprescindible que los profesionales de Atención Primaria reciban formación geriátrica y gerontológica reglada y, más específicamente, sobre el fenómeno de los malos tratos. Concienciación de que los MTPM son una realidad y no una ficción y que su negación entorpece la dinámica preventiva. Consideración de los malos tratos como un problema de salud sobre el que hay que actuar. Inclusión del tema de los MTPM en los planes de estudio de pregrado, post-grado y en la formación continuada propuesta por Colegios o Asociaciones Profesionales, Unidades de Formación e Investigación, etc.

Por último, recordar una frase del primer Ministro de Salud Pública de la Nación, el Prof. Dr. Ramón Carrillo (1949-1954): “En salud, sin calidad hay injusticia. Existe una significativa injusticia sanitaria con las personas mayores, más frágiles y necesitadas”.

Esta frase anticipa el escenario actual, refiriéndose a la calidad de atención de la salud, lo que muchos años después la OMS lanzó como “salud para todos” en la Declaración de Alma-Ata. Carrillo hablaba de injusticia cuando se aportan los recursos de salud en forma inequitativa. Se refería al grupo etario en particular como “personas mayores”, adelantándose a todos los desvelos de quienes trabajamos en esta temática. Mencionaba la fragilidad, esa condición que Linda Fried describe, en 2001, como una situación de pérdida de equilibrio homeostático que provoca malos resultados en salud y que Morley, en 2013, define como un síndrome médico de causas múltiples caracterizado por pérdida de fuerza y resistencia, y disminución de la función fisiológica, que aumenta la vulnerabilidad individual para desarrollar dependencia o muerte.

Bibliografía

Gil Gregorio, P., López Trigo, J. y Gómez Martín, M. (coord.) (2013). Manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. https://genil.dipgra.es/portal_opencms/export/shared/Diputacion-de-Granada/Biblioteca/Manual-de-buena-practica-en-cuidados-a-las-personas-mayores.pdf

Moya Bernal, A. y Barbero Gutiérrez, J. (coord.) (2005). Malos tratos a personas mayores. Guía de actuación. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Mayores y Servicios Sociales. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imserso-malostratos-01.pdf>

Organización de los Estados Americanos (2015). Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. 45º sesión de la Asamblea de la OEA. http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf

Organización Mundial de la Salud y UNICEF (2018). A vision for primary health care in the 21st century: Towards UHC and the SDGs. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328065/WHO-HIS-SDS-2018.15-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Derechos Humanos de las personas mayores. Actualización de contenidos en Gerontogeriatría para equipos de salud.

CAPÍTULO 5:

Hacia un modelo de atención de salud con perspectiva de género y diversidad sexual

Adriana Herrero

Subgerenta de Políticas de Género, Diversidad Sexual y Disidencias del INSSJP-PA-MI. Equipo técnico del Programa de Géneros y Diversidad de la Coordinación de Evaluación de Programas de Inclusión Social del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (2013-2020). Cursando la Licenciatura en Trabajo Social en la Universidad Nacional de Lanús. Especialización en Violencia de Género, Políticas y Participación (CIM/OEA e INAM). Diplomatura en Trabajo, Género y Organizaciones (CIM/OEA).

Sebastián Amaro

Lic. en Sociología de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Maestrando en Sociología de la Cultura y Análisis Cultural de la Universidad Nacional de San Martín. Especializado en Gerontología Comunitaria e Institucional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Diplomado en Comunicación, Géneros y Sexualidades (UBA). Profesional técnico en la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (MDS). Profesional técnico en el Área de Diversidad Sexual del (MDSN). Actualmente Jefe de Departamento de Género y Diversidad Sexual en la Vejez del INSSJP - PAMI.

Mariela Rodríguez

Lic. en Psicología (UBA). Diplomada en Gestión de Servicios de Salud (Universidad de Avellaneda). Magíster en Salud Pública (UBA). Doctoranda en Psicología (UBA). Docente Cátedra de Salud Pública y Salud Mental, Facultad de Psicología (UBA). Investigadora UBACyT. Instituto de Investigaciones Facultad de Psicología (UBA). Profesional técnica de la Subgerencia de Políticas de Género, Diversidad Sexual y Disidencias del INSSJP-PAMI.

María Laura Salviolo

Lic. en Trabajo Social (UNLa). Con estudios de Género, Políticas Públicas y Sociedad (UNLa). Herramientas jurídico penales frente a la violencia sexual (UDAv). Comunicación Géneros y Sexualidades (UBA), Abordaje integral en violencia masculina (RETEM). Profesional técnica del Programa de Ingreso con Trabajo, Línea Ellas Hacen y Argentina Trabaja - Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Profesional técnica en la Secretaría de Mujeres y Diversidades del Municipio de Quilmes. Profesional técnica de la Subgerencia de Políticas de Género, Diversidad Sexual y Disidencias del INSSJP-PAMI.

Introducción

La ampliación de la institucionalidad en materia de género y diversidad en nuestro país es el resultado de las luchas de los movimientos feministas y de la diversidad sexual que confluyeron con la voluntad política de reivindicar dichas demandas y transformarlas en políticas públicas.

En este marco, la Directora Ejecutiva del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), más conocido como PAMI (Programa de Atención Médica Integral), Lic. Luana Volnovich, creó por resolución 431/2020 la Secretaría de Derechos Humanos, Gerontología Comunitaria, Género y Políticas de Cuidados que contiene la Subgerencia de Políticas de Género, Diversidad Sexual y Disidencias, cuyo objetivo principal es transversalizar las políticas de género y diversidad sexual en todas las prestaciones que brinda el INSSJP-PAMI.

A nivel nacional, la creación de institucionalidad se plasmó en la jerarquización de la temática con la creación del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, organismo rector de las políticas de género y diversidad sexual, que tiene como objetivo posicionar esta perspectiva en todos los niveles del Estado.

La implementación de políticas públicas en todas las áreas del Estado resulta fundamental para erradicar las desigualdades basadas en los géneros que se materializan en desventajas hacia mujeres y diversidades sexuales y se traducen en distintas formas de violencias. Las violencias motivadas en el género constituyen un problema social que requiere el compromiso de todos los sectores, por lo que se necesitan miradas interdisciplinarias y, fundamentalmente, alianzas y cooperación intra e interinstitucional.

En este sentido, se debe destacar la participación del PAMI en diversas instancias, tal como queda establecido en el “Plan de acción nacional contra las violencias por motivos de género” (2020-2022), que consolida el marco normativo y conceptual para la acción ante estas situaciones. Entre los objetivos propuestos se encuentra la realización de capacitaciones para la deconstrucción de estereotipos en los distintos ámbitos y la elaboración de material para prevenir la violencia de género, destinado al personal de asistencia a personas mayores dependientes del organismo.

Dada la fuerte presencia de mayores de 60 años dentro del universo de personas afiliadas (90% del total del padrón) el aporte del PAMI al abordaje de las situaciones implica desplegar una perspectiva gerontológica en intersección con las perspectivas de género, diversidad sexual, razas y etnias y de clases sociales,

que permitan intervenir de modo integral en la transformación de esta realidad.

Las violencias sobre las mujeres y las diversidades sexuales constituyen un problema estructural, complejo y multicausal que tienen su correlato en el plano sanitario (Ministerio de Salud, s/f). En este sentido, dada la relevancia que se atribuye al vínculo entre las personas mayores y el sistema de salud, consideramos importante promover la perspectiva de género y diversidad sexual en la atención médica, con el fin de prevenir y detectar las situaciones de violencias basadas en el género, en el ámbito de la salud y sus espacios de consultas. En efecto, las intervenciones en este campo, desde una perspectiva integral, requieren reconocer las situaciones de violencias, en general, y las basadas en el género, en particular, como uno de los condicionantes de la salud integral de las personas.

En consonancia con lo expuesto, en este capítulo desarrollamos las herramientas normativas, conceptuales y procedimentales para contribuir a mejorar las prestaciones de PAMI y, de este modo, la calidad de vida de las personas afiliadas para las que trabajamos.

¿Qué se entiende por género?

El género ha sido incorrectamente asociado al sexo, esto se debe a una concepción biologicista del género que nace de la observación de la presencia de determinados genitales. En situaciones de mayor “indeterminación”, se recurrió a otros criterios como la presencia de cromosomas (sexo genético), la relación equilibrada entre andrógenos y estrógenos (sexo hormonal), la presencia de testículos u ovarios (sexo gonadal), entre otros. Así, esta perspectiva ha asociado el género a un orden biológico y la diferencia sexual a los rasgos anatómicos. Pero, gracias a los estudios de género y la lucha de los movimientos feministas, el género ha sido reconceptualizado bajo perspectivas superadoras de esta mirada reduccionista e incorrecta.

La crítica feminista surgida a mediados de siglo XX en Occidente, definió al “patriarcado” como el orden social, económico, político, cultural y simbólico construido históricamente (es decir, social y culturalmente) que privilegia a los varones sobre las mujeres y niños/as (Lerner, 1990). En efecto, no solo se trata de un punto de vista, sino que, como demuestra Dora Barrancos (2008), se trata de un orden global en el que el acceso a derechos, pero también a bienes materiales y simbólicos, está condicionado por las relaciones de poder entre los géneros que

ubican a los varones en posición de privilegio.¹ A su vez, el patriarcado instituye formas de encarnar la masculinidad y la feminidad a través de la creación de roles y estereotipos (Bonino, 2002; Barrancos, 2008).

Otra de las críticas proviene de los movimientos de diversidad sexual, que han denunciado que el orden patriarcal no solo se asienta sobre la diferencia sexual, sino también sobre la heterosexualidad como norma general. La lógica heterosexual que atraviesa todas las relaciones sociales (e instituciones) se denomina “heteronormatividad”. Dichos movimientos han cuestionado los mecanismos de disciplinamiento hacia las expresiones de género y prácticas sexuales disidentes, consideradas abyectas por el modelo binario y heterosexista.

Continuando la crítica en términos teóricos, se halla la mirada alrededor del género que brinda Josefina Fernández (2003). Según esta autora, existe una idea moderna del género que se ha construido partir de supuestos biologicistas, que han decantado en una mirada binaria del cuerpo, así como del sexo y el género que se le asocian. Eso ha dado lugar a una perspectiva asentada en la diferencia sexual y la heterosexualidad como norma. Esta concepción ha tenido su traducción en el plano social, cultural y político en la estigmatización de mujeres y disidencias sexuales al definir las como sujetos perversos, criminales y “raros” en tanto sus orientaciones sexuales, expresiones o identidades no responden a las normas del género.

Continuando con los aportes de Fernández, existe una mirada deconstructivista que abandona la idea del género como algo fijo y natural, y en su lugar propone la concepción de “un campo abierto a distintas posibilidades interpretativas”. Estas aperturas teóricas desmantelan los postulados que entienden al género como el resultado de un “sexo” / cuerpo sexuado determinado y develan el carácter ficticio de la unidad entre sexo, género, deseos y prácticas sexuales (Butler, 1999).

Butler (1999) entiende al género como una expresión. Así dirá que “no existe una identidad de género detrás de las expresiones de género; esa identidad se construye performativamente por las mismas «expresiones» que, al parecer, son resultado de ésta” (1999). En consecuencia, se reconocen diversos modos de expresar el género y se abre el espacio para introducir variaciones. En esta línea, Preciado (2009) reconoce la capacidad de agencia de los sujetos en la construcción del propio cuerpo y, por consiguiente, del género originado en el desarrollo científico-técnico en la farmacología.

El movimiento travesti y trans ha señalado que el orden patriarcal y heterosexual jerarquiza y genera un orden social, económico, político y cultural que privilegia a

aquellas personas que se identifican con el género asignado al nacer (en adelante, personas cis) en detrimento de las personas que no lo hacen. A esto se refiere el concepto de “cisnormatividad”.

Por todo lo anterior, en este módulo **entenderemos el género como identidades de forma ampliada**, en línea con lo establecido por el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, acorde a este desarrollo conceptual y fundamentándonos en lo establecido en la Ley de Identidad de Género que reconoce el género en términos de autopercepción (como se ampliará más adelante) y en relación al Decreto 476/2021 que instituye el género No binario en el DNI y pasaporte.

En términos identitarios, el concepto de “género” excede el modelo binario y patologizador que solo clasifica los géneros como masculino y femenino. Por el contrario, esta conceptualización se asume bajo un modelo despatologizador y reconoce las diversas categorías identitarias. Así, atiende al enfoque de Derechos Humanos en el que cada persona tiene la capacidad de definir el propio género de acuerdo al principio de autodeterminación y autopercepción.

Nos referiremos en adelante a mujeres y diversidades sexuales, incluyendo a las mujeres cis (es decir, mujeres que se identifican con el género que se les asignó al nacer), mujeres trans, travestis, lesbianas, transgénero, transexuales, varones cis (varones que se identifican con el género asignado al nacer), varones trans, gay, bisexual, no binarie, género fluido y otras identidades posibles, partiendo del principio dinámico del género y las sexualidades.

Sexualidades

El carácter social y político de la sexualidad es planteado por Weeks (1998), quien afirma que la sexualidad sería la expresión en cada cuerpo de la relación entre el individuo y su entorno (la sociedad). Se trata de un entramado complejo que no puede interpretarse por fuera de las relaciones de poder, constituidas en las diferentes estructuras de opresión basadas en la clase social (capitalismo), el género (patriarcado) y la raza (racismo). Su carácter social se explica desde las configuraciones familiares legitimadas por el Estado, los sistemas de herencia, matrimonio, hasta las políticas de natalidad, las políticas de criminalización de las identidades, así como los procesos de urbanización, la organización de los mercados laborales en torno a la división sexual del trabajo, etc.

Desde una perspectiva gerontológica es importante señalar que en la vejez se suele patologizar la sexualidad recurriendo a diagnósticos que medicalizan el deseo y las prácticas sexuales. La patologización atenta contra los derechos humanos de las personas.

El carácter social y biopolítico de la sexualidad traza un paralelismo con el concepto de género al matizar la mirada de la sexualidad como algo “privado”; por el contrario, la sexualidad se expresa condicionada por lo social. Aún así deja lugar a resistencias y al cambio.

En este sentido, Weeks afirma que no hay una sola sexualidad, sino que hay sexualidades y que al tratarse de una construcción histórica, la sexualidad es “un proceso continuo que actúa simultáneamente sobre nosotros y del que somos actores, objetos del cambio y sujetos del cambio” (1998).

Desde un enfoque de Derechos Humanos, entendemos que tanto las sexualidades como el género y las orientaciones sexuales no se constituyen de una vez y para siempre, sino que varían a lo largo del tiempo (López Sanchez, 2012) de la misma manera que las prácticas sexuales, por lo que es necesario asumir que las personas pueden realizar transiciones de género o “salidas del armario” en la vejez.

La salud desde una perspectiva de género y diversidad sexual

El marco conceptual e histórico desarrollado nos permite comprender los contextos sociales, políticos y culturales en los que transcurrieron los procesos de envejecimiento de las mujeres y disidencias sexuales. Allí podríamos encontrar elementos para comprender sus modos de sentir, pensar y relacionarse, ya que han envejecido de modo diferencial según su género y orientación sexual.

La perspectiva de género implica reconocer la presencia de las desigualdades instituidas por el patriarcado, la heteronormatividad y la cisnormatividad, y también por parte del racismo, el viejismo y las clases sociales. Si bien estas estructuras subordinan a mujeres y disidencias sexuales, debe tenerse en cuenta que, pese a los privilegios, constriñen a los varones que no se inscriben en los patrones de la masculinidad hegemónica (Bonino, 2002; Iacub, 2014; Tajer, 2004).

Incorporar la perspectiva de género y diversidad sexual implica identificar de manera específica y transversal las necesidades, violencias, desigualdades y la discriminación estructural e histórica que atraviesan las personas LGBTI+. Asimismo, requiere tomar en consideración las diferencias entre los géneros, analizar los factores que producen desigualdades y evaluar las posibilidades para su modificación. Es decir, es un proceso por el cual se valora el efecto diferencial que tiene para los géneros cualquier decisión y acción que se toma o planifica a nivel estatal, ya sea en materia de legislación, programas, políticas y en todas las áreas y niveles (Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, 2020).

En el ámbito de la salud, asumir una perspectiva de género implica reconocer la inequidad en el proceso salud-enfermedad-cuidados de mujeres, varones y diversidades sexuales, dado el desigual reparto de poder en nuestra sociedad (Tajer, 2021). De igual manera, la yuxtaposición de los ejes que atraviesan las identidades (clase, raza, género, edad) afectan, de forma diferencial, “los modos de vivir, gestionar la enfermedad, consultar, ser atendidx y morir” (Tajer 2004). Así, al referirnos a género y salud es necesario incorporar el eje del impacto desigual y de las inequidades en el acceso a los sistemas y servicios de salud.

Estas diferencias se pueden observar en la presencia de dependencia, los cuidados, la ingesta de ansiolíticos y calmantes, así como en la salud mental o malestar subjetivo que afectan negativamente a las mujeres y diversidades sexuales. Más aún, estos grupos enferman no solo por causas fisiológicas y reproductivas, sino también por las distintas formas de violencia de género originadas en una cultura patriarcal, heteronormativa y cisnormativa que generan sobrecarga en las tareas familiares, el acceso a empleos en peores condiciones y a un déficit en los cuidados (MSAL, s.f. Programa Médicos Comunitarios).

Como señala Iacub (2014), la masculinidad hegemónica puede impactar negativamente también en la salud de los varones mayores, en tanto los mandatos culturales que les exige fuerza, autonomía e independencia impiden o retrasan la consulta médica, provocando, en ocasiones, el acceso tardío a diagnósticos.

En suma, incorporar miradas integrales e interseccionales será de gran ayuda para detectar de qué modo estos factores afectan el bienestar psicofísico y social de las personas que consultan, así como también evitar y detectar situaciones de violencias originadas en el género y la orientación sexual.

Violencias basadas en el género

La violencia de género constituye la máxima expresión en la violación de los derechos humanos a las mujeres y personas LGBTQ+ e impide su realización y reconocimiento como personas. En este sentido, la violencia de género es un dispositivo eficaz y disciplinador que reproduce un modelo de dominación social de la masculinidad por sobre otras expresiones de género. Este dispositivo es inherente al sistema social, cultural, económico, político y jurídico vigente, y atraviesa todos los ámbitos de la vida, por lo que es estructural. Por ello, no puede reducirse a un problema meramente individual, sino que responde a procesos históricos y culturales, cuya lógica/matriz cisheteropatriarcal impregna todas las esferas de la vida.

Asimismo, es importante diferenciar una situación de violencia en general, de la situación de violencia basada en el género. Debemos tener en cuenta que una situación de conflicto que involucre a mujeres y personas LGBTQ+ no siempre implica una situación de violencia de género. Para que sea así, debe existir y ponerse en juego una relación asimétrica de poder basada en el género, sin perder de vista que lo que se entiende por género no puede excluir factores de clase, raza/etnia y edad.

La Ley Nº 26.485 de “Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales” define en su artículo 4 a la “violencia por razones de género” como:

toda conducta, por acción u omisión, basada en razones de género, que, de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, participación política, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes.

Conocer los tipos y modalidades de violencia de género permitirá, no solo evitar dichas situaciones en el espacio de consulta, sino también reconocer y detectar si estamos en presencia de una de ellas.

Los tipos de violencias reconocidos en el artículo 5 de la ley son:

Física: Se emplea contra el cuerpo de la persona produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato que afecte su integridad física.

Psicológica: Causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación, aislamiento. Incluye también la culpabilización, vigilancia constante, exigencia de obediencia, sumisión, coerción verbal, persecución, insulto, indiferencia, abandono, celos excesivos, chantaje, ridiculización, explotación y limitación del derecho de circulación o cualquier otro medio que cause perjuicio a su salud psicológica y a la autodeterminación.

Sexual: Cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de las mujeres de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres.

Económica y patrimonial: Se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de las mujeres, a través de: (a) La perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes; (b) La pérdida, sustracción, destrucción, retención o distracción indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales; (c) La limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensables para vivir una vida digna; (d) La limitación o control de sus ingresos, así como la percepción de un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo.

Simbólica: Se presenta a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos que transmitan y reproduzcan dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad.

Política: Se dirige a menoscabar, anular, impedir, obstaculizar o restringir la participación política de las mujeres, vulnerando el derecho a una vida política libre de violencias y/o el derecho a participar en los asuntos públicos y políticos en condiciones de igualdad con los varones.

Por otro lado, la violencia basada en el género atraviesa a todas las relaciones sociales y ocurre en distintos ámbitos. Estos ámbitos son reconocidos en el artículo 6 de la ley 26.485 bajo el nombre de modalidades.

Violencia doméstica: Es la ejercida contra las mujeres y disidencias sexuales por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la libertad, comprendiendo la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo de las mujeres. Se entiende por grupo familiar el originado en el parentesco, sea por consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos. Incluye las relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisito la convivencia.

Violencia institucional: Refiere a la realizada por funcionarias, funcionarios, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres y disidencias tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en la ley. Quedan comprendidas, además, las que se ejercen en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil.

Violencia laboral: Aquella que discrimina a las mujeres en los ámbitos de trabajo públicos o privados y que obstaculiza su acceso al empleo, contratación, ascenso, estabilidad o permanencia en el mismo, exigiendo requisitos sobre estado civil, maternidad, edad, apariencia física o la realización de test de embarazo. Constituye también violencia contra las mujeres en el ámbito laboral quebrantar el derecho de igual remuneración por igual tarea o función. Asimismo, incluye el hostigamiento psicológico en forma sistemática sobre una determinada trabajadora con el fin de lograr su exclusión laboral.

Violencia contra la libertad reproductiva: Aquella que vulnera el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Violencia obstétrica: Aquella que ejerce el personal de la salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.

Violencia mediática: Aquella publicación o difusión de mensajes e imágenes estereotipados a través de cualquier medio masivo de comunicación, que de manera directa o indirecta promueva la explotación de mujeres o sus imágenes, injurie, difame, discrimine, deshonre, humille o atente contra la dignidad de las mujeres, como así también la utilización de mujeres, adolescentes y niñas en mensajes e

imágenes pornográficas, legitimando la desigualdad de trato o construya patrones socioculturales reproductores de la desigualdad o generadores de violencia contra las mujeres.

Violencia contra las mujeres en el espacio público: Aquella ejercida contra las mujeres por una o más personas, en lugares públicos o de acceso público, como medios de transporte o centros comerciales, a través de conductas o expresiones verbales o no verbales, con connotación sexual, que afecten o dañen su dignidad, integridad, libertad, libre circulación o permanencia y/o generen un ambiente hostil u ofensivo.

Violencia pública - política: Aquella que, fundada en razones de género, mediante intimidación, hostigamiento, deshonra, descrédito, persecución, acoso y/o amenazas, impida o limite el desarrollo propio de la vida política o el acceso a derechos y deberes políticos, atentando contra la normativa vigente en materia de representación política de las mujeres, y/o desalentando o menoscabando el ejercicio político o la actividad política de las mujeres, pudiendo ocurrir en cualquier espacio de la vida pública y política, tales como instituciones estatales, recintos de votación, partidos políticos, organizaciones sociales, asociaciones sindicales y medios de comunicación, entre otros.

La violencia basada en el género presenta, como se viene sugiriendo, distintos niveles. En términos estructurales, mujeres y personas LGBTIQ+ ocupan posiciones desventajosas respecto a los varones cis. La transformación de estas situaciones es una apuesta a largo plazo que requiere tiempo, en tanto implica modificar estructuras, ideas y percepciones muy arraigadas.

Ley de Identidad de Género

Las instituciones de salud han expulsado históricamente a la comunidad travesti y trans (Berkins y Fernández, 2013) en un sostenido ejercicio de violencia institucional. Esta se traduce, por ejemplo, en el no respeto de la confidencialidad y en la acción de llamar a las personas por el nombre asignado al nacer y no por el elegido.

Esta situación comenzó a cambiar con la sanción de la ley de Identidad de Género N° 26.743, que abrió un nuevo paradigma despatologizador respecto de las identidades travestis y trans. Si bien la violencia institucional ha ido disminuyendo, aún

estamos lejos de decir que ha desaparecido. En efecto, el estudio La Revolución de las Mariposas señala que el 12% de travestis y mujeres trans seguía sin controlar su salud debido a la discriminación y al maltrato recibido. En el 24,2% de los varones trans que no controlan su salud se encuentran las mismas causas, a la que se añade la falta de reconocimiento de las obras sociales de sus derechos (Ministerio Público de la Defensa, 2017).

En consonancia con los Principios de Yogyakarta, la ley 26.743 entiende por “identidad de género” a

la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales (art. 2).

Esto implica que nadie más que la persona tiene la potestad de definir el propio género. La inclusión de la posibilidad mediante el verbo “poder” implica que no es una obligación modificar la apariencia o las funciones corporales.

Por otro lado, la ley establece que el derecho de las personas a ser identificadas con el género autopercebido es independiente de la tramitación del cambio registral, es decir, del DNI. Asimismo, expresa taxativamente que para la rectificación del documento “en ningún caso será requisito acreditar intervención quirúrgica por reasignación genital total o parcial, ni acreditar terapias hormonales u otro tratamiento psicológico o médico para realizar” (art. 4).

En cuanto al derecho a la salud, el artículo 11 de la misma ley establece que

Todas las personas mayores de dieciocho (18) años de edad podrán, conforme al artículo 1º de la presente ley y a fin de garantizar el goce de su salud integral, **acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género autopercebida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa** (resaltado propio).

Para el acceso a los tratamientos integrales hormonales, **no será necesario acreditar la voluntad en la intervención quirúrgica de reasignación genital**

total o parcial. En ambos casos se requerirá, únicamente, el consentimiento informado de la persona. En cuanto a las personas menores de edad regirán los principios y requisitos establecidos en el artículo 5° para la obtención del consentimiento informado. Sin perjuicio de ello, para el caso de la obtención del mismo, respecto de la intervención quirúrgica total o parcial se deberá contar, además, con la conformidad de la autoridad judicial competente de cada jurisdicción, quien deberá velar por los principios de capacidad progresiva e interés superior del niño o niña, de acuerdo con lo estipulado por la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Ley 26.061 de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. La autoridad judicial deberá expedirse en un plazo no mayor de sesenta (60) días contados a partir de la solicitud de conformidad.

Los efectores del sistema público de salud, ya sean estatales, privados o del subsistema de obras sociales, deberán garantizar, en forma permanente, los derechos que esta ley reconoce.

Todas las prestaciones de salud contempladas en el presente artículo quedan incluidas en el Plan Médico Obligatorio, o el que lo reemplace, conforme lo reglamente la autoridad de aplicación.

En relación al trato digno del cual el respeto al nombre como identidad constituye un aspecto central, el artículo 12 establece que

Deberá respetarse la identidad de género adoptada por las personas, en especial por niñas, niños y adolescentes, que utilicen un nombre de pila distinto al consignado en su documento nacional de identidad.

A su solo requerimiento, el nombre de pila adoptado deberá ser utilizado para la citación, registro, legajo, llamado y cualquier otra gestión o servicio, tanto en los ámbitos públicos como privados.

Cuando la naturaleza de la gestión haga necesario registrar los datos obrantes en el documento nacional de identidad, se utilizará un sistema que combine las iniciales del nombre, el apellido completo, día y año de nacimiento y número de documento y se agregará el nombre de pila elegido por razones de identidad de género a solicitud del interesado/a.

En aquellas circunstancias en que la persona deba ser nombrada en público deberá utilizarse únicamente el nombre de pila de elección que respete la identidad de género adoptada (resaltados propios).

El desplazamiento de la sexualidad desde un enfoque natural y biologicista hacia una mirada social y cultural continúa siendo un desafío. Desde la perspectiva de la construcción social, Weeks (2012) sostiene que la sexualidad se configura en el cuerpo como resultado de su interacción en un entorno social y subjetivo. La heteronormatividad es parte de estos entornos, por lo que resulta necesario exponer sus efectos negativos en el espacio de consulta.

Las prácticas que reproducen heteronormatividad generan formas de violencias motivadas en el género que afecta a todas las personas y a las personas mayores en particular, dado que se articula con ideas arraigadas en el viejismo que sostienen que las personas mayores pierden su sexualidad con el transcurso de los años (Iacub, 2012; López Sánchez, 2012).

Si bien en Argentina no existen estudios sobre estas situaciones, de acuerdo a lo referido por De Vries (2015), el 17% de las situaciones de discriminación en mayores LGBT en San Francisco, Estados Unidos ocurrían en espacios de salud. Este dato da cuenta de la violencia en las instituciones. Estas prácticas no solo generan intervenciones inadecuadas o formas severas de iatrogenia² sino que expulsan a las personas del sistema de salud y de su derecho a la misma. Asimismo, la exclusión de la orientación sexual del espacio de consulta puede omitir información relevante para una atención adecuada e integral de la persona consultante.

Es preciso tener en cuenta que algunas personas mayores de la diversidad sexual pueden sentir temor o vergüenza de expresar sus identidades de género debido a los discursos de odio hacia la diversidad sexual que han patologizado y criminalizado sus identidades históricamente. Otras personas, en cambio, han hecho de sus identidades motivos de reivindicación y orgullo (De Vries, 2015).

La patologización de las orientaciones sexuales e identidades de género han sido legitimadas históricamente por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Cabe recordar que la homosexualidad fue considerada una enfermedad mental hasta el año 1990 por este organismo y que las identidades travestis, transexuales y transgéneros fueron catalogadas como trastornos mentales hasta el año 2019, en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Si bien en Argentina la ley de Salud Mental N° 26.657 prohíbe hacer diagnósticos en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de elección o identidad sexual, aún quedan reminiscencias de estas prácticas.

Esta ley define la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (art. 3).

Por otra parte, la ley de Derechos del Paciente N° 26.529 establece que las personas deben ser atendidas sin distinción “de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición”.

Asimismo, agrega en su Art 2:

- b.** Trato digno y respetuoso. El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socio-culturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes. (...)
- e.** Autonomía de la Voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley N° 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud (Art. 2).

El Ministerio de Salud de la Nación (2021) elaboró una serie de recomendaciones para la atención de niñeces y adolescencias travestis, trans y no binarias, que resultan compatibles con una perspectiva gerontológica.

- Preguntar cómo prefieren que se les nombre y de allí en más nombrarles de ese modo.
- Incluir en todo instrumento de registro (planilla de turnos, historia clínica, certificados, expedientes, etc.) únicamente el nombre expresado, coincida o no con el que figura en el DNI.
- Para llamar en público, utilizar el apellido cuando no se sepa si el nombre que figura en los registros es el que utiliza.
- Utilizar pronombres y artículos de acuerdo a la identidad de género de la persona: masculino, femenino o emplear modos no binarios (por ejemplo, utilizando la “e”). Cuando existan dudas, preguntar qué pronombre prefiere que se utilice (Ministerio de Salud, de la Nación, 2021).

Como trabajadores y trabajadoras de la salud, el incumplimiento de la ley de Identidad de Género constituye un delito además de una falta de reconocimiento de la identidad que genera daño subjetivo, perjudica la salud integral y afecta el desarrollo psicosocial.

Compartimos las pautas elaboradas por el Ministerio a los fines de brindar una atención respetuosa:

- Asumir un rol no directivo en el acompañamiento y mantener una posición respetuosa de las vivencias y experiencias personales y familiares.
- Abstenerse de emitir juicios de valor o realizar una atención basada en las propias creencias.
- Respetar la construcción identitaria de cada persona sin imponer mandatos de género, expectativas propias, de las familias y/o acompañantes.
- No ampliar el interrogatorio o indagar en torno a aspectos vinculados a la identidad de género y/o la corporalidad cuando la consulta no lo requiera.
- Asegurar en el marco de la atención la privacidad y la intimidad.

- En el examen físico, contemplar la dimensión sensible que puede implicar la corporalidad. Para ello, explicar con anterioridad por qué es necesaria su realización, respetar los tiempos de la niña o adolescente (y las personas mayores) y contar con su autorización. De ser posible, no realizar dicho examen en la primera consulta.
- Propiciar un acompañamiento abierto que no reproduzca expectativas binarias y heteronormadas. Para ello, revisar prácticas que puedan estar mediadas por la presencia de estereotipos de género, tales como realizar comentarios con relación a la expresión de género, las actividades y los gustos, o presuponer la heterosexualidad. (Ministerio de Salud de la Nación, 2021).

Abrir la posibilidad a que las personas expresen con libertad su orientación sexual resulta beneficiosa en la relación con las personas que asisten al sistema de salud.

Violencia de género en la vejez

Conforme al marco conceptual normativo reseñado, las violencias por motivos de género constituyen una práctica violatoria de los derechos humanos y las libertades fundamentales que afecta a mujeres y a las disidencias sexoafectivas de todas las edades.

En ocasiones, no se considera que las personas mayores pueden atravesar este tipo de violencias. Esto podría obedecer a un efecto de naturalización por parte de quienes han envejecido en contextos sociales, culturales y políticos que han tendido a justificar (incluso en términos legales) formas de relacionarse establecidas en el patriarcado, bajo el heterosexismo y el cissexismo. En esta línea, el Estudio Nacional sobre Violencia contra las Mujeres basado en la International Violence Against Women Survey (IVAWS) realizado en 2019, concluyó que las violencias por motivos de género presentan un gran impacto en las mujeres de nuestro país: 49,3% de las encuestadas afirmaron haber sufrido algún nivel de violencia física o sexual alguna vez, desde los 16 años de vida.

Asimismo, pueden intervenir viejismos que descalifican a las personas mayores por considerarlas con deterioro cognitivo o demencia.

Las formas más evidentes de la violencia son precedidas por la violencia simbólica y psicológica que se expresan en una serie de discursos y mensajes que corroen la autonomía y capacidad de decidir de mujeres y disidencias mayores. Esto tiene un efecto desempoderante, por lo que una buena intervención debe tender a fortalecer a la persona en todas sus dimensiones.

El efecto de naturalización puede afectar el modo en que las personas se perciben frente a las violencias, e incluso condicionan el que consideren la denuncia como una herramienta válida. A partir de esto, resulta entendible que solo 6,3% de los casos registrados en el informe “Registro Único de Casos de Violencia contra las Mujeres” (RUCVM), resultados 2013-2018 correspondieran a mujeres mayores de 60 años.

Del mismo modo, otra característica de las violencias de género en la vejez es el tiempo de duración. De acuerdo al “Informe sobre personas adultas mayores en situación de violencia” del Observatorio Nacional de Violencia contra las Mujeres (2016) el 55,3% de las mujeres afirmó permanecer en una relación violenta por más de diez años.

Por otro lado, las situaciones de violencia ocurren principalmente en el ámbito doméstico y, en menor medida, en ámbitos institucionales. En relación a la modalidad doméstica, las parejas y exparejas constituyen los principales perpetradores de la violencia en la vejez, igual que sucede en otros grupos etarios. Sin embargo, a diferencia de otras generaciones, les hijes son señalados como agresores en un 27% (Observatorio de Violencia contra las Mujeres- INAM, 2019). Según la OVD, el vínculo de tipo filial alcanza el 58%, para el grupo de 60 a 74 años, y el 50%, para mayores de 74 años. En este punto se observa la articulación de las violencias de género con las violencias basadas en la edad, es decir, el vejeísmo, en tanto las personas más jóvenes asumen un lugar preponderante en la perpetración de la violencia.

En relación a la modalidad institucional, en la “Encuesta Nacional de Calidad de Vida en Adultos Mayores”, el 21,5% de las personas mayores indicaron recibir un peor trato que personas más jóvenes en consultorios médicos y agrega que “son siempre las mujeres quienes manifiestan en mayor proporción percibir situaciones de maltrato en comparación con sus pares varones” (Indec, 2012).

En relación a los tipos de violencias, de acuerdo a los datos presentados por el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Provincia de Buenos Aires (2021) se señaló que el 98% atravesaba una situación de violencia psicológica; el 77% violencia simbólica; el 57% violencia física; el 51% violencia económica y patrimonial y el 8% violencia sexual. Debe considerarse que las violencias suelen ser concurrentes y no darse de forma aislada.

Asimismo, es importante señalar que muchos abusos sexuales sufridos por mujeres y personas LGBTI+ mayores son invisibilizados, negados u ocultados a causa del edadismo. Quienes los padecen suelen ser revictimizados en función de su edad o situación de salud. Este último caso, está representado por personas a quienes, por padecer algún tipo de deterioro cognitivo, no se les otorga crédito o verosimilitud.

Respecto a la población mayor de 60 años de la diversidad sexual no existen datos sobre violencias. No obstante, se sabe que al llegar a la vejez, las violencias estructurales por orientación sexual e identidad de género se incrementan por la desautorización social que tienen las personas mayores en sociedades viejistas.

