

Envejecimiento poblacional

Perspectiva sanitaria

Alejandro Ameal

Alejandra Sánchez Cabezas

2





CONTENIDO

Introducción/Descripción	3
Datos y cifras	4
Envejecimiento poblacional y salud	17
Desigualdades sociales y feminización de la vejez	35
Abordaje intersectorial para el envejecimiento poblacional	40
Cuidados en la vejez	45
Desafíos en la Argentina, escenarios pospandemia	48
Bibliografía	51
Anexo I	54



El envejecimiento poblacional es un proceso que se está acelerando en todo el mundo. Para la región de América Latina y el Caribe ésta podría ser la transformación demográfica más importante de la época. Según estimaciones, se proyecta que la población mayor de 60 años en la región aumentará de 12% (nivel actual) a 25% en un lapso de 35 años, casi la mitad de tiempo de lo que demoró Europa en recorrer el mismo camino (ARANCO ET AL., 2018). La Argentina, con sus particularidades, no escapa a la lógica imperante del proceso de envejecimiento con profundas consecuencias para los sistemas de salud, las políticas sanitarias, sociales e incluso económicas.

En la primera parte de este documento se describirán los impactos de este cambio demográfico y luego se desarrollará la incidencia del aumento de la proporción de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en la población de más de 65 años. La información presentada permitirá identificar las necesidades de diseñar e implementar políticas que promuevan el envejecimiento activo para reducir las tasas de dependencia y así aligerar las necesidades de cuidado y reflexionar sobre la necesidad de disminuir los factores de riesgo de las ECNT en este contexto.

La ampliación de la esperanza de vida genera desafíos importantes a nivel poblacional para garantizar que los sistemas sanitarios y sociales estén preparados para afrontar el cambio demográfico. Además, ofrece oportunidades para las personas mayores y sus familias según sus trayectorias de vida y entornos comunitarios, aunque el alcance de éstas dependerá en gran parte de la salud y sus determinantes sociales. El fenómeno del envejecimiento poblacional es diverso y está caracterizado generalmente por desigualdades sociales y de género que conllevan oportunidades desiguales de envejecer en las personas mayores.

[1] Entre las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) se encuentran las principales causas de muerte para las personas de más de 65 años. En Argentina, son responsables del 73,4% de las muertes, del 52% de los años de vida perdidos por muerte prematura, y del 76% de los años de vida ajustados por discapacidad (INDEC, 2019).



Según estadísticas de la OMS, entre 2015 y 2050 el porcentaje de las personas mayores de 60 años aumentará de 12% a 22% (OMS, 2018).

El envejecimiento poblacional es el “proceso por el cual la expectativa de vida crece por sobre las tasas de fecundidad (TINOBORAS, 2018) generando un cambio de la distribución en la población de un país hacia edades más avanzadas”. En 2050 el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos medianos y bajos (OMS, 2018), que son los países más afectados por los cambios que conlleva el fenómeno. Para ese año, Europa será el continente con mayor nivel de envejecimiento, seguido por América del Norte y por América Latina (TINOBORAS, 2018).

América Latina y el Caribe todavía no es considerada una región envejecida: según datos de la ONU, los adultos mayores de 60 años representan el 11% de su población (ARANCO ET AL., 2018). Sin embargo, también es cierto que la población de la región está envejeciendo aceleradamente, incluso de manera más rápida que en otros continentes.

Figura 1. Proporción de adultos mayores por región, años 1950, 2020 y 2050.



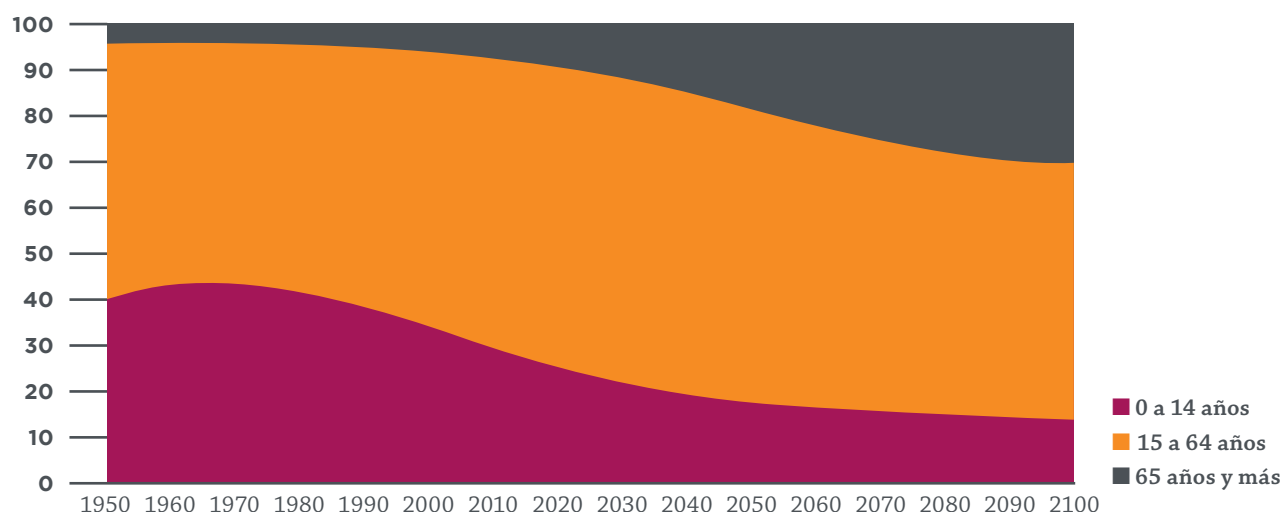
Fuente: Condiciones de vida de las personas mayores. Acceso y desigualdad en el ejercicio de derechos (2010-2017).



Es preciso analizar su transición demográfica a la luz de sus especificidades que son muy diferentes a la de los países desarrollados no sólo por la celeridad del proceso sino por las condiciones materiales y sociales de estas poblaciones (MINOLDO & PELÁEZ, 2017). En el período de 1950-2050 América Latina habrá pasado de tener una población de mayores de 5,7% a 25,4% (Figura 1) (TINOBORAS, 2018). Por lo tanto, aunque las poblaciones en este período envejecen respecto a los años previos, no se esperan estructuras de edad totalmente envejecidas en América Latina hasta 2050 (MINOLDO & PELÁEZ, 2017).

Según la mayoría de las proyecciones, es esperable que se produzca un cambio en el mapa de envejecimiento de Latinoamérica de tal modo que las poblaciones más envejecidas de la región serán alcanzadas –o incluso sobrepasadas– por otras que envejecerán más aceleradamente (MINOLDO & PELÁEZ, 2017, p10). En 2050, la proporción de adultos mayores de 60 años en la región será similar a las cifras actuales de algunos países de Europa, aunque con ciertas desigualdades: “Por un lado, países como Belice, Bolivia, Guatemala, Guyana y Haití serán como lo es hoy China, con alrededor de un 15% de la población mayor de 60 años. Mientras que Bahamas, Barbados, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Jamaica, Trinidad y Tobago y Uruguay podrán compararse con Alemania, Finlandia e incluso Japón, con una proporción de adultos mayores cercana al 30%” (ARANCO ET AL., 2018).

Figura 2. Distribución de la población por grandes grupos de edad. AMÉRICA LATINA Y CARIBE, 1950-2100.



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, revisión de 2019 y Naciones Unidas, *World Population Prospects 2019* [base de datos en línea] <https://population.un.org/wpp/>.



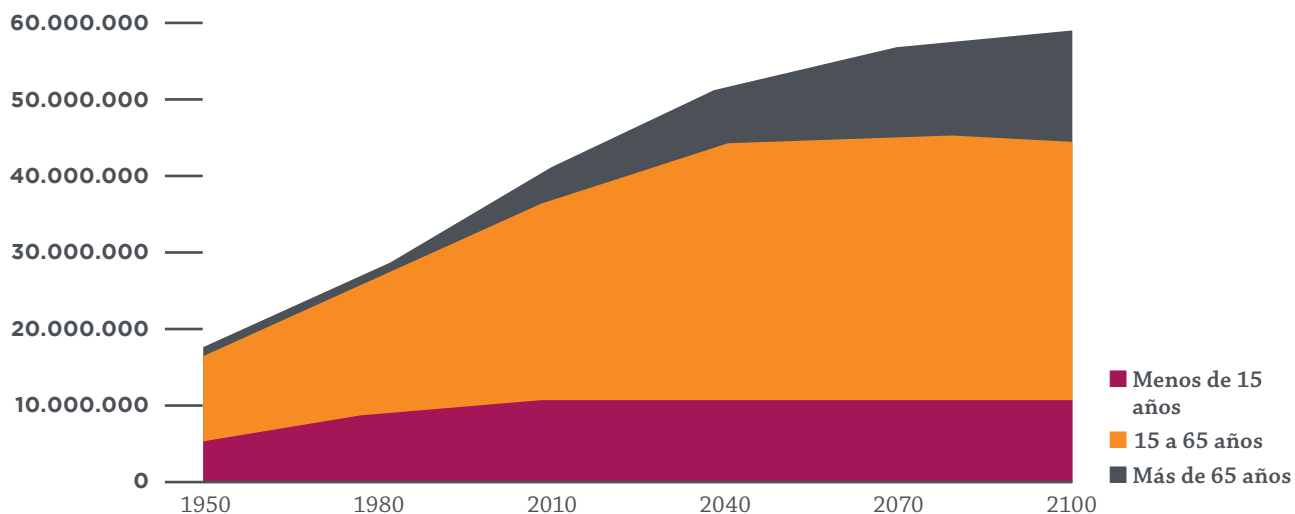
En la Argentina la población aumentó significativamente en los últimos 60 años: creció de 17 millones de habitantes en 1950 a 41 millones en 2010. Esto representa una tasa de crecimiento promedio anual del 1,4%, aunque se ha ido reduciendo paulatinamente desde 1,6% durante las primeras tres décadas al 1,2% en las últimas tres décadas. Hacia adelante se estima que la población total ascenderá a 54 millones en el año 2050 y a 59 millones en 2100. En otras palabras, la tasa de crecimiento poblacional esperada es de 0,4% anual, mientras que la tasa de crecimiento será 0% para el grupo de personas menores de 15 años, 0,3% entre aquellos de entre 15 y 64 años, y del 1,4% para aquellos mayores a los 64 años (*Figura 3*). Esto se refleja en un incremento sostenido de la proporción de habitantes adultos mayores, que pasaría del 10,4% de la población total en 2010, al 19,3% en 2050 y el 24,7% en 2100, en un claro proceso de convergencia con los países de Europa donde la participación de los adultos mayores es, en promedio, del 24% (BANCO MUNDIAL, 2014).

En países como el nuestro este proceso demográfico puede llegar a tener una serie de implicancias que requieren de adecuaciones políticas e institucionales para garantizar un sistema de seguridad social que asegure los ingresos de los adultos mayores y los servicios de salud adecuado. No atender de forma oportuna las consecuencias de este proceso puede traducirse en que el envejecimiento poblacional limite el crecimiento económico y exceda las capacidades de las instituciones que no se adecuaron para dar respuesta a demandas crecientes. A modo de ejemplo, en 2010 había cerca de seis personas en edad de trabajar por cada adulto mayor. Se prevé que esa relación disminuya a tres en 2050 y a dos en 2100 (BANCO MUNDIAL, 2014). Los países en desarrollo como la Argentina tienen el desafío de transitar este proceso al mismo tiempo que desarrollan sus economías. Muchos de los países europeos primero se enriquecieron y luego envejecieron.

Según el último análisis de situación de salud del año 2018, la Argentina presenta una población que se encuentra en un período de transición demográfica que resultará en un envejecimiento significativo de la estructura poblacional en los próximos 25 años (MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL DE LA NACIÓN, 2018). La tasa de natalidad en los principales centros urbanos se ubica por debajo del nivel mínimo de reposición² (*Figura 4*), mientras que la tasa de mortalidad decrece desde 1960 y según las proyecciones poblacionales, así continuará evolucionando hasta el año 2040. Se estima que la esperanza de vida al nacer aumentará en un promedio de 0,15 años por año entre 2010 y 2040 y de 0,08 años entre 2040 y 2100 y alcanzará los 85 años en 2100 (82 años para los hombres y 89 para las mujeres) (MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL DE LA NACIÓN, 2018).

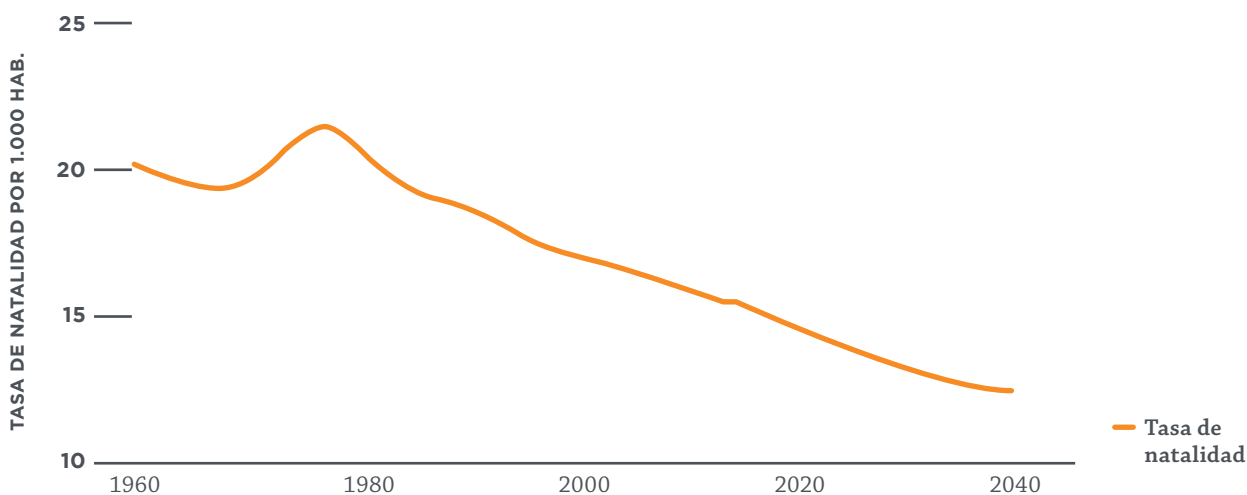


Figura 3. Tamaño de la población según grupo de edad, Argentina.
AÑOS 1950-2100.



Fuente: *Los Años No Vienen Solos: Oportunidades y desafíos económicos de la transición demográfica en Argentina.* Banco Mundial, 2014.

Figura 4. Tendencia polinómica de la Tasa de Natalidad.
REPÚBLICA ARGENTINA. AÑOS 1960 - 2040.



Fuente: *Análisis de Situación de Salud República Argentina.* Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, 2018.

[2] Se llama nivel mínimo de reposición o de reemplazo a la fecundidad mínima necesaria para que una población se mantenga indefinidamente en el tiempo sin disminuir su volumen, suele cifrarse en 2,1 hijos por mujer en edad fértil como promedio.



En las figuras que siguen mostramos de manera gráfica como se modificarán las pirámides poblacionales durante entre 1950 y 2050, período en el cual la población de 60 años y más se habrá triplicado, pasando de un 7% a un 23,5% (TINOBORAS, 2018). En términos generales, se proyecta que un 20% de la población tendrá más de 64 años en 2050 (Figura 5).

Figura 5. Estructura etaria de la población según sexo, Argentina.

AÑOS 1950-2100.



Fuente: *Los Años no Vienen Solos: Oportunidades y desafíos económicos de la transición demográfica en Argentina*. Banco Mundial, 2014.



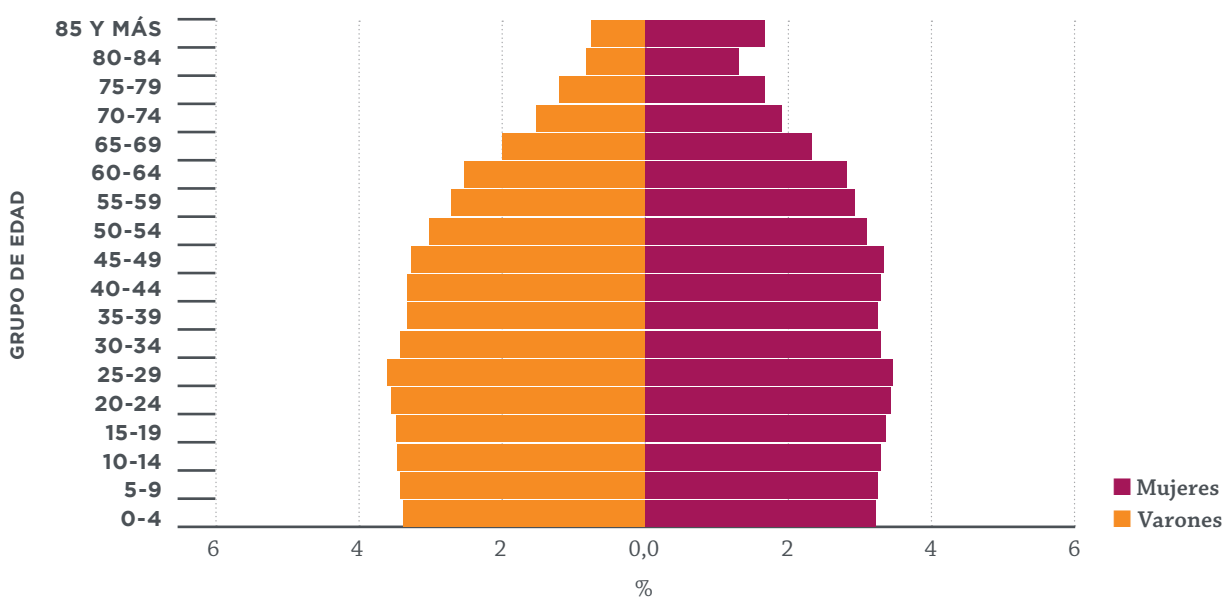
La transición demográfica en la Argentina comenzó varias décadas y se encuentra avanzada en relación con otros países de América Latina, aunque el ritmo de disminución de la tasa de fecundidad y de mortalidad ha sido más lento que en muchos otros países de la región. Sin embargo, la estructura etaria de la población ha estado cambiando de manera significativa y seguirá haciéndolo en las próximas décadas. Esta dinámica genera una ventana de oportunidad para el país, porque comenzamos un período de 30 años con la estructura etaria de su población más favorable que podría favorecer un mayor crecimiento económico. Este período finalizaría hacia finales de la década de 2040 (BANCO MUNDIAL, 2014).

