



**BOLETIN DEL PROGRAMA NACIONAL DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUD PARA
ADULTOS MAYORES**
N° 13 | SEPTIEMBRE 2015

En esta edición:

- **Informaciones breves**
- **Convención interamericana sobre la protección de los DDHH de las personas mayores.**
- **La atención primaria de la salud y las personas mayores**
- **Glosario F y G**

Informaciones breves:

- ✓ **Día internacional del Alzheimer:** el 21 de septiembre se conmemora el día internacional del Alzheimer, fecha elegida por la OMS con el propósito de dar a conocer y difundir información de la enfermedad. El ProNEAS se suma a esta conmemoración compartiendo algunos links de interés:

www.alz.org ¿Qué es la Enfermedad de Alzheimer?

alzheimer.org.ar Asociación Alzheimer Argentina

www.alzheimer-online.org Portal dedicado a la Enfermedad de Alzheimer

www.alzheimeruniversal.eu Página para cuidadores de enfermos de Alzheimer

www.alma-alzheimer.org.ar Asociación Lucha contra el Mal de Alzheimer (ALMA)

www.infodoctor.org web sobre Alzheimer

www.nih.gov Medline Plus - Enciclopedia Médica Enfermedad de Alzheimer:

<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000760.htm>

- ✓ **Reuniones de la Comisión Nacional Asesora:** se ha concretado una reunión extraordinaria el 5 de agosto, a los efectos de definir el documento sobre estándares mínimos de calidad para instituciones de larga estadía para personas mayores. El trabajo de la CNA posibilitó que se haya finalizado el Documento sobre *“Estándares mínimos de calidad de instituciones de larga estadía para la atención de personas mayores con dependencia”* entendiendo como tales a las instituciones destinadas a prestar servicios sociosanitarios a personas mayores con dependencia, en un contexto de atención y residencia temporal o permanente
- ✓ **Abrazo Mundial 4 de Octubre** - Campaña de la OMS por un envejecimiento en movimiento 1 de Octubre “Día Internacional de las Personas Mayores” en el marco del Día Internacional de las Personas Mayores, que se conmemora todos los días 1° de octubre; el Plan Nacional Argentina Saludable junto con el Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud para los Adultos Mayores y el Programa Nacional de Lucha contra el Sedentarismo, articulan sus objetivos y esfuerzos, apoyando y difundiendo la iniciativa de la OMS para la organización del Abrazo Mundial el 4 de octubre de 2015.
- ✓ **Suspensión del IV° Encuentro Nacional de Referentes provinciales** el 20 y 21 de agosto del corriente debería haberse realizado el mismo, el cual será reprogramado. Los mantendremos informados al respecto.
- ✓ El próximo 3 de septiembre la OEA, OPS y CEPAL llamarán a implementar la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. El 15 de junio de 2015 se celebró el compromiso de los países de las Américas de proteger los derechos humanos de las personas mayores: los Estados Miembros aprobaron en Asamblea General de la OEA la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, entre ellos, el derecho a la salud para este grupo de la población. Esta convención, el primer instrumento internacional vinculante para promover y proteger los derechos humanos de las personas mayores, establece medidas específicas para regular áreas vinculadas a la salud y al envejecimiento saludable, como la protección del derecho de las personas a la salud, a tener información sobre los tratamientos, a los cuidados paliativos, y contra la discriminación y abuso, por mencionar algunos ejemplos.

CONVENCIÓN INTERAMERICANA SOBRE LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS MAYORES

PREÁMBULO

Los Estados Parte en la presente Convención,

Reconociendo que el respeto irrestricto a los derechos humanos ha sido consagrado en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y reafirmado en otros instrumentos internacionales y regionales;

Reiterando el propósito de consolidar, dentro del marco de las instituciones democráticas, un régimen de libertad individual y de justicia social, fundado en el respeto de los derechos fundamentales de la persona;

Teniendo en cuenta que, con arreglo a la Declaración Universal de los Derechos Humanos y a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, solo puede realizarse el ideal del ser humano libre, exento del temor y de la miseria, si se crean condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales, tanto como de sus derechos civiles y políticos;

Reafirmando la universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, así como la obligación de eliminar todas las formas de discriminación, en particular, la discriminación por motivos de edad;

Resaltando que la persona mayor tiene los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas, y que estos derechos, incluido el de no verse sometida a discriminación fundada en la edad ni a ningún tipo de violencia, dimanar de la dignidad y la igualdad que son inherentes a todo ser humano;