Por lo expuesto, debe considerarse que las violencias no siempre se presentan de modo explícito ni se enuncian como tales. En ocasiones pueden manifestarse de forma indirecta. Así, detrás de una “caída” puede esconderse un empujón, o el ingreso a una residencia puede ocurrir en contra de la voluntad de la persona (pese a que deberían prestar su consentimiento) con el fin de despojarla de su vivienda. Puede haber situaciones de abuso sexual ocultas. O el manejo de las jubilaciones y pensiones por otras personas puede indicar una violencia de tipo económico-patrimonial.

Herramientas para la detección temprana de violencias basadas en el género

El acompañamiento en las situaciones de violencia es un proceso complejo que no siempre ocurre de forma lineal y ascendente hacia un punto de llegada determinado. Puede ir cambiando en el tiempo debido a la relación que existe entre el proceso de fortalecimiento de la persona, su contexto y las estrategias políticas, institucionales y comunitarias que se puedan desarrollar.

Como señala el material Violencia sobre las Mujeres del Ministerio de Salud existen al menos 3 momentos.

- a.** Acumulación de tensión o Calma
- b.** Agresión
- c.** Luna de miel o de reconciliación

Asumir este punto de partida permitirá promover acciones que rompan con el círculo de la violencia teniendo en cuenta las dificultades, marchas y contramarchas en el proceso.

Detección de situaciones de violencias

Como se viene sosteniendo, los ámbitos de salud son fundamentales para detectar situaciones de violencia. Los consultorios podrían ser un espacio propicio para reconocer síntomas, lesiones e indicadores asociados a ellas (Ministerio de Salud, S/F).

En algunos casos, la persona puede expresarle al profesional de la salud que se encuentra en situación de violencia. En otros casos, esto no sucederá. Y en este sentido, se promueve la importancia de afinar la mirada para la detección temprana, en función de evitar situaciones que revistan mayor riesgo.

A continuación mencionaremos algunos ejemplos que podrían orientar la detección de señales tempranas de situaciones de vulnerabilidad basada en la edad y en el género:

- La persona se presenta en enfermería a curarse las heridas sufridas en el domicilio, o con una quemadura por agua caliente o en una crisis de nervios.
- La persona concurre solicitando ayuda para su pareja/hije/familiar/vecino, expresando que “a causa del consumo de sustancias es maltratada”.
- La persona solicita atención médica domiciliaria debido a dificultades en la deambulaci3n, comprensi3n y ubicaci3n t3mporo-espacial.
- La persona solicita turnos m3dicos, pero frecuentemente no logra asistir a los mismos, debiendo reprogramarlos.
- La persona manifiesta que no recibe un trato adecuado de otras personas.
- La persona cambia de actitud en presencia de otras personas.
- La persona presenta problemas de autoestima, manifiesta tristeza o se siente infantilizada.

- La persona manifiesta problemas con la vivienda, con el manejo de su jubilación y/o pensión o expresa que terceras personas la quieren institucionalizar en alguna residencia de larga estadía.

Ante estas situaciones, como tantas otras, es recomendable generar un espacio de confianza en el cual la persona pueda expresarse sin temor a ser juzgada. Ofrecer un espacio de escucha, es una oportunidad para evitar futuras situaciones de riesgo.

Estrategias para construir un vínculo de confianza

- Garantizar la privacidad y la intimidad. Si una persona comparte una situación de violencia, debe evitarse que personas no implicadas en la situación escuchen el relato. Garantizar confidencialidad.
- Escuchar activamente implica respetar el ritmo del relato, mostrando disposición para escuchar sin cuestionar ni anteponer creencias personales y, fundamentalmente, sin interrumpir a la persona. Se sugiere preguntar, en el debido momento, aquellas cosas que hayan quedado confusas. La pregunta puede ayudar a ordenar el discurso/retrato.
- No culpar ni juzgar, es decir, dar credibilidad al relato y, fundamentalmente, evitar revictimizar a la persona que está haciendo el esfuerzo de compartir una situación difícil. Para ello, sugerimos focalizar en preguntas como: “¿Cómo puedo ayudarte?”, “¿Qué pasó?”, “¿Dónde?”. Evitar preguntas como “¿Por qué no te defendiste?”, “¿Lo provocaste?”. Evitar los prejuicios: “¿Cómo estabas vestida?”, “¿Por qué fuiste ahí?”, “¿Por qué quisiste hacer eso?”. Es fundamental no restar importancia a lo ocurrido ni minimizar los hechos, diciendo por ejemplo: “Todos los hombres son iguales”, “Ya se le va a pasar”, “Reacciona así porque te quiere”. Estos son algunos de los mitos que sostienen la cronicidad de la relación violenta. No hay ninguna justificación para la violencia.
- Empatizar implica generar proximidad, tratar de entender sentimientos y razones. La intervención debe dirigirse a ayudar a la persona a tomar sus propias decisiones. Es recomendable preguntar “¿Vos qué querés hacer al respecto?”, “¿Con quién de tus conocidos considerarás que podés contar?” “¿Querés que te ayude a hacer lo que decidiste?”. Se puede recordar a la

persona que siempre puede llamar al 144. Remarcar que nada justifica el maltrato y que, aún en una situación difícil, se puede salir.

- Alentar a pedir asistencia legal especializada en temáticas de género. Se debe tener en cuenta que la persona puede radicar una denuncia en base a los tipos y modalidades que se establecen en la Ley N° 26.485. Esta denuncia se puede hacer en cualquier Comisaría o en la Fiscalía (cuando se trata de hostigamiento, lesiones y/o amenaza de muerte). No se recomienda forzar a la persona a contar detalles de lo que sucedió, ni insistir o presionar para denunciar al agresor, porque en algunas situaciones puede exponerla a una situación de mayor riesgo.

Indicadores de riesgo

Una vez que haya certeza de que la persona se encuentra en situación de violencia de género, se recomienda conocer cuáles son aquellos indicadores de riesgo que permiten realizar una caracterización de la situación en mayor profundidad.

A continuación se mencionan algunos indicadores:

Sobre la situación de violencia:

- ¿La persona agresora amenaza de muerte y usa armas (blancas/fuego) u objetos contundentes?
- ¿Hay convivencia con la persona agresora?
- ¿Hay inexistencia de períodos de calma?
- ¿Se radicaron denuncias anteriormente?
- ¿Hay insuficientes redes vinculares de apoyo ante situaciones de emergencia?

Sobre la situación de salud de la persona³:

- ¿Hay signos de lesiones que requieran de intervención médica?

- ¿Hay marcas de ataduras?
- ¿Hay hematomas de diferente grado de estadío y evolución?
- ¿Hay luxaciones (dolor al ser tocada)?
- ¿Hay fracturas mal consolidadas?
- ¿Hay quemaduras sin causa que lo justifique?
- ¿Expresa pánico o miedo en presencia de la persona causante?
- ¿Presenta síntomas de depresión e intentos de suicidio?
- ¿Aceleración del proceso de demencia?
- ¿Alteraciones del sueño?
- ¿Alto grado de confusión y estrés?
- ¿Hay temor y vergüenza ante el desnudo (se pone a llorar, tiene ansiedad)?

Los indicadores de riesgo deben comprenderse en relación al contexto (es decir, a las redes vinculares e institucionales, como también a la situación socioeconómica) y a la situación emocional de la persona (¿en qué fase del ciclo de la violencia se encuentra?). De dicha relación, a partir del relato de la persona, se podrá apreciar si la situación reviste grave riesgo, es decir, si la integridad psicofísica de la persona está en peligro.

La denuncia como estrategia

La denuncia es una herramienta que está a disposición de las personas que atraviesan situaciones de violencia. La ley 26.485 que protege contra la violencia por razones de género, en su Art. 18 se establece que:

Las personas que se desempeñen en servicios asistenciales, sociales, educativos y de salud, en el ámbito público o privado, que con motivo o en ocasión de sus tareas tomaren conocimiento de un hecho de violencia contra las mujeres en los términos de la presente ley,

estarán obligados a formular las denuncias, según corresponda, aun en aquellos casos en que el hecho no configure delito.

De acuerdo con la ley, cualquier situación que pueda encuadrarse dentro del tipo y las modalidades de violencia podría ser denunciada. Sin embargo, con excepción de las situaciones de riesgo de vida, no siempre es lo conveniente. Por el contrario, una denuncia que no cuenta con el consentimiento de la persona implicada puede exponerla a mayores riesgos.

En virtud de esto, solo en situaciones de grave riesgo, será el INSSJP -a través de la dependencia que corresponda, con asesoramiento de la Subgerencia de Políticas de Género, Diversidad Sexual y Disidencias y en conjunto con los organismos públicos correspondientes- quien encarará esa acción.



Palabras finales

En las páginas precedentes se compartió el marco normativo y conceptual a los fines de brindar herramientas que contribuyan a garantizar una atención integral de la salud, que incorpore las violencias basadas en el género como un factor asociado a la salud.

La integración de la perspectiva de género y diversidad sexual y de la temática de la violencia basada en el género, permite mejorar la salud de las personas afiliadas, así como su acceso a una vida digna y libre de violencias.

Bibliografía

Alcaldía de Madrid (2018). Atención a personas mayores vulnerables que sufren maltrato: Intervención en el ámbito domiciliario. <https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Mayores/Promocionales/ficheros/Gu%C3%ADa%20sobre%20%27Atenci%C3%B3n%20a%20personas%20mayores%20vulnerables%20que%20sufren%20maltrato%27.pdf>

Barrancos, D. (2008). Mujeres, entre la casa y la plaza. Buenos Aires: Sudamericana.

Berkins, L. y Fernández, J (2013). La gesta del nombre propio. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

Bonino, L. (2002). Masculinidad hegemónica e identidad masculina. <https://www.raco.cat/index.php/DossiersFeministes/article/view/102434/153629>

Bourdieu, Pierre (2000). La dominación masculina. Buenos Aires: La Página.

Butler, J. (1999). El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad. Barcelona: Paidós.

Butler, J. (2002). Deshacer el género. Monterrey: Una pluma ediciones.

Decreto 476/2021. Documentos no binarios. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/247092/20210721>

De Vries (2015). LGBT en la segunda mitad de la vida: cuestiones psicológicas, sociales y físicas (pp. 61-69) y Resiliencia e Identidad entre las personas LGBT en la mediana y tercera edad (PP 102-107) en Roqué (comp.) Seminario Internacional sobre género y diversidad sexual en la vejez. <https://www.algec.org/biblioteca/SEMINARIO-GENERO-Y-DIVERSIDAD.pdf>

Fernández, J. (2003). Los cuerpos del feminismo. https://flacsoandes.edu.ec/sites/default/files/agora/files/1246654382.los_cuerpos_del_feminismo_0.pdf

Iacub, R. (2012). El poder en la vejez. PAMI: Buenos Aires.

Iacub, R. (2014). Masculinidades en la vejez. Voces en el fénix, 5, 36, 99. 38-47.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2014). Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores. <https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2019) Informe Registro Único de Casos de Violencia contra las Mujeres (RUCVM). Resultados 2013-2018. https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/rucvm_03_19.pdf

Lerner, G. (1990). La creación del Patriarcado. Barcelona: Editorial Crítica.

Ley 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>

Ley 26.657. Ley de Salud Mental. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Ley 26.743. Ley de Identidad de Género. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>

Ley 26.485. Ley de Protección Integral a las Mujeres <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>

López Sanchez, F. (2012). Sexualidad y afectos en la vejez. Pirámide: Madrid.

Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad (2020). Plan de Acción Nacional contra las violencias por motivos de género. Recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/generos/plan_nacional_de_accion_contra_las_violencias_por_motivos_de_genero?__cf_chl_jschl_tk__=pmd_kB6Vj.toiSgtIU-l5iyjYakopy5ULRkmXCsQuy5JgCjU-1630075510-0-gqNtZGzNAjujcnBszQdR

Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad (2021). Lineamientos para la incorporación de la perspectiva de género y diversidad en los sistemas de información universitarios. <https://www.argentina.gob.ar/generos/lineamientos-para-la-incorporacion-de-la-perspectiva-de-genero-y-diversidad-en-los-sistemas>

Ministerio Público de la Defensa de la CABA (2017). La Revolución de las mariposas. A diez años de la gesta del nombre propio. <https://www.mpdefensa.gob.ar/publicaciones/la-revolucion-las-mariposas-a-diez-anos-la-gesta-del-nombre-propio>

Ministerio de Salud de la Nación (2011). Conceptos para pensar y trabajar en

salud. <https://healtheducationresources.unesco.org/sites/default/files/resources/diversidad-sexual-duranti.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación (2021). Recomendaciones para la Atención Integral de la Salud de las Niñeces y Adolescencias Trans, Travestis y No Binarias. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-06/2021-06-24-recomendaciones-para-la-atencion-integral-de-la-salud-de-nineces-adolescencias-ttnb.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación (s/f). Violencia sobre las Mujeres: Capacitación en servicio para trabajadores de la salud en el primer nivel de atención. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/eps-violencia-sobre-las-mujeres>

Ministerio de Salud de la Nación (s.f.). Programa Médicos Comunitarios. Curso en salud social y comunitaria. Módulo 1: Salud y Sociedad. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/cssc-modulo-1-salud-y-sociedad>

Observatorio de Violencia contra las Mujeres, Instituto Nacional de las Mujeres (2018). Informe estadístico de casos 2018. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/144informeanual2018.pdf>

Preciado, Paul (B.) (2009). Biopolítica del género. <http://capacitacioncontinua.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/25/2016/10/PRECIADO-Biopolitica-del-genero.pdf>

Tajer, Débora (2004). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. <http://bibliopsi.org/docs/carreras/electivas/ECFP/Introduccion-a-los-estudios-de-Genero/tajer%20-%20construyendo%20una%20agenda%20de%20genero.pdf>

Tajer D. (2020). Cuidados generalizados en salud. Ficha de Cátedra. Facultad de Psicología UBA.

Weeks, J. (1998). La invención de la sexualidad. http://www.multimedia.pueg.unam.mx/lecturas_formacion/relaciones_genero/modulo_2/sesion_3/Jeffrey_Weeks_La_invencion_de_la_sexualidad.pdf

¹ El libro *Mujeres, entre la casa y la plaza* historiza las luchas de los movimientos feministas en Argentina desde mediados del S. XIX.

² Refiere al daño ocasionado de modo no intencional de un profesional de la salud a la persona atendida.

³ Los indicadores mencionados fueron tomados de la Guía de la Alcaldía de Madrid (2018). Atención a personas mayores vulnerables que sufren maltrato: Intervención en el ámbito domiciliario y del material elaborado por el Ministerio de Salud “Violencia sobre las mujeres”. Los links de ambos documentos están disponibles en la bibliografía.

Derechos Humanos de las personas mayores.

Actualización de contenidos en Gerontogeriatría para equipos de salud.

CAPÍTULO 6:

Autonomía y cambios cognitivos en las personas mayores

Judith Szulik y Hugo Pisa

Judith Szulikt

Médica especialista en Psiquiatría. Docente titular de Psiquiatría de la Carrera de Medicina. Especialista en Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la UBA. Jefa de Psiquiatría del Nuevo Hogar Le Dor Vador. Docente de Psicopatología de la Carrera de Especialización en Intervención y Gestión Gerontológica de la Universidad Nacional de Tres de Febrero (UNTREF). Miembro de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria. Integrante del Grupo Desatar Argentina.

Hugo Pisa

Médico especialista en Psiquiatría. Magíster en psicofarmacología (Fund. Favaloro). Magíster en Desarrollo Humano (FLACSO). Docente de la carrera de especialista en Psicogeriatría (Univ. Maimónides). Presidente del Capítulo de Psicogeriatría (APSA).

Introducción

La demencia afecta al 5% de las personas mayores de 65 años y al 40% de aquellas que superan los 80 (Ferri et al., 2005). A su vez, si tenemos en cuenta el envejecimiento de la población a nivel mundial, se espera que las personas que vayan a presentar demencia aumenten de manera exponencial en los próximos 40 años. Lo que generará –o podríamos afirmar que ya genera– una demanda creciente con respecto a la asistencia y al cuidado en los servicios de salud, así como cambios en la dinámica social y familiar.

Los trastornos cognitivos plantean el tema de la “competencia”; dicho de otro modo, aquello que implica la toma de decisiones y la autonomía de las personas con alteraciones cognitivas. Tal vez, debido a que se las considera incurables y las intervenciones que se llevan a cabo se producen en el marco de una expectativa de empeoramiento progresivo; la personalidad que tiñe la presentación del cuadro puede ser determinante en algunos casos; asimismo, según el grado de deterioro, la dependencia es un destino insoslayable; por último, la persona mayor enferma pertenece a la sociedad no contributiva, lo que puede hacernos pensar que lo que se gasta en ellas se dilapida o desperdicia (De la Serna, 2003).

Whitehouse (2000) advertía con relación a las demencias que las cuestiones éticas se harán más evidentes en el futuro. No solo debemos darle la razón, sino asumir el compromiso de ese futuro, que no es otra cosa que la presencia de mayores complejidades.

Límites y complejidades. El dilema ético

En la actualidad, ¿cuáles son los lineamientos que se siguen para llevar a cabo el diagnóstico de las demencias? En pocas palabras, los trastornos neurocognitivos, tal como se denominan en el nuevo DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), se basan en la alteración de dominios cognitivos definidos (atención, funciones ejecutivas, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidades motoras, reconocimiento). Una vez definidos, los dominios, junto con las directrices sobre umbrales clínicos, constituyen la base sobre la cual se diagnostican los trastornos neurocognitivos, sus niveles y sus subtipos. Este nuevo enfoque –solo por citar un artículo, cuyo análisis excede al presente trabajo– fue recibido con entusiasmo:

“el DSM-5 se basa en la expectativa de que los médicos y los grupos de investigación darán la bienvenida a un lenguaje común para hacer frente a los trastornos neurocognitivos” (Sachdev et al, 2014). Esto es exacto, frente a los trastornos neurocognitivos; pero ¿frente a las personas con trastornos neurocognitivos? Y en relación al tratamiento ¿existe algo nuevo? No: es todavía sintomático (Hugo y Ganguli, 2014).

Fridman (2009) nos explica que la Bioética es el campo que se crea con relación al dilema –problema– en una determinada situación clínica o en el campo de la investigación. Cuando lo dilemático emerge, se presentan varias respuestas posibles y ninguna tiene una prioridad sobre las otras.

Debemos tener en cuenta dos conceptos “éticos” claves: Autonomía y Autenticidad. En relación al primero, diremos que una decisión autónoma se define como un acto de autodeterminación ejercido por una persona competente (Sulmasy y Snyder, 2010).

Por ejemplo, en una investigación, quien no puede dar su consentimiento queda excluido. En esta línea surgen los siguientes interrogantes: ¿una persona con enfermedad de Alzheimer puede dar su consentimiento informado? ¿Es confiable y válido el estudio de las capacidades? ¿Es posible ampliar el concepto de autonomía a partir de directivas anticipadas? (Kim, 2011).

El término “Autenticidad” refiere a la congruencia entre los valores de una persona (creencias, compromisos, relaciones) y una decisión (Brudney, 2009). En el contexto de la investigación, la pregunta fundamental es si el sujeto que participa es coherente con sus valores. A diferencia de una decisión autónoma, que solo puede ser tomada por la persona, una decisión puede ser auténtica, incluso cuando la misma es llevada a cabo por una persona sustituta (subrogante), porque la autenticidad no requiere capacidad intacta para la libre determinación, tan solo que la decisión se ajuste a los valores del individuo (Sulmasy y Snyder, 2010). Desde luego, esto nos introduce en una temática por demás compleja sobre la que será necesario trazar un camino que, sin perder de vista los “avances” en otras culturas, se adapte a nuestra idiosincrasia. Por el momento, no contamos con discusiones en este sentido, algo que puede verse con mayor frecuencia en otras especialidades (Oncología y Terapia intensiva, por ejemplo).

Citaremos ejemplos clínicos con los cuales el azar asistencial puede desafiarnos en cualquier ámbito. El objetivo es incluir una cuota de realidad a la teoría que se nos presenta como abstracta (Pisa, 2014). Del mismo modo, mostrar situaciones para las cuales no nos preparamos y cuyas respuestas por el momento son difusas.

1. Una mujer de 82 años con probable deterioro cognitivo manifiesta su deseo de viajar al exterior. Tanto la esposa como sus hijos se niegan. Salvo que el psiquiatra lo autorice.
2. Un hombre de 90 años ingresa a una residencia de larga estadía. Presenta un diagnóstico de deterioro cognitivo leve. Refiere su voluntad de regresar a su casa. Los familiares se oponen.
3. Una mujer de 79 años se frota contra la pared con la intención de sacarse “lo que tiene pegado” en la espalda. El personal pide autorización para sujetarla con el objetivo de evitarlo. Aducen que tiene diagnóstico de demencia avanzada y que posee el certificado de discapacidad.
4. Un hombre de 71 años concurre a la consulta para solicitar un certificado en el que conste que se encuentra “bien de la memoria”. Se niega a realizar un test neurocognitivo.

¿Qué es lo que produce un dilema ético en una determinada situación? Fantin (2009) lo explica así:

Lo que produce un dilema ético, no es la otredad, pues esto es lo que se manifiesta como síntoma, sino la dificultad de hallar una mismidad, un efecto de Verdad, una posición en la cual puedan prestar fidelidad los sujetos intervinientes.

Es decir, si la indicación médica genera el efecto de Verdad, no surge el dilema. Para esto debe existir conocimiento y acuerdo de todas las personas que intervienen: paciente, profesional, familiares y las diferentes instancias reguladoras (sanitarias, judiciales, etc.).

Pero ¿qué sucede cuando esto no se produce? Algo que sin duda es frecuente en el contexto del tema que pretendemos desarrollar, donde hasta el mismo equipo profesional entra en conflicto con su respuesta, debido a las diversas situaciones que pueden presentarse y para las cuales solo existe información reciente. El mismo autor nos dice:

tanto porque se ha llegado a un límite de sus posibilidades, como cuando algún tipo de daño es inevitable, o cuando el paciente no está dispuesto a pagar el precio de la intervención aún a riesgo de su vida, o porque en la consideración de lo que es su vida incluye aspectos que no se ajustan sólo a su vida biológica, o porque la situación toca cuestiones sociales o judiciales conflictivas, entonces es pensable [...] una

instancia de reflexión ética. Es decir, una instancia donde se pongan en juego diversas posiciones a fin de hacer surgir, mediante la discusión dialógica, alguna recomendación que pueda forjar tal efecto de verdad.

En esta línea, llevar a cabo una reflexión ética es, en definitiva, una elección que beneficie al paciente. Esto es un problema de valores y tenemos una responsabilidad hacia ellos, agrega Klimovsky (1996).

Todas las decisiones clínicas pueden implicar, en definitiva, un conflicto ético (Demarco y Ford, 2006). En este punto, cualquier profesional de la salud que atienda a personas con deterioro cognitivo debe reconocer la existencia del mismo (Strous, 2010). Solo a partir de esto se puede pretender llegar a resolverlo de manera óptima.

¿Qué sucede en las diferentes etapas por las que atraviesa un deterioro cognitivo?

Etapa inicial

El diagnóstico temprano de demencia y la determinación exacta del subtipo son cruciales para llevar a cabo un cuidado óptimo y un adecuado abordaje clínico de la persona (Maestre, 2012), sugerencia que se convirtió en un imperativo de época. Por este motivo, antes de comenzar a discutir sobre aspectos éticos relacionadas con personas que recibieron el diagnóstico de demencia, debemos focalizarnos en aquellos que no se encuentran ni siquiera en los estadios iniciales de la enfermedad; sino que presentan cambios sutiles en sus funciones cognitivas, algo que podría ser el preludio de una demencia a futuro o deberse –solamente– al envejecimiento “normal”. El constructo “deterioro cognitivo leve” es un término que se utiliza para describir a aquellas personas que no tienen demencia, pero presentan alteraciones cognitivas por debajo de la media normal, un valor que se estableció, de manera arbitraria, a partir de un umbral de puntuación cuantitativa originado a expensas de baterías de evaluación (Whitehouse, 2000). Pensemos un instante, la creencia de que una persona se convertirá en alguien “dependiente” a partir de la evolución de una enfermedad, como la demencia, que puede tener efectos devastadores: ruptura matrimonial, suicidio, el estigma social para la persona y sus familiares (Cheng et al, 2011). Consecuencias que deberían interpelarnos como profesionales de la salud. No es solo el diagnóstico temprano lo que “garantiza” un mejor tratamiento, sino justamente el tratamiento del diagnóstico

probable. Es decir, la manera en la que se informa y se traducen los resultados a esa persona. En palabras de Maglio (2008), es algo que debería hacerse de manera culturizada, escalonada y contextualizada. Para evitar que el mensaje sea traducido erróneamente por la persona (y familiar), situación que suele ser habitual en la práctica (Post et al, 1995). Del mismo modo, debería evaluarse el probable impacto que podría tener, con el objetivo de determinar el momento adecuado (Carpenter y Dave, 2004).

Alrededor del 9% de las personas mayores en América Latina presentan deterioro cognitivo leve (Custodio et al, 2014); y constituye un factor de riesgo para el desarrollo de una demencia, con una tasa de conversión a demencia del 4 al 25 % anual (Petersen, 2004).

¿Deberíamos comenzar con un tratamiento sintomático para tratar de mejorar un leve grado de problemas de memoria? ¿Cómo deberíamos considerar los riesgos y beneficios del tratamiento a largo plazo con agentes que podrían prevenir la aparición de una demencia? ¿Cómo deberíamos considerar, desde un punto de vista bioético, la mejora cognitiva si se utiliza en personas “normales”? Estos son algunos de los interrogantes que dejó Whitehouse (2000) y para los cuales las respuestas todavía son poco convincentes.

La mayoría de las investigaciones sobre decir la verdad acerca del diagnóstico de demencia fueron realizadas en base a las investigaciones sobre el cáncer. En la década de los sesenta el 90% de los médicos y médicas adherían a la política de no revelar el diagnóstico de cáncer (Oken, 1961); al repetir el estudio 20 años después, el 98% había cambiado su postura (Novack, 1979). Las personas tratadas reclamaban una relación con su médica o médico más equitativa y un involucramiento más activo en las decisiones sobre su enfermedad, cuestionando la postura paternalista de la profesión médica. El cambio de postura tuvo que ver con las transformaciones que se produjeron en relación al cáncer a lo largo de esos 20 años:

- Enfermedad crónica;
- Mejoras en los tratamientos y pronóstico;
- Mayor conciencia colectiva;
- Mejoras en los cuidados paliativos;
- Mayor comodidad para hablar sobre la muerte y los cuidados relacionados con el morir;

- Necesidad de conocer el diagnóstico para permitir el consentimiento informado en tratamientos y ensayos;
- Cambios sociales y culturales: franqueza y apertura.

¿Decir o no decir? Podemos considerar que los aspectos que se ponen en juego en este dilema son, por un lado, el respeto por la autonomía de la persona, y, por el otro, el beneficio de la persona. El beneficio de la persona se basa en el principio de no maleficencia: la obligación de no infligir daño intencionalmente. Ambos principios no son necesariamente incompatibles; no obstante, frecuentemente llevan a tomar diferentes decisiones respecto a qué información dar.

La razón para ocultar el diagnóstico descansa en el principio de prevenir daño. Decir la verdad se ha transformado en un principio moral absoluto: el derecho de la persona a saber. Si bien no hay evidencia de que conocer el diagnóstico produzca un daño psicológico a largo plazo, algunos autores, en la década de los noventa, han expresado diversas preocupaciones en torno a las consecuencias de revelar el diagnóstico: temor a destruir las esperanzas, provocar depresión, suicidio y desencadenamiento de reacciones catastróficas, además de no contar con elementos de diagnóstico precisos (recordemos que estos trabajos datan de los años noventa).

Por otra parte, la postura a favor de dar el diagnóstico se sustenta en un rango que abarca desde el principio del derecho de la persona a saber para facilitar planes a futuro, contribuir a que acepte ayuda progresiva, facilitar la decisión del momento de dejar de conducir y que pueda ejercer su derecho a realizar directivas anticipadas (Anantapong, 2021), tales como establecer voluntades y elección de cuidados futuros. Asimismo, contribuiría al ajuste psicológico, permitiendo que la persona comparta sus ansiedades, y posibilitaría que la persona pueda prestar consentimiento para participar en ensayos terapéuticos mientras conserva su capacidad para tal fin, así como el acceso a tratamientos. La relación médico/a-paciente se vería fortalecida.

Hasta aquí nos referimos a la perspectiva de los y las profesionales que atendemos personas con esta realidad.

Las otras protagonistas de este complejo escenario son las personas con demencias y sus familiares.

La mayoría de las personas con demencia están a favor de conocer su diagnóstico, con cifras de hasta el 92%, comparados con el 98% que desearía conocer un

diagnóstico de cáncer (Pinner y Bouman, 2003; Elson, 2006; Byszewski, 2007). El 69% expresó el deseo de saber el diagnóstico específico, comparado con recibir explicaciones más generales de problemas de memoria, y una minoría no desea saber nada acerca del diagnóstico (Elson, 2006).

Las investigaciones que estudiaron las perspectivas de las personas con demencia revelaron que las mayores dificultades resultan de tener que afrontar las pérdidas, actuales y prospectivas: pérdida de autoestima, de status social y roles, de funciones y de actividades de la vida diaria (AVD), especialmente la conducción de vehículos (Aminzadeh et al., 2007).

Asimismo, la dificultad para articular la vida privada y la vida pública, en relación a cómo “los otros” las ven: el deseo de ser tratadas como personas normales, preocupaciones relacionadas con que otras personas se dieran cuenta, temor al ridículo, a la dependencia y a no ser escuchadas (Husband 2000); disminución de la autoestima, aumento del aislamiento social y temor al estigma social asociado con la enfermedad. También enfatizaron la oportunidad de reconsiderar las prioridades y realizar cambios positivos, como pasar más tiempo en familia, focalizar en actividades placenteras, compartir el diagnóstico.

Finalmente, para analizar la perspectiva de la familia, mencionaremos el trabajo de Maguire et al. (1996); el mismo daba cuenta de que la mayoría de los familiares no deseaban que su ser querido conociera el diagnóstico, pero sí conocerlo, si se trataba de ellos.

Esta inconsistencia pone de manifiesto una diferencia generacional en la percepción de la enfermedad, un deseo paternalista de los familiares de proteger a la persona o la renuencia a lidiar con el conocimiento de la persona afectada y su dolor.

Sin embargo, años más tarde, Maguire (2003) encontró un cambio en la respuesta de los familiares. Lo atribuyen a la mayor conciencia pública y al anuncio de figuras conocidas como Ronald Reagan y Rock Hudson que contribuyeron a una mayor apertura y aceptación.

La siguiente pregunta es cuándo revelar el diagnóstico. En estadios tempranos el argumento es que la persona necesita saber para poder elegir y planificar a futuro; en estadios avanzados de la enfermedad no beneficiaría ni dañaría, según conjeturan algunos trabajos.

Cuando nos encontramos frente a la situación de dar el diagnóstico de demencia debemos tener presente que se trata de un proceso dinámico, no es un momento,

y que debemos basarnos en tres principios: sensibilidad, flexibilidad y discreción. Debemos analizar cada caso individualmente, ya que en cada persona se presenta y progresa de forma diferente, y cada una tiene un insight diferente sobre su condición, presenta diferentes ansiedades respecto a su condición y posee entornos diferentes. Asimismo, podemos hablar de diagnóstico “progresivo”, tal como mostraron estudios como el de Byszewski (2007), en el que familiares y personas con demencia preferirían un diagnóstico gradual, con “preaviso”, teniendo en cuenta, además, la importancia del acompañamiento con posterioridad a dar el diagnóstico, ya que tanto unos como otros expresaron sentirse defraudados por la falta de seguimiento después de la revelación del diagnóstico.

Al decir de Pinner y Bouman (2003): la pregunta no debería ser si revelar o no el diagnóstico. La pregunta debería ser cuándo y cómo.

Manejo del dinero

A pesar de su frecuencia, este tema recibió poca atención, en contraste a lo que ocurre –como vimos– con la toma de decisiones relacionadas con el consentimiento informado para una investigación. Hablamos del manejo del dinero en las personas con algún tipo de deterioro cognitivo. Sin duda, un desafío ético y clínico.

Entre las cuestiones que se presentan podemos mencionar: si una persona con posible demencia tiene suficiente capacidad para manejar con independencia sus asuntos financieros; si requiere una evaluación de su capacidad en ese sentido; si está siendo explotada o abusada por otras (Marson, 2013). Identificar, evaluar, y “manejar” este tipo de problemas impacta en el tratamiento de forma directa, tanto desde un punto de vista meramente económico como psicológico.

La capacidad para el manejo del dinero en el contexto de los deterioros cognitivos tiene tres aristas: clínicas, legales y éticas (Marson, 2013).

Clínicas. Debemos tener en cuenta que la capacidad a la que hicimos referencia es mediada cognitivamente, por lo que se torna vulnerable en enfermedades neuropsiquiátricas que afecten los procesos cognitivos. Incluso puede constituir la puerta de entrada de un pedido de evaluación (Widera et al., 2011).

Legales. Abarca también lo relacionado a contratos, garantías, donaciones y testamentos.

Éticas. Implica al concepto de “Autonomía”. Es decir, involucra la posibilidad de que una persona pueda o no manejarse de manera independiente (Marson, 2013).

Está claro que para estas situaciones no nos preparamos desde un punto de vista profesional. Queda en manos del sentido común o de una opinión que se asiente sobre la base de un diagnóstico.

Como para echar un poco de luz, haremos referencia a un artículo que describe cinco roles que podría adoptar el profesional ante esta situación:

1. educar a pacientes y familias sobre la necesidad de una planificación financiera con antelación;
2. reconocer los signos de un posible deterioro de la capacidad para el manejo del dinero;
3. evaluar las deficiencias relacionadas con esta capacidad en el contexto de un deterioro cognitivo;
4. recomendar intervenciones con el objetivo de ayudar a pacientes a mantener su independencia financiera;
5. derivar en el momento oportuno a una consulta legal (Widera et al., 2011).

No contamos con respuestas certeras, ni mucho menos categóricas con respecto a este tema complejo. Tampoco con instrumentos confiables que puedan mensurar dicha capacidad. De todas formas, tomar un rol activo en este sentido se hace prioritario ante las consecuencias económicas, legales y psicológicas que esta situación puede acarrear tanto para la persona y sus familiares/allegados, como para el/la profesional (Pisa, 2014).

Etapas intermedia: Demencia moderada

Tomemos como ejemplo lo que ocurre con la demencia de tipo Alzheimer. Diremos que es una enfermedad incurable, devastadora y prevalente. La investigación es, por lo tanto, crucial, pero implica un conflicto desde el momento en que las personas con un grado importante de deterioro cognitivo pueden tener disminuida su capacidad para dar su consentimiento informado (Okonkwo et al., 2007). Para esto no existen protocolos ni políticas claras (Kim, 2011). Esta incertidumbre, desde

luego, no solo es patrimonio de la investigación clínica; sino que se traslada a la clínica y práctica de todos los días.

Mencionamos el impacto que puede tener en el ámbito de la investigación; pero es sabido que es un lugar para pocos y sobre el que pesan, entre otras cosas, auditorías y comités de ética. Pero, ¿qué ocurre en la clínica con los y las pacientes? Sin esfuerzo podemos hacer referencia a situaciones en las cuales nos vemos enfrentados/as y que ponen en jaque los principios de autonomía y autenticidad. Por ejemplo: una persona con deterioro cognitivo moderado manifiesta que no quiere tomar medicación, y la misma es administrada, de todas formas, bajo el nombre de “vitaminas”. O en un cuadro similar, una persona allegada (sustituta) se hace “responsable” de que la medicación sea administrada sí o sí. En la misma línea, si la indicación es la de una internación, esta podría llevarse a cabo de manera involuntaria en consonancia con lo que solicita la nueva ley de salud mental; pero ¿qué sucede si hablamos de una internación en una residencia? Podríamos ensayar respuestas que apelan al “sentido común”, con los riesgos que esto conlleva.

En un trabajo, Smebye et al. (2012), refieren que optimizar el potencial para la toma de decisiones en las personas con demencia contribuye al mantenimiento de la identidad, el bienestar y la calidad de vida, además de la promoción de la dignidad, la integridad y la personalidad. A partir de tener en cuenta a las capacidades cognitivas que se conservan. Excluir a las personas de participar en las decisiones puede generar depresión, frustración y enojo. Situación que, en gran medida, contribuye a empeorar el cuadro que ya existe (Sabat, 2005).