De acuerdo a esta dinámica, la estructura poblacional será regresiva en las próximas décadas, porque seguirá disminuyendo la tasa de natalidad y aumentando la esperanza de vida tal como se evidencia en la pirámide poblacional correspondiente al año 2040, construida a partir de las proyecciones poblacionales, con una alta proporción de personas mayores, especialmente mujeres (MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL DE LA NACIÓN, 2018).

Según el Censo 2010, en la Argentina hubo 5.725.838 personas mayores de 60 años, lo que representaba el 14,3% de la población total. De ellos, el 43% eran varones (2.435.056 personas) y el 57% mujeres (3.290.782 personas) (Figura 6).

Figura 6. Pirámide Poblacional. República Argentina.

AÑO 2040. N=52.778.477



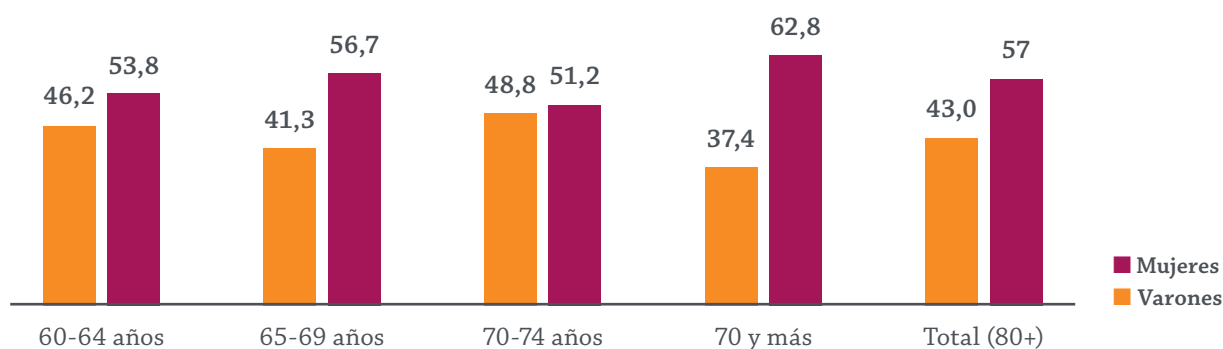
Fuente: Análisis de Situación de Salud República Argentina. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. 2018.



Esto implica que la población adulta mayor posee un mayor índice de femineidad que la población total, en la que el 49% son varones y el 51% son mujeres (INDEC, 2010) (Figura 7). Esta feminización del envejecimiento tiene implicancias en términos de políticas de salud, cuidados de largo plazo y empleo.

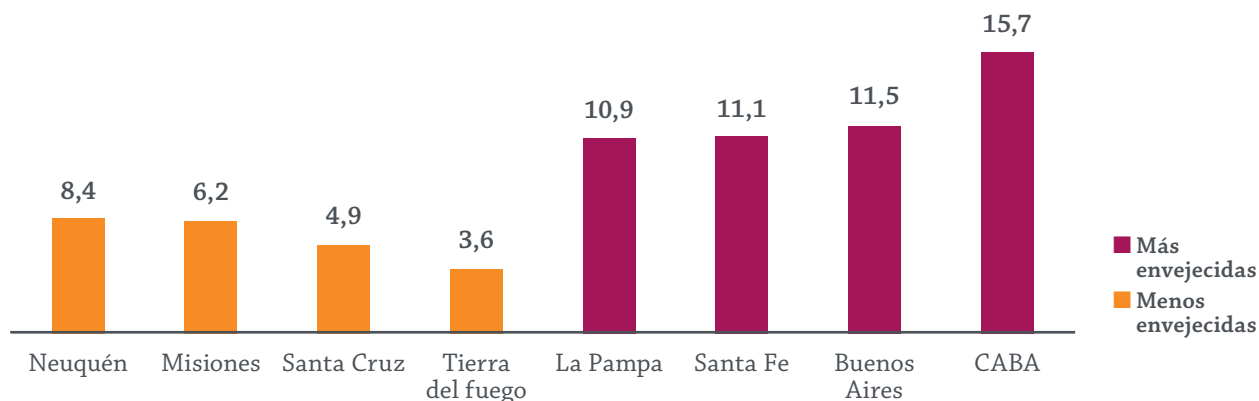
Aunque el proceso de envejecimiento es un fenómeno de alcance nacional, se observan heterogeneidades al interior del país en cuanto a su ritmo y profundidad. El perfil es fundamentalmente urbano, con gran concentración de estas poblaciones en las principales ciudades del país. Las jurisdicciones con mayor envejecimiento poblacional según el censo 2010 han sido la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y las provincias de Buenos Aires, Santa Fé y La Pampa (Figura 8).

Figura 7. Brecha de género en la población adulta mayor por subgrupos de edad, en porcentaje. TOTAL NACIONAL. AÑO 2012.



Fuente: OIT, CIPPEC, UNICEF, & PNUD. (2018)

Figura 8. Proporción de adultos mayores por jurisdicción, en porcentaje. JURISDICCIÓNES SELECCIONADAS POR MÍNIMO Y MÁXIMO. AÑO 2012.



Fuente: OIT, CIPPEC, UNICEF, & PNUD. (2018)



Con el objetivo de sintetizar la distribución de la población según la edad, se suele apelar a una serie de indicadores demográficos que permiten comparar la tendencia al envejecimiento poblacional (*Figura 9*). Según se menciona en el último Análisis de Situación de Salud del país, el índice de envejecimiento relaciona la población de mayores de 65 respecto a los menores de 15. Se estima que para el año 2040 habrá 76 personas mayores de 64 años por cada 100 menores de 15, mientras que en el año 2010 la proporción era de 40 personas mayores por cada 100 menores de 15.

Para analizar el envejecimiento de una población se pueden tener en cuenta, además, otros índices:

- El índice de Sundbarg compara la población de los grupos de 0 a 14 años respecto a los mayores de 50 años. Si el primer grupo es mayor, la población es joven, si es igual es madura y si es menor es regresiva (vieja). Este indicador da cuenta de una población madura en 2016 y una población envejecida en 2025 y 2040 (el grupo de 0 a 14 años es inferior al grupo de mayores de 50).
- El índice de Burgdofer compara la población de 5 a 14 años respecto a la de 45 a 64 años. Si el primer grupo es mayor la población es joven, si son iguales es madura y si es menor es una población envejecida. Este indicador, muestra una población envejecida en todos los años señalados (población de 5 a 14 años inferior a la de 45 a 64 años).
- El índice de Fritz compara la población de menores de 19 respecto a la población de 30 a 49. Si es mayor a 160 la población es joven, si es entre 66 y 160 es madura y si es menor a 60 es vieja. De acuerdo con este índice, la Argentina es una población madura (MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL DE LA NACIÓN, 2018).

Figura 9. Índices de análisis del envejecimiento demográfico.

REPÚBLICA ARGENTINA. AÑOS 2010, 2016, 2025 Y 2040.

	2010	2016	2025	2040
Índice de Sundbarg	1,06	1,01	0,87	0,62
Índice de Burgdofer	0,89	0,85	0,76	0,57
Índice de Friz	133,8	125,8	104,9	101,8
Índice de envejecimiento	40,2	43,2	52,8	75,8

Fuente: Análisis de Situación de Salud República Argentina. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. 2018.

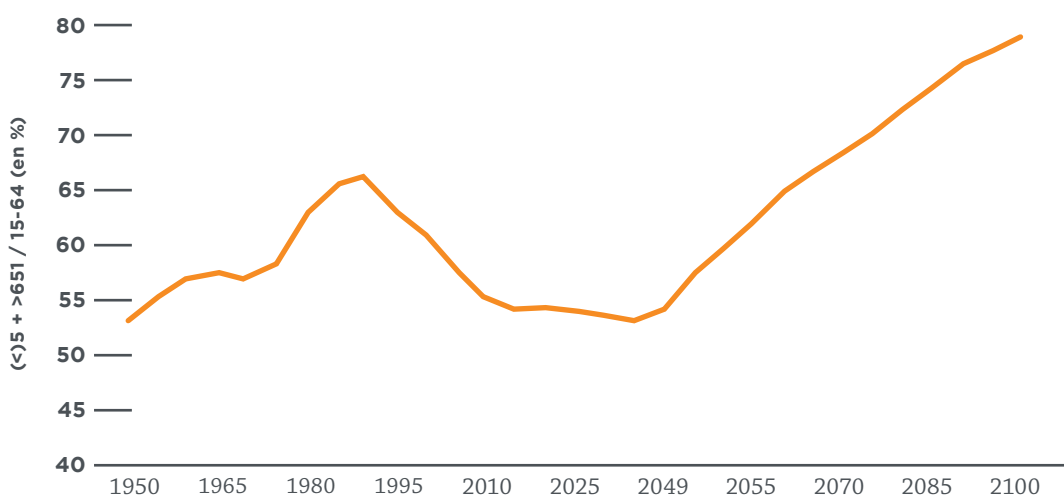


BONO DEMOGRÁFICO: UNA VENTANA DE OPORTUNIDAD

Tal como desarrollamos hasta ahora, podemos afirmar que desde el año 2010 y hasta fines de 2040, la Argentina cuenta con una estructura poblacional favorable para el desarrollo y crecimiento económico ya que la mayor proporción de habitantes se encuentra en edad de trabajar y por ende, se podría alcanzar un mayor nivel de riqueza. Es un período durante el que existe una gran oportunidad para incrementar la tasa de crecimiento, de ahorro y los ingresos públicos. Esto se conoce como “bono demográfico”, que es una parte del proceso de transición demográfica en el que la proporción de personas potencialmente productivas crece de forma constante en relación con los grupos en edades inactivas (niños y adultos mayores) (BANCO MUNDIAL, 2014). En este período la tasa de dependencia, es decir la relación entre el número de personas dependientes (menores de 15 años y mayores de 65 años) y la cantidad de personas en edad de trabajar (15-64) cae a sus valores mínimos (*Figura 10*). A partir del año 2040 se espera que esta relación se incremente de manera sostenida y genere una mayor presión sobre la población económicamente activa, a menos que se implementen políticas a mediano plazo que permitan lidiar con esta nueva estructura poblacional (*Figura 11*).

Figura 10. Tasa de dependencia total, Argentina.

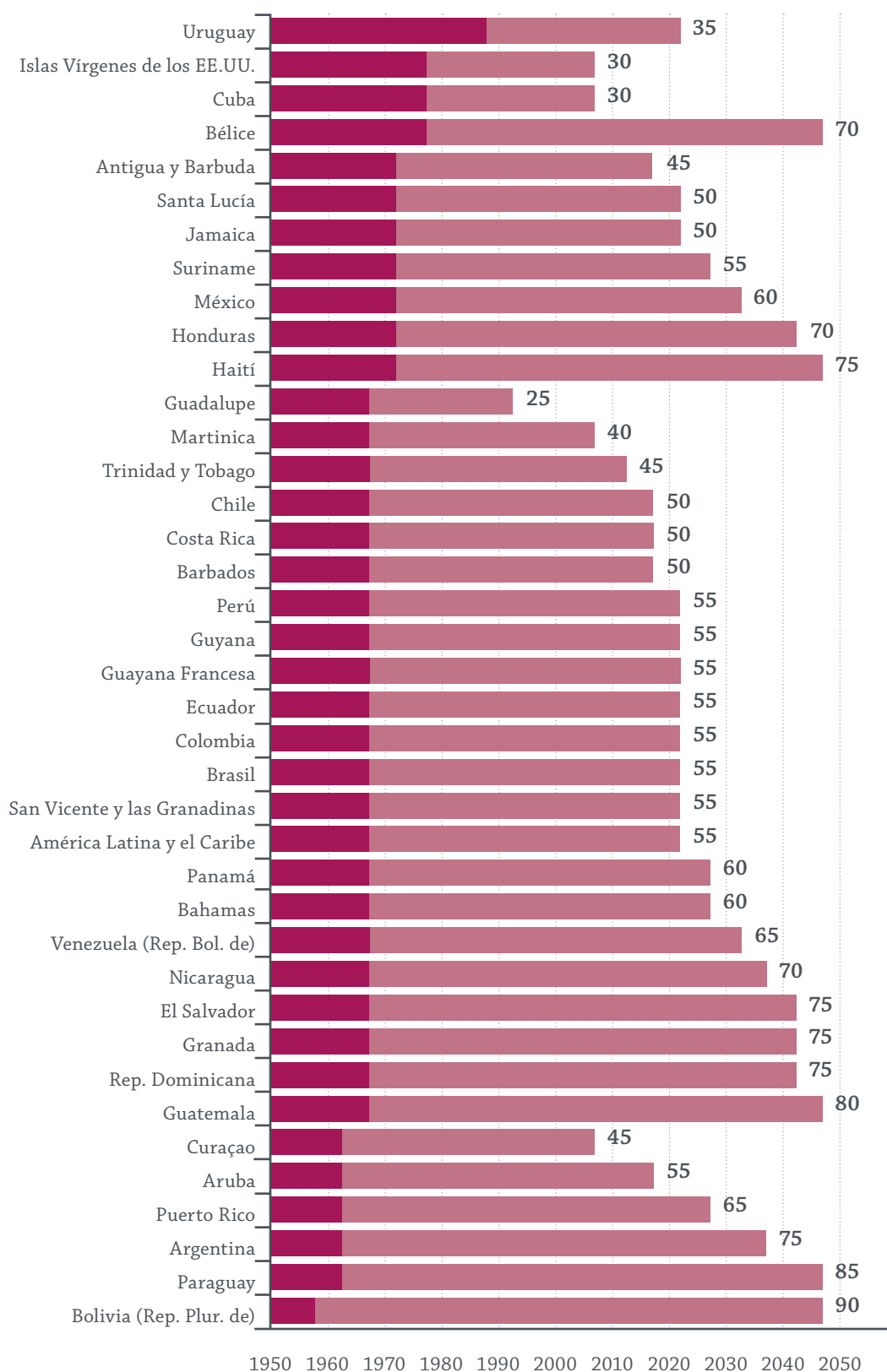
TOTAL 1950-2100.



Fuente: *Los Años No Vienen Solos: Oportunidades y desafíos económicos de la transición demográfica en Argentina*. Banco Mundial, 2014.

**Figura 11. Año de inicio y duración del bono demográfico.**

ARGENTINA Y PAÍSES DE LAS AMÉRICAS, 1950-2050.



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, revisión de 2019 y Naciones Unidas, World Population Prospects 2019 [base de datos en línea] <https://population.un.org/wpp/>.



Entre el 2010 y el 2040, además de generarse una situación particularmente propicia para el desarrollo, podría haber una menor presión sobre el gasto en educación y otros programas dirigidos a familias con niños, tales como las transferencias monetarias condicionadas y asignaciones familiares. En un primer momento, la caída de la tasa de dependencia genera una liberación de recursos que podrían estar destinados al financiamiento de la inversión pública y privada tanto física como en capital humano. Esto requiere un mercado de trabajo con capacidad de generación de empleos para que la mayor proporción de población económicamente activa pueda traducirse en trabajo productivo y genere ganancia en términos de crecimiento económico. Esto se conoce como “primer dividendo demográfico”. Para poder aprovecharlo, se requieren ciertas condiciones. En primer lugar el mercado laboral debería absorber a los jóvenes en forma temprana, ya que el retraso en su ingreso implica una menor tasa de actividad. En segundo lugar, se requiere un incremento en la participación económica de las mujeres que generalmente están más afectadas por el desempleo, el subempleo y la informalidad. La incorporación de estos grupos se ve potenciada en un contexto de alta formalidad laboral, que también debería ser fomentada por el Estado.

El incremento de la cantidad de trabajadores con capacidad de producción hace que los trabajadores cuenten con mayor capacidad de ahorro. En la medida en que dicho ahorro sea canalizado al financiamiento de la inversión local, mayor será la acumulación de capital (físico y humano) de esa población. Esta mayor concentración de capital por trabajador es lo que se conoce como “segundo dividendo demográfico”. Capitalizar esta situación requiere de un marco político e institucional capaz de generar un escenario en el que los individuos, las empresas y los gobiernos puedan acumular capital necesario a futuro.

GASTO PÚBLICO, POBREZA Y TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

En 2010 el gasto público total en educación, pensiones y salud alcanzó cerca del 20% del PBI. De sostenerse estas condiciones se produciría un aumento del gasto social total de casi 27% del PBI en 2050 y del 34% en 2100 con las presiones fiscales que eso implica (BANCO MUNDIAL, 2014).

Le evolución del gasto social no se da de igual manera en sus distintos componentes. En el caso de la educación, el tamaño cada vez menor de la población en edad escolar podría representar una oportunidad única para aumentar la inversión por alumno y alcanzar los niveles de los países de altos ingresos sin añadir mucha presión sobre las finanzas públicas. A partir del año 2030 se podrían mantener estos niveles de inversión y a la vez liberar parte del presupuesto para otras áreas que lo requieran.