Reconociendo que la persona, a medida que envejece, debe seguir disfrutando de una vida plena, independiente y autónoma, con salud, seguridad, integración y participación activa en las esferas económica, social, cultural y política de sus sociedades;

Reconociendo también la necesidad de abordar los asuntos de la vejez y el envejecimiento desde una perspectiva de derechos humanos que reconoce las valiosas contribuciones actuales y potenciales de la persona mayor al bienestar común, a la identidad cultural, a la diversidad de sus comunidades, al desarrollo humano, social y económico y a la erradicación de la pobreza;

Recordando lo establecido en los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad (1991); la Proclamación sobre el Envejecimiento (1992); la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002), así como los instrumentos regionales tales como la Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2003); la Declaración de Brasilia (2007), el Plan de Acción de la Organización Panamericana de la Salud sobre la salud de las personas mayores, incluido el envejecimiento activo y saludable

(2009), la Declaración de Compromiso de Puerto España (2009) y la Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe (2012);

Decididos a incorporar y dar prioridad al tema del envejecimiento en las políticas públicas, así como a destinar y gestionar los recursos humanos, materiales y financieros para lograr una adecuada implementación y evaluación de las medidas especiales puestas en práctica;

Reafirmando el valor de la solidaridad y complementariedad de la cooperación internacional y regional para promover los derechos humanos y las libertades fundamentales de la persona mayor;

Respaldando activamente la incorporación de la perspectiva de género en todas las políticas y programas dirigidos a hacer efectivos los derechos de la persona mayor y destacando la necesidad de eliminar toda forma de discriminación;

Convencidos de la importancia de facilitar la formulación y el cumplimiento de leyes y programas de prevención de abuso, abandono, negligencia, maltrato y violencia contra la persona mayor, y la necesidad de contar con mecanismos nacionales que protejan sus derechos humanos y libertades fundamentales; y

Convencidos también de que la adopción de una convención amplia e integral contribuirá significativamente a promover, proteger y asegurar el pleno goce y ejercicio de los derechos de la persona mayor, y a fomentar un envejecimiento activo en todos los ámbitos,

Han convenido suscribir la presente Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (en adelante, la “Convención”):



La atención primaria de la salud y las personas mayores

Como compartiéramos desde estas páginas la población mundial está envejeciendo de manera progresiva y Argentina no escapa a este fenómeno poblacional, siendo uno de los países más envejecidos de América Latina. La esperanza de vida en Argentina aumentó un promedio de tres años, una suba a la que los expertos consideran esperable para los países más desarrollados, según un nuevo informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentado en Ginebra, Suiza, que recopiló datos mundiales correspondientes al período comprendido entre 1990 y 2012. Según el Censo 2010, la esperanza de vida de las mujeres es de 79,95 años y de los varones 72,45 años. El incremento de la esperanza de vida es un triunfo para la salud pública y es el resultado del desarrollo social y económico a nivel internacional. Pero no todos los países atraviesan por la misma experiencia. Se calcula que el envejecimiento de la población se producirá a un ritmo más acelerado que el crecimiento económico y social en los países en desarrollo; lo que no ocurrió con los países industrializados.

Consecuentemente, para prepararse para un envejecimiento poblacional sin precedentes, es de vital importancia que los sistemas de salud estén listos para enfrentar las consecuencias de estas tendencias demográficas. Siendo que el envejecimiento conlleva un incremento del riesgo de padecer enfermedades crónicas y discapacidad, estos temas son relevantes para el sistema de salud.

La Atención Primaria de la Salud (APS) es uno de los componentes claves de un sistema de salud efectivo. Hay evidencias que sugieren que sistemas de salud orientados a la APS alcanzan mejores y más equitativos resultados de salud. Es la estrategia que permite el uso más conveniente, adecuado, apropiado y equitativo de los recursos disponibles para mejorar la salud, que abarca a la sociedad entera. Es preciso trabajar con una concepción de la APS renovada adaptada a las personas mayores (PM), priorizando el primer nivel de atención, por supuesto deben estar disponibles el 2° y 3° nivel según necesidades, otorgándole capacidad resolutoria que privilegie intervenciones de prevención y promoción de la salud, gestión de las enfermedades y que promueva la participación comunitaria; evitando de esta manera situaciones y/o complicaciones relacionadas con un pobre o mal diagnóstico, control y tratamiento de las enfermedades de este grupo etario que consecuentemente pueden conllevar a mayor hospitalización, excesiva medicalización, institucionalización, entre otros. Se debe reorientar la APS, adecuar los servicios para la atención de las necesidades de las PM, siendo de vital importancia la capacitación permanente de los equipos de salud.