Esta situación, en otras palabras, nos acerca al concepto de discapacidad excesiva, frecuentemente consecutiva a la sobreasistencia.

Hay evidencia de que las personas con deterioro cognitivo que viven tanto en las instituciones como en su casa se encuentran excluidas de la toma de decisiones acerca de sus vidas (Tyrrell et al., 2006). Algunas no desean participar, mientras que otras tienen la voluntad y la capacidad de hacerlo, pero se les niega la posibilidad (Bamford & Bruce, 2000). Está en nosotros/as recuperar el rol de “acompañantes” que nos cabe en muchas de estas situaciones y evitar caer en la tentación del paternalismo que dominó la medicina de otras épocas. Desde nuestro rol profesional, acompañar a las personas con demencia implica, nada más y nada menos, que promover la autonomía favoreciendo la toma de decisiones que la persona puede efectivizar, según las capacidades conservadas y sus deseos. Algunos ejemplos son la posibilidad de elegir la comida que desea, la ropa que quiere ponerse, dando alternativas acordes con la etapa evolutiva del deterioro.

En este momento, también, es frecuente la aparición de sintomatología conductual, situación que complejiza el cuadro y torna difícil su manejo ambulatorio, lo que predispone en muchos casos a institucionalizar a la persona con demencia (Reisberg et al., 2014).

Veremos ahora cuáles son las manifestaciones conductuales principales.

En 1996, la International Psychogeriatric Association estableció un consenso por el cual fue reemplazado el término “trastornos del comportamiento”, válido hasta ese momento, por el de “síntomas comportamentales y psicológicos de las demencias” (SCPD), definiéndolos como aquellos signos y síntomas de trastornos en la percepción, contenido del pensamiento, ánimo y conducta que frecuentemente ocurren en personas con demencia.

Síntomas psicológicos

Delirios: definimos una idea delirante como aquella que se sostiene con certeza, condiciona la conducta y es irreductible; los tipos más comunes son los delirios persecutorios, los cuales favorecen la agresión física, frecuentemente dirigida hacia las cuidadoras o cuidadores.

Los cinco temas delirantes prototípicos de las demencias (Reisberg, 1997), en particular de la demencia de tipo Alzheimer, son:

- a. “Personas roban cosas”, probablemente favorecido por el hecho de que la persona no recuerda la ubicación habitual de los objetos o el lugar en que los dejó.
- b. “Mi casa no es mi casa”, ligado a la dificultad para reconocer su propio hogar; frecuentemente, la persona tiende a abandonar su hogar para ir a “su casa”, derivando en la típica conducta de vagabundeo.
- c. “La pareja o la persona que cuida es una impostora”; interpretación delirante de un falso reconocimiento.
- d. “Abandono”; creencia de la persona de que ha sido abandonada o de que existe un complot para abandonarla o institucionalizarla.
- e. “Infidelidad”, por parte del o de la cónyuge o de la persona cuidadora.

Alucinaciones: definimos una alucinación como un trastorno de la percepción en el cual la persona percibe (ve u oye) sin existencia de objeto.

Las alucinaciones más frecuentes en las demencias son las visuales y, en segundo lugar, las auditivas. Es importante destacar que ha sido demostrada la asociación entre la presencia de alucinaciones visuales y los trastornos del sistema visual. Asimismo, la privación sensorial desempeña un papel a tener en cuenta.

Falsos reconocimientos: consisten, fundamentalmente, en la creencia de que hay otras personas en el hogar, la incapacidad para reconocerse a sí mismo/a (frecuentemente observable por la imposibilidad de reconocerse en el espejo) o a otros/as, y la convicción de que los eventos que suceden en la televisión ocurren en la realidad de la persona (se observa cuando la persona interactúa con los personajes de la TV).

Ansiedad: puede aparecer formando parte de algunos síndromes o aisladamente. Uno de los aspectos fundamentales a evaluar es la comorbilidad ansiedad - depresión; esta condición se considera un factor predictor de institucionalización y de la aparición de problemas comportamentales adicionales.

Una de las expresiones de ansiedad más habituales en las demencias es el denominado síndrome de Godot (Reisberg), que se refiere a la ansiedad vinculada con los eventos que vendrán y que se manifiesta por preguntas incesantes, por parte de la persona, sobre qué está por suceder y qué tiene que hacer, lo cual resulta sumamente agotador para las cuidadoras y cuidadores.

Otras manifestaciones características son el temor a quedarse sola, que deriva en el seguimiento continuo de la persona cuidadora, inclusive de un ambiente a otro de la casa; temor a la oscuridad, a trasladarse a otro sitio o a bañarse.

Ánimo depresivo. El diagnóstico de depresión en esta población puede resultar complicado debido a las limitaciones que pueden tener para expresarse, sobre todo en estadios más avanzados de la enfermedad, y por la superposición de síntomas con aquellos propios de la demencia, tales como los trastornos del sueño, la pérdida de peso y la agitación.

Cabe destacar que, además de los “clásicos” síntomas depresivos en las demencias, deben alertarnos manifestaciones tales como los cambios en la personalidad, los pensamientos obsesivos, las fobias, la ansiedad y las conductas de evitación.

El diagnóstico probable de depresión debe tenerse presente frente a una persona

agitada e irritable; es frecuente encontrarnos con personas medicadas con ansiolíticos o antipsicóticos que no mejoran o que empeoran.

Apatía: se manifiesta por la disminución de las interacciones sociales, de la reactividad emocional y de la expresión facial, la pérdida de la iniciativa y del interés por las actividades de la vida diaria y por el cuidado personal.

Sintomatología específica del comportamiento

Vagabundeo (“Wandering”)

Este trastorno del comportamiento suele ser uno de los más problemáticos por la sobrecarga que genera en las cuidadoras y cuidadores y constituye uno de los motivos de consulta más habituales a especialistas, tanto en la población ambulatoria como en aquella institucionalizada.

El término vagabundeo comprende diferentes conductas: actividades de control constante hacia la persona cuidadora (dónde está o qué está haciendo), incluso persiguiéndola; deambulación constante; actividad excesiva; fugas; deambulación nocturna.

Agitación

La agitación es, junto con el vagabundeo, el síntoma más persistente en el transcurso de la evolución de las demencias. Se la define como aquellas actividades motoras, verbales o vocales inapropiadas no resultantes de un cuadro confusional o de necesidades de la persona. La escala CMAI (Cohen- Mansfield Agitation Inventory) identifica cuatro subtipos de agitación que dan cuenta de este fenómeno:

- Comportamientos físicos no agresivos: inquietud, manierismos, deambulación, ocultar cosas, vestirse inapropiadamente o desvestirse, manipular cosas inapropiadamente.
- Comportamientos físicos agresivos: empujar, golpear, arañar, rasguñar, patear, tomar cosas o personas.
- Comportamientos verbales no agresivos: negativismo, demandas constantes de atención, quejas, interrupciones irrelevantes o relevantes, frases repetitivas.

- Comportamientos verbales agresivos: gritar, hacer ruidos, explosiones temperamentales, insultar.

Las investigaciones coinciden en que la demencia, por sí misma, no alcanza para explicar la presencia de agitación, por lo que cada vez se estudian más los factores ambientales, médicos y psicológicos que intervienen en la incidencia y severidad de estas manifestaciones.

Marx et al. (1989) demostraron que el aumento de conductas agresivas de las personas institucionalizadas se asocia con la aproximación y con el contacto físico del personal.

Por otra parte, existe un pico de agitación en las últimas horas de la tarde y las primeras de la noche,

lo que se denomina “sundowning” o turbulencia nocturna.

Reacciones catastróficas. Las reacciones catastróficas se caracterizan por ser reacciones emocionales o físicas excesivas y repentinas, bajo la forma de agresión física, verbal o explosiones de ira. Pueden desencadenarse por falsos reconocimientos, delirios y/o alucinaciones. Otras causas a tener en cuenta son la confusión mental, el dolor, algunos medicamentos y los procesos infecciosos. Asimismo, los factores ambientales y la personalidad premórbida son datos para considerar especialmente.

Desinhibición

La desinhibición comprende un síndrome caracterizado por impulsividad, inestabilidad emocional, incapacidad para mantener los niveles previos en los comportamientos sociales, llanto, agresión verbal y/o física, desinhibición sexual, conductas autodestructivas, agitación motriz y vagabundeo.

Estos trastornos pueden ocasionar reacciones de violencia, tanto por parte de las personas cuidadoras como hacia ellas. Cabe destacar que, en los marcos institucionales, la desinhibición sexual provoca un impacto enorme entre los miembros del personal, a pesar de que muchas veces la misma pueda ser inofensiva.

Según Cohen-Mansfield (2001), las causas de los SCPD se clasificarían sobre la base de los siguientes modelos teóricos:

- Las necesidades insatisfechas. Las personas con deterioro cognitivo severo tienen dificultades para expresarse, lo cual puede traducirse en perseveraciones, preguntas repetidas e incesantes, quejidos, gritos, agresividad.
- Un modelo conductual de aprendizaje. En pocas palabras, hay una conducta “inapropiada” que se refuerza a partir de la obtención de un resultado por parte de la persona. Por ejemplo, recibir –a partir de dicha conducta– asistencia médica, del cuidador o cuidadora, de enfermería, incluso la visita o mayor presencia familiar.
- Un modelo de vulnerabilidad ambiental. Las personas con demencia son sensibles y vulnerables a cualquier cambio: del ambiente (habitación, lugar en el comedor, compañero de mesa), de la persona que lo asiste, del/a profesional, de un horario, de un cambio en su rutina.
- A causa de la evolución de la demencia.

En este contexto emergen nuevas “cuestiones éticas”. En la mayoría de los casos se relacionan con el uso de las sujeciones físicas y/o sobremedicación con el objetivo de “tranquilizar”. La justificación, en general, es la de evitar caídas y agresiones; tanto el uso de una intervención como de la otra persiguen el mismo objetivo: evitarse entre sí; aunque lo frecuente es que se presenten juntas. En ambos casos se hace evidente la necesidad urgente de investigaciones que permitan profundizar sobre estos aspectos a fin de documentar hasta qué punto se puede utilizar este tipo de abordajes que se vinculan con conflictos entre pacientes, familiares, así como el personal encargado de la asistencia (Scheepmans et al., 2014).

Apuntaremos, respecto de los SCPD, instancias pasibles de una reflexión ética: las intervenciones psicosociales (o no-farmacológicas), las cuales constituyen la primera línea de abordaje. Es frecuente escuchar que para llevarlas a cabo el profesional debería tener una postura ecléctica. Pero ¿hasta qué punto lo ecléctico no termina en una postura utilitarista que permite echar mano a “cualquier cosa” con el objetivo de calmar a la persona (o dicho de forma técnica, atenúe su sintomatología conductual)?

Un utilitarista es aquel cuyo pensamiento se asienta sobre la base de que “el fin justifica los medios”. El utilitarismo como corriente dentro de la ética fue desarrollado por Jeremy Bentham y John Stuart Mill (Sartin, 2009). Postulan que el resultado de una acción determina si esa acción es moralmente correcta o no. Es correcta cuando las consecuencias globales fueron buenas. Desde una perspectiva integral afectarían

no solo al paciente, sino también a su familia, al personal y a otros residentes, si nos encontramos en el marco de una institución geriátrica.

Veamos un ejemplo. Una persona con deterioro cognitivo se encuentra institucionalizada. Intenta repetidas veces retirarse del lugar. Aduce que tiene que retornar a su casa porque se le hace tarde. El personal que la asiste le manifiesta que cuando llegue el taxi le van a avisar. Esto la tranquiliza unos minutos; y el ciclo vuelve a repetirse. Y la intervención, también.

¿Cómo deberíamos juzgar la consecuencia de esta intervención? Un utilitarista diría que deberíamos juzgar cada acción de forma individual, según las consecuencias que resultan de ella. Esto es lo que sería un utilitarista del acto. Dicho de otra manera, sería el que se plantea de forma individual cada caso. En contraste, se encontrarían los utilitaristas de las normas. Son aquellos que siguen un conjunto de reglas o principios que, en general, tienen los mejores resultados. En otras palabras, son aquellos que se guían por los protocolos. En esta línea, Kant, en su teoría sobre la moral, estaba convencido de que deberíamos seguir normas, sin preocuparnos por las consecuencias de las acciones. Para Kant el acto es correcto o no. Es conocido el ejemplo en el que manifiesta que mentir siempre es incorrecto, más allá que el fin que se persiga sea “bueno”. En ese sentido, sostenía que a la persona nunca debe tratársela como un medio para lograr un determinado fin (Sartin, 2009).

Un aspecto de importancia para la reflexión está relacionado con la propuesta de actividades para las personas con demencia, con los objetivos de estimulación y de recreación, las cuales, englobadas en el concepto de actividades estructuradas, han demostrado disminuir las conductas agitadas. No obstante, ¿cualquier actividad es para cualquier persona? Y aquí nos planteamos el paradigma del cuidado centrado en la persona, por el cual, reflexionamos sobre la necesidad de que las actividades propuestas sean legítimas para cada persona, según sus intereses, sus habilidades conservadas y su personalidad previa. Nuevamente recurrimos al concepto de autenticidad para validar el cuidado de las personas con demencias.

Etapas Avanzadas: Demencia severa

En estos estadios, las personas con un deterioro cognitivo avanzado se vuelven incapaces de tomar una decisión. Incluso de poder comunicarse.

¿Debemos brindar tratamientos de soporte vital a personas con pérdida permanente de Capacidades Cognitivas? Con esta pregunta titulan su trabajo y nos

interpelan los autores Golan & Marcus (2012). Plantean sus dudas en cuanto a la ética de sostener la vida de las personas que han perdido sus capacidades cognitivas y la conciencia, y si existe una obligación moral de hacerlo. El problema es que los principales hechos relacionados con las experiencias y el bienestar de estas personas y sus deseos son desconocidos. De ahí que el marco de los cuatro principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, no se pueden aplicar en estos casos. Incluyen a la “solidaridad” como otro valor moral a la que se podría recurrir en caso de estar frente a este dilema. En este sentido muestran que el mismo se genera a partir de la percepción de que el deterioro cognitivo se relaciona con una pérdida de la personalidad e identidad de la persona. Incluyen aquí el principio de solidaridad, que establece la obligación de cuidar a las personas más desfavorecidas. Llegados a una instancia –sugieren– como esta se puede apelar al mismo como un principio rector para intentar resolver el dilema.

Sexualidad en las demencias

En una consulta ambulatoria, el esposo de una mujer refirió, con pudor, que en ciertos momentos del día ella, “cómo decirlo... me busca”. “No sé qué hacer”, agregó. Risas, enojos, conductas evitativas, negaciones y hasta indignaciones son frecuentes de observar tanto a nivel profesional como familiar cuando se presenta una situación relacionada con la sexualidad en la persona con demencia. Una situación que atraviesa todas las etapas. Las reacciones que se generan las podríamos vincular con el desconocimiento; con el no saber qué hacer. Publicaciones recientes como la de Cipriani et al. (2016) ubican a la sexualidad en el marco de las demencias en los siguientes términos: la sexualidad es una necesidad humana que se expresa en la intimidad, pero las personas con demencia pueden no saber cómo satisfacer adecuadamente sus necesidades de cercanía e intimidad debido a su deterioro cognitivo. Una forma que, tomada al pie de la letra, puede conducirnos a errores e intervenciones alejadas de la realidad de la persona. Asimismo, puede conducirnos a “psiquiatrizar”; esto es, asumir como psiquiátrico una situación que no lo es.

Con el objetivo de situarnos frente a esta temática conflictiva, consideramos pertinente tener en cuenta la definición de la Organización Mundial de la Salud (2018) sobre la sexualidad, por lo abarcativo del concepto y la pluralidad que se desprende de la misma.

La sexualidad es un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Si

bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

En la vejez, la sexualidad se encuentra atravesada por prejuicios viejistas que representan a la persona mayor como enferma y asexualada; a esto se suman los estereotipos clásicos como el de “viejo verde”. A su vez, la situación particular que constituye el deterioro cognitivo puede dar lugar a un estigma que arrasa con la identidad de la persona. En otras palabras, la misma pasa a ser un “demente”, situación que tiene implicancias clínicas, sociales y familiares que fuimos analizando a lo largo del capítulo. La idea es focalizarnos, ahora, en la sexualidad de las personas con demencia. Un contexto plagado de actitudes negativas que hacen necesario una reflexión ética que evite malas interpretaciones, malos entendidos e intervenciones alejadas de la singularidad de la persona.

Una encuesta de 2016 encontró que más de la mitad de las personas que viven en residencias de larga estadía participan en actividades sexuales (Lester et al., 2016). No obstante, otra publicación (Di Napoli et al., 2013) reveló que las personas encuestadas (personal de tres instituciones geriátricas) manifestaron tener una actitud que calificaron de “neutral” respecto de la sexualidad en las personas mayores, situación que obliga a abordar y educar sobre el tema. La misma afecta no solo a la persona con demencia, sino también a su familia y a la institución.

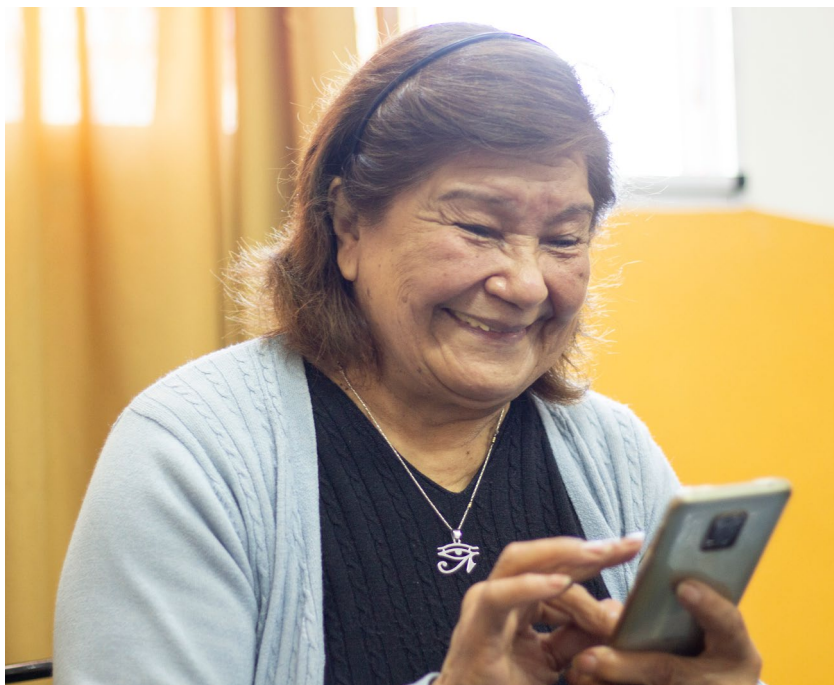
En este punto, citaremos dos problemas que se presentan habitualmente en las personas con deterioro cognitivo; en primer lugar, la capacidad para consentir la actividad sexual (Srinivasan et al., 2019) frente a la presencia de deseo. En segundo lugar, nos referiremos a las “conductas sexuales inapropiadas”.

Con relación a la “capacidad”, la postura ética que consideramos apropiada adoptar, dada la diversidad de las situaciones a las que podemos llegar a asistir, es una actitud ecléctica a partir de la cual debería analizarse cada caso en particular: en la observación quedan de manifiesto los diferentes aspectos de la situación y los diversos y eventuales modos de aproximación (Eherenfeld et al., 1997).

Respecto de las “conductas inapropiadas”, que se observan en el 7 al 25% de las personas con demencia (Black, 2005), surge el interrogante: ¿quién define lo inapropiado? En una primera instancia, deberemos evaluar si constituyen un “síntoma” de descompensación en el marco del deterioro cognitivo. En caso afirmativo, pensar en

las dos modalidades de abordaje: intervenciones psico-sociales y eventualmente, si las mismas no tuvieran resultado, un apoyo psicofarmacológico. En una segunda instancia, Iacub (2015) nos invita a “romper con el código académico acerca de lo ‘apropiado o inapropiado’ en el erotismo de las personas con demencias”. En ese sentido, ubica a la “erótica como el procesamiento cultural del sexo cuya función es determinar la legitimidad de ciertas variantes del deseo, en determinadas situaciones y personas, en condiciones que son dinámicas en el tiempo y las culturas”. Por último, agrega que “el erotismo en las personas con demencias parece contradecir ciertos parámetros de normalización o de lo que se considera “propio” en el ámbito de la moral actual”. Por esta razón –hipotetiza– la psiquiatría calificó estos cambios como conductas sexuales inapropiadas.

Para terminar, la sexualidad es un concepto complejo y multidimensional. En la práctica es importante individualizar la problemática (el caso a caso) y, a partir de ahí, delinear las intervenciones. Caso contrario, deshumanizamos. Qué hacer: mantener una actitud ecléctica, evaluar, descartar, pensar, discutir, intercambiar, educar y capacitar (nos).



Palabras finales

Los trastornos neurocognitivos constituyen el escenario para este nuevo campo de estudio de la bioética en el que convergen varias situaciones: el envejecimiento de la sociedad, la creciente incidencia y prevalencia de los trastornos cognitivos, los derechos de las personas afectadas, la institucionalización, la desinstitucionalización, los conflictos familiares, el consentimiento informado y el buen uso de la medicación. En este sentido, los problemas de capacidad impregnan el tejido de la vida cotidiana: juicios para obtener un certificado, capacidad para dar un consentimiento respecto de un tratamiento, participación en un protocolo, confección de un testamento, manejo de un automóvil y/o la propia economía. Para resolver estos problemas, los familiares, médicos y médicas de distintas especialidades, así como profesionales de otras disciplinas como el derecho, requieren de la opinión de la especialidad psiquiátrica con el objetivo de “ver hasta dónde” la persona es autónoma. Así, los y las psiquiatras, sin querer, debemos asumir un rol para el cual no estamos preparados, lo que nos hace pasibles de exponernos a una situación que no es de nuestra competencia y para la cual, se requiere de profesionales de diferentes disciplinas (Moye et al., 2013). En este sentido, conocer y reflexionar sobre estos temas dejó de ser una elección: se convirtió en una “obligación”.

Como hemos visto, las situaciones son complejas y se definen por una multiplicidad de matices. Por este motivo deben centrarse más en los detalles de cada caso y menos en los elementos concretos que plantea la forma actual de diagnosticar. En definitiva, estamos frente a situaciones problemáticas “nuevas”, para las cuales existen respuestas que distan de ser contundentes. Y de una formación que relaciona la práctica clínica solo con la enfermedad, el diagnóstico y el tratamiento.

Con el objetivo de producir un cambio en ese sentido, hay “habilidades” que deberían tener los integrantes del equipo de salud a fin de identificar y resolver los conflictos éticos de manera óptima. Estas habilidades son: el reconocimiento de un dilema ético, el cuestionamiento de supuestos empíricos, el tener en cuenta todos los aspectos relevantes que involucran una toma de decisión, la evaluación de la solidez de los argumentos y la anticipación de posibles efectos negativos sobre la relación con nuestros y nuestras pacientes (Howe, 2011).

A estas alturas podríamos asegurar que en todas las decisiones que tomamos subyace un conflicto ético. Un conflicto que deberíamos identificar, para cuestionar sus supuestos y comprobar sus argumentos. Pero ¿qué ocurre una vez que se identificó una situación conflictiva? ¿Existe alguna manera de poner en práctica

lo que desarrollamos hasta aquí? Sin duda el artículo de Klimovsky (1996) “Las elecciones responsables frente a las supersticiones académicas” puede servirnos como punto de partida para organizar y encarar un conflicto. Este autor refiere que el problema de la medicina es frente a un síntoma, un síndrome o una enfermedad, el médico o la médica tiene que elegir un curso de acción y según cómo lo lleve a cabo tendrá efectos positivos o negativos. Esto nos ubica frente a una responsabilidad desde el punto de vista ético: hablamos de elecciones que pueden involucrar grandes cambios, como sería el hecho de institucionalizar a una persona; indicarle medicación frente a un olvido causado por el envejecimiento; relativizar o incluso anular su decisión con respecto a un tema, entre cosas. Para Klimovsky, existen tres factores de conocimiento y filosóficos al momento de tomar una decisión. En primer lugar, uno se propone un objetivo frente a una decisión. El paso inicial, aquí, consiste en preguntarnos si desde un punto de vista lógico hay o no contradicciones, a partir de las deducciones y creencias que están involucradas en el objetivo. Si las hubiere, el objetivo se torna inaplicable. Ahora bien, al reflexionar sobre esto, ¿cambiaríamos nuestra manera de actuar? ¿El razonamiento se tornaría contradictorio y por ende impracticable?

En segundo lugar, si las posibles elecciones no fueron rechazadas por la lógica; es decir, tenemos una elección no contradictoria, nos queda por delante un espectro de posibilidades para escoger. Es aquí donde entra en juego el conocimiento. Porque si no existe un marco de conocimiento científico adecuado que nos indique lo que es fácticamente posible de llevar a cabo, la decisión pasa a ser algo hecho casi al “voleo”, una especie de apuesta azarosa que puede terminar mal. ¿De dónde proviene parte del conocimiento que utilizamos? Deberíamos abrir aquí un apéndice para incluir lo que respecta a la evidencia y las guías clínicas de tratamiento.

Es en este punto donde –en línea con lo que propone Klimovsky– entra en juego el tercer factor en la toma de decisiones: la dimensión ética, que nos permitirá valorar la importancia o conveniencia de las elecciones restantes. Hacerlo, dijimos, implica una instancia de reflexión ética. Y –remarquémoslo– llevar a cabo una reflexión ética es, en definitiva, una elección que beneficia a la persona mayor atendida.

Bibliografía

Adler, G. (2010). Driving decision-making in older adults with dementia. *Dementia*, 9(1), 45–60.

Aminzadeh, F., Byszewski, A., Molnar, F. J., y Eisner, M. (2007). Emotional impact of dementia diagnosis: Exploring persons with dementia and caregivers' perspectives. *Aging & Mental Health*, 11(3), 281–290.

Anantapong, K., y Davies, N. (2021). Talking about future decision-making capacity and advance care planning in diagnosis disclosure of dementia. *International Psychogeriatrics*, 33(11), 1–3.

Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, Estados Unidos: Asociación Americana de Psiquiatría.

Balestreri, L., Grossberg, A., y Grossberg, G. T. (2000). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia as a Risk Factor for Nursing Home Placement. *International Psychogeriatrics*, 12(S1), 59–62.

Bamford, C. y Bruce, E. (2000). Defining the outcomes of community care: the perspectives of older people with dementia and their carers. *Ageing and Society*, 20(5), 543–570.

Black, B. Muralee, S. y Tampi, R. (2005). Inappropriate sexual behaviors in dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 18(3), 155–62.

Brudney, D. (2009). Choosing for another: beyond autonomy and best interests. *Hastings Cent Rep*, 39(10), 31–37.

Byszewski, A., Molnar, F., Aminzadeh, F., Eisner, M., Gardezi, F., y Bassett, R. (2007). Dementia Diagnosis Disclosure. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 21(2), 107–114.

Carpenter, B. y Dave, J. (2004). Disclosing a dementia diagnosis: a review of opinion and practice, and a proposed research agenda. *Gerontologist*, 44(2), 149–58.

Cheng, S., Lam, L., Chan, L., Law, A., Fung, A., Chan, W., Tam, C. y Chan, W. (2011). The effects of exposure to scenarios about dementia on stigma and attitudes toward dementia care in a Chinese community. *International Psychogeriatrics/IPA*, 23(09), 1433–1441.

Cipriani, G., Ulivi, M., Danti, S., Lucetti, C. y Nuti, A. (2016). Sexual disinhibition and dementia. *Psychogeriatrics*, 16(2), 145-153.

Cohen-Mansfield, J. (1997). Conceptualization of Agitation: Results Based on the Cohen-Mansfield Agitation Inventory and the Agitation Behavior Mapping Instrument. *International Psychogeriatrics*, 8(S3), 309-315.

Cohen-Mansfield, J. (2001). Nonpharmacologic Interventions for Inappropriate Behaviors in Dementia: A Review, Summary, and Critique. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(4), 361-381.

Custodio, N., Lira, D., Herrera-Perez, E., Nuñez Del Prado, L., Parodi, J., Guevara-Silva, E., Castro-Suarez, S., Montesinos, R. y Cortijo, P. (2014). The Memory Alteration Test Discriminates between Cognitively Healthy Status, Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*, 4(2), 314-321.

De la Serna de Pedro, I. (2003). *La vejez desconocida, una mirada desde la biología a la cultura*. Madrid, España: Ed. Díaz de Santos.

Demarco, J. y Ford, P. (2006). Balancing in ethical deliberation: superior to specification and casuistry. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 31 (6), 483-497.

Di Napoli, E., Breland, G. y Allen, R. (2013). Staff knowledge and perceptions of sexuality and dementia of older adults in nursing homes. *Journal of Aging and Health*, 25(7), 1087-1105.

Eherenfeld, M., Tabak, N., Bronner, G. y Bergman, R. (1997). Ethical dilemmas concerning sexuality of elderly patients suffering from dementia. *International Journal of Nursing Practice*, 3(4), 255-259.

Elson, P. (2006). Do older adults presenting with memory complaints wish to be told if later diagnosed with Alzheimer's disease? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(5), 419-425.

Eriksson, S. (2000). Impact of the Environment on Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *International Psychogeriatrics*, 12(S1), 89-91.

Fantín, J. (2009). *Función de la ética en el campo de la medicina y salud mental*. En Juan C. Fantín y Pablo Fridman (comp.), *Bioética, Salud mental y Psicoanálisis* (pp. 26). Buenos Aires, Argentina: Ed. Polemos.

Ferri, C. Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., Hall, K., Hasegawa, K., Hendrie, H., Huang, Y., Jorm, A., Mathers, C., Menezes, P., Rimmer, E. y Sczufca, M. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*, 366 (9503), 2112–2117.

Fridman, P. (2009). Los principios de la Bioética en salud mental y psicoanálisis. En Juan C. Fantin y Pablo Fridman (comp.), *Bioética, Salud mental y Psicoanálisis* (pp. 33-34). Buenos Aires, Argentina: Ed. Polemos.

Golan, O. y Marcus, E. (2012). Should we provide life-sustaining treatments to patients with permanent loss of cognitive capacities? *Rambam Maimonides Medical Journal*, 3(3), e0018.

Holroyd, S. (2000). Hallucinations and Delusions in Dementia. *International Psychogeriatrics*, 12(S1), 113–117.

Holroyd, S., Turnbull, Q., y Wolf, A. (2002). What are patients and their families told about the diagnosis of dementia? Results of a family survey. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(3), 218–221.

Howe, E. (2011). Five skills psychiatrists should have in order to provide patients with optimal ethical care, *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8(3), 19–25.

Hugo, J. y Ganguli, M. (2014). Dementia and cognitive impairment: epidemiology, diagnosis, and treatment, *Clinics in geriatric medicine*, (3), 421–442.

Husband, H. (2000). Diagnostic disclosure in dementia: an opportunity for intervention? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(6), 544–547.

Iacub, R. (2015) Erotismo de las personas mayores con demencias en las residencias para adultos mayores. *Revista Argentina de Psiquiatría*, XXVI, 120–124.

Katz, I. (2000). Agitation, Aggressive Behavior, and Catastrophic Reactions. *International Psychogeriatrics*, 12(S1), 119–123.

Kavé G, Heinik J (2005). Issues to Consider When Using the New Diagnosis of Mild Cognitive Impairment *The Israel Medical Association journal*, 7(11), 732–735.

Kim, S., Karlawish, J., Kim, H., Wall, I., Bozoki, A. y Appelbaum, P. (2011). Preservation of the capacity to appoint a proxy decision maker: implications for dementia research, *Archives of general psychiatry*, 68 (02), 214–220.

Kim, S. (2011). The ethics of informed consent in Alzheimer disease research, *Nature Reviews Neurology*, 7(7), 410-414.

Klimovsky, G. (1996). Las elecciones responsables frente a las supersticiones académicas. En: *Conversaciones sobre ética y salud* (pp. 53-65). Buenos Aires, Argentina: Centro editor de la Fundación Favaloro.

Lester, P., Kohen, I., Stefanacci, R. y Feuerman, M. (2016). Sex in the nursing homes: a survey of nursing home policies governing resident sexual activity. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(1), 71-74.

Maestre, G. (2012). Assessing Dementia in Resource-Poor Regions. *Current neurology and neuroscience report*, 12(5), 511-519.

Maglio, P. (2008). ¿Cómo dar bien las malas noticias? El arte de comunicar. En *Paco Maglio. La dignidad del otro: puentes entre la biología y la biografía* (pp 73-78). Buenos Aires, Argentina: Ed. Libros del Zorzal.

Maguire, C., Kirby, M., Coen, R., Coakley, D., Lawlor, B. y O'Neill, D. (1996). Family members' attitudes toward telling the patient with Alzheimer's disease their diagnosis. *BMJ*, 313(7056), 529-530.

Marson, D. (2013). Clinical and ethical aspects of financial capacity in dementia: a commentary. *American journal of psychiatry*, 21(4), 392-0.

Marx, M., Werner, P., y Cohen-Mansfield, J. (1989). Agitation and Touch in the Nursing Home. *Psychological Reports*, 64(3_suppl), 1019-1026.

Mormont, E., Jamart, J., y Jacques, D. (2014). Symptoms of Depression and Anxiety After the Disclosure of the Diagnosis of Alzheimer Disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 27(4), 231-236.

Moye, J., Marson, D. y Edelstein, B. (2013). Assessment of capacity in an aging society. *American Psychological*, 68(3), 158- 71.

Novack, D. (1979). Changes in Physicians' Attitudes Toward Telling the Cancer Patient. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 241(9), 897.

Oken, D. (1961). What to Tell Cancer Patients. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 175(13), 1120.

Okonkwo, O. Griffith, H., Copeland, J., Belue, K., Lanza, S., Zamrini, E., Harrell, L., Brockington, J., Clark, D. Raman, R. y Marson, D. (2007). Medical decision-making capacity in patients with mild cognitive impairment. *Neurology*, 69, 1528–1535.

Almeida, O., MacLeod, C., Flicker, L., Ford, A., Grafton, B. y Etherton-Beer, C. (2014). Randomised controlled trial to imProve depression and the quality of life of people with Dementia using cognitive bias modification: RAPID study protocol. *BMJ Open*, 4(7).

Organización Mundial de la Salud (2018). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sh-linkages-rh/es/

Petersen, R. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of internal medicine*, 256(3), 183–194.

Pinner, G., y Bouman, W. (2002). To Tell or Not to Tell: On Disclosing the Diagnosis of Dementia. *International Psychogeriatrics*, 14(2), 127–137.

Pinner, G., y Bouman, W. P. (2003). Attitudes of Patients With Mild Dementia and Their Carers Towards Disclosure of the Diagnosis. *International Psychogeriatrics*, 15(3), 279–288.

Pisa, H. (2014). Bioética y demencia(s). *Vertex*, 25(118), 458–464.

Post, S. y Whitehouse, P. (1995). Guidelines on ethics of the care of people with Alzheimer's disease: a clinical summary. *Journal of the American Medical Association*, 43(12), 1423–1429.

Reisberg, B., Auer, S. y Monteiro, I. (1997). Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease (BEHAVE-AD) Rating Scale. *International Psychogeriatrics*, 8(53), 301–308.

Reisberg, B., Monteiro, I., Torossian, C., Auer, S., Shulman, M., Ghimire, S., Boksay, I., BenArous, F., Osorio, R., Vengassery, A., Imran, S., Shaker, H., Noor, S., Naqvi, S., Kenowsky, S. y Xu, J. (2014). The BEHAVE-AD assessment system: a perspective, a commentary on new findings, and a historical review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorder*, 38(1-2), 89–146.

Robinson, L., Gemski, A., Abley, C., Bond, J., Keady, J., Campbell, S., Samsi, K., y Manthorpe, J. (2011). The transition to dementia – individual and family experiences of receiving a diagnosis: a review. *International Psycho-geriatrics*, 23(7), 1026–1043.

Sabat, S. (2005). Capacity for decision making in Alzheimer's disease: selfhood, positioning and semiotic people. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 39(12), 1030–1035.

Sachdev, P., Blacker, D., Blazer, D., Ganguli, M., Jeste, D., Paulsen, J. y Petersen, R. (2014). Classifying neurocognitive disorders: the DSM-5 approach. *Nature reviews. Neurology*, 10(11), 634–642.

Sartin, C. (2009). Si el fin no justifica los medios ¿entonces qué? En William Irwin y Henry Jacoby (eds.). *La filosofía de House*. Todos mienten (pp. 175-184). México: Ed. Selector, México DF.