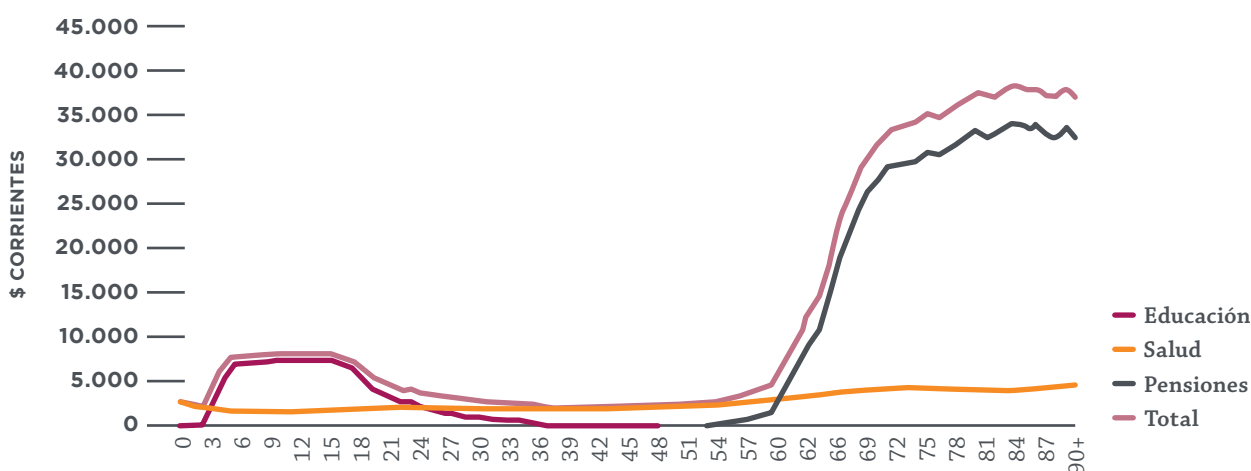


En el caso de la salud, el envejecimiento de la población implicaría un aumento leve de los gastos y llegaría al 3% para 2100, en este caso el incremento se debe principalmente al perfil del gasto sanitario argentino actual que se enfoca principalmente en el eje materno infantil. Finalmente, es probable que el nivel de gasto en salud aumente en general debido al avance de los cambios tecnológicos en la medicina (KUMAR, 2011) y también por la modificación del perfil epidemiológico de la población. Todo ello combinado implicaría un incremento del gasto que alcanzaría el 7% del PBI en 2050 y el 9% en 2100.

El sistema de pensiones es el que va a mostrar los mayores incrementos y se estima que alcanzará el 20% del PBI en 2100 por el incremento de la población destinataria y por el incremento de la expectativa de vida (BANCO MUNDIAL, 2014).

En la Argentina las transferencias estatales per cápita se encuentran fuertemente concentradas, primero, en los adultos mayores y en segundo lugar en la niñez y la juventud (Figura 12). En el año 2010 la relación entre las transferencias públicas netas per cápita dirigida a los adultos mayores de 65 años y las dirigidas a los niños entre 0 y 15 años fue de 2,3, similar a lo observado en países con mayor nivel de desarrollo económico. Esta relación fue variando a lo largo del tiempo: entre 1997 y 2010, se redujo un 63% (3,9 puntos), debido fundamentalmente al mayor aumento en términos proporcionales del gasto en educación y asignaciones familiares como la Asignación Universal por Hijo (AUH) en relación con otros gastos destinados a los adultos mayores.

Figura 12. Perfil etario del gasto público per cápita en educación, salud y pensiones. ARGENTINA, 2010.



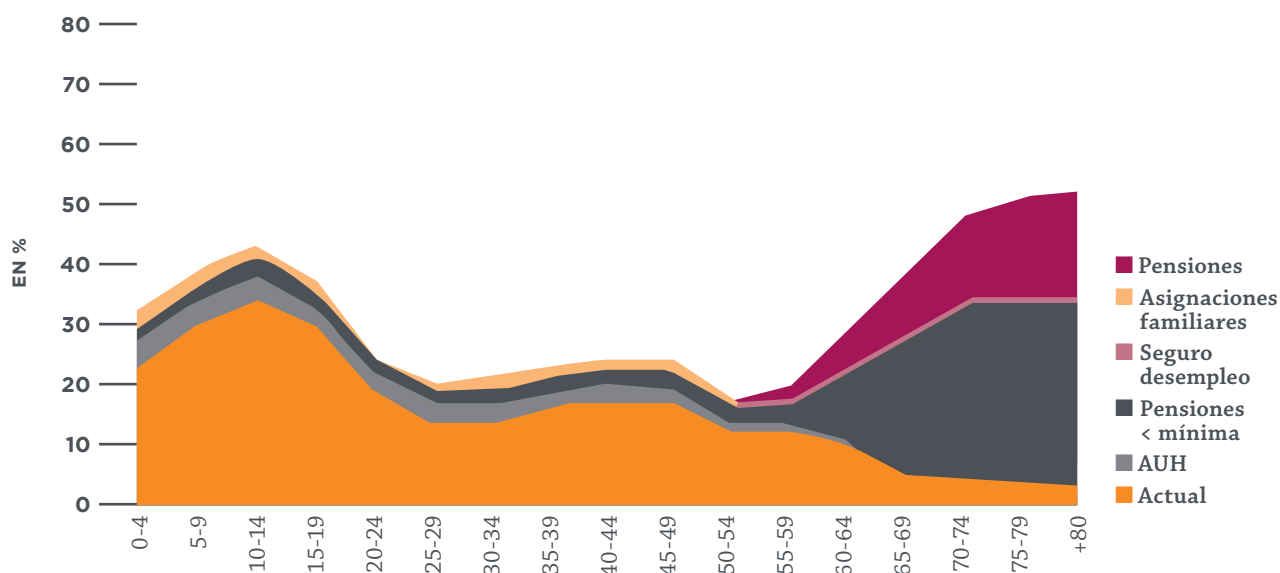
Fuente: *Los Años No Vienen Solos: Oportunidades y desafíos económicos de la transición demográfica en Argentina*. Banco Mundial, 2014.



Las transferencias del Estado hacia estos grupos tienen un impacto diferencial en términos de mitigación de la pobreza. Al considerar el ingreso de los hogares en concepto de jubilaciones y pensiones, la incidencia de la pobreza se reduce considerablemente. En un estudio de 2008 (COTLEAR y TORNAROLLI, 2009) que compara el impacto en diferentes países, la pobreza pasa del 46,5% al 3,7%, al considerar dichos ingresos. La Argentina, junto con Brasil, Chile y Uruguay, son países con sistemas relevantes de pensiones que tienen un impacto significativo en la incidencia de la pobreza entre los adultos mayores.

El impacto de las transferencias públicas no se limita a los adultos mayores. En el siguiente gráfico se reflejan los niveles de pobreza que se alcanzarían si no se contara con transferencias específicas en los distintos grupos etarios (Figura 13). El impacto sobre la pobreza sigue siendo mayor entre los adultos mayores, aunque la expansión de los programas de protección social no contributiva tuvo un efecto marcado sobre la pobreza de los grupos más jóvenes.

Figura 12. Porcentaje de personas en hogares pobres según grupo de edad y tipo de transferencia. AÑO 2012.



Fuente: Los Años No Vienen Solos: Oportunidades y desafíos económicos de la transición demográfica en Argentina. Banco Mundial, 2014.



ENVEJECIMIENTO Y ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

El aumento de la proporción de adultos mayores en el total de la población implica una creciente demanda tanto de servicios de salud como de cuidado. Porque, desde un punto de vista biológico, el envejecimiento implica un aumento del riesgo de contraer enfermedades así como una reducción progresiva de las capacidades físicas y mentales (ARANCO ET AL., 2018). Entender las características de la población envejecida de la Argentina en términos de sus condiciones de salud y las limitaciones físicas y funcionales es trascendental para el diseño de políticas que apunten a amortiguar y satisfacer esta demanda.

Para abordar el impacto sanitario del envejecimiento poblacional es necesario hacer foco en las ECNT que constituyen las principales causas de muerte para las personas de más de 65 años. En la Argentina son responsables del 73,4% de las muertes, del 52% de los años de vida perdidos por muerte prematura y del 76% de los años de vida ajustados por discapacidad (INDEC, 2019). Tienden a ser enfermedades de larga duración que resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Incluyen a las enfermedades cardiovasculares (como ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares), cáncer, enfermedades respiratorias crónicas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma) y diabetes (OMS, 2018) y están fuertemente asociadas a factores de riesgo comportamentales (el consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas) y metabólicos (la hipertensión, el colesterol elevado y el aumento de la glucosa).

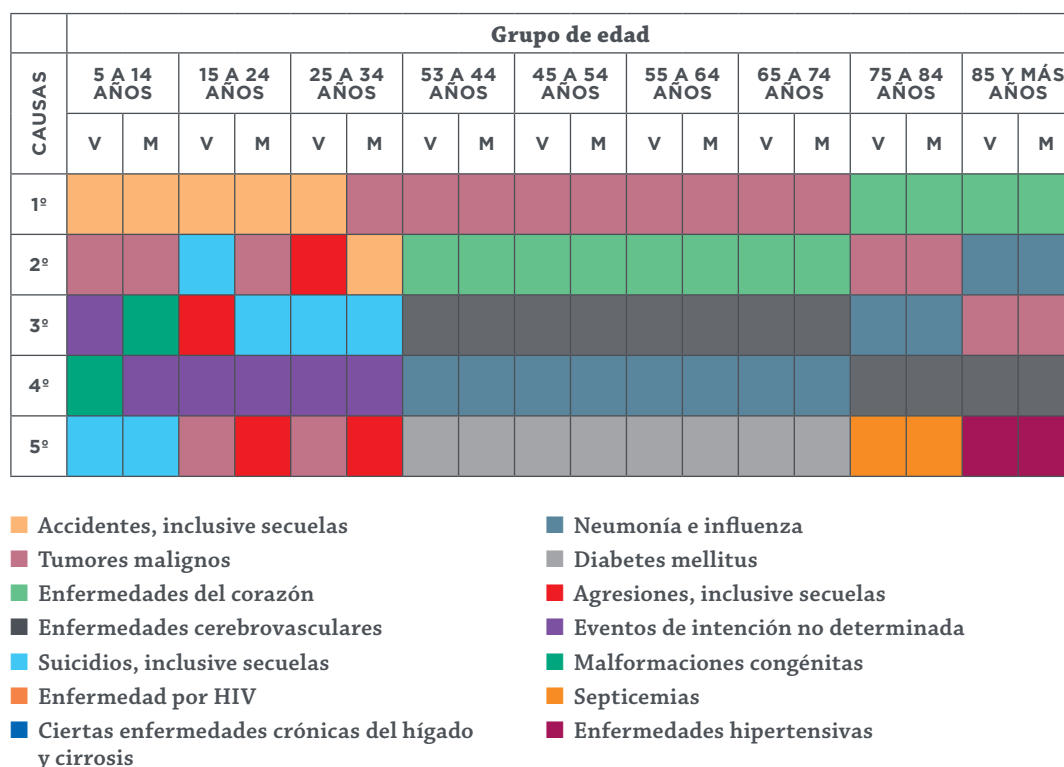
En este contexto de envejecimiento, los países afrontan importantes desafíos en torno a la vejez y a las ECNT. Los datos evidencian una alta y creciente prevalencia de enfermedades crónicas entre la población adulta. Además de ser la principal causa de muerte prematura y de discapacidad, pueden disminuir la calidad de vida de las personas mayores afectando sus capacidades funcionales de manera severa y/o progresiva y limitar las posibilidades de cuidarse a sí mismos, afectando además al entorno familiar y comunitario y aumentan los costos de los cuidados de la salud.



A nivel regional, la principal causa de mortalidad y morbilidad entre los adultos mayores en América Latina y el Caribe son las enfermedades cardiovasculares (incluidas la isquemia cardíaca y los accidentes cerebrovasculares). Representan el 25% de la carga total de enfermedades entre la población de 60 años y más en la región (ARANCO ET AL., 2018). Alrededor de un 25% de la población mayor de 60 años sufre de alguna enfermedad cardiovascular y proporción es levemente mayor entre los hombres que entre las mujeres (27% frente a 24%, respectivamente). Además, la prevalencia de estas enfermedades aumenta notablemente con la edad, con tasas que rondan el 10%-12% para el tramo de 50 a 59 años, y más del 40% a partir de los 70 años (Aranco et al., 2018).

En la Argentina, sin embargo, se ubican en primer lugar los tumores malignos, seguidos por las enfermedades del corazón y en tercer lugar las cerebrovasculares para las personas entre los 65 y 74 años (Figura 14). Mientras que para las personas mayores de 75 años, las enfermedades del corazón son las principales causas de muerte, seguidas por los tumores malignos y las neumonías e influencias.

Figura 14. Principales causas de muerte por grupo de edad y sexo, según tasa de mortalidad cada 100.000 habitantes. ARGENTINA, 2015



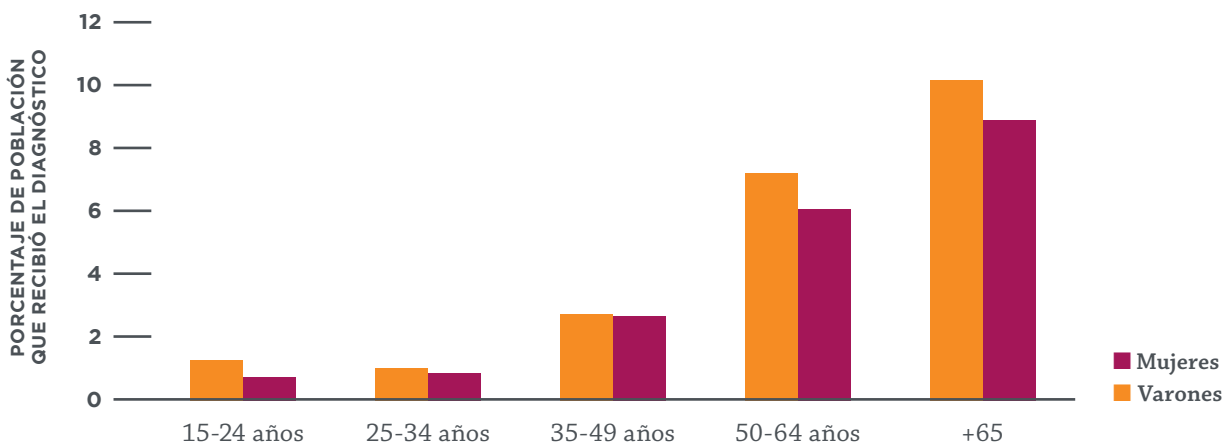
Fuente: Análisis de Situación de Salud República Argentina. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. 2018



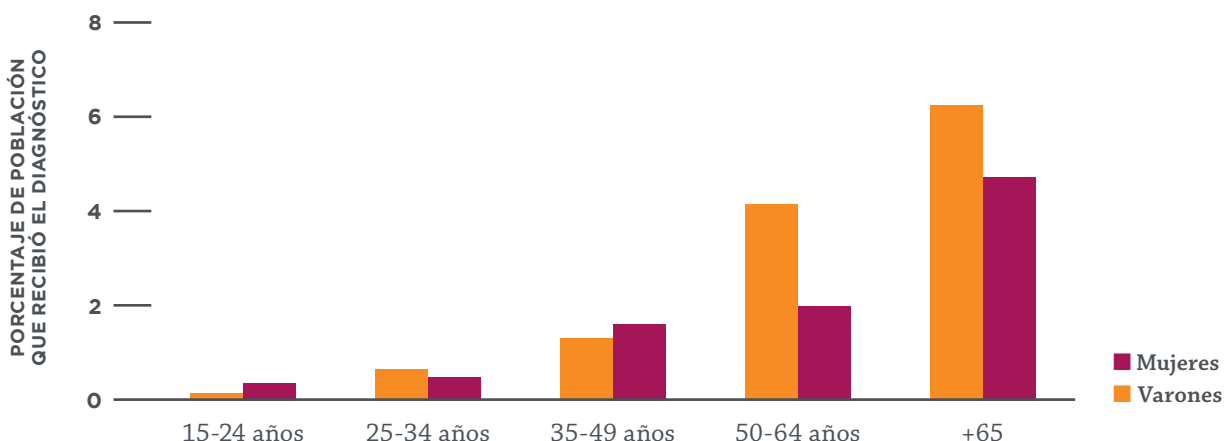
Si se analizan las prevalencias de estas enfermedades por género, en este grupo específico de edad los varones superan a las mujeres en todos los casos (infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular, diabetes, enfermedad renal crónica), a excepción de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) (Figura 15) (Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, 2018, 82).

Figura 15. Prevalencia de diagnósticos de afecciones crónicas alguna vez por un profesional de la salud en población de 18 años y más por sexo y grupo de edad (%). (IAM, EPOC, ERC, DBT, ACV). REPÚBLICA ARGENTINA. AÑO 2013.