Nos encontramos atravesando un complejo cambio en las condiciones de salud, que modifican los patrones de muerte, enfermedad e invalidez que caracterizan a una población específica, atravesando un proceso de transición epidemiológica en el cual el perfil de las enfermedades va cambiando de enfermedades infecciosas hacia enfermedades no transmisibles y crónicas. Estos cambios se acompañan de transformaciones demográficas; así, con una población envejecida y con la proyección de una pirámide poblacional que presentará un ensanchamiento en la cúspide, la esperanza de vida debe ir acompañada por políticas públicas que apunten a disminuir las posibilidades de enfermarse y de padecer alguna discapacidad en las PM, esto implica mejorar la calidad de vida de esta población.

Pero ¿qué cuestiones se deben tener en cuenta en esta tarea?

Como afirman I. Hoskins, A. Kalache y S. Mende “muchas enfermedades crónicas y discapacidades asociadas que se presentan durante los años postreros de la vida pueden prevenirse, junto con sus

costos económicos y humanos. Pero la prevención, requiere alcanzar al individuo antes de que la enfermedad se establezca, y eso implica intervenir en etapas más tempranas de la vida”, es decir, velar por un envejecimiento activo y saludable, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el “proceso de optimizar las oportunidades en materia de salud, participación y seguridad a fin de poder lograr una vida de calidad a medida que las personas envejecen”.

Los centros comunitarios son, por lo general, el primer punto de contacto con los servicios de salud formales, sin embargo, muchas veces no son sensibles a las necesidades de las PM ocasionando una barrera en la atención de esta población. Estas barreras pueden ser físicas - arquitectónicas, las que presenta el entorno construido; también aquellas que por sus características constituyen un impedimento para la autonomía o la independencia de las personas; urbanísticas cuando se encuentran en el espacio urbano-; barreras económicas, en el transporte y en la comunicación – pueden ser verbales y no verbales, e impiden la comunicación y la comprensión de mensajes o informaciones necesarias. Estas barreras pueden ser simbólicas o materiales. Esto implica que la accesibilidad al sistema de salud se vea interrumpido ya sea por cuestiones que tienen que ver con la organización administrativa de la institución (por ejemplo: sistema de turnos que implique acudir al centro de salud en horarios muy tempranos, estar expuestos a esperar que la institución abra sus puertas aguardando a la intemperie con bajas o altas temperaturas), por cuestiones estructurales del edificio como la falta de ascensores o de rampas o las letras pequeñas en los carteles de señalización y de información institucional. Otras veces los centros hacen poco hincapié en la referencia y contrarreferencia con los otros niveles de atención, actividades todas que son esenciales para proteger la salud de las poblaciones que envejecen. Por lo tanto, y según señalan I. Hoskins, A. Kalache y S. Mende los centros de atención primaria podrían trabajar en pos de mejorar la atención de las PM sobre los siguientes aspectos:

- a) información, formación y capacitación: entrenando al personal en prácticas sensibles a la edad, género y medio cultural y sobre el cuidado y la atención de las PM; promoviendo el empoderamiento proveyendo de educación e información sobre promoción de la salud, manejo y tratamiento tanto a las PM como a sus cuidadores; revisando el uso de medicamentos y de otros tratamientos;
- b) gestión del sistema de atención de salud comunitaria: adaptando procedimientos, teniendo en cuenta el costo de los servicios, fomentando la continuidad de la atención, adoptando mecanismos que faciliten y coordinen el acceso a servicios de asistencia social y cuidados domiciliarios, llevando registros de los servicios prestados, informando acerca de cómo funciona el centro y
- c) del entorno físico: principios comunes del diseño universal, transporte seguro, señalética (letreros sencillos y legibles), buena iluminación, pisos no resbaladizos, muebles estables y pasillos despejados, instalaciones limpias y cómodas.

De este modo, para fomentar el envejecimiento activo es necesario que los sistemas de salud adopten una perspectiva del curso vital orientado a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el acceso equitativo y un enfoque equilibrado de cuidados de larga duración no solo para este grupo etario, sino en general. Es ineludible desterrar el mito de la imposibilidad de cambio y de aprendizaje de los mayores y fomentar espacios de capacitación destinado a los trabajadores de la salud para sensibilizar acerca de la importancia de promover un envejecimiento saludable desde edades tempranas.

Es necesaria la transformación de la atención, adecuar el sistema de salud a la nueva realidad sanitaria, generar nuevas capacidades y reorientar los servicios de manera que se organice dentro de una estrategia de APS renovada adaptada a las PM.