Scheepmans, K., Dierckx de Casterlé, B., Paquay, L., Van Gansbeke, H., Boonen, S. y Milisen, K. (2014). Restraint use in home care: a qualitative study from a nursing perspective. *BMC Geriatrics*, 14, 17.

Smebye, K., Kirkevold, M. y Engedal, K. (2012). How do persons with dementia participate in decision making related to health and daily care? a multi-case study. *BMC Health Service Research*, 12, 241.

Srinivasan S., Glover, J., Tampi, R., Tampi, D. y Sewell, D. (2019) Sexuality and the Older Adult. *Current Psychiatry Reports*, 21(10),97.

Strech, D., Mertz, M., Knuëppel, H., Neitzke, G. y Schmidhuber, M. (2013). The full spectrum of ethical issues in dementia care: systematic qualitative review. *The British Journal of Psychiatry*, 202(6), 400–406.

Strous, R. (2010). Ethical considerations in clinical training, care and research in psychopharmacology. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 14(3), 413–424.

Sulmasy, D. y Snyder, L. (2010). Substituted interests and best judgments: an integrated model of surrogate decision making. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 304(17),1946–1947.

Szulik, J. (2001). Síntomas comportamentales y psicológicos de las demencias. Nuevas líneas de investigación. Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría, XII(44), 107-118.

Tyrrell, J., Genin, N. y Myslinski, M. (2006). Freedom of choice and decision making in health and social care: views of older patients with early-stage dementia and their carers. Dementia, 5(4), 479-502.

Whitehouse, P. (2000). Ethical issues in dementia. Dialogues Clin Neurosci, 2(2), 162-167.

Widera, E., Steenpass, V., Marson, D. y Sudore, R. (2011). Finances in the older patient with cognitive impairment: He didn't want me to take over. Journal of the American Medical Association, 305(7), 698-706.

Yang-Lewis, T., y Moody, H. (1995). Case Study: The Forgetful Mourner. The Hastings Center Report, 25(1), 3.

Derechos Humanos de las personas mayores.

Actualización de contenidos en Gerontogeriatría para equipos de salud.

CAPÍTULO 7:

Los grandes Síndromes Geriátricos.
Origen, concepto

José R. Jauregui

Médico Geriatra Universitario UBA. Doctor en Medicina de la Universidad de Salamanca, España. Director de la Carrera de Especialista en Geriátría UBA, Profesor Adjunto de Medicina, UNLaM. Docente del Especialización en Intervención y Gestión Gerontológica UNTREF, co-director en el Curso de Nefrogeriátría de la UMAI, docente de los doctorados en Gerontología UMAI y Barceló. Docente e Investigador del Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires. Ex Presidente de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátría y del Comité Latinoamericano y del Caribe de Gerontología y del Caribe. Presidente electo de la International Association of Gerontology and Geriatric – IAGG. Co-autor del libro *Los Grandes Síndromes Geriátricos* (Edimed, 2009).

Introducción

Desde sus orígenes, la Geriatría y la Gerontología se han constituido como especialidades médicas, dado que cumplen una serie de condiciones, entre las que se encuentran: componer y establecer un cúmulo de conocimientos y requerir de profesionales con habilidades necesarias para la comprensión de problemas específicos de la persona mayor. También hay un factor importante a considerar en la constitución de estas dos especialidades: el crecimiento de este grupo poblacional con un alto requerimiento de respuestas adecuadas a su especial problemática.

Si tenemos en cuenta que todas estas circunstancias fueron sucediendo a lo largo del siglo XX, se entiende por qué se ha producido el nacimiento de la especialidad y su mayor desarrollo, al igual que la aceptación por parte de la sociedad en relación con su representación social y científica.

La Medicina geriátrica conoce y tiene en cuenta una serie de particularidades de esta población:

- Constituye un grupo muy heterogéneo, es decir, que existe una importante variabilidad individual debido a que cada persona envejece de manera diferente. Esto resulta de la interacción de factores intrínsecos y extrínsecos que tendrán relación con lo social, lo económico, lo cultural y lo ambiental.
- Algunas enfermedades se presentan en forma diferente de la que lo hacen en los adultos de mediana edad.
- Existe dentro de esta población un subgrupo de pacientes más vulnerables a eventos externos.
- Es frecuente la pluripatología, que, a veces, condiciona la polifarmacia con el riesgo de producir iatrogenia.
- En esta población existe mayor prevalencia de enfermedades degenerativas y de enfermedades crónicas, conforme aumenta la edad.
- Cuando requieren cuidadores, su sobrecarga puede generar maltrato o incluso una institucionalización inadecuada, que debe detectarse a tiempo.
- Implica la mayor utilización de recursos sanitarios y sociales.
- Mayor necesidad de rehabilitación.

- Con frecuencia los problemas de salud de esta población corresponden a múltiples causas y requieren de un abordaje multidisciplinario, que difiere del modelo clínico tradicional.
- En numerosas ocasiones se plantean situaciones que generan verdaderos dilemas éticos.
- Se puede consultar tardíamente por problemas de salud debido a que se consideran propios de la edad.
- Con elevada frecuencia el tratamiento está enfocado en recuperar la “función”.

La palabra geriátría surge por primera vez en 1909, luego de las publicaciones de Nasher en EE.UU. Aunque los principios que rigen hoy la asistencia geriátrica provienen de las publicaciones de Marjorie Warren en el Reino Unido, allá por las décadas de 1930 y 1940.

La explosión demográfica ocurrida durante el siglo XX implica un desafío respecto de enfrentar sus consecuencias en todos los aspectos. Desde el punto de vista médico, en principio, se debe tener en claro que la persona adulta mayor no es simplemente una persona mayor de 65 años. En el curso del envejecimiento se producen una serie de cambios en todos los órganos y sistemas, con la consecuente pérdida de reserva funcional que hace que las personas de edad más avanzada sean más vulnerables a determinadas noxas, como una infección, una mudanza o la pérdida de un ser querido.

En la génesis de estos cambios participan tres tipos de factores relacionados entre sí. El primero es consecuencia de los cambios fisiológicos que no se producen de forma sincrónica. El segundo factor es la suma de enfermedades crónicas y agudas, que van dejando su impronta a lo largo del tiempo. Y el tercero deriva del impacto que tienen sobre la persona los eventos ambientales y psicosociales. Las personas mayores son las que más utilizan los servicios sociales y de salud. Tanto en atención primaria como en otros niveles, ocupan la mayor proporción de camas hospitalarias, con el mayor índice de mortalidad, de estancia hospitalaria y mayor número de reingresos. Sin embargo, las consecuencias del envejecimiento poblacional no pueden reducirse solo a la esfera de la salud, sino que alcanzan también el ámbito socioeconómico y cultural.

Desde las décadas de 1950 y 1960, se han venido identificando problemas de salud específicos de las personas mayores no descritos en la literatura médica habitual,

caracterizados por la presencia de vulnerabilidades, respuestas fisiológicas decrecientes, declinación funcional, sumatoria de enfermedades, incapacidades y dependencias, que constituyen hoy en día los “síndromes geriátricos” (SG), y que necesitan de un corpus de conocimiento nuevo para su interpretación y manejo.

En 1976, Bernard Isaacs publicó sus Gigantes de la Geriatría, un estudio de los síntomas en el anciano, dándonos las bases de interpretación de lo que hoy nos convoca. Su descripción se ajusta perfectamente a lo que después, en la evolución del conocimiento, configuró las características de los síndromes geriátricos.

Isaacs describió los gigantes como el síndrome de las “cuatro íes”: inestabilidad, incontinencia, inmovilidad e incompetencia intelectual, los cuales se presentan como una discapacidad instalada, pero que suelen ser expresión final (final pathway) de múltiples enfermedades crónicas con grados variables de recuperación.

Estos síndromes geriátricos impactan fuertemente en la calidad de vida de las personas afectadas. Son procesos prolongados que deben ser asistidos en los diferentes escenarios (hospital, residencias, clínicas de rehabilitación y, menos frecuentemente, en atención primaria). El concepto inicial se ha ido modificado a través del tiempo. Desde las primeras publicaciones de Isaacs, múltiples autores, con un enfoque algo diferente de aquel, han añadido otros nuevos “síndromes” a los cuatro primeros: la malnutrición, la desnutrición, la fragilidad, la privación sensorial y la iatrogenia.

Las admisiones hospitalarias o geriátricas no se deben solamente a patologías médicas, existe una fuerte asociación secuencial entre las diversas enfermedades o interurrencias que determinan la aparición de un “efecto cascada”, que puede expresarse como “cascada de la incapacidad y la dependencia”. Esta cadena de eventos, que deriva finalmente en la pérdida de independencia, consiste en que una vez que aparece un problema de salud o situación social, su sola presencia puede generar la aparición de un nuevo problema, y este determinar la aparición de un tercero, lo cual desencadena un fenómeno en cascada que resulta devastador para la persona mayor.

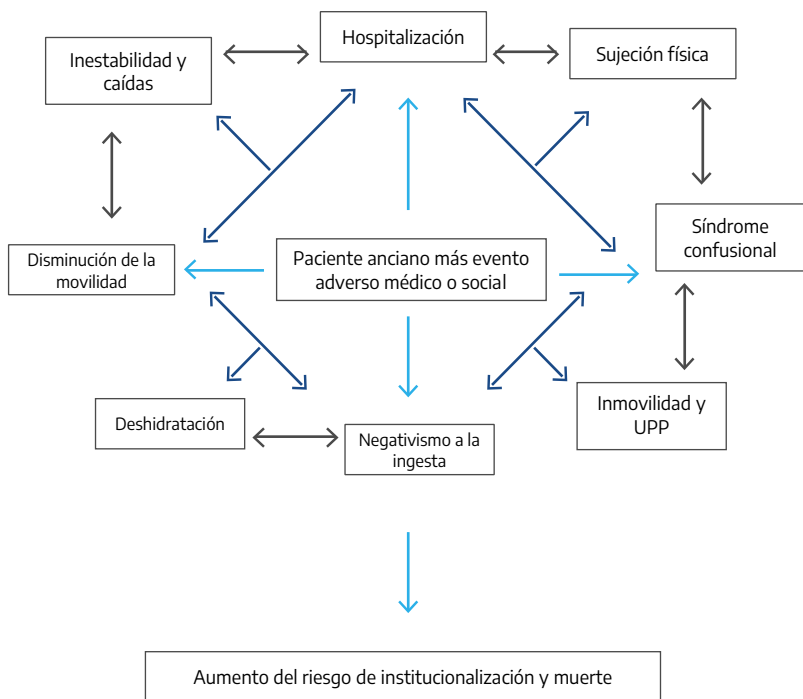


Figura 1: efecto cascada. Elaboración propia.

Los síndromes geriátricos comparten entre sí una serie de características:

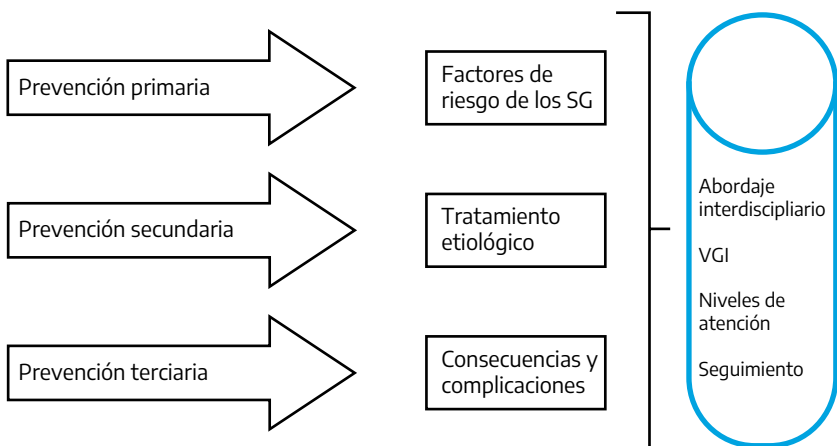
- Elevada incidencia y prevalencia en la población mayor, en general, y más aún si consideramos grupos mayores de 80 años o las personas institucionalizadas.
- Se presentan como un conjunto de síntomas y signos derivados de múltiples causas. El abordaje diagnóstico de estos problemas permite descubrir enfermedades no conocidas previamente.

- Generan un verdadero impacto en la calidad de vida de quienes los padecen, y constituyen, muchas veces, el puntapié inicial para la cascada de eventos adversos que aumentan la necesidad de asistencia sanitaria y de apoyo social. En algunos casos pueden prevenirse, siempre y cuando se identifiquen los factores de riesgo y la población susceptible.
- Para el correcto abordaje requieren de la utilización sistemática de los principales instrumentos de la Geriatría: la valoración integral, el trabajo en equipo interdisciplinario y el correcto uso de los niveles asistenciales.

Con el paso de los años, a partir de estos criterios pioneros, se fueron describiendo distintas situaciones frecuentes en Geriatría que comparten algunas de estas características descritas y configuran hoy lo que denominamos síndromes geriátricos.

Las posibilidades de actuación de profesionales sanitarios en pacientes que presentan grandes síndromes geriátricos, comprende varios pasos en los que es posible una intervención.

Figura 2.



VGI: Valoración Geriátrica Integral

La prevención primaria podrá desarrollarse en la medida que se conozcan mejor los factores de riesgo modificables. En primer lugar, el planteo eficaz. Si se previene con éxito su aparición, se evitará el inicio del fenómeno en cascada.

Una vez que se ha detectado la presencia de un síndrome geriátrico, se requiere un diagnóstico etiológico. En general, existen una o varias causas subyacentes. Si no se tratan, se pierde la posibilidad de un tratamiento curativo, se mantiene el riesgo del problema que han provocado y continúa existiendo una alta probabilidad de que se presenten otros síndromes diferentes y asociados, de nueva aparición.

En la mayoría de los casos de síndromes geriátricos, además del tratamiento etiológico, será preciso instaurar una estrategia con el objetivo de recuperar funcionalidad.

La prevención terciaria tiene por objeto disminuir la aparición de nuevos síndromes geriátricos y de complicaciones.

El seguimiento continuo y el abordaje interdisciplinario son pilares de la asistencia geriátrica, con el objetivo de preservar la dignidad y la autonomía y mejorar la calidad de vida del o de la paciente mayor.

Concepto de Síndrome Geriátrico

Los geriatras han denominado y usado extensivamente el término “síndrome geriátrico” para remarcar el único hecho común de salud descripto como parte de las alteraciones que sufren las personas mayores. Algunos de estos síndromes, como el síndrome confusional, caídas, incontinencia y fragilidad, son muy prevalentes, multifactoriales y asociados a pluripatología, sustancial morbilidad y mala evolución. Aun así, este concepto geriátrico central permanece poco definido.

Aunque heterogéneos, los síndromes geriátricos comparten muchas características. Son altamente prevalentes en personas mayores, especialmente en aquellos muy frágiles. Su efecto en la calidad de vida y en la discapacidad es marcado. Tienen muchos factores subyacentes, que involucran múltiples órganos y funciones, y que tienden a contribuir y determinar su aparición (fenómeno del iceberg, ver figura 3). Es habitual que la queja o motivo principal de consulta no represente la

condición de salud que modificó sustancialmente el estado de salud.

En muchos casos, los dos procesos pueden involucrar órganos distintos y distantes, con una completa desconexión entre el sitio del daño fisiológico y el síntoma clínico resultante. Por ejemplo, cuando una infección urinaria involucra el tracto urinario inferior y precipita un síndrome confusional agudo, el cuadro clínico de la persona que es paciente se presenta con función neuronal alterada, alteración cognitiva y cambios conductuales, que condicionan múltiples posibilidades de evolución clínica, no solo dependientes de su infección original.

Debido a su naturaleza multifactorial, el hecho de que estos síndromes atraviesen múltiples órganos y funciones que requieren para su abordaje de múltiples conocimientos necesariamente compartidos entre varias disciplinas, hace necesario para su mejor comprensión generar cambios en la manera tradicional de ver no solo el cuidado clínico, sino también la investigación en la persona mayor.

En efecto, el concepto de síndrome geriátrico ha servido para el desarrollo de múltiples enfoques, programas de investigación y cuidados de pacientes geriátricos, que no resultan totalmente útiles a la hora de definir clínicamente a las personas enfermas. En tal sentido, trataremos de desarrollar un criterio formal clínico de síndrome geriátrico, en miras a describir sus alcances y su utilidad.

Conceptualización del término

En términos generales, “síndrome” ha sido definido como el grupo de signos y síntomas que aparecen juntos y caracterizan una anormalidad en particular. Dicho de otra manera, “es la sumatoria de signos y síntomas asociados con cualquier proceso mórbido y que juntos constituyen a la definición o la presentación de una enfermedad”. El uso clínico del término nos recuerda que se trata del patrón de signos y síntomas referidos a una única causa subyacente, aún no conocida.

Por el contrario, los síndromes geriátricos refieren a múltiples condiciones o problemas de salud que ocurren cuando la acumulación de deterioros de múltiples sistemas, no generan la respuesta fisiológica adecuada, cuando una persona mayor se enfrenta a diversas noxas o situaciones medioambientales.

Entonces el uso geriátrico-clínico habitual define como síndrome geriátrico a **aquel que se presenta como un problema, pero es producido por múltiples causas subyacentes, sumatorias o concomitantes** (ver esquema 1).

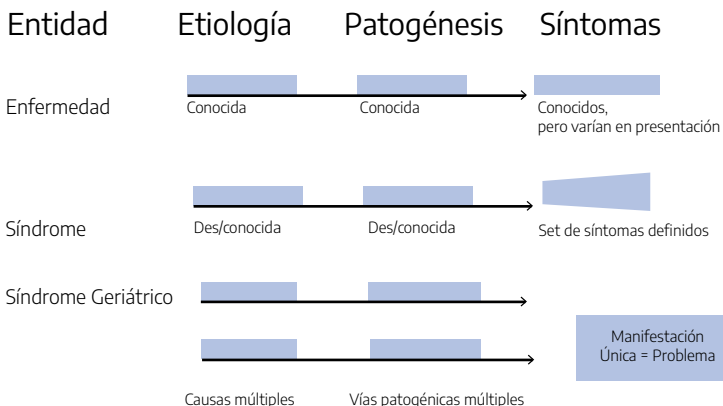
La descompensación “en escalera” de situaciones sostenidas hasta la fecha (lentitud de la marcha, pérdida de masa muscular, osteoartritis de las grandes articulaciones de los miembros inferiores), asociadas al envejecimiento normal del sistema del equilibrio, se presenta como una caída cuando la persona mayor paciente sufre un cuadro de gripe.

El concepto de síndrome geriátrico se alinea muy bien con el concepto de “fenotipo”, definido como “una característica observable a nivel físico, morfológico o bioquímico de un individuo, determinada por el genotipo y el medio ambiente”. Este concepto enfatiza los múltiples contribuyentes a características observables, tales como el fenotipo de fragilidad.

Los síndromes geriátricos tienen algunas consideraciones clínicas especiales:

- Para un síndrome geriátrico dado, múltiples factores de riesgo y múltiples órganos y sistemas involucrados.
- Las estrategias de diagnóstico para identificar las causas subyacentes son algunas veces inefectivas, dificultosas, peligrosas y costosas.
- El manejo terapéutico de las manifestaciones clínicas puede ser de ayuda, aun en ausencia de un diagnóstico firme o el reconocimiento de las causas subyacentes.

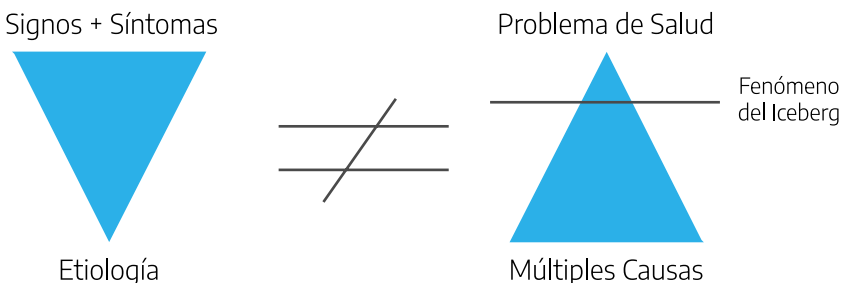
¿Hay, entonces, alternativas para la terminología? En lugar de utilizar el término “síndrome geriátrico”, podríamos hablar de “vía final común” o “producto final”. En esta línea los síndromes geriátricos representan el resultado de una serie de procesos o cambios, que sugieren múltiples contribuyentes. Se asemejarían a condiciones como la insuficiencia renal o la hipertensión, situaciones cuya causa subyacente, a veces, no es necesario conocer para su manejo, ni tampoco es necesario buscarla.



Esquema 1. **Causas subyacentes, sumatorias o concomitantes del síndrome geriátrico.** Adaptado de: Studenski S, Tinetti M, Kuchel G. Geriatric Syndromes: Clinical, Research and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. JAGS 2007;55:780-91.

En palabras más sencillas, lo que podemos denominar el fenómeno del Iceberg representa también en la práctica cotidiana la diferencia de presentación de los problemas de salud de las personas mayores.

Figura 3. Enfoque clínico-geriátrico.



Fuente: Elaboración propia.

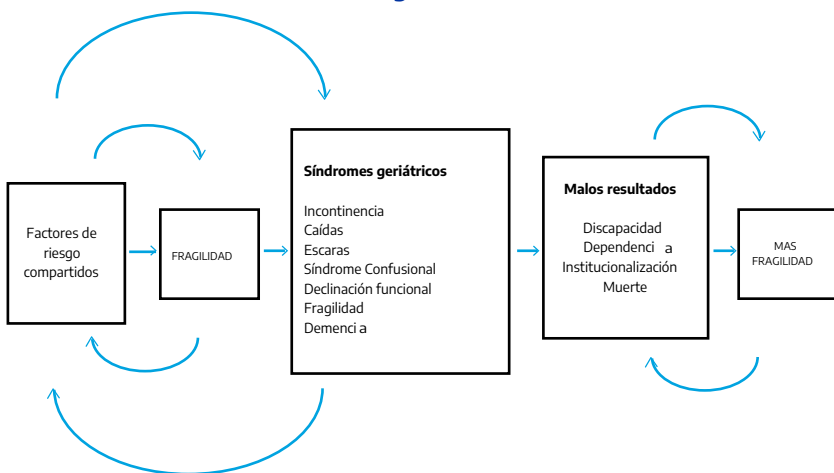
En síntesis, denominamos síndrome geriátrico a aquel que se presenta como un problema, pero es producido por múltiples causas subyacentes, sumatorias o concomitantes.

Compartiendo factores de riesgo

Una característica que define los síndromes geriátricos es que múltiples factores de riesgo contribuyen a su etiología y, además, muchos son compartidos por varios síndromes.

Aunque aún no hay una definición consensuada, la fragilidad se define aquí como: debilidad en la movilidad, alteración del equilibrio, disminución de la fuerza muscular, alteración de la cognición, la nutrición y la resistencia, es decir, muchas alteraciones. Además, la fragilidad es uno de los síndromes geriátricos que también pueden dar lugar al desarrollo de más factores de riesgo y más síndromes geriátricos subsecuentes (fenómeno de deterioro en cascada). Estos caminos conducen alternadamente a los resultados finales de la discapacidad, de la dependencia y de la muerte. Este modelo conceptual proporciona un marco de unificación porque acentúa las implicancias importantes para aclarar mecanismos y estrategias fisiopatológicas del manejo.

Figura 4.



Adaptado de: Studenski S, Tinetti M, Kuchel G. Geriatric Syndromes: Clinical, Research and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. JAGS 2007;55:780-91.

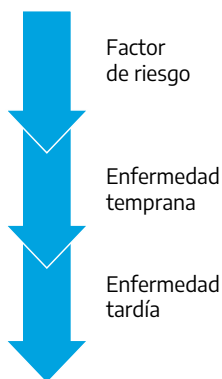
Aunque cada síndrome geriátrico difiere del otro, se presume que deben compartir factores de riesgo. Así, una revisión sistemática de la bibliografía médica diseñó un estudio para examinar los factores de riesgo previamente identificados para algunos síndromes geriátricos comunes. Cinco fueron seleccionados para esta investigación, basados en los criterios enunciados más adelante, son campo común, asociado a un alto grado de morbilidad, que demostraron ser prevenibles en algunos casos y pueden tener factores de riesgo anteriores múltiples.

Los cinco síndromes geriátricos investigados fueron: úlceras por presión, incontinencia, caídas, declinación funcional y delirium o síndrome confusional agudo.

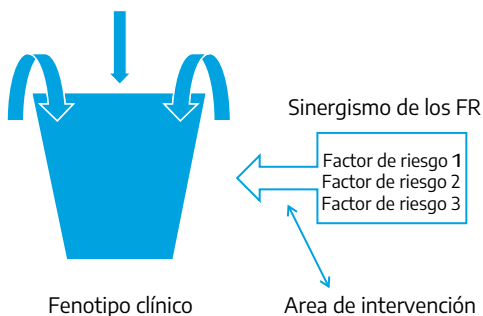
Aspectos multifactoriales de los síndromes geriátricos

Figura 5.

Modelo Linear



Modelo concéntrico



Adaptado de Studenski S, Tinetti M, Kuchel G. Geriatric Syndromes: Clinical, Research and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. JAGS 2007;55:780-91.

Aunque es difícil estudiar la fisiopatología de los síndromes geriátricos por ser multifactoriales y complejos, tales estudios deben ser emprendidos si existiera alguna posibilidad de alterar la historia natural de la discapacidad al final de la vida.

La fisiopatología de muchas condiciones “no geriátricas” se puede ver a lo largo de un modelo lineal tradicional (Figura 5). Por ejemplo, una alteración genética puede conducir a una enfermedad que implica un sistema del órgano. En otros casos, un grupo clínico de enfermedades que implican sistemas múltiples del órgano pueden desarrollar el síndrome de “vía final común”, lo que se ha aplicado a las condiciones genéticas con un fenotipo multiorgánico. El modelo lineal sigue siendo aplicable, porque existe una relación directa entre la genética alterada y el fenotipo clínico. Sin embargo, el modelo lineal no se presta bien al estudio de enfermedades comunes, tales como diabetes mellitus, hipertensión, aterosclerosis y cáncer, lo que raramente puede atribuirse a una sola alteración del gen.

El modelo concéntrico (Figura 5) se ha propuesto como el medio para destacar la complejidad de la oncogénesis, junto con la creencia de que apuntar a los numerosos caminos que contribuyen a la supervivencia y al crecimiento del tumor mejorará el resultado del tratamiento. Es probable que este modelo se pueda adaptar para estudiar la fisiopatología de los síndromes geriátricos, porque permite la incorporación de la complejidad multifactorial inherente en estas condiciones. El modelo antedicho también resulta atractivo porque permite que su fisiopatología se aborde de manera tal, que refleje las interacciones complejas entre las vulnerabilidades de un individuo y la exposición a desafíos específicos.

Tanto los individuos jóvenes y los más viejos y robustos se caerán, desarrollarán déficit cognoscitivo e incontinencia, si se enfrentan con una noxa suficientemente grande, como una dosis de anticolinérgicos o una agresión física. La fragilidad, las caídas, el delirium y la investigación de la incontinencia están comenzando a capturar la naturaleza de tal vulnerabilidad. Por ejemplo, los factores de riesgo múltiples, incluyendo uso de sedantes, deterioro cognitivo, inhabilidad menor de una extremidad, reflejo palmomentoniano, anormalidades del equilibrio y de la marcha, y los problemas del pie, todos realzan el riesgo de caídas que, además, aumenta linealmente con el número de los factores de riesgo en el modelo, que se extiende desde 8% para ninguno, hasta el 78% en presencia de cuatro o más.

Aunque esto ha conducido a los esfuerzos innovadores que incorporaban elementos de varios componentes en las estrategias para la prevención, ha sido difícil conceptuar estudios fisiopatológicos para investigar tales condiciones multifactoriales complejas, o para prever los tratamientos biológicos que puedan alterar su historia natural. La investigación de traslación tradicional no alcanza a explicar la fisiopatología de los síndromes geriátricos.

En principio, es posible emprender la investigación cuidadosa sin establecer causa y efecto, porque las correlaciones simples entre los cambios moleculares y los resultados clínicos pueden no establecer la causalidad, aun cuando puedan estar demostradas de manera anticipada. De muchas maneras, el uso de los animales genéticamente modificados (en gran parte ratones) ha revolucionado la conducta de la investigación diseñada para tratar la fisiopatología de condiciones complejas, tales como osteoporosis y enfermedad de Alzheimer, ligando la presencia o la ausencia de un gen a un fenotipo específico.

En resumen, el modelo concéntrico es el que mejor explica los fenómenos concurrentes a una vía final común, expresión clínica de un “problema” a ser dilucidado, del cual seguramente se desprenderán los factores subyacentes propios del

“fenómeno del iceberg”, que deberán tratarse en forma conjunta y organizadamente. **Poder entenderlos, sopesar su importancia para jerarquizar los tratamientos y, sobre todo, tener la pauta del manejo ulterior, complejo, multidisciplinario –muchas veces incompleto– constituye el objetivo y el quehacer del médico y la médica geriatra.**

Enfoque gerontológico del manejo de las personas mayores con síndrome geriátrico

El principio básico del enfoque gerontológico equivale al que se expresa en la valoración integral: siempre es multi e interdisciplinar, por lo tanto, más allá de que la valoración haya sido desarrollada inicialmente como herramienta geriátrica, debemos pensar en términos de valoración gerontológica integral, al referirnos a Valoración Geriátrica Integral.

Este concepto abarcativo hace que, necesariamente, el equipo de evaluación deba estar conformado entre disciplinas que aporten a la hora del diagnóstico correcto y el armado de los planes de seguimiento, cuidado y ubicación apropiada de las personas mayores y sus familias.

El liderazgo del equipo debe ser complementario y ejercido por aquel profesional que tiene el conocimiento o la experiencia más apropiada, al caso en evaluación.

Los roles y el funcionamiento deben ser dinámicos, en aras de lograr los objetivos propuestos.

Equipo multidisciplinar como estrategia, en los diferentes niveles de atención

Así como se plantea que la interdisciplina y el trabajo en equipo representa la mejor manera de trabajar en Gerontología, los equipos multidisciplinarios son la mejor estrategia comunitaria. Variará la composición o los roles de los miembros del equipo en cada nivel de atención o circunstancia a evaluar, pero hoy ya nadie

discute que en todos los casos donde se evalúe a una persona mayor, debe haber una mirada integral, multicomponente, de varias disciplinas y por supuesto deben ser absolutamente complementarias.

No se recomiendan los sistemas fragmentados de evaluación o seguimiento. Los equipos deben trabajar juntos y comunicados, la información debe estar accesible a todos y en cada momento, incluyendo a la persona mayor y su familia.

En suma, la mirada integral, abarcadora e inclusiva es la mejor estrategia de trabajo en cualquier programa de atención o cuidados de las personas mayores.

Bibliografía

Creditor, MC. (1993). Hazards of hospitalization of the elderly. *Ann Intern Med*, 118:219-23.

American Geriatrics Society (AGS) (1999-2000). *Geriatric Review Syllabus*. A core curriculum in Geriatric Medicine, Forth Edition. New York: American Geriatrics Society.

Grimley Evans, J. (1997). Geriatric Medicine: A brief history. *BMJ*, 315:1075-77.

Inouye SK, Bogardus ST, Charpentier PA, (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized patients. *N Engl J Med*, 340:669-76.

Inouye SK, Studenski S, Tinetti M, Kuchel G. (2007). Geriatric Syndromes: Clinical, Research and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. *JAGS* 2007;55:780-91.

Isaacs B (1969). Some characteristics of geriatric patients. *Scot Med J*;14:243-51.

Kaplan, R.; Jauregui, JR y Rubin, R. (2009). *Los Grandes Síndromes Geriátricos*. Edimed.

Nasher IL. *Geriatrics: The diseases of the old age and their treatments*. New York Medical Journal.

Salgado A, Guillén Llera, F. y Ruiperez Cantera, I. (2002). *Manual de geriatría*. Masson.

Tinetti ME, Inouye SK, Gill TM, Doucette JT. (1995) Shared risk factors for falls, incontinence and functional dependence. *JAMA*, 273:1348-53.

Warren MW (1946). Care of the chronic aged sick. *Lancet*; i:841-3.

Derechos Humanos de las personas mayores.

Actualización de contenidos en Gerontogeriatría para equipos de salud.

CAPÍTULO 8:

El derecho a cuidados de largo plazo

Mónica Roqué

Médica. Magíster en Administración de Servicios de Salud y Seguridad Social con Especialización en Tercera Edad. Magíster en Dirección y Gestión en Sistemas de Seguridad Social de la Universidad de Alcalá de Henares, España. Secretaria General de Derechos Humanos, Gerontología Comunitaria, Género y Políticas de Cuidado, Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Presidenta de la Asociación Latinoamericana de Gerontología Comunitaria. Exdirectora Nacional de Políticas para Personas Mayores del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, desde enero de 2002 a diciembre de 2015. Directora de posgrados en Gerontología. Docente de Universidades nacionales y extranjeras. Autora de varias publicaciones nacionales e internacionales. Miembro del Comité Redactor de la Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Presidenta de la Delegación de Argentina ante la ONU y la OEA para la defensa de los Derechos Humanos de las personas mayores desde 2003 hasta 2015.

Introducción

Nos encontramos en presencia de un nuevo mundo, en el que las personas hoy tenemos la posibilidad de vivir muchos años y con buena salud; sin embargo, existe la posibilidad de que la última etapa de la vida sea transitada con algún grado de discapacidad o dependencia, especialmente entre las mujeres.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2015, planteó que después de cumplir los 60 años los varones pueden vivir 8 años carentes de buena salud y las mujeres, 10 años. Es en ese periodo donde necesitamos de los servicios de cuidados en su amplia gama prestacional. Estos apoyos son brindados, principalmente, por las familias, siendo en nuestra región de América Latina y el Caribe de muy baja inserción en el sistema público.

Adriana Rovira¹ nos propone reflexionar sobre cuidados, definidos como “...una actividad femenina generalmente no remunerada, sin reconocimiento ni valoración social. Comprende tanto el cuidado material como el cuidado inmaterial que implica un vínculo afectivo, emotivo, sentimental” (2017). El cuidado está familiarizado y feminizado y, por lo tanto, no es considerado un trabajo que debe ser remunerado.

Las personas mayores también son cuidadoras, a menudo se ocupan de sus parejas, hijos/as con discapacidad o amigos/as. Por ejemplo, en el Reino Unido, el 20,5% de las personas mayores proporcionó atención no remunerada en 2014 a otras personas mayores; en Cuba, el 64% de las personas centenarias son cuidadas por personas de 60 años o más; y en Colombia, el 83,9% de quienes cuidaban a las personas mayores eran mujeres, de las cuales el 16,7% tenían 60 años o más (Huenchuan, 2018). A partir de situaciones como las referidas en estos ejemplos, surge la necesidad de la implementación de políticas públicas en cuidados de las personas mayores, tal como lo indica la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, en su artículo 12: el Derecho a los cuidados a largo plazo y la obligación de los Estados de garantizarlos.

Los cuidados en clave de género

La feminización de la vejez

La Esperanza de Vida al Nacer (EVN) de las mujeres, a nivel mundial, superaba a la de los hombres en promedio en 4,6 años, entre 2010 y 2015 (OMS, 2015). En 2020 las mujeres representaron el 54% de la población de 60 años o más (565.752 millones) y el 61% de la población de 80 años o más (89.568) (Banco Mundial, 2021).

En Argentina, el proceso de envejecimiento es prioritariamente femenino. El 57% de la población mayor de 60 años está compuesta por mujeres, mientras que el 43%, por varones; según datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) en 2021. Sin embargo, la feminización se profundiza en la población mayor de 75 años. En este subgrupo la brecha entre varones y mujeres aumenta a un 63% para mujeres y solo el 37% para varones. Esto se explica por la diferencia en la EVN entre varones y mujeres que, de acuerdo con las proyecciones oficiales del INDEC en 2020, las mujeres presentan una EVN de 81,4 años y los varones, de 74,9. Para ambos géneros nos encontramos con una EVN de 78,15 años y se espera que en 2040 la misma llegue a 81,5 años (Proyecciones Demográficas, INDEC). Si bien las mujeres viven más que los varones, lo hacen a expensas de mayor morbilidad, mayor discapacidad y mayor prevalencia de enfermedades crónicas, por lo tanto, son las que más necesidades de cuidados presentan (OMS, 2015).

¿Quiénes cuidan y a qué costo?