IAM

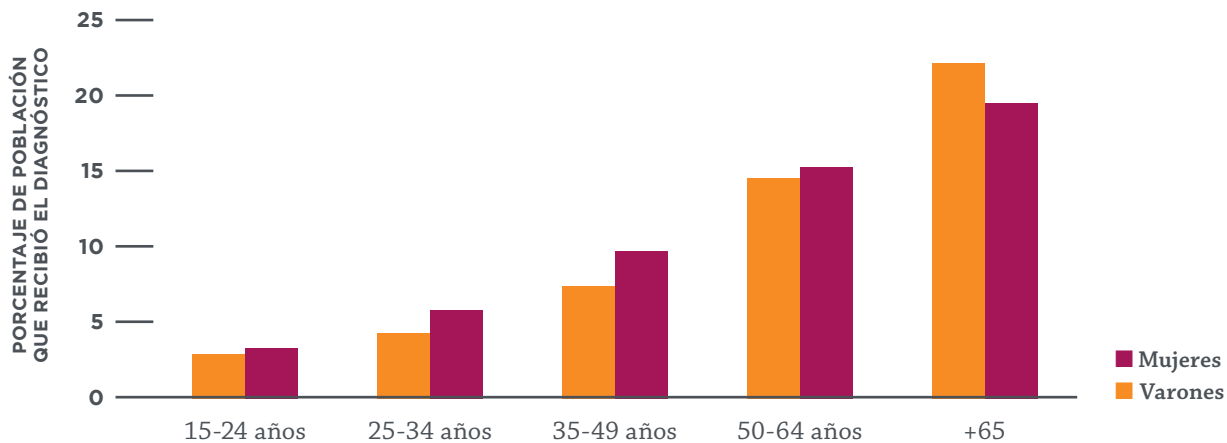


ACV

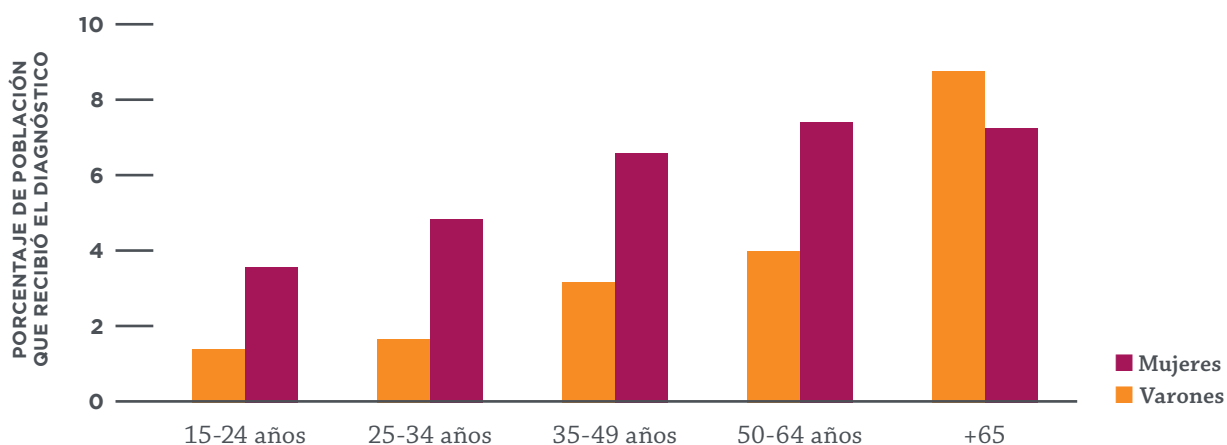




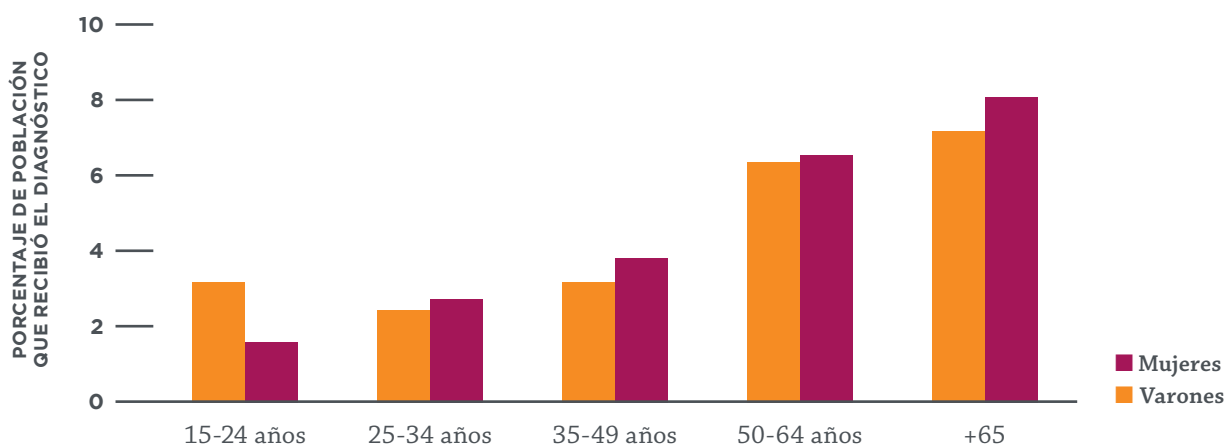
DBT



ERC



EPOC



Fuente: Análisis de Situación de Salud República Argentina. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. 2018



El tabaco es uno de los principales factores de riesgo vinculados a las ECNT y el principal vinculado al cáncer. El 16,9% de las personas mayores de 60 años tiene el hábito de fumar (TINOBORAS, 2018). Nuestro país, en línea con el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, ha logrado disminuir el consumo de tabaco de manera sostenida a través de las siguientes estrategias: la prohibición completa de publicidad, promoción y exhibición de productos de tabaco en todos los ámbitos; el acceso de toda la población a tratamientos para dejar de fumar; ambientes cerrados 100% libre de humo; desincentivos para la compra de productos de tabaco mediante el aumento de impuestos y el aumento de precios y la incorporación de advertencias sanitarias en los envases de productos de tabaco.

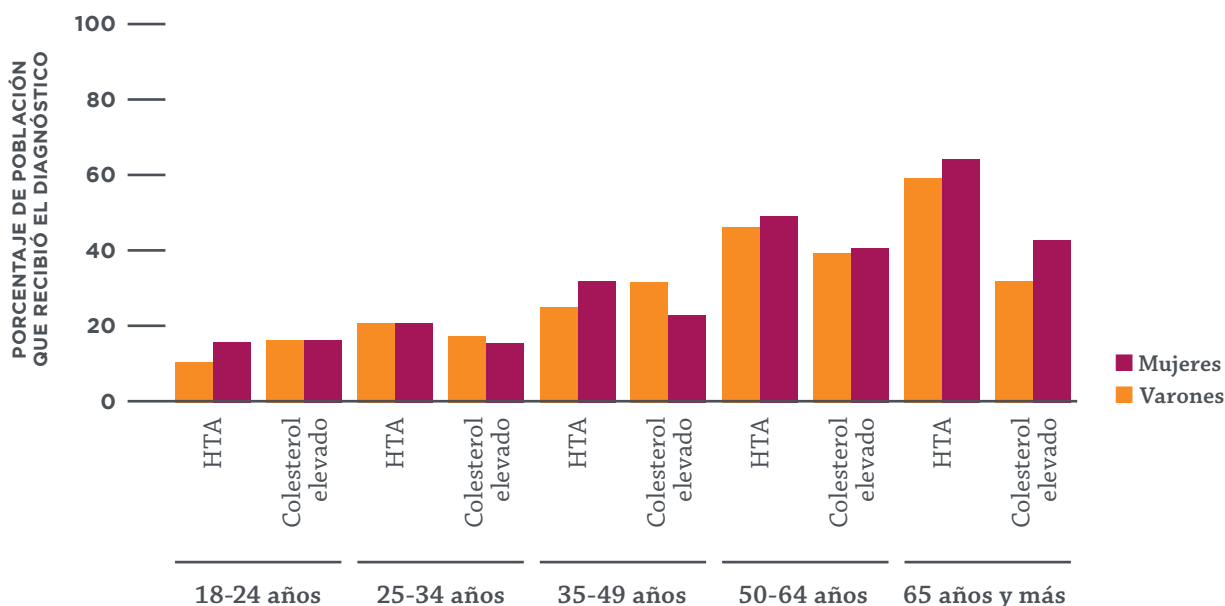
Los entornos tienen una influencia importante en el establecimiento y mantenimiento de hábitos saludables, que podrían reducir el riesgo de estas enfermedades. Un hábito saludable que actúa como factor protector frente a las ENCT es la actividad física regular. Sin embargo, al desagregar por edad se evidencia que el sedentarismo aumenta en edades más avanzadas. El 68,1% de las personas mayores de 60 años no realiza ejercicio físico, con mayor déficit en los estratos socioeconómicos más bajos (TINOBORAS, 2018).

La hipertensión arterial afecta aproximadamente a un tercio de la población de la Argentina y su frecuencia se encuentra directamente relacionada con la edad: alcanza al 60% de la población en los mayores de 65 años. El colesterol elevado marca una tendencia similar, ya que aumenta progresivamente la prevalencia con la edad y alcanza al 40% en personas de 65 años y más. Finalmente la obesidad, que se ha convertido en una de las principales epidemias que afecta a la Argentina, aumentó 10 puntos porcentuales en el período de 2005 a 2018 y presenta un progresivo aumento de prevalencia en las edades más avanzadas. Al analizar estos eventos por género, la prevalencia para la hipertensión arterial y el colesterol elevado fue más elevada en mujeres que en hombres, a diferencia del sobrepeso y obesidad que, por el contrario, fue superior en varones (*Figura 16 y 17*) (MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL DE LA NACIÓN, 2018).

El paulatino incremento de las ECNT se refleja en el aumento del porcentaje de personas en situación de dependencia y por consiguiente, en el aumento de las necesidades de cuidado de la población envejecida. El Consejo de Europa definió la dependencia como "un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tiene necesidad de una asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar las actividades corrientes de la vida diaria" (CRUZ ORTIZ ET AL., 2017).

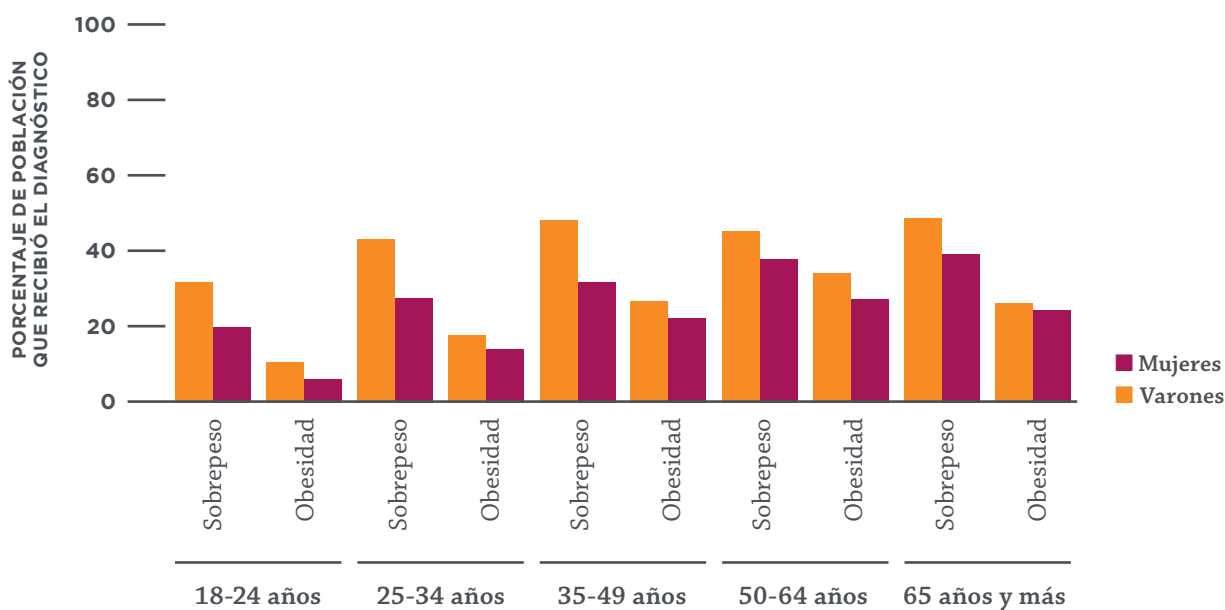


Figura 16. Prevalencia de HTA y colesterol elevado según sexo y grupo de edad. TOTAL PAÍS. AÑO 2013.



Fuente: Análisis de Situación de Salud República Argentina, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. 2018.

Figura 17. Prevalencia de sobrepeso y obesidad elevado según sexo y grupo de edad. TOTAL PAÍS. AÑO 2013.



Fuente: Análisis de Situación de Salud República Argentina, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. 2018.



En América Latina y el Caribe las personas dependientes mayores de 60 años representan el 12% de ese grupo etario y el 1% de la población total, lo que se traduce en 8 millones de personas (Aranco et al., 2018). Aún si las tasas de dependencia se mantienen constantes, se espera que el número de personas dependientes en la región se triplique hacia 2050, alrededor de un 14% de la población mayor de 60 años (ARANCO ET AL., 2018). Esto representa 27 millones de personas y el 3% de la población total. La Argentina se ubica en la tercera posición de la región con mayor cantidad de personas dependientes detrás de Brasil y México, como puede observarse en el cuadro a continuación. En 2015 se registraron 760.000 personas de más de 60 años dependientes, de las cuales la mayoría eran mujeres (529.000). El grupo más afectado, como es de suponerse, es el de mayores de 80 años, seguido por el de 60 a 69 años y en último lugar el correspondiente a 70-79 años (ARANCO ET AL., 2018).

Si la incidencia de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo continúan en aumento, se estima que la población con necesidades de cuidados puede alcanzar al 17% de los mayores de 60 años (ARANCO ET AL., 2018). Será competencia de los tomadores de decisiones evaluar de qué manera es posible reducir los niveles de dependencia mediante la disminución de los factores de riesgo que llevan a la pérdida de autonomía, así como también identificar las necesidades de políticas que promuevan el envejecimiento activo, reducir las tasas de dependencia y aligerar las necesidades de cuidado (ARANCO ET AL., 2018).



Figura 18. Número de personas dependientes en América Latina y el Caribe (en miles). 2015.

	60-69			70-79			80+			TOTAL 60+		
	TOT.	H	M	TOT.	H	M	TOT.	H	M	TOT.	H	M
Argentina*	237	84	153	227	76	151	296	72	224	760	231	529
Bahamas*	2	1	1	2	1	1	1	0	1	5	2	3
Barbados*	2	1	1	2	1	1	2	1	2	6	2	4
Belice*	1	0	1	1	0	0	1	0	0	2	1	1
Bolivia*	36	14	23	34	13	21	38	13	25	109	40	68
Brasil*	995	352	644	797	277	520	787	230	557	2.579	859	1.721
Chile	84	40	44	62	23	40	131	33	98	277	96	181
Colombia*	223	79	144	158	56	102	157	50	107	538	185	352
Costa Rica	56	18	38	41	16	24	37	13	24	134	48	86
Ecuador*	62	23	39	53	20	33	56	20	36	171	63	108
El Salvador	5	1	4	10	3	7	13	5	9	28	8	20
Guatemala*	42	15	28	36	13	23	38	14	25	117	42	75
Guyana*	3	1	2	2	1	1	1	0	1	6	2	4
Haiti*	31	11	20	26	9	17	19	6	13	76	27	49
Honduras*	24	9	15	19	7	12	21	7	14	64	23	41
Jamaica*	13	5	8	12	5	8	17	6	11	43	16	27
México	930	351	579	768	312	456	719	254	465	2.417	917	1.500
Nicaragua*	18	6	12	16	6	10	17	6	12	52	18	34
Panamá*	16	6	10	14	5	9	17	6	11	47	18	29
Paraguay	6	2	4	8	2	6	10	3	7	24	8	17
Perú*	122	45	77	104	39	64	109	35	74	335	119	216
R. Dominicana*	39	15	24	33	13	20	39	15	25	111	42	69
Surinam*	2	1	1	2	1	1	2	1	1	6	2	4
T. y Tobago*	8	3	5	6	2	4	5	1	4	20	7	13
Uruguay	8	4	5	10	4	7	17	4	14	36	11	25
Venezuela*	120	44	76	94	35	59	89	26	63	303	105	199
ALC	3.069	1.131	1.958	2.536	939	1.597	2.642	820	1.822	8.266	2.890	5.376

Fuente: Aranco, 2018 Pag 28.

Nota: (*) países para los cuales se usó el promedio de la tasa de dependencia de la región.



CARGA TOTAL DE ENFERMEDADES

“La carga total de enfermedades se expresa como la cantidad de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), es decir, los años de vida saludable que se pierden a causa de la presencia de enfermedades, accidentes o incapacidad. El concepto se calcula como la suma de dos factores: los años perdidos por muerte prematura (carga de mortalidad)³ y los años de vida saludable perdidos por incapacidad⁴, considerada ésta como cualquier condición de salud que afecte el funcionamiento óptimo del individuo (carga de morbilidad)” (ARANCO ET AL., 2018).

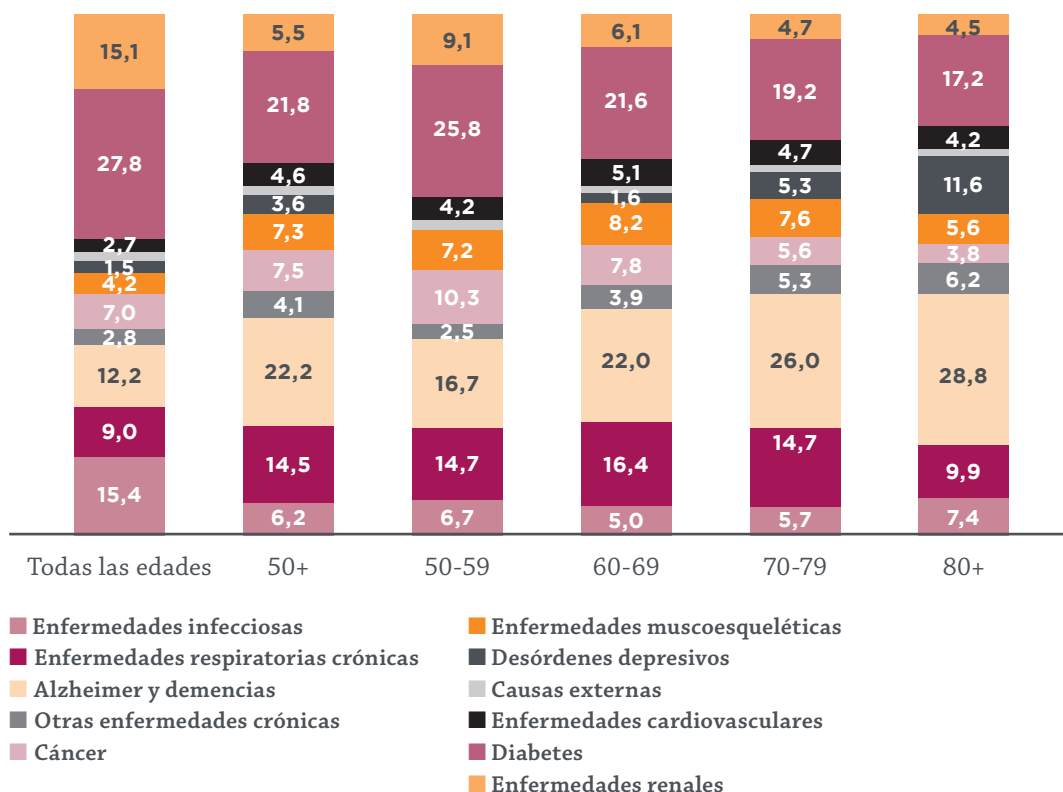
A nivel mundial se estima que 6 de cada 10 muertes y el 70% de los AVAD se deben a las ECNT (INDEC, 2015). Asimismo, se proyecta que para el 2030 más de tres cuartas partes de las muertes serán por esta causa, lo que representará el 66% de la carga de enfermedad mundial (INDEC, 2015). La mayoría de los países de América Latina, al menos durante los últimos 50 años, han experimentado una transformación de sus condiciones de salud acompañada por una diferenciación en las causas de morbilidad y mortalidad. El estudio Global Burden of Disease (GBD) calcula la carga total de enfermedades para una lista de 328 condiciones en países de todas partes del mundo a partir de 1990. Según los últimos datos del estudio de carga global de enfermedades, el 70% de los años perdidos por muerte prematura e incapacidad en la región de América Latina y el Caribe puede atribuirse a enfermedades crónicas; aumentando a 89% para la población de más de 60 años (ARANCO ET AL., 2018). La principal causa de mortalidad y morbilidad en las personas mayores en la región son las enfermedades cardiovasculares, que asciende del 12% del total de años perdidos en la población de todas las edades al 22% en los mayores de 50, aumentando a casi 30% para los mayores de 80 años (ARANCO ET AL., 2018). En el caso de enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer y la demencia senil en la población mayor de 80 causan el 11.6% de los años perdidos por discapacidad y muerte prematura (ARANCO ET AL., 2018). En la Argentina las ECNT representan el 80% del total de muertes y el 76% de los años de vida ajustados por discapacidad (INDEC, 2015).