GLOSARIO

Continuamos con la entrega y difusión de aproximaciones del glosario que el ProNEAS tiene en construcción. Siguen estando convocados a participar en la elaboración del mismo, con el objeto de ir completándolo paulatinamente e incrementarlo con la contribución de los lectores de nuestros boletines.

F

FACTORES DE RIESGO: el término «factores de riesgo» es utilizado por diferentes autores con significados distintos. Para la OMS pueden conceptualizarse como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido. Sus características se asocian a un cierto tipo de daño a la salud y pueden estar localizados en individuos, familias, comunidades y ambiente. También se les llama factores de riesgo a un conjunto de factores que, en el proceso salud-enfermedad, pueden o no desencadenar un proceso en función de la diferente capacidad morbígena de cada uno de ellos y de los efectos de potenciación que pueden producirse entre unos y otros. (Ruiz M.A)

En el Glosario de Términos del Programa de Salud Ambiental OPS – OMS, aparecen tres significados: el primero refiere al factor de riesgo como un marcador del riesgo, una característica o exposición asociada con una probabilidad aumentada de un resultado específico (ej. la aparición de una enfermedad) pero no necesariamente como un factor causal de esta; el segundo refiere el factor de riesgo como determinante: una característica o exposición que aumenta la probabilidad de aparición de una enfermedad y tercero, se define el factor de riesgo como un "determinante que puede ser modificado por medio de la intervención y que por lo tanto permite reducir la probabilidad de que aparezca una enfermedad u otros resultados específicos, se le puede referir como factor modificable del riesgo".

FECUNDIDAD: relaciona los nacimientos con la población que puede concebirlos (mujeres en edad fértil), expresa con más precisión la intensidad del comportamiento reproductivo de una población. La tasa general de fecundidad es el cociente entre los nacimientos y las mujeres en edad reproductiva, que en nuestro medio se considera entre los 15 y los 49 años.

Tasa general de fecundidad: $\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de nacidos vivos}}{\text{Población de mujeres}} \times 1.000$

Población de mujeres

Una forma de medición más refinada de la fecundidad es la llamada 'tasa global de fecundidad', que informa el número de hijos que tendría cada mujer al final de la vida fértil con las tasas específicas de fecundidad del año en que se construye el indicador.

FRAGILIDAD: La fragilidad en las personas mayores conforma un concepto complejo, que ha variado a lo largo del tiempo y que puede significarse como el aumento del riesgo de morir, susceptibilidad inusual de enfermar (presentar mayor deterioro de la salud o deterioro “en cascada o en espiral” o deterioro acelerado cuando adquieren una enfermedad aguda o reagudizan una enfermedad crónica); mayor riesgo de presentar discapacidad, pérdida de fuerza y de la resistencia. Sin embargo, las investigaciones proponen a la fragilidad como un síndrome clínico basado en signos y síntomas que pueden ser reconocidos en los que se incluyen diversas combinaciones de los siguientes componentes: fatiga, debilidad, pérdida de peso, baja actividad física, alteraciones en la movilidad, deterioro cognitivo, problemas sociales y mayor vulnerabilidad ante eventos adversos.

Si las personas frágiles son incapaces de resistir a las agresiones externas del medio, tales como los cambios del medio ambiente, heridas o enfermedades agudas, tales agresiones conducen a una caída en espiral del estado general del sujeto donde entra en un círculo vicioso del cual el adulto mayor no logra restablecerse (Bergman et al. 2004).

Hay distintas definiciones operativas de la fragilidad. Quizá la más reconocida sea la propuesta por el grupo encabezado por la doctora Linda Fried en los Estados Unidos (Fried et al. 2001). Para ellos, la fragilidad es un "síndrome biológico" que resulta de la disminución de la homeostasis y de la resistencia frente al estrés, y que además incrementa la vulnerabilidad, la discapacidad y favorece la muerte prematura. Para este grupo, la fragilidad existe si tres o más de los siguientes criterios están presentes:

1. Pérdida de peso involuntaria de al menos 5 kilos durante el año precedente
2. Autoinforme de agotamiento
3. Disminución de la fuerza muscular (evaluado con un dinamómetro)
4. Actividad física reducida
5. Velocidad lenta para la marcha (metros por segundo)

Para otros, como Brown et al. (Brown, Sinacore, Binder, y Kohrt 2000), la fragilidad es un estado exclusivamente dependiente de la función motriz que puede identificarse con sólo realizar pruebas de función física. La comparación de las definiciones no es fácil (Rockwood. 2005). No obstante, el elemento central de este síndrome parece sí estar relacionado con la función motriz (Ferrucci et al. 2002). Es importante destacar que no todos los adultos mayores con discapacidades son frágiles y que no todos los ancianos frágiles presentan discapacidades (Fried et al. 2001), y la discapacidad puede considerarse como la consecuencia más grave e importante del síndrome de fragilidad (Morley. 2003)

Las diversas definiciones han incluido distintos focos, entre los que se encuentran: función física, función cognitiva, factores psicológicos y sociales.