En América Latina y el Caribe, los cuidados se han centrado en las redes familiares, en especial, en las mujeres de las familias, como trabajo no remunerado. En casi todos los países del mundo la carga del cuidado está en manos de las mujeres; según el Informe Mundial sobre Envejecimiento de la OMS (2015), el cuidado familiar en China está a cargo de las mujeres en un 67%, en México el porcentaje asciende al 83,3% y en Perú, al 85,9%. En Argentina, según la Encuesta de Uso del Tiempo (INDEC, 2013), el 88,9% del cuidado recae sobre las mujeres de las familias.

Los cambios sociales, demográficos y la salida de las mujeres al mundo público producen lo que se denominó “la crisis de cuidados”. Hay más personas mayores para cuidar y menos personas cuidadoras en el seno de las familias. Hay nuevas estructuras familiares, como parejas sin hijos/as o de un solo hijo/a, familias sin

cónyuge, monoparentales, etc., lo que significa la reducción de los cuidadores y las cuidadoras informales.

El tiempo destinado al cuidado informal reduce la cantidad de horas que una persona le puede dedicar al trabajo remunerado. A nivel mundial, el 42% de las mujeres no puede conseguir trabajo, porque ellas son responsables de todos los cuidados en comparación con solo el 6% de los hombres (Ministerio de Economía, Argentina, 2020). El informe mundial sobre envejecimiento (OMS, 2015) plantea que un/a cuidador/a familiar redujo sus horas de trabajo en un 25,4% en México para prestar cuidados a una persona mayor y en un 16,3% en Perú. Otro estudio efectuado en los Estados Unidos concluyó que las mujeres de entre 55 y 67 años que prestaban servicios de cuidados no remunerados a su madre o a su padre reducían sus horas de trabajo en un 41%, en promedio (ONU Mujeres, 2015).

Las mujeres trabajan más horas que los varones, pero lo hacen a expensas del trabajo no remunerado. El informe del Ministerio de Economía de Argentina (2020) define al Trabajo Doméstico y de Cuidados No Remunerado (TDCNR) como:

El trabajo que permite que las personas se alimenten, vean sus necesidades de cuidados satisfechas, cuenten con un espacio en condiciones de habitabilidad, reproduzcan, en general, sus actividades cotidianas y puedan participar en el mercado laboral, estudiar o disfrutar del ocio, entre otras.

También explicita que la distribución del TDCNR es desigual, dado que 9 de cada 10 mujeres realizan estas tareas, lo cual significa, en promedio, 6,4 horas diarias; mientras que los varones le dedican 3,4 horas diarias. En referencia a la participación en las tareas de cuidado, menos de 6 varones (57,9%) participaban del trabajo no remunerado (Ministerio de Economía, Argentina, 2020). Las mujeres dedican tres veces más tiempo que los varones a este trabajo.

En el informe de ONU Mujeres-CEPAL de 2020 sobre cuidados en América Latina y el Caribe se plantea que:

El tiempo dedicado al trabajo doméstico y de cuidados no remunerado constituye casi la mitad del tiempo total de trabajo, resultando fundamental para mantener las condiciones de sostenibilidad del sistema en su conjunto, ya que todas las personas, en todos los momentos del ciclo vital necesitan cuidados. Sin los cuidados, el resto de las actividades no pueden funcionar.

De lo expuesto anteriormente resulta que el trabajo de cuidados es imprescindible para el desarrollo de las sociedades, aunque en la región de América Latina y el Caribe sigue recayendo fundamentalmente en las mujeres. Debido a esto, sus trabajos son más precarios que los de los varones o, en su mayoría, de tiempo parcial.

La dedicación al trabajo doméstico y de cuidados no remunerado recae en las mujeres de todos los estratos sociales al persistir la ausencia de prácticas de corresponsabilidad entre ambos géneros. Sin embargo, las mujeres de mayores ingresos dedican menos horas al TDCNR que las de menores ingresos, en razón de su disponibilidad de recursos para contratar a una persona que realice esa labor.

Las mujeres con mayores ingresos dedican 32 horas semanales al TDCNR, lo que ONU Mujeres (2020) denomina “las mujeres con techo de cristal”; aquellas de ingresos medios dedican 41 horas semanales, a las que se las nombra como “las mujeres de la escalera rota” y las de menores ingresos dedican 46 horas semanales y son identificadas como las “mujeres de los pisos pegajosos”. La categoría de “piso pegajoso” incluye a las que cuentan con las peores posibilidades de conseguir un trabajo pago dentro del mercado laboral, porque su tiempo está casi exclusivamente dedicado al TDCNR.

La carencia de una política de cuidados perjudica directamente a las mujeres, puesto que les impide ingresar al mercado de trabajo formal y, por ende, no acceder a una jubilación o llegar a obtener una magra.

Es importante empezar a visibilizar que existe un aporte económico medido en porcentaje del Producto Bruto Interno (PBI), de los miembros de las familias, sobre todo de las mujeres, producto del TDCNR. El aporte en Argentina del TDCNR al PBI es de 15,9%, superior al de la industria (15,7%) y al del comercio (15,5%). La Organización Internacional del Trabajo (OIT) calcula que el aporte del TDCNR, a nivel mundial, es alrededor del 9,0% del PBI, pero con gran heterogeneidad entre los países. Es así que en España asciende a un 10,3% del PBI; en Francia, a un 14,8%; en Alemania, a un 15,0%; en Nueva Zelanda, a un 20,0% y en Australia, a un 26,8% (Ministerio de Economía de Argentina, 2020).

La inversión en los cuidados a largo plazo no solo beneficiará a las personas mayores que tienen pérdidas de su autonomía o independencia, sino también a las mujeres que permanecerán en la fuerza laboral, en lugar de quedarse en casa al cuidado de familiares de edad; además, los servicios de cuidados a largo plazo también pueden fomentar la cohesión social al compartirse los riesgos dentro de la comunidad (OMS, 2015).

Las políticas de cuidados

Las políticas de inclusión social pretenden que las personas alcancen un nivel mínimo de bienestar, desarrollen su potencial y participen en igualdad de condiciones en la vida social, política y económica. Los cuidados de las personas en situación de dependencia forman parte de estos servicios. Entendemos por dependencia a

la situación en que una persona requiere de ayuda para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), como levantarse, acostarse, vestirse, comer, seguir hábitos de higiene personal; así como las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), que incluyen tareas domésticas, movilidad y capacidad de desplazamiento, tales como hacer las compras, preparación de alimentos, administración de gastos o comunicación (OMS, 2015).

¿Qué son los cuidados a largo plazo?

En el informe mundial de salud se definen los cuidados a largo plazo como

las actividades llevadas a cabo por otros para que las personas que han tenido una pérdida importante y permanente de la capacidad intrínseca o corren riesgo de tenerla puedan mantener un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana (OMS, 2015).

En el mismo informe se plantea la necesidad de que no solamente las personas mayores con dependencia reciban cuidados a largo plazo, sino también las que presenten una pérdida importante de la capacidad intrínseca y un alto riesgo de deterioro, lo que se denomina vejez frágil. Las políticas de cuidados deben estar dirigidas a promover la autonomía personal y apoyar la independencia, tanto de quienes presentan fragilidad como dependencia.

Algunas definiciones a tener en cuenta en las políticas de cuidado:

Autonomía: la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria².

Dependencia: el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía persona³.

Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): son el conjunto de acciones personales o de autocuidado que incluyen bañarse e higienizarse, vestirse, alimentarse, acostarse o levantarse de la cama, ir al baño y el control de la incontinencia. Las limitaciones en estas acciones implican que la persona tiene serias dificultades para ejecutar actividades fundamentales sobre su cuidado personal (OMS, 2015)

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD): son las acciones necesarias para mantener el medio ambiente del individuo, como hacer las compras, lavar la ropa, limpiar el hogar, cocinar y manejar asuntos personales. Las restricciones en estas últimas pueden tomarse como limitaciones en la resolución de problemas cotidianos o en la participación comunitaria (OMS, 2015).

En general, se considera que si una persona requiere de asistencia en las actividades de la vida diaria, tiene un mayor grado de dependencia que si solo necesita apoyo para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria.

Transición epidemiológica

En casi todos los países las enfermedades crónicas degenerativas o enfermedades no transmisibles (ENT) han sustituido a las enfermedades transmisibles como principales causas de morbilidad, discapacidad y muerte. La enfermedad no transmisible aumenta con el tiempo, mientras que las enfermedades transmisibles disminuyen. Esta tendencia se denomina transición epidemiológica y acompaña a los cambios de la transición demográfica (ONU, 2014).

Las enfermedades del aparato circulatorio, las neoplasias malignas, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes se han convertido en las principales causas de morbimortalidad. Las enfermedades no transmisibles son responsables del 71% de todas las muertes en el mundo y del 80% de la mortalidad de las personas mayores en el 2016 (OMS, 2020). Del total de fallecimientos de todas las edades (41 millones), 17,9 millones ocurrieron por enfermedades cardiovasculares; 9 millones, por cáncer; 3,8 millones, por enfermedades respiratorias crónicas, y 1,6 millones,

por diabetes. La Agenda 2030 plantea, en su objetivo 3, garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las edades. Su meta busca reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles⁴ (Roqué, 2019).

¿A quién va dirigido el Cuidado a Largo Plazo (CLP)?

En 2015 existían 300 millones de personas mayores en el mundo con necesidades de cuidados (OIT, 2017). En los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el 13% de las personas mayores requiere servicios de cuidados (en domicilio, en la mayoría de los casos). En América Latina y el Caribe, el 12% de la población de 60 años o más (9 millones de personas) presenta dependencia para realizar las actividades de la vida diaria. Si la tasa de dependencia se mantiene constante, se triplicará para 2050 y aumentará un 14% (27 millones de personas). Si el escenario fuera peor, pasará a un 17%, según el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (2018).

En Argentina, de acuerdo con la Encuesta de Calidad de Vida de los Adultos Mayores (INDEC, 2012), el 9,5% de las personas mayores de 60 años presentó dependencia en las actividades de la vida diaria, con prevalencia de mujeres por sobre los varones (12,2% y 5,9%). A medida que avanza la edad, la dependencia es mayor; en el grupo de personas de más de 75 años la dependencia ascendió a un 20,7%. También en este grupo, las mujeres (25,2%) tienen más dependencia que los varones (13,2%). La dependencia en las actividades instrumentales es aún mayor: el promedio para ambos sexos es de 21,9% (26,5% mujeres, y 15,7% varones) y, en mayores de 75 años, la cifra asciende a 41% (mujeres 48%, varones 28,1%).

La fragilidad, la dependencia de cuidados y la comorbilidad son conceptos distintos, aunque estrechamente relacionados entre sí. Un estudio de la OMS detectó dentro de los casos de fragilidad que un 57,7% presentaba comorbilidad y un 27,2%, dependencia de cuidados. Por otra parte, un estudio europeo estimó que la prevalencia de fragilidad en las personas de 50 a 64 años ascendía al 4,1%, mientras que en los mayores de 65 la prevalencia aumentaba al 17 % (OMS, 2015).

Por ello, las políticas de cuidado deben dirigirse a la población que presente tanto fragilidad como dependencia.

Tipos de servicios de cuidados

- A. Cuidados en la Comunidad:** “cuidados en la comunidad hace referencia a todas las formas de asistencia que no requieren que una persona mayor resida permanentemente en un centro de atención institucional” (OMS, 2015).
- B. Cuidados Institucionales:** “se ofrece, entre otras instalaciones, en centros de vida asistida y en hogares de personas mayores” (OMS, 2015).

Los servicios de cuidados en la comunidad se organizan de la siguiente manera:

- a. Teleasistencia:** se brinda a la distancia, a través de tecnologías. El objetivo principal es proporcionar monitoreo continuo y respuesta inmediata, en caso de emergencia, a las personas en situación de dependencia y/o fragilidad, debidas a una enfermedad crónica. Algunos ejemplos son: líneas de atención telefónica para emergencias o cuidados, alarmas personales, sensores de movimiento, botones de pánico, detectores de caídas, detectores de temperatura, humo y fugas de agua y administradores de medicamentos.
- b. Apoyos y cuidados domiciliarios:** son servicios prestados en el lugar donde reside la persona para asistirle en las actividades básicas e instrumentales. Hay otros servicios que se pueden brindar en el hogar, incluyendo ayuda para realizar tareas domésticas y servicios de entrega de alimentos.
- c. Centros de día:** son servicios integrales que se prestan en instalaciones que no incluyen alojamiento, como cuidado, enfermería, psicológicos, terapia ocupacional, kinesiología y otros.

Los cuidados institucionales son los que brindan las Residencias de Larga Estadía: son servicios prestados en una institución que incluye alojamiento, cuidados, asistencia psicosocial, enfermería, terapia ocupacional y servicios de salud con alguna complejidad. En el siglo XX, los cuidados institucionales se basaban en la atención médica, por lo que su funcionamiento y estructura edilicia era de carácter hospitalario (OMS, 2015). Ya a fines del siglo XX se fueron transformando en espacios más amigables, con el cotidiano vivir de las personas mayores, considerando estos espacios como el hogar, el hábitat, donde transcurre la vida de quienes residen allí. En el siglo XXI, esto se plantea más fuertemente a través de la incorporación del paradigma de los Derechos Humanos; este refiere que, sin importar las condiciones de independencia o dependencia, todas las personas son sujetos de derechos, vivan en la comunidad o en una institución, y también en las instituciones se debe promover la autonomía en la toma de decisiones. Las

personas mayores institucionalizadas deben ser consideradas sujetos con plena capacidad jurídica, y es a ellas a las que se les debe solicitar el consentimiento libre e informado para entrar o salir de la residencia.

Experiencias internacionales

Existen distintos tipos de cobertura y financiamiento en los países que tienen sistemas de cuidados. Según el documento Marco sectorial de Protección Social y Pobreza (BID, 2017), la inversión promedio mundial en sistemas de cuidados a largo plazo representa entre 1% y 3%. Plantea que los países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) poseen los siguientes modelos:

A. Países con cobertura universal de un solo programa:

1. Financiados por impuestos generales, como en los países escandinavos y que presentan un gasto promedio de entre el 2% y 3,6% del PBI.
2. Financiados por un seguro obligatorio e independiente del seguro de salud, como Alemania, Corea del Sur y Japón, con un gasto promedio al 1,5% del PBI.
3. Financiados al estar integrados en el seguro de salud, como Bélgica.

B. Países con más de un programa de Cuidados a Largo Plazo:

1. Coexisten por separado los cuidados de personas y los cuidados de enfermería, que son parte del sistema de salud, como en Escocia y la República Checa.
2. Programas universales de prestaciones económicas, pero con apoyo modulado por los ingresos, como en Francia y Australia, donde el sistema no cubre todos los costos y el apoyo depende de los ingresos de las personas.
3. Programas universales que conviven con programas focalizados por el nivel de ingreso, como España.
4. Programas altamente focalizados, según el nivel de ingreso para personas sin recursos económicos como en EE.UU.

Algunos modelos

Japón: en el año 2000 el gobierno puso en marcha el Sistema de Seguros de Cuidados a Largo Plazo. Las personas usuarias del servicio contribuyen un 10% al costo de la atención (habiendo un tope para las personas aseguradas de bajos ingresos) y el resto de los costos se financian, por igual, con las contribuciones del seguro y los ingresos fiscales (OMS, 2015).

El seguro se financia con un 50% de recursos recaudados por medio de impuestos (un 25%, del gobierno central; un 12,5%, de las municipalidades, y un 12,5%, de los gobiernos provinciales), el otro 50% lo aportan las personas aseguradas; un 17% lo aportan las personas de 65 años o más, a través de una deducción de su pensión o mediante un pago directo, y el 33% restante es deducido del seguro médico de los/as asegurados/as de entre 40 y 64 años. El seguro financia el 90% del costo total de las prestaciones y servicios (Huenchuan, 2018). Los servicios incluidos son cuidados en la comunidad y cuidados institucionales. La gestión recae sobre los gobiernos locales (OMS, 2015).

Para medir la autonomía y la dependencia de las personas de 65 años o más, presentan un Baremo con 85 variables, de las cuales 73 evalúan el estado mental y físico, los 12 restantes contemplan tratamientos médicos especializados. Las variables se organizan en siete grupos de valoración: movimiento de las articulaciones; movilidad; movimientos complejos; cuidados especiales; autocuidados; comunicación y percepción; y comportamientos problemáticos. Su puntaje varía del 0 al 100 (Salvà et al., 2007).

España: en 2006 se aprueba la Ley 39/2006, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. La ley crea el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), en el que participan todas las Administraciones Públicas. Establece un nivel mínimo de protección, que es garantizado financieramente por la Administración General del Estado a las Comunidades Autónomas. Al mismo tiempo, establece un segundo nivel de protección, que contempla un régimen de cooperación y financiación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, mediante convenios para el desarrollo y aplicación de las demás prestaciones y servicios que se contemplan en la Ley. Además, los receptores y las receptoras del servicio contribuirán económicamente a la financiación, de forma progresiva, en función de su capacidad económica, teniendo en cuenta, para ello, el tipo de servicio que

se presta y el coste del mismo. Se utiliza el Baremo de Valoración de los Grados y Niveles de Dependencia (BVD) que hace referencia a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (OMS, 2001).

A los grados de dependencia los clasifica en:

- a. **Grado I.** Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para llevar a cabo varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitadas para su autonomía personal.
- b. **Grado II.** Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para varias actividades básicas de la vida diaria, dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un/a cuidador/a o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- c. **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 física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

En referencia al Servicio de Atención en Domicilio (SAD), la norma regula la cantidad de horas mensuales de prestación, según lo estipula el Real decreto 1051/2013 (Rebollar y Ruiz , 2018):

- a. Para el grado III (gran dependencia): entre 46 y 70 horas mensuales.
- b. Para el grado II (dependencia severa): entre 21 y 45 horas mensuales.
- c. Para el grado I (dependencia moderada): máximo 20 horas mensuales.

Alemania: la ley de atención a la dependencia de Alemania se puso en marcha en 1995 (Salvà et al., 2007). Cuenta con un seguro de dependencia social, el cual todos los ciudadanos están obligados a tenerlo (Huenchuan 2018).

Presenta un Baremo que plantea tres niveles de atención (Salvà et al., 2007):

- a. **Nivel I:** Se trata de personas que requieren ayuda, al menos una vez al día, para dos o más actividades consideradas como básicas y, varias veces a la semana, para las tareas domésticas. **Promedio de necesidad de ayuda entre 1,5 y 3 horas diarias**, con un mínimo de 45 minutos en las actividades básicas.

- b. Nivel II:** Comprende a personas que necesitan ayuda wtres veces al día, en las actividades de la vida diaria. **Promedio de necesidad de ayuda entre 3 y 5 horas diarias**, de las que 2 o más deben dedicarse a las actividades básicas.
- c. Nivel III:** Personas que requieren ayuda de forma continuada en las actividades de la vida diaria. **Promedio de necesidad de ayuda para todas las actividades de más de 5 horas diarias**, de las que 4 horas o más se destinan a las actividades básicas. Dentro de este nivel, sin que haya sido reconocido expresamente por la ley, se ha establecido un nivel especial que se otorga en casos de personas clasificadas en el nivel III y que requieren una asistencia de carácter extraordinario, que sobrepasa ampliamente los cuidados correspondientes al nivel. Está limitado a un máximo del 3% de los casos que reciben atención en el domicilio en el nivel III.

Francia: existe un subsidio personalizado de autonomía, denominado *Allocation Personnalisée d'Autonomie* (APA), destinado a las personas mayores de 60 años que requieren ayuda para las AVD. Es una prestación universal, para todas las personas de edad avanzada residentes en Francia de forma estable y regular. El APA no está condicionado por una comprobación de los recursos económicos del o de la solicitante, pero existe un copago por parte de las personas que reciben el servicio. El APA varía en función del grado de dependencia y de los recursos que dispone cada persona. La participación financiera de la persona que recibe el subsidio será del 0%, si la renta mensual es inferior a 800,53€ y hasta el 90%, si la renta mensual es superior a 2948,16€ (Martin y Molero Marañón, 2017).

La financiación del sistema de la APA se configura como una prestación no contributiva. Es una prestación social que se financia con impuestos. Existe el Fondo Nacional de Autonomía Solidaria, que es quien recauda y administra (CNSA). Se financia con:

Contribuciones del Seguro Nacional de enfermedades + del Seguro Nacional de pensiones por vejez + varios impuestos + una contribución especial pagada por los trabajadores (jornada de solidaridad) + una contribución adicional pagada por los jubilados (Martin y Molero Marañón, 2017).

La mayor carga la tienen las provincias (2/3) y la Administración Nacional (1/3).

El Baremo utilizado es Autonomie Gérontologique - Groupes Iso-Ressources (AG-GIR), que clasifica a las personas en 6 niveles (Salvà et al., 2007):

- a. **GIR 1:** personas encamadas con funciones graves que necesitan presencia continua para las AVD.
- b. **GIR 2:** personas encamadas o con graves problemas de movilidad, sin total deterioro cognitivo y que necesitan ayuda para la mayor parte de las AVD. Personas con grave deterioro cognitivo, que conservan su movilidad.
- c. **GIR 3:** personas que conservan parcialmente su movilidad, sin deterioro cognitivo, pero que necesitan, diariamente y durante varias veces, ayuda para las ABVD (mayoritariamente incontinentes).
- d. **GIR 4:** personas que tienen importantes problemas de transferencia, pero que, una vez que se han levantado, pueden desplazarse en el interior de la vivienda (suelen necesitar ayuda para la higiene corporal y el vestido). También personas que, aun no teniendo problemas locomotores, necesitan ayuda para las actividades básicas.
- e. **GIR 5:** personas que se desplazan solas en el interior de su domicilio, se alimentan y se visten solas. Necesitan ayuda puntual para el aseo personal, la preparación de las comidas y las tareas domésticas.
- f. **GIR 6:** personas que no necesitan ayuda para las AVD.

Solo las cuatro primeras categorías generan derecho a recibir APA.

Experiencias en América Latina

Son muy pocos los países que tienen programas de cuidados en la vejez. El único que cuenta con una ley es Uruguay. Las inversiones en políticas de cuidados son muy bajas. El gran desafío de la región es implementar políticas universales sobre cuidados en la vejez.

Algunas experiencias

Argentina: desde 1996, a través de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM) del Ministerio de Desarrollo Social, ha implementado el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios, luego aprobado por Resolución

Ministerial N° 1120. Su propósito radica en posibilitar que las personas mayores envejezcan en sus casas y retrasar la institucionalización el mayor tiempo posible y conveniente (Roqué, 2017). Entre sus objetivos está el de formación para la asistencia de personas mayores con dependencia, enfermedades crónicas o terminales. Dicha formación fue reconocida por el Ministerio de Educación de la Nación y el Consejo Federal de Educación mediante Resolución Ministerial CFE N° 149/11, con validez en todo el territorio nacional. Cabe destacar que, desde 2013 cuenta, a su vez, con una línea de formación de cuidadoras/es especializadas/os en la atención de personas con deterioro cognitivo, Alzheimer y otras demencias, bajo el Programa Nacional de Promoción de la Calidad de Vida para Personas Mayores con Deterioro Cognitivo, Alzheimer y otras Demencias, aprobado por Resolución N° 418 de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF). Las dos líneas de acción del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios consisten, por un lado, en la capacitación y, por otro, en la promoción de sistemas locales de cuidados domiciliarios, a través de convenios firmados entre el Ministerio de Desarrollo Social y las obras sociales⁵, tales como el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados⁶ (INSSJP-PAMI), el Instituto Médico Asistencial (IOMA), por Resolución N° 3558/2011, y el Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina, por Resolución N° 976/2012.

El criterio de admisión para la formación de cuidadores y cuidadoras es la presentación del certificado de nivel primario completo. El ingreso a la prestación está determinado por cada obra social o por cada gobierno local, pero en general concuerdan en atender a las personas frágiles y con dependencia (Roqué, 2017).

Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

El Instituto también conocido como PAMI (Programa de Atención Médica Integral) es la obra social (o seguro de salud) más grande de América Latina. Cuenta con 4.400.377 de personas de 60 años y más, lo que significa el 62% del total de este grupo etario a nivel nacional según las proyecciones del INDEC para 2021.

En la gestión que asume el 10 de diciembre de 2019, la Directora Ejecutiva, Licenciada Luana Volnovich, crea la Secretaría General de Derechos Humanos, Gerontología Comunitaria, Género y Políticas de Cuidados, con el firme propósito de jerarquizar estas temáticas y transversalizarlas a toda la institución. Esta Secretaría cuenta con una Gerencia que se encarga específicamente de estas políticas y con

tres Subgerencias: la de Cuidados Institucionales, la de Cuidados en la Comunidad y la de Desarrollo y Cuidados Psicosociales.

Las políticas de cuidados que lleva adelante el PAMI son las siguientes:

1. Apoyo y Cuidados en Domicilio: actualmente existen dos líneas de acción dentro de esta órbita, las cuales tienen la modalidad de subsidio directo a la persona afiliada:
 - a. Asistencia a la Dependencia y la Fragilidad (ADYF): prestación creada en el año 2013. Alcanzado una cobertura de atención a 100.000 personas afiliadas.
 - b. Programa de Asistencia a la Dependencia y la Fragilidad (PADYF): prestación creada en el año 2019, con una cobertura de atención en 2019 de 14.000 personas afiliadas y en la actualidad se cubre a 30.000 personas afiliadas, habiéndose duplicado en el transcurso del 2020 y el 2021.

En la actualidad se está trabajando en un cambio en la modalidad de gestión que permite no solo el subsidio, sino diversas modalidades de contratación de servicios, tales como cooperativas, empresas sociales, municipios, sociedad civil, etc. También se ha elaborado un Baremo que permite asignar con equidad y criterio técnico a las personas afiliadas que necesiten de este programa, así como su control, revisión y evaluación de los servicios prestados.

Baremo PAMI: este instrumento de medición combina la independencia o dependencia que presenta una persona y las redes de apoyo con las que cuenta para atravesar esa situación. Se trabaja con el Índice de Barthel Modificado por Granger para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y con la Escala de Lawton y Brody para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). La combinación de estas escalas y el apoyo social determina el nivel de dependencia y la carga horaria de cuidados en domicilio.

Por cada ítem del baremo se otorga un puntaje para determinar el nivel de dependencia.

Cabe aclarar que a la persona que presente una dependencia total se le asignará una prestación de cuidado continuo en una Residencia de Larga Estadía.

Cuadro 1. Baremo para las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

BAREMO PARA LAS ABVD	
PUNTAJE	NIVEL DE DEPENDENCIA
Hasta 20	Dependencia Total
21-30	Dependencia Severa
31-45	Dependencia Moderada Nivel 3
46-60	Dependencia Moderada Nivel 2
61-80	Dependencia Moderada Nivel 1
81-90	Dependencia leve
91-100	Independencia para las ABVD

Fuente: elaboración propia.

Cuando el Baremo que mide la dependencia en las actividades básicas de la vida diaria nos presenta el resultado de “Independencia”, aplicamos la Escala Lawton y Brody para las actividades Instrumentales.

Cuadro 2. Escala Lawton y Brody.

PUNTAJE	NIVEL DE FRAGILIDAD
Menos de 7	Fragilidad avanzada
8-13	Fragilidad moderada
14-17	Fragilidad leve
18	Independiente

Fuente: elaboración propia.

Solo se le asignarán horas de cuidados en el domicilio a aquellas personas que presenten fragilidad moderada o severa.

- Centros de Día: actualmente, el Instituto cuenta con 38 centros de día distribuidos en CABA, Buenos Aires, Córdoba, Corrientes, Mendoza, Santa Fe, Entre Ríos, La Rioja y Santiago del Estero. Para la gestión actual estos dispositivos socioterapéuticos son un recurso prioritario en las políticas de cuidados, por lo que la Directora Ejecutiva de PAMI y el Ministerio de Desarrollo Urbano y Hábitat firmaron un convenio para la construcción de 100 centros más, distribuidos en todo el país.
- Residencias de Larga Estadía (RLE): como se comentó en párrafos anteriores, las residencias son servicios sociales con coordinación sanitaria que deben brindar servicios a aquellas personas con alta dependencia y que no puedan ser cuidados en la comunidad. Es el último eslabón de un sistema progresivo de atención. Es importante no institucionalizar en estos dispositivos cuando existen otros recursos para que las personas mayores sigan viviendo en su casa y en su comunidad.

PAMI cuenta, en la actualidad, con 560 RLE, de las cuales 4 son de gestión propia y el resto son prestadores privados contratados. Este tipo de servicio se ofrece en todo el país y lo están utilizando en este momento 20.000 personas afiliadas. Cabe aclarar que existe disponibilidad en las residencias, sin lista de espera.

Chile: el Programa “Chile Cuida” forma parte del Sistema de Protección Social del Estado y tiene como misión acompañar y apoyar, a través de diferentes servicios, a las personas en situación de dependencia, sus cuidadores y cuidadoras, sus hogares y su red de apoyo. Brindan cuidados domiciliarios, ayudas técnicas, residencias, hogares protegidos, centros diurnos, entre otros. El acceso a los servicios se coordina a través de los municipios. Las poblaciones destinatarias del programa son: a) Personas mayores de 60 años en situación de dependencia, b) Niños, niñas y adultos y adultas en situación de dependencia.

Por otra parte, prioriza a los hogares más vulnerables del país y que presenten un o una integrante en situación de dependencia, según el Registro Social de Hogares.

Uruguay: es el único país de América Latina que tiene institucionalizadas las políticas de cuidados, a través del Sistema Nacional Integrado de Cuidados⁸, creado con la sanción de la ley 19.353. Este sistema es transversal, en tanto que se organiza en función de las personas de todas las edades que precisan cuidados, entre las cuales están las personas mayores con dependencia, pero también la infancia y las personas con discapacidad con dependencia (Junta Nacional de Cuidados, 2015). En este marco, se elaboró el Plan Nacional de Cuidados 2016-2020, cuyo objetivo general fue:

Garantizar el derecho de las personas en situación de dependencia a recibir cuidados en condiciones de calidad e igualdad, promoviendo el desarrollo de la autonomía, la atención y asistencia a las personas en situación de dependencia, así como el desarrollo infantil, en el marco de un modelo de corresponsabilidad entre familias, Estado, mercado y comunidad, así como entre varones y mujeres (Junta Nacional de Cuidados, 2015).

Dentro de este plan hubo un objetivo exclusivamente destinado a la población mayor, que sostiene:

Mejorar la atención de las personas mayores y las personas con discapacidad que se encuentran en situación de dependencia mediante el desarrollo de estrategias corresponsables de cuidado que se adecuen a las necesidades y capacidades de las personas y los hogares. Fortalecer las capacidades institucionales y su mejora continua (Junta Nacional de Cuidados, 2015).

Para cumplimentar este objetivo, Uruguay dispone de un programa de cuidados en domicilio denominado “Asistentes personales”. La prestación consiste en un subsidio económico definido en función de la capacidad de pago de cada hogar y la carga de cuidados correspondiente. En cuanto al acceso, se determina a través de un sistema de postulación que prioriza a las personas mayores de 80 años. Hacia marzo de 2017, las personas alcanzadas por este programa eran 2.048 (Junta Nacional de Cuidados, 2017), lo que demuestra un muy bajo impacto en las políticas destinadas a las personas mayores.

Normativa jurídica

Desde hace algunas décadas, la normativa jurídica internacional viene destacando la importancia de los cuidados en la vejez. En este sentido, los cuidados figuran entre uno de los cinco Principios de Naciones Unidas a favor de las personas de edad de 1991 (Rodríguez-Piñero, 2010). La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (CIDHPM) presta especial atención a la necesidad de cuidados, y en su artículo 2 define a la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo, como:

Aquella que reside temporal o permanentemente en un establecimiento regulado, sea público, privado o mixto, en el que recibe servicios socio-sanitarios integrales de calidad, incluidas las residencias de larga estadía, que brindan estos servicios de atención por tiempo prolongado a la persona mayor, con dependencia moderada o severa que no pueda recibir cuidados en su domicilio.

También la Convención jerarquiza los Cuidados como un Derecho Humano en su artículo 12, el **“Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo”**. Allí se plantea lo siguiente:

La persona mayor tiene derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía.

Los Estados Parte deberán diseñar medidas de apoyo a las familias y cuidadores mediante la introducción de servicios, para quienes realizan la actividad de cuidado de la persona mayor, teniendo en cuenta las necesidades de todas las familias y otras formas de cuidados, así como la plena participación de la persona mayor, respetándose su opinión.

Los Estados Parte deberán adoptar medidas tendientes a desarrollar un sistema integral de cuidados que tenga especialmente en cuenta la perspectiva de género y el respeto a la dignidad e integridad física y mental de la persona mayor.

Para garantizar a la persona mayor el goce efectivo de sus derechos humanos en los servicios de cuidado a largo plazo, los Estados Parte se comprometen a:

- a. Establecer mecanismos para asegurar que el inicio y término de servicios de cuidado de largo plazo estén sujetos a la manifestación de la voluntad libre y expresa de la persona mayor.
- b. Promover que dichos servicios cuenten con personal especializado que pueda ofrecer una atención adecuada e integral y prevenir acciones o prácticas que puedan producir daño o agravar la condición existente.
- c. Establecer un marco regulatorio adecuado para el funcionamiento de los servicios de cuidado a largo plazo que permita evaluar y supervisar la situación de la persona mayor, incluyendo la adopción de medidas para:
 - i. Garantizar el acceso de la persona mayor a la información, en particular a sus expedientes personales, ya sean físicos o digitales, y promover el acceso a los distintos medios de comunicación e información, incluidas las redes sociales, así como informar a la persona mayor sobre sus derechos y sobre el marco jurídico y protocolos que rigen los servicios de cuidado a largo plazo.

- ii. Prevenir injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, familia, hogar o unidad doméstica, o cualquier otro ámbito en el que se desenvuelvan, así como en su correspondencia o cualquier otro tipo de comunicación.
- iii. Promover la interacción familiar y social de la persona mayor, teniendo en cuenta a todas las familias y sus relaciones afectivas.
- iv. Proteger la seguridad personal y el ejercicio de la libertad y movilidad de la persona mayor.
- v. Proteger la integridad de la persona mayor y su privacidad e intimidad en las actividades que desarrolle, particularmente en los actos de higiene personal.
- d. Establecer la legislación necesaria, conforme a los mecanismos nacionales, para que los responsables y el personal de servicios de cuidado a largo plazo respondan administrativa, civil y/o penalmente por los actos que practiquen en detrimento de la persona mayor, según corresponda.
- e. Adoptar medidas adecuadas, cuando corresponda, para que la persona mayor que se encuentre recibiendo servicios de cuidado a largo plazo cuente con servicios de cuidados paliativos que abarquen al paciente, su entorno y su familia.

La Convención fue aprobada por la OEA en 2015 y ratificada por la Argentina mediante Ley N° 27.360.

Ventajas de los servicios de cuidado a largo plazo

La falta de los servicios de cuidado a largo plazo produce otros gastos, a causa del mal uso de los servicios de atención de cuadros agudos. Así, aunque los gastos públicos en cuidados a largo plazo puedan parecer bajos, es probable que se hayan transferido, al menos en parte, hacia el sector de la salud (OMS, 2015).

Las ventajas de estos servicios consisten en:

1. Mejorar la calidad de vida de personas con dependencia y fragilidad.
2. Promover la inclusión y participación social de las personas en la comunidad.
3. Aliviar la carga de las cuidadoras y los cuidadores informales.
4. Brindar asistencia adecuada a las personas que presentan patologías crónicas que motivan la dependencia.
5. Reducir las hospitalizaciones y los costos asociados: acorta la duración de las hospitalizaciones y apoya el retorno de las personas mayores a sus hogares.
6. Mejorar los cuidados en casos de demencia.
7. Mejorar los cuidados al final de la vida.
8. Promover la dignidad en la vejez.
9. Impulsar el empleo.



Conclusión

En América Latina y el Caribe, el envejecimiento poblacional se da a un ritmo acelerado, habiendo llegado en 2020 a 85 millones de personas de 60 años y más. El grupo que más crece es el de mayores de 70 años, que son quienes mayores necesidades de cuidados presentan. Simultáneamente se produce una “crisis del cuidado”, puesto que al mismo tiempo que la población envejece, las mujeres de las familias -principales cuidadoras- se han insertado en el mundo público del trabajo remunerado y, si bien no han abandonado la tarea del Trabajo Doméstico y de Cuidados No Remunerado (TDCNR), el tiempo que le dedican es menor. Por otro lado, los cambios en las familias también han dificultado el trabajo de cuidado. Pasamos de familias horizontalizadas donde hay padre/madre y muchos/as hijos/as, que son quienes realizan el trabajo de cuidado, a familias verticalizadas que están compuesta por bisabuelo/a, abuelo/a, padre/madre, y pocos/as hijos/as o sin hijos/as, teniendo entonces más personas para cuidar y menos cuidadores/as.