[3] “Los años perdidos por muerte prematura se calculan, por un lado, como el producto del número de muertes ocurridas en determinada población en un período de tiempo dado, y por otro, como la diferencia entre la edad de muerte y la esperanza de vida máxima a dicha edad. Para definir lo que se considera una muerte prematura, se construyen tablas de esperanza de vida “normativas” basadas en la tasa de mortalidad mínima observada para cada edad en poblaciones de más de cinco millones de habitantes” (ARANCO ET AL., 2018)

[4] “Los años de vida saludable perdidos por incapacidad se calculan como el producto del número de casos prevalentes para cada condición y un ponderador que representa el impacto que dicha condición tiene sobre la calidad de vida de la persona que la padece. El valor de este ponderador surge de encuestas realizadas a individuos en diferentes países del mundo, en las cuales se les pide ordenar sus preferencias al comparar diferentes estados de salud”. (ARANCO ET AL., 2018)



Figura 19. Distribución de AVAD por tipo de enfermedad en la región de América Latina y el Caribe. 2016.



Fuente: Aranco, 2018

ENVEJECIMIENTO EN EL MARCO DE LA PANDEMIA DE COVID-19

Antes de introducirnos en las principales estrategias de abordaje al envejecimiento es necesario aunque sea una pequeña reflexión sobre el envejecimiento en el marco de la pandemia de COVID-19.

De acuerdo con la OMS, la COVID-19 es una enfermedad respiratoria aguda causada por un nuevo coronavirus humano (SARS-CoV-2, llamado virus COVID-19) que actualmente se propaga principalmente de persona a persona (CEPAL, 2020). Si bien este virus afecta a personas de todas las edades, el riesgo de enfermedad aumenta gradualmente con la edad a partir de los 40 años y las personas mayores y con factores de riesgo tienen un riesgo superior de desarrollar formas graves que las lleven a la muerte. Las enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias y diabetes dificultan la



recuperación una vez que se ha contraído el virus. Asimismo, se provoca un desgaste del organismo que hace más difícil combatir nuevas infecciones sobre todo a partir de los 75 años, porque el sistema inmune está más debilitado que en edades tempranas (CEPAL, 2020, p9). Las personas mayores, además de ser las que registran mayores índices de mortalidad, requieren insumos críticos por parte del sistema sanitario, mayores estadías en terapias intensivas y uso de asistencia respiratoria mecánica.

Es preciso también mencionar la vulnerabilidad aumentada de las personas mayores que viven solas, en instituciones o en comunidades de bajos ingresos que tienen acceso desigual a la atención médica, a menudo en situación de subempleo y sin protección social. Dada esta mayor vulnerabilidad en este grupo poblacional se han implementado medidas preventivas más restrictivas de aislamiento para las personas mayores o medidas de control mayor en el caso de las residencias. Ambas pueden tener consecuencias negativas sobre la salud de los mayores en términos de inactividad física, deterioro cognitivo y demencia, fragilidad, soledad o afectación del estado emocional (FUNDACIÓ SALUT I ENVELLIMENT-UAB - CENTRO COCHRANE IBEROAMERICANO ET AL., 2020).

Los efectos de la pandemia en la salud mental de las personas –que pueden ser afectadas por diferentes razones: estrés, aislamiento social, pérdidas familiares, pérdidas económicas o temor a ser contagiada ellas y/o sus familiares– convierten esta situación en un verdadero desafío para el sector salud y para la sociedad en su conjunto. A esto se suma el riesgo de discontinuar los tratamientos por la reducción del acceso a la consulta de salud mental ambulatoria. Es menester de las políticas dirigidas a las personas mayores garantizar, en primer lugar, el acceso a las disposiciones básicas y a la atención social en este contexto, en segundo lugar, la capacidad del entorno comunitario para planificar visitas, suministros de medicamentos y alimentos, y por último, implementar medidas que promuevan la actividad física, la estimulación cognitiva o la prescripción social para la soledad y la afectación del estado emocional (FUNDACIÓ SALUT I ENVELLIMENT-UAB - CENTRO COCHRANE IBEROAMERICANO ET AL., 2020).

Según la OMS, las personas mayores que viven en residencias de cuidado de largo plazo tienen un mayor riesgo adverso y de infección debido a la convivencia con otros que no son sus familiares y además por las condiciones de cuidados e higiene de estos establecimientos. Por eso, este tipo de instituciones han de tomar medidas intensivas para evaluar y mejorar su preparación para responder de manera efectiva al COVID-19 y así controlar su propagación (CEPAL, 2020, p15).



Además, en el contexto de la pandemia las personas mayores se pueden enfrentar a situaciones de violación de los derechos humanos en tanto exigen intervenciones de salud más frecuentes o de tratamiento continuo en lugares como centros de atención primaria, hospitales y residencias de cuidado de largo plazo (IRFAN y BELLUZ en CEPAL, 2020, 9). La transmisión del virus puede dificultar el tratamiento de las enfermedades crónicas que padecen y exponerlas a una muerte anticipada. También se pueden presentar situaciones de discriminación por edad cuando se privilegia la atención de urgencia de las personas en edades más jóvenes infectadas por el virus (CEPAL, 2020, 9), lo que resulta inadmisibles. Las personas mayores enfermas por COVID-19 deben ser atendidas aunque no tengan los mismos recursos clínicos que personas más jóvenes.

La OMS (2020) insiste en que hay que garantizar que las personas mayores sean protegidas de COVID-19 sin estar aisladas, estigmatizadas, dejadas en una situación de mayor vulnerabilidad o sin poder acceder a las disposiciones básicas y a la atención social. Este consejo incluye recibir visitas, planificar suministros de medicamentos y alimentos, salir de forma segura en público y mantenerse conectado con otros. Este modo de pensar las políticas y medidas asociadas a la pandemia de COVID-19 responde a “un sector del colectivo Persona Mayor: urbano, comunicado, con algún tipo de ingreso de empleo formal, seguridad social y/o asistido económicamente por terceros, saludable y no dependiente, integrante de hogares multigeneracionales o que dispone en el entorno cercano de otros para asistirlo” (MORGANTE & VALERO, 2020). Luego distingue, más allá de la geografía donde estas medidas tienen más o menos llegada, a quienes poseen acceso a un cuidador (familia, vecino, voluntario) y que además disponen de los medios y las condiciones para comunicarlo en caso de que no habiten un hogar multigeneracional, sin contemplar a las personas mayores cuidando a otras personas mayores (MORGANTE & VALERO, 2020).

Situaciones como éstas requieren no sólo de estrategias que promuevan el seguimiento, detección precoz e intervenciones preventivas, de rehabilitación o paliativas ante la aparición de afecciones negativas vinculadas al aislamiento sino también de una vigilancia activa por parte de los organismos estatales para el efectivo cumplimiento del derecho a la vida, la igualdad en el trato y el acceso a la atención y cuidado de la salud de las personas mayores.



¿QUÉ ES EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al envejecimiento saludable como “el proceso de desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (OMS 2019). Es decir, “aquellas capacidades que le permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ellas (...) Satisfacer las necesidades básicas; aprender, crecer y tomar decisiones; tener movilidad; establecer y mantener relaciones y contribuir a la sociedad” (OMS, 2019). Esta capacidad funcional está compuesta, por una parte, de la capacidad intrínseca de la persona. Se entiende por ésta a la combinación de todas las capacidades físicas y mentales de la persona e incluye su capacidad de caminar, pensar, ver, oír y recordar. Por otra parte, se compone del entorno de la persona: una serie de factores que abarcan desde su hogar y comunidad, las personas y sus relaciones, las actitudes y los valores, hasta las políticas de salud y sociales, los sistemas que las sustentan y los servicios que prestan (OMS, 2019).

Por tanto, distintos factores que van desde los ambientales y estructurales hasta los más singulares influyen ampliando o limitando los cambios relacionados con la edad que viven las personas.

Pensar el envejecimiento desde una perspectiva sanitaria implica considerar no sólo los elementos que amortiguan las pérdidas asociadas a éste sino también aquellos que pueden reforzar que las personas mayores disfruten de una vida plena, saludable y satisfactoria en ejercicio pleno de sus derechos civiles, económicos, sociales, políticos y culturales.

El fortalecimiento de los sistemas de atención de salud y los servicios sociales y de sus vínculos con otros sectores como la vivienda, el transporte, el trabajo y el desarrollo urbano, será fundamental para responder adecuadamente a este cambio demográfico.

LA DÉCADA DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

Dada la prioridad política y social del envejecimiento a nivel mundial, en 2016 se realizó la Asamblea Mundial de la Salud en la que se aprobó la estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud para el período comprendido entre 2016-2030. En este plan se describen las medidas que deben tomarse para desarrollar la base de evidencia y las alianzas para la Década del Envejecimiento Saludable (2020–2030). Se incluyeron explícitamente algunos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que implican un compromiso



con la promoción del envejecimiento saludable, el logro de la igualdad de género y la reducción de las desigualdades, la transformación de las ciudades para que sean inclusivas, seguras, resilientes y sostenibles y la adopción de medidas concertadas para formular políticas basadas en la evidencia en todos los sectores que fortalecen las capacidades de las personas mayores. (OMS, 2019)

Con la aprobación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible se enfatiza la integralidad e indivisibilidad de las estrategias de desarrollo que deben brindar respuesta a las necesidades sociales, económicas y ambientales. En lo que refiere a la mención de las personas mayores, se mencionan explícitamente en el Objetivo 2, relativo a la erradicación del hambre. La meta 2.2 propone poner fin a la malnutrición teniendo en cuenta entre otros grupos a las personas de edad. Bajo el Objetivo 11 sobre ciudades y asentamientos humanos inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles, dos metas incluyen menciones específicas a las personas mayores: una sobre los sistemas de transporte y otra sobre el acceso a zonas verdes y a espacios públicos seguros (CEPAL, 2017). Parte del desafío de los estados será utilizar las diferentes puertas de entrada que ofrecen el resto de los objetivos y metas para incorporar el tema del envejecimiento en las agendas públicas. En resumen, es necesario considerar la situación de las personas mayores de 65 años; identificarlas, cuando sea preciso, como un grupo vulnerable, e implementar las acciones correspondientes cuando la evidencia permita concluir que “han quedado atrás” respecto de otros grupos (CEPAL, 2017).

ATENCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES DESDE UNA PERSPECTIVA DE DERECHOS HUMANOS

El marco legislativo del desarrollo humano y social de las personas mayores a nivel internacional está basado en la Declaración Universal de los Derechos del Hombre (ONU, 1948); el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU, 1966); la Declaración sobre el Derecho al Desarrollo de la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU, 1986); la Declaración del Milenio de la Asamblea General (ONU, 2000); la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (ONU, 2002) y más recientemente, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS-ONU, 2015) (TINOBORAS, 2018).

El abordaje actual desde una perspectiva de derechos humanos significó un cambio de paradigma en el que los adultos mayores pasaron de ser personas con necesidades que deben ser atendidas a sujetos con derechos que deben ser garantizados por el Estado y la sociedad en su conjunto (*Los derechos de las personas mayores*, CELADE 2011). Este cambio de paradigma se fue dando



a partir de la evolución de construcciones sociales sobre la concepción de la vejez, que pasó de ser una etapa donde se concentran carencias económicas, físicas y sociales a un progresivo empoderamiento de las personas mayores que se constituyen como sujetos de derecho con garantías y responsabilidades con el resto de la sociedad. Este nuevo paradigma promueve la autonomía de las personas mayores y busca eliminar las barreras que limitan el pleno ejercicio de derechos desde el punto de vista jurídico, institucional y físico. Esta concepción de los adultos mayores los corre de una posición de receptores pasivos de asistencia y de políticas paliativas hacia un rol activo en la sociedad, donde pueden aportar activamente y cuentan con oportunidades para seguir desarrollándose. A largo plazo pretende lograr la integración y solidaridad intergeneracional, buscando superar las políticas y normas orientadas a minorías y grupos específicos, apelando a la igualdad y dignidad de todas las personas con el objetivo de lograr una sociedad plenamente integrada e inclusiva con derechos y responsabilidades para todos, con roles activos para todos los miembros de la sociedad de acuerdo con sus aptitudes y capacidades.

Este nuevo marco normativo debe buscar revertir las consecuencias de la discriminación y segregación por motivos de edad que se traducen en pobreza, vulnerabilidad e invisibilización de este grupo poblacional creciente y servir de punto de partida para modificar las estructuras, concepciones y prácticas vigentes que mantienen a este grupo poblacional en un rol social secundario.

Los derechos de las personas mayores en el ámbito internacional

Si bien existen elementos supranacionales que reconocen específicamente los derechos de los adultos mayores, a la fecha no se concretó su reconocimiento en forma de convención o tratado del sistema de derechos humanos de las Naciones Unidas como en el caso de los niños o las personas con discapacidad (Los derechos de las personas mayores, CELADE 2011). Desde 1948 ha habido cuatro iniciativas para alcanzar una declaración de derechos humanos de los adultos mayores (en ese sentido, la Argentina es un país pionero). En 1948 se redactó un documento que contemplaba derechos a asistencia, alimentos, vestimenta, salud física, mental y moral, recreación, trabajo, estabilidad y respeto y en 1991 en República Dominicana se presentó la “Declaración sobre los derechos y responsabilidades de las personas de edad”, que se constituyó como la base de los “Principios adoptados por Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad”. En 1999 nuevamente República Dominicana presentó un nuevo proyecto y finalmente ese mismo año la *American Association of Retired Persons* presentó una iniciativa ante la ONU.



Si bien ninguna de estas propuestas fue adoptada, existe un consenso respecto de los contenidos fundamentales que este instrumento debería consolidar. De hecho, son los lineamientos que vienen orientando reformas legislativas y constitucionales. En los últimos años ha habido una gran producción legislativa en los países de América Latina sobre la temática que resulta en una legislación fragmentada y con cierta dispersión que no termina de lograr las transformaciones necesarias para alcanzar los objetivos propuestos.

Adicionalmente, otros instrumentos internacionales han ido ampliando progresivamente la visibilización de los derechos de los adultos mayores en forma de tratados, convenciones y resoluciones orientados a otros grupos poblacionales como las personas con discapacidad y la protección progresiva de los derechos de la mujer. También los adultos mayores son protagonistas de instrumentos de otros organismos como la OIT. Por ejemplo, en el Convenio sobre las prestaciones por invalidez, vejez y sobrevivientes.

Iniciativas regionales orientadas a los adultos mayores

A partir del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento del año 2003 y la Declaración de Brasilia de 2007, se impulsó la estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe. Esto se tradujo en que 16 países de la región (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, República Dominicana, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Venezuela) cuenten con leyes específicas de protección de los derechos de los adultos mayores y otros estén abocados a su creación. Además, muchos tratados supranacionales fueron incorporados a las constituciones de varios países mediante interpretación o incorporación explícita. Esta constitucionalización de derechos de personas mayores implica que el ordenamiento jurídico al interior de estos países, sus políticas públicas, sus instituciones y los actos de gobierno deben ajustarse y compatibilizar con estos derechos.

El instrumento de referencia en la región es la *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*, aprobada el 15 de junio de 2015 por los Estados Miembro de la Organización de los Estados Americanos (OEA) y en vigencia desde diciembre de 2016.

Legislación nacional enfocada en los adultos mayores

La Argentina cuenta con una trayectoria de liderazgo a nivel regional e internacional respecto a los derechos humanos de las personas mayores. Fue uno de los principales promotores de la Convención Interamericana sobre la



Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, adoptada en el marco de la OEA en 2015, que entró en vigor en agosto de 2016 (CEPAL, 2019). Ésta tiene por objeto 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 a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad.

Asimismo, promovió la creación del Grupo de Trabajo de Composición Abierta sobre el Envejecimiento creado en 2010 mediante la resolución 65/182 de la Asamblea General de las Naciones Unidas y del mandato de la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad creado en 2013, en el Consejo de Derechos Humanos (CEPAL, 2019).

En este sentido, se ofrece un marco de protección tanto para la defensa de los derechos humanos de las personas mayores como para el diseño e implementación de las políticas públicas dirigidas a mejorar su bienestar.