G

GENERACIÓN:

Cohorte (generación en sentido demográfico):

Conjunto de los nacidos en un mismo año o en un intervalo de años (en general, pocos)

Grupo de edad (generación en sentido histórico):

Una cohorte de “N años” considerada como un grupo social

Unidad generacional (según la propuesta de Karl Mannheim):

Un subgrupo de edad que produce y guía movimientos sociales y culturales

Generación (en sentido socio antropológico):

El conjunto de aquellos que comparten una posición respecto a las relaciones de descendencia (o viceversa), es decir, de acuerdo con la sucesión biológica y cultural, relaciones que son socialmente mediadas (por la sociedad)

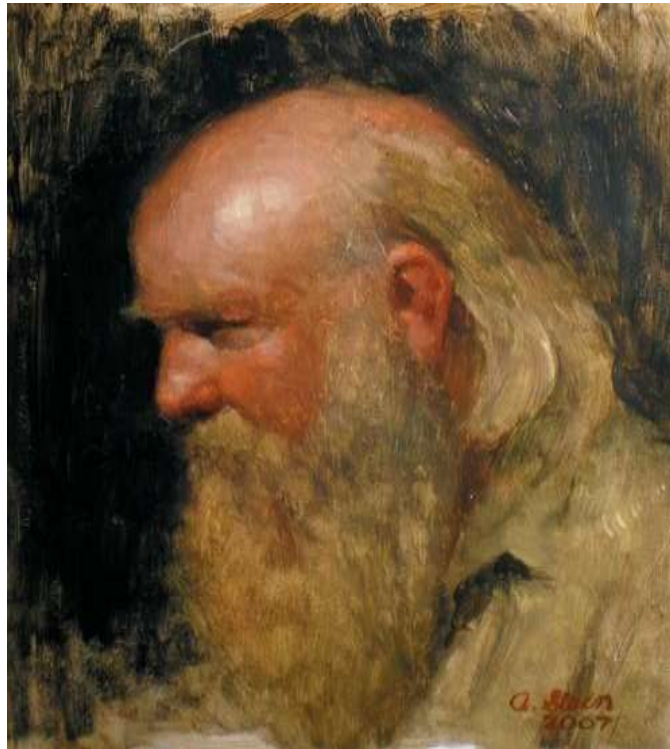
Generación en sentido relacional:

Conjunto de personas que comparten una relación, aquella que liga su colocación en la descendencia propia de la esfera familiar-parental (esto es: hijo, padre, abuelo, etc.) con la posición que se ocupa en la sociedad según la edad social (es decir, según se sea joven, adulto, persona mayor, etc.). Esta acepción combina la edad histórica-social con la relación de descendencia

GERIATRÍA: campo de la medicina que se ocupa de los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos, rehabilitación y las enfermedades de la población de personas mayores.

GEROGOGÍA (O GERONTAGOGÍA): La Gerogogía o Gerontagogía es una nueva disciplina del campo educativo que se ocupa de la formación de las personas mayores. Se ocupa de desarrollar nuevos modelos de formación de personas mayores, que recojan, no sólo las capacidades actuales de aprendizaje y desarrollo, sino también, y muy especialmente, la creciente demanda de formación de la población mayor.

GERONTOLOGÍA: Ciencia Interdisciplinaria que estudia el proceso de envejecimiento y la vejez, o bien: campo de prácticas profesionales, diferenciadas, que aparece en la interfaz de disciplinas diversas. Supone abordajes reticulares por problemas. Está atravesada por la edad y el género. Su referente, el envejecimiento, es un proceso de naturaleza dual (biológico y psico-socio-cultural).





Las páginas del “ProNEAS Informa...” se encuentran abiertas para compartir experiencias, informaciones, artículos de interés, etc. que los referentes provinciales consideren significativos para la tarea que nos convoca.

“La vida es lo que hacemos y lo que nos pasa”.

J. ORTEGA Y GASSET Filósofo español (1883 – 1955)