Los sistemas de cuidados son prácticamente inexistentes en nuestra región, solo se cuenta con un sistema de cuidados en Uruguay, aunque no ha producido impacto significativo en la población mayor. Existen otros países con programas aún muy incipientes. Si bien Argentina tiene una larga trayectoria en la formación de cuidadores/as domiciliarios, aún no ha llegado a universalizar la prestación. En efecto, hoy está en discusión una ley para la creación de un Sistema Nacional de Cuidados. Los servicios de cuidados deben pensarse en clave de género, dado que las personas que cuidan, mayormente, son las mujeres a expensas del trabajo no remunerado y las que más necesitan cuidados también son mujeres. Asimismo, las políticas de cuidados deben entenderse como un bien público y como un derecho humano que permita a las personas mayores vivir con dignidad y autonomía.

Bibliografía

Arriba González de Durana, A. y Moreno Fuentes, F. (2009). El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Mayores y Servicios Sociales. <https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/tratamientodep.pdf>

Banco Mundial (2021). Esperanza de vida al nacer, mujeres. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.FE.IN>

Baremo de Valoración de los Grados y Niveles de Dependencia (2011). Boletín Oficial del Estado. España. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2011/02/11/174>

Banco Interamericano de Desarrollo (2018). Cuatro elementos para diseñar un sistema de cuidados. <https://publications.iadb.org/es/cuatro-elementos-para-disenar-un-sistema-de-cuidados>

Banco Interamericano de Desarrollo (2017). Documento de marco sectorial de protección social y pobreza división de protección social y salud. <https://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=EZSHARE-1728116555-3463>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2020). CEPALSTAT.Base de datos y publicaciones estadísticas. Tasa bruta de mortalidad. https://statistics.cepal.org/portal/databank/index.html?lang=es&indicator_id=5&area_id=

Franco Rebollar, P. y Ruiz, B. (2018). El trabajo de ayuda a domicilio en España. España: Vicesecretaría General de UGT y la FeSP UGT. https://www.ugt.es/sites/default/files/el_trabajo_de_ayuda_a_domicilio_ugt_fesp_sep_2018_def_0.pdf

Huenchuan, S. (ed.) (2018). Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos. Santiago de Chile: CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44369-envejecimiento-personas-mayores-agenda-2030-desarrollo-sostenible-perspectiva>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2012). Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores. <https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2013). Encuesta Sobre Trabajo No Remunerado y Uso Del Tiempo. https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/tnr_07_14.pdf

Junta Nacional de Cuidados (2017). Informe anual Sistema de Cuidados 2017. Uruguay. <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/sites/sistema-cuidados/files/2020-03/Informe%20anual%20Sistema%20de%20Cuidados%202017.pdf>

Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (2006). Boletín Oficial del Estado. España 2018. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>

Martin, P.y Molero Marañón, M. (2017). El sistema de protección social de las personas dependientes en Francia. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6272300>

Ministerio de Economía (2020). Los cuidados, un sector económico estratégico. Medición del aporte del Trabajo Doméstico y de Cuidados no Remunerado al Producto Interno Bruto. Argentina. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/los_cuidados_-_un_sector_economico_estrategico_0.pdf

Organización Internacional del Trabajo (2017). Informe Mundial sobre la Protección Social. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/--dcomm/documents/publication/wcms_624890.pdf

Organización Mundial de la Salud (2020). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020: monitoreando la salud para los ODS, objetivo de desarrollo sostenible. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338072>

Organización Mundial de la Salud (2019). Decenio del envejecimiento saludable 2020- 2030. Borrador. <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-2020-2030>

Organización Mundial de la Salud (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf

ONU Mujeres y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2020). Cuidados en América latina y el caribe en tiempos de covid-19. Hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación. <https://www.>

cepal.org/es/publicaciones/45916-cuidados-america-latina-caribe-tiempos-covid-19-sistemas-integrales-fortalecer

ONU Mujeres (2015). El progreso de las mujeres en el mundo 2015-2016. Transformar las economías para realizar los derechos. <https://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2015/4/progress-of-the-worlds-women-2015>

Roqué, M. (2019). Agenda 2030 desde la perspectiva del envejecimiento y las personas mayores. En S. Huenchuan y E. Rivera (Eds.), Experiencias y prioridades para incluir a las personas mayores en la implementación y seguimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. México: CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44600-experiencias-prioridades-incluir-personas-mayores-la-implementacion-seguimiento>

Roqué, M. (2017). La atención centrada en la persona: Los retos del modelo para los servicios de apoyo a la dependencia. En Dependencia y el apoyo a los cuidados, un asunto de Derechos Humanos. Dirección Sociocultural del Gobierno de Chile. <https://www.algce.org/wp-content/uploads/2017/08/Dependencia-y-Apoyo-Cuidados-DDHH.pdf>

Rovira, A. (2017). Los modelos de atención y los servicios de apoyo a la dependencia: la experiencia desde la práctica. En Dependencia y el Apoyo a los Cuidados, un Asunto de Derechos Humanos. Dirección Sociocultural del Gobierno de Chile. <https://www.algce.org/wp-content/uploads/2017/08/Dependencia-y-Apoyo-Cuidados-DDHH.pdf>

Salvà, A., Rojano, X. y Rivero, T. (2007). Las situaciones de dependencia. Su valoración, los baremos y su aplicación. España. <https://libros-revistas-derecho.vlex.es/vid/situaciones-dependencia-valoracion-baremos-331710218>

¹ Exdirectora del Instituto Nacional de las Personas Mayores del Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay.

² Véase la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, Boletín oficial del Estado, nº 299, 15/12/2006. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>

³ Ídem.

⁴ La muerte prematura para la Organización Mundial de la Salud (OMS) es aquella que va de los 30 a los 70 años.

⁵ Las obras sociales son entidades encargadas de organizar la prestación de la atención médica de los/as trabajadores/as por rama de actividad en Argentina. Están regidas por la Ley N° 23.660 y son el equivalente a los seguros médicos de la Seguridad Social. Hay alrededor de 300 obras sociales, pero las más grandes son IOMA y PAMI.

⁶ PAMI fue creado por la Ley nacional N 19.032 en 1971, es el mayor efector de atención socio-sanitaria para las personas mayores. Su función legal es la de “formular y diseñar políticas globales en materia sanitaria y social, garantizando la equidad en la cantidad y la calidad de servicios ofrecidos por el Instituto en todo el territorio nacional” (Art. 4, Ley 25.615).

⁷ Se adjunta como Anexo 1.

⁸ Creado por la reciente ley 19.353. Más información en **<http://www.sistemadecuidados.gub.uy>**

ANEXO 1:

Baremo ABVD

Baremo de Dependencia y Redes de Apoyo								
	A conmutación vamos a enumerar una serie de acciones y actividades, y deberá indicarnos si puede hacerlas, si para hacerlas necesita ayuda o si no puede hacerlas.	Dimensión I. Nivel de			Dimensión II. Redes de apoyo			
		Puede	No puede	Puede con ayuda	A. ¿Hay alguien que lo ayude con esta		B. Esta persona, ¿está presente cada vez que	
				Pase a dimensión II	No	Si (pasa a B)	No	Si
1	Sostener y beber de un vaso							
2	Comer en un tiempo razonable, incluyendo cortar la comida y manipular los utensillos							
3	Vestirse de la cintura para arriba							
4	Vestirse de la cintura para abajo, incluyendo atarse los cordones							
5	Colocarse prótesis o algún aparato ortopédico, en caso de usar							
6	Peinarse, lavarse los dientes o lavarse la cara							
7	Lavarse o bañarse, incluyendo manipular la grifería y secarse							
8	Controlar orina							
9	Controlar heces							
10	Sentarse y levantarse de la silla							
11	Sentarse y levantarse del inodoro							
12	Entrar y salir de la ducha o bañera							
13	Caminar 50 metros en una superficie sin desnivel							
14	Subir y bajar un tramo de escaleras							
15	En caso de usar silla de ruedas, mover la silla de ruedas por si mismo							

Baremos AIVD:

Dimensión I. Nivel de fragilidad -AIVD (ESCALA DE Lawton y		Dimensión II. Redes de apoyo			
Aspecto a evaluar		A. ¿Hay alguien que lo ayude con esta actividad?		B. Esta persona, ¿está presente cada vez que lo necesita?	
Capacidad para usar el teléfono:	Utiliza el teléfono sin asistencia	No	Si (pasa a B)	No	Si
	Requiere de asistencia				
	No es capaz de usar el teléfono				
Hacer compras:	Realiza todas las compras independientemente	A. ¿Hay alguien que lo ayude con esta actividad?		B. Esta persona ¿está presente cada vez que	
	Realiza independientemente pequeñas compras	No	Si (pasa a B)	No	Si
	Necesita ir acompañado para hacer las compras				
	Totalmente incapaz de comprar				
Cuidado de la habitación:	Mantiene la habitación solo o con ayuda ocasional	A. ¿Hay alguien que lo ayude con esta actividad?		B. Esta persona ¿está presente cada vez que	
	Realiza tareas ligeras, como hacer la cama	No	Si (pasa a B)	No	Si
	Necesita ayuda en todas las tareas				
	No participa en ninguna tarea	A. ¿Hay alguien que lo ayude con esta actividad?		B. Esta persona ¿está presente cada vez que	
Lavado de la ropa:	Lava por sí solo toda su ropa	No	Si (pasa a B)	No	Si
	Lava por sí solo pequeñas prendas				
	Todo el lavado de ropa debe realizarlo otro				

Uso de medios de transporte:	Viaja solo en transporte público	A. ¿Hay alguien que lo ayude con esta actividad?		B. Esta persona ¿está presente cada vez que	
	Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro transporte	No	Si (pasa a B)	No	Si
	Requiere de asistencia para viajar				
	No viaja	A. ¿Hay alguien que lo ayude con esta actividad?		B. Esta persona ¿está presente cada vez que	
Respon-sabilidad respecto a su medi-cación:	Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	No	Si (pasa a B)	No	Si
	Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente				
	No es capaz de administrarse su medicación	A. ¿Hay alguien que lo ayude con esta actividad?		B. Esta persona ¿está presente cada vez que	
Manejo de sus asuntos económicos:	Se encarga de sus asuntos económicos solo	No	Si (pasa a B)	No	Si
	Requiere de asistencia				
	Incapaz de manejar dinero				

Derechos Humanos de las personas mayores.

Actualización de contenidos en Gerontogeriatría para equipos de salud.

CAPÍTULO 9:

Estrategias para eliminar o reducir el uso de sujeciones físicas en personas mayores dependientes para el cuidado digno

Romina K. Rubin

Médica. Especialista en Clínica médica. Especialista en Geriátría. Magíster en gestión de servicios gerontológicos. Vicedirectora de la Carrera de Medicina Geriátrica de la UBA. Vicepresidenta de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátría. Directora Asistencial de la Fundación Nuevo Hogar Ledor Vador

Coautora del trabajo de investigación: “Efectividad de un programa de reducción de sujeciones físicas en una residencia de larga estadía” Programa de Actualización en Cuidados del Adulto Mayor (PROCAM) Panamerica. Sujeciones físicas en personas mayores institucionalizadas. Coautora de la *Guía de buenas prácticas para el autocuidado de la salud de las personas mayores* (PAMI)

Alejandro D. Sneibrum

Kinesiólogo Fisiatra, Facultad de Medicina de la UBA. Escuela de Kinesiología. Gerontólogo SAGG. Osteópata, Escuela Osteopática de Buenos Aires (UBA), Filial de la Escuela Osteopática de Madrid. Diplomado en Cuidados Paliativos: FLACSO.

Autor del capítulo “Rehabilitación de cadera” en el PROCAM (Programa de Actualización en Cuidados del Adulto Mayor) y en el PROATO (Programa de Actualización en Traumatología y Ortopedia). Coautor del trabajo de investigación: “Efectividad de un programa de reducción de sujeciones físicas en una residencia de larga estadía”. Coautor de la *Guía de buenas prácticas para el autocuidado de la salud de las personas mayores*. PAMI.

Introducción

particularidades en cada región por su heterogeneidad y diversidad, e impacta por completo en todas las esferas de la sociedad.

La edad es una dimensión clave para comprender la estructura de las sociedades modernas. En este sentido, existen tres procesos diferentes: el envejecimiento de las poblaciones, el alargamiento del promedio de vida individual y el proceso de envejecimiento individual.

El envejecimiento de las poblaciones se debe a tres fenómenos:

- a. mayor esperanza de vida al nacer,
- b. descenso de la fecundidad
- c. descenso de la mortalidad en edades avanzadas.

Se dice que una población está envejecida cuando el porcentaje de personas mayores de 65 años sobre el total de individuos de esa población supera el 7%.

El envejecimiento de la población ha condicionado un nuevo perfil epidemiológico de carácter complejo caracterizado por una prevalencia elevada y creciente de enfermedades crónicas, comorbilidad, fragilidad, discapacidad y una alta dependencia funcional de las personas mayores.

En la Argentina, aproximadamente, el 40% de las personas mayores de 65 años viven con enfermedades que les ocasionan limitaciones funcionales permanentes. En este contexto, uno de los desafíos más importantes para las políticas socio-sanitarias radica en la necesidad de dar respuesta al incremento de la demanda de cuidados de calidad a las personas mayores con fragilidad, discapacidad y/o dependencia.

En tal sentido, los cuidados a largo plazo deben contemplar la dignidad de las personas mayores como principal objetivo, pero no a cualquier costo. Los valores, deseos, preferencias y derechos deben regir cualquier sistema de cuidado, para optimizar la calidad de vida de las personas mayores.

El concepto del cuidado a largo plazo se constituye en dos principios. En primer lugar, aunque la persona mayor sufra un deterioro cognitivo y funcional severo, continúa teniendo un proyecto de vida (derecho a la libertad de expresar sus deseos de bienestar, plenitud y respeto). En segundo lugar, se deben arbitrar los

mecanismos adecuados para optimizar la calidad de vida y calidad asistencial en cada uno de los procesos desarrollados, más allá de la pérdida de independencia y autonomía.

Un adecuado sistema de cuidados debe contemplar ciertas particularidades:

- Progresividad: dispositivos de baja complejidad que se irán incrementando acorde a las necesidades asistenciales.
- Prevención: se aborda en todo momento del proceso, independientemente de la pérdida o limitación de la persona mayor asistida.
- Gradualidad
- Interacción y coordinación de los distintos servicios de cuidados según grado de complejidad.

El sistema de cuidados a largo plazo se extiende desde los apoyos informales (familiares, amigos, vecinos, voluntarios), los apoyos formales en domicilio (cuidadores remunerados y no remunerados), considerados servicio de baja complejidad; hasta los centros de la comunidad, viviendas protegidas, residencias de larga estadia u otros efectores de salud, considerados de alta complejidad.

La atención de las personas mayores con deterioro cognitivo por parte del personal sanitario se realiza en un contexto de tensión entre seguridad y (sobre) protección, ante potenciales situaciones de peligro. Durante años la sujeción física se convirtió en el dispositivo preferido para dar respuesta a esta controversia.

Proponemos tomar en cuenta la perspectiva de Robert Prebske, quien desde el mundo de la discapacidad mental acuña el concepto “dignidad del riesgo” en su artículo “La dignidad del riesgo y el retraso mental” (1972):

La sobreprotección suele aparecer en la superficie para ser amable, pero no lo es (...). En el pasado, encontramos formas inteligentes de evitar el riesgo en la vida de las personas con discapacidades. Ahora debemos esforzarnos al máximo para ayudar a encontrar la cantidad adecuada de riesgo que estas personas tienen derecho a asumir. ¡Hemos aprendido que puede haber un desarrollo saludable en la toma de riesgos y puede haber una indignidad paralizante en la seguridad!

Recomendamos leer este artículo pues aporta otra perspectiva que ayuda en la toma de decisiones cotidianas bajo un marco de dignidad y respeto por la libertad de las personas mayores.

Ahora bien, el tema que nos convoca y que abordaremos en el presente documento es –precisamente– el uso de sujeciones físicas que se emplea frecuentemente en las residencias de larga estadía como así también en el propio domicilio de la persona mayor asistida. La situación representa uno de los tópicos más controvertidos dentro del campo asistencial gerontológico (Capezuti y otros, 1996; Retsas, 1998), a pesar de la dificultad en encontrar justificación a su uso (Rubio Domínguez, 2017).

En Argentina no existen leyes que regulen esta práctica de intervención, pero desde el marco de la bioética nadie podría discutir la importancia de mantener la autonomía, la dignidad y la libertad de las personas mayores como derechos fundamentales. Por tal motivo, resulta imprescindible una reflexión profunda acerca de los sistemas de cuidados sociosanitarios a largo plazo que se están implementando, sus formas y modalidades; saber si dan respuestas a las necesidades actuales de las personas mayores dependientes.

Historia

Una breve reseña histórica refiere que las sujeciones físicas se han usado en la antigüedad para controlar el comportamiento y la conducta de pacientes agitados, a quienes, comúnmente, se denominaban “enfermos mentales”, este grupo que formaban parte de los marginados, considerados además un problema para la humanidad. De hecho, se los encerraban en lugares parecidos a cárceles, siendo habitual el uso de cadenas, azotes, torturas o inmersión en agua helada.

La historia de la atención psiquiátrica está colmada de ejemplos de tratos inhumanos, tales como el uso de descargas eléctricas, la inmovilización de personas mediante correas o camisas de fuerza; costumbres que parecen propias del pasado, pero que lamentablemente en la actualidad continúan utilizándose en residencias de larga estadía como una estrategia de falsa “protección y cuidados” (Fariña López y otros, 2011).

En los tiempos que corren, el debate actual en la utilización de esta práctica tiene su origen en el impacto que se produce al momento de pensar en los derechos fundamentales de la persona, como la libertad, la dignidad, la autonomía y la

calidad de vida. A su vez, originan daños en el campo psicológico ya que se produce una disminución de la autoestima, aislamiento social, angustia, depresión, ira, estrés, trastornos psicoafectivos, entre otros.

Definiciones de sujeción física

En la literatura científica existen varias definiciones sobre sujeciones físicas, disímiles entre sí, que no se han modificado sustancialmente desde los años ochenta. A continuación, se mencionan algunas.

El Centro de Medicare y Servicios Médicos (CMS, 2010) de los Estados Unidos lo conceptualizó como: “cualquier método manual o físico, dispositivo mecánico, material o equipo unido o próximo al cuerpo de la persona, que esta no puede retirar con facilidad y que limita su libertad de movimiento o el acceso normal a su cuerpo”.

Por otro lado, la Agencia de Alimentación y Medicamentos (FDA, 2000) define a la sujeción física como: “Un dispositivo, incluyendo, pero no limitado a una muñequera, tobillera, chaleco, mitón, chaqueta recta, inmovilizador de cuerpo o miembros, u otro tipo de correa que se destine a fines médicos y que limita los movimientos del paciente en la medida necesaria para el tratamiento, el examen, o la protección del paciente u otras personas”.

El Comité interdisciplinario instituido por la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG, 2016) elaboró un documento de Consenso en el cual define la sujeción física: “Cualquier acción, procedimiento o dispositivo aplicado al cuerpo o cerca de él, que impida la libertad de movimiento del cuerpo o una parte del mismo, a una posición elegida o no permita el libre acceso y que no pueda ser quitado fácilmente”.

Prevalencia

En nuestro país, la práctica de sujeciones físicas es frecuente. Sin embargo, no contamos en la actualidad con datos de su prevalencia dentro de las residencias de larga estadía, factor que preocupa debido al avasallamiento que se produce de los derechos de las personas mayores institucionalizadas. Mucha menos información se tiene sobre esta práctica dentro del ámbito domiciliario.

Las sujeciones físicas hasta finales de los años '90 solo contaban con cierta relevancia ante un evento o proceso asistencial, sin ninguna normativa previa existente y dependiendo, en gran medida, de la sensibilidad y competencia de los profesionales intervinientes. Muchas decisiones se adoptaban unilateralmente (profesional a cargo) utilizándose distintos tipos de dispositivos o elementos no aprobados por los organismos competentes, cuya finalidad práctica era otra, por ejemplo, sábanas, vendas, pañales, fajas, entre otros.

A principio del siglo XXI, los distintos actores involucrados comenzaron a cuestionarse, con mayor seriedad, los efectos que producían en las personas el uso y aplicación de las sujeciones físicas (instituciones sanitarias, sociales, jurídicas, profesionales interdisciplinarios, familiares, usuarios) (Alarcón y Alarcón, 2001).

Países como Estados Unidos y algunos de Europa llevan algunos años investigando y adoptando estrategias de actuación con la finalidad de acreditar instituciones libres de sujeción. Austria, Dinamarca, Japón, Finlandia, Islandia, Alemania y Países Bajos disponen de legislación que restringe e incluso en algunos, prohíbe el uso de sujeciones en centros de atención a personas mayores (Galán Cabello, 2008; Meyer y otros, 2009).

En cuanto al uso de sujeciones en domicilio, un estudio descriptivo de 2007 demostró que en España los familiares de las personas mayores dependientes poseen una actitud positiva ante las sujeciones físicas e interpretan que su uso es adecuado, aunque los autores lo relacionan con el débil o nulo conocimiento de las alternativas posibles y de las consecuencias que dicha práctica pueden originar. (Fariña López y otros, 2008).

Surge de la bibliografía que la práctica solamente posee justificación alguna ante una amenaza inminente que represente un riesgo de muerte para la persona o para terceros (personal de atención médica, cuidados, etc.) o en situaciones especiales y específicas que ameritan la aplicación de medidas terapéuticas sustanciales para conservar la vida.

La disminución en la prevalencia del uso de las sujeciones físicas en la población mayor dependiente implica un significativo progreso en la defensa de los derechos fundamentales de las personas como la libertad del individuo, el respeto a la dignidad y su autonomía personal, lo cual supone reflexionar también acerca de los principios de la bioética y la atención dentro de los sistemas de cuidados a largo plazo.

Tipo de sujeciones físicas

Hay diversos dispositivos que suelen utilizarse para “sujetar” a las personas. Los principales son:

- Restricción física individual del movimiento, chalecos, pecheras, cinturones, tipo pélvica, de muñecas y otros.
- Si bien menos restrictiva, se considera modo de sujeción a la restricción a la circulación libre.

Para restringir la movilidad suelen encontrarse los siguientes elementos:

Foto 1, 2 y 3: Cinturón abdominal | Pechera | Cinturón ancho



Foto 4 y 5: Sábana de sujeción | Arnés



Foto 6, 7 y 8: Cinturón torácico en silla | Cinturón en cama | Mitones

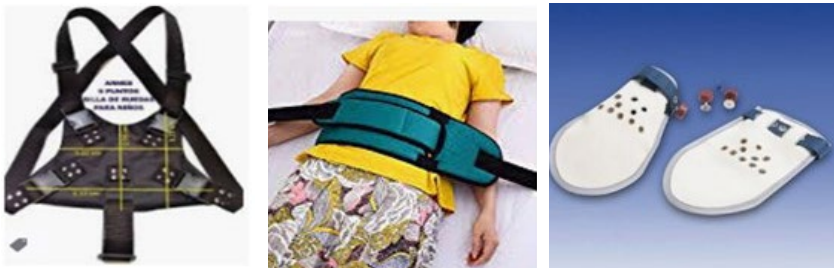


Imagen 6, 7 y 8: Cinturón torácico en silla | Cinturón en cama | Mitones

Foto 9 y 10: Muñequeras | Tobilleras



Foto 11: Barandas



Con respecto al uso de barandas, cabe aclarar que algunos autores las consideran como dispositivo de sujeción física. Las barandas no están fabricadas para que la persona no se baje, sino para poder frenar el rolado al dormir, de modo que no se deslice al piso. Estas podrían ser las causales de lesiones, si están colocadas de tal manera que la persona que esté en condiciones de bajarse de la cama tuviera que salir por encima de las barandas, debido a que funcionan como un obstáculo. Si se coloca para que la persona no se caiga al piso en caso de rolar dormida, podría considerarse una estrategia de seguridad más que una sujeción (Meyer y otros, 2008).

Una gran variedad de artículos académicos y científicos refiere una serie de argumentos para justificar el uso de sujeción física y que, en cierta medida, obstaculizan la puesta en marcha de programas alternativos de intervención. El motivo principal se circunscribe en evitar caídas y lesiones, es decir por “seguridad”; el segundo se relaciona con el manejo de la agitación/agresividad; y el tercero con la intención de prevenir la interferencia del usuario/residente en los tratamientos terapéuticos o con la finalidad de proteger instrumentos de monitorización (evitar que se retire por sí mismo vías, sondas, cables de monitorización, tubos de drenaje, entre otros) (Alarcón y Alarcón, 2001, 2008; Galán Cabello y otros, 2008; Meyer y otros, 2009; Fariña-López y otros, 2008) Estos argumentos, además, constituyen algunos de los reconocidos como mitos del uso de sujeciones físicas (Burgueño, 20015).

¿Quiénes presentan mayor riesgo de ser sujetos y permanecer con una sujeción física?

Existen algunos factores o características —personales, familiares, sociales o culturales— que aumentan la probabilidad de que se produzca un fenómeno determinado. En la literatura se han identificado diversos factores de riesgo para ser sometido a sujeciones físicas. Los principales son:

- Deterioro cognitivo
- Deterioro funcional físico (alteraciones posturales importantes, imposibilidad de caminar, debilidad muscular, etc.)
- Ser mujer
- Edad avanzada
- Conducta inapropiada
- Riesgo de caídas
- Uso de medicamentos tranquilizantes
- Pobreza
- Desarraigo familiar
- Necesidad de cuidados médicos instrumentales (sondas, vías de administración de medicación, etc.)

Complicaciones asociadas a las sujeciones físicas

La utilización de sujeciones físicas implica una restricción de la movilidad de la persona. Asimismo, cabe tener en cuenta que la persona mayor debe moverse para no perder masa muscular, fuerza y capacidad funcional. Cada día que una persona está sujeta implica menos fuerza, menos capacidades físicas y mayor riesgo de caerse. Además de las complicaciones en el plano psicológico y emocional.

Las consecuencias se pueden dividir en dos grupos, considerando si se originan por el empleo de los dispositivos utilizados o por negligencias en el uso (Arana, 2015):

Consecuencias físicas:

- Moretones o hematomas
- Úlceras de decúbito
- Complicaciones respiratorias
- Estreñimiento e incontinencia urinaria
- Desnutrición | Deshidratación
- Mayor dependencia en las actividades de la vida diaria
- Pérdida de equilibrio, fuerza muscular, atrofia, rigidez
- Disminución de resistencia cardiovascular
- Hipotensión arterial
- Incremento de riesgos de caídas
- Asfixia | Estrangulamiento
- Infecciones
- Muerte

Consecuencias psicológicas:

- Angustia | Depresión
- Ansiedad
- Agitación
- Pérdida de autoestima
- Pérdida de la dignidad
- Sufrimiento
- Trastorno psico-afectivo

- Aislamiento social y del entorno
- Irritabilidad | Agresividad
- Cuadros confusionales | Desubicación temporo-espacial
- Estrés
- Temor | pánico | vergüenza
- Apatía | Desgano

La persona mayor que permanece con sujeción física durante un tiempo va perdiendo indefectible y progresivamente su funcionalidad. Por el contrario, cuando se quita la restricción física y recupera la libertad de movimiento, la persona puede volver a niveles funcionales previos. Esta situación hay que acompañarla con medidas de seguridad ambiental y también con rehabilitación y estimulación.

Estrategias para disminuir el uso de sujeciones físicas

Para ordenar las estrategias, diferenciaremos tres situaciones que suelen presentar dificultades:

a. Personas que se caen de la silla

- Asegurar una postura cómoda en una buena silla, con un buen almohadón (hay personas con mayor dificultad, que van a requerir de una evaluación de un especialista que indique la silla más adecuada según la patología).
- Colocar una cuña anterior de modo que el asiento de la silla quede reclinado hacia atrás.



Imagen 12: Silla de ruedas con asiento reclinado.

- Garantizar la mayor superficie de apoyo inferior posible en la cual apoye bien la cola y la parte posterior de los muslos hasta el hueso poplíteo (evitar usar almohadones tipo aro antiescaras)



- Colocar telas o gomas antideslizantes sobre la silla



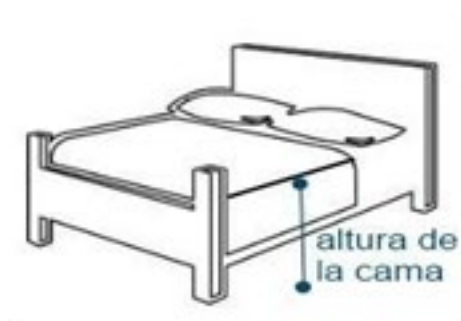
Imagen 14

- Garantizar cambios de posición cada hora si la persona no puede hacerlo por sí misma
- Si la persona puede caminar, invitarla a hacerlo varias veces al día



b. Personas que se caen de la cama o en el trayecto al baño

- Proveer oportunidades para el uso regular del baño. Llevarlo cada tres horas.
- Procurar que utilice andadores y bastones según su necesidad, si usa lentes y audífonos, constatar que los tenga al lado de la cama.
- La altura de la cama debe ser tal como para que los pies de la persona sentada al borde lleguen al piso.



- Si la persona se cae de la cama, pero no puede caminar, colocar un colchón en el piso (no evitará la caída, pero disminuirá la gravedad).
- También se puede colocar barandas hasta la mitad del largo de la cama (media baranda).
- Si la persona se levanta sin avisar y logra caminar algunos pasos y se cae, colocar alarmas de cama/silla (se pueden conseguir en el mercado como alarmas de movimiento o también se pueden fabricar dispositivos hogareños que hagan ruido cuando la persona se levante de la cama).
- Medidas para optimizar el medio ambiente: bajar estímulos ambientales, generar entorno familiar y favorecer la orientación con carteles con consignas claras y fáciles de entender (ej. "usa el andador para ir al baño").
- Reevaluación de la medicación con el/la médico/a, algo muy importante.
- Entorno físico amplio, bien iluminado y seguro (quitar obstáculos en los recorridos más habituales).
- Calzado sólido no deslizante, suela de goma y agarre posterior.



c. Personas que presentan deambulaci3n errática o wandering

- Brindar oportunidad de ejercicio en áreas seguras.
- Actividad diurna suficiente para asegurar el sueño en la noche.
- Monitorizaci3n del vagabundeo.
- Ambientes amplios, bien iluminados y seguros (se pueden colocar barrales, si es necesario)
- Evitar acceso a lugares que puedan ser potencialmente peligrosos (escaleras)
- Eliminar estímulos visuales y distractores (luces que impacten directamente en el rostro, sonidos fuertes, marcas o señaes en el piso).
- Crear circuitos que permitan y organicen la deambulaci3n (es ideal un recorrido circular que permita caminar sin cambios de direcci3n abruptos).
- Programa de rehabilitaci3n y estimulaci3n siempre (en estadios avanzados de demencia la marcha se puede ir perdiendo. Los programas de rehabilitaci3n o de estimulaci3n de la marcha, pueden retrasar este proceso).

Alternativas al uso de sujeciones

Algunos autores brindan alternativas posibles al uso de esta práctica, resaltando constantemente que la sujeción física debe constituir el último recurso. Atento a ello, las estrategias a tener en cuenta son:

- Instrumentar un modelo de atención centrado en la persona (atención individualizada)
- Comunicación asertiva, escucha empática
- Estar atentos a las necesidades de apoyo sociosanitario (ej. actividades de la vida diaria, cambios posturales, ejercicios regulares).
- Entornos accesibles y favorecedores para mejorar la calidad de vida de la persona: iluminación adecuada. Colocación de antideslizantes en los sectores más propensos de accidentes. Eliminación de mobiliarios innecesarios. Colchones apropiados. Colocación de colchones a nivel del suelo. Bajar las camas según necesidades de la persona para evitar caídas. Sillas con asientos profundos. Implementar la puesta en marcha de programas específicos por áreas. Fomentar la interacción social a pesar del grado de dependencia de la persona.
- Priorizar las medidas de estimulación y rehabilitación antes que las de inmovilidad.
- Invertir en seguridad pasiva (barrales y barandas, pisos antideslizantes, buen mobiliario, etc.).
- Buscar instancias de formación en la temática de aquellos profesionales que trabajan con personas mayores.
- Hacer participar a la persona mayor en la toma de decisiones y cuando esto no sea posible, incluir a la familia explicando y compartiendo los riesgos.

Existe evidencia empírica suficiente para apoyar la idea de que, en muchos casos, la sujeción física causa más daño que beneficio. Afecta la movilidad, la autonomía y la calidad de vida. El énfasis debe centrarse en la búsqueda de alternativas adecuadas. De esta manera, se hacen intentos para proteger a las personas mayores de daño y respetar su libertad personal tanto como sea posible.

Es importante tener presente que la sujeción física no debe usarse nunca:

- por conveniencia
- por presión familiar
- por inseguridad o miedo del profesional
- como castigo
- sin haber intentado otras estrategias antes (documentadas y probadas en varias oportunidades)



Conclusión

Las sujeciones físicas no curan, no solucionan problemas de salud y no son buenas prácticas. Debemos formarnos y continuar concientizando a todos los actores que participan del cuidado de las personas mayores, en la importancia de buscar, conocer, aprender y fomentar otras maneras más humanas de cuidar y proteger. El trabajo con las familias es fundamental para compartir miradas, valores, prioridades y también poder compartir el riesgo de cuidar. Cuidar con cierto nivel de riesgo y no cuidar a cualquier precio es una práctica cada vez más aceptada y valorada a la hora de pensar en proporcionar una mejor calidad de vida para las personas mayores con dependencia.

Debemos maximizar los esfuerzos para que quienes trabajan en el campo gerontológico puedan asumir el compromiso ético y moral de diseñar estrategias de intervención que pregonen el cuidado digno y humanizado, el buen trato y el respeto de los derechos. Se debe ser consciente que “atando no se cuida”, si no existe decisión institucional, consensos y formación “desde arriba” (organización) “hacia abajo”, el cambio real será inviable y solo se limitará a buenas intenciones.

No usar sujeciones físicas implica necesariamente usar otro tipo de estrategias. Por lo tanto, no alcanza solo con “no sujetar”, sino que se deben implementar una serie de acciones que tiendan a disminuir el riesgo de caídas o disminuir la gravedad de las consecuencias de una caída.

Cada individuo tiene su propia personalidad, una historia de vida (biografía) única, factores genéticos y ambientales condicionantes, y, por lo tanto, todos envejecemos de manera diferente. Por consiguiente, cada persona mayor tiene necesidades diferentes que requieren distintos abordajes. De ahí la importancia de contar con recursos suficientes que permitan al personal de salud dar respuesta a esta demanda.

Por todo lo anterior, recomendamos continuar con más instancias de capacitación en el cuidado de las personas mayores, compartir las experiencias con colegas y buscar ayuda ante situaciones difíciles de abordar.

Desatar para cuidar...

Bibliografía

Alarcón T y Alarcón TA. (2008). El uso adecuado de la restricción física en el anciano: una preocupación creciente, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, vol. 43, p. 197–8. [http://dx.doi.org/10.1016/s0211-139x\(08\)71181-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0211-139x(08)71181-8)

Alarcón, T y Alarcón TA. (2001), Uso de restricción física en el anciano en el siglo XXI ¿necesidad o falta de formación? *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, vol. 36, p. 46–50. [http://dx.doi.org/10.1016/s0211-139x\(01\)74682-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0211-139x(01)74682-3)

Arana AB (2015). Contención mecánica en ancianos en el domicilio Guía de recomendaciones para profesionales de enfermería de Atención Primaria. Universidad Pública de Navarra. <https://academica-e.unavarra.es/xmlui/handle/2454/18612>
Bourbonniere M; Strumpf NE; Evans LK y Maislin G. (2003) Organizational characteristics and restraint use for hospitalized nursing home residents, *J Am Geriatr Soc*, Aug;51(8):1079–84.

Burgueño AA (2015). Falacias sobre sujeciones (contenciones) físicas. *DILEMA-TA*.;7(19):135–47.