En lo que refiere a cuidados, el antecedente institucional más importante de la Argentina es la sanción de la ley 27.360 que manifiesta 1) el derecho de toda persona mayor a un sistema integral de cuidados, 2) que el Estado debe diseñar de ahora en más medidas de apoyo a las familias y cuidadores, 3) que debe custodiarse especialmente la plena participación de la persona mayor, respetándose su opinión (AMADASI ET AL., 2018).

Los temas de maltrato y violencia ameritan una reflexión especial cuando se abordan temas de envejecimiento. De acuerdo con la OMS, una de cada seis personas mayores de 60 años sufrió algún tipo de abuso en entornos comunitarios durante el último año (OMS, 2020). Estas cifras aumentan en el caso de las personas que se encuentran institucionalizadas. En ambos casos las consecuencias conllevan daño físico, psicológico y social. Este tipo de violencia constituye una violación de los derechos humanos e incluye maltrato físico, sexual, psicológico o emocional; la violencia por razones económicas o materiales; el abandono; la negligencia; y el menoscabo grave de dignidad y la falta de respeto (OMS, 2020). Según un estudio de 2017 basado en la mejor evidencia disponible sobre 52 investigaciones realizadas en 28 países de diversas regiones, incluidos 12 países de ingresos bajos y medianos, durante el 2019 el 15,7% de las personas de 60 años o más fueron objeto de alguna forma de maltrato (OMS, 2020). Sin embargo, al analizar estos datos es importante considerar la subestimación que les subyace: solo se denuncia uno de cada 24 casos de maltrato a personas mayores debido al temor que implica notificar el maltrato a sus familiares, a sus amigos o a las autoridades (OMS, 2020). Los tipos de maltrato más comunes



son: el maltrato físico (prevalencia: 0,2% al 4,9%); el abuso sexual (prevalencia: 0,04% al 0,82%); el maltrato emocional, por encima de un umbral de frecuencia o intensidad (prevalencia: 0,7% al 6,3%); el abuso financiero (prevalencia: 1,0% al 9,2%) y la negligencia (prevalencia: 0,2% al 5,5%) (OMS, 2015). Es importante considerar que estas cifras mundiales no incluyen a los que viven en residencias o centros de cuidados a largo plazo. Sin embargo, puede que estos grupos estén en particular riesgo de maltrato.

El abuso económico y financiero es uno de los tipos de maltrato menos reconocidos y denunciados. Implica acciones como el robo, malversación o mal uso de dinero, propiedad o bienes, ejercer indebida influencia para que la persona regale o ceda bienes, ejercer presión para que la persona mayor acepte prestaciones o servicios de menor costo para preservar sus recursos en función de los intereses de los herederos, llevar a cabo tareas innecesarias o sobrecargar el precio de los servicios que se brindan a la persona mayor, mal uso de los poderes por parte de los abogados, negación de acceso a fondos, no pago o devolución de préstamos, vivir con la persona mayor y negarse a pagar o contribuir con el pago de los gastos, obligar a la persona a firmar documentos con engaño, coerción o influencia indebida, entre otros (FASSIO, 2014). Los abusos, actos ilegales y falta de cuidados pueden venir tanto por parte de los familiares como de los cuidadores. Según el estudio argentino sobre la percepción de las personas mayores acerca del abuso y el maltrato, se reveló que el 2,4% de las personas mayores encuestadas reconoció el abuso patrimonial como expresión de abuso y maltrato. El 20% contestó que firmó papeles sin saber por qué y el 22% de las personas mayores encuestadas manifestó que la sociedad los ve como incapaces de tomar decisiones por sí solos (FASSIO, 2014).

Es imperioso realizar más investigaciones sobre la magnitud del abuso y maltrato a las personas mayores y los factores de riesgo y analizar qué es lo que funciona en materia de prevención y asistencia. En mayo de 2016 la Asamblea de la Salud aprobó una estrategia y plan de acción mundiales que ofrecen orientaciones para llevar a cabo una acción coordinada en los países contra el maltrato a las personas mayores en consonancia con los ODS. Garantizar un trato respetuoso y fortalecer el derecho a la autonomía, es decir, que la persona pueda decidir sobre su vida aun cuando hay situaciones de dependencia física o cognitiva, es responsabilidad de todas las personas que configuran el entorno familiar y comunitario de las personas mayores.

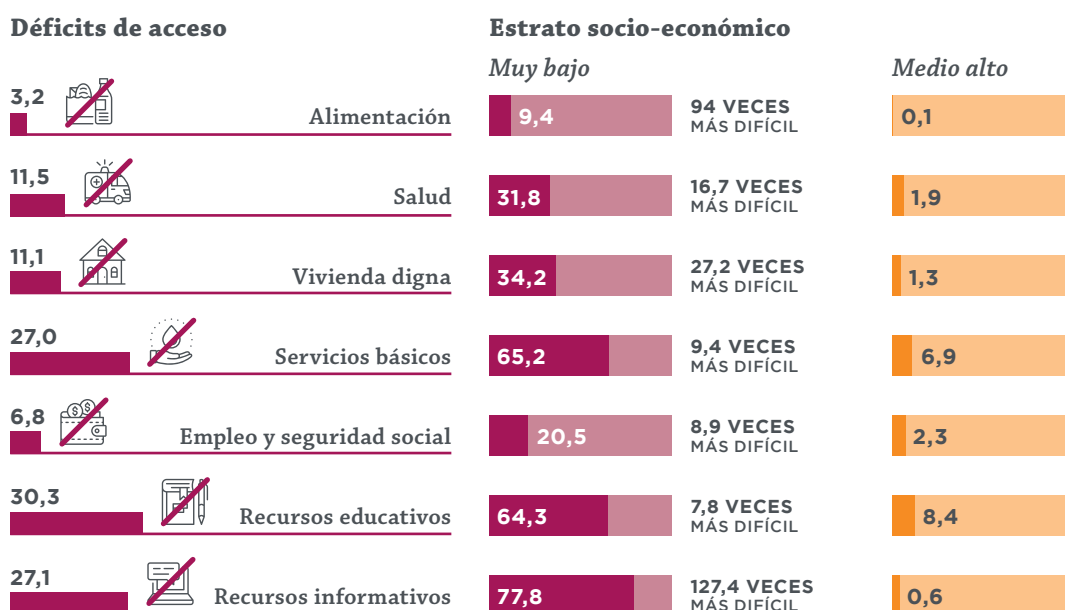


Desigualdades sociales y feminización de la vejez

El escenario nacional y regional en el que transcurre el fenómeno del envejecimiento poblacional es diverso, caracterizado en su gran mayoría por desigualdades sociales que conllevan oportunidades desiguales de envejecer en las personas mayores.

Según el informe de condiciones de vida de las personas mayores, se evidencian importantes desigualdades en el acceso a derechos económicos y sociales de acuerdo al nivel socioeconómico. Esto pone de manifiesto que los déficits de acceso están más asociados a esta dimensión que a la edad. Cabe destacar que las personas de 60 años y más presentan importantes déficits de acceso a distintos derechos, entre los que se mencionan la alimentación (3,2%), salud (11,5%), vivienda digna (11,1%), servicios básicos (27,0%), empleo y seguridad social (6,8%); educativos (30,3%) con una amplia brecha entre los estratos socioeconómicos muy bajos y medio alto y con los niveles de déficit considerablemente más bajos y persistentes en el tiempo que en el resto de la población. (TINOBORAS, 2018).

Figura 20. Desigualdad en el acceso a derechos económicos y sociales.
EN PORCENTAJE DE PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS. AÑO 2017.



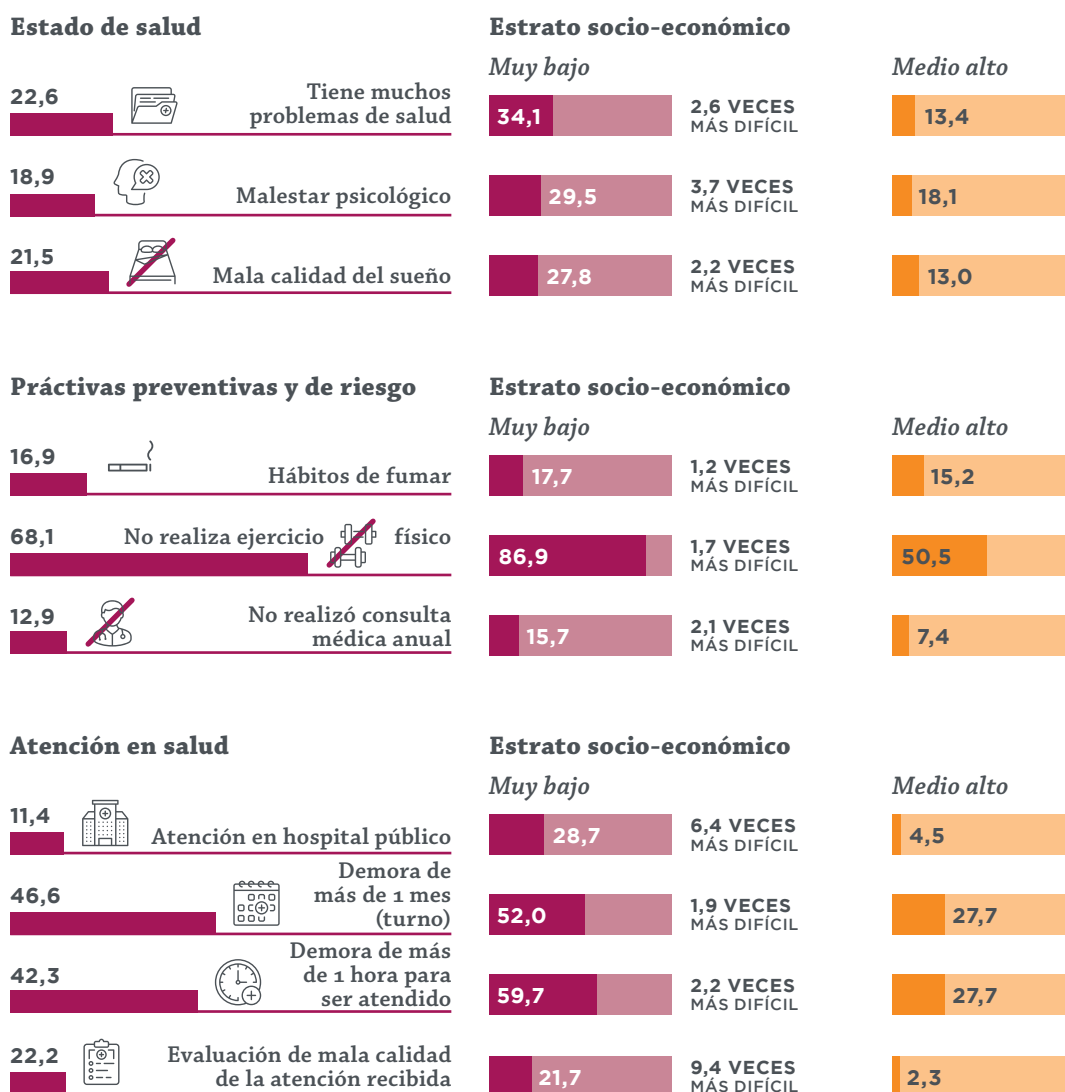
Fuente: Condiciones de vida de las personas mayores. Acceso y desigualdad en el ejercicio de derechos (2010-2017).



La misma brecha de desigualdad puede observarse en otras dimensiones de análisis que recorre el informe de la UCA que refieren al estado de salud, las prácticas preventivas y de riesgo y la atención de la salud.

Figura 21. Estado y atención de salud.

EN PORCENTAJE DE PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS. AÑO 2017.



Fuente: Condiciones de vida de las personas mayores. Acceso y desigualdad en el ejercicio de derechos (2010-2017).



El estado de salud autopercibido es uno de los indicadores más comúnmente utilizados en las encuestas de salud porque suele estar vinculado a las enfermedades que padecen las personas y cómo afectan su calidad de vida. Para comparar la percepción de mala salud es relevante considerar el nivel socioeconómico, ya que el porcentaje asciende a 34,1% en el estrato muy bajo, a diferencia del medio alto que se ubica en 13,4%. Si se considera el mismo indicador en la encuesta realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), a medida que aumenta la edad, la autoperccepción de la salud empeora.

El 38,1% de las personas que tienen entre 60 y 74 años considera que su salud es regular o mala. En las personas de 75 años y más, ese porcentaje sube al 46,9% (INDEC, 2014).



Es importante señalar que la disponibilidad y organización de los recursos monetarios de los hogares condiciona la satisfacción de las necesidades de salud. En el caso de las personas de edad avanzada, la necesidad de recursos monetarios para atenderse adecuadamente tiende a ser mayor cuando se la compara con otros grupos etarios. De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCAVIAM) realizada por el INDEC, un 83,8% de los adultos mayores cuenta con obra social, mayoritariamente PAMI. A pesar de la enorme cobertura, según los datos de la Encuesta del Bicentenario de la Deuda Social, una proporción significativa de adultos mayores no realiza consultas médicas. Se verifica que el 15,9% de las personas mayores expresa haber tenido que practicar recortes de gastos en consultas a profesionales de la salud (AMADASI ET AL., 2018). La diferencia más llamativa se marca entre estratos socioeconómicos, casi de cinco a uno. Refieren recortes en la atención médica en el 23,6% de las personas mayores del estrato socioeconómico más bajo y solamente en el 4,7% de las personas pertenecientes al más alto (AMADASI ET AL., 2018). Uno de cada cinco adultos mayores que viven en el Conurbano Bonaerense también declara haberse visto obligado a hacer recortes vinculados a la atención de la salud. En villas y asentamientos precarios este indicador alcanza el 33,3% (OIT ET AL., 2018). El 26,7% de las personas mayores de 60 años ha dejado de consultar un médico u odontólogo o de comprar medicamentos por problemas económicos, siendo 6,1 veces mayor en el estrato socioeconómico más bajo cuando se lo compara con el nivel más alto (TINOBORAS, 2018).



La población adulta con cobertura privada es minoritaria: sólo un 6,8% posee mutual, prepaga y/o servicio de emergencia o una combinación de más de un servicio de salud (INDEC, 2014). Si analizamos este indicador desagregado por sexo, según el CENSO de 2010, el 11.38% de los varones mayores de 65 no acceden a obra social. En edades más avanzadas quienes acceden a obra social o mutual es menor, alcanza valores cercanos a 4%. En el caso de las mujeres, en el primer grupo etario sólo el 4.73% no accedió a obra social, mientras que a medida que avanzan en la edad, el valor se reduce levemente. Si bien la Ley 26.682 que establece el régimen de regulación de las empresas de medicina prepaga expresa que la edad no puede ser tomada como criterio de rechazo de admisión, son cotidianos los casos de barreras al acceso e incluso rechazo de las prepagas a afiliar a personas mayores de 65 años (Ley 26.682, 2011).

Mención aparte merecen las desigualdades por género. De acuerdo con diversas bibliografías, estamos enfrentando un proceso denominado “feminización de la vejez”. Siguiendo una lógica que se da a nivel mundial, en la Argentina la mayoría de las personas mayores de 60 años son mujeres. Según la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores, en el año 2012 el 57% del total de personas mayores eran mujeres y en personas de 75 años y más representaban el 63%, incrementando su participación relativa. (INDEC, 2014).

Las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que los hombres y esto trae aparejada más soledad. En el grupo de 75 años y más, seis de cada 10 mujeres se declaran viudas y en los varones esta situación afecta a algo más de dos de cada 10 (INDEC, 2014).

Desde el punto de vista de género, es relevante mencionar la feminización de las tareas de cuidado. Si consideramos que de las personas que realizan tareas domésticas un 73% son mujeres (SHOKIDA, N.D), en consecuencia, es más probable que sean las mujeres las encargadas de realizar tareas de cuidado y reproducción para otros miembros de su hogar. En estas situaciones las mujeres enfrentan la doble carga de padecer una enfermedad crónica y cuidar de un integrante de su familia que padece una enfermedad similar. Entonces son comunes los problemas psicológicos o físicos según los diferentes impactos que provoca la recarga de cuidado de la persona mayor: son los llamados “enfermos silenciosos”, familiares que pueden enfermar o morir antes que la persona mayor por el desgaste y la desvinculación a su estilo de vida anterior (IMPACTO DIGITAL, 2020).



La feminización de las tareas de cuidado, además, afecta la inserción de las mujeres al mercado de trabajo, la construcción de sus trayectorias laborales, las brechas salariales de género y su correlativo impacto en la seguridad social y en los aportes jubilatorios. La brecha salarial y la desigualdad de género en el trabajo produce menor acceso a la jubilación o jubilaciones más bajas, que repercute directamente en su cobertura de salud. En este sentido, si bien las mujeres viven más que los hombres, tienden a tener menor acceso a la seguridad social que obliga a repensar políticas específicamente dirigidas para las mujeres mayores. Es cierto que la tasa de participación laboral de las mujeres ha aumentado en los últimos años respecto a los años previos: según los índices de la OIT para la región de América Latina y el Caribe pasó del 20% en 1960 al 30% en 1980 y llega casi al 50% en 2015 (ARANCO ET AL., 2018). Sin embargo, si analizamos la tasa de participación femenina en el mercado laboral respecto a la de los hombres, en América Latina es 25,6% más baja (CEPAL, 2019). En la Argentina, según los datos de la Encuesta Permanente de Hogares del segundo trimestre de 2018, el análisis de las tasas de actividad y las tasas de empleo también evidencian una marcada masculinización del mercado de trabajo argentino mientras que las tasas de desocupación y subocupación son mayores para las mujeres. Además, se observa que las ocupadas asalariadas están expuestas a una tasa de empleo no registrado mayor que la de sus compañeros varones. Hay un 37,1% de asalariadas a quienes sus empleadores no inscriben en la seguridad social, mientras que para los asalariados varones esta tasa de no registro es del 31,9% (SHOKIDA, N.D.)

Figura 22. Población de 14 a 64 años. Principales Tasas del Mercado de Trabajo, por grupos de edad y sexo. En porcentajes.