Capezuti E, Evans L, Strumpf N, Maislin G. (1996) Physical Restraint Use and Falls in Nursing Home Residents, *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 44. p. 627–33. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.1996.tb01822.x>

CMS (2010) Center for medicare and medicaid services. CMS's RAI versión 3.0 Manual. 2010. Capítulo 3, disponible en: [www.cms.gov/nursing home quality units/45_NHQIMDS30TrainingMaterials.asp#TopOfPage](http://www.cms.gov/nursing/home%20quality%20units/45_NHQIMDS30TrainingMaterials.asp#TopOfPage)

Cohen-Mansfield J.(1986) Agitated Behaviors in the Elderly: II. Preliminary Results in the Cognitively Deteriorated, *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 34, p. 722–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.1986.tb04303.x>

Dawkins VH (1998). Restraints and the Elderly With Mental Illness: Ethical Issues and Moral Reasoning, *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, vol. 36, p. 22–7.: <http://dx.doi.org/10.3928/0279-3695-19981001-13>

Evans D, Wood J, Lambert L. (2002) A review of physical restraint minimization in the acute and residential care settings, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 40, p. 616–25. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02422.x>

Fariña-López E, Estévez-Guerra GJ. (2011), Physical restraint of patients:

historical notes relating to the nineteenth and twentieth century, *Rev Enferm*, Mar;34(3):22-9.

Fariña-López E; Estévez-Guerra GJ; González EN y otros (2008) Estudio descriptivo sobre la actitud de la familia ante el uso de restricciones físicas en mayores: resultados preliminares, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, vol. 43, p. 201-7. [http://dx.doi.org/10.1016/s0211-139x\(08\)71183-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0211-139x(08)71183-1)

FDA (Food and Drug Administration) (2000), CMS/CDRH Letter Regarding Physical Restraint Definition, <http://www.fda.gov/MedicalDevices/Product-sandMedicalProcedures/GeneralHospitalDevicesandSupplies/HospitalBeds/ucm123678.htm>

Galán Cabello CM; Trinidad Trinidad D; Ramos Cordero P y otros (2008), Use of physical restraints in an elderly population living in public nursing homes, *Rev Esp Geriatr Geronto*, I Jul;43(4):208-13.

Meyer G; Köpke S; Haastert B y Mühlhauser I. (2009) Restraint use among nursing home residents: cross-sectional study and prospective cohort study, *Journal of Clinical Nursing*, vol. 18, p. 981-90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02460.x>

Retsas, AP. (1998) Survey findings describing the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia, *International Journal of Nursing Studies*, vol. 35, p. 184-91. [http://dx.doi.org/10.1016/s0020-7489\(98\)00027-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0020-7489(98)00027-3)

Rubio Domínguez J. (2017), Patient mechanical restraint. Current situation and help for healthcare professionals, *Rev Calid Asist*, May;32(3):172-7.

SEGG Bleijlevens MHC, Wagner LM, Capezuti E, Hamers JPH, (2016) The International Physical Restraint Workgroup. Physical Restraints: Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique, *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 64, p. 2307-10. <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.14435>

Derechos Humanos de las personas mayores.

Actualización de contenidos en Gerontogeriatría para equipos de salud.

CAPÍTULO 10:

Epidemiología básica aplicada a la atención de las personas mayores

Yanina Miragaya

Jefa de División de Epidemiología y Riesgo Socio-Sanitario del INSSJP-PAMI. Licenciada en Obstetricia. Maestranda en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud por la Universidad Nacional de Lanús. Asesora en Políticas Públicas Sanitarias de la ACUMAR (2015-2016) y Responsable de Vigilancia Epidemiológica de la Municipalidad de Avellaneda (2016).

Florencia Copello Liñan

Integrante de la División de Epidemiología y Riesgo Sociosanitario del INSSJP-PAMI. Médica especialista en Tocoginecología. Maestranda en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud por la Universidad Nacional de Lanús.

Pablo Rall

Integrante de la División de Epidemiología y Riesgo Socio Sanitario del INSSJP-PAMI. Médico especialista en Medicina General y/o Familiar (2016). Maestrando en Epidemiología,

Gestión y Políticas de Salud por la Universidad Nacional de Lanús. Responsable de Vigilancia Epidemiológica de la Municipalidad de Hurlingham (2016). Docente del curso de Salud Pública del módulo argentino de International Honors Program.

Introducción

La salud de una población –en este caso, las personas mayores afiliadas del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSS-JP-PAMI)– depende de una red multicausal de factores biológicos y sociales. El cuidado de su salud es, por lo tanto, un esfuerzo que excede la mera aplicación de tecnologías médicas.

La Epidemiología es una valiosa herramienta de la salud pública para descubrir las causas del proceso salud-enfermedad-atención de una población, profundizar su comprensión y planificar acciones tendientes a darle una solución a los problemas, con la esperanza de contribuir a mejorar su salud. Asimismo, se observa un interés renovado por la epidemiología desde espacios relacionados con las políticas de salud y/o la gestión de la salud, con miras a brindar servicios más oportunos y eficaces.

En este sentido, existe un vínculo indisoluble entre la Epidemiología, las políticas y la gestión de los servicios y las organizaciones de salud. Las políticas, originadas en la identificación de problemas en el estado de salud de una población, resultan de una gran variedad de factores. Por un lado, derivan de las necesidades y demandas en el campo de la salud; por otro, del surgimiento y avance de las tecnologías; pero fundamentalmente, de la correlación de fuerzas sociales en torno a la concepción de dos valores centrales de la sociedad: la solidaridad y la equidad.

Así, para la formulación de políticas de salud se tienen en cuenta las siguientes preguntas: ¿Qué queremos del sistema de salud y qué objetivos se buscan? ¿Para qué o qué se busca lograr con las intervenciones que se realicen? ¿Cómo se pretende sean sus formatos o características?

En este módulo, entonces, se abordarán los siguientes puntos respecto de la Epidemiología, sin olvidar su vínculo con las políticas de salud, y la gestión de los servicios y las organizaciones de salud:

- Los conceptos clave del campo de estudio de la Epidemiología
- El registro de información como herramienta básica para la epidemiología
- Los aportes de la epidemiología a los servicios de salud para la población de personas mayores afiliadas al INSSJP-PAMI

¿Qué es la Epidemiología?

La epidemiología es una ciencia relativamente joven. El momento en que se empieza a desarrollar como disciplina no es casual, ya que coincide con los cambios sociales y demográficos producidos por el aumento de la población en Europa y su concentración en las ciudades. Esto causó la aparición, en proporciones epidémicas, de muchas enfermedades como el cólera, la peste, las enfermedades respiratorias y las carenciales. A su vez, creó el contexto ideal para estudiarlas.

En la actualidad, la epidemiología constituye la principal ciencia de información en salud. Comprende tres aspectos principales:

1. Estudio de los determinantes de salud-enfermedad;
2. Análisis de las situaciones de salud;
3. Evaluación de tecnologías y procesos en el campo de la salud.

Orígenes históricos

De Almeida Filho y Rouquayrol (2011) consideran que las raíces históricas de la epidemiología pueden identificarse en “una trilogía de elementos conceptuales, metodológicos e ideológicos, representados por la clínica, por la estadística y por la medicina social”.

La constitución de la clínica como un saber técnico propio –naturalizado, racionalista y moderno– fue fundamental para la formación histórica de la Epidemiología. Se dio como producto de un proceso que incluyó a la conversión de los hospitales (de lugares de alojamiento para viajeros y necesitados, a lugares para recibir y tratar a enfermos); a la deslegitimación de legos y religiosos que se ocupaban originalmente de tratar enfermedades; y la institucionalización de la práctica clínica por medios de asociaciones, redes y el surgimiento de la fisiología y la teoría microbiana.

La estadística representa un elemento distintivo de esta ciencia en su original intento por cuantificar las enfermedades. Surge en el contexto de la formación del Estado moderno y hace posible el intento de convertir a los Estados naciotes –sus pueblos, como elementos productivos y sus ejércitos, como elementos beligerantes– en un objeto cuantificable. Se integró a la clínica médica por medio de la valorización de la matemática en el campo científico de la salud –por ejemplo, la teoría de probabilidades– y el advenimiento de la estadística médica.

La medicina social define a los diferentes intentos de abordar colectivamente la cuestión de la salud, basados en el principio de que se trata de una cuestión política y social. A pesar de que sus inicios se remontan a los procesos de consolidación de la burguesía en Inglaterra, Francia y Alemania a fines del siglo XVIII; en rigor, durante la revolución industrial, con el surgimiento de un proletariado urbano sometido a intensos niveles de explotación, aparece un movimiento organizado para la politización de la medicina, bajo el lema de “la política como medicina de la sociedad y a la medicina como práctica política”.

Teorías epidemiológicas

El autor Marcelo Urquía (2019) desarrolla una clasificación de las teorías o paradigmas de esta disciplina. Se basa en el trabajo de Susser y Susser, que distinguen tres paradigmas que dominaron el pensamiento epidemiológico en su momento, marcando “eras” que se sucedieron, que delinean la evolución de la Epidemiología.

El primer paradigma, representado por la teoría miasmática, dominó hasta fines del siglo XIX. El mismo sostenía que las enfermedades se contraen de las emanaciones impuras del suelo, aire y agua. Se atribuía a las condiciones de vida –especialmente a las relacionadas con la pobreza– un peso importante en la diseminación de las enfermedades. Inauguró la era de las estadísticas sanitarias, al basar su modelo de análisis en las diferencias regionales en la mortalidad, según las condiciones del ambiente. Las intervenciones impulsadas por este paradigma se orientaban principalmente hacia las obras públicas (cloacas, agua potable, infraestructura urbana y recolección de residuos).

El segundo paradigma, el de la teoría del germen, desplazó a la teoría miasmática con el descubrimiento del bacilo de Koch en la década de 1880. Su modelo de análisis se focalizó en el germen responsable de la enfermedad, y dio inicio a la epidemiología de las enfermedades infecciosas. Las intervenciones impulsadas a partir de esta teoría se basaron en las vacunas, cuarentenas y hospitales para infecciosos, de modo de cortar la transmisión del germen.

El tercer paradigma, de la caja negra, se convirtió en dominante en la segunda mitad del siglo XX. A diferencia del modelo unicausal de la teoría del germen, intenta relacionar eventos en salud a uno o múltiples factores de exposición, con lo cual inaugura el modelo de riesgo. Las intervenciones impulsadas por el paradigma apuntan al control de los factores de exposición (factores de riesgo) por medio de la modificación de estilos de vida (dieta, ejercicios, etc.), de los agentes (armas, comida, etc.) o del ambiente (contaminación, exposición al humo del cigarrillo, etc.).

Cabe mencionar que este paradigma, actualmente vigente, viene siendo cuestionado desde la década de 1980, y algunos autores postulan la necesidad de cambiarlo por uno nuevo. Se critica su limitación para explicar y proponer intervenciones eficaces para problemas de salud complejos que requieren múltiples niveles de análisis, como las enfermedades cardiovasculares, los problemas de salud mental y las adicciones.

No existe consenso en cuanto a la forma que debería tomar esa nueva Epidemiología. Sin embargo, las últimas décadas han dejado en claro el lugar preponderante que deberá ocupar la dimensión sociocultural. Los fenómenos estudiados por esta disciplina pertenecen al ámbito colectivo y, por lo tanto, deben remitir a lo social. Entonces, ¿tiene sentido pensar en algún proceso biológico independiente del contexto social? Todo lo contrario: no es posible pensar al individuo aislado, desenraizado de la sociedad en que vive.

Coincidimos con la postura de Urquía (2019) acerca de que la práctica de la Epidemiología supone el mismo referente empírico que las ciencias sociales: poblaciones humanas concretas. Lo sociocultural, entonces, es el espacio en donde puede explicarse no solo el origen de ciertas enfermedades, sino fundamentalmente la magnitud y distribución de la mayoría de ellas. Como sostiene Geoffrey Rose (2001), los factores genéticos dominan la susceptibilidad individual a la enfermedad, pero el ambiente y el estilo de vida dominan la incidencia y la prevalencia.

Epidemiología y el registro de información en salud

En términos generales, podemos decir que se registran datos en salud para una variedad de propósitos individuales y colectivos:

- Realizar el seguimiento de los problemas de salud de las personas de la comunidad.
- Apoyar la comunicación entre los integrantes del equipo.
- Anticipar los problemas de salud.
- Tomar medidas políticas para disminuir la prevalencia de los problemas de salud.
- Conocer las normativas.

La información sobre la salud de la población es muy importante en todos los niveles del sistema; de ahí la importancia de la participación activa de todos los integrantes de una organización de salud para la construcción de información pertinente y completa que pueda ser utilizada en el proceso de toma de decisiones.

Los procesos de gestión y decisión en salud exigen el uso de un gran número de datos y de información. Para obtener datos válidos y variados, impera darle valor no solo a aquello que se registra formalmente, sino también a la información que llega a los servicios de salud por distintas vías. De esta manera, se encuentra el modo de recuperarla para usarla y analizarla en la tarea cotidiana.

El personal y equipos de salud en su conjunto tienen un rol protagónico en la recolección de datos descriptivos como, por ejemplo, el motivo de consulta, la historia de la enfermedad y la historia social y familiar de las personas. Tener un registro de datos permite llevar a cabo un seguimiento de los procesos salud-enfermedad-atención de la población objetivo. El registro, sostenido en el tiempo, resulta especialmente valioso, ya que permite conocer la situación de salud de una determinada población, su evolución, revisar las acciones, los resultados y poder mejorarlos. A partir de los datos obtenidos, los métodos epidemiológicos permiten organizarlos, analizarlos e interpretarlos.

Existen, en general, dos tipos de fuentes de información para los análisis epidemiológicos: los registros continuos y la población. El uso de una u otra fuente dependerá de los objetivos del análisis.

En los registros continuos, la información se recolecta a través de formularios estandarizados o diseñados previamente. Para que los datos se puedan utilizar, deben completarse adecuadamente sin alterarlos ni modificarlos. Los registros continuos constituyen una de las mejores fuentes de información sanitaria. Se utiliza prioritariamente en el diagnóstico de la situación de salud de la población, la evaluación de las acciones de salud y el conocimiento de nuevos problemas.

En los análisis epidemiológicos específicos, casi siempre se recurre a la población para obtener la información. Por ello, se dice que la población se toma como una fuente de datos. En algunos casos, puede utilizarse la información de los registros sanitarios, los registros generados en el servicio de salud y los registros locales (municipales, provinciales). Los procedimientos de recolección también dependen del tipo de información que se desea conocer. Si la información que se busca es de tipo cuantitativa o numérica, destinada a efectuar cálculos estadísticos, se deben utilizar procedimientos simplificados y estandarizados, que permitan plasmar posteriormente mediciones y comparaciones. En el caso de que se busque una

información más cualitativa, se deben emplear procedimientos de observación y registro, como la observación participante, la entrevista en profundidad y los grupos focales.

De los datos a la producción de información y conocimiento

En una conversación informal, los términos “dato”, “información” y “conocimiento” suelen utilizarse indistintamente. Pero, para mejorar el trabajo, conviene distinguirlos para dar una interpretación particular y uniforme a cada uno de ellos.

Los datos, entonces, pueden presentarse como atributos cuantitativos o numéricos (por ejemplo, la edad de las personas), o bien cualitativos o relacionados con las cualidades o características (por ejemplo, las opiniones o percepciones referidas a la salud o enfermedad). Desde una mirada epidemiológica, el dato aislado no cobra significado, pero, convenientemente procesado, se puede utilizar en la formulación de cálculos que muchas veces orientarán la toma de decisiones. Los datos, por ende, se convierten en información cuando, al procesarlos, se les añade significado. A diferencia de los datos, la información tiene significado, es decir, relevancia y propósito. La contextualización de estos datos, asociados y estructurados, se convierte en información y proporciona un documento, que tendrá un sentido y un propósito. No obstante, la información necesita valores como la experiencia, el contexto temporal y la orientación hacia una acción para convertirse en conocimiento.

Cabe recordar que quien informa es quien más sabe del acontecimiento que se está registrando y quien puede consignar con precisión todos los datos solicitados. Asimismo, es necesario tener presente que la información veraz, completa y oportuna es un bien público, por lo tanto, completar estos datos correctamente implica una responsabilidad y también una necesidad, ya que facilita la toma de decisiones.

La vigilancia epidemiológica como información para la acción

Muchos de los datos que se observan y registran darán lugar a análisis para saber de dónde surge un determinado problema de salud, y qué se conoce o necesita para resolverlo. La información que genera el Ministerio de Salud de Nación acerca

de los datos de salud de la población surge primero en cada servicio de salud, con los registros de los eventos.

La vigilancia epidemiológica está constituida por una serie de acciones orientadas a detectar la aparición de enfermedades nuevas o no, o el crecimiento inesperado de una determinada enfermedad. Sirve para evaluar, por ejemplo, el riesgo de una epidemia o la existencia de enfermedades endémicas. Está destinada a poder intervenir oportunamente a fin de evitar el aumento de casos. Así, podemos decir que no existe vigilancia sin información y tampoco sin acciones de control.

En Argentina, la notificación de las enfermedades transmisibles está reglada por la ley nacional 15.465 de 1960. Posteriormente, en la Resolución del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación N° 394, de 1994, se incorporaron las Normas del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, que clasifican a las enfermedades a notificar semanalmente a través de la planilla de consulta diaria:

- Enfermedades de notificación individual, que puede ser inmediata o semanal. La inmediata se hace el mismo día y se consigna además en la planilla semanal con todos los datos completos del paciente.
- Enfermedades de notificación por grupos de edad y de las que solo se notifica el número de casos.

Los casos de las enfermedades incluidas son publicados por el Ministerio de Salud a través del Boletín Epidemiológico, que se actualiza con los datos de cada semana epidemiológica. Las enfermedades de notificación obligatorias son:

Cuadro 1. Enfermedades de notificación obligatoria

Cólera	Disentería: amebiana, bacilar, infantil, estival
Fiebre amarilla, urbana, selvática	Estreptococias: escarlatina, fiebre reumática
Peste: Humana, en roedores	Hepatitis infecciosa a virus
Viruela	Influenza o gripe (exclusivamente en forma epidémica)
Tifus exantemático transmitido por piojos	COVID-19
Fiebre recurrente transmitida por piojos	Infecciones o intoxicaciones alimentarias (a estafilococos y sin especificar)
Botulismo	Leishmaniasis
Encefalitis infecciosa aguda	Leptospirosis (enfermedad de Weil, ictericia hemorrágica, fiebre canicola),
Enfermedad de Chagas-Mazza	Meningitis purulenta meningocócicas y otras
Fiebre tifoidea y paratifoidea	Necatoriasis o anquilostomiasis
Hidatidosis	Neumonía atípica primaria (neumonitis)
Lepra	Ofidismo y aracnoidismo
Paludismo	Parotiditis urliana
Poliomielitis anterior aguda (forma paralítica)	Poliomielitis no paralítica y otras neurovirosis sin especificar
Rabia humana: personas mordidas por animales sospechosos	Psitacosis y ornitosis
Sífilis	Rabia animal
Tuberculosis	Rubéola
Tétanos	Sarampión
Triquinosis	Tifus endémico murino transmitido por pulgas
Virosis hemorrágica del Noroeste bonaerense	Tracoma
Actinomicosis	Varicela
Brucelosis humana	Venéreas: blenorragia, chancro blando, granuloma venéreo
Carbunco humano	
Coqueluche	
Dengue	
Zika	
Difteria	

Fuente: elaboración propia.

Sin duda, el sesgo que posee este listado de enfermedades de notificación obligatoria –la enorme mayoría son transmisibles– genera limitaciones para la recolección de toda la información necesaria para la gestión de una organización como el INSSJP-PAMI. Esto se debe a que no se logra recolectar información sobre una multiplicidad de otros eventos de salud, o se las recolecta de manera parcial y fragmentada. No obstante, provee un claro ejemplo del rol fundamental del personal de salud del INSSJP-PAMI en el pasaje de datos recolectados de forma correcta, sistemática y completa en cada servicio de salud, a su transformación en información y conocimiento para la mejoría de la gestión de los servicios y las prestaciones a la población de afiliados.

Indicadores epidemiológicos y sus aportes a los servicios de salud del INSSJP-PAMI

La situación de salud de una población está relacionada con los determinantes sociales, las desigualdades en la accesibilidad a la salud y con el modo en que estos determinantes se distribuyen en los diferentes estratos sociales. Estos determinantes dan origen a tres grandes dimensiones en el análisis de la situación de salud:

1. Análisis demográfico y socioeconómico;
2. Análisis de morbilidad (enfermedades) y mortalidad (muertes);
3. Análisis de la respuesta social por parte de los servicios de salud.

Estas tres dimensiones deben estar siempre presentes en el análisis de la situación de salud, ya que se considera a las personas como seres con historia que se vinculan permanentemente con su medio social y físico, y que son afectados por las respuestas sociales de los servicios de salud.

A continuación, se desarrollarán estas dimensiones desde la perspectiva de la población de personas mayores. Consideramos que un análisis de la situación de salud de esta población en Argentina, en términos generales, puede ser útil para reflexionar sobre –e, idealmente, abordar– la población de personas mayores afiliados del INSSJP-PAMI.

Análisis demográfico y socioeconómico

El ritmo de envejecimiento de la población es mucho más rápido que en el pasado. Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años prácticamente se duplicará, pues pasará del 12% al 22% (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). En 2050, el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2018).

Todos los países se enfrentan a retos importantes para garantizar que sus sistemas de salud y de seguridad social estén preparados para afrontar ese cambio demográfico. La Argentina y el INSSJP-PAMI, con casi cinco millones de afiliados, de los cuales la enorme mayoría son personas mayores, no es la excepción.

Los procesos de envejecimiento poblacional difieren entre países, y al interior de ellos, si se analiza la población según indicadores demográficos y socioeconómicos. Los indicadores demográficos del envejecimiento poblacional pueden dividirse en tres dimensiones, como se desarrolla a continuación.

Cuadro 2. Indicadores sociodemográficos del envejecimiento poblacional.

INDICADORES DEL AUMENTO CUANTITATIVO DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR	INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR	INDICADORES RELACIONADOS CON LA SOBREVIVENCIA Y LAS TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD
Número absoluto de personas mayores	Índice o relación de feminidad (total, urbana o rural)	Esperanza de vida al nacer
Proporción de personas mayores en relación con la población total	Proporción de personas mayores en áreas urbanas y rurales	Esperanza de vida a los 60 años
Índice de envejecimiento demográfico	Porcentaje de personas mayores analfabetas	
Relación de dependencia		
Tasa de crecimiento anual de la población adulta mayor		

Fuente: elaboración propia.

En relación con el número absoluto de personas mayores, un 10,2% de la población argentina es mayor de 65 años, uno de los tres países latinoamericanos de mayor envejecimiento de la población (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC], 2014).

Respecto de la proporción de personas mayores en relación con la población total en la Argentina, el cuadro 3 permite observar una tendencia general, continua y sostenida al aumento porcentual, que gana progresivamente más importancia respecto de otros grupos etarios más jóvenes (Tisnés y Salazar-Acosta, 2016).

Cuadro 3. Estructura de la población total por grandes grupos de edad. Total del país.
Censos nacionales de población 1895-2010 (en porcentaje)

CENSOS NACIONALES DE POBLACIÓN					
	1970	1980	1991	2001	2010
TIPO DE POBLACIÓN Y GRUPOS DE EDAD					
Población total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0 -14 años	29,1	30,3	30,6	28,3	25,5
15-64 años	63,7	61,5	60,5	61,8	64,3
65 años o más	7,2	8,2	8,9	9,9	10,2

Fuente: (Tisnés y Salazar-Acosta, 2016)

Un análisis del envejecimiento de la población femenina en Argentina, utilizando el índice de feminidad total (que expresa el número de mujeres por cada 100 hombres), muestra que a lo largo del tiempo, y dentro de cada grupo etario, existe una tendencia al crecimiento de esta población. Es más leve en las edades comprendidas entre 65 y 69 años, pero comienza a mostrarse más notable en los grupos de más edad y puntualmente en el grupo de 80 años o más (Tisnés y Salazar-Acosta, 2016).

La esperanza de vida al nacer representa el número promedio de años de vida adicionales que una persona -perteneciente a una cohorte- podría vivir si las tasas de mortalidad específicas por edad para un año determinado se mantuvieran constantes por el resto de su vida. En el cuadro 4 se puede observar la esperanza de vida al nacer documentada y proyectada en la Argentina y otros países de la región.

Cuadro 4. Esperanza de vida al nacer, países seleccionados, 1950-2050

	1950-1955	2000-2005	2045-2050	Diferencia 2050-1950
Brasil	51,0	69,3	78,4	27,4
México	50,7	73,4	79,5	28,8
Chile	54,8	76,0	80,7	25,9
Argentina	62,7	74,1	80,4	17,7

Fuente: (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2006)

El indicador de la esperanza de vida a los 60 años estima el número promedio de años que le restaría vivir a una persona si las condiciones de mortalidad al momento del cálculo permanecieran constantes. Se considera un buen indicador del proceso de envejecimiento, ya que permite estimar el número medio de años que le resta por vivir a las personas mayores, y además indica sus condiciones de salud. En el cuadro 5 se puede observar la esperanza de vida a los 60 años documentada y proyectada, por sexo, en la Argentina y otros países de la región.

Cuadro 5. Esperanza de vida a los 60 años por sexo, países seleccionados, 1950-2050.

	1950-1955	2000-2005	2045-2050	Diferencia 2000-1950	Diferencia 2045-2000
HOMBRES					
Brasil	15,1	17,3	20,7	2,2	3,4
México	15,1	19,9	22,1	4,8	2,2
Chile	14,6	19,1	21,6	4,5	2,5
Argentina	15,0	17,8	21,3	2,8	3,5
MUJERES					
Brasil	15,7	20,6	25,7	4,9	5,1
México	16,1	22,7	26,1	6,6	3,4
Chile	16,9	22,9	26,3	6,0	3,4
Argentina	17,9	22,5	26,5	4,6	4,0

Fuente: (CEPAL, 2006)

Análisis de morbilidad y mortalidad

El envejecimiento conlleva un incremento del riesgo de padecer enfermedades crónicas y discapacidad. Los indicadores utilizados con mayor frecuencia para analizar la morbimortalidad en la población de personas mayores son la prevalencia de:

- Caídas;
- Depresión;
- Demencia;
- Deterioro cognitivo;
- Deficiencias;
- Discapacidad;
- Dependencia;
- Trastornos bucodentales (especialmente pérdida de dientes);
- Enfermedades crónicas transmisibles en las personas mayores;
- Enfermedades crónicas no transmisibles en las personas mayores;
- Tasa de mortalidad;
- Tasa de mortalidad por causas específicas.

Todos los indicadores de morbilidad son relevantes. Muchos de ellos, a su vez, indican la calidad de vida de las personas mayores. A modo de ejemplo, en los cuadros 6 y 7 se describe la prevalencia de deficiencias visuales y auditivas, respectivamente.

Cuadro 6. Población de 60 años y más por grupo de edad y sexo, según existencia de deficiencias visuales. Argentina, 2012.

GRUPO DE EDAD Y SEXO	EXISTENCIA DE DEFICIENCIAS VISUALES	
	SÍ	NO
Total 60 años y más	13,9	86,1
Varones	12,5	87,5
Mujeres	14,9	85,1
60 a 74 años	12,0	88,0
Varones	11,2	88,8
Mujeres	12,7	87,3
75 años y más	18,5	81,5
Varones	16,5	83,5
Mujeres	19,7	80,3

Fuente: (INDEC, 2014)

Cuadro 7. Población de 60 años y más por grupo de edad y sexo, según existencia de deficiencias auditivas. Argentina, 2012.

GRUPO DE EDAD Y SEXO	EXISTENCIA DE DEFICIENCIAS AUDITIVAS	
	SÍ	NO
Total 60 años y más	10,8	89,2
Varones	13,8	86,2
Mujeres	8,5	91,5
60 a 74 años	9,3	90,7
Varones	12,2	87,8
Mujeres	7,0	93,0
75 años y más	14,3	85,7
Varones	18,6	81,4
Mujeres	11,8	88,2

Fuente: (INDEC, 2014)

El indicador de la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles en las personas mayores refleja los problemas de salud más frecuentes en esta población: la hipertensión, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, cáncer, artrosis y los trastornos neuropsiquiátricos (Touceda et al., 2015).

A pesar de tener una significancia estadística menor, cabe incluir a los “gigantes de la geriatría” (inestabilidad y caídas, incontinencia urinaria, inmovilidad, deterioro cognitivo y la polifarmacia) por su impacto desde el punto de vista social, comunitario y económico. Estos síndromes geriátricos parecen predecir mejor la muerte que la presencia o el número de enfermedades específicas. Ahora bien, a excepción de los países que han desarrollado la geriatría como disciplina médica, con frecuencia se dejan de lado en los servicios de salud de estructura tradicional y en la investigación epidemiológica (OMS, 2018).

La tasa de mortalidad varía según la causa específica, el rango etario y el sexo en la población de personas mayores. En términos generales, las principales causas de mortalidad son las enfermedades cardiovasculares (insuficiencia cardíaca y la enfermedad isquémica del corazón), las enfermedades cerebrovasculares, las neoplasias, la diabetes mellitus, la neumonía y las infecciones respiratorias por influenza (Tisnés y Salazar-Acosta, 2016).

Las tasas de mortalidad por enfermedades relacionadas con la desnutrición y las anemias nutricionales, la demencia y la enfermedad de Alzheimer aumentan en la población de mayores de 90 años, y se constituyen en unas de las principales causas de muerte.

Existen, también, diferencias entre sexos. La enfermedad hipertensiva, las demencias y las caídas accidentales muestran mayor peso como causa de defunción entre las mujeres. Entre los varones, las muertes por neoplasias de tráquea, bronquio y pulmón; las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, la cirrosis y otras enfermedades hepáticas, son proporcionalmente mayores (Tisnés y Salazar-Acosta, 2016).

Análisis de la respuesta social por parte de los servicios de salud

Las prestaciones de los servicios de salud establecen uno de los mecanismos de redistribución de la riqueza y son, junto con la educación, un elemento esencial para promover la igualdad de oportunidades, estableciendo una relación recíproca entre los niveles de salud y el grado de desarrollo económico de una sociedad.

Las prestaciones provistas a las personas mayores deberían comprender el amplio abanico de actividades que se realizan en hospitales, centros ambulatorios, atención domiciliaria e instituciones de la comunidad. Los indicadores que permiten comprender y “medir” esta dimensión de la situación de salud de la población de personas mayores son, a su vez, claves para orientar la gestión de una institución como el INSSJP a mediano y largo plazo.

Cabe aclarar que para la construcción de estos indicadores es necesario distinguir entre los estados de salud asociados a la presencia de patologías y factores de riesgo, y aquellos que se relacionan con el acceso a los servicios o prestaciones de salud, de manera de poder determinar las necesidades de esta subpoblación. Entre los indicadores habitualmente utilizados, se mencionan aquellos que tienen especial importancia para la gestión del INSSJP-PAMI:

- Porcentaje de personas mayores que consultaron a un profesional de la salud en el último mes por problemas de salud o enfermedades crónicas.
- Porcentaje de personas mayores internadas en algún establecimiento de salud en los últimos 6 meses.
- Porcentaje de personas mayores con necesidades insatisfechas de atención en salud.
- Porcentaje de personas mayores con indicación de medicamentos.
- Indicadores de compra de medicamentos.
- Índice de disponibilidad de cuidadoras.

Se puede observar en el cuadro 8 los resultados del indicador de porcentaje de personas mayores con indicación de medicamentos en la Argentina. Demuestran la relevancia que cobra el acceso a medicamentos para esta población, que aumenta progresivamente, a mayor edad.

Cuadro 8. Población de 60 años y más por grupo de edad y sexo, según indicación de medicamentos en el último mes. Argentina, 2012.

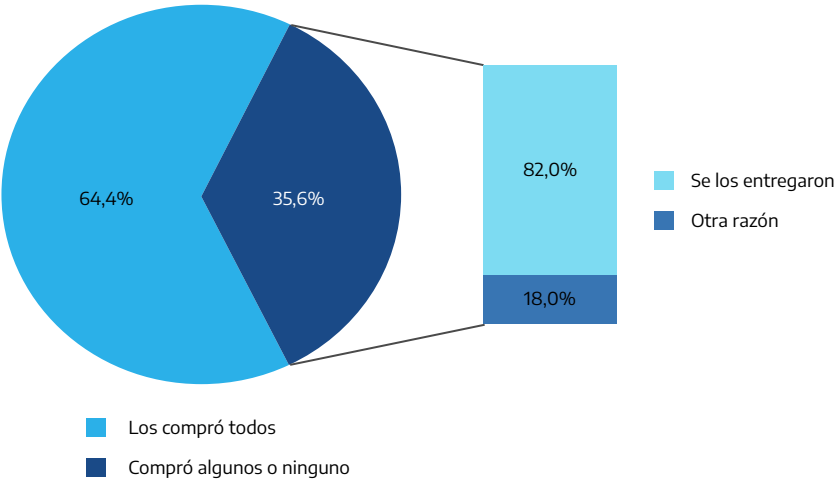
GRUPO DE EDAD Y SEXO	INDICACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL ÚLTIMO MES	
	SÍ	NO
Total 60 años y más	51,9	48,1
Varones	45,0	55,0
Mujeres	57,1	42,9
60 a 74 años	49,7	50,3
Varones	42,9	57,1
Mujeres	55,4	44,6
75 años y más	57,2	42,8
Varones	51,2	48,8
Mujeres	60,7	39,3

Fuente: (INDEC, 2014)

Respecto de los indicadores de compra de medicamentos, resulta fundamental contextualizarlos en función del acceso a la cobertura de salud. Un 83,8% de las personas mayores cuenta con obra social, mayoritariamente PAMI. La cobertura a través del sistema privado de salud es una situación minoritaria: un 6,8% posee mutual, prepaga y/o servicio de emergencia, o una combinación de más de un servicio de salud. Solo un 8,6% no cuenta con cobertura de salud, por lo tanto, se convierten en potenciales usuarios del sistema público (INDEC, 2014).

El gráfico 1, que combina los resultados de dos indicadores de compra de medicamentos, permite observar que existe un porcentaje sustancial de la población de personas mayores que adquiere sus medicamentos con algún grado de gasto de bolsillo.

Gráfico 1. Población de 60 años y más por tipo de compra de medicamentos y motivo de no compra. Argentina, 2012.



Fuente: (INDEC, 2014)

Conclusiones

El proceso de envejecimiento en Argentina, y particularmente la feminización de la población de personas mayores, es un hecho indudable e inexorable. Quien mayormente sufre las consecuencias de este fenómeno es esta misma población, por falta de adecuación del Estado a la nueva realidad; por la velocidad que adquieren los cambios sociales y demográficos; y también por los cambios de tipo tecnológicos.

En este contexto, el INSSJP-PAMI cumple un rol preponderante en asegurar que las políticas sociales y sanitarias del mayor proveedor de servicios sociosanitarios para personas mayores de la región permitan afrontar de la mejor manera posible este panorama. Para lograrlo, la epidemiología resulta esencial, porque produce información en salud de calidad que permite orientar los servicios ofrecidos y garantizar prestaciones de calidad y equitativas.

En el centro de este esfuerzo están las trabajadoras y los trabajadores del INSSJP-PAMI. Resulta indispensable que participen activamente tanto en la recolección de datos como en la producción de información en salud, para que las políticas resultantes redunden en una mejoría en el estado de salud de las personas mayores afiliadas.

Bibliografía

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2006). Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/3539-manual-indicadores-calidad-vida-la-vejez>

De Almeida Filho, N. y Rouquayrol, M. (2011). Introducción a la Epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2014). Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012. <https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2018). Envejecimiento y salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

Rose, G. (2001). **Sick individuals and sick populations** (2001). International Journal of Epidemiology, 30(3), 427-32. <https://doi.org/10.1093/ije/30.3.427>

Tisnés, A. y Salazar-Acosta, L. (2016). Envejecimiento poblacional en Argentina: ¿qué es ser un adulto mayor en Argentina? Una aproximación desde el enfoque de la vulnerabilidad social. Papeles de Población, 22(88), 209-236. <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v22n88/1405-7425-pp-22-88-00209.pdf>

Touceda, M., Rubin, R., y García, C. (2015). Módulo 4: Salud, Epidemiología y Envejecimiento. Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. <https://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/05/Gerontolog--a-Comunitaria-Modulo-41.pdf>

Urquía, M. (2019). Teorías dominantes y alternativas en epidemiología. Cuadernos del ISCo. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús. <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/1/2/5-2>

Derechos Humanos de las personas mayores.

Actualización de contenidos en Gerontogeriatría para equipos de salud.

CAPÍTULO 11:

Uso racional de medicamentos en personas mayores

Eduardo Pérez

Médico sanitarista, especialista en Medicina Interna de la UBA. Magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (Universidad Nacional de Lanús). Docente titular de Epidemiología de la Universidad Nacional de José C. Paz. Docente de posgrado en Salud Pública (UBA). Director General de Salud Ambiental (ACUMAR 2014-2016). Secretario de Salud del Municipio de Moreno (2016-2017). Secretario General de Políticas Sanitarias del INSSJP-PAMI.

Introducción

En este capítulo se abordarán los principales conceptos vinculados a los medicamentos y su uso racional. En primer lugar, se realizará una pequeña descripción del campo de los medicamentos a nivel global y de la Argentina, en particular, intentando detallar la mayor cantidad de actores y las relaciones que existen entre ellos. Luego, se van a enumerar algunas particularidades del uso de los medicamentos en las personas mayores, proponiendo una visión desde las políticas de cobertura y financiamiento, sin dejar de lado las principales características clínicas. Para finalizar, se describirán los desafíos que enfrenta el Sistema Integrado de Salud en nuestro país.

Como punto de partida, se considera a la salud como un campo, desde la perspectiva de Bourdieu. De esta manera, el campo de la salud es un terreno donde convergen actores, problemas, recursos e intereses que se disputan la apropiación y el predominio de uno o más capitales (Bourdieu, 1997). Esos capitales pueden ser de cualquier naturaleza: capitales económicos, sociales, culturales, simbólicos, etc. Los actores de este campo tienen capacidades e intereses específicos, y se relacionan entre sí asociándose o confrontando. Podemos sintéticamente decir, entonces, que el campo de la salud es el resultado de este “juego” dinámico y continuo. El análisis del campo de los medicamentos debe también hacerse desde este marco teórico, pues su análisis –como veremos a lo largo de este módulo– resulta complejo y de múltiples vertientes.

El envejecimiento de la población mundial es un proceso que se viene observando desde hace varios años (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016). En la actualidad, se estima que en Argentina los mayores de 65 años son 5.353.272 personas, el 11,6% de la población total (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INDEC], 2021). Si a ello se suma que las personas mayores son el grupo etario de mayor morbilidad y que los medicamentos representan una de las tecnologías más utilizadas por el campo de la salud para el tratamiento y/o control de las enfermedades, se puede afirmar que las políticas de medicamentos deben ocupar un rol central en lo que respecta a la organización del sistema de salud en su conjunto, en especial, en las personas mayores.

Los medicamentos en el campo de la salud: actores, conflictos y contexto

Se puede definir a los medicamentos como

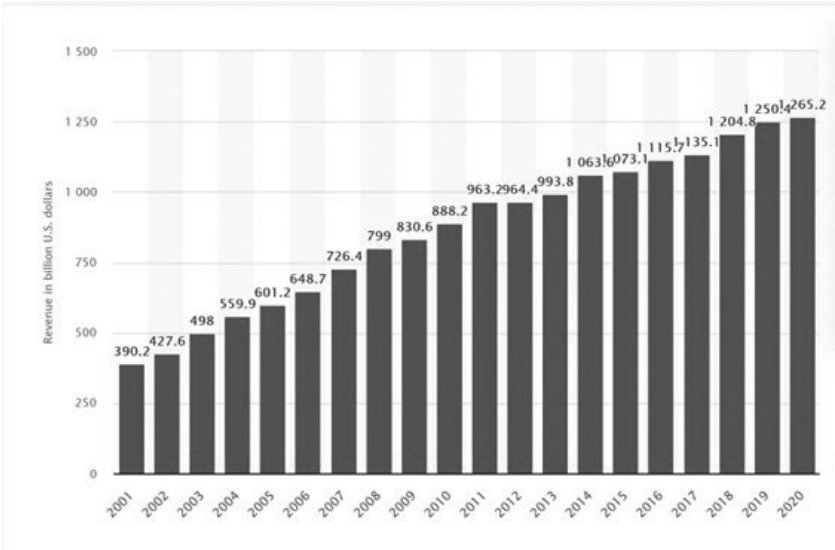
sustancias con propiedades para el tratamiento o la prevención de enfermedades en los seres humanos. También se consideran medicamentos aquellas sustancias que se utilizan o se administran con el objetivo de restaurar, corregir o modificar funciones fisiológicas del organismo o aquellas para establecer un diagnóstico médico (Vasallo, 2016).

Asimismo, los medicamentos representan en la actualidad una de las tecnologías más utilizadas para el abordaje de los llamados “Problemas de Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado” (PSEAC) de la población. Este importante papel que ocupan los medicamentos implica que el acceso a ellos constituye una de las maneras de garantizar el derecho a la salud.

La complejidad de hablar del campo de los medicamentos deriva de la multiplicidad de aristas que pueden analizarse. Los actores que “juegan” en el campo son en extremo heterogéneos, así como sus intereses: pacientes (como individuos y formando colectivos), el personal médico (como individuos y colegiados), las farmacias (y las entidades que las agrupan), las universidades, la industria farmacéutica (los laboratorios y sus cámaras comerciales), los gobiernos (nacional, provinciales y municipales) y el Poder Judicial (a través de amparos), por citar sólo algunos. A su vez, el derecho a la salud individual y colectiva está atravesada por las políticas sanitarias, de producción y de industria, entre otras.

Los medicamentos son un bien que se produce y se comercializa por uno de los sectores industriales más importantes a nivel global, es decir, que el medicamento tiene un precio, un valor económico. A nivel mundial, la industria farmacéutica facturó 1.265 trillones de dólares en 2020, con un crecimiento que se mantiene desde 2001 (Figura 1). Los principales mercados son Estados Unidos, Europa y Japón. América Latina constituye el 6,32% del mercado global de medicamentos. En Argentina, la industria farmacéutica es el tercer sector industrial del país, y facturó el 4,9% del PBI nacional en 2017. Asimismo, emplea a 43.000 personas de manera directa en 210 laboratorios y 190 plantas manufactureras (Basile et al., 2019; Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, 2015). Aproximadamente, 40 de esos laboratorios son públicos.

Figura 1 - Ingresos totales de la industria farmacéutica a nivel global - 2001-2020



Fuente: Statista.

La Tabla 1 muestra la magnitud de la importancia económica que tienen los medicamentos en el gasto en salud de la población argentina. Su precio implica, muchas veces, una de las barreras más importantes al acceso. Por esta razón, los medicamentos no pueden considerarse bienes de consumo liberados al mercado, sino como un bien social. Por lo tanto, su regulación debe estar basada en la seguridad del paciente, la calidad del medicamento y la equidad en el acceso. Sin embargo, la situación actual dista mucho de esta descripción.

Tabla 1. Montos y porcentajes de gastos en salud en Argentina, por tipo de gasto, 2010.

Distintos rubros de gasto en salud	Monto de gasto	% de cada gasto en el total	% de cada gasto s/total sin afiliación	Promedio de gasto poblacional (en \$)
Afiliación voluntaria per cápita	559.029.673	16,8		15,42
Consulta médica	184.365.686	5,5	6,7	5,08
Análisis, estudios	128.303.997	3,9	4,6	3,54
Tratamientos	35.822.489	1,1	1,3	0,99
Consulta al dentista	376.186.133	11,3	13,6	10,37
Consulta al psicoterapeuta	98.959.187	3,0	3,6	2,73
Consulta a otros profesionales	24.739.825	0,7	0,9	0,68
Medicamentos	1.467.327.722	44,1	53,0	40,47
Hospitalización (mensualizado)	74.224.757	2,2	2,7	2,05
Otros gastos (gasas, anteojos)	361.700.987	10,9	13,1	9,98
Prácticas alternativas (mensualizado)	18.084.850	0,5	0,7	0,50
TOTAL	3.328.745.306	100,0	100,0	91,80
TOTAL SIN AFILIACIÓN	2.769.715.633			76,38
Población	36.260.130			

Fuente: MSAL. Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud, 2010.

Desde las teorías económicas, se puede afirmar que el mercado de medicamentos es imperfecto y muy concentrado. Tiene una competencia insuficiente o muy débil, especialmente cuando se analizan grupos sub-terapéuticos, como los tratamientos oncológicos o de enfermedades autoinmunes, especialmente donde la biotecnología irrumpe en mayor grado. Los precios no están regulados y los mecanismos de compra, sobre todo en los medicamentos de alto precio, no son transparentes. Al mismo tiempo, los pacientes se encuentran en una situación de asimetría en la información necesaria para tomar las decisiones vinculadas a medicamentos, tanto en la relación paciente-industria (medicamentos de venta libre) como en aquella paciente-médico/a-industria (venta bajo receta).

Los medicamentos en Argentina pueden dividirse en:

- Medicamentos de venta libre (OTC);
- Medicamentos éticos o de venta bajo receta;
- Medicamentos hospitalarios.

Los medicamentos de venta libre son aquellos que no requieren de una receta médica para poder comprarlos. Habitualmente, las personas se hacen cargo del costo total de esos medicamentos, y la necesidad surge de su propia percepción. La ausencia del/a médico/a en la prescripción coloca a las personas en una situación de mayor indefensión frente a la falta de información adecuada y oportuna de un medicamento. La publicidad en estos casos está permitida, y el medicamento es tratado como un bien de consumo.

Los medicamentos éticos son aquellos que requieren una prescripción médica para adquirirlos en la farmacia. Su indicación requiere del conocimiento médico para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad. A diferencia de los de venta libre, la existencia de un agente que tiene información adecuada sobre el medicamento, ubica a la persona en una mejor posición frente a la industria que intenta venderle. Una proporción del costo de esos medicamentos la asume habitualmente un financiador (obras sociales, seguros o prepagas).

Por último, los medicamentos hospitalarios son aquellos cuya presentación está adecuada a las necesidades de esas instituciones. Habitualmente son genéricos y los adquieren los financiadores y/o prestadores de salud.

Medicamentos esenciales

Pueden definirse como aquellos que cubren las necesidades sanitarias prioritarias de la población, debiendo estar disponibles en todo momento, en la forma farmacéutica adecuada, con garantía de calidad y a precios que las personas y los financiadores puedan pagar (OMS). De esta definición se desprende un aspecto fundamental: debemos definir aquellos que esa población específica necesita, según distintos criterios, a saber (Bolaños, 2016):

1. Prevalencia de las enfermedades o situaciones clínicas a tratar;
2. Características de los medicamentos:

- Eficacia y seguridad con evidencia firme.
- La eficacia relativa/costos en la misma categoría terapéutica.
- Costo del tratamiento completo y no por precio unitario.
- Farmacocinética y biodisponibilidad.
- Condiciones de almacenamiento.

En nuestro país han existido varias políticas públicas orientadas a definir y garantizar el acceso de la población a los medicamentos esenciales. Por ejemplo, el Programa Remediar del Ministerio de Salud de la Nación, orientado a aquellas personas con cobertura del sector público, y el Vademécum de Medicamentos Esenciales que puso en práctica PAMI, en el ámbito de la Seguridad Social.

El Programa Remediar ha facilitado el acceso gratuito a un botiquín específico de medicamentos a las personas con cobertura pública de salud. Además de brindar la cobertura económica del medicamento, buscó incentivar la consulta en los centros de salud basados en la estrategia de atención primaria. La compra de medicamentos mediante licitaciones públicas centralizadas permitió al Estado conseguir precios inferiores a los del mercado. Al mismo tiempo, el sector productor nacional encontró un mecanismo de abastecimiento masivo a poblaciones que normalmente no estaban alcanzadas.

Por su parte, el vademécum de medicamentos esenciales de PAMI ha evidenciado su eficacia para garantizar la continuidad de los tratamientos durante la pandemia. La estrategia se basa en dos premisas:

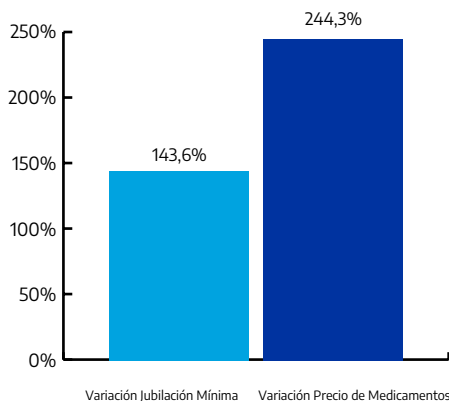
1. La selección de los principios activos según la prevalencia de las patologías en personas mayores y la evidencia que asegura la seguridad y eficacia, así como la información prescriptiva de los médicos de PAMI;
2. La cobertura del 100% de las presentaciones comerciales en farmacias garantiza el acceso económico.

Entre las ventajas de contar con una lista de medicamentos esenciales se destacan las siguientes:

- Propone un análisis costo/efectivo para utilizar en promoción de la salud.
- Se evita la prescripción y el consumo de medicamentos innecesarios, demasiado peligrosos o excesivamente costosos, a los cuales puede accederse con otros mecanismos de control.
- Tratamientos más eficaces y seguros, por ende, mejor calidad de atención.
- Los equipos de salud pueden conocer mejor cada medicamento.
- Se disminuyen las posibilidades de confusión en la prescripción, el despacho y el uso por parte de las personas.
- La farmacovigilancia puede focalizarse en este grupo priorizado.
- Facilidad de controlar la calidad de los medicamentos.
- Permite una gestión más adecuada y un uso más eficiente de los recursos sanitarios de los financiadores.

La Figura 2 muestra la importancia de haber implementado la cobertura al 100% de los medicamentos en las personas mayores en 2020, dado que el aumento de los precios superó al del haber jubilatorio mínimo durante los 4 años anteriores.

Figura 2. Aumentos acumulados de precios de medicamentos y aumentos del haber mínimo. Argentina (2015-2019).



Fuente: Centro CEPA¹

Desde el punto de vista clínico, la lista de medicamentos esenciales debe asociarse a un formulario terapéutico y a pautas clínicas para el diagnóstico y el tratamiento. Desde la perspectiva de los financiadores y prestadores, el listado permite orientar la cobertura hacia los principios activos más efectivos, seguros y de calidad.

Regulación de precios de los Medicamentos de Alto Precio (MAP)

Los medicamentos de alto precio (MAP) –mal llamados de “alto costo”– no tienen una definición consensuada. En algunos casos, se considera a aquellos cuyo costo supera el 40% de los ingresos de un hogar. También puede definirse a partir de un costo anual superior al PBI per capita de un país. En cualquier caso, los MAP generan un excesivo esfuerzo económico de los pacientes, sus familias, los financiadores y del sistema de salud. Los precios exorbitantes, muchas veces abusivos, producen tal desequilibrio en el análisis, que opacan otros atributos fundamentales en un medicamento, como su eficacia, seguridad y conveniencia.

Esta diferenciación entre “alto costo” y “alto precio” es importante, pues el precio de los medicamentos lo define el fabricante sin que conste ni que pueda construirse la estructura de costos real sobre el que fue determinado. Habitualmente

se argumenta que los laboratorios deben recuperar la inversión en investigación y desarrollo que realizaron previo a la comercialización. Sin embargo, múltiples estudios demuestran que son las universidades las que hacen la investigación, asumiendo el riesgo de que las moléculas nunca lleguen al mercado. Asimismo, la patente del medicamento y su protección internacional garantizan a los laboratorios el monopolio de la venta, a precios discrecionales, muchas veces alejado de la realidad de los países.

El 90% de los MAP los adquieren los grandes financiadores, ya que ningún paciente puede afrontar su costo en forma particular. Los precios convenidos para la compra son habitualmente confidenciales o estipulados mediante complejos sistemas de descuento y bonos, “escondiendo” el precio que finalmente se paga. En pocas palabras, se fijan precios altísimos y luego cada financiador hace una negociación propia a puertas cerradas. Esta falta de información quita transparencia al mercado y permite sostener este proceso de alto precio: “En río revuelto, ganancia de pescadores”.

En Argentina, el Estado cumple varios roles en lo que respecta al mercado de medicamentos:

- Regula la producción de la industria farmacéutica mediante la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT);
- Es un importante comprador de medicamentos, ya sea a través del Estado Nacional, los estados provinciales o municipales, o a través de entes descentralizados como el PAMI;
- Es fabricante de medicamentos, a través de distintos laboratorios de producción pública.

El debate sobre los medicamentos de alto precio se centran en dos puntos fundamentales: por un lado, quién fija los precios; por el otro, si la enfermedad y los resultados lo justifican. Pero existen también otros aspectos: judicialización, evaluación de tecnologías, acceso, entre otros.

Evaluación de tecnologías (ETS)

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2021), la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS) puede definirse como el

proceso sistemático de valorización de las propiedades, los efectos y/o los impactos de la tecnología sanitaria; debe contemplar las dimensiones médicas, sociales, éticas y económicas y tiene como principal objetivo aportar información para que sea aplicada a la toma de decisiones en el ámbito de la salud.

De esta forma, habitualmente las evaluaciones analizan el nivel de beneficios y eficacia, seguridad clínica y técnica, y relación costo-efectividad. La influencia de estos análisis se dan en todos los niveles del uso de medicamentos: desde los protocolos clínicos para diagnóstico y tratamiento de los pacientes, hasta la definición de coberturas, reembolsos y costos.

La formación de precios de los medicamentos continúa acentuando el debate a nivel mundial. En nuestro país, se han implementado medidas aisladas vinculadas a la regulación de precios de medicamentos de alto precio. Veamos, por ejemplo, el caso del Nusinersen. Dado el altísimo impacto presupuestario que tiene sobre los financiadores y la evidencia muchas veces escasa para su indicación, el Ministerio de Salud de la Nación tomó distintas medidas para regular la indicación y el precio.

En primer lugar, la Comisión Nacional de Tecnología Médica (CONETEC) evaluó la droga, definiendo en qué tipos de Atrofia Medular Espinal (AME) el Spinraza® tenía suficiente evidencia para ser prescripto. Al mismo tiempo, creó por resolución 1860/20 la Comisión Nacional para Pacientes con Atrofia Medular Espinal con el fin de revisar la indicación de los pacientes individuales a los cuales sus médicos les habían prescripto el Nusinersen. Por último, el mismo año, mediante resolución 220/2020 de la Secretaría de Comercio Interior, se fijaba un tope máximo al precio del Spinraza®. Todas esas medidas ejemplifican cómo el Estado puede, y debe, regular la prescripción y el precio de los productos aprobados para ser comercializados y dispensados en nuestro país.

Producción pública de medicamentos

La producción pública de medicamentos se efectúa en laboratorios del Estado Nacional, provinciales o municipales. El objetivo de la producción pública consiste en mejorar el acceso a medicamentos y vacunas que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población, promoviendo el desarrollo científico y tecnológico de nuestro país.

Ahora bien, las barreras de acceso a los medicamentos no siempre están vinculadas a su precio. Otras razones pueden originarse por problemas en la producción o desabastecimiento de aquellos productos no “rentables” para la industria (denominados “productos huérfanos”), como el caso del 5-fluoruracilo, carboplatino, cisplatino, doxorubicina, etopóxido, metotrexate, entre otros. Todos estos han probado su eficacia y eficiencia a través de los años como primera línea de tratamiento para tumores de diferente localización. Sin embargo, resultan cada vez más difíciles de conseguir dada la tendencia del mercado a utilizar medicamentos más caros aún con escasa evidencia de su eficacia. (The Economist Intelligence Unit & European Society for Medical Oncology, 2017). Lo mismo ocurre con principios activos utilizados para el tratamiento de enfermedades endémicas, las denominadas “enfermedades desatendidas”, especialmente en países de bajos ingresos.

La producción pública de medicamentos debe ser considerada como una medida fundacional de soberanía sanitaria.

Uso racional de medicamentos en personas mayores

No es el objetivo de este capítulo desarrollar para cada grupo de principios activos los efectos adversos que puede tener su uso inadecuado en personas mayores. Sin embargo, es esencial describir las características generales que tiene el uso de medicamentos en esa franja etaria, y cuáles son las medidas que los equipos de salud, prestadores y financiadores deben tomar para garantizar la seguridad del paciente y el uso adecuado de los recursos disponibles.

Ya en 1985 la OMS definió el Uso Racional de Medicamentos (URM) como aquel que indica la medicación adecuada a las necesidades clínicas de los pacientes, en las dosis correspondientes, durante un período de tiempo adecuado y al menor costo posible para ellos y la comunidad (OMS, 1985).

la aplicación del conjunto de conocimientos avalados científicamente y por evidencias basadas en calidad, eficacia, eficiencia y seguridad, que permitan seleccionar, prescribir, dispensar y utilizar un determinado medicamento en el momento preciso y para el problema de salud apropiado, con la participación activa del paciente posibilitando su adhesión y el seguimiento del tratamiento (Fraguela, y otros, 1998).

El uso inadecuado de medicamentos trae consecuencias individuales y colectivas. Las individuales atañen a los efectos farmacológicos adversos o colaterales producidos en el cuerpo del individuo luego de su administración. Ello sin mencionar el costo catastrófico que puede tener en las personas y sus familias al tener que pagarlo en ausencia de cobertura. Desde el punto de vista colectivo, el uso inadecuado de medicamentos puede traer consecuencias ecológicas, como el aumento de la resistencia microbiana a los antibióticos, así como una merma en los recursos económicos disponibles de los financiadores, cualquiera sea su naturaleza.

En 2002, la OMS afirmaba:

en el mundo más del 50% de todos los medicamentos se recetan, se dispensan o se venden en forma inadecuada. Al mismo tiempo, alrededor de un tercio de la población mundial carece de acceso a medicamentos esenciales y el 50% de los pacientes los toman de forma incorrecta (OMS, 2002).

La prescripción es un aspecto básico del proceso de uso de los medicamentos, pero no el único. En la preparación, dispensa y administración participan diferentes profesionales, cuidadores y familiares que deben también contribuir a mejorar la seguridad, la eficacia y la eficiencia del proceso. El uso racional abarca la adquisición, producción, distribución, almacenamiento, dispensación, prescripción y utilización de un medicamento.

El mal uso de los medicamentos en las personas mayores constituye no solo un riesgo individual para quien los consume sino que se constituye como un verdadero problema de salud pública, dada la altísima prevalencia de polifarmacia y uso potencialmente inadecuado de los medicamentos.

Los fármacos potencialmente inadecuados en personas mayores se definen como aquellos en los que el riesgo de eventos adversos supera al beneficio esperado. Revisiones sistemáticas de la literatura han mostrado una relación entre el uso de medicamentos en personas mayores y un mayor riesgo de presentar impactos negativos relevantes para la calidad de vida, como hospitalizaciones, pérdida de

funcionalidad y aumento de la mortalidad. Se calcula que un 25% de las personas mayores que se internan se debe a un evento adverso a medicamentos. Ese porcentaje sube hasta un 30% en mayores de 75 años.

El uso de medicamentos en personas mayores posee características casi exclusivas de este grupo etario. Entre ellas, podemos mencionar: cambios en la fisiología, el mayor riesgo de presentar múltiples enfermedades (incluso con presentación clínica atípica), el uso crónico de los medicamentos y la polifarmacia (consecuencia de la pluripatología y/o de la automedicación).

Desde el punto de vista fisiológico, las personas mayores muestran características que producen cambios en la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos: modificaciones del agua corporal, disminución de la masa muscular, disminución del filtrado glomerular, variaciones en el metabolismo hepático, entre otras. Si a ello le sumamos la polifarmacia y las potenciales interacciones medicamentosas que puede acarrear, los efectos clínicos de los medicamentos son impredecibles y potencialmente peligrosos para el grupo etario. Los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos se traducen clínicamente en modificación de los efectos esperados, incluso aumentando los efectos adversos y la toxicidad.

Por todas las razones expuestas, los equipos de salud deben conocer estas características al prescribir, dispensar y administrar medicamentos en las personas mayores.

De hecho, la evidencia científica sobre la eficacia y seguridad de numerosas drogas utilizadas por los/as médicos/as en personas mayores no están orientadas a ese grupo etario. Es decir, a lo largo de la investigación y desarrollo de un principio activo, las poblaciones estudiadas son habitualmente adultos jóvenes, asumiendo que las personas mayores van a comportarse de la misma manera. Esa extrapolación inadecuada hace que la administración de esos medicamentos en los pacientes no cuente con el respaldo científico necesario en una población con características clínicas y sociales propias. La preservación o mejora de la calidad de vida no son habitualmente resultados primarios de los estudios clínicos realizados para la aprobación y vigilancia de un medicamento.

Polifarmacia

Según la OMS, el 40% de las personas mayores consume más de 4 principios activos en su vida cotidiana. El consumo elevado se debe a distintas causas, entre ellas a:

- Múltiples patologías concomitantes;
- Consulta a distintos especialistas prescriptores;
- Automedicación.

La polifarmacia puede definirse como la administración concomitante de 5 o más medicamentos. Sin embargo, también podemos considerarla como aquellas situaciones donde se utilice más medicación de la clínicamente adecuada (Barroso y Moral, 2011). Tan importante es la polifarmacia en las personas mayores que se considera en sí misma uno de los problemas de salud más importantes de esta franja etaria. Los y las profesionales de la salud que cuidan a personas mayores –cualquiera sea su responsabilidad (médicos/as, enfermeros/as, cuidadores/as, etc.)– deben estar familiarizados con este problema y su correcta evaluación.

Ello trae múltiples consecuencias, como la mayor frecuencia de eventos adversos, interacciones medicamentosas y otros efectos iatrogénicos, como las caídas. También se asocia a internaciones y reingresos hospitalarios, así como a una de las causas de los grandes “síndromes geriátricos” (Gomez Ayala, 2005).

Por ejemplo, el uso crónico de benzodiacepinas (BZD) se ha asociado a un aumento del riesgo de somnolencia, desorientación y caídas en las personas mayores. Sin embargo, en un estudio de 2016, un 30% de todos los mayores de 60 años recibieron la indicación de al menos un psicofármaco: el 67% fueron benzodiacepinas (Bustin et al., 2019). El uso inadecuado de BZD es aún mayor en personas que viven en residencias de larga estadía y otras instituciones.

Varias causas pueden explicar la polifarmacia: uso habitual de los medicamentos para abordar las distintas enfermedades más frecuentes en las personas mayores, consulta a múltiples médicos prescriptores, ausencia de seguimiento longitudinal del paciente y la automedicación.



Los síntomas más frecuentemente observados como reacciones adversas son la debilidad, el cansancio, la visión borrosa y los mareos. Esos mismos cuadros clínicos suponen al menos el 10% de los ingresos hospitalarios (Wilke Trinxanta et al., 1997). Siempre que aparezca un nuevo signo o síntoma al administrar un medicamento, debe pensarse en que puede ser un efecto adverso o colateral. Eso permite evitar una “cascada terapéutica”, donde se da un nuevo medicamento para tratar un nuevo signo o síntoma provocado por el anterior.

La definición de una lista de medicamentos esenciales orientada a personas mayores constituye también una medida prioritaria para cualquier política que procure el uso racional de medicamentos. Los principios activos esenciales deben tener un formulario terapéutico, donde se informen las características relevantes para la población objetivo, que permitan la rápida consulta por cualquier integrante de los equipos de salud. Habitualmente, las características detalladas son:

- Nombre genérico;
- Indicaciones terapéuticas;
- Dosis;
- Efectos adversos;
- Contraindicaciones;
- Interacciones;
- Clasificación anatomo-terapéutica;
- Opcional: nombres comerciales y precios.

Por último, cabe recalcar que la información adecuada y oportuna a pacientes o sus cuidadores/as sobre dosis, frecuencia y duración del tratamiento, así como de la aparición de efectos adversos o colaterales, tiene que formar parte ineludible de cada prescripción médica.

Definir el objetivo de un tratamiento farmacológico resulta esencial para el médico o la médica tratante y para cuidadores/as de las personas mayores. A modo de ejemplo, en personas con larga expectativa de vida sin alteración funcional, el foco de los tratamientos debe estar en la prevención, tratamiento de patologías y conservación del estado funcional. En personas con escasa expectativa de vida, severas limitaciones funcionales y pobre calidad de vida la prioridad debe enfocarse en el alivio sintomático y el tratamiento mínimamente invasivo.

A modo de conclusión, desde una perspectiva clínica, podemos afirmar que se debe prescribir un fármaco solo cuando sea imprescindible. Asimismo, recordar que el éxito de una prescripción es un paciente informado, que sabe por qué, cuándo y cómo tomar una medicación, y además está alerta a los efectos adversos.

Uso racional de medicamentos como política de los financiadores y prestadores

Ya se han desarrollado las posibles intervenciones que pueden efectuarse desde la clínica para garantizar el uso racional de medicamentos. Cabe entonces preguntarse qué rol cumplen en esta garantía no solo los financiadores, sino también el Estado.

Su función radica en garantizar el derecho a la salud, a través de múltiples formas, una de las cuales es el *acceso* a medicamentos. En esa línea, se cree que el Estado debe garantizar exclusivamente el medicamento a través de la compra y entrega al paciente, lo cual –en realidad– no sucede. El acceso equitativo a los medicamentos en un sistema de cobertura universal, como el que posee nuestro país, se logra a través de la regulación por parte del Estado de todos y cada uno de los aspectos que se han mencionado en este capítulo. *Acceso* no significa “poder de compra” o disponibilidad, sino una prescripción adecuada a la evidencia y a los resultados de la evaluación de tecnologías, en el contexto de una distribución equitativa y comercialización responsable, con producción de acuerdo al perfil epidemiológico de la población y cobertura a un precio razonable y transparente.

Por esta razón, el uso racional de medicamentos no debe simplificarse a una cuestión clínica con responsabilidad exclusiva del médico/a tratante, sino que debe analizarse desde una perspectiva de política sanitaria con múltiples actores y responsabilidades.

Todos los financiadores vieron durante los últimos años un aumento progresivo en el gasto en medicamentos, tanto debido al aumento de los precios como por la demanda creciente. Ello significó un aumento en la proporción que la compra de medicamentos tiene en cada uno de los presupuestos, en desmedro de otras prácticas o prestaciones que deben ser desfinanciadas.

La formación y la capacitación continúa de los y las profesionales médicos reviste un eje central de una política de uso racional de medicamentos. Los y las profesionales deben estar en condiciones de seleccionar adecuadamente los principios

activos a utilizar, en qué dosis, frecuencia y duración. Asimismo, especialmente en las personas mayores, debe conocer en profundidad las interacciones medicamentosas y los eventuales eventos adversos de todas y cada una de los principios activos que utiliza el paciente. La evaluación debe ser integral de toda la medicación administrada, no importa la especialidad del médico o la médica tratante. Por supuesto que la capacitación debe ser independiente de espónsos o intereses de la industria farmacéutica.

La definición de una lista de medicamentos esenciales para la población general o para poblaciones específicas como las personas mayores es, sin duda alguna, una de las políticas centrales que el Estado debe definir, de forma que los financiadores puedan adherir a esas políticas e integrar las decisiones de cobertura y/o desfinanciación de principios activos.

En el segmento de alto precio, la evaluación de tecnologías y la auditoría médica ayudan a garantizar el uso adecuado de medicamentos. Por consiguiente, una evaluación de medicamentos centralizada, vinculante con las áreas del campo de los medicamentos, a cargo de un organismo del Estado y con colaboración de todos los actores involucrados, es una medida que ayudaría a frenar el uso ineficiente de medicamentos de alto precio.

La auditoría médica es otra de las herramientas que desde los financiadores permite mejorar el uso de los medicamentos. La auditoría tradicionalmente se ha utilizado para la aprobación de tratamientos que utilizan medicamentos de alto precio, dado su impacto presupuestario. Sin embargo, nuevas tecnologías como la receta electrónica y los análisis de “Big Data” permiten nuevas técnicas y análisis de conductas prescriptivas y características del consumo.

La receta electrónica cumple múltiples funciones en la prescripción, la dispensa, la auditoría y el análisis de la información. Para el médico o la médica, el software de la receta ayuda a evitar errores de prescripción, y con ello contribuye a garantizar la seguridad del paciente. El software permite administrar topes de dosis, así como alertar al médico o la médica de una posible interacción medicamentosa potencial.

La farmacovigilancia debe convertirse en práctica habitual de los equipos de salud. Esta práctica, utilizada por la industria farmacéutica solo en algunos países con el fin de asegurar sus intereses comerciales, debe estar en manos del Estado, con el fin de contar con la información necesaria para la toma de decisiones tanto a nivel clínico como de los financiadores y de quienes deciden las políticas sanitarias.

Conclusión

La implementación de una política de uso racional de medicamentos no debe estar exclusivamente dirigida al personal médico. Los equipos de salud, farmacéuticos, financiadores, etc. deben conocer sus características y orientar sus acciones y decisiones a conseguirla, tanto en sus aspectos individuales como colectivos.

El personal de salud debe supervisar, de manera continua, los tratamientos que llevan adelante los pacientes que cuidan, especialmente las personas mayores. Las características que tiene ese grupo etario hacen que el uso de medicamentos sea más riesgoso que beneficioso en muchos casos. La polifarmacia es en extremo frecuente en esa población y las consecuencias iatrogénicas son potencialmente negativas. Los medicamentos solo son buenos si están bien prescritos.

Por todas las razones enumeradas en este capítulo, el Estado debe regular el campo de los medicamentos. Y debe hacerlo en criterios basados en eficacia, eficiencia, perfiles epidemiológicos y equidad. Para ello, cuenta con distintas estrategias, por ejemplo: política de medicamentos esenciales, desarrollo de la producción pública de medicamentos, regulación de precios de mercado, evaluación de tecnologías, etc.

En nuestro país, es indispensable la creación de una institución u organismo cuyos informes sean vinculantes para la prescripción realizada por los equipos médicos y para la cobertura por parte de los financiadores. Los informes de la actual CONETEC dentro del Ministerio de Salud de la Nación, demuestran la capacidad técnica que existe en nuestro país para continuar desarrollando esa línea de trabajo.

Los medicamentos deben considerarse como un bien social y no un bien de consumo, por eso es esencial la intervención del Estado para regularlos, asegurando el acceso equitativo y seguro, como una forma de garantizar el derecho a la salud.

Bibliografía

Barroso, A. y Moral, E. (2011). Pacientes polimedicados frágiles, un reto para el sistema sanitario. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud, 35(4), 114-123. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4102113&orden=371333&info=link>

Basile, G., Peidro, R., Rodríguez, E., y Angriman, A. (2019). Caracterización del Complejo Médico Industrial Farmacéutico Financiero hoy: fusiones multinacionales, concentración económica e impacto en el acceso a los medicamentos y destrucción de fuentes de trabajo en el sector. Buenos Aires, Argentina: CLACSO. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20191219033726/Estudio-1-OMySC.pdf>

Bolaños, R. (1 de marzo de 2016). Medicamentos esenciales. Ministerio de Salud de la Nación: <https://salud.gob.ar/dels/printpdf/137>

Bourdieu, P. (1997). Espacio social y espacio simbólico. Barcelona: Anagrama.

Bustin, J., Triskier, F., Arakaki, J., Pérez Blanco, J., Urtasun, M., Cañas, M., Gaido, E., Estigarribia, N. Regueiro, A. y Mastai, R. (2019). Prescripción de psicofármacos a personas mayores en el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados de Argentina (PAMI). VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat, XXX, 70-78.

Fraguela, J., Touloupas, C., Farina, O., Soulages, G. C., Buschiazzo, P., y Buschiazzo, H. (1998). Informe de coyuntura. Mercado y Equidad en salud, 64-72.

Gomez Ayala, E. (2005). Grandes síndromes geriátricos. Farmacia Profesional, 19(6), 70-74. <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-grandes-sindromes-geriatricos-13076255>

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (01 de septiembre de 2021). Población. https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/c2_proyecciones_nac_2010_2040.xls

Ministerio de Economía y finanzas públicas. (2015). Complejo Farmacéutico. Serie “Complejos productivos”. Buenos Aires.

Organización Mundial de la Salud. (1985). The Rational Use of Drugs. Report of the Conference of Experts. Genova: World Health Organization.

Organización Mundial de la Salud. (2002). Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. World Health Organization (No. WHO/EDM/2002.3).

Organización Mundial de la Salud. (2016). Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud: Informe de la Secretaría. (pág. (No. A69/17)). Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (1 de Setiembre de 2021). Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS). Organización Panamericana de la Salud. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9229:2013-tecnologias-sanitarias&Itemid=41687&lang=es

The Economist Intelligence Unit & European Society for Medical Oncology. (2017). Cancer medicines shortages in Europe: Policy recommendations to prevent and manage shortages. The Economist Intelligence Unit Limited.

Vasallo, C. (2016). El Mercado de Medicamentos. Informe para la Comisión Nacional de Defensa de la Competencia. Buenos Aires.

Wilke Trinxanta, A., Soldado Ordóñez, S., Moliner Molinsa, C., y Gené Badaia, J. (1997). Uso racional de fármacos en el anciano. Atención Primaria, 19(2), 96-100.

¹ Se sugiere ver <https://www.centrocepa.com.ar/informes/140-informe-sobre-la-situacion-de-las-personas-mayores-enero-2019.html>



pami.org.ar    