TOTAL DE AGLOMERADOS URBANOS. 2DO TRIMESTRE 2018.

INDICADORES	DE 14 A 29 AÑOS		DE 30 A 64 AÑOS	
	MUJERES	VARONES	MUJERES	VARONES
Tasa actividad	40,3	56,2	67,3	91,3
Tasa empleo	31,6	46,5	62,4	85,4
Tasa desocupación	21,5	17,3	7,3	5,4
Tasa subocupación	15,2	11,3	14,4	7,3

Fuente: La desigualdad de género se puede medir. Economía femini(s)ta.
<https://economiafeminita.com/la-desigualdad-de-genero-se-puede-medir-2/>



Abordaje intersectorial para el envejecimiento poblacional

El proceso de envejecimiento poblacional representa un desafío para las políticas sociales en lo que respecta a los servicios de cuidado a esta población, como así también en la expansión de programas de protección social no contributivos. En la Argentina, el tema del envejecimiento se ha ido incorporando en la agenda pública a partir de la labor de distintas instituciones dedicadas al cuidado de las personas mayores.

Según la concepción más moderna de las personas mayores, se ha ampliado el espectro de acciones que deben llevar a cabo las instituciones que se han ido insertando en el ámbito de los ministerios de Desarrollo Social. Dependiente de la secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia se ha creado la dirección nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM), encargada de planificar y ejecutar programas específicos de promoción, protección e integración social de las personas mayores. Los programas que lleva adelante son de dos tipos: a) orientados a la promoción y protección de derechos a partir de acciones de capacitación y difusión y b) formación de cuidadores especializados y posterior articulación con los prestadores de servicios a través del Programa Cuidadores Domiciliarios, que ha impulsado el registro correspondiente. Este programa capacita a quienes desarrollan cuidados informales para llevar a cabo las tareas necesarias para el acompañamiento de personas mayores en actividades cotidianas. Además de ofrecerles compañía, los cuidadores administran medicación y ayudan con su alimentación y la prevención de accidentes, apoyando a que vivan con mayor autonomía y mejoren su calidad de vida. Por otra parte, el programa realiza actividades de intermediación laboral para ubicar a esos cuidadores en contextos donde sean requeridos: hogares, instituciones de larga estadía del Estado o adultos mayores de 60 años que acrediten insuficiencia económica pero no cuenten con personas que puedan cuidarlos o que presenten algún tipo de discapacidad y/o enfermedad crónica (OIT ET AL., 2018). Estos ejes de intervención se implementan a través de una gestión descentralizada mediante convenios con provincias, municipios, universidades, cooperativas y organizaciones sociales. Uno de los elementos destacados desde la DINAPAM es la inclusión de mujeres de la comunidad trans en las prácticas de formación (OIT ET AL., 2018). Además de implementar estos programas junto a organizaciones, federaciones de jubilados y organismos estatales, se realizan talleres y cursos en los que las personas mayores enseñan oficios y participan en actividades comunitarias, promoviendo así el intercambio de conocimientos y saberes. Estas



acciones se realizan en las instituciones del Consejo Federal de Adultos Mayores de todo el país y permiten revalorizar sus experiencias y sus habilidades, promover su rol activo en la sociedad, así como también producir un impacto social a partir de la recuperación y fortalecimiento de oficios tradicionales.

Las residencias de larga estadía brindan atención integral a personas mayores que lo necesitan pero no cuentan con obras sociales. Junto con las unidades de cuidados domiciliarios, los hogares de día, los centros de media y larga estancia, los centros de rehabilitación, los hogares de ancianos y los hospitales generales con unidades de geriatría se centran en la atención socio-sanitaria de las personas mayores (OIT ET AL., 2018). Cada uno de estos tipos de instituciones ofrece actividades y servicios diferentes con niveles de calidad muy heterogéneos, ya sean públicas, privadas, comunitarias o mixtas.

La Comisión Nacional de Pensiones es un organismo descentralizado que funciona en la órbita del ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Transfiere prestaciones monetarias a quienes están sin amparo previsional o no contributivo, que no posean bienes, ingresos ni recursos que permitan su subsistencia y que no tengan parientes obligados legalmente a proporcionarles alimentos o que, teniéndolos, se encuentren impedidos de hacerlo. Según datos del ministerio de Economía, la cantidad de titulares de pensiones por vejez ha ido disminuyendo desde 2010 como producto de la ampliación de la cobertura del sistema previsional. En 2010 existían 54.834 beneficiarios y en 2013 hubo 27.335 (OIT ET AL., 2018).

Otra institución relevante en la temática enmarcada en la seguridad social es la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES), que con una amplia red de dependencias se encuentran en todo el país. La ANSES ejecutaba en 2011 el 88,7% del gasto en el grupo de población de adultos mayores, seguido por el PAMI (11,2%) y los recursos que el ministerio de Desarrollo Social de la Nación destina a la DINAPAM y a las pensiones a la vejez (0,1%) (OIT ET AL., 2018). La ANSES ejecuta cerca del 40% del presupuesto nacional que en 2011 destinó casi el 85% a los adultos mayores mediante pensiones y jubilaciones (OIT ET AL., 2018).

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, más conocido como PAMI, fue creado en 1971 con el objetivo de brindar asistencia médica integral a las personas mayores mediante el aporte de trabajadores activos. Se trata actualmente de la obra social más grande de Latinoamérica con una cobertura de 5.000.000 de jubilados y familiares a cargo, pensionados y veteranos de Malvinas (PAMI, n.d.). Los principios de universalidad, gratuidad, integralidad, solidaridad y accesibilidad sustentan las intervenciones de esta institución (CEPAL, 2016). El PAMI brinda varios servicios sanitarios y sociales



en forma directa, sin períodos de carencia ni el cobro de coseguros. El Banco Mundial ha destacado la provisión de servicios de salud del primero, segundo y tercer nivel de atención, la cobertura de medicamentos (que en algunos casos llega al 100%), la asignación de subsidios por situaciones de alto riesgo y acciones relativas a la seguridad alimentaria (OIT ET AL., 2018).

El nuevo Plan de Servicios de Salud (PSS) del Programa Sumar, lanzado en septiembre de 2020, incluye la cobertura para las personas mayores de 64 años sin obra social, la ampliación de 20 líneas de cuidado de la salud vigentes y la inclusión de nuevas intervenciones para COVID-19 y EPOC y la incorporación de más de 110 prestaciones médicas junto a otras modalidades de atención como el cuidado domiciliario, actividades de salud comunitaria y telemedicina para disminuir la afluencia de personas hacia los efectores de salud en el marco de la pandemia por coronavirus (MINISTERIO DE SALUD, 2020).

Las acciones hasta acá detalladas evidencian el grado de institucionalización que se ha alcanzado en la Argentina en materia de envejecimiento que, reforzado por el paradigma del envejecimiento activo, colocan a las personas mayores como titulares de derechos, plasmando así los principios rectores de la intervención y favoreciendo al cumplimiento de las metas propuestas.

Las organizaciones de la sociedad civil (OSC) cumplen un rol fundamental para el desarrollo de actividades que favorecen la promoción de los derechos de las personas mayores. Dentro de éstas se incluyen centros de jubilados, clubes de personas adultas mayores y federaciones provinciales y nacionales, entre otras. La mayoría de ellas desarrollan actividades de iniciativa propia que pueden ser financiadas por el Estado o por los afiliados, pero también participan en el desarrollo de acciones y actividades de promoción o gestión asociada de programas sociales o sociosanitarios diseñados desde el ámbito estatal.

Las intervenciones a nivel provincial y municipal son heterogéneas, en parte por la ausencia de una normativa nacional específica. En palabras de la CEPAL, lo que se manifiesta en la Argentina tiene su correlato en las acciones que se desarrollan en otros países de la región, que en general no se reflejan en todos los niveles del Estado y se circunscriben a unidades operativas de baja jerarquía institucional con escaso presupuesto y personal. En muchas ocasiones la voluntad de las autoridades de las instituciones vinculadas al tema del envejecimiento choca con limitaciones estructurales relacionadas con el desconocimiento o la escasez de presupuesto (CEPAL, 2016).



El envejecimiento poblacional requiere rediseñar las políticas sanitarias, sociales e incluso económicas desde la perspectiva del Envejecimiento Saludable. Se destacan lecciones aprendidas de experiencias coordinadas e integradas en países de otras regiones.

En Quebec, Canadá, se ha llevado adelante el Programa de Investigación para la Integración de Servicios para Mantener la Autonomía (PRISMA). Este programa de carácter sanitario coordina a los tomadores de decisión y a los administradores para la aplicación de procedimientos de gestión de casos con énfasis en la autonomía funcional de las personas, el desarrollo de planes de servicio y el aprovechamiento de la tecnología para el desarrollo de historias clínicas electrónicas que permitan la comunicación entre diferentes instituciones a fin de monitorear a los casos clínicos que así lo requieran. Entre los resultados obtenidos se mencionan el mayor empoderamiento y satisfacción de los usuarios, menor incidencia del deterioro funcional, menor prevalencia de necesidades insatisfechas, menos consultas en el servicio de urgencias y hospitalizaciones, igual número de consultas con profesionales de la salud y uso de los servicios de asistencia domiciliaria y mejor funcionamiento del sistema sin costo adicional (OMS, 2015). También son dignas de recuperar iniciativas en torno a las políticas de comunidades amigables en ciudades como Winnipeg, donde se centraron en mejorar la movilidad con transportes más asequibles y accesibles para las personas mayores incluso en zonas rurales, ofreciendo transporte a las personas mayores que no reciben un servicio adecuado del transporte público o que ya no pueden conducir (OMS, 2015). Para enfrentar el problema de la soledad y el aislamiento social en personas mayores con dificultades para salir de su casa se crearon programas que prestan servicios de compañía y estimulación a través de llamadas telefónicas y/o visitas guiadas virtuales sobre temas de la actualidad adaptados a los conocimientos de la persona (OMS, 2015).

En Inglaterra, por ejemplo, implementaron experiencias de integración en equipos multidisciplinarios compuestos por coordinadores de atención de la salud, enfermeros comunitarios, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y trabajadores sociales. Se financiaron programas con fondos provenientes de los grupos de servicios clínicos del Servicio Nacional de Salud y autoridades locales con buenos resultados, entre los que se mencionan la mayor motivación del personal y evaluaciones positivas de los médicos generales, la reducción de los tiempos de espera para recibir apoyo en los cuidados a largo plazo, menos ingresos en el servicio de urgencias y menos días de internación, menos derivaciones a centros residenciales y el mejor funcionamiento del sistema sin costo adicional (OMS, 2015).



En lo que refiere a las políticas de cuidado, se aplicaron diversas estrategias para reducir las cargas y los costos para los cuidadores informales. En algunos países los pagos se efectúan directamente a los cuidadores para respaldar sus tareas de cuidado y compensarlos por la posible pérdida de ingresos. Por ejemplo, los países nórdicos de ingresos altos (Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia) emplean a los cuidadores familiares a través de sus municipios y en Canadá los cuidadores pueden acceder a créditos fiscales (OMS, 2015).



El proceso de envejecimiento acelerado que están atravesando los países de América Latina y el Caribe impone presiones en el ámbito de los cuidados de largo plazo. Se entiende por cuidado a todos aquellos bienes, servicios, valores y afectos involucrados en la atención de la población con algún nivel de dependencia (niños, adultos mayores y personas con discapacidades) (OIT ET AL., 2018).

Hablar de cuidados en la vejez implica considerar las distintas dimensiones del concepto. En el contexto latinoamericano se ha concentrado principalmente en la dimensión del orden de lo privado y doméstico vinculado a la esfera de las familias y a la producción y distribución de cuidado (OIT ET AL., 2018) debido a la división sexual del trabajo y a los estereotipos de género que ubican a las mujeres como principales responsables de los cuidados familiares. En la otra dimensión se agrupan prácticas y servicios de cuidado institucionales y comunitarias que conforman una dimensión macro y estructural del Estado y el mercado y determinan los marcos normativos, económicos y sociales de las políticas de cuidado.

Los conceptos de autonomía e independencia son pilares sustantivos cuando se habla de cuidado. Autonomía se refiere a la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria con poca o ninguna ayuda de los demás -aunque sea gracias a tecnologías de apoyo- mientras que la independencia se entiende como la capacidad de las personas de tomar decisiones por sí solas y afrontar las consecuencias de esas decisiones de acuerdo con preferencias propias y a los requerimientos del entorno, aun cuando se necesite de ayuda y apoyo de otras personas para lograrlo. En este sentido, la calidad del cuidado debe conjugar la provisión de apoyos para realizar las actividades de la vida diaria (entre ellas el cuidado de la salud) en un marco de respaldo a las decisiones tomadas por la persona (Cruz Ortiz et al., 2017). Si bien la existencia de limitaciones funcionales no necesariamente implica dependencia, en algunas ocasiones ésta se asocia a situaciones de largo plazo y con pocas expectativas de recuperación.

El aumento de la demanda de servicios de cuidados se da en un contexto en el que el rol tradicional de la familia como proveedor principal de cuidados está cambiando, entre otras cosas, debido a la menor natalidad, a la reducción del tamaño familiar y al aumento de la participación laboral femenina. Se prevé, por lo tanto, un aumento de la demanda de cuidados junto a un descenso de la oferta



de servicios que obliga a profundizar los análisis sobre las redes sociales de apoyo y por el incremento de la presión social para generar respuestas institucionales (ARANCO ET AL., 2018). Este panorama se complejiza a raíz de la informalidad de los servicios de cuidado constituido por cuidadores o empleados domésticos no especializados. Ciertas estimaciones sugieren que alrededor de 1.040.000 de cuidadores y cuidadoras que realizan tareas de este tipo no han finalizado ningún tipo de capacitación (IMPACTO DIGITAL, 2020).

Además de las enfermedades crónicas no transmisibles, el envejecimiento de la población ha traído consigo un aumento en la cantidad de personas con enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer y otras demencias, especialmente entre aquellos mayores de 80 años. En promedio, mientras que solamente un 3% de los mayores de 50 y el 5% de los mayores de 60 años padecen estas enfermedades, la proporción de afectados salta a 17.5% entre los mayores de 80. Las mujeres son más propensas a desarrollar estas enfermedades con una prevalencia de 18% en este grupo de edad, en comparación con un 16% en el caso de los hombres. El impacto en términos de discapacidad y muerte prematura en la región casi se duplicó desde 1990 a 2015. Más aún, se estima que hacia el 2020 Latinoamérica será la región con las mayores tasas de prevalencia de demencias (ARANCO ET AL., 2018). El deterioro cognitivo de las personas mayores puede generar malestares en el entorno familiar y en sus acompañantes. Cuidar a otro permanentemente genera desgaste emocional y físico que aumenta con la edad, lo que debe considerarse especialmente pues muchas veces son mayores cuidando mayores (AMADASI ET AL., 2018).

La falta de memoria es un indicio, pero no el único. Pueden aparecer también cambios de comportamiento o problemas de motricidad. No hay cura para este tipo de deterioro, por lo que requiere desarrollar estrategias que fortalezcan su autoestima en base a la historia de vida de la persona, sus gustos, placeres y habilidades. Proporcionar comunicaciones sanas, respeto, paciencia y empatía, no infantilizar a la persona, evitar discusiones y maltrato. Fomentar que las personas mayores eviten el aislamiento en la medida de sus capacidades, realizar actividades recreativas en el exterior, pasatiempos que disfrutaban anteriormente, visitar a algún familiar o amistad, estar en contacto con otras personas y ampliar la red son muy beneficiosos para la persona, su estado anímico y de salud.



ENTORNOS SEGUROS

Un entorno saludable puede ralentizar el avance del deterioro, mejorar la calidad de vida y el estado de bienestar de la persona mayor. Las caídas y la pérdida de la capacidad funcional, la discapacidad y dependencia suelen ser comunes en personas de 65 años en adelante y aumentar los riesgos de la aparición de otras enfermedades. Construir espacios amigables en el hogar eliminando barreras arquitectónicas que favorezcan la movilidad y reduzcan riesgos puede generar mayor seguridad en las personas y favorecer que se conviertan en dueñas activas de su hogar. Entre las recomendaciones sugeridas se mencionan asegurar ambientes amplios que favorezcan la circulación y reduzcan el riesgo de caídas disminuyendo la cantidad de muebles y eliminando alfombras (especialmente en los casos de personas que requieran de andadores, bastones o sillas de rueda para su desplazamiento). La adaptación a través de rampas y pasamanos, la señalización de desniveles y la adaptación en una misma planta favorecen la autonomía, con puertas de cuarto y baño que se abran hacia afuera para poder acudir en caso de una emergencia. Las adaptaciones en el baño también son recomendables para facilitar el acceso: evitar las bañeras y reemplazar por duchas con superficies antideslizantes, inodoros en altura, colocación de barandas en los lugares de mayor uso y el uso de banquetas bajo la ducha para que las personas se puedan sentar (IMPACTO DIGITAL, 2020).

Considerando las dificultades de visión, también es conveniente prestar atención a la iluminación para evitar caídas (ya que las diferencias de luz pueden generar confusión), con interruptores a mano y señalizaciones (IMPACTO DIGITAL, 2020). Por último, en cuanto a las modificaciones ambientales, implementar otras medidas como la inclusión de válvulas de seguridad de todos los artefactos que utilizan gas o sensores de pérdida de gas para controlar fugas.

Desafíos en la Argentina, escenarios pospandemia



La Argentina es uno de los países de América Latina con mayor tasa de envejecimiento poblacional. Los cambios en las dinámicas demográficas, la sobrecarga de enfermedades prevenibles, de los efectos adversos de enfermedades crónicas y/o controlables, el aumento de la demanda de cuidados en contextos de informalidad y reducción de la oferta, las desigualdades sociales y de género generan escenarios heterogéneos que limitan el ejercicio pleno de los derechos de las personas mayores de 65 años.

El cambio demográfico implica una caída del número de personas en edad de trabajar por cada adulto mayor. La reducción progresiva de la clase de trabajadora afecta la tasa de dependencia dentro de la sociedad, es decir, la cantidad de personas pasivas cuyos beneficios sociales deben ser provistos por la población activa (REGAZZONI, 2011) y ejerce presiones sobre los sistemas de seguridad social. Esto se incluye, además, en un contexto en el que se incrementan las violencias y los padecimientos mentales con desarticulación y deterioro de las tramas sociales ante el incremento de brechas y desigualdades sociales, económicas, educativas y tecnológicas. Los sistemas de pensiones y salud pueden afrontar problemas con el creciente número de personas mayores con enfermedades crónicas, que pueden presentar limitaciones funcionales o estructurales producto de enfermedades o asociadas a la edad con el consiguiente aumento de los gastos, de la demanda de servicios de salud y de la necesidad de más recursos físicos y humanos (ARANCO ET AL., 2018). Esta situación entraña el triple desafío de dar respuesta a la demanda creciente de pensiones, de servicios de salud y de servicios de atención a la dependencia. Este escenario no es homogéneo, sino que se vislumbran diferencias de género, etarios, socioeconómicos y jurisdiccionales. La brecha salarial entre varones y mujeres se traslada a las jubilaciones, problemática exacerbada en la medida en que las licencias por maternidad no cuentan como contribución a la seguridad social y a la mayor esperanza de vida femenina.

A esta situación se añade el atravesamiento particular del impacto de la pandemia de COVID-19 que ha puesto en jaque a la sociedad en su conjunto. En este caso, la población de personas mayores se encuentra especialmente afectada no sólo porque la edad es un factor de riesgo, sino también por cuestiones vinculadas al aislamiento y el poco acceso a la tecnología. Con el desarrollo tecnológico, el contexto actual impulsó diversas iniciativas de telemedicina



en los servicios de salud. El acceso a capacidades y recursos para atender a la dependencia, fortalecer los sistemas de monitoreo remoto de personas con enfermedades crónicas y atender las demandas crecientes se ha convertido en un reto fundamental. Las Naciones Unidas han instado a los gobiernos a proteger los derechos humanos de todas las personas durante la pandemia de COVID-19 con especial énfasis en los grupos vulnerables incluyendo a las personas mayores que viven solas, en instituciones o en comunidades de bajos ingresos que tienen acceso desigual a la atención médica, a menudo en situación de subempleo y sin protección social (CEPAL, 2020).

El punto de partida para cualquier política integral destinada a las personas mayores debe ser la concepción de estos como sujetos de derechos. La reconfiguración de entramados en un contexto pospandemia puede ser pensada en dos niveles. A nivel nacional, construir consensos sociales nacionales sobre políticas de Estado orientadas a garantizar la supervivencia de las poblaciones, atenuar los ejes reproductores de desigualdad, a implementar políticas sanitarias con foco en atención primaria de la salud y en salud mental y revalorizar y jerarquizar las estrategias de cuidado. A nivel jurisdiccional, articular las respuestas del Estado con la sociedad civil y favorecer el diálogo público-privado, diseñando programas articulados de asistencia alimentaria y de salud para garantizar la supervivencia, en la accesibilidad y el incremento del uso de tecnologías y fortalecer las políticas inclusivas con perspectiva sociosanitarias con apoyo en redes territoriales.

Prevenir o retrasar la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, la detección a tiempo y su tratamiento oportuno para reducir al mínimo sus consecuencias, así como la atención de la salud de quienes padecen estas enfermedades de manera avanzada para su cuidado y apoyo, son responsabilidades de las políticas de salud. Comprenden un gran desafío ya que la formulación de una respuesta de salud pública al envejecimiento debe considerarlos elementos que amortiguan las pérdidas asociadas con la vejez, y los que pueden reforzar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial para acompañar otras transiciones de la vida como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas y la muerte de amigos y pareja.

Otro de los desafíos es lograr que las personas mayores continúen siendo autónomas y activas durante la etapa de envejecimiento. Las intervenciones públicas deben ser conscientes de que, para mejorar la calidad de vida de las personas mayores, es preciso que éstos permanezcan activos. Una de las prioridades más serias es crear capital humano en la ancianidad, la promoción de hábitos saludables y ejercicio físico en las personas adultas y mayores.



En ese sentido, las intervenciones en salud pública deben orientarse a frenar los crecientes costos de la atención de salud, promover el uso de medidas de prevención efectivas para hacer realidad una vejez saludable (ya que el mal estado de salud no es una consecuencia inevitable del envejecimiento), proporcionar una mejor cobertura y calidad de atención de salud de las personas mayores y mejorar su calidad de vida (CRUZ ORTIZ ET AL., 2017) con políticas integrales de cuidado basadas en los conceptos de independencia y autonomía para aquellos casos que realmente lo precisen.

Diversos estudios en América Latina y la Argentina han evidenciado el déficit y la creciente inestabilidad de la organización social del cuidado y la consiguiente necesidad de reconocer el cuidado como un derecho que incluya una participación más activa del Estado y de los mercados y que se acompañe a su vez de la promoción de la participación de las mujeres en el mercado laboral, la vinculación de los hombres en las tareas de cuidado y la protección social para cuidadoras y trabajadoras domésticas (OIT ET AL., 2018). Los mayores costos para la sociedad no son los gastos que se hacen para promover la capacidad funcional, sino los beneficios que podrían perderse si no realizamos las adaptaciones e inversiones apropiadas. El enfoque recomendado ante el envejecimiento de la población que tiene en cuenta la sociedad e incluye el objetivo de construir un mundo favorable a las personas mayores, requiere transformar los sistemas de salud del modelo curativo a la prestación de cuidados integrales, centrados en las necesidades de las personas mayores (OMS, 2015).

La acción pública resulta central para propiciar una mejor redistribución y reconocimiento del trabajo del cuidado, y la generación de estándares de calidad a fin de asegurar un mínimo de calidad para aquellos que son cuidados. Pese a ser grandes retos, es preciso explicitar que las mejoras de las condiciones de salud permiten una mayor longevidad y traen consigo oportunidades de desarrollo social y económico para las personas mayores con la generación de nuevas oportunidades laborales, así como una mayor contribución económica (Okumura et al., 2020). Las personas mayores hoy, por ejemplo, tienen más posibilidades de poder seguir viviendo, trabajando, estudiando y consumiendo; gozan de condiciones físicas mejores que décadas atrás y pueden seguir contribuyendo a la sociedad. En este sentido, las sociedades deben prepararse de cara al envejecimiento para aprovechar estas nuevas oportunidades.



AMADASI, E., TINOBORAS, C., & CICCARI, M. R. (2018). **Las personas mayores que necesitan cuidados y sus cuidadores**. Fundación Universidad Católica Argentina. Retrieved Octubre, 2020, from http://wadmin.uca.edu.ar/public/20180516/1526480928_2018-Observatorio-BPM-Boletin-1-Cuidados.pdf

ARANCO, N., STAMPINI, M., IBARRARÁN, P., & MEDELLÍN, N. (2018, Enero). **Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe**. BID- Banco Interamericano de Desarrollo. Retrieved Octubre, 2020, from <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>

CEPAL. (2016, junio). **Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe: conceptos, metodologías y casos prácticos**. - Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Retrieved septiembre, 2020, from <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40197-envejecimiento-institucionalidad-publica-america-latina-caribe-conceptos>

CEPAL. (2017, noviembre 20). **Las personas mayores y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: oportunidades y desafíos**. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Retrieved noviembre 1, 2020, from <https://www.cepal.org/es/enfoques/personas-mayores-la-agenda-2030-desarrollo-sostenible-oportunidades-desafios>

CEPAL. (2019, febrero). **Experiencias y prioridades para incluir a las personas mayores en la implementación y seguimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible**. CEPAL. Retrieved septiembre, 2020, from <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44600-experiencias-prioridades-incluir-personas-mayores-la-implementacion-seguimiento>

CEPAL. (2020). **COVID-19: Recomendaciones generales para la atención a personas mayores desde una perspectiva de derechos humanos**. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45316-covid-19-recomendaciones-generales-la-atencion-personas-mayores-perspectiva>

CRUZ ORTIZ, M., PÉREZ RODRIGUEZ, M. D. C., JENARO RIO, C., TORRES HERNÁNDEZ, E. A., CARDONA GONZÁLEZ, E. I., & VEGA CÓRDOVA, V. (2017, junio). **Discapacidad, cronicidad y envejecimiento. La emergencia del cuidado ante la dependencia**. *Index Enferm*, 26 (no.1-2), 53-57. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100012

FASSIO, A. (2014, mayo). **El riesgo de abuso económico y financiero en personas mayores. El rol de los bancos en su prevención**. ALGEC- Asociación Latinoamericana de Gerontología Comunitaria. Retrieved Octubre, 2020, from <https://www.algec.org/biblioteca/El-riesgo-de-abuso-economico-y-financiero-en-personas-mayores-adenag-2014.pdf>

FUNDACIÓ SALUT I ENVELLIMENT-UAB - CENTRO COCHRANE IBEROAMERICANO, ROQUÉ, M., & COLL-PLANAS, L. (2020, abril 21). **¿Cuáles son los efectos colaterales del confinamiento para evitar la COVID-19 en las personas mayores y las medidas para prevenirlos o tratarlos?** Cochrane Iberoamérica. Retrieved septiembre 24, 2020, from <https://es.cochrane.org/es/%C2%BFcu%C3%A1les-son-los-efectos-colaterales-del-confinamiento-para-evitar-la-covid-19-en-las-personas>



- IMPACTO DIGITAL. (2020). **Cuida Bien. Un curso audiovisual para mejorar los cuidados de las personas mayores.** Impacto Digital. Retrieved septiembre, 2020, from <https://web.impactodigital.org/cuidabien>
- INDEC. (2010). CENSO 2010. **Instituto Nacional de Estadísticas y Censos República Argentina.** Retrieved Septiembre, 2020, from <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>
- INDEC. (2014). **Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012.** Instituto Nacional de Estadísticas y Censos República Argentina. Retrieved septiembre, 2020, from <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-21-130>
- INDEC. (2015). **Tercera encuesta nacional de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles.** Instituto Nacional de Estadísticas y Censos República Argentina. Retrieved octubre, 2020, from <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-32-68>
- INDEC. (2019, Octubre). **4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.** INDEC. https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf
- LEY 26.682. (2011). **Marco regulatorio de medicina prepaga.** INFOLEG- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Retrieved Noviembre, 2020, from <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/180000-184999/182180/texact.htm>
- MINISTERIO DE SALUD. (2020, septiembre 03). **Salud lanzó el nuevo plan de servicios del programa SUMAR para todo el país.** Argentina.gob.ar. Retrieved septiembre, 2020, from <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-lanzo-el-nuevo-plan-de-servicios-del-programa-sumar-para-todo-el-pais>
- MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL DE LA NACIÓN. (2018). **Análisis de Situación de Salud República Argentina.** Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.
- MINOLDO, M. S. T., & PELÁEZ, E. (2017, octubre). **Retos del envejecimiento para la protección social de la vejez. Reflexiones desde Latinoamérica.** Papeles de Población, Vol 23, número 93, 9-58. <http://dx.doi.org/10.22185/24487147.2017.93.021>
- MORGANTE, M. G., & VALERO, A. S. (2020, Mayo). **Coronavirus y vejez en Argentina 2020.** Universidad Nacional de la Plata. Retrieved Octubre, 2020, from http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/96879/Documento_completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- OIT, CIPPEC, UNICEF, & PNUD. (2018). **LAS POLÍTICAS DE CUIDADO EN ARGENTINA. AVANCES Y DESAFÍOS.** CIPPEC. Retrieved Octubre, 2020, from <https://www.cippec.org/publicacion/las-politicas-de-cuidado-en-argentina-avances-y-desafios/>
- OKUMURA, M., STAMPINI, M., BUENADICHA, C., CASTILLO, A., VIVANCO, F., SÁNCHEZ, M. A., IBARRARÁN, P., & CASTILLO, P. (2020). **La Economía Plateada en América Latina y el Caribe.** Grupo BID. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/La-economia-plateada-en-America-Latina-y-el-Caribe-El-envejecimiento-como-oportunidad-para-la-innovacion-el-emprendimiento-y-la-inclusion.pdf>
- OMS. (2015). **Informe Mundial sobre el envejecimiento y la Salud. Organización Mundial de la Salud.** Retrieved Octubre, 2020, from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1



- OMS. (2018, Febrero 5). **Envejecimiento y salud**. Organización Mundial de la Salud. Retrieved septiembre 7, 2020, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- OMS. (2018, junio 1). **Enfermedades no transmisibles**. Organización Mundial de la Salud. Retrieved septiembre 24, 2020, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- OMS. (2019, marzo). **Década del envejecimiento Saludable 2020-2030**. Organización Mundial de la Salud. Retrieved septiembre, 2020, from https://www.who.int/docs/default-source/documents/decade-of-health-ageing/decade-healthy-ageing-update1-es.pdf?sfvrsn=d9c40733_0
- OMS. (2020, junio 15). **Maltrato de las personas mayores**. Organización Mundial de la Salud. Retrieved septiembre 29, 2020, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
- PAMI. (n.d.). **PAMI- INSSJP. Historia**. <https://www.pami.org.ar/historia>
- REGAZZONI, C. (2011). **La Argentina y el envejecimiento poblacional: connotaciones estratégicas para la educación, la economía y el desarrollo**. CIAPAT. Retrieved Octubre, 2020, from http://ciapat.org/biblioteca/pdf/958-La_Arentina_y_el_envejecimiento_poblacional_connotaciones_estrategicas_para_la_educacion_la_economia_y_el_desarrollo.pdf
- SHOKIDA, N. (n.d.). **La desigualdad de género se puede medir. Economía Femini(s)ta**. Retrieved septiembre, 2020, from <https://economiafeminita.com/la-desigualdad-de-genero-se-puede-medir-2/>
- TINOBORAS, C. (2018). **Condiciones de vida de las personas mayores. Acceso y desigualdad en el ejercicio de derechos (2010-2017) (1ra edición ed.)**. Edición para Fundación Universidad Católica Argentina. Retrieved septiembre 15, 2020, from http://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Observatorio%20Deuda%20Social/Documentos/2018/Condiciones%20de%20vida%20de%20las%20personas%20mayores_OCT2018%2026-10.pdf



Anexo I

Recomendaciones específicas para cuidadores

Existen maniobras particulares para movilizar el cuerpo de una persona mayor (al moverla en la cama, higienizarla, cambiarle los pañales o bañarla) así como indicaciones específicas para actuar ante una emergencia. Es recomendable que los cuidadores conozcan sobre éstas para hacerlo correctamente y evitar complicaciones mayores, actuar siempre con respeto, movimientos cuidadosos y con el consentimiento de la persona, informando sobre lo que se está haciendo y lo que se hará a continuación (IMPACTO DIGITAL, 2020).

Los primeros auxilios son los primeros cuidados que se le realizan a una persona en una emergencia hasta que llega el médico (IMPACTO DIGITAL, 2020), son cuidados que no suplantán la expertise profesional y es preciso considerar que una mala intervención puede no sólo no ser efectiva, sino que en ciertas ocasiones puede empeorar el cuadro. Se describen a continuación algunas consideraciones en relación con el cuidado de la salud ante situaciones más comunes (IMPACTO DIGITAL, 2020):

- identificar signos (aquellos que detecta el cuidador/a) y síntomas (los que manifiesta la persona) que se escapan de la normalidad para prevenir una situación de mayor riesgo. Ejemplos de signos llamativos pueden ser el quedarse dormido en situaciones donde no lo hacía, si dice incoherencias, un ritmo respiratorio más frecuente de lo normal, dificultades en la motricidad o transpiración exagerada (en personas con diabetes). Para los síntomas, considerar la aparición de dolor/es que no tenía y la intensidad del dolor, para lo que se sugiere verificar con la persona escalas 1-10 el dolor que siente.
- el tratamiento de heridas o quemaduras son más frecuentes en personas con problemas de motricidad, temblores o movimientos involuntarios. Una mala intervención puede empeorar la herida, por lo que la medida principal es la de aplicar agua fría sobre la zona y cubrir con gasas o trapo limpio hasta que llegue el médico. Siempre llamar a emergencias ante estos accidentes, al igual que en cortes, ya que no se puede saber la profundidad. En el caso de personas con movilidad reducida, pueden aparecer heridas al estar en permanente contacto con el colchón, enrojecimiento o dolor. Siempre consultar al médico. El avance de estas lesiones sin atención adecuada puede derivar en heridas graves e infecciones.



- ante una caída, evaluar el riesgo que corre esa persona en el lugar donde se produjo. La prioridad es sacar al adulto mayor del ambiente y llevarlo a un lugar seguro si fuera necesario (ante una pérdida de gas, por ejemplo). Si la persona está inconsciente, se considera una emergencia médica, por lo que la primera acción es llamar a emergencias. Si la persona está consciente y tiene dolor, no moverla y asistir con almohadón o mantas hasta que llegue emergencias.
- puede ser útil aprender tareas de cuidados básicos como tomar la presión. Una presión baja sumada a signos como sueño, pérdida de conocimiento o falta de energía pueden ser indicadores de deshidratación. Se recomienda hidratar a la persona y darle comida que aporte sales hasta que llegue el médico. La presión más alta de lo normal consultar con el médico. No modificar dosis de medicamentos.
- la deshidratación es un problema fácil de prevenir y si no es atendida a tiempo puede llevar a problemas más serios. Es común en personas mayores con diabetes, demencia o movilidad reducida y puede surgir también por diarreas o vómitos. Los síntomas más comunes son sed, pocas ganas de orinar, mareos y confusiones. Para prevenirla se recomienda tomar abundante líquido y una alimentación basada en frutas y verduras.
- Los medicamentos recetados por el médico deben ser consumidos en tiempo y forma correctamente. Son útiles los registros para anotar día/hora de toma y motivos o el uso de pastilleros. Si aparecen manchas y ronchas en la piel ante la toma, hinchazón en párpados, ojos o lengua y dificultad para respirar, requiere consulta rápida con emergencias médicas